

**Niederschrift**  
**über die Fachkonferenz**  
**Rehabilitation**  
**am 10.02.2022 als Videokonferenz**



**Teilnehmerinnen/Teilnehmer:**

AOK-Bundesverband

Frau Borrmann  
Frau Schick  
Hr. Schön

BKK Dachverband

Frau Feßer

GKV-Spitzenverband

Herr Kukla  
Frau Backes  
Frau Dänner  
Frau Grahl  
Frau Dr. Meissner  
Frau Wallrabe

IKK e. V.

Herr Seifarth  
Herr Walther

KNAPPSCHAFT

Herr Lange

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten  
und Gartenbau

Herr Kühlborn

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Frau Hernig  
Frau König

<b>Inhaltsübersicht:</b>		<b>Seite</b>
1.	§ 43 Abs. 2 SGB V – Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen hier: Abrechnung von Leistungen	4
2.	§ 39 Abs. 1a SGB V – Veranlassung von Fahrten zur Anschluss- Rehabilitation im Rahmen des Entlassmanagements hier: Erforderlichkeit einer Krankbeförderung	6

## **Niederschrift**

### **über die Fachkonferenz Rehabilitation am 10.02.2022 als Videokonferenz**

- 1. § 43 Abs. 2 SGB V – Sozialmedizinische Nachsorge;  
hier: Abrechnung von Leistungen**

#### **Sachstand:**

Der Bundesverband Bunter Kreis hat sich zum Thema Abrechnung von Leistungen der sozialmedizinischen Nachsorge, die vor der Genehmigung der Krankenkasse erbracht werden, an den GKV-Spitzenverband gewandt (**Anlage**). Wie in der Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V festgelegt, erfolgt die Erstverordnung der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen im Regelfall durch den behandelnden Arzt des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung bereits während der stationären Krankenhausbehandlung/Rehabilitationsleistung – in der Regel frühestens fünf Arbeitstage vor der geplanten Entlassung. Laut Bundesverband Bunter Kreis werden die Nachsorgeeinrichtungen nach der Verordnung von dem Krankenhaus/der Rehabilitationseinrichtung über die angezeigte Nachsorgemaßnahme informiert, damit möglichst zeitnah die Nachsorge beginnen kann. Der Zeitraum ab der Verordnung und Beantragung bis zum Vorliegen des Leistungsbescheids der Krankenkasse kann nach den Aussagen des Bundesverbandes Bunter Kreis bis zu mehrere Tage betragen. Eine Leistungserbringung hat nach Kapitel 5 „Verordnung“ der o.g. Bestimmung unverzüglich nach ergangener Bewilligung zu erfolgen. In Abstimmung mit den Erziehungsberechtigten findet jedoch in der Praxis teilweise im Vorfeld einer Bewilligung bereits ein erstes Anamnese-/Analysegespräch statt.

Der Bundesverband Bunter Kreis bittet daher den GKV-Spitzenverband um Klärung, dass bei einer Bewilligung einer sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahme bereits für erbrachte Leistungen nach dem Zeitpunkt der Verordnung ein Vergütungsanspruch besteht.

#### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten einvernehmlich die Auffassung, dass bei sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen, die eine Antragsleistung darstellen, eine Leistungsanspruchnahme grundsätzlich erst ab dem Zeitpunkt möglich ist, zu



dem eine Leistungsentscheidung der Krankenkasse vorliegt. Ungeachtet dessen bestehen unter den Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmern jedoch keine Bedenken, wenn die Krankenkassen im begründeten Einzelfall, in dem die Erforderlichkeit einer unmittelbaren Aufnahme der Leistungserbringung dargelegt wird, einer vorzeitigen Inanspruchnahme der Leistungen frühestens ab dem Zeitpunkt der Verordnung zustimmen.

## **Anlage**



BUNDESVERBAND BUNTER KREIS e.V., Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg

GKV - Spitzenverband  
Frau Anja Dänner  
Reinhardtstr. 28  
10117 Berlin



Es schreibt Ihnen:  
Andreas Podeswik  
1. Vorstand

Tel.: 0821 400-4844  
Fax: 0821 400-174840

E-Mail: [andreas.podeswik@bv-bunter-kreis.de](mailto:andreas.podeswik@bv-bunter-kreis.de)

Augsburg, 14.07.2021

## Bestimmung zur Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahme

Sehr geehrte Frau Dänner,

vielen Dank für Ihr hohes Engagement in Sachen Sozialmedizinische Nachsorge (SMN) in Deutschland.

Die SMN ist inzwischen bei den Gruppen der Früh- und Risikogeborenen und Kindern mit Herzkrankungen ein fester Bestandteil in der sektorenübergreifenden Versorgung und eine echte Erfolgsgeschichte. Die SMN trägt zur Verkürzung der stationären Aufenthalte bei und stellt die verordnete Therapie nach einer stationären Behandlung sicher. Insbesondere in Zeiten der Pandemie konnte mit der SMN die Versorgung aufrechterhalten, Patienten mit Schutz- und Hygienemaßnahmen im häuslichen Umfeld begleitet oder mit Videositzungen entsprechend der Vorgaben koordiniert werden.

Dennoch entstehen in der Praxis immer wieder Themen, die mit der Bitte um Klärung an den Bundesverband Bunter Kreis herangetragen werden:

Kürzung der Abrechnung, da Leistungen vor der Genehmigung erbracht wurden.

Die Verordnung erfolgt, wenn zum Zeitpunkt der Entlassung ein komplexer Interventionsbedarf vorliegt und dieser kann frühestens fünf Tage vor der geplanten Entlassung eingeschätzt werden.

Nach der Verordnung und Beantragung der SMN bewilligt die Krankenkasse innerhalb von vier Tagen und sendet die Genehmigung an den Patienten/ Erziehungsberechtigte und den Leistungserbringer, beispielsweise an einen Bunten Kreis.

Erst nach Genehmigung sollte die Leistungserbringung der SMN erfolgen. Die Genehmigung erfolgt jedoch immer wieder nach der Entlassung und eine sektorenübergreifende Versorgung ist damit ausgeschlossen.



In der Praxis ergibt sich folgender Ablauf:

<b>Ablaufschritte</b>	<b>Inhalte</b>	<b>Zeitliche Vorgabe</b>	<b>Zeitdauer</b>
Prüfung der Voraussetzung	Die Verordnung erfolgt, wenn zum Zeitpunkt der Entlassung ein komplexer Interventionsbedarf vorliegt	Maximal 5 Arbeitstage vor Entlassung	
Ausstellung der Verordnung	Verordnungsformular wird ausgefüllt und von Arzt und Erziehungsberechtigtem unterschrieben	Bis maximal vor 5 Tage vor Entlassung. Oftmals innerhalb der 5 Tage, da nach der ärztlichen Verordnung noch die Unterschrift der Eltern erfolgen muss.	1-2 Tage
Übermittlung der Verordnung	Zusenden per Fax oder Postweg		1 Tag
Bewilligung durch Kostenträger	Sachbearbeiter genehmigt direkt	Bis zu 4 Tage	1-2 Tage
	Sachbearbeiter holt Stellungnahme des MdK ein	Bis zu 2 weitere Tage	2 Tage
Übermittlung der Bewilligung an Leistungserbringer	Zusenden per Fax oder Postweg		1 Tag
Übermittlung der Bewilligung an Erziehungsberechtigte	Postweg		i.d.R. 1 zusätzlicher Tag
Auswahl eines Nachsorge-mitarbeiters und Beauftragung zur SMN	Aus dem vorhandenen Team muss ein/e Mitarbeiter/in ausgewählt und informiert werden		1-3 Tage
Fernmündliche Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung zwischen Nachsorge und Patientenfamilie			1 Tag
Erster persönlicher Kontakt	Erste Leistung der SMN: Analyse des Nachsorgebedarfs		1 -2 Tage



Die Verordnung erfolgt vom behandelnden Kinderarzt der Klinik zusammen mit dem Entlassmanagement. Das Verordnungsformular benötigt sowohl die Unterschrift des Arztes als auch eines oder ggf. sogar beider Erziehungsberechtigten. Genau betrachtet muss der Arzt oder sein Vertreter nach der ärztlichen Unterschrift die Eltern aufsuchen und um Unterschrift bitten, ggf. nochmals aufklären. Dies kann je nach Stationsalltag 1-2 Tage dauern. Mit beiden Unterschriften wird die Verordnung an den Kostenträger gesandt, dies erfolgt i.d.R. per Fax, wenn ein Ansprechpartner bekannt ist, oder auf dem Postweg, wenn keine Faxnummer vorliegt. Diese Übermittlung dauert 1-3 Tage. Kennt der Sachbearbeiter die SMN und bewilligt sofort, kann einen Tag später die Genehmigung beim Leistungserbringer vorliegen. Nun wird ein/e Nachsorgemitarbeiter/in ausgewählt und informiert, dies kann je nach Arbeitsauslastung 1-3 Tage dauern. Der/die Nachsorgemitarbeiter/in nimmt fernmündlich Kontakt zur Patientenfamilie auf, um den ersten Termin zu vereinbaren, dies kann 1-3 Tage dauern. Ein erster persönlicher Kontakt zwischen Nachsorgemitarbeiter/in und Patientenfamilie zur Analyse des Nachsorgebedarfs findet i.d.R. am darauffolgenden Tag statt.

Wenn alles ganz schnell geht, der Patient bei einer großen und vor allem Krankenkasse mit lokalen Ansprechpartnern versichert ist, die Abläufe allen bekannt sind, kein MdK prüft, liegt der Nachsorgeeinrichtung nach fünf Tagen eine Genehmigung vor und am nächsten Tag findet die erste persönliche Nachsorgeeinheit statt. Oftmals werden sieben Tage benötigt. Immer wieder gibt es auch viel längere Zeiträume, wie wir mit unserer Auswertung im Rahmen der Überarbeitung des Verordnungsbogens aufgezeigt haben. Dies ist inzwischen jedoch seltener geworden.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass der verordnende Arzt parallel zur Verordnung sofort die Nachsorgeeinrichtung informiert und der/die Nachsorgemitarbeiter/in ohne Genehmigung den Erstkontakt zur Analyse des Versorgungsbedarfs durchführt, um in der Klinikzeit beginnen und die sektorenübergreifende Brückenfunktion umsetzen zu können. Damit wurde aber die geltende Regel, d.h. dass die erste Nachsorgeeinheit nach Genehmigung beginnen kann, umgangen. Viele Kostenträger haben trotzdem die Nachsorgeeinheiten vergütete, da sie ja nach der Verordnung erfolgt sind.

Unser Vorschlag:

Die Kostenträger genehmigen die Nachsorgemaßnahme ab dem Zeitpunkt der Verordnung durch den Arzt.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung  
und freundliche Grüße

Andreas Podeswik  
1. Vorstand  
Bundesverband Bunter Kreis e.V.



## **Niederschrift**

### **über die Fachkonferenz Rehabilitation am 10.02.2022 als Videokonferenz**

#### **2. § 39 Abs. 1a SGB V – Veranlassung von Fahrten zur Anschluss-Rehabilitation im Rahmen des Entlassmanagements**

**hier: Erforderlichkeit der Verordnung einer Krankenförderung**

#### **Sachstand:**

Im Rahmen der Beratungen zum Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) angeregt, für die Veranlassung eines Krankentransports zur nahtlosen Verlegung von Krankenhauspatientinnen oder -patienten in die Anschlussrehabilitation die Anwendung des Musters 4 – Verordnung einer Krankenförderung<sup>1</sup> oder alternativ eine Transportbescheinigung zu vereinbaren. Hintergrund sei, dass in der aktuellen Praxis zum Teil Krankenhäuser eine Verordnung über Muster 4 vornehmen, da einige Transportunternehmen ohne eine solche Grundlage nicht bereit sind, die Fahrten durchzuführen. Zudem würden auch einige Krankenkassen im Rahmen der Abrechnungen die Vorlage des Musters 4 im Original fordern, da nur so eine Abrechnung der entstehenden Kosten möglich sei. Hinweise, inwieweit die aufgezeigten Sachverhalte regelhaft gegeben sind, wurden durch die DKG nicht gegeben.

Unter den Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmern wird ein Austausch zum Sachverhalt angeregt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen des Entlassmanagements die Regelungen zur Verordnung bestimmter Leistungen für die Anschlussversorgung entsprechend den Richtlinien des G-BA nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V anzuwenden sind; die Krankentransport-Richtlinie (KT-RL) sieht in § 2 Abs. 4 explizit vor, dass für Fahrten zu ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen keine Verordnung auszustellen, sondern die Patientin oder der Patient zur Klärung der An- und Abreise direkt an ihre oder seine Krankenkasse zu verweisen ist. Von daher ist die Verwendung des für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung vereinbarten Musters 4 für Fahrten zu ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen nicht zulässig. Nach § 7 Abs. 3 des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 10 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) ist hingegen für die Beantragung

---

<sup>1</sup> [https://www.kbv.de/media/sp/Muster\\_4\\_2019.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Muster_4_2019.pdf)



von Anschlussrehabilitation der bundeseinheitliche „Ärztliche Befundbericht – Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation“ nach Anlage 3b des Rahmenvertrages<sup>2</sup> zu verwenden. Darin sind u.a. Angaben zum aus medizinischer Sicht voraussichtlich erforderlichen Verkehrsmittel für die Fahrt zur Anschlussrehabilitation zu tätigen.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten einvernehmlich die Auffassung, dass das Muster 4 bei der Beförderung in die Anschlussrehabilitation keine Anwendung finden kann. Ebenso wird keine Notwendigkeit gesehen, mit der DKG einen gesonderten Transportschein zu vereinbaren. Notwendige Beförderungsmittel können über den Ärztlichen Befundbericht gegenüber der Krankenkasse angezeigt werden. Im Prozess der Leistungsbewilligung ist dann durch die Krankenkasse auch über das erforderliche Beförderungsmittel zu entscheiden. Hierbei sind die im Einzelfall mit Rehabilitationseinrichtungen bestehenden vertraglichen Regelungen z.B. zu einem Abholservice zu berücksichtigen. Es wird empfohlen, dass die Krankenkassen mit dem Bewilligungsbescheid über die beantragte Maßnahme der Anschlussrehabilitation den Versicherten auch eine Kostenübernahmebestätigung für das erforderliche Beförderungsmittel zukommen lassen. Diese kann nachfolgend für das Transportunternehmen die Abrechnungsgrundlage gegenüber der Krankenkasse bilden.

---

<sup>2</sup> <https://www.gkv->

[spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant\\_stationaere\\_versorgung/entlassmanagement/entlassmanagement.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/entlassmanagement/entlassmanagement.jsp)

<https://www.gkv->

[spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/amb\\_stat\\_vers/entlassmanagement/3.\\_AendVb\\_Rahmenvertrag\\_Entlassmanagement\\_15.06.2020\\_Anlage\\_3b.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/entlassmanagement/3._AendVb_Rahmenvertrag_Entlassmanagement_15.06.2020_Anlage_3b.pdf)