

Checklisten für Krankenkassen

Notwendige Unterlagen für die Begutachtung zu stationären und ambulanten Hospizleistungen, Fahrkosten, Haushaltshilfen und SAPV durch den Medizinischen Dienst

Leistungsanträge SGB V



IMPRESSUM

Beteiligte Kompetenzeinheit

SEG 1 – Leistungsbeurteilung und Teilhabe
Medizinischer Dienst Niedersachsen
Hildesheimer Straße 202
30519 Hannover

Beschlussfassung

Die Checklisten für Krankenkassen – notwendige Unterlagen für die Begutachtung zu stationären und ambulanten Hospizleistungen, Fahrkosten, Haushaltshilfen und SAPV durch den Medizinischen Dienst – wurden am 8. Juli 2024 von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte verabschiedet und zur Anwendung empfohlen.

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund (KÖR)
Theodor-Althoff-Str. 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: md-bund.de

Präambel

In Zeiten knapper Ressourcen und Fristvorgaben inkl. Genehmigungsfiktion ist es wichtiger denn je, dass Aufträge, die von den Krankenkassen den Medizinischen Diensten (MD) zur Begutachtung vorgelegt werden, ausreichend vorbereitet sind. Ohne ausreichende Vorbereitung der Aufträge erhöhen sich Laufzeiten, steigen das Risiko von Verfristungen, Fallrückgaben und die Gefahr, dass Versicherte unnötig lange auf Leistungen warten müssen, die sie zum Erhalt oder Wiederherstellung ihrer Gesundheit und/oder ihrer Teilhabe benötigen.

Zur Standardisierung und Verbesserung der Fallvorbereitung haben sich seit Jahren Checklisten in den MD etabliert, die den Krankenkassen eine begutachtungsreife Fallvorbereitung der Aufträge erleichtern. Die Checklisten erhalten anlassspezifisch alle regelhaft notwendigen Unterlagen, die von den Krankenkassen angefordert werden sollten, damit der MD den Fall sachgerecht und effizient begutachten kann. Diese Checklisten werden von jeweiligen Kompetenzeinheiten wie KC/SEG regelmäßig aktualisiert, insbesondere wenn gesetzliche Änderungen oder untergesetzliche Normen dies notwendig machen.

Wenn die Krankenkasse darüber hinaus die Vorlage weiterer Unterlagen für notwendig hält, kann sie diese gerne ergänzen. Wichtig ist, dass bei der Fallvorbereitung die Vorgaben des Datenschutzes und Datensparsamkeit beachtet werden.

Inhalt

Präambel	3
(020) Stationäre und ambulante Hospizleistungen nach § 39a SGB V	5
(090) Sonstige Anlässe zur SFS, SGS und zu Sozialmedizinischen Gutachten	6
(091) Fahrkosten bei ambulanten oder stationären Behandlungen nach § 60 SGB V	7
(340) Haushaltshilfen nach §§ 24h und 38 SGB V	8
(350) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V	9

(020) Stationäre und ambulante Hospizleistungen nach § 39a SGB V

Die Checkliste ist nicht abschließend – die Gutachterin / der Gutachter entscheidet für den jeweiligen Einzelfall, ob und ggf. welche Unterlagen darüber hinaus für die Begutachtung notwendig sind.

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu stationären und teilstationären Hospizleistungen nach § 39a SGB V. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

- Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung über die (teil-)stationäre Hospizversorgung mit leserlichen und aussagekräftigen Angaben, insbesondere zur lebensbegrenzenden Erkrankung, zum Symptomeschehen und zum besonderen Versorgungsbedarf, der die Möglichkeiten der bisher Betreuenden regelmäßig übersteigt.
- Leistungsauszug der Krankenkasse über die letzten 12 Monate mit Angaben (wenn für die beantragte Leistung von Relevanz) z. B. zu:
 - Bisherigen SAPV-Leistungen, falls bereits verordnet (Beratungsleistung, Koordination, Teil- oder Vollversorgung ohne konkrete Angaben)
 - Letzten stationären Aufenthalten mit Behandlungsdiagnosen
- Ggf. Angabe, ob es sich um eine Verlegung aus vollstationärer Pflege handelt. In diesem Fall ergänzende Angaben, ob ein SAPV-Team im Einsatz war bzw. als nicht ausreichend erachtet wurde.
- Kontaktdaten des Hospizes (Telefonnummer)

- **Bei Verlängerung zusätzlich:**
 - ärztliche Begründung

- **Bei Widerspruchsverfahren zusätzlich:**
 - Widerspruchsschreiben
 - Sofern vorhanden, ärztliche Begründung
 - Leistungsbescheid der Krankenkasse

(090) Sonstige Anlässe zur SFS, SGS und zu Sozialmedizinischen Gutachten

Die Checkliste ist nicht abschließend – die Gutachterin / der Gutachter entscheidet für den jeweiligen Einzelfall, ob und ggf. welche Unterlagen darüber hinaus für die Begutachtung notwendig sind.

- Antrag der/des Versicherten oder gesetzlichen Vertreters
- Angaben zu GdB, ggf. mit Merkzeichen/GdS, MdE, Pflegegrad falls vorhanden
- Leistungsauszug der Krankenkasse, z. B. mit Angaben zu ambulanter und stationärer Behandlung, medizinischer Rehabilitation, ggf. AU-Zeiten
- Ggf. Pflegegutachten, wenn in einem anderen MD erstellt

- **Bei Widerspruchsverfahren zusätzlich:**
 - Widerspruchsschreiben
 - Leistungsbescheid der Krankenkasse

(091) Fahrkosten bei ambulanten oder stationären Behandlungen nach § 60 SGB V

Die Checkliste ist nicht abschließend – die Gutachterin / der Gutachter entscheidet für den jeweiligen Einzelfall, ob und ggf. welche Unterlagen darüber hinaus für die Begutachtung notwendig sind.

Zusätzlich zum Auftrag der Krankenkasse:

- Bei Frage nach Vorliegen von § 8 Krankentransport-Richtlinie (Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung):
 - Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4) oder Antrag der/des Versicherten
 - Angaben zu GdB mit Merkzeichen/GdS, MdE, Pflegegrad falls vorhanden
 - Leistungsauszug der Krankenkasse, z. B. mit Angaben zu stationärer Behandlung
 - Aktueller Befundbericht der/des Verordnenden
 - Angabe der Grunderkrankung
 - Angabe zur Behandlungsfrequenz
 - Angabe zum zu erwarteten Behandlungszeitraum
 - Behandlungsort
 - Informationen zur Mobilitätsbeeinträchtigung (Gehstrecke, erforderliche Hilfsmittel) der/des Versicherten
- Bei Frage nach nächstgelegener, geeigneter Behandlungsstätte:
 - Antrag
 - Falls vorhanden, Verordnung einer Krankenförderung
 - Angaben zum Krankheitsbild und zu geplanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
 - Falls vorhanden, medizinischer Bericht
- **Bei Widerspruchsverfahren zusätzlich:**
 - Widerspruchsschreiben
 - Leistungsbescheid der Krankenkasse

(340) Haushaltshilfen nach §§ 24h und 38 SGB V

Die Checkliste ist nicht abschließend – die Gutachterin / der Gutachter entscheidet für den jeweiligen Einzelfall, ob und ggf. welche Unterlagen darüber hinaus für die Begutachtung notwendig sind.

Im Auftrag Angabe, ob es sich um eine Leistung nach § 24h oder § 38 SGB V handelt.

– **Leistung nach § 24h SGB V**

- Angabe des (voraussichtlichen) Entbindungstermins
- Angaben zu vorliegenden Einschränkungen
- Bei Leistung während der Schwangerschaft: Darstellung der individuellen medizinischen Gründe für den Hilfebedarf
- Ggf. Entlassungsberichte stationärer KH-Behandlungen während der Schwangerschaft
- Bei Leistung nach der Entbindung: Entlassungsbericht der Entbindung

– **Leistung nach § 38 SGB V**

- Sofern vorhanden, ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung mit Diagnose(n) und Beeinträchtigungen
- Antrag auf Haushaltshilfe
- Sofern vorhanden, Angaben zu mit im Haushalt lebenden Personen
- Angaben zum Alter im Haushalt lebender Kinder
- Sofern vorhanden, Angaben zu vorliegender Behinderung eines Kindes
- Angaben, ob es sich um eine Satzungsleistung handelt; wenn ja, bitte entsprechende Passagen der Satzung beifügen
- Angaben zum Pflegegrad der antragstellenden Person; sofern verfügbar: Pflegegutachten (SGB XI), falls in einem anderen MD erstellt

– **Bei Haushaltshilfen wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit oder schwerer Krankheit oder ambulanter Behandlung im Krankenhaus:**

- Angaben insbesondere zur stationären Behandlung oder erfolgter ambulanter Operation

– **Bei Widerspruchsverfahren zusätzlich:**

- Widerspruchsschreiben
- Leistungsbescheid der Krankenkasse

(350) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V

Die Checkliste ist nicht abschließend – die Gutachterin / der Gutachter entscheidet für den jeweiligen Einzelfall, ob und ggf. welche Unterlagen darüber hinaus für die Begutachtung notwendig sind.

- Vollständig ausgefüllte SAPV-Verordnung gemäß SAPV-Richtlinie (Muster 63)
- Wenn vorhanden, Bericht über ausführliches Aufnahme-/Erstassessment des SAPV-Leistungserbringers/-Dienstes
- Leistungsauszug der Krankenkasse über die letzten 12 Monate mit Angaben zu:
 - Bisherigen SAPV-Leistungen (Beratungsleistung, Koordination, Teil- oder Vollversorgung ohne konkrete Angaben)
 - Letzten stationären Aufenthalten mit Behandlungsdiagnosen
 - Pflegegrad
 - Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder -patienten (HKP-Leistung Nr. 24a)
- Sofern vorhanden, aktuelle verordnungsrelevante ärztliche Befunde (aktueller Krankenhausentlassungsbericht oder ambulanter Befundbericht)
- Angaben zum Aufenthaltsort der/des Versicherten
- Sofern verfügbar, Pflegegutachten (SGB XI), falls in einem anderen MD erstellt

- **Bei Folgeverordnung zusätzlich:** Ärztliche Begründung und ggf. ausführliche Verlaufsdokumentation des SAPV-Teams

- **Bei Widerspruchsverfahren zusätzlich:**
 - Widerspruchsschreiben
 - Sofern vorhanden, ärztliche Begründung
 - Ggf. ausführliche Verlaufsdokumentation des SAPV-Teams
 - Leistungsbescheid der Krankenkasse