

DAS LEISTUNGSRECHT DER GESETZLICHEN KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

Sommersemester 2018



Gliederung:

- A. Verfassungsrechtliche Grundlagen
- B. Allgemeine Grundsätze des Leistungsrechts
- C. <u>Überblick über die Leistungsarten</u>
- D. <u>Die Leistungen im einzelnen</u>
- E. "Experimentierklauseln", neue Versorgungsformen
- F. Rück- und Ausblick: Die Gesundheitsreformen
- G. Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung





- I. Sozialstaatsprinzip
- II. Gestaltungsauftrag an den Gesetzgeber
- III. Grenzen des Sozialstaatsprinzips





- I. Spannungsfeld Solidaritätsprinzip Eigenverantwortung
- II. Sachleistungsprinzip
 - 1. Begriff
 - 2. Kostenerstattung
- III. Wirtschaftlichkeitsprinzip
 - 1. Definition
 - 2. Anwendungsbereich
 - 3. Vorstandshaftung
- IV. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
 - 1. Der Gemeinsame Bundesausschuss
 - 2. Rechtsnormen
 - 3. Inhalte
 - V. Weitere Grundsätze des Leistungsrechts





C. Überblick über die Leistungsarten

Einleitung

- 1. Struktur des Leistungskatalogs
- 2. Überblick über die Leistungsausgaben
- II. Die Leistungsarten (§ 11 SGB V)





D. Die Leistungen im einzelnen (1)

I. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten

- 1. Prävention und Selbsthilfe
- 2. Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppen- und Individualprophylaxe)
- 3. Medizinische Vorsorgeleistungen
- 4. Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation



D. Die Leistungen im einzelnen (2)

II. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten

- 1. Gesundheitsuntersuchungen
- 2. Kinderuntersuchungen



III. Leistungen bei Krankheit

- 1. Begriff der Krankheit
- 2. Anspruchsvoraussetzungen
- 3. Krankenbehandlung
 - a) Künstliche Befruchtung
 - b) Ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Kieferorthopädische Behandlung
 - c) Arznei- und Verbandmittel
 - d) Heil- und Hilfsmittel
 - e) Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe
 - f) Krankenhausbehandlung
 - g) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation



D. Die Leistungen im einzelnen (4)

III. Leistungen bei Krankheit

- 4. Krankengeld
 - a) Grundsätze
 - b) Höhe und Dauer
 - c) Ruhen, Ausschluss und Kürzung
- 5. Zahnersatz
 - a) Leistungsanspruch
 - b) Regelversorgung
- 6. Fahrkosten
 - a) Grundsätze
 - b) Fahrkosten zur ambulanten Behandlung



D. Die Leistungen im einzelnen (5)

IV. Zuzahlungen, Härtefallregelung

- 1. Zuzahlungen
 - a) Grundsätze
 - b) Höhe
- 2. Härtefallregelung
 - a) Grundsätze
 - b) Belastungsgrenze



E. "Experimentierklauseln", neue Versorgungsformen (1)

Modellvorhaben

- 1. Grundsätze
- 2. Vereinbarungen mit Leistungserbringern

II. Tarife und Bonusregelungen

- 1. Tarife nach § 53
- 2. Bonus nach § 65 a

III. Unterstützung bei Behandlungsfehlern



E. "Experimentierklauseln", neue Versorgungsformen (2)

- IV. Strukturierte Behandlungsprogramme bei chron. Krankheiten (DMP)
 - 1. Grundsätze
 - 2. Auswirkungen auf RSA
 - V. Besondere Versorgungsformen
 - 1. Grundsätze
 - 2. IV-Verträge





F. Rück- und Ausblick: Die Gesundheitsreformen

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG)

Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG)

Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV FinG)





G. Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung

- I. Die Voraussetzungen der Leistungsgewährung
- II. Die Leistungen im Einzelnen





Gliederung:

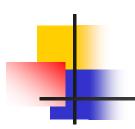
- A. Verfassungsrechtliche Grundlagen
- B. Allgemeine Grundsätze des Leistungsrechts
- C. Überblick über die Leistungsarten
- D. Die Leistungen im einzelnen
- E. "Experimentierklauseln", neue Versorgungsformen
- F. Rück- und Ausblick: Die Gesundheitsreformen
- G. Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung



I. Sozialstaatsprinzip (1)

BVerfGE 5, 206:

"Das Sozialstaatsprinzip ist vorzüglich deshalb zum Verfassungsgrundsatz erhoben worden, um schädliche Auswirkungen schrankenloser Freiheit zu verhindern und die Gleichheit fortschreitend bis zu dem vernünftigerweise zu fordernden Maße zu verwirklichen"



I. Sozialstaatsprinzip (2)

Das Sozialstaatsprinzip verpflichtet den Staat, für einen Ausgleich der sozialen Gegensätze und damit für eine gerechte Sozialordnung zu sorgen.

Es verlangt staatliche Vor- und Fürsorge für Einzelne oder für Gruppen der Gesellschaft, die aufgrund persönlicher Lebensumstände oder gesellschaftlicher Benachteiligung in ihrer persönlichen und sozialen Entfaltung behindert sind

I. Sozialstaatsprinzip (3)

Leitsätze zum Inhalt des Sozialstaatsprinzips:

Die staatliche Gemeinschaft hat in der Regel Lasten mitzutragen, die aus einem von der Gesamtheit zu tragenden Schicksal, namentlich durch Eingriffe von außen, entstanden sind und mehr oder weniger zufällig nur einige Bürger oder bestimmte Gruppen getroffen haben.

Fürsorge für Hilfsbedürftige gehört zu den selbstverständlichen Pflichten eines Sozialstaates.

Persönliche Freiheit lässt sich auf Dauer nicht losgelöst von Funktionsfähigkeit und Gleichgewicht des Ganzen verwirklichen.

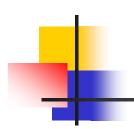
Das GG hat die Spannung **Individuum** – **Gemeinschaft** in Sinne der Gemeinschaftsbezogenheit und Gemeinschaftsgebundenheit der Person entschieden; der Einzelne muss sich daher diejenigen Schranken seiner Handlungsfreiheit gefallen lassen, die der Gesetzgeber zur Pflege und Förderung des sozialen Zusammenlebens in den Grenzen des allgemein Zumutbaren vorsieht, vorausgesetzt, dass dabei die Eigenständigkeit der Person gewahrt bleibt.



II. Gestaltungsauftrag an den Gesetzgeber

Das Sozialstaatsprinzip enthält primär nur einen Gestaltungsauftrag an den Gesetzgeber, dem dessen Ausgestaltung im wesentlichen obliegt.

Das Sozialstaatsprinzip enthält infolge seiner Weite und Unbestimmtheit regelmäßig keine unmittelbaren Handlungsanweisungen, die durch die Gerichte ohne gesetzliche Grundlage in einfaches Recht umgesetzt werden können. Daher ist es richterlicher Inhaltsbestimmung weniger zugänglich als die Grundrechte.



III. Grenzen des Sozialstaatsprinzips

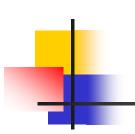
Das Gebot des sozialen Rechtsstaats ist in besonderem Maße auf einen Ausgleich sozialer Ungleichheiten zwischen den Menschen ausgerichtet und dient zuvörderst der Erhaltung und Sicherheit der menschlichen Würde, dem obersten Grundsatz der Verfassung. Dieser Grundsatz darf jedoch nicht dahin ausgelegt werden, dass mit seiner Hilfe jede Einzelfallregelung, deren Anwendung in bestimmten Fällen zu Härten oder Unbilligkeiten führt, modifiziert werden könnte.

Angesichts der Weite und Unbestimmtheit des Sozialstaatsgrundsatzes lässt sich daraus regelmäßig kein Gebot entnehmen, soziale Leistungen in einem bestimmten Umfang zu gewähren. Zwingend ist lediglich, dass der Staat die Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein seiner Bürger schafft.



Gliederung:

- A. Verfassungsrechtliche Grundlagen
- B. Allgemeine Grundsätze des Leistungsrechts
- C. Überblick über die Leistungsarten
- D. Die Leistungen im einzelnen
- E. "Experimentierklauseln", neue Versorgungsformen
- F. Rechtsschutzmöglichkeiten
- G. Rück- und Ausblickblick: Die Gesundheitsreformen
- H. Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung



I. Spannungsfeld Solidaritätsprinzip – Eigenverantwortung (1)

§ 1 SGB V

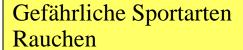
Solidarität und Eigenverantwortung

Die Krankenversicherung als **Solidargemeinschaft** hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.

Die Versicherten sind für ihre Gesundheit **mitverantwortlich**; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.

I. Spannungsfeld Solidaritätsprinzip – Eigenverantwortung (2)

Fragestellung: Wer übernimmt die Kosten für Gesundheitsstörungen durch



Ungesundes Ess-/Trinkverhalten Piercing/Tätowierungen Schadhafte Brustimplantate/med. nicht indizierte kosmetische OPs





Solidargemeinschaft?

Eigenverantwortung?







I. Spannungsfeld **Solidaritätsprinzip** – **Eigenverantwortung** (3)

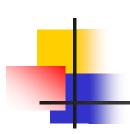
Grenze der Leistungspflicht der Krankenkasse als Solidargemeinschaft

§ 52 SGB V

Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden

Haben sich Versicherte eine Krankheit **vorsätzlich** oder bei einem von ihnen begangenen **Verbrechen** oder **vorsätzlichen Vergehen** zugezogen, kann die Krankenkasse sie an den Kosten der Leistungen in angemessener Höhe beteiligen und das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer dieser Krankheit versagen und zurückfordern.





I. Spannungsfeld **Solidaritätsprinzip** – **Eigenverantwortung** (4)

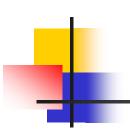
Grenze der Leistungspflicht der Krankenkasse als Solidargemeinschaft

Neufassung durch Gesetzentwurf für das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – (GKV-WSG)

§ 52 SGB V

Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden

(2) Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen, hat die Krankenkasse die Versicherten verschuldensunabhängig in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern.



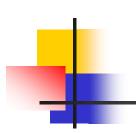
I. Spannungsfeld **Solidaritätsprinzip** – **Eigenverantwortung** (5)

Grenze der Leistungspflicht der Krankenkasse als Solidargemeinschaft

Ergänzung durch Gesetzentwurf für das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – (GKV-WSG)

§ 52a Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Das Näheres zur Durchführung regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung.



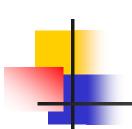
I. Spannungsfeld **Solidaritätsprinzip** – **Eigenverantwortung** (6)

Weitere gesetzliche Regelungen zum Thema "Eigenverantwortung":

- § 2 Abs. 1: Hinweis auf Eigenverantwortung
- § 29 Abs. 2: Eigenanteil zur kieferorthop. Versorgung
- § 34 Abs. 1: Ausgeschlossene Arzneimittel



- § 55 Abs. 1: Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz
- § 62 Abs. 1: Senkung der Belastungsgrenze für Chroniker
- § 65 a : Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten



II. Sachleistungsprinzip (1)

1. Begriff des Sachleistungsprinzips:

§ 2 SGB V

(2) Die Versicherten erhalten die Leistungen als **Sach-** und **Dienstleistun- gen**, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen.

• • • •

Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.



II. Sachleistungsprinzip (2)

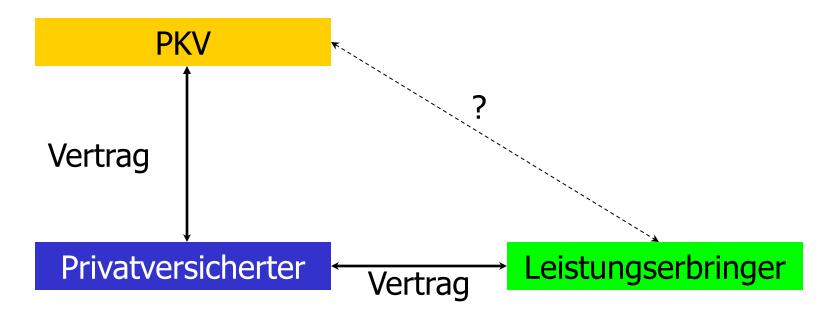
1. Begriff des Sachleistungsprinzips:

Die Krankenkassen haben den Versicherten die Leistungen "in natura" zur Verfügung zu stellen.



II. Sachleistungsprinzip (3)

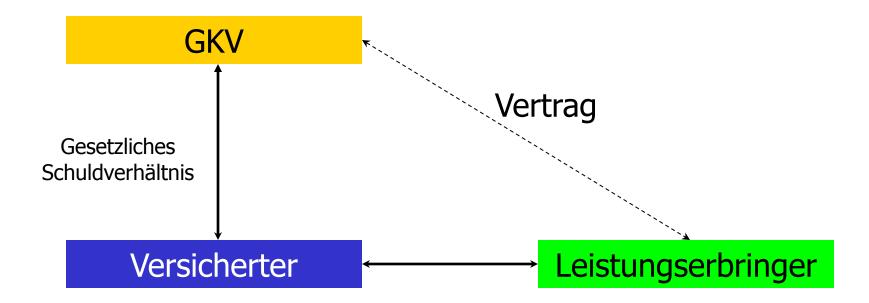
1. Begriff des Sachleistungsprinzips:



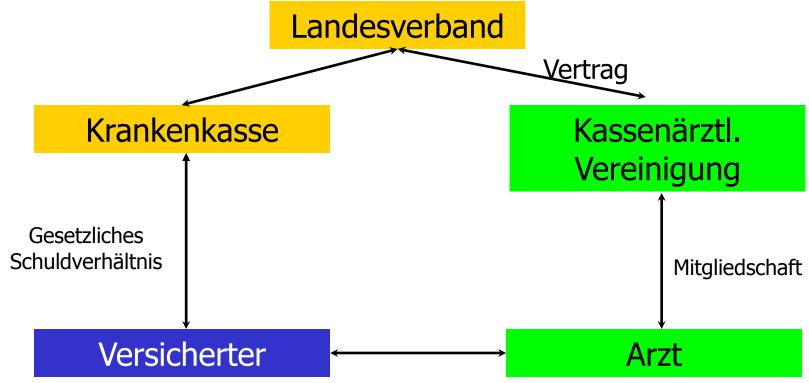


II. Sachleistungsprinzip (4)

1. Begriff des Sachleistungsprinzips:



- B. Allgemeine Grundlagen des Leistungsrechts
 - II. Sachleistungsprinzip (5)
- 1. Begriff des Sachleistungsprinzips am Beispiel der vertragsärztlichen Versorgung:





II. Sachleistungsprinzip (6)

1. Begriff des Sachleistungsprinzips:

Gegensatz zum Sachleistungsprinzip:

Kostenerstattung



II. Sachleistungsprinzip (7)

2. Kostenerstattung:

§ 13 SGB V

Kostenerstattung

(1) Die Krankenkasse darf an Stelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das SGB IX vorsieht.



II. Sachleistungsprinzip (8)

2. Kostenerstattung

§ 13 SGB V

Kostenerstattung



(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Sie sind von ihrer Krankenkasse vor ihrer Wahl zu beraten. Eine Beschränkung der Wahl auf den Bereich der ambulanten Behandlung ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden.

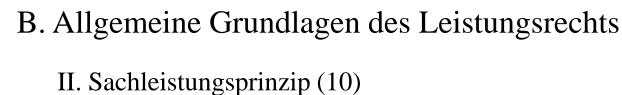
II. Sachleistungsprinzip (9)

2. Kostenerstattung

§ 13 SGB V



(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im 4. Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten von höchstens 5 % in Abzug zu bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Abs. 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130 a Abs. 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Abs. 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.



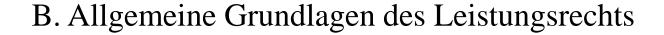
2. Kostenerstattung

§ 13 SGB V

Kostenerstattung

Inanspruchnahme von Leistungserbringern in der EU

Abs. 4 und 5



II. Sachleistungsprinzip (11)

2. Kostenerstattung

§ 13 SGB V

Kostenerstattung

(3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.



II. Sachleistungsprinzip (12)

2. Kostenerstattung

§ 13 SGB V

Kostenerstattung

(3) ¹Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder ²hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.



II. Sachleistungsprinzip (13)

2. Kostenerstattung

Voraussetzungen des Anspruchs auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V 1. Alt.:

Leistung muss

unaufschiebbar

sein



II. Sachleistungsprinzip (14)

2. Kostenerstattung

Unaufschiebbarkeit:

- Beurteilt sich ausschließlich nach medizinischen Kriterien
- z.B. Notfälle, nicht unbedingt Lebensgefahr
- Der übliche Beschaffungsweg darf nicht mit einer unvermeidbaren Verzögerung verbunden sein, d.h. mit med. Risiken, die die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder die Besserung des Gesundheitszustandes gefährden könnte
- Heftige Schmerzen, die unzumutbar lang andauern
- Dringliche Bedarfslagen (kein erreichbarer Leistungserbringer in der Nähe)



II. Sachleistungsprinzip (15)

2. Kostenerstattung

§ 13 Abs. 3 1. Alt.

insbesondere bei Systemversagen, Systemstörungen und Versorgungslücken

anzuwenden



II. Sachleistungsprinzip (16)

2. Kostenerstattung

Einzelfälle des Systemversagens:

a) Objektiv ungerechtfertigte Fremdleistung

z.B. BSG v. 23.10.1996, BSGE 79, 190



II. Sachleistungsprinzip (17)

2. Kostenerstattung

BSG v. 23.10.1996, BSGE 79, 190

Leitsatz

Ein die Kostenerstattungspflicht des Krankenversicherungsträgers auslösendes Systemversagen kann auch darin liegen, dass ein zugelassener ärztlicher Leistungserbringer den Versicherten nicht ausreichend und rechtzeitig darüber aufklärt, dass er beabsichtigt, ihm eine Fremdleistung zu verschaffen.



II. Sachleistungsprinzip (18)

2. Kostenerstattung

BSG v. 23.10.1996, BSGE 79, 190 (Auszug)

Ein Systemversagen, das der Versicherungsträger sich zurechnen lassen muss, kann auch darin bestehen, dass der ärztliche Leistungserbringer (Vertragsarzt oder der Arzt des Vertragskrankenhauses) den Versicherten nicht ausreichend darüber unterrichtet, dass er ihm eine Fremdleistung verordnen oder sonstwie verschaffen will. Der Versicherte, der krankenversicherungsrechtlich zulässig einen zugelassenen Leistungserbringer aufsucht, darf grundsätzlich darauf vertrauen, dass dieser ihm nur zugelassene Naturalleistungen im Rahmen des gesetzlichen Naturalleistungssystems, dh durch zugelassene Leistungserbringer, erbringt oder verschafft. Dieses System ist - wie die Beklagte zutreffend vorträgt - stets für den Versicherten kostenfrei. Ein Vertrauen des Versicherten darauf, der zugelassene ärztliche Leistungserbringer werde ihm nur für ihn kostenfreie Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, nicht aber grundsätzlich von ihm selbst zu bezahlende Fremdleistungen verordnen oder verschaffen, ist jedoch nicht schutzwürdig, wenn der Versicherte weiß oder trotz ausreichender Unterrichtung durch den ärztlichen Leistungserbringer und trotz persönlicher Einsichtsfähigkeit nicht weiß, dass eine Fremdleistung verordnet oder sonstwie veranlasst werden soll.

II. Sachleistungsprinzip (19)

2. Kostenerstattung

Einzelfälle des Systemversagens:

b) Nicht zeitgerechte Entscheidung des Gem. Bundesausschusses

z.B. BSG v. 16.09 1997, BSGE 81, 54



Vgl. BVerfG vom 06.12.2005 1 BvR 347/98 BVe

BVerfG v. 29.11.2007

1 BvR 2496/07



Seit 01.01.2012:





II. Sachleistungsprinzip (20)

2. Kostenerstattung

BSG v. 16.09.1997, BSGE 81, 54

Leitsatz

- 1. § 135 Abs 1 SGB 5 schließt die Leistungspflicht der Krankenkassen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden solange aus, bis diese vom zuständigen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen als zweckmäßig anerkannt sind.
- 2. Hat der Bundesausschuss über die Anerkennung einer neuen Methode ohne sachlichen Grund nicht oder nicht zeitgerecht entschieden, kann ausnahmsweise ein Kostenerstattungsanspruch des Versicherten nach § 13 Abs 3 SGB 5 in Betracht kommen, wenn die Wirksamkeit der Methode festgestellt wird. Lässt sich die Wirksamkeit aus medizinischen Gründen nur begrenzt objektivieren, hängt die Einstandspflicht der Krankenkasse davon ab, ob sich die fragliche Methode in der Praxis und in der medizinischen Fachdiskussion durchgesetzt hat



II. Sachleistungsprinzip (21)

2. Kostenerstattung

BSG v. 16.09.1997, BSGE 81, 54 (Auszug)

Die Voraussetzungen des § 13 Abs 3 SGB V sind nicht erfüllt, weil die Beklagte die Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt hat. Die immunbiologische Therapie gehört nicht zu den von den gesetzlichen Krankenkassen geschuldeten Leistungen. Das ergibt sich aus § 135 SGB V iVm den NUB-RL. § 135 Abs 1 Satz 1 SGB V in der hier maßgeblichen Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBI I 2477) schreibt vor, daß neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur abgerechnet werden dürfen, wenn der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V Empfehlungen ua über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode abgegeben hat.



II. Sachleistungsprinzip (22)

2. Kostenerstattung

BSG v. 16.09.1997, BSGE 81, 54 (Auszug)

Ein Kostenerstattungsanspruch kann allerdings ausnahmsweise in Betracht kommen, wenn die fehlende Anerkennung der neuen Methode auf einem Mangel des gesetzlichen Leistungssystems beruht. Ein solcher Systemmangel kann (auch) darin bestehen, dass das Anerkennungsverfahren trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wird. Die Ermächtigung in § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 iVm § 135 Abs 1 SGB V besagt nicht, dass es dem Bundesausschuss freigestellt ist, ob und wann er sich mit einem Antrag auf Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode befassen und hierzu eine Empfehlung abgeben will. Ebensowenig kann es im Belieben der antragsberechtigten Körperschaften und Verbände stehen, ob überhaupt ein Verfahren vor dem Bundesausschuss in Gang gesetzt wird. Das präventive Verbot in § 135 Abs 1 SGB V dient allein dem Zweck der Qualitätssicherung; nur soweit es dieser Zweck erfordert, ist der Ausschluss ungeprüfter und nicht anerkannter Heilmethoden aus der vertragsärztlichen Versorgung gerechtfertigt. Grundsätzlich zählen aber, wie die ausdrückliche Erwähnung des medizinischen Fortschritts in § 2 Abs 1 Satz 3 SGB V belegt, auch neue medizinische Verfahren zum Leistungsumfang der Krankenversicherung.



II. Sachleistungsprinzip (23)

2. Kostenerstattung

BSG v. 16.09.1997, BSGE 81, 54 (Auszug)

Soweit sie sich als zweckmäßig und wirtschaftlich erweisen, dürfen sie den Versicherten nicht vorenthalten werden. Dem muss das Verfahren vor dem Bundesausschuss gerecht werden. Es muss gewährleisten, dass bei Vorlage der für die Beurteilung der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit benötigten Unterlagen in vertretbarer Zeit eine Entscheidung über die Anerkennung der neuen Methode erreicht werden kann. Wird die Einleitung oder die Durchführung des Verfahrens willkürlich oder aus sachfremden Erwägungen blockiert oder verzögert und kann deshalb eine für die Behandlung benötigte neue Therapie nicht eingesetzt werden, widerspricht das dem Auftrag des Gesetzes. Eine sich daraus ergebende Versorgungslücke muss zugunsten des Versicherten mit Hilfe des § 13 Abs 3 SGB V geschlossen werden.



II. Sachleistungsprinzip (24)

2. Kostenerstattung

Voraussetzungen des Anspruchs auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V 2. Alt.:

unrechtmäßige Leistungsablehnung durch Krankenkasse

Diese setzt vorherige Antragsstellung voraus



II. Sachleistungsprinzip (25)

2. Kostenerstattung

BSG v. 15.04.1997

SozR 3-2500 § 13 Nr 15

Leitsatz

1. Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung sind im Regelfall nicht zu erstatten, wenn der Versicherte sich die Leistung besorgt, ohne zuvor mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen und deren Entscheidung abzuwarten



II. Sachleistungsprinzip (26)

2. Kostenerstattung

BSG v. 15.04.1997 SozR 3-2500 § 13 Nr 15 (Auszug)

Einer der Beschaffung vorgeschalteten Entscheidung der Krankenkasse bedarf es unabhängig davon, welcher Art die in Anspruch genommene Leistung ist und in welcher Höhe dafür Kosten anfallen. Das BSG hat zwar zum früheren Recht der Reichsversicherungsordnung die Auffassung vertreten, der Versicherte brauche die Leistung dann nicht vorher zu beantragen, wenn von vornherein feststehe, dass die Kasse sie ihm verweigern werde (Urteil des 8. Senats vom 14. Dezember 1982 - SozR 2200 § 182 Nr 86; Urteil des 3. Senats vom 17. September 1986 - USK 86134 S 616). Diese Rechtsprechung kann indessen für das geltende Recht nicht übernommen werden. Abgesehen davon, dass sie schwierige Abgrenzungsprobleme aufwirft, weil unklar ist und sich kaum abstrakt festlegen lässt, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit der Versicherte von einer als sicher zu erwartenden Ablehnung ausgehen darf, lässt der jetzige eindeutige Gesetzeswortlaut eine solche Ausnahme nicht zu. Der Senat ist deshalb bereits in seinen bisherigen Entscheidungen zu § 13 Abs 3 SGB V stillschweigend davon ausgegangen, dass die Vorschrift eine Kostenerstattung für die Zeit vor der Leistungsablehnung generell ausschließt (vgl etwa Beschluss vom 31. Januar 1995 - 1 BK 31/94 -, nicht veröffentlicht; Urteil vom 10. Mai 1995 in SozR 3-2500 § 33 Nr 15 S 63 f; Urteil vom 24. September 1996 - 1 RK 33/95 -,



II. Sachleistungsprinzip (27)

2. Kostenerstattung

Weitere Urteile zu § 13 Abs. 3 2. Alt.:

- BSGE 79, 125
- SozR 4–2500 § 13 Nr. 1
- SozR 3-2500 § 13 Nr. 10



III. Wirtschaftlichkeitsgrundsatz (1)

1. Begriff

§ 12 SGB V

Wirtschaftlichkeitsgebot

- (1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.
- (2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.



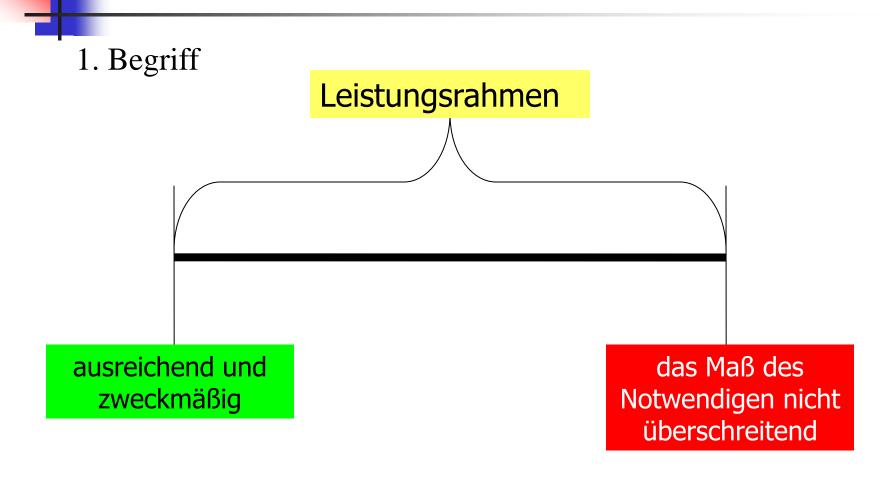
III. Wirtschaftlichkeitsgrundsatz (2)

1. Begriff

§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V

Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

III. Wirtschaftlichkeitsgrundsatz (3)

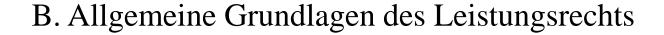




III. Wirtschaftlichkeitsgrundsatz (4)

2. Anwendungsbereich

Der Wirtschaftlichkeitsgrundsatz kommt nur zur Anwendung, wenn es **Alternativen** in Diagnostik oder Therapie gibt. Ein allgemeiner Grundsatz, dass bestimmte Leistungen abgelehnt werden können, weil sie im Hinblick etwa auf das Alter des Patienten und die Höhe der aufzuwendenden Kosten unwirtschaftlich sein könnten, existiert nicht



III. Wirtschaftlichkeitsgrundsatz (5)

3. Vorstandshaftung

§ 12 Abs. 3 SGB V

(3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewusst oder hätte es hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.



III. Wirtschaftlichkeitsgrundsatz (6)

3. Vorstandshaftung

Welchen Kulanzspielraum hat eine Krankenkasse?



IV. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (1)

1. Der Gemeinsame Bundesausschuss (Errichtung)

§ 91 Abs. 1 SGB V

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist rechtsfähig. Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

IV. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (3)

1. Der Gemeinsame Bundesausschuss (Zusammensetzung)

§ 91 Abs. 2 SGB V

1 unparteiischer Vorsitzender

1 unparteiisches Mitglied 1 unparteiisches Mitglied

2 Vertreter KBV

1 Vertreter KZBV

2 Vertreter DKG

5 Vertreter GKV-Spitzenverband

- = 13 stimmberechtigte Mitglieder
- + 5 nicht stimmberechtigte Patientenvertreter



Einzelheiten unter www.g-ba.de



IV. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (4)

1. Rechtsnormen

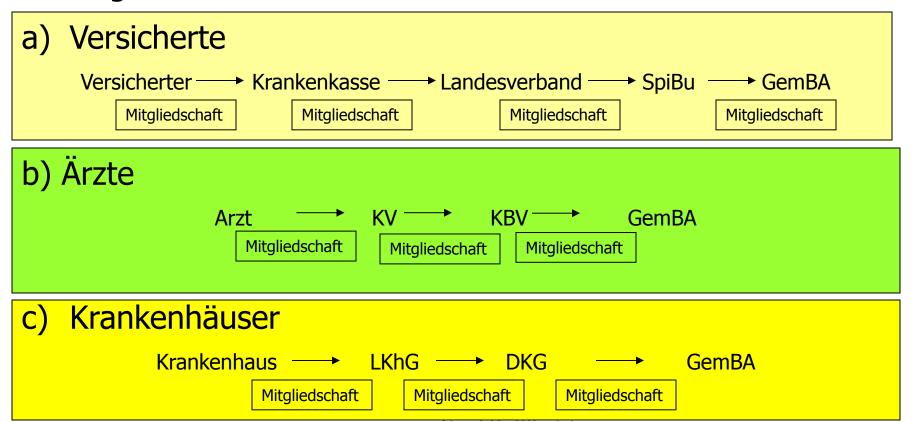
§ 91 Abs. 6 SGB V

Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses ... sind für die Träger des GemBA, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten, die Krankenkassen und die Leistungserbringer **verbindlich**.



IV. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (4)

1. Rechtsnormen "Legitimationsketten" für Verbindlichkeit der Richtlinien



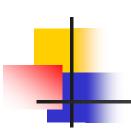
IV. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (5)

2. Inhalt der Richtlinien

§ 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V

Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über die

- 1. ärztliche Behandlung,
- 2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung,
- 3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
- 4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
- 5. Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
- 6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie,
- 7. Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit einschl. der AU der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a und der nach § 10 versicherten erwerbsfähigen Hilfebedürftigen im Sinne des SGB II,
- 8. Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,
- Bedarfsplanung,
- 10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1,
- 11. Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b,
- 12. Verordnung von Krankentransporten.
- 13. Qualitätssicherung
- 14. spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- 15. Schutzimpfungen



V. Weitere Grundsätze des Leistungsrechts

- 1. Inanspruchnahme der Leistungen durch Vorlage der KV-Karte (§ 15 SGB V)
 - 2. Ruhen des Anspruchs (§ 16 SGB V)
- 3. Nachgehender Leistungsanspruch (§ 19 Abs. 2 SGB V)



Gliederung:

- A. Verfassungsrechtliche Grundlagen
- B. Allgemeine Grundsätze des Leistungsrechts
- C. Überblick über die Leistungsarten
- D. Die Leistungen im einzelnen
- E. "Experimentierklauseln", neue Versorgungsformen
- F. Rück- und Ausblick: Die Gesundheitsreformen
- G. Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung



C. Überblick über die Leistungsarten

I. Einleitung (1)

1. Struktur des Leistungskatalogs

Definition des Versicherungsfalles

Präventionsleistungen

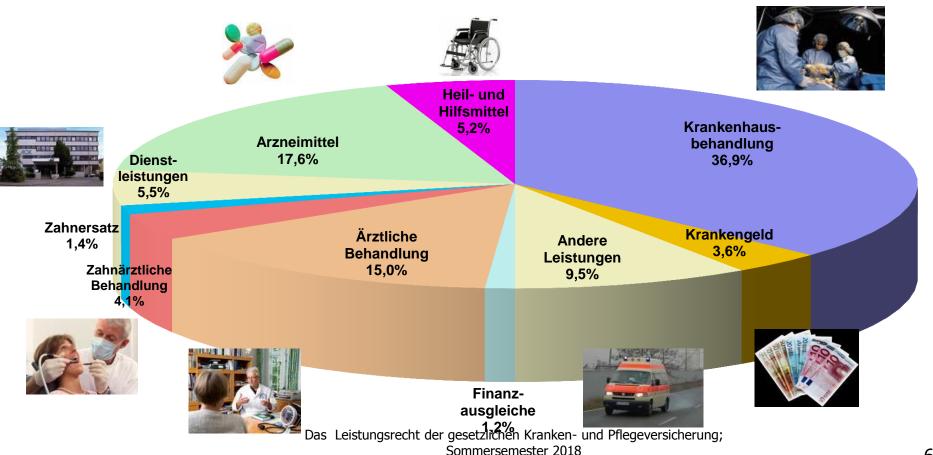
Früherkennungsleistungen

Kurative Leistungen

C. Überblick über die Leistungsarten

I. Einleitung (II)

2. Überblick über die Leistungsausgaben





C. Überblick über die Leistungsarten

II. Die Leistungsarten

§ 11 SGB V

Leistungsarten

- (1) Versicherte haben nach den folgenden Vorschriften Anspruch auf Leistungen
- 1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i)
- 2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b),
- 3. zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26),
- 4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52),
- 5. des persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches



- A. Verfassungsrechtliche Grundlagen
- B. Allgemeine Grundsätze des Leistungsrechts
- C. Überblick über die Leistungsarten
- D. Die Leistungen im einzelnen
- E. "Experimentierklauseln", neue Versorgungsformen
- F. Rück- und Ausblick: Die Gesundheitsreformen
- G. Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung

D. Die Leistungen im Einzelnen

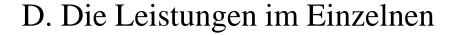
I. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten (1)

1. Prävention und Selbsthilfe

2. Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppen- und Individualprophylaxe)

3. Medizinische Vorsorgeleistungen

4. Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

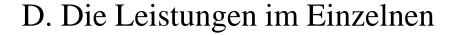


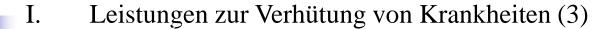
I. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten (2)

1. Prävention und Selbsthilfe

§§ 20 – 20i SGB V

- Primärprävention (§ 20)
- Prävention in Lebenswelten (§ 20a)
- Betriebliche Gesundheitsförderung (§ 20b)
- Präv. arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren(§ 20c)
- Selbsthilfeförderung (§ 20h)
- Primäre Prävention durch Schutzimpfungen (§ 20i)





1. Prävention und Selbsthilfe

Primärprävention (§ 20)

(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.



Leistungen zur Verhütung von Krankheiten (4)

1. Prävention und Selbsthilfe

Leistungen zu Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a)

(1) Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Die Krankenkassen fördern unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 2 sollen die Krankenkassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen. Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen *besonderes* erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen.

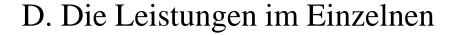


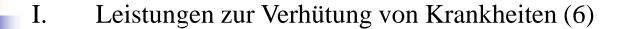
Leistungen zur Verhütung von Krankheiten (5)

1. Prävention und Selbsthilfe

Betriebliche Gesundheitsförderung (§ 20b)

- (1) Die Krankenkassen fördern mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Für im Rahmen der Gesundheitsförderung in Betrieben erbrachte Leistungen zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention gilt § 20 Absatz 5 Satz 1 entsprechend.
- (2) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. Sie können Aufgaben nach Absatz 1 durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.





1. Prävention und Selbsthilfe

Budget für Primärprävention und betriebl. Prävention (§ 20 Abs. 2)

(2) Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und nach den §§ 20 a und 20 b sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,74 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.



Leistungen zur Verhütung von Krankheiten (7)

1. Prävention und Selbsthilfe

Förderung der Selbsthilfe (§ 20h)

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern Selbsthilfegruppen und -organisationen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, sowie Selbsthilfekontaktstellen im Rahmen der Festlegungen des Absatzes 3. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren gesundheitlicher Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Selbsthilfekontaktstellen müssen für eine Förderung ihrer gesundheitsbezogenen Arbeit themen-, bereichs- und indikationsgruppenübergreifend tätig sein.



Leistungen zur Verhütung von Krankheiten (8)

1. Prävention und Selbsthilfe

Primäre Prävention durch Schutzimpfungen(§ 20i)

- (1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nr. 9 des Infektionsschutzgesetzes. Ausgenommen sind Schutzimpfungen, die wegen eines durch einen nicht beruflichen Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind, es sei denn, dass zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen. Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung der Schutzimpfungen für die öffentliche Gesundheit....
- (2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung weitere Schutzimpfungen vorsehen. Bis zum Vorliegen einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 5 gelten die bisherigen Satzungsregelungen zu Schutzimpfungen fort.



Leistungen zur Verhütung von Krankheiten (9)

2. Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppen- und Individualprophylaxe)

Gruppenprophylaxe (§ 21 SGB V)

Individualprophylaxe (§ 22 SGB V)



Leistungen zur Verhütung von Krankheiten (10)

3. Medizinische Vorsorgeleistungen

Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V)

Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24 SGB V)

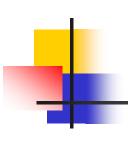


I. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten (11)

4. Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

Empfängnisverhütung (§ 24 a SGB V)

Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation (§ 24 b SGB V)



II. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten (1)

Gesundheits-Check-Up

Krebsfrüherkennung

Kinderuntersuchungen

II. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten (2)

Gesundheits-Check-Up

§ 25 Abs. 1 SGB V

(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Über-prüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und kann auch auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund e. V. und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungs-angebote in Sportvereinen oder auf sonstige qualitätsgesicherte Bewegungsangebote in Sport- oder Fitnessstudios sowie auf Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung.





Krebsfrüherkennung

§ 25 Abs. 2 und 4 SGB V

- (2) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen.
- (4) Die Untersuchungen nach Absatz 1 und 2 sollen, soweit berufsrechtlich zulässig, zusammen angeboten werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Inhalt, Art und Umfang der Untersuchungen sowie die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 3. Ferner bestimmt er für die Untersuchungen die Zielgruppen, Altersgrenzen und die Häufigkeit der Untersuchungen.





II. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten (4)

Kinderuntersuchungen

§ 26 SGB V

(1) Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. Die Leistungen nach Satz 5 werden bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.

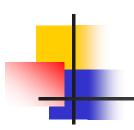


III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Voraussetzungen 1)

Grundsatz

§ 27 SGB V

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine **Krankheit zu erkennen**, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu Indem



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Krankheit 2)

1. Begriff der Krankheit

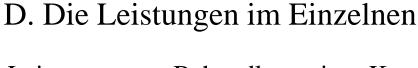
- Keine Legaldefinition im SGB V
- Nach ständiger Rechtssprechung von RVA und BSG ist Krankheit



ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit einer ärztlichen Heilbehandlung oder zugleich oder allein Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat

Umfassendes Schrifttum zum Krankheitsbegriff: u.a. Krasney, ZSR 1976, 411; Viehues ZSR 1976, 394; Schroeder-Printzen, WzS 1979, 129

Rechtssprechung zum Krankheitsbegriff: u.a. BSGE 33, 202; BSGE 35,10; BSGE 39, 167



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Krankheit 3)

1. Begriff der Krankheit

Notwendigkeit einer Heilbehandlung:

Wenn hierdurch der regelwidrige Körperoder Geisteszustand behoben, gebessert oder vor einer Verschlimmerung bewahrt oder Schmerzen gelindert werden können



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Krankheit 4)

1. Begriff der Krankheit

BSGE 26, 240

Leitsatz

1. Auch ein Dauerleiden, dessen Krankheitsbild fixiert ist, ist "Krankheit" iS des RVO § 182 Abs 1, wenn die allgemeinen Voraussetzungen des Krankheitsbegriffs erfüllt sind; es brauchen weder besondere Beschwerden oder Schmerzen vorzuliegen noch die Gefahr einer wesentlichen Verschlimmerung des Zustandes zu drohen.

Sonstiger Orientierungssatz

- 1. Die KK hat die Kosten der klinischen Untersuchung eines Versicherten, die zur Sicherung der Diagnose eines Leidens notwendig ist, auch dann zu tragen, wenn es sich um Zeugungsunfähigkeit handelt.
- 2. Als Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand zu verstehen, dessen Eintritt entweder allein Behandlungsbedürftigkeit oder zugleich oder ausschließlich AU zur Folge hat.
- 3. Die Regelwidrigkeit eines Körper- oder Geisteszustandes ist bereits mit der Abweichung von der durch das Leitbild des gesunden Menschen geprägten Norm gegeben; die Abweichung braucht sich nicht auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten auszuwirken.
- 4. Behandlungsbedürftigkeit ist anzunehmen, wenn der regelwidrige Zustand nach den Regeln der ärztlichen Kunst einer Behandlung mit dem Ziel der Heilung, Besserung, Verhütung der Verschlimmerung oder der Linderung von Schmerzen zugänglich ist.

 Das Leistungsrecht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung;

Sommersemester 2018

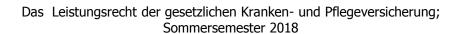




1. Begriff der Krankheit

Regelwidrigkeit:

Zustand, der von der Norm, vom Leitbild des gesunden Menschen abweicht





III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Krankheit 6)

1. Begriff der Krankheit

BSG v. 10.02.1993 (BSGE 72, 96)

Leitsatz

1. Die gesetzlichen Krankenkassen sind nicht verpflichtet, zur Behebung einer psychischen Störung, die Kosten für den operativen Eingriff in einen im Normbereich liegenden Körperzustand (hier: Beinverlängerung) zu tragen.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Krankheit 7)

1 .Begriff der Krankheit

BSG v. 10.02.1994 (Auszüge)

Die Beteiligten streiten darüber, ob die beklagte Krankenkasse verpflichtet ist, dem Kläger die Kosten für eine beim Beigeladenen durchgeführte

Distraktionsepiphyseolyse

zu zahlen, durch die seine Körpergröße von 164 cm auf 178 cm verändert wurde.

Die Krankenhilfe (vgl § 182 Abs 1 und 2 sowie § 184 Abs 1 RVO) setzt eine behandlungsbedürftige Krankheit voraus. Krankheit iS des Versicherungsrechts ist ein regelwidriger Körper- und Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf oder - zugleich oder ausschließlich - Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (BSGE 35, 10 , 12 mwN = SozR Nr 52 zu § 182 RVO; BSG SozR 2200 § 182 Nr 9). Als "regelwidrig" ist dabei ein Zustand anzusehen, der von der Norm, vom Leitbild des gesunden Menschen abweicht (BSGE 26, 240 , 242 = SozR Nr 23 zu § 182 RVO; BSGE 59, 119 , 120 mwN und 66, 248, 249).

Diese Voraussetzungen waren - soweit es die Körpergröße des Beigeladenen betrifft - nicht erfüllt. Vor der Distraktionsepiphyseolyse betrug seine Größe 164 cm. Das liegt nach den Tatsachenfeststellungen des LSG im Normbereich. Von einer Abweichung, die im Wege einer Operation hätte behoben werden müssen, kann also keine Rede sein.





III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Krankheit 8)

1. Begriff der Krankheit

Dagegen bestand damals bei dem Beigeladenen eine psychische Störung. Er war krankhaft darauf fixiert, dass er zu klein sei und dass ihm nur durch die von ihm gewünschte Distraktionsepiphyseolyse geholfen werden könne. Die Beseitigung seiner Fehlvorstellungen und damit des bei ihm vorliegenden regelwidrigen Geisteszustandes erforderte eine psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung, die die Beklagte auch bereit war, zu gewähren.

Entgegen der Auffassung des LSG ist die Beklagte nicht deshalb leistungspflichtig, weil der Beigeladene - krankheitsbedingt - eine psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung vor der von ihm gewünschten Operation abgelehnt hat. Auch wenn die Distraktionsepiphyseolyse damit die einzige Möglichkeit darstellte, die mit Suizidgefahr verbundene psychische Erkrankung zu beheben, können die Kosten für die Operation und die durch die Reisen des Beigeladenen nach Erfurt dem Kläger erwachsenen Kosten nicht der Beklagten aufgebürdet werden. Es würde zu einer mit den Vorschriften der §§ 182 und 184 Abs 1 RVO unvereinbaren Ausweitung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen führen, wenn der Versicherte oder ein mitversicherter Familienangehöriger auf Kosten der Krankenkasse operative Eingriffe vornehmen lassen könnte, um einen im Normbereich liegenden Körperzustand zu verändern, nur weil er psychisch auf die gewünschten Änderungen fixiert ist.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Krankheit 9)

1. Begriff der Krankheit

BSG v. 10.02.1994 (Auszüge)

Aber auch das Urteil des 3. Senats des BSG vom 6. August 1987 (BSGE 62, 83) zur geschlechtsangleichenden Operation bei Transsexualität spricht nicht für die Auffassung des Klägers, weil bei dieser Störung der Gesamtzustand des Patienten regelwidrig ist. Es besteht eine innere Spannung zwischen seinem körperlichen Geschlecht und der seelischen Identifizierung mit dem anderen Geschlecht. Die Spannung kann zu einem schweren Leidensdruck führen, so daß die Transsexualität im Einzelfalle eine behandlungsbedürftige Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsrechts darstellt. Nur wenn psychiatrische und psychotherapeutische Mittel das Spannungsverhältnis nicht zu lindern oder zu beseitigen vermögen, gehört es nach Auffassung des BSG zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen, die Kosten für eine geschlechtsangleichende Operation zu tragen.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Krankheit 10)

1. Begriff der Krankheit

Keine Krankheit, wenn eine bloße Schwäche beim Erwerb von Fähigkeiten vorliegt, wie sie für das Leben in der menschlichen Gesellschaft erforderlich oder nützlich sind.

Z.B. Legasthenie (BSGE 48, 258)





III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Krankheit 11)

1. Begriff der Krankheit

Einzelfälle:

Zeugungsunfähigkeit (BSGE 26, 240)

Alkoholismus (BSGE 28, 114)

Adipositas (BSGE 46, 41)

Dauerausscheidung v. Erregern übertragb. Krankh. (BSGE 33, 9)

Drogen- und Medikamentensucht (BSGE 51, 44)

Psychische Erkrankungen (BSGE 59, 116)

Tránssexualität (BSGE 62, 83)

Zahnlosigkeit (BSGE 35, 105)

Unfruchtbarkeit (BSGE 59, 119)

Brustverkleinerung

Brustvergrößerung



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Krankheit 12)

1. Begriff der Krankheit

Einzelfälle:

Zeugungsunfähigkeit (BSGE 26, 240)

Alkoholismus (BSGE 28, 114)

Adipositas (BSGE 46, 41)

Dauerausscheidung v. Erregern übertragb. Krankh. (BSGE 33, 9)

Drogen- und Medikamentensucht (BSGE 51, 44)

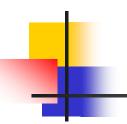
Psychische Erkrankungen (BSGE 59, 116)

Tránssexualität (BSGE 62, 83)

Zahnlosigkeit (BSGE 35, 105)

Unfruchtbarkeit (BSGE 59, 119)





III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Krankheit 13)

1. Begriff der Krankheit

Einzelfälle:

Unfruchtbarkeit (BSGE 59, 119)

Leitsatz

Ein von der Versicherten ohne medizinische Indikation bewusst und gewollt herbeigeführter Zustand der Unfruchtbarkeit ist keine Krankheit iS der gesetzlichen Krankenversicherung; insoweit besteht kein Anspruch auf Krankenhilfe zur Refertilisierung.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Krankheit 14)

1. Begriff der Krankheit

Jetzt § 52 SGB V !!

Orientierungssatz

Leistungsanspruch unabhängig von Krankheitsursache:

- 1. Die gesetzliche Krankenversicherung hat Leistungen grundsätzlich unabhängig von der Krankheitsursache zu gewähren. Die Ausnahmebestimmung des § 192 RVO bezieht sich nur auf das Krankengeld, so daß eine Leistungspflicht auch dann besteht, wenn die Krankheit auf ein schuldhaftes Verhalten des Versicherten zurückzuführen ist (vgl BSG vom 30.1. 1963 3 RK 4/61 = BSGE 18, 257).
- 2. Die Interessenlage bei einer Sterilisation ist nicht gleichzusetzen mit der bei ihrer Rückgängigmachung. Mangels vergleichbarer Sachverhalte hat hier eine Analogie auszuscheiden.
- 3. Ein bewusst und gewollt in der Absicht künftiger Lebensgestaltung herbeigeführter Zustand der Unfruchtbarkeit ist keine Krankheit iS der gesetzlichen Krankenversicherung. Das mag dann anders sein, wenn die Sterilisation aus gesundheitlichen Gründen durchgeführt wurde und diese Gründe zwischenzeitlich entfallen sind.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Krankheit 15)

1. Begriff der Krankheit

s.a. BSG v. 21.06.2005 (B 8 KN 1/04 KR R)

Ein Anspruch auf Leistungen der Krankenkasse zur künstlichen Befruchtung setzt ungewollte Kinderlosigkeit voraus und ist nach einer nicht durch Krankheit erforderlichen Sterilisation eines Ehepartners ausgeschlossen (Anschluss BSG vom 25.5.2000 - B 8 KN 3/99 KR R = SozR 3-2500 § 27a Nr 1).

Aber: Wie verhält es sich bei einer Zwangssterilisation?



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Voraussetzungen 1)

2. Anspruchsvoraussetzungen

Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit

zu erkennen

zu heilen

ihre Verschlimmerung zu verhüten

Krankheitsbeschwerden zu lindern



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Voraussetzungen 2)

2. Anspruchsvoraussetzungen

Erkennen einer Krankheit:

Festellen von Ursache und Erscheinungsform einer Krankheit

Diagnostik kein Selbstzweck, sondern nur im Zusammenhang mit den anderen Behandlungszielen erheblich

Krankheitserkennung i.S. v. § 27 ist abzugrenzen von der Früherkennung i.S. v. §§ 25, 26



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Voraussetzungen 3)

2. Anspruchsvoraussetzungen

Heilung einer Krankheit:

Hauptziel der Krankenbehandlung Vollständige Wiederherstellung der Gesundheit, aber auch Besserung



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Voraussetzungen 4)

2. Anspruchsvoraussetzungen

Verhütung der Verschlimmerung:

Verhinderung der weiteren Ausprägung vorhandener Funktionsstörungen oder des Auftretens von Folge- und Begleiterkrankungen Lebensverlängerung für begrenzte Zeit



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Voraussetzungen 5)

2. Anspruchsvoraussetzungen

Linderung von Krankheitsbeschwerden:

Linderung von Schmerzen und sonstigen Beschwerden



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Voraussetzungen 6)

2. Anspruchsvoraussetzungen

Krankenbehandlung muss notwendig sein

Der Begriff der Notwendigkeit ist ein unbestimmter Rechtsbegriff ohne Beurteilungsspielraum, d.h., er ist gerichtlich in vollem Umfang überprüfbar Was notwendig ist, wird vornehmlich durch den medizinischen Zweck der Leistung bestimmt

Ein Funktionsausfall macht zwar einen möglichst umfassenden Ausgleich nötig, jedoch darf dieser Ausgleich sich nicht auf besondere berufliche, private oder allgemein-gesellschaftliche Nachteile erstrecken.

BSGE 42, 229



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Voraussetzungen 7)

2. Anspruchsvoraussetzungen

BSGE 42, 229

- 1. Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der orthopädischen Ausstattung (RVO§ 182 Abs 1 Nr 1 Buchst c iVm RVO§ 182b) ist darauf beschränkt, den Ausgleich von natürlichen Funktionen eines nicht oder nicht voll funktionsfähigen Körperorgans herzustellen.
- 2. Hilfsmittel, die für besondere, dem gesellschaftlichen oder privaten Bereich zuzurechnende Betätigungen erforderlich sind, begründen keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Voraussetzungen 8)

2. Anspruchsvoraussetzungen

Behandlungszugänglichkeit von psychiatrischen Dauerbehandlungen

BSG v. 12.11.1985 (BSGE 59, 116)



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Voraussetzungen 9)

2. Anspruchsvoraussetzungen

Behandlungszugänglichkeit von psychiatrischen Dauerbehandlungen

BSGE 59, 116

Bei einer Geisteskrankheit von langer Dauer (hier: seit 45 Jahren) ist es für den retrospektiven - vom Ergebnis her geführten - Nachweis ursprünglicher Behandlungsbedürftigkeit erforderlich, anhand der die Krankheit in ihrer langen Dauer prägenden Umstände eine wesentliche, vom bisherigen Dauerzustand sich deutlich abhebende Besserung herauszustellen. In einem Fall wie dem vorliegenden sind derartige Anforderungen aber auch dann zu stellen, wenn der Nachweis der Behandlungsbedürftigkeit nicht retrospektiv vom Ergebnis her -, sondern prognostisch geführt werden soll. Denn hier spricht die Art und Dauer der Erkrankung für die Vermutung, daß die Schizophrenie der Versicherten keiner mit Heilungs- oder Besserungsaussichten verbundenen Behandlung mehr zugänglich ist. Von einer solchen Vermutung könnte dann nicht ausgegangen werden, wenn neue Heilmethoden oder neue psychophysische Gegebenheiten des Versicherten die Besserungsaussichten wieder in den Bereich einer wenn auch nur geringfügigen Wahrscheinlichkeit rücken würden.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Voraussetzungen 10)

2. Anspruchsvoraussetzungen

Behandlungszugänglichkeit von psychiatrischen Dauerbehandlungen

Aber: BSG v. 13.5.2004, B 3 KR 18/03 R:

Leitsätze

- 1. Die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung der Unterbringung eines psychisch erkrankten Versicherten zur Durchführung einer stationären psychiatrischen Heilbehandlung (§ 1906 Abs 1 Nr 2 BGB) schließt im Streit um den Vergütungsanspruch des Krankenhausträgers den Einwand der Krankenkasse nicht aus, die Krankenhausbehandlung sei nicht erforderlich gewesen.
- 2. Hält eine Krankenkasse den weiteren Krankenhausaufenthalt eines psychiatrisch behandlungsbedürftigen Versicherten wegen ambulanter Behandlungsalternativen für nicht erforderlich, hat sie die Entscheidung der Krankenhausärzte, die stationäre Behandlung fortzusetzen, als vertretbar hinzunehmen, wenn sie die Behandlungsalternativen soweit nicht flächendeckend vorhanden den Krankenhausärzten und dem Versicherten bzw. dessen Betreuer nicht konkret und nachprüfbar aufgezeigt hat.

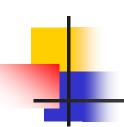


III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Voraussetzungen 11)

2. Anspruchsvoraussetzungen

Behandlungszugänglichkeit von psychiatrischen Dauerbehandlungen Auszüge aus dem Tatbestand und den Entscheidungsgründen

Ein Versicherter der beklagten Krankenkasse, der seit Jahrzehnten an Schizophrenie leidet und deswegen wiederholt über längere Zeiträume in dem vom Kläger betriebenen Psychiatrischen Krankenhaus M. (nunmehr Zentrum für Soziale Psychiatrie Kurhessen) stationär behandelt worden ist, wurde dort am 28. Dezember 1997 erneut wegen Wahnvorstellungen und Bedrohung von Familienangehörigen stationär aufgenommen. Der Krankenhausaufenthalt dauerte bis zum 1. September 1999. Die zur psychiatrischen Behandlung der "schweren paranoid-halluzinatorischen Psychose" (Aufnahmediagnose) vom Betreuer des Versicherten veranlasste Unterbringung in dem Krankenhaus wurde durch das Vormundschaftsgericht jeweils zeitabschnittsweise genehmigt, darunter durch Beschluss vom 29. Juni 1998 für die folgenden sechs Monate. Die Beklagte trug die Kosten der Behandlung mit Ausnahme der Zeit vom 1. Juli bis zum 29. Oktober 1998. Sie lehnte nach Einholung eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) gegenüber dem Krankenhaus die am 13. Juli 1998 beantragte Verlängerung der stationären Behandlung über den 30. Juni 1998 hinaus ab, weil wegen der eingetretenen Stabilisierung des Patienten eine Krankenhausbehandlung nicht mehr erforderlich sei.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Voraussetzungen 12)

2. Anspruchsvoraussetzungen

Behandlungszugänglichkeit von psychiatrischen Dauerbehandlungen

- Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den
- Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Demgemäß müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegen.
- Es ist vielmehr eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den vorhandenen Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommen. Bei einer psychiatrischen Erkrankung kann der Einsatz von krankenhausspezifischen Geräten in den Hintergrund treten und allein der notwendige Einsatz von Ärzten, therapeutischen Hilfskräften und Pflegepersonal sowie die Art der Medikation die Notwendigkeit einer stationären Behandlung begründen.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Voraussetzungen 13)

2. Anspruchsvoraussetzungen

Behandlungszugänglichkeit von psychiatrischen Dauerbehandlungen

- Die Prognose des Krankenhausarztes, dass eine weitere psychiatrische Behandlung im Krankenhaus notwendig ist, muss vielmehr von der Krankenkasse hingenommen werden, sofern sie vertretbar ist
- Die Entscheidung des Krankenhausarztes ist daher stets aus seiner vorausschauenden Sicht unter Zugrundelegung der im Entscheidungszeitpunkt bekannten (oder auch nur erkennbaren) Umstände zu beurteilen. Die Prognoseentscheidung, eine Krankenhausbehandlung sei weiterhin notwendig, wäre dann nicht vertretbar, wenn sie zB im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung steht oder medizinische Standards verletzt.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Voraussetzungen 14)

2. Anspruchsvoraussetzungen

Behandlungszugänglichkeit von psychiatrischen Dauerbehandlungen

Nochmals aber: BSG v. 4.4.2006, B 1 KR 32/04 R:

Auszüge aus Tatbestand und Entscheidungsgründen:

Der klagende Sozialhilfeträger begehrt von der beklagten Krankenkasse die Erstattung der Kosten für die stationäre psychiatrische Behandlung ihres Versicherten (= Beigeladener zu 3.).

Bei dem 1975 geborenen Beigeladenen zu 3., dem vom Kläger Sozialhilfeleistungen gewährt wurden, besteht eine Minderbegabung mit Verhaltensstörungen sowie Neigung zu auto- und fremdaggressiven Impulsdurchbrüchen, sexueller Enthemmung bei insgesamt dissoziativer Fehlreaktionsbereitschaft. Er befand sich deswegen seit Juli 1991 mehrfach lange Zeit in stationärer psychiatrischer Behandlung. Am 9. Juni 1997 wurde vormundschaftsgerichtlich seine Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung längstens bis 28. April 1999 genehmigt.

Nach wiederholt gescheiterten Versuchen der Enthospitalisierung (zuletzt im November/Dezember 1996) befand sich der Beigeladene zu 3. ab 16. Dezember 1996 durchgehend in psychiatrischen Fachkliniken. Auf einen Kostenübernahmeantrag der Beigeladenen zu 1. vom 24. Februar 1997 hin übernahm die Beklagte die Kosten des stationären Aufenthalts in der Klinik der Beigeladenen zu 1. in H. bis 11. März 1997.



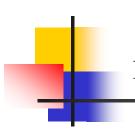
III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Voraussetzungen 15)

2. Anspruchsvoraussetzungen

Behandlungszugänglichkeit von psychiatrischen Dauerbehandlungen

Der erkennende Senat beabsichtigt, die Revision des Klägers zurückzuweisen und das klageabweisende Berufungsurteil zu bestätigen. Daran sieht sich der Senat allerdings gehindert, weil er dabei in entscheidungstragender Weise von der Rechtsprechung des 3. Senats des BSG abweichen würde. Er legt dem 3. Senat daher die im Beschlusstenor enthaltenen Einzelfragen zur Beantwortung vor (vgl § 41 Abs 2 SGG).

Nach § 27 Abs 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die zur Krankenbehandlung gehörende Krankenhausbehandlung (§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V) wird gemäß § 39 Abs 1 Satz 1 SGB V vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht.



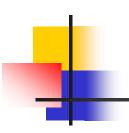
III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Voraussetzungen 16)

2. Anspruchsvoraussetzungen

Behandlungszugänglichkeit von psychiatrischen Dauerbehandlungen

Die Unterbringung des Betroffenen in einer geschlossenen Anstalt mit dem Ziel der Verwahrung, etwa weil er die öffentliche Sicherheit und Ordnung bzw sich selbst oder andere gefährdet, begründet regelmäßig keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch soziale oder humanitäre Gründe genügen dafür nicht; so schließen bloße (primär nichtärztliche) Maßnahmen mit dem Ziel, eine selbstständigere Lebensführung zu ermöglichen oder die Verwahrlosung des Betroffenen zu verhindern, eine Leistungsgewährung für stationäre Krankenhausbehandlung aus. Die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung ist vielmehr davon abhängig, dass die Behandlung primär dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder

Wenn aber weder Pflege noch Unterbringung zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, konnte dem Beigeladenen zu 3. auch kein krankenversicherungsrechtlicher Leistungsanspruch daraus erwachsen, dass ein Krankenhausarzt den weiteren stationären Krankenhausaufenthalt gleichwohl noch medizinisch für sinnvoll und geboten hielt.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Voraussetzungen 17)

2. Anspruchsvoraussetzungen

Behandlungszugänglichkeit von psychiatrischen Dauerbehandlungen

Hinge der Anspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse auf eine bestimmte Leistung losgelöst davon durchgehend von der individuellen Prognose des jeweiligen Leistungserbringers ab bzw von einem allein schon durch dessen Tätigwerden gegenüber dem Versicherten vermittelten "Vertrauen", hätte dies im Gesetz Ausdruck finden müssen. Die in das System der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogenen (ärztlichen) Leistungserbringer sind trotz ihrer faktischen Schlüsselstellung bei der Konkretisierung von Leistungsansprüchen der Versicherten von Gesetzes wegen nicht befugt, zu Lasten einer Krankenkasse Rechtsentscheidungen über das Bestehen von Leistungsansprüchen zu treffen. Nach der gesetzlichen Konzeption hat vielmehr allein die Krankenkasse darüber zu befinden, ob dem Versicherten auf der Grundlage des geltenden Rechts ein bestimmter

Der erkennende Senat richtet die beschlossene Anfrage an den 3. Senat, weil sich die Frage der Einleitung eines Vorlageverfahrens an den Großen Senat des BSG gemäß § 41 Abs 2 SGG stellt. Eine derartige Vorlage ist nur zulässig, wenn der Senat, von dessen Entscheidung abgewichen werden soll, auf Anfrage erklärt hat, dass er an seiner Rechtsauffassung festhält (vgl § 41 Abs 3 Satz 1 SGG).



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit



3. Krankenbehandlung (Katalog)

§ 27 Abs. 1 Satz 2



- 1. ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
- 2. zahnärztliche Behandlung,
- 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
- 3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
- 4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
- 5. Krankenhausbehandlung,
- 6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (künstl. Befrucht. 1)

3. Krankenbehandlung

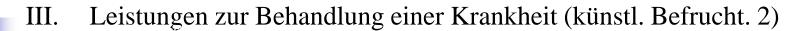
§ 27 a

sog.homologe Insemination, z. heterologen Insemination vgl. BSG v. 09.10.2001

Künstliche Befruchtung

- (1) Die Leistungen der Krankenbehandlung umfassen auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn
 - 1. diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind,
 - 2. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme drei Mal ohne Erfolg durchgeführt worden ist,
 - 3. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
 - 4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und
 - 5. sich die Ehegatten vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a erteilt worden ist.





BSG v. 09.10.2001 B 1 KR 33/00 R

Leitsatz

Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft mittels künstlicher Befruchtung einer Fremdeizelle (heterologe In-vitro-Fertilisation) sind keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Orientierungssatz

- 1. Die in § 27a Abs 1 SGB 5 angeordneten Einschränkungen entfallen nicht deshalb, weil die künstliche Befruchtung nicht allein der Überwindung der bestehenden Unfruchtbarkeit, sondern zugleich mittelbar der Behandlung einer damit zusammenhängenden seelischen Erkrankung dienen soll.
- 2. Die Beschränkung der Leistungspflicht der Krankenversicherung auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung mit eigenen Ei- und Samenzellen der Ehegatten verletzt kein Verfassungs- und europäisches Gemeinschaftsrecht.



III

III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (künstl. Befrucht. 3)

3. Krankenbehandlung

§ 27 a

- (2) Absatz 1 gilt auch für Inseminationen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht. Bei anderen Inseminationen ist Absatz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz und Nr. 5 nicht anzuwenden.
- (3) Anspruch auf Sachleistungen nach Absatz 1 besteht nur für Versicherte, die das 25. Lebensjahr vollendet haben; der Anspruch besteht nicht für weibliche Versicherte, die das 40. und für männliche Versicherte, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. Vor Beginn der Behandlung ist der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen. Die Krankenkasse übernimmt 50 vom Hundert der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden.
- (4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen nach Absatz 1.





III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (künstl. Befrucht. 4)

3. Krankenbehandlung

§ 121a SGB V

Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen

- (1) Die Krankenkassen dürfen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§ 27a Abs. 1) nur erbringen lassen durch
 - 1. Vertragsärzte,
 - 2. ermächtigte Ärzte,
 - 3. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen oder
 - 4. zugelassene Krankenhäuser,

denen die zuständige Behörde eine Genehmigung nach Absatz 2 zur Durchführung dieser Maßnahmen erteilt hat. Satz 1 gilt bei Inseminationen nur dann, wenn sie nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden, bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht.





III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (künstl. Befrucht. 6)

3. Krankenbehandlung

- (2) Die Genehmigung darf den im Absatz 1 Satz 1 genannten Ärzten oder Einrichtungen nur erteilt werden, wenn sie
 - 1. über die für die Durchführung der Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§ 27a Abs. 1) notwendigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten und
 - 2. die Gewähr für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Durchführung von Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§ 27a Abs. 1) bieten.
- (3) Ein Anspruch auf Genehmigung besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Ärzten oder Einrichtungen, die sich um die Genehmigung bewerben, entscheidet die zuständige Behörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Bewerber nach pflichtgemäßem Ermessen, welche Ärzte oder welche Einrichtungen den Erfordernissen einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Durchführung von Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§ 27a Abs. 1) am besten gerecht werden.
- (4) Die zur Erteilung der Genehmigung zuständigen Behörden bestimmt die nach Landesrecht zuständige Stelle, mangels einer solchen Bestimmung die Landesregierung; diese kann die Ermächtigung weiter übertragen.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (ärztl. Behandl. 1)

3. Krankenbehandlung

§ 28 Abs. 1

Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(1) Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (ärztl. Behandl. 2)

3. Krankenbehandlung

§ 15 Abs. 1 (Arztvorbehalt)

Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden.

Ausnahme: Psychologische Psychotherapeuten



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (ärztl. Behandl. 3)

3. Krankenbehandlung

Hilfeleistung anderer Personen

Hierzu gehören Tätigkeiten, die vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden. Sie sind der ärztlichen Berufsausübung zuzuordnen, können jedoch delegiert werden.

u.a. folgende Personengruppen:

- Arzthelferinnen
- ProphylaxehelferInnen
- KrankengymnstInnen



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (ärztl. Behandl. 4)

3. Krankenbehandlung

maßgebliche Richtlinien des GemBA z.B.:

- AU-Richtlinien
- Bedarfsplanungs-Richtlinien
- Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung
- Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien
- Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien
- Arzneimittel-Richtlinien
- Jugenduntersuchungs-Richtlinien
- Krebsfrüherkennungsrichtlinien
- Krankentransport-Richtlinien
- Mutterschafts-Richtlinien
- Künstl. Befruchtungs-Richtlinien

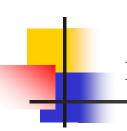






§ 28 Abs. 2

(2) Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kiefer-krankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (zahnärztl. Behandl. 2)

3. Krankenbehandlung

Umfang der zahnärztlichen Tätigkeit

Ergibt sich aus der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung des GemBA

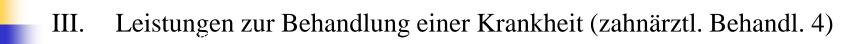




§ 28 Abs. 2

Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

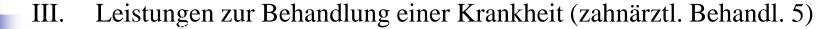




Auszug aus ZÄ-Richtlinie

Ausnahmeindikationen für Implantate und Suprakonstruktionen im Sinne von § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V liegen in den in Satz 4 aufgeführten besonders schweren Fällen vor. Bei Vorliegen dieser Ausnahmeindikationen besteht Anspruch auf Implantate zur Abstützung von Zahnersatz als Sachleistung nur dann, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. In den Fällen von Satz 4 Buchstaben a) bis c) gilt dies nur dann, wenn das rekonstruierte Prothesenlager durch einen schleimhautgelagerten Zahnersatz nicht belastbar ist.





Auszug aus ZÄ-Richtlinie

Besonders schwere Fälle liegen vor

- a) bei größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache
 - in Tumoroperationen,
 - in Entzündungen des Kiefers,
 - in Operationen infolge von großen Zysten (z.B. große follikuläre Zysten oder Keratozysten),
 - in Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
 - in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder
 - in Unfällen haben,
- b) bei dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung
- c) bei generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,
- d)bei nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken).



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (zahnärztl. Behandl. 6)

3. Krankenbehandlung

Auszug aus ZÄ-Richtlinie

Bei extraoralen Defekten im Gesichtsbereich nach Tumoroperationen oder Unfällen oder infolge genetisch bedingter Nichtanlagen ist die operative Deckung der Defekte das primäre Ziel. Ist eine rein operative Rehabilitation nicht möglich und scheidet die Fixierung von Epithesen zum Defektverschluss durch andere Fixierungsmöglichkeiten aus, so ist eine Verankerung von Epithesen durch Implantate angezeigt



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Psychotherapie 1)

3. Krankenbehandlung

§ 28 Abs. 3 Psychotherapie

1998 wurden durch das **Psychotherapeutengesetz** die Heilberufe "psychologischer Psychotherapeut" und "Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut" neu eingeführt und diese Psychotherapeuten grundsätzlich gleichberechtigt neben den Vertragsärzten zugelassen

Gesetz

über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Artikel 1 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I, S.1311)





Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Psychotherapie 2)

3. Krankenbehandlung

§ 28 Abs. 3

(3) Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien nach § 92 durchgeführt. Spätestens nach den probatorischen Sitzungen gemäß § 92 Abs. 6a hat der Psychotherapeut vor Beginn der Behandlung den Konsiliarbericht eines Vertragsarztes zur Abklärung einer somatischen Erkrankung sowie, falls der somatisch abklärende Vertragsarzt dies für erforderlich hält, eines psychiatrisch tätigen Vertragsarztes einzuholen.





III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Psychotherapie 3)

3. Krankenbehandlung

Auszüge aus den PsychTh.- Richtlinien

Psychotherapie kann im Rahmen dieser Richtlinien erbracht werden, soweit und solange eine seelische Krankheit vorliegt. Als seelische Krankheit gilt auch eine geistige oder seelische Behinderung, bei der Rehabilitationsmaßnahmen notwendig werden.

Psychotherapie ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und gehört nicht zur vertragsärztlichen Versorgung, wenn sie nicht der Heilung oder Besserung einer Krankheit bzw. der medizinischen Rehabilitation dient. Dies gilt ebenso für Maßnahmen, die ausschließlich zur beruflichen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind, für Erziehungsberatung, Sexualberatung, körperbezogene Therapieverfahren, darstellende Gestaltungstherapie sowie heilpädagogische oder ähnliche Maßnahmen.





III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Psychotherapie 4)

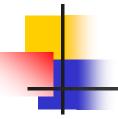
3. Krankenbehandlung

Auszüge aus den PsychTh.- Richtlinien

In diesen Richtlinien wird seelische Krankheit verstanden als krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen. Es gehört zum Wesen dieser Störungen, daß sie der willentlichen Steuerung durch den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind.

Krankhafte Störungen können durch seelische oder körperliche Faktoren verursacht werden; sie werden in seelischen und körperlichen Symptomen und in krankhaften Verhaltensweisen erkennbar, denen aktuelle Krisen seelischen Geschehens, aber auch pathologische Veränderungen seelischer Strukturen zugrunde liegen können.





III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Psychotherapie 5)

3. Krankenbehandlung

Auszüge aus den PsychTh.- Richtlinien

Seelische Strukturen werden in diesen Richtlinien verstanden als die anlagemäßig disponierenden und lebensgeschichtlich erworbenen Grundlagen seelischen Geschehens, das direkt beobachtbar oder indirekt erschließbar ist.

Auch Beziehungsstörungen können Ausdruck von Krankheit sein; sie sind für sich allein nicht schon Krankheit im Sinne dieser Richtlinien, sondern können nur dann als seelische Krankheit gelten, wenn ihre ursächliche Verknüpfung mit einer krankhaften Veränderung des seelischen oder körperlichen Zustandes eines Menschen nachgewiesen wurde.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Psychotherapie 6)

3. Krankenbehandlung

Auszüge aus den PsychTherap.-Richtlinien

Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen:

Psychoanalytisch begründete Verfahren

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Analytische Psychotherapie

Verhaltenstherapie

Stimulus-bezogene Methoden

Response-bezogene Methoden

Methoden des Modellernens

Methoden der kognitiven Umstrukturierung

Selbststeuerungsmethoden



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Psychotherapie 7)

3. Krankenbehandlung

Auszüge aus den PsychTherap.-Richtlinien

Leistungsumfang

Vor der ersten Antragstellung sind bis zu 5, bei der analytischen Psychotherapie bis zu 8, probatorische Sitzungen möglich.

Kurzzeittherapie bis 25 Stunden als Einzeltherapie auch in halbstündigen Sitzungen mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl

Kurzzeittherapie bis 25 Stunden als Gruppentherapie (als tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie nur bei Erwachsenen und Jugendlichen)

Therapie mit einer Stundenzahl, die in bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Therapieverfahren in der Antragsbegründung festzulegen ist (Antragsverfahren mit Begutachtung).



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Psychotherapie 8)

3. Krankenbehandlung

Auszüge aus den PsychTherap.-Richtlinien

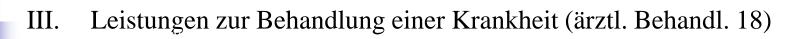
Leistungsumfang

Die Überführung einer Kurzzeitherapie in die Langzeittherapie muss bis zur zwanzigsten Sitzung der Kurzzeittherapie beantragt und zugleich das Gutachterverfahren eingeleitet werden.

Probetherapie als Bestandteil der Langzeittherapie auf Antrag oder nach Empfehlung des Gutachters für tiefenpsychologisch fundierte bzw. analytische Psychotherapie bis zu 25 Stunden, für Verhaltenstherapie bis zu 15 Stunden

Analytische Psychotherapie bis 160 Stunden, in besonderen Fällen bis 240 Stunden, bei Gruppenbehandlung bis 80 Doppelstunden, in besonderen Fällen bis 120 Doppelstunden,





Auszüge aus den PsychTherap.-Richtlinien

Leistungsumfang

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bis 50 Stunden, in besonderen Fällen bis 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung bis 40 Doppelstunden, in besonderen Fällen bis 60 Doppelstunden. Behandlungen können als Einzeltherapie des Indexpatienten auch in Doppelstunden bei intensiverer Einbeziehung von Partner oder Familie durchgeführt werden. Die entsprechenden Stunden werden auf das Gesamtkontingent angerechnet. Die in B I. 1.1.1.4 genannten Verfahren können als Einzeltherapie auch in halbstündigen Sitzungen mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden.

Verhaltenstherapie bis 45 Stunden, in besonderen Fällen bis 60 Stunden. Verhaltenstherapie kann als Einzeltherapie auch in halbstündigen Sitzungen mit entsprechender Vermehrung und in doppelstündigen Sitzungen mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden. Verhaltenstherapie kann nur in Kombination mit der Einzeltherapie auch als Gruppenbehandlung durchgeführt werden, wobei die in der Gruppentherapie erbrachte Doppelstunde im Gesamttherapiekontingent als Einzelstunde gezählt wird.





III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Zuzahlung 1)

3. Krankenbehandlung

§ 28 Abs. 4

(4) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten je für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, z oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmen. Kalendervierteljan. Ka Kalenderviert über die Krankenversicherung der Landwirte . Sow rte Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 gewählt haben, gelten Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass die Zuzahlung gemäß § 13 Abs. 2 Satz 9 von der Krankenkasse in Abzug zu bringen ist.



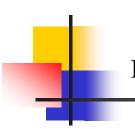
Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Zuzahlung 2)

3. Krankenbehandlung

§ 61

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsan-spruch hierfür besteht nicht.

Hinweis auf Härtefallregelung § 62, s. D IV 2



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Kieferorthopädie 1)

3. Krankenbehandlung

§ 29

(1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

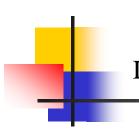


III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Kieferorthopädie 2)

3. Krankenbehandlung

§ 29

(2) Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen Anteil in Höhe von 20 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Anteil nach Satz 1 für das zweite und jedes weitere Kind 10 vom Hundert.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Kieferorthopädie 3)

3. Krankenbehandlung

§ 29

(3) Der Vertragszahnarzt rechnet die kieferorthopädische Behandlung abzüglich des Versichertenanteils nach Absatz 2 Satz 1 und 3 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, zahlt die Kasse den von den Versicherten geleisteten Anteil nach Absatz 2 Satz 1 und 3 an die Versicherten zurück.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Kieferorthopädie 4)

3. Krankenbehandlung

§ 29

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vor-zugeben.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 1)

3. Krankenbehandlung

Der Anspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 2)

3. Krankenbehandlung

§ 31 Abs. 1 Satz 1

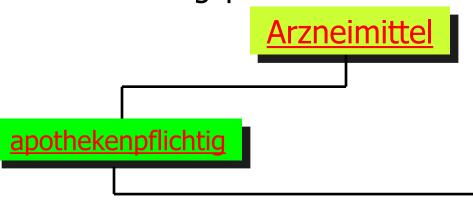
Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 3)

3. Krankenbehandlung

Leistungspflicht der Krankenkassen:



Nicht nach § 34 ausgeschlossen

Nicht durch AMR ausgeschlossen





III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 4)

3. Krankenbehandlung

Der Begriff des Arzneimittels ist weder im SGB V noch in den AMR definiert

Auf den Begriff des Arzneimittels im AMG kann nicht grundsätzlich – obwohl Abhängigkeiten bestehen – zurückgegriffen werden, da das Arzneimittelrecht und das Krankenversicherungsrecht unterschiedliche Zielsetzungen haben

Das Recht der GKV zielt positiv auf die Gewährleistung einer dem Zweck der ärztl. Behandlung optimal entsprechenden effektiven und effizienten Verordnung von Arzneimitteln, während das AMG negativ Gefahrenabwehr und Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln gewährleisten will

Arzneimittel i.S.d. AMG müssen nicht zwingend solche des KV-Rechts sein, andererseits scheidet ein Arzneimittel nicht aus der Leistungspflicht der Krankenkassen aus, weil es nicht unter den Arzneimittelbegriff des AMG fällt

Für Arzneimittel, die nicht nach dem AMG zugelassen sind, besteht keine Leistungspflicht der Krankenkassen

Zum Begriff des Arzneimittels u.a. LSG Baden-Württemberg, SGb 1988, 469 m.A.v. Schlenker; Gerlach in Hauck, SGB V, § 31 RZ 15 ff, Wagner in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, § 31 RZ 8; BSGE 67, 36; 86, 54; BSGE 82, 233; umfassend Schlenker in Dok 1987, 236 ff



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 5)

3. Krankenbehandlung

BSG vom 28. 3. 2000 – B 1 KR 11/98 R:

Dabei kann unentschieden bleiben, ob der Arzneimittelbegriff des SGB V mit demjenigen des AMG in jeder Beziehung übereinstimmt (offengelassen in BSG Bd. 81 S. 240, 243 – Diätnahrungsmittel; BSG in SozR 3-2500 § 61 Nr. 712 – Insulin). Präparate, die von der im wesentlichen mit dem allgemeinen Sprachgebrauch übereinstimmenden Grunddefinition des § 2 Abs. 1 AMG erfasst werden, sind jedenfalls regelmäßig zugleich Arzneimittel im Sinne von § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3, § 31 SGB V.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 6)

3. Krankenbehandlung

Sozialrechtlicher Arzneimittelbegriff:

Unter Arzneimittel sind diejenigen Mittel zu verstehen, die im wesentlichen auf den inneren Organismus des Körpers (im Sinne der Heilung oder Besserung eines Krankheitszustandes) einwirken, indem sie in geeigneter Weise – durch Einnehmen, Einlauf, Einspritzen und dergleichen – zugeführt werden.

Gerlach in Hauck, § 31, RZ 22



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 7)

3. Krankenbehandlung

§ 2 AMG

Arzneimittelbegriff

- (1) Arzneimittel sind Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen,
- 1. die zur Anwendung im oder am menschlichen oder tierischen Körper bestimmt sind und als Mittel mit Eigenschaften zur Heilung oder Linderung oder zur Verhütung menschlicher oder tierischer Krankheiten oder krankhafter Beschwerden bestimmt sind oder
- die im oder am menschlichen oder tierischen K\u00f6rper angewendet oder einem Menschen oder einem Tier verabreicht werden k\u00f6nnen, um entweder
 - a) die physiologischen Funktionen durch eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkung wiederherzustellen, zu korrigieren oder zu beeinflussen oder
 - b) eine medizinische Diagnose zu erstellen.



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 8)

3. Krankenbehandlung

(2) Als Arzneimittel gelten

1. Gegenstände, die ein Arzneimittel nach Absatz 1 enthalten oder auf die ein Arzneimittel nach Absatz 1 aufgebracht ist und die dazu bestimmt sind, dauernd oder vorübergehend mit dem menschlichen oder tierischen Körper in Berührung gebracht zu werden,

(1a – 4 nur Arzneimittel zur Anwendung bei Tieren)



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 9)

3. Krankenbehandlung

(3) Arzneimittel sind nicht

- 1. Lebensmittel im Sinne des § 2 Abs. 2 des Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuches,
- 2. kosmetische Mittel im Sinne des § 2 Abs. 5 des Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuches_,
- 3. Tabakerzeugnisse im Sinne des § 3 des Vorläufigen Tabakgesetzes,
- 4. Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen, die ausschließlich dazu bestimmt sind, äußerlich am Tier zur Reinigung oder Pflege oder zur Beeinflussung des Aussehens oder des Körpergeruchs angewendet zu werden, soweit ihnen keine Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen zugesetzt sind, die vom Verkehr außerhalb der Apotheke ausgeschlossen sind,
- 5. (weggefallen)
- 6. Futtermittel im Sinne des § 3 Nr. 11 bis 15 des Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuches,
- 7. Medizinprodukte und Zubehör für Medizinprodukte im Sinne des § 3 des Medizinproduktegesetzes, es sei denn, es handelt sich um Arzneimittel im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 2_,
- 8. die in § 9 Satz 1 des Transplantationsgesetzes genannten Organe und Augenhornhäute, wenn sie zur Übertragung auf andere Menschen bestimmt sind.





Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 10)

3. Krankenbehandlung

§ 4 AMG

Sonstige Begriffsbestimmungen

(1) Fertigarzneimittel sind Arzneimittel, die im Voraus hergestellt und in einer zur Abgabe an den Verbraucher bestimmten Packung in den Verkehr gebracht werden oder andere zur Abgabe an Verbraucher bestimmte Arzneimittel, bei deren Zubereitung in sonstiger Weise ein industrielles Verfahren zur Anwendung kommt oder die, ausgenommen in Apotheken, gewerblich hergestellt werden. Fertigarzneimittel sind nicht Zwischenprodukte, die für eine weitere Verarbeitung durch einen Hersteller bestimmt sind.







3. Krankenbehandlung

§ 43 AMG

Apothekenpflicht, Inverkehrbringen durch Tierärzte

- (1) Arzneimittel im Sinne des § 2 Abs. 1 oder Abs. 2 Nr. 1, die nicht durch die Vorschriften des § 44 oder der nach § 45 Abs. 1_erlassenen Rechtsverordnung für den Verkehr außerhalb der Apotheken freigegeben sind, dürfen außer in den Fällen des § 47 berufs- oder gewerbsmäßig für den Endverbrauch nur in Apotheken und ohne behördliche Erlaubnis nicht im Wege des Versandes in den Verkehr gebracht werden; das Nähere regelt das Apothekengesetz . Außerhalb der Apotheken darf außer in den Fällen des Absatzes 4 und des § 47 Abs. 1 mit den nach Satz 1 den Apotheken vorbehaltenen Arzneimitteln kein Handel getrieben werden.
- (2) Die nach Absatz 1 Satz 1 den Apotheken vorbehaltenen Arzneimittel dürfen von juristischen Personen, nicht rechtsfähigen Vereinen und Gesellschaften des bürgerlichen Rechts und des Handelsrechts an ihre Mitglieder nicht abgegeben werden, es sei denn, dass es sich bei den Mitgliedern um Apotheken oder um die in § 47 Abs. 1_genannten Personen und Einrichtungen handelt und die Abgabe unter den dort bezeichneten Voraussetzungen erfolgt.
- (3) Auf Verschreibung dürfen Arzneimittel im Sinne des § 2 Abs. 1_oder Abs. 2 Nr. 1 nur von Apotheken abgegeben werden. § 56 Abs. 1 bleibt unberührt.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 12)

3. Krankenbehandlung

§ 44 AMG

Ausnahme von der Apothekenpflicht

- (1) Arzneimittel, die von dem pharmazeutischen Unternehmer ausschließlich zu anderen Zwecken als zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden zu dienen bestimmt sind, sind für den Verkehr außerhalb der Apotheken freigegeben.
- (2) Ferner sind für den Verkehr außerhalb der Apotheken freigegeben:
 - 1. a) natürliche Heilwässer sowie deren Salze, auch als Tabletten oder Pastillen,
 - b) künstliche Heilwässer sowie deren Salze, auch als Tabletten oder Pastillen, jedoch nur, wenn sie in ihrer Zusammensetzung natürlichen Heilwässern entsprechen,
- 2. Heilerde, Bademoore und andere Peloide, Zubereitungen zur Herstellung von Bädern, Seifen zum äußeren Gebrauch,
- 3. mit ihren verkehrsüblichen deutschen Namen bezeichnete
 - a) Pflanzen und Pflanzenteile, auch zerkleinert,
 - b) Mischungen aus ganzen oder geschnittenen Pflanzen oder Pflanzenteilen als Fertigarzneimittel,
 - c) Destillate aus Pflanzen und Pflanzenteilen,
- d) Presssäfte aus frischen Pflanzen und Pflanzenteilen, sofern sie ohne Lösungsmittel mit Ausnahme von Wasser hergestellt sind.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 13)

3. Krankenbehandlung

- 4. Pflaster,
- 5. ausschließlich oder überwiegend zum äußeren Gebrauch bestimmte Desinfektionsmittel sowie Mund- und Rachendesinfektionsmittel.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für Arzneimittel, die
 - 1. nur auf ärztliche, zahnärztliche oder tierärztliche Verschreibung abgegeben werden dürfen oder
 - 2. durch Rechtsverordnung nach § 46 vom Verkehr außerhalb der Apotheken ausgeschlossen sind.

§ 45 AMG

Ermächtigung zu weiteren Ausnahmen von der Apothekenpflicht



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 14)

3. Krankenbehandlung

§ 47 AMG

Vertriebsweg

- (1) Pharmazeutische Unternehmer und Großhändler dürfen Arzneimittel, deren Abgabe den Apotheken vorbehalten ist, außer an Apotheken nur abgeben an.
 - 1. andere pharmazeutische Unternehmer und Großhändler,
 - 2. Krankenhäuser und Ärzte, soweit es sich handelt um
 - a) aus menschlichem Blut gewonnene Blutzubereitungen oder gentechnologisch hergestellte Blutbestandteile, die, soweit es sich um Gerinnungsfaktorenzubereitungen handelt, von dem hämostaseologisch qualifizierten Arzt im Rahmen der ärztlich kontrollierten Selbstbehandlung von Blutern an seine Patienten abgegeben werden dürfen,
 - b) menschliches oder tierisches Gewebe,
 - c) Infusionslösungen in Behältnissen mit mindestens 500 ml, die zum Ersatz oder zur Korrektur von Körperflüssigkeit bestimmt sind, sowie Lösungen zur Hämodialyse und Peritonealdialyse,
 - d) Zubereitungen, die ausschließlich dazu bestimmt sind, die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktion des Körpers oder seelische Zustände erkennen zu lassen,

DOMINICISCHIESTEL TOTO



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 15)

3. Krankenbehandlung

- e) medizinische Gase, bei denen auch die Abgabe an Heilpraktiker zulässig ist,
- f) radioaktive Arzneimittel oder
- g) Arzneimittel, die mit dem Hinweis "Zur klinischen Prüfung bestimmt" versehen sind, sofern sie kostenlos zur Verfügung gestellt werden,
- 3. Krankenhäuser, Gesundheitsämter und Ärzte, soweit es sich um Impfstoffe handelt, die dazu bestimmt sind, bei einer unentgeltlichen auf Grund des § 20 Abs. 5, 6 oder 7 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBI. I S. 1045) durchgeführten Schutzimpfung angewendet zu werden oder soweit eine Abgabe von Impfstoffen zur Abwendung einer Seuchen- oder Lebensgefahr erforderlich ist,
- 3a. anerkannte Impfzentren, soweit es sich um Gelbfieberimpfstoff handelt,
- 3b. Krankenhäuser und Gesundheitsämter, soweit es sich um Arzneimittel mit antibakterieller oder antiviraler Wirkung handelt, die dazu bestimmt sind, auf Grund des § 20 Abs. 5, 6 oder 7 des Infektionsschutzgesetzes zur spezifischen Prophylaxe gegen übertragbare Krankheiten angewendet zu werden,
 - 3c. Gesundheitsbehörden des Bundes oder der Länder oder von diesen im Einzelfall benannte Stellen, soweit es sich um Arzneimittel handelt, die für den Fall einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit, deren Ausbreitung eine sofortige und das übliche Maß erheblich überschreitende Bereitstellung von spezifischen Arzneimitteln erforderlich macht, bevorratet werden,



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 16)

3. Krankenbehandlung

- 4. Veterinärbehörden, soweit es sich um Arzneimittel handelt, die zur Durchführung öffentlich-rechtlicher Maßnahmen bestimmt sind,
- 5. auf gesetzlicher Grundlage eingerichtete oder im Benehmen mit dem Bundesministerium von der zuständigen Behörde anerkannte zentrale Beschaffungsstellen für Arzneimittel,
- 6. Tierärzte im Rahmen des Betriebes einer tierärztlichen Hausapotheke, soweit es sich um Fertigarzneimittel handelt, zur Anwendung an den von ihnen behandelten Tieren und zur Abgabe an deren Halter,
- 7. zur Ausübung der Zahnheilkunde berechtigte Personen, soweit es sich um Fertigarzneimittel handelt, die ausschließlich in der Zahnheilkunde verwendet und bei der Behandlung am Patienten angewendet werden,
- 8. Einrichtungen von Forschung und Wissenschaft, denen eine Erlaubnis nach § 3 des Betäubungsmittelgesetzes erteilt worden ist, die zum Erwerb des betreffenden Arzneimittels berechtigt,
- 9. Hochschulen, soweit es sich um Arzneimittel handelt, die für die Ausbildung der Studierenden der Pharmazie und der Veterinärmedizin benötigt werden.



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 17)

3. Krankenbehandlung

(2) Die in Absatz 1 Nr. 5 bis 9 bezeichneten Empfänger dürfen die Arzneimittel nur für den eigenen Bedarf im Rahmen der Erfüllung ihrer Aufgaben beziehen. Die in Absatz 1 Nr. 5 bezeichneten zentralen Beschaffungsstellen dürfen nur anerkannt werden, wenn nachgewiesen wird, dass sie unter fachlicher Leitung eines Apothekers oder, soweit es sich um zur Anwendung bei Tieren bestimmte Arzneimittel handelt, eines Tierarztes stehen und geeignete Räume und Einrichtungen zur Prüfung, Kontrolle und Lagerung der Arzneimittel vorhanden sind.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 18)

3. Krankenbehandlung

- (3) Pharmazeutische Unternehmer dürfen Muster eines Fertigarzneimittels abgeben oder abgeben lassen an
- 1. Ärzte, Zahnärzte oder Tierärzte,
 - 2. andere Personen, die die Heilkunde oder Zahnheilkunde berufsmäßig ausüben, soweit es sich nicht um verschreibungspflichtige Arzneimittel handelt,
 - 3. Ausbildungsstätten für die Heilberufe.

Pharmazeutische Unternehmer dürfen Muster eines Fertigarzneimittels an Ausbildungsstätten für die Heilberufe nur in einem dem Zweck der Ausbildung angemessenen Umfang abgeben oder abgeben lassen. Muster dürfen keine Stoffe oder Zubereitungen im Sinne des § 2 des Betäubungsmittelgesetzes_enthalten, die als solche in Anlage II_oder III des Betäubungsmittelgesetzes_aufgeführt sind.

(4) Pharmazeutische Unternehmer dürfen Muster eines Fertigarzneimittels an Personen nach Absatz 3 Satz 1 nur auf jeweilige schriftliche Anforderung, in der kleinsten Packungsgröße und in einem Jahr von einem Fertigarzneimittel nicht mehr als zwei Muster abgeben oder abgeben lassen. Mit den Mustern ist die Fachinformation, soweit diese nach § 11a_vorgeschrieben ist, zu übersenden. Das Muster dient insbesondere der Information des Arztes über den Gegenstand des Arzneimittels. Über die Empfänger von Mustern sowie über Art, Umfang und Zeitpunkt der Abgabe von Mustern sind gesondert für jeden Empfänger Nachweise zu führen und auf Verlangen der zuständigen Behörde vorzulegen.



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 19)

3. Krankenbehandlung

§ 34 SGB V

Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

- (1) Nicht <u>verschreibungspflichtige Arzneimittel</u> sind von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6_erstmals bis zum 31. März 2004 fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können. Dabei ist der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen. Bis zum In-Kraft-Treten dieser Richtlinien kann der Vertragsarzt nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach den Kriterien des Satzes 2 verordnen. 5 Satz 1 gilt nicht für:
- 1. versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
- 2. versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen.

Abschnitt **F** AMR



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 20)

3. Krankenbehandlung

Für Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, sind von der Versorgung nach § 31_folgende verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Verordnung in den genannten Anwendungsgebieten ausgeschlossen:

- 1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,
- 2. Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
- 3. Abführmittel,
- 4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 21)

3. Krankenbehandlung

Von der Versorgung sind außerdem Arzneimittel ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen. Das Nähere regeln die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates von der Versorg Zweckbestimmung nach üblic bisher nicht ergangen usschließen, die ihrer itsstörungen verordnet nischen Voraussetzungen

die Kosten für diese Mittel von der Krankenkasse übernommen werden. Bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen wie homöopathischen, phytotherapeutischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung zu tragen.



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 22)

3. Krankenbehandlung

Weitere Ausschlüsse:

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates von der Versorgung nach § 31 unwirtschaftliche Arzneimittel ausschließen. Als unwirtschaftlich sind insbesondere Arzneimittel anzusehen, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können oder deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend. Für nicht durch Rechtsverordnung nach Satz 1 ausgeschlossene Arzneimittel bleibt § 92 unberührt.

Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung v. 21.02.1990







III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 23)

3. Krankenbehandlung

Ausschlüsse durch AMR:

Abschnitt **G** AMR



§ 93 SGB V

Übersicht über ausgeschlossene Arzneimittel



- (1) 1 Der Gemeinsame Bundesausschuss soll in regelmäßigen Zeitabständen die nach § 34 Abs. 1 oder durch Rechtsverordnung auf Grund des § 34 Abs. 2 und 3 ganz oder für bestimmte Indikationsgebiete von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossenen Arzneimittel in einer Übersicht zusammenstellen. 2 Die Übersicht ist im Bundesanzeiger bekannt zu machen.
- (2) Kommt der Gemeinsame Bundesausschuss seiner Pflicht nach Absatz 1 nicht oder nicht in einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gesetzten Frist nach, kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Übersicht zusammenstellen und im Bundesanzeiger bekannt machen.





Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 24)

3. Krankenbehandlung

§ 48 AMG

Verschreibungspflicht

- (1) Arzneimittel, die
- 1. durch Rechtsverordnung nach Absatz 2, auch in Verbindung mit den Absätzen 4 und 5, bestimmte Stoffe, Zubereitungen aus Stoffen oder Gegenstände sind oder denen solche Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen zugesetzt sind, oder die
- 2. nicht unter Nummer 1 fallen und zur Anwendung bei Tieren, die der Gewinnung von Lebensmitteln dienen, bestimmt sind,
- dürfen nur bei Vorliegen einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Verschreibung an Verbraucher abgegeben werden. Satz 1 Nr. 1 gilt nicht für die Abgabe zur Ausstattung von Kauffahrteischiffen durch Apotheken nach Maßgabe der hierfür geltenden gesetzlichen Vorschriften.

Abs: 2 – 6 Regelung über Inhalte und Erlass der Rechtsverordnung nach Abs. 2





III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 25)

3. Krankenbehandlung

§ 31 Abs. 1 Satz 2

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung ausnahmsweise in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen werden.

Abschnitt **E** AMR



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 26)

3. Krankenbehandlung

§ 31 Abs. 1 Satz 3

Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt und apothekenpflichtig sind und die bei Anwendung der am 31. Dezember 1994 geltenden Fassung des § 2 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes Arzneimittel gewesen wären, sind in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen; die §§ 33a und 35 finden insoweit keine Anwendung.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 27)

3. Krankenbehandlung

§ 3 MPG

Begriffsbestimmungen

- 1. Medizinprodukte sind alle einzeln oder miteinander verbunden verwendeten Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen oder andere Gegenstände einschließlich der für ein einwandfreies Funktionieren des Medizinproduktes eingesetzten Software, die vom Hersteller zur Anwendung für Menschen mittels ihrer Funktionen zum Zwecke
- a) der Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten,
- b) der Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen,
- c) der Untersuchung, der Ersetzung oder der Veränderung des anatomischen Aufbaus oder eines physiologischen Vorgangs oder
- d) der Empfängnisregelung

zu dienen bestimmt sind und deren bestimmungsgemäße Hauptwirkung im oder am menschlichen Körper weder durch pharmakologisch oder immunologisch wirkende Mittel noch durch Metabolismus erreicht wird, deren Wirkungsweise aber durch solche Mittel unterstützt werden kann.

Sommersemester 2018



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 28)

3. Krankenbehandlung

2. Medizinprodukte sind auch Produkte nach Nummer 1, die einen Stoff oder eine Zubereitung aus Stoffen enthalten oder auf die solche aufgetragen sind, die bei gesonderter Verwendung als Arzneimittel im Sinne des § 2 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes angesehen werden können und die in Ergänzung zu den Funktionen des Produktes eine Wirkung auf den menschlichen Körper entfalten können.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 29)

3. Krankenbehandlung

§ 31 Abs. 1 Satz 4

Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 von der Versorgung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 30)

3. Krankenbehandlung

§ 31 Abs. 1 Satz 5

Für die Versorgung nach Satz 1 können die Versicherten unter den Apotheken, für die der Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 Geltung hat, frei wählen.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 31)

3. Krankenbehandlung

§ 31 Abs. 2

(2) Für ein Arznei- oder Verbandmittel, für das ein Festbetrag nach § 35 oder § 35a festgesetzt ist, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages, für andere Arznei- oder Verbandmittel die vollen Kosten, jeweils abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung und der Abschläge nach den §§ 130, 130a und dem Gesetz zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler. Hat die Krankenkasse mit einem pharmazeutischen Unternehmen, das ein Festbetragsarzneimittel anbietet, eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 abgeschlossen, trägt die Krankenkasse abweichend von Satz 1 den Apothekenverkaufspreis dieses Mittels abzüglich der Zuzahlungen und Abschläge nach den §§ 130 und 130a Abs. 1, 3a und 3b. Diese Vereinbarung ist nur zulässig, wenn hierdurch die Mehrkosten der Überschreitung des Festbetrages ausgeglichen werden. Die Krankenkasse übermittelt die erforderlichen Angaben einschließlich des Arzneimittel- und des Institutionskennzeichens der Krankenkasse an die Vertragspartner nach § 129 Abs. 2; das Nähere ist in den Verträgen nach § 129 Abs. 2 und 5 zu vereinbaren. Versicherte und Apotheken sind nicht verpflichtet, Mehrkosten an die Krankenkasse zurückzuzahlen, wenn die von der Krankenkasse abgeschlossene Vereinbarung den gesetzlichen Anforderungen nicht entspricht.



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 32)

3. Krankenbehandlung

§ 31 Abs. 3

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen. Satz 1 gilt auch für Mittel und Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können durch Beschluss nach § 213 Abs. 2 Arzneimittel, deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Mehrwertsteuer mindestens um 30 vom Hundert niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, der diesem Preis zugrunde liegt, von der Zuzahlung freistellen, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend.



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 33)

3. Krankenbehandlung

§ 61

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 34)

3. Krankenbehandlung

§ 31 Abs. 4

(4) Das Nähere zu therapiegerechten und wirtschaftlichen Packungsgrößen bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. Ein Fertigarzneimittel, dessen Packungsgröße die größte der auf Grund der Verordnung nach Satz 1 bestimmte Packungsgröße übersteigt, ist nicht Gegenstand der Versorgung nach Absatz 1 und darf nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden.

Verordnung über die Zuzahlung bei der Abgabe von Arznei- und Verbandmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (BGBI I 1993, 1557)

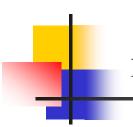


III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 35)

3. Krankenbehandlung

§ 35

Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 36)

3. Krankenbehandlung

§ 35 (Auszüge)

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. In den Gruppen sollen Arzneimittel mit
 - 1.denselben Wirkstoffen,
 - 2. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen,
 - 3. therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen,

zusammengefasst werden



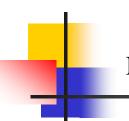
III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 37)

3. Krankenbehandlung

§ 35 (Auszüge)

(5) Die Festbeträge sind so festzusetzen, dass sie im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten; soweit wie möglich ist eine für die Therapie hinreichende Arzneimittelauswahl sicherzustellen.

Der Festbetrag für die Arzneimittel in einer Festbetragsgruppe nach Absatz 1 Satz 2 soll den höchsten Abgabepreis des unteren Drittels des Intervalls zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preis einer Standardpackung nicht übersteigen.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 38)

3. Krankenbehandlung

§ 35 (Auszüge)

(7) Die Festbeträge sind im BAnz bekannt zu machen. Klagen gegen die Festsetzung der Festbeträge haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Eine gesonderte Klage gegen die Gruppeneinteilung nach Absatz 1 Satz 1 bis 3, gegen die rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen nach Absatz 1 Satz 4 oder gegen sonstige Bestandteile der Festsetzung der Festbeträge ist unzulässig.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 39)

3. Krankenbehandlung

Abschnitt M der AMR

Die nach § 35 Abs. 1 Satz 2 SGB V festzulegenden Gruppen von Arzneimitteln, für die Festbeträge festgesetzt werden können, sowie die jeweiligen Vergleichsgrößen nach § 35 Abs. 1 Satz 5 SGB V ergeben sich aus der **Anlage 2** zu diesen Richtlinien.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 40)

3. Krankenbehandlung

§ 35a SGB V Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen

- (1) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss bewertet den Nutzen von erstattungsfähigen Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen.

 ²Hierzu gehört insbesondere die Bewertung des Zusatznutzens gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie, des Ausmaßes des Zusatznutzens und seiner therapeutischen Bedeutung. ³Die Nutzenbewertung erfolgt auf Grund von Nachweisen des pharmazeutischen Unternehmers, die er einschließlich aller von ihm durchgeführten oder in Auftrag gegebenen klinischen Prüfungen spätestens zum Zeitpunkt des erstmaligen Inverkehrbringens als auch der Zulassung neuer Anwendungsgebiete des Arzneimittels an den Gemeinsamen Bundesausschuss elektronisch zu übermitteln hat, und die insbesondere folgende Angaben enthalten müssen:
- 1. zugelassene Anwendungsgebiete,
- 2. medizinischer Nutzen,
- 3. medizinischer Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie,
- 4. Anzahl der Patienten und Patientengruppen, für die ein therapeutisch bedeutsamer Zusatznutzen besteht,
- 5. Kosten der Therapie für die gesetzliche Krankenversicherung,
- 6. Anforderung an eine qualitätsgesicherte Anwendung.

⁴Bei Arzneimitteln, die pharmakologisch-therapeutisch vergleichbar mit Festbetragsarzneimitteln sind, ist der medizinische Zusatznutzen nach Satz 3 Nummer 3 als therapeutische Verbesserung entsprechend § 35 Absatz 1b Satz 1 bis 5 nachzuweisen. ⁵Legt der pharmazeutische Unternehmer die erforderlichen Nachweise trotz Aufforderung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht rechtzeitig oder nicht vollständig vor, gilt ein Zusatznutzen als nicht belegt.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 41)

3. Krankenbehandlung

Noch § 35 a

⁶Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats das Nähere zur Nutzenbewertung. ⁷Darin sind insbesondere festzulegen:

- 1. Anforderungen an die Übermittlung der Nachweise nach Satz 3,
- 2. Grundsätze für die Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie und des Zusatznutzens, und dabei auch die Fälle, in denen zusätzliche Nachweise erforderlich sind, und die Voraussetzungen, unter denen Studien bestimmter Evidenzstufen zu verlangen sind; Grundlage sind die internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin und der Gesundheitsökonomie,
- 3. Verfahrensgrundsätze,
- 4. Grundsätze der Beratung nach Absatz 7,
- 5. die Veröffentlichung der Nachweise, die der Nutzenbewertung zu Grunde liegen, sowie
- 6. Übergangsregelungen für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, die bis zum 31. Juli 2011 erstmals in den Verkehr gebracht werden.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 42)

3. Krankenbehandlung

§ 35b SGB V

Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln

1) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt auf Grund eines Antrags nach § 130b Absatz 8 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit einer Kosten-Nutzen-Bewertung. ²In dem Auftrag ist insbesondere festzulegen, für welche zweckmäßige Vergleichstherapie und Patientengruppen die Bewertung erfolgen soll sowie welcher Zeitraum, welche Art von Nutzen und Kosten und welches Maß für den Gesamtnutzen bei der Bewertung zu berücksichtigen sind; das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung; für die Auftragserteilung gilt § 92 Absatz 3a entsprechend mit der Maßgabe, dass der Gemeinsame Bundesausschuss auch eine mündliche Anhörung durchführt. ³Die Bewertung erfolgt durch Vergleich mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen unter Berücksichtigung des therapeutischen Zusatznutzens für die Patienten im Verhältnis zu den Kosten; Basis für die Bewertung sind die Ergebnisse klinischer Studien sowie derjenigen Versorgungsstudien, die mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 vereinbart wurden oder die der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag des pharmazeutischen Unternehmens anerkennt; § 35a Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend. 4Beim Patienten-Nutzen sollen insbesondere die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität, bei der wirtschaftlichen Bewertung auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft, angemessen berücksichtigt werden. ⁵Das Institut bestimmt auftragsbezogen über die Methoden und Kriterien für die Erarbeitung von Bewertungen nach Satz 1 auf der Grundlage der in den jeweiligen Fachkreisen anerkannten internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin und der Gesundheitsökonomie. 6Das Institut gewährleistet vor Abschluss von Bewertungen hohe Verfahrenstransparenz und eine angemessene Beteiligung der in § 35 Abs. 2 und § 139a Abs. 5 Genannten. 7Das Institut veröffentlicht die jeweiligen Methoden und Kriterien im Internet.

Sommersemester 2018 191



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Arzneimittel 43)

3. Krankenbehandlung

noch § 35b SGB V

- (2) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss kann mit dem pharmazeutischen Unternehmer Versorgungsstudien und die darin zu behandelnden Schwerpunkte vereinbaren. ²Die Frist zur Vorlage dieser Studien bemisst sich nach der Indikation und dem nötigen Zeitraum zur Bereitstellung valider Daten; sie soll drei Jahre nicht überschreiten. ³Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung. ⁴Die Studien sind auf Kosten des pharmazeutischen Unternehmers bevorzugt in Deutschland durchzuführen.
- (3) ¹Auf Grundlage der Kosten-Nutzen-Bewertung nach Absatz 1 beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss über die Kosten-Nutzen-Bewertung und veröffentlicht den Beschluss im Internet. ²§ 92 Absatz 3a gilt entsprechend. ³Mit dem Beschluss werden insbesondere der Zusatznutzen sowie die Therapiekosten bei Anwendung des jeweiligen Arzneimittels festgestellt. ⁴Der Beschluss ist Teil der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6; der Beschluss kann auch Therapiehinweise nach § 92 Absatz 2 enthalten. ⁵§ 94 Absatz 1 gilt nicht.
- (4) ¹Gesonderte Klagen gegen den Auftrag nach Absatz 1 Satz 1 oder die Bewertung nach Absatz 1 Satz 3 sind unzulässig. ²Klagen gegen eine Feststellung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses nach Absatz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Heilmittel 1)

3. Krankenbehandlung

§ 32 SGB V

Heilmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht nach § 34 ausgeschlossen sind. Für nicht nach Satz 1 ausgeschlossene Heilmittel bleibt § 92 unberührt.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Heilmittel 2)

3. Krankenbehandlung

§ 34 Abs. 4

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Heil- und Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeuti en Nutzen oder Beinhaltet keine Heilmittel, zu geringem Abgabepreis bestimmen, dere enkasse nicht Hilfsmittel siehe Folie 206 übernimmt. Die Rechtsve wieweit geringfügige k ung und Ersatzbeschaf prauch der Hilfsmittel von der werden. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Krankenkasse die Instandsetzung von Hörgeräten und ihre Versorgung mit Batterien bei Versicherten, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend. Für nicht durch Rechtsverordnung nach Satz 1 ausgeschlossene Heil- und Hilfsmittel bleibt § 92unberührt.



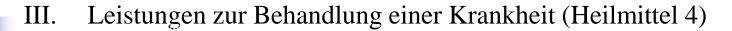
III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Heilmittel 3)

3. Krankenbehandlung

Heilmittel sind

die einzelnen Maßnahmen der Physikalischen Therapie
die einzelnen Maßnahmen der Podologischen Therapie
die einzelnen Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
die einzelnen Maßnahmen der Ergotherapie





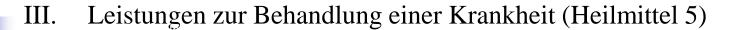
3. Krankenbehandlung

- (6) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist insbesondere zu regeln
 - 1. der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel,



- 2. die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen,
- 3. die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen und
- 4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Heilmittelerbringer.





3. Krankenbehandlung

§ 32 Abs. 2

(2) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag an die abgebende Stelle zu leisten. Dies gilt auch, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung (§ 27 Satz 2 Nr. 1) oder bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen abgegeben werden. Die Zuzahlung für die in Satz 2 genannten Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnet sich nach den Preisen, die für die Krankenkasse des Versicherten nach § 125 für den Bereich des Vertragsarztsitzes vereinbart sind. Bestehen insoweit unterschiedliche Preisvereinbarungen, hat die Krankenkasse einen durchschnittlichen Preis zu errechnen. Die Krankenkasse teilt die anzuwendenden Preise den Kassenärztlichen Vereinigungen mit, die die Vertragsärzte darüber unterrichten.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Heilmittel 6)

3. Krankenbehandlung

§ 61

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.





III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Heilmittel 7)

3. Krankenbehandlung

Auszug aus dem Heilmittelkatalog

1. Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane

		ngen der Stutz- und B	<u> </u>	
Indikation			Heilmittelverordnung im Regelfall	
Diagnosengruppe	Leitsymptomatik: Schädigung, Funktionsstörung	Ziel der Physikalischen Therapie	A. vorrangige Heilmittel B. optionale Heilmittel C. ergänzende Heilmittel D. standardisierte Heilmittel- kombinationen	Verordnungsmengen je Diagnose weitere Hinweise
WS2 Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch längerdauerndem Behandlungs-	a Funktionsstörungen /Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörung, Gelenkblockierung (auch ISG oder Kopfgelenke)	Funktionsverbesserung, Schmerzreduktion durch Verrin- gern o. Beseitigen der Gelenk- funktionsstörung	A. KG / MT C. Traktion / Wärmetherapie / Kälte- therapie	Erst-VO: • bis zu 8x/VO Folge-VO: • bis zu 8x/VO
schränkungen von relevanten Aktivitäten des täglichen Lebens, multistrukturelle oder funktionelle Schädigung) z.B. Bandscheibenprolaps insbesondere mit radiculären Syndromen Spondylolisthesis Foramenstenosen Korsettversorgte Skoliosen / Kyphosen Floride juvenile Hyperkyphosen Seronegative Spondarthritis / M. Bechterew Entzündlich-rheumatische WS-Erkrankungen	b Funktionsstörungen /Schmerzen durch Fehl- oder Überbelastung discoligamentärer Strukturen	Funktionsverbesserung Verringe- rung, Beseitigung der Fehl- oder Überbelastung discoligamentärer Strukturen	A. KG C. Traktion	Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: bis zu 18 Einheiten davon für Massagetechniken
	c Muskeldysbalance, -insuffizienz, -verkürzung	Wiederherstellung, Besserung der gestörten Muskelfunktion	A. KG / KG-Gerät B. Übungsbehandlung / Chirogym- nastik	bis zu 10 Einheiten davon für standardisierte Heil- mittelkombination bis zu 10 Einheiten Frequenzempfehlung: mind. 2x wöchentlich
	d segmentale Bewegungsstörun- gen	Wiederherstellung; Besserung der gestörten Beweglichkeit	A. KG / MT B. Übungsbehandlung / Chirogym- nastik C. Wärmetherapie / Kältetherapie	
	e motorische Parese von Extremi- tätenmuskeln / sensomotorische Defizite	Erhalt der kontraktilen Strukturen, Verbesserung der Kraft der pare- tischen Muskulatur bei prognos- tisch reversibler Denervierung	A. KG / KG-Gerät B. Übungsbehandlung C. Elektrostimulation	Ziel: Erlernen eines Eigen- übungsprogrammes Hinweise:
	f Schmerzen / Funktionsstörungen durch Muskelspannungsstörun- gen; Verkürzung elastischer und kontraktiler Strukturen, Gewebe- quellungen, -verhärtungen, -verklebungen	Regulierung der schmerzhaften Muskelspannung, der Durchblu- tung, des Stoffwechsels, Beseiti- gung der Gewebequellungen, -verhärtungen und -verklebungen	A. KMT B. UWM / SM / PM / BGM C. Elektrotherapie / Wärmetherapie / Kältetherapie / hydroelektrische Bäder	Sofern im Einzelfall verlaufsab- hängig unmittelbar ein Weohsel von WS1 zu WS2 medizinisch begründet ist, ist die bereits zu WS1 erfolgte Verordnungsmeng auf die Gesamtverordnungsmer







3. Krankenbehandlung

Liste nicht verordnungsfähiger Heilmittel

Anlage

Nichtverordnungsfähige Heilmittel im Sinne dieser Richtlinien*)

Nachfolgend werden benannt

- Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nach Maßgabe der BUB-Richtlinie nicht nachgewiesen ist
 - 1. Hippotherapie
 - 2. Isokinetische Muskelrehabilitation
 - 3. Höhlentherapie
 - 4. Musik- und Tanztherapie
 - Magnetfeldtherapie ohne Verwendung implantierter Spulen (Magnetfeldgeräte zur Anwendung bei der invasiven Elektroosteostimulation unterliegen den Regelungen über die Verordnung von Hilfsmitteln)
 - 6. Fußreflexzonenmassage
 - 7. Akupunktmassage
 - 8. Atlas-Therapie nach Arlen
 - Mototherapie
 - Zilgrei-Methode
 - Atemtherapie nach Middendorf
 - 12. Konduktive Förderung nach Petö



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Heilmittel 9)

3. Krankenbehandlung

Liste nicht verordnungsfähiger Heilmittel

- Indikationen, bei denen der Einsatz von Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nachgewiesen ist, nicht anerkannt ist
 - Entwicklungsbedingte Sprechunflüssigkeit im Kindesalter
 - 2. Stimmtherapie bei nicht krankhaftem Verlauf des Stimmbruchs
 - Alle psychotherapeutischen Behandlungsformen, die Regelungsgegenstand der Psychotherapie-Richtlinien sind
 - 4. Störungen wie Lese- und Rechtschreibschwäche, sonstige isolierte Lernstörungen
- Maßnahmen, die der persönlichen Lebensführung zuzuordnen sind
 - Massage des ganzen K\u00f6rpers (Ganz- bzw. Vollmassagen)
 - Massage mittels Gerät/Unterwassermassage mittels automatischer Düsen
 - Teil- und Wannenbäder, soweit sie nicht nach den Vorgaben des Heilmittelkataloges verordnungsfähig sind
 - Sauna, römisch-irische und russisch-römische Bäder
 - Schwimmen und Baden, auch in Thermal- und Warmwasserbädern
 - Maßnahmen, die der Veränderung der Körperform (z.B. Bodybuilding) oder dem Fitness-Training dienen
 - Maßnahmen, die ausschließlich der Anreizung, Verstärkung und Befriedigung des Sexualtriebes dienen sollen





III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hilfsmittel 1)

3. Krankenbehandlung

§ 33

(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.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hilfsmittel 2)

3. Krankenbehandlung

Begriff des Hilfsmittels



Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmitteln als Beispiele.

Der Hilfsmittelbegriff ist im Wesentlichen von den eingesetzten Mitteln und den von diesen verfolgten Zwecken geprägt.

Nur Sachen, keine von Personen ausgeführten Dienstleistungen



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hilfsmittel 3)

3. Krankenbehandlung

nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens

z.B.

- Normaler Autokindersitz
- Elektrisches Heizkissen
- PC mit üblicher Ausstattung
- Elektr. Verstellbarer Sessel aus Möbelprospekt



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hilfsmittel 4)

3. Krankenbehandlung

nicht nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Heil- und Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis bestimmen, deren Kosten die Krankenkasse nicht übernimmt. Die Rechtsverordnung kann auch bestimmen, inwieweit geringfügige Kosten der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel von der Krankenkasse nicht übernommen werden. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für die Instandsetzung von Hörgeräten und ihre Versorgung mit Batterien bei Versicherten, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend. Für nicht durch Rechtsverordnung nach Satz 1 ausgeschlossene Heil- und Hilfsmittel bleibt § 92 unberührt.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hilfsmittel 5)

3. Krankenbehandlung nicht nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen

Verordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis in der gesetzlichen Krankenversicherung

v. 17.01.1995 (BGIBI I, 44)



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hilfsmittel 6)

3. Krankenbehandlung

§ 1 Sächliche Mittel mit geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen

Von der Versorgung sind ausgeschlossen:

- 1. Kompressionsstücke für Waden und Oberschenkel; Knie- und Knöchelkompressionsstücke
- 2.Leibbinden (Ausnahme: bei frisch Operierten, Bauchwandlähmung, Bauchwandbruch und bei Stoma-Trägern)
- 3. Handgelenkriemen, Handgelenkmanschetten
- 4. Applikationshilfen für Wärme und Kälte
- 5. Afterschließbandagen
- 6.Mundsperrer
- 7.Penisklemmen
- 8. Rektophore
- 9. Hysterophore (Ausnahme: bei inoperablem Gebärmuttervorfall).



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hilfsmittel 7)

3. Krankenbehandlung

§ 2 Sächliche Mittel mit geringem Abgabepreis

Von der Versorgung sind ausgeschlossen:

- 1.Alkoholtupfer
- 2. Armtragetücher, Armtragegurte
- 3. Augenbadewannen
- 4. Augenklappen
- 5. Augentropfpipetten
- 6.Badestrümpfe, auch zum Schutz von Gips- und sonstigen Dauerverbänden
- 7.Brillenetuis
- 8.Brusthütchen mit Sauger



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hilfsmittel 8)

3. Krankenbehandlung

- 9. Druckschutzpolster (Ausnahme: Dekubitusschutzmittel)
- 10.Einmalhandschuhe (Ausnahmen: sterile Handschuhe zur regelmäßigen Katheterisierung und unsterile Einmalhandschuhe bei Querschnittsgelähmten mit Darmlähmung zur Darmentleerung)
- 11. Energieversorgung bei Hörgeräten für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben
- 12.Fingerlinge
- 13. Fingerschienen
- 14.Glasstäbchen
- 15.Gummihandschuhe
- 17.Ohrenklappen
- 18.Salbenpinsel
- 19. Urinflaschen
- 20. Zehen- und Ballenpolster, Zehenspreizer.
- 8.Brusthütchen mit Sauger



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hilfsmittel 9)

3. Krankenbehandlung

§ 33 Abs. 1 Satz 4

Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hilfsmittel 10)

3. Krankenbehandlung

§ 33 Abs. 2

Kontaktlinsen s. Abs. 3

Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach den Sätzen 1 und 2. 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.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hilfsmittel 11)

3. Krankenbehandlung

§ 33 Abs. 6 und 7

(6) ¹Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. ²Hat 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. ³Abweichend 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.

III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hilfsmittel 12)

3. Krankenbehandlung

§ 126 SGB Versorgung durch Vertragspartner

- (1) Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 Abs. 1, 2 und 3 abgegeben werden. Vertragspartner der Krankenkassen können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen; die Krankenkassen stellen sicher, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach Satz 2, einschließlich der Fortbildung der Leistungserbringer, ab.
- ¹Für Leistungserbringer, die am 31. März 2007 über eine Zulassung nach § 126 in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung verfügten, gelten die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 bis zum 30. Juni 2010 insoweit als erfüllt. ²Bei wesentlichen Änderungen der betrieblichen Verhältnisse können die Krankenkassen ergänzende Nachweise verlangen; Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend. ³Die in Satz 1 genannten Leistungserbringer bleiben abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum 31. Dezember 2009 zur Versorgung der Versicherten berechtigt, soweit keine Ausschreibungen nach § 127 Abs. 1 erfolgen.



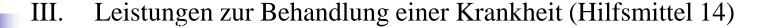
III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hilfsmittel 13)

3. Krankenbehandlung

§ 127 SGB V

(1) Soweit dies zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig ist, sollen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern oder zu diesem Zweck gebildeten Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Lieferung einer bestimmten Menge von Hilfsmitteln, die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgungen oder die Versorgung für einen bestimmten Zeitraum schließen. Dabei haben sie die Qualität der Hilfsmittel sowie die notwendige Beratung der Versicherten und sonstige erforderliche Dienstleistungen sicherzustellen und für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte sind zu beachten. Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen in der Regel nicht zweckmäßig.





3. Krankenbehandlung

(2) Soweit Ausschreibungen nach Absatz 1 nicht zweckmäßig sind, schließen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend. Die Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, ist in geeigneter Weise öffentlich bekannt zu machen. Über die Inhalte abgeschlossener Verträge sind andere Leistungserbringer auf Nachfrage unverzüglich zu informieren.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hilfsmittel 15)

3. Krankenbehandlung

§ 127

(5) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und auf Nachfrage über die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren. Sie können auch den Vertragsärzten entsprechende Informationen zur Verfügung stellen.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hilfsmittel 16)

3. Krankenbehandlung

§ 61

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsan-spruch hierfür besteht nicht.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hilfsmittel 17)

3. Krankenbehandlung

§ 33 Abs. 3 und 4

- (3) Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht für anspruchsberechtigte Versicherte nach Absatz 1 nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien 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 1 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.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hilfsmittel 18)

3. Krankenbehandlung

§ 33 Abs. 5

(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.

III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hilfsmittel 19)

3. Krankenbehandlung

§ 36 SGB V

Festbeträge für Hilfsmittel

- (1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. Dabei sollen in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefasst werden. Den Verbänden der betroffenen Leistungserbringer ist innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.
- (2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen gemeinsam und einheitlich erstmalig bis zum 31. Dezember 2004 für die nach Absatz 1 bestimmten Hilfsmittel einheitliche Festbeträge fest. Bis dahin gelten die Festbeträge, die bisher von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen für den Bereich eines Landes festgesetzt worden sind, als Festbeträge im Sinne des § 33 Abs. 2 Satz 1. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.
- (3) § 35 Abs. 5 und 7 gilt entsprechend.
- (4) Für das Verfahren nach Absatz 1 und 2 gilt § 213 Abs. 2 entsprechend.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (HKP 1)

3. Krankenbehandlung

§ 37

Häusliche Krankenpflege

(1) ¹Versicherte 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. ²§ 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. ³Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. ⁴Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. ⁵In 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.

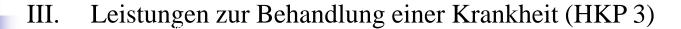
III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (HKP 2)

3. Krankenbehandlung

§ 37

(2) ¹Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. ²§ 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. ³Der 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. ⁴Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. ⁵Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. ⁶Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. ⁷Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.





3. Krankenbehandlung

§ 37 SGB V

- (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 Leistungsinanspruchnahme je Kalenderjahr** anfallenden Kosten an die Krankenkasse.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Soziotherapie 1)

3. Krankenbehandlung

§ 37 a

Soziotherapie

(1) Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Die Soziotherapie umfasst im Rahmen des Absatzes 2 die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall.



. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Soziotherapie 2)

3. Krankenbehandlung

§ 37 a

- (2) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung nach Absatz 1, insbesondere
- 1. die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist,
- 2. die Ziele, den Inhalt, den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie,
- 3. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind,
- 4. die Anforderungen an die Therapiefähigkeit des Patienten,
- 5. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.
- (3) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsinanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Palliativversorgung 1)

3. Krankenbehandlung

§ 37 b

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Haushaltshilfe 1)

3. Krankenbehandlung

§ 38

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.
- (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 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.



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Haushaltshilfe 2)

3. Krankenbehandlung

Satzung der AOK Hessen

§ 12 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

Außer in den in § 38 Abs. 1 SGB V genannten Fällen stellt die AOK Haushaltshilfe auch dann zur Verfügung, wenn

- 1. nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen oder
- 2. nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit oder wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen nicht möglich ist und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, längstens jedoch für die Dauer von 52 Wochen,

soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Darüber hinaus kann die AOK in begründeten Ausnahmefällen Haushaltshilfe in angemessenem Umfang zur Verfügung stellen.



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Haushaltshilfe 3)

3. Krankenbehandlung

§ 38 SGB V

- (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 Verschwägerte bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall 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 Leistungsinanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Krankenhaus 1)

3. Krankenbehandlung

§ 39

Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenhausbehandlung wird **vollstationär**, **teilstationär**, **vor**- und **nachstationär** (§ 115a) sowie **ambulant** (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus **erforderlich** ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Krankenhaus 2)

3. Krankenbehandlung

§ 39 Abs. 1

Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Krankenhaus 3)

3. Krankenbehandlung

§ 39 Abs. 2

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



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Krankenhaus 4)

3. Krankenbehandlung

§ 39 Abs. 4

(4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zuzahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Krankenhaus 5)

3. Krankenbehandlung

§ 61

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsan-spruch hierfür besteht nicht.

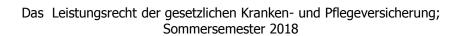


III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Krankenhaus 6)

3. Krankenbehandlung

§ 39 Abs. 5

(5) Die See-Krankenkasse kann für kranke Seeleute, die ledig sind und keinen Haushalt haben, über den Anspruch nach Absatz 1 hinaus Unterkunft und Verpflegung in einem Seemannsheim verbringen. Absatz 4 gilt.





Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hospiz 1)

3. Krankenbehandlung

§ 39 a Abs. 1

(1) ¹Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. ²Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch zu 90 vom Hundert, bei Kinderhospizen zu 95 vom Hundert. ³Der Zuschuss darf kalendertäglich 7 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten. ⁴Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1. 5Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen ausreichend Rechnung zu tragen. ⁶Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ⁷In den über die Einzelheiten der Versorgung nach Satz 1 zwischen Krankenkassen und Hospizen abzuschließenden Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. ⁸Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. ⁹Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Das Leistungsrecht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung; Teilen. Sommersemester 2018

236



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hospiz 2)

3. Krankenbehandlung

Höhe des Zuschusses darf täglich 7 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht unterschreiten

(2010: 178,85 €)



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hospiz 3)

3. Krankenbehandlung

§ 39 a Abs. 2

- (2) Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt oder Familie erbringen. Voraussetzung der Förderung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst
- 1. mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie
- 2. unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.

 Das Leistungsrecht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung;



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Hospiz 4)

3. Krankenbehandlung

§ 39 a Abs. 2

(2) ¹Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen. ²Voraussetzung der Förderung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst

1.mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie

2.unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.

³Der ambulante Hospizdienst erbringt palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, sicher. ⁴Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten. ⁵Der Zuschuss bezieht sich auf Leistungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmen. ⁶Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 betragen je Leistungseinheit 11 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches, sie dürfen die zuschussfähigen Personalkosten des Hospizdienstes nicht überschreiten. ⁷Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit. ⁸Dabei ist den bespielengen der Versongung worp Keinderen der Geren der Ger

239



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (med. Rehabilitation 1)

3. Krankenbehandlung

§ 40 SGB V

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- (1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, in wohnortnahen Einrichtungen. Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.
- (2) ¹Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. ²Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen. ³Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte stätistische Einebungen über Anträge auf Leistungen nach

240



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (med. Rehabilitation 2)

3. Krankenbehandlung

(3) ¹Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. ²Leistungen 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. ³Satz 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. ⁴Leistungen 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. 5 23 Abs. 7 gilt entsprechend. 6 Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3.072 Euro für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. ⁷Satz 6 gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat. 8Die Krankenkasse berichtet ihrer Aufsichtsbehörde jährlich über Fälle nach Satz 6.



I. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (med. Rehabilitation 3)

3. Krankenbehandlung

- (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.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (med. Rehabilitation 4)

3. Krankenbehandlung

Weitere Leistungen der med. Rehabilitation

§ 41 Med. Rehabilitation für Mütter und Väter

§ 42 Belastungserprobung* und Arbeitstherapie**

§ 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation***

*Ermittlung der körperlichen und geistig-seelischen Leistungspotenziale

**Verbesserung der Belastbarkeit und die Erhaltung und Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für die berufliche Wiedereingliederung benötigt werden

***z.B. Reha- und Behindertensport, Schulungsmaßnahmen für chronisch Kranke



Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (med. Rehabilitation 5)

3. Krankenbehandlung

§ 43a SGB V

Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen

Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädia-trische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädago-gische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen; § 30 des Neunten Buches

bleibt unberührt.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Krankengeld 1)

4. Krankengeld

§ 44 SGB V

Krankengeld

- (1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) behandelt werden.
- (2) (2) ¹Keinen Anspruch auf Krankengeld haben
- 1.die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben, und für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, soweit sie abhängig beschäftigt und nicht nach den §§ 8 und 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind,
- 2.hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, es sei denn, das Mitglied erklärt gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll

(Wahlerklärung),





III.

Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Zahnersatz 1)

5. Zahnersatz

§ 55 SGB V

Leistungsanspruch

- (1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung
- 1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
- 2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Zahnersatz 2)

5. Zahnersatz

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.



III.

Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Zahnersatz 3)

5. Zahnersatz

- (2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn
- 1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
- 2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz , Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch , Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
- 3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Zahnersatz 4)

5. Zahnersatz



- (3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
- (4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.
- (5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Zahnersatz 5)

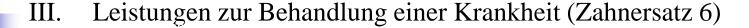
5. Zahnersatz

§ 56 SGB V

Festsetzung der Regelversorgungen

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien, erstmalig bis zum 30. Juni 2004, die Befunde, für die Festzuschüsse nach § 55 gewährt werden und ordnet diesen prothetische Regelversorgungen zu.





5. Zahnersatz

§ 56 SGB V

Festsetzung der Regelversorgungen

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien, erstmalig bis zum 30. Juni 2004, die Befunde, für die Festzuschüsse nach § 55 gewährt werden und ordnet diesen prothetische Regel-versorgungen zu.





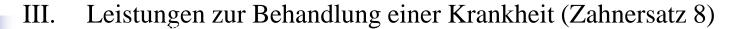
III.

Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Zahnersatz 7)

5. Zahnersatz

(2) Die Bestimmung der Befunde erfolgt auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses. Dem jeweiligen Befund wird eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet. Diese hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen bei einem Befund im Sinne von Satz 1 nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören. Bei der Zuordnung der Regelversorgung zum Befund sind insbesondere die Funktionsdauer, die Stabilität und die Gegenbezahnung zu berücksichtigen. Zumindest bei kleinen Lücken ist festsitzender Zahnersatz zu Grunde zu legen. Bei großen Brücken ist die Regelversorgung auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngebiet begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist die Regelversorgung auf zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt. Regelversorgungen umfassen im Oberkiefer Verblendungen bis einschließlich Zahn fünf, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn vier.





5. Zahnersatz

In die Festlegung der Regelversorgung einzubeziehen sind die Befunderhebung, die Planung, die Vorbereitung des Restgebisses, die Beseitigung von groben Okklusionshindernissen und alle Maßnahmen zur Herstellung und Eingliederung des Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung sowie die Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes. Bei der Festlegung der Regelversorgung für zahnärztliche Leistungen und für zahntechnische Leistungen sind jeweils die einzelnen Leistungen nach § 87 Abs. 2 und § 88 Abs. 1 getrennt aufzulisten. Inhalt und Umfang der Regelversorgungen sind in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann von den Vorgaben der Sätze 5 bis 8 abweichen und die Leistungsbeschreibung fortentwickeln.

D. Die Leistungen im Einzelnen

III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Fahrkosten 1)

6. Fahrkosten

§ 60 SGB V

Fahrkosten

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

DOMINICISCINGSICI ZUIU

254



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Fahrkosten 2)

6. Fahrkosten

- (2) Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages
- 1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,
- 2. bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
- 3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
- 4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a oder § 115b, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

255



III. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (Fahrkosten 3)

6. Fahrkosten

- (3) Als Fahrkosten werden anerkannt
- 1. bei Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels der Fahrpreis unter Ausschöpfen von Fahrpreisermäßigungen,
- 2. bei Benutzung eines Taxis oder Mietwagens, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann, der nach § 133 berechnungsfähige Betrag,
- 3. bei Benutzung eines Krankenkraftwagens oder Rettungsfahrzeugs, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann, der nach § 133 berechnungsfähige Betrag,
- 4. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für jeden gefahrenen Kilometer den jeweils auf Grund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme des nach Nummer 1 bis 3 erforderlichen Transportmittels entstanden wären.
- (4) Die Kosten des Rücktransports in das Inland werden nicht übernommen. § 18 bleibt unberührt.





V. Zuzahlungen, Härtefallregelung (Zuzahlungen 1)

1. Zuzahlungen

§ 61 SGB V

Zuzahlungen

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.





V. Zuzahlungen, Härtefallregelung (Zuzahlungen 2)

2. Härtefallregelung

§ 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 schwer wiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.





Zuzahlungen, Härtefallregelung (Zuzahlungen 3)

2. Härtefallregelung

Abweichend von Satz 2 beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

- 1.für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem
- 1. Januar 2008 die in § 25 Abs. 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben,
- 2.für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche chronisch kranke Versicherte, die an einer Krebsart erkranken, für die eine Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 besteht, und die diese Untersuchung ab dem 1. Januar 2008 vor ihrer Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben.

Für Versicherte nach Satz 3 Nr. 1 und 2, 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 bis zum 31. Juli 2007 fest, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen.



IV. Zuzahlungen, Härtefallregelung (Zuzahlungen 4)

2. Härtefallregelung

(2) Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen nach Absatz 1 werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners jeweils zusammengerechnet. 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 nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuer-gesetzes 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 .

Sommersemester 2018





IV. Zuzahlungen, Härtefallregelung (Zuzahlungen 5)

2. Härtefallregelung

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 Kriegsopferfürsorge getragen werden

sowie für den in § 264 genannten Personenkreis als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands nach der Verordnung zur Durchführung des § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Regelsatzverordnung) 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 die Regelleistung nach § 20 Abs. 2 des Zweiten Buches maßgeblich.



D. Die Leistungen im Einzelnen

IV. Zuzahlungen, Härtefallregelung (Zuzahlungen 6)

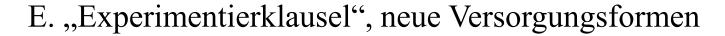
2. Härtefallregelung

(3) Die Krankenkasse stellt dem Versicherten eine Bescheinigung über die Befreiung nach Absatz 1 aus. Diese darf keine Angaben über das Einkommen des Versicherten oder anderer zu berücksichtigender Personen enthalten.



Gliederung:

- A. Verfassungsrechtliche Grundlagen
- B. Allgemeine Grundsätze des Leistungsrechts
- C. Überblick über die Leistungsarten
- D. Die Leistungen im einzelnen
- E. "Experimentierklauseln", neue Versorgungsformen
- F. Rechtsschutzmöglichkeiten
- G. Rück- und Ausblick: Die Gesundheitsreformen
- H. Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung





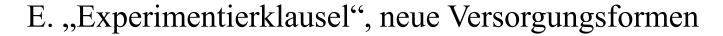
§ 63

Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungsund Vergütungsformen der Leistungserbringung

Abs. 1

Modellvorhaben zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung, die nach den Vorschriften dieses Buches oder auf Grund hier-nach getroffener Regelungen keine Leistungen der Krankenversicherung sind

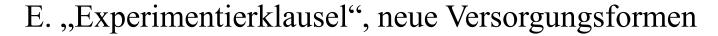
Abs. 2





§ 63 Abs. 1

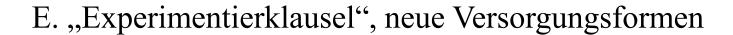
(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder nach § 64 vereinbaren.





§ 63 Abs. 2

(2) Die Krankenkassen können Modellvorhaben zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung, die nach den Vorschriften dieses Buches oder auf Grund hiernach getroffener Regelungen keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder nach § 64 vereinbaren.



I. Modellvorhaben (4)

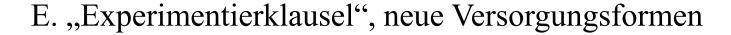
1. Grundsätze

Beispiele aus AOK-Satzung

Zu § 63 Abs. 1

Zu § 63 Abs. 2



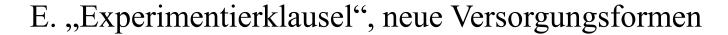


Modellvorhaben (5)

1. Grundsätze

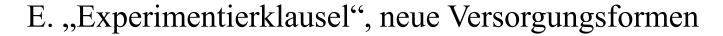
(3) Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben nach Absatz 1 kann von den Vorschriften des Vierten und des Zehnten Kapitels dieses Buches, soweit es für die Modellvorhaben erforderlich ist, und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abgewichen werden; der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend. Gegen diesen Grundsatz wird insbesondere für den Fall nicht verstoßen, dass durch ein Modellvorhaben entstehende Mehraufwendungen durch nachzuweisende Einsparungen auf Grund der in dem Modellvorhaben vorgesehenen Maßnahmen ausgeglichen werden. Einsparungen nach Satz 2 können, soweit sie die Mehraufwendungen überschreiten, auch an die an einem Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten weitergeleitet werden. Satz 1 gilt mit der Maßgabe, dass von § 284 Abs. 1 Satz 5 nicht abgewichen werden darf.

Datenschutz!!





(5) Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen. Verträge nach § 64 Abs. 1 sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Modellvorhaben nach Absatz 1, in denen von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches abgewichen werden kann, sind auf längstens fünf Jahre zu befristen; personenbezogene Daten, die in Abweichung von den Regelungen des Zehnten Kapitels dieses Buches erhoben, verarbeitet oder genutzt worden sind, sind unverzüglich nach Abschluss des Modellvorhabens zu löschen. Über Modellvorhaben nach Absatz 1, in denen von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches abgewichen wird, sind der Bundesbeauftragte für den Datenschutz oder die Landesbeauftragten für den Datenschutz, soweit diese zuständig sind, rechtzeitig vor Beginn des Modellvorhabens zu unterrichten.



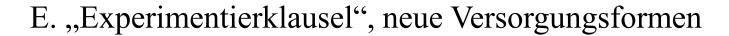
I. Modellvorhaben (7)

2. Vereinbarungen mit Leistungserbringern

§ 64 SGB V

Vereinbarungen mit Leistungserbringern

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können mit den in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder 2 schließen. Soweit die ärztliche Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist, können sie nur mit einzelnen Vertragsärzten, mit Gemeinschaften dieser Leistungserbringer oder mit Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder 2 schließen.



II. Bonusregelungen (1)

1. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

§ 65a SGB V

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

- (1) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die
- 1. regelmäßig Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 oder,
- 2. Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i in Anspruch nehmen
- 3. Regelmäßig Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbedingten Prävention nach § 20 Abs. 5 in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen,

Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Abs. 1 Satz 2 genannten abgesenkten Belastungsgrenze zu gewähren ist.



II. Bonusregelungen (2)

2. Teilnahme an HZV, DMP, IV

(2) Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b, an einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Krankheiten nach § 137f oder an einer integrierten Versorgung nach § 140a teilnehmen, kann sie in ihrer Satzung für die Dauer der Teilnahme Zuzahlungen, die nach diesem Gesetz zu leisten sind, ermäßigen. Sie kann in ihrer Satzung die Beiträge mit Ausnahme der nicht vom Mitglied zu tragenden Anteile und der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 für diese Versicherten ermäßigen; § 53 Satz 3 gilt entsprechend.

Regelung bis 31.03.2007

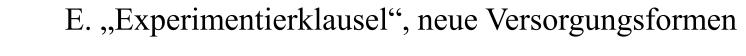


II. Bonusregelungen (2)

2. Teilnahme an HZV, DMP, IV

(2) Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b, an einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Krankheiten nach § 137f oder an einer integrierten Versorgung nach § 140a teilnehmen, kann sie in ihrer Satzung für die Dauer der Teilnahme Zuzahlungen, die nach diesem Gesetz zu leisten sind, ermäßigen. Sie kann in ihrer Satzung die Beiträge mit Ausnahme der nicht vom Mitglied zu tragenden Anteile und der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 für diese Versicherten ermäßigen; § 53 Satz 3 gilt entsprechend.

Regelung bis 31.03.2007



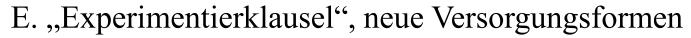
II. Bonusregelungen (3)

2. Teilnahme an HZV, DMP, BV

jetzt

§ 53 Abs. 3

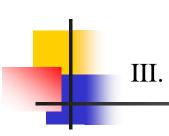
(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach den §§ 63, 73b, 73c, 137f oder 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.



II. Bonusregelungen (4)

3. Bonus f. betriebl. Gesundheitsförderung

(2) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten.



. Unterstützung nach Behandlungsfehlern

§ 66 SGB V

Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern

Die Krankenkassen sollen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 des Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen. Die Unterstützung der Krankenkassen nach Satz 1 kann insbesondere die Prüfung der von den Versicherten vorgelegten Unterlagen auf Vollständigkeit und Plausibilität, mit Einwilligung der Versicherten die Anforderung weiterer Unterlagen bei den Leistungserbringern, die Veranlassung einer sozialmedizinischen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 3 Nummer 4 sowie eine abschließende Gesamtbewertung aller vorliegenden Unterlagen umfassen. Die auf Grundlage der Einwilligung des Versicherten bei den Leistungserbringern erhobenen Daten dürfen ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Versicherten bei Behandlungsfehlern verwendet werden.

IV. Strukturierte Behandlungsprogramme (1)

§ 137f SGB V

Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 legt in Richtlinien nach Maßgabe von Satz 2 geeignete chronische Krankheiten fest, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern. Bei der Auswahl der chronischen Krankheiten sind insbesondere die folgenden Kriterien zu berücksichtigen:
- 1. Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
- 2. Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
- 3. Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
- 4. sektorenübergreifender Behandlungsbedarf,
- 5. Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
- 6. hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

Bis zum 31. Dezember 2016 legt der Gemeinsame Bundesausschuss weitere in § 321 Satz 1 nicht genannte, geeignete chronische Krankheiten fest und erlässt insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen jeweils entsprechende Richtlinien nach Absatz 2.

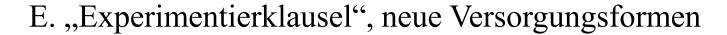
Das Leistungsrecht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung; Sommersemester 2018



IV. Strukturierte Behandlungsprogramme (4)

1. Grundsätze

Zulassung von DMP geregelt in § 137 g



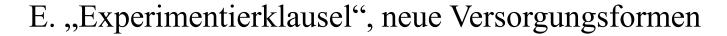


2. Auswirkungen auf MRSA

§ 266 SGB V

Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) (Auszüge)

(1) ¹Die Krankenkassen erhalten als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (§ 271) zur Deckung ihrer Ausgaben eine Grundpauschale, alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen und Zuweisungen für sonstige Ausgaben (§ 270); die Zuweisungen werden jeweils entsprechend § 272 angepasst. ²Mit den alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuweisungen wird jährlich ein Risikostrukturausgleich durchgeführt, mit dem die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen (§ 267 Abs. 2) und Morbiditätsgruppen (§ 268) zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden.

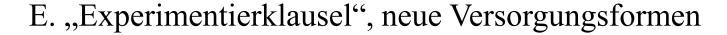




IV. Strukturierte Behandlungsprogramme (6)

2. Auswirkungen auf MRSA

(2) ¹Die Grundpauschale und die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge dienen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen. ²Die standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten werden auf der Basis der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten aller Krankenkassen jährlich so bestimmt, dass das Verhältnis der standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten der Versichertengruppen zueinander dem Verhältnis der nach § 267 Abs. 3 für alle Krankenkassen ermittelten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 zueinander entspricht.



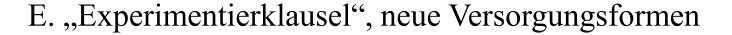
IV. Strukturierte Behandlungsprogramme (8)

2. Auswirkungen auf MRSA

Berücksichtigung der DMP bei Berechnung des MRSA in der

RSAV (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

geregelt



IV. Strukturierte Behandlungsprogramme (9)

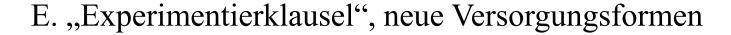
2. Auswirkungen auf RSA

Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV)

Vom 3. Januar 1994 (BGBI. I S. 55)

zuletzt geändert durch Artikel 17 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBI. I S. 1990)

auf Grund des § 266 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der durch Artikel 1 Nr. 143 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) neu gefasst worden ist.



IV. Strukturierte Behandlungsprogramme (10)

2. Auswirkungen auf RSA

Derzeit umfassen die DMP die 5 folgenden Krankheiten:

Diabetes Typ 2

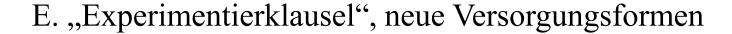
KHK (koronare Herzkrankheit)

Brustkrebs

Diabetes Typ 1

COPD

(chronic obstructive pulmonary disease = Chronisch obstruktive Lungenerkrankung)



V. Besondere Versorgung (1)

§ 140a SGB V

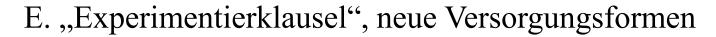
Besondere Versorgung

(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.

V. Besondere Versorgung (2)

(2) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen beinhalten. Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die in § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20d, 25, 26, 27b, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. Die Sätze 1 und 2 gelten insoweit, als über die Eignung der Vertragsinhalte als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat und die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der vereinbarten besonderen Versorgung entspricht, sie insbesondere darauf ausgerichtet ist, die Oualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Die Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrunde liegenden Verträge nachweisbar sein; § 88 Absatz 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. Für die Qualitätsanforderungen zur Durchführung der Verträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend. Gegenstand der Verträge dürfen auch Vereinbarungen sein, die allein die Organisation der Versorgung betreffen. Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.

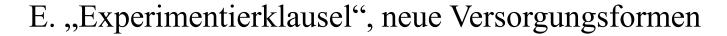
- V. Besondere Versorgung (3)
- (3) Die Krankenkassen können nach Maßgabe von Absatz 1 Satz 2 Verträge abschließen mit:
- 1. nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
- 2. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechtigte 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.





4. Beispiele

- Hüft- und Knieendoprothetik
- Herz- und Kreislauferkrankungen
- Neurochirurgie
- Schlaganfall
- Herzinsuffizienz
- Psychische Erkrankungen
- Palliativmedizin
- Arzneimittelversorgung Praxisnetz Hochtaunus
- Rücken
- Akutes Koronarsyndrom



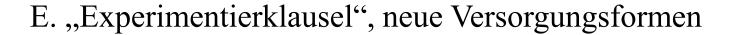


4. Beispiele

Die AOK Hessen bietet durch besondere integrierte Versorgungsangebote mit niedergelassenen Neurochirurgen hochqualifizierte Arm- und Bandscheibenoperationen in Kooperationen mit Krankenhäusern an. Hierbei handelt es sich um ein Angebot, das die Diagnosestellung, die ambulante Operation und die Nachsorge umfasst.

Hier die wesentlichen Vorteile für den Patienten zur Teilnahme an einer Integrierten Versorgung im Bereich Neurochirurgie:

- Der Patient verbleibt beim Arzt seines Vertrauens, der ihn seither betreut hat.
- Der Facharzt erstellt die Diagnose und koordiniert den gesamten Behandlungsablauf.
- Nutzung aller notwendigen Untersuchungsmöglichkeiten nach den neuesten Behandlungsstandards
- Schnelle Durchführung der Operation und Nachbehandlung durch fest vereinbarte Zeitfenster
- Leitliniengerechte Durchführung aller Behandlungsschritte, einschließlich der Operation und Narkose
- Hochwertige Operationsdurchführung unter Nutzung aktueller Möglichkeiten wie z.B. Monitoring
- Erstklassige Nachversorgung durch die Vereinbarung von Mindestmengen und l\u00fcckenloser Rufbereitschaft innerhalb von 10 Tagen nach der Operation
- Dokumentierte Nachsorge bis 3. Monat nach Operation



V. Integrierte Versorgung (7)

4. Beispiele

Ärzte Zeitung, 26.01.2007

WEIMAR (dür). Der Barmer Hausarztvertrag ist auch nach Auffassung des Thüringer Landessozialgerichts kein integrierter Versorgungsvertrag auf der Basis des Paragrafen 140 a SGB V. Das Zusammenwirken von Hausärzten und Apothekern stelle keine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten im Sinne des SGB V dar, so die Richter.

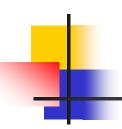
Die vom Gesetzgeber beabsichtigte Verbesserung der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung könne durch den Vertrag nicht verbessert werden. Da sich nur diese beiden Sektoren an der Finanzierung beteiligen, könnten sich auch nur sie in einer integrierten Versorgung wiederfinden.

Das Gericht verurteilte die Barmer zur Rückzahlung der für den Hausarztvertrag eingehaltenen Gelder - etwa eine Million Euro - an die KV Thüringen. Sie hatte gegen den Vertrag geklagt und bereits beim Sozialgericht Gotha recht bekommen.

"Wir befürworten IV-Verträge, wenn sie Schnittstellenprobleme verringern", betonte die Hausärztin und KV-Chefin Regina Feldmann. Doch bei der ohnehin zu knappen Gesamtvergütung sei ein Abzug für rechtswidrige Verträge nicht hinnehmbar.

Birgit Fischer, Vizevorstandsvorsitzende der Barmer in Wuppertal kündigte unterdessen die Revision beim Bundessozialgericht an.

Seit März 2005 beteiligen sich bundesweit mehr als 1,8 Millionen Versicherte, 38 000 Hausärzte und 18 000 Apotheker am Barmer Hausarztvertrag.



Gliederung:

- A. Verfassungsrechtliche Grundlagen
- B. Allgemeine Grundsätze des Leistungsrechts
- C. Überblick über die Leistungsarten
- D. Die Leistungen im einzelnen
- E. "Experimentierklauseln", neue Versorgungsformen
- G. Rück- und Ausblick: Die Gesundheitsreformen
- H. Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung



Gliederung:

- A. Verfassungsrechtliche Grundlagen
- B. Allgemeine Grundsätze des Leistungsrechts
- C. Überblick über die Leistungsarten
- D. Die Leistungen im einzelnen
- E. "Experimentierklauseln", neue Versorgungsformen
- G. Rück- und Ausblick: Die Gesundheitsreformen
- H. Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung



G. Aus- undblick: Die Auswirkungen der Gesundheitsreform (1)

a) Rückblick

Zahlreiche Gesetze zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung, z.B.

- Krankenversicherungs-KostendämpfungsG 1977 (u.a. Einführung Zuzahlungen f. Arzneimittel)
- Krankenhaus-KostendämpfungsG 1981
- KostendämpfungsergänzungsG 1982 (u.a. Einführung Eigenbeteiligung Krankenhaus)
- HaushaltsbegleitG 1983 (Änderung der Zuzahlungen)
- GesundheitsreformG 1988 (Einführung des SGB V)
- GesundheitsstrukturG 1992
- BeitragsentlastungsG 1996 (u.a. Streichung der Kostenübernahme f. Brillengestelle)
- GKV-NeuordnungsG 1997 (u.a. Änderungen der Zuzahlungen)
- SolidaritätsstärkungsG 1999 (VorschaltG. zur Gesundheitsreform 2000; Rücknahme v. Einschränkungen
- GesundheitsreformG 2000 (u.a. Versuch d. Einführung Positivliste f. Arzneimittel, Aufnahme Soziotherapie)
- G zur Ablösung d. Arzneimittel- und Heilmittelbudgets 2001
- G zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben 2002
- GesundheitsmodernisierungsG 2004 (u.a. Regelung über ausgeschlossene Arzneimittel (OTC, Lifestyle-Arzneimittel)
- GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 (u.a. Einführung Wahltarife, Gesundheitsfonds, Zusatzbeiträge)





Gesundheitsreform (2)

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

GKV-WSG





Gesundheitsreform (3)

Wesentliche leistungsrechtl. Änderungen durch WSG:

- Neuer Pflichtversicherungstatbestand § 5 Abs. 1 Nr. 13 (Nichtversicherte)
- Neufassung §§ 20 ff (u.a. Schutzimpfungen als Pflichtleistungen)
- Medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter als Anspruchsleistung (§ 24)
- Einführung ambul. Palliativversorgung (§ 37 b)
- Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden (§ 52)
- Einführung von Wahltarifen (§ 53)
- Änderungen Härtefallregelungen (§ 62)





Gesundheitsreform (4)

ξ 53

Wahltarife:

- (1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.
- (2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.
- (3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 73c, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.
- (4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. § 13 Abs. 2 Satz 2 bis 4 gilt nicht.
- (5) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen regeln, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 von der Versorgung ausgeschlossen sind, und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen.

295





Gesundheitsreform (5)

§ 53

Wahltarife:

- (6) ¹Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. ²Von § 47 kann abgewichen werden. ³Die Krankenkasse hat entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen. ⁴Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen. ⁵Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung die Durchführung von Wahltarifen nach Satz 1 auf eine andere Krankenkasse oder einen Landesverband übertragen. ⁶In diesen Fällen erfolgt die Prämienzahlung weiterhin an die übertragende Krankenkasse. ¹Die Rechenschaftslegung erfolgt durch die durchführende Krankenkasse oder den durchführenden Landesverband. (7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.
- (7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

sind erst zum 01.01.2009 in Kraft getreten





Gesundheitsreform (6)

- GKV-FinG 2010 (u.a. Änderungen bei der Überschreitung der JAE-Grenze, Änderung der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2
- G zur Neuregelung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) 2010 (u.a. Änderungen in § 13 Abs. 2, Neuregelung Bewertung v. Qualität und Wirksamkeit vom Arzneimitteln)



G. Rück- und Ausblick: Die Gesundheitsreformen

Gesundheitsreform (8)

b) Ausblick

"nach der Reform ist vor der Reform"

G. Rück- und Ausblick: Die Gesundheitsreformen



Gesundheitsreform (9)

Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung – GKV VSG

- Neuordnung der Bedarfsplanung Ärzte
- Stärkere Einbindung der Länder
- Anpassung der Struktur des GemBA
- Verschiedene Änderungen ("Omnibus-Gesetz)





Gesundheitsreform (10)

GKV-VSG: u.a.

1. In § 2 wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt:

"(1a) Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte,dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht."





Gesundheitsreform (10)

GKV-VSG: u.a.

- 2. § 11 wird wie folgt geändert:
- b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:
- "(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge- und Rehabilitation (§§ 23, 40), der künstlichen Befruchtung(§ 27a), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen "



Gliederung:

- A. Verfassungsrechtliche Grundlagen
- B. Allgemeine Grundsätze des Leistungsrechts
- C. Überblick über die Leistungsarten
- D. Die Leistungen im einzelnen
- E. "Experimentierklauseln", neue Versorgungsformen
- G. Rück- und Ausblick: Die Gesundheitsreformen
- H. Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung



I. Die Voraussetzungen der Leistungsgewährung (1)

Alte Fassung

§ 14 SGB XI

Begriff der Pflegebedürftigkeit

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

Neue Fassung

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit 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 selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.



I. Die Voraussetzungen der Leistungsgewährung (2)

Alte Fassung

- (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- (4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
- 1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- 2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- 3. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- 4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.



I. Die Voraussetzungen der Leistungsgewährung (3)

Neue Fassung

- (2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit 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 autoaggressives 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 Harninkontinenz 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;

I. Die Voraussetzungen der Leistungsgewährung (4)

- 5.Bewältigung von und selbständiger 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 Abführmethoden, 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,
- (3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit 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.



I. Die Voraussetzungen der Leistungsgewährung (4)



§ 15 SGB XI

Stufen der Pflegebedürftigkeit

- (1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
- 1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, 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 Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- 2.Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- 3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.



I. Die Voraussetzungen der Leistungsgewährung (5)

- (2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
- (3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt
- 1.in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
- 2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
- 3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.



I. Die Voraussetzungen der Leistungsgewährung (6)

Neue Fassung

§ 15 SGB XI Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

- (1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.
- (2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:
- 1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- 2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- 3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- 4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
- 5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Sommersemester 2018



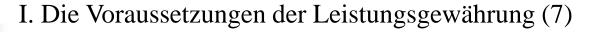


I. Die Voraussetzungen der Leistungsgewährung (6)

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

- 1. Mobilität mit 10 Prozent,
- 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
- 3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
- 4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
- 5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.





- 3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:
- 1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- 2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- 3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- 4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- 5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.



I. Die Voraussetzungen der Leistungsgewährung (8)

§ 18 SGB XI

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfungen haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei den in § 14 Absatz 2 genannten Kriterien nach Maßgabe des § 15 sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln. Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Jede Feststellung hat zudem eine Aussage darüber zu treffen, ob Beratungsbedarf insbesondere in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt, hinsichtlich Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches besteht.





(2) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.

II. Die Leistungen im Einzelnen (1)

§ 28 SGB XI

Leistungsarten, Grundsätze

- (1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:
- 1. Pflegesachleistung (§ 36),
- 2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37),
- 3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38),
- 4. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),
- 5. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40),
- 6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),
- 7. Kurzzeitpflege (§ 42),
- 8. vollstationäre Pflege (§ 43),
- 9. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a),
- 9a. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b),

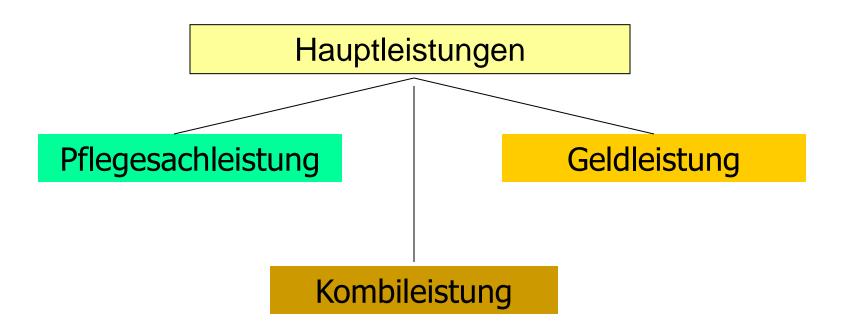


II. Die Leistungen im Einzelnen (2)

- 10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),
- 11.zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 44a),
- 12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),
- 12a. Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a),
- 13. Entlastungsbetrag (§ 45b),
- 14. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches,
- 15. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a).



II. Die Leistungen im Einzelnen (3)





II. Die Leistungen im Einzelnen (4)

§ 36 SGB XI

Pflegesachleistung

- (1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.
- (2) Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere
- 1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
- 2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
- 3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.



II. Die Leistungen im Einzelnen (5)

- (3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat
- 1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 689 Euro,
- 2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 298 Euro,
- 3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 612 Euro,
- 4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 995 Euro.
- (4) Häusliche Pflegehilfe ist auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie ist nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 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 Absatz 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. Mehrere Pflegebedürftige können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.



II. Die Leistungen im Einzelnen (6)

§ 37 SGB XI

Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

- (1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat
- 1. 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
- 2. 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
- 3. 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
- 4. 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.



II. Die Leistungen im Einzelnen (7)

- 3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben
- 1. bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich einmal,
- 2. bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich einmal

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.



II. Die Leistungen im Einzelnen (8)

§ 38 SGB XI

Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

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



II. Die Leistungen im Einzelnen (9)

Beispiel:

Ein Pflegebedürftiger in Pflegestufe 2 nimmt als Sachleistung nach § 36 Pflegeeinsätze im Wert von 432,70 € (= 33 % von 1.298 €) in Anspruch.

Daneben erhält er Pflegegeld nach § 37 in Höhe von **363,30** € (= 66 % von 545 €)



II. Die Leistungen im Einzelnen (10)

Weitere Leistungen:

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson, § 39

Versicherter nimmt Geldleistung nach § 37 in Anspruch. Bei Verhinderung der Pflegeperson z.B. wegen Krankheit oder Urlaub übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer Ersatzpflege für längsten 6 Wochen je Kalenderjahr. Kostenbegrenzung auf 1.612 € je Jahr



II. Die Leistungen im Einzelnen (11)

Weitere Leistungen:

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, § 40

- (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 Hilfsmitttel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes.
- (2) Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 40 Euro nicht übersteigen. Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.



II. Die Leistungen im Einzelnen (12)

Weitere Leistungen:

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, § 40

Beispiele für Pflegehilfsmittel:

- Pflegebetten, Pflegerollstühle
- Urinflaschen, Urinschiffchen und Bettpfannen, Waschsysteme, Badewannenaufsätze
- Hausnotrufsysteme
- wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (Zuschüsse max. 4.000 €)



II. Die Leistungen im Einzelnen (13)

Weitere Leistungen:

Tages- und Nachtpflege, § 41

Kurzzeitpflege, § 42

Vollstationäre Pflege, § 43

770 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,

- 1 262 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
- 1 775 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
- 2 005 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.



II. Die Leistungen im Einzelnen (14)

Weitere Leistungen:

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe f. behinderte Menschen, § 43 a

(10 % des Heimentgelts, max. 266,00 € pro Monat)

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen, § 44

Beitragsentrichtung an Rentenversicherung

Pflegekurse für Angehörige u. ehrenamtl. Pflegepersonen, § 45

Danke für Ihre Aufmerksamkeit