

Umsetzungshinweise

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

**zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement
nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V**

Rechtlicher Rahmen – § 39 Absatz 1a Satz 9 SGB V –

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) in § 39 SGB V folgenden neuen Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. § 11 des Apothekengesetzes bleibt unberührt. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7). Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 7 die weitere Ausgestaltung des Ordnungsrechts nach Satz 7. Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 7, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zum 31. Dezember 2015 in einem Rahmenvertrag; § 118a Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend; kommt eine Vereinbarung nicht zustande, kann auch das Bundesministerium für Gesundheit das Schiedsamt anrufen. Vor Abschluss des Rahmenvertrages ist der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Information, Einwilligung und Widerruf bedürfen der Schriftform“.

Mit dieser Gesetzesänderung wurde zugleich die seit dem 01.01.2012 geltende, durch das GKV Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vorgenommene Ergänzung des § 39 Absatz 1 Sätze 4 - 6 SGB V wieder gestrichen. Gleiches gilt für die ebenfalls seit dem GKV-VStG in § 112 Absatz 2 Nummer 7 SGB V vorgesehene Möglichkeit von Krankenhäusern und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen hierzu entsprechende zweiseitige Vereinbarungen zu schließen.

Durch die Neufassung des § 39 Absatz 1a SGB V wird das Entlassmanagement durch Einbeziehung der Vertragsärzteschaft nunmehr dreiseitig ausgestaltet. Dabei sollen Kranken-

häuser zukünftig auch die Möglichkeit haben, im Rahmen des Entlassmanagements erforderliche Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie entsprechend § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V, für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen zu verordnen und Arbeitsunfähigkeit festzustellen. Die hierzu notwendige und vom Gesetzgeber in § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V geforderte weitere Ausgestaltung des Verordnungsrechts durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde von diesem in den betreffenden Richtlinien bereits umgesetzt.

Das Erweiterte Bundesschiedsamt hat einen Rahmenvertrag festgesetzt, der zum 01.07.2017 in Kraft treten soll. Die Vertragspartner haben sich jedoch, vorbehaltlich der gesetzlichen Änderung zur LANR im Rahmen des Blut- und Gewebegesetzes darauf verständigt, das Inkrafttreten des Rahmenvertrages auf den 01.10.2017 zu verschieben. Die vertraglichen Regelungen greifen in die Strukturen und Prozesse der Krankenhäuser ein, so dass die DKG die nachfolgenden Umsetzungshinweise erarbeitet hat.

Die dargestellten Regelungspunkte die die wesentlichen Sachverhalte abhandeln, erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es bleibt vorbehalten, die Umsetzungshinweise den spezifischen Anforderungen des einzelnen Krankenhausträgers bzw. des jeweiligen Bundeslandes anzupassen ohne jedoch die rahmenvertraglichen Festsetzungen außer Acht zu lassen!

Zur besseren Erkennbarkeit sind die jeweiligen Paragraphen des Rahmenvertrages **grau** unterlegt worden und im Anschluss daran erfolgen – soweit erforderlich – Hinweise.

Bei denen im Rahmenvertragstext in **rot** kenntlich gemachten Passagen handelt es sich um Änderungen, die im Falle des Inkrafttretens des Blut- und Gewebegesetzes, zum Tragen kommen.

Gliederung

§ 1 – Geltungsbereich	5
§ 2 – Zielsetzung	6
§ 3 – Entlassmanagement.....	7
§ 4 – Veranlasste Leistungen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V.....	14
§ 5 – Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit	16
§ 6 – Vordrucke	17
§ 7 – Information und Beratung des Patienten	20
§ 8 – Kommunikation mit den Leistungserbringern der Anschlussversorgung	22
§ 9 – Dokumentation an die weiterbehandelnden Ärzte	24
§ 10 – Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse und die Pflegekasse	25
§ 11 – Verträge auf Landesebene	26
§ 12 – Inkrafttreten, Kündigung	26
§ 13 – Salvatorische Klausel	27

Anlage 1: Hinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Ordnungswesen im Entlassmanagement

Anlage 2: Hinweise zu einem möglichen Assessmentbogen

Anlage 3: Checkliste Entlassplan

§ 1 – Geltungsbereich

„Der Rahmenvertrag gilt für Entlassungen von Patienten aus voll- und teilstationären **sowie stationsäquivalenten** Behandlungen durch das Krankenhaus. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass ein Entlassmanagement andere Leistungen und Leistungserbringer umfassen kann, als im SGB V und im SGB XI erwähnt; diese sind jedoch nicht Gegenstand dieses Vertrages.“

Hinweise zu § 1:

Geltungsbereich:

- Diese Regelung gilt für alle Entlassungen von Patienten aus voll- und teilstationären sowie stationsäquivalenten Behandlungen durch das Krankenhaus, auch im Rahmen der belegärztlichen Versorgung.

Zu berücksichtigen ist zukünftig:

- Der Patient (bzw. sein Betreuer, Personensorgeberechtigter) ist über das Entlassmanagement schriftlich zu informieren und eine Einwilligung (Anlagen 1a und 1b des Rahmenvertrages) in die Durchführung des Entlassmanagements ist einzuholen (vgl. hierzu § 7 der Umsetzungshinweise). Zur Frage der Einholung nach Anlage 1b des Rahmenvertrages siehe die konkretisierenden Ausführungen zu § 3 Abs. 4 der Umsetzungshinweise.
- Stimmt der Patient der Durchführung des Entlassmanagements zu, wird ausdrücklich empfohlen, dies in der Patientenakte zu dokumentieren, um bei Erfordernis den Nachweis führen zu können. Gleiches gilt auch für eine Ablehnung.
- Bei Zustimmung des Patienten kann ein Screening (initiales Assessment zur Klärung: Versorgungsbedarf ja oder nein) durch Arzt/Pflege erfolgen. Es kann ein Assessmentbogen eingesetzt werden (Ankreuzverfahren). Es wird ausdrücklich empfohlen, das Ergebnis des Screenings in der Patientenakte zu vermerken um bei Erfordernis den Nachweis führen zu können (vgl. § 3 der Umsetzungshinweise).

Hinweise aus Sicht der IT:

- Da es sich um Anforderungen an alle stationären Aufenthalte handelt, ist eine einheitliche Umsetzung auch im Krankenhausinformationssystem (KIS) sinnvoll. Grundsätzlich ist dabei zu überdenken, dass evtl. neue Nutzergruppen Zugang zum KIS benötigen und das Rechtesystem angepasst werden muss.

§ 2 – Zielsetzung

- 1) *Ziel des Rahmenvertrages ist es, die bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung der Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung zu gewährleisten. Hierzu gehört eine strukturierte und sichere Weitergabe versorgungsrelevanter Informationen.*

Hinweis zu § 2 Abs. 1:

- Diese Regelung stellt das Ziel des Entlassmanagements dar. Durch frühzeitige Maßnahmen ist eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Versorgung sicherzustellen. Es muss eine Struktur für einen sicheren Informationsfluss versorgungsrelevanter Hinweise geschaffen werden.

Hinweise aus Sicht der IT:

- Die Formulierung „sichere“ Weitergabe bekommt in Hinblick auf eine elektronische Übermittlung eine besondere Bedeutung. Auf keinen Fall dürfen Verfahren etabliert werden, die patientenbezogene Informationen ohne eine entsprechende Verschlüsselung übermitteln, egal ob die Empfänger Ärzte, Kranken- oder Pflegekassen oder der Versicherte und seine Angehörigen sind. Es sei betont, dass eine elektronische Übermittlung an keiner Stelle verpflichtend gefordert ist.

§ 2 – Zielsetzung

- 3) *Der Anspruch des Patienten auf ein Entlassmanagement im Rahmen der Krankenhausbehandlung besteht gegenüber dem Krankenhaus, während gegenüber der Krankenkasse bzw. Pflegekasse ein Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements besteht. Hierzu werden die weiteren Einzelheiten in diesem Rahmenvertrag geregelt.*

Hinweise zu § 2 Abs. 3:

- Zu den Pflichten der Kranken-/Pflegekasse siehe § 2 Abs. 3, § 3 Abs. 6, § 7, § 10.
- Gesetzlich werden andere Kosten-/Sozialversicherungsträger (z. B. BG-Patienten) von § 39 Abs. 1a SGB V nicht erfasst. Gleichwohl ist auch für diese Patientengruppe ein Entlass-/Versorgungsmanagement nach bisheriger Erscheinungsweise weiterhin sicherzustellen.

§ 3 – Entlassmanagement

- 1) *Das Krankenhaus stellt ein standardisiertes Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit sicher und etabliert schriftliche, für alle Beteiligten transparente Standards (z. B. für die Pflege: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege). Multidisziplinäre Zusammenarbeit beinhaltet für die Belange dieses Vertrages die Zusammenarbeit von Ärzten/psychologischen Psychotherapeuten, Pflegepersonal, Sozialdienst, Krankenhausapothekern und weiteren am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen. Die Verantwortlichkeiten im multidisziplinären Team müssen verbindlich geregelt werden. Die Krankenhäuser informieren über ihr Entlassmanagement in ihrem Internetauftritt.*

Protokollnotiz:

GKV-Spitzenverband und KBV setzen sich dafür ein, dass Informationen über die Standards des Entlassmanagements durch den G-BA in die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) und damit in die strukturierten Qualitätsberichte aufgenommen werden.

Hinweise zu § 3 Abs. 1:

Standardisiertes Entlassmanagement:

- Diese Regelung weist aus, dass das Entlassmanagement standardisiert durchgeführt werden muss. Die Standards müssen schriftlich fixiert und für alle Beteiligten transparent sein.
- Zukünftig muss ein multiprofessionelles Team zusammengestellt werden, das ein patientenindividuelles Entlassmanagement durchführt. Das multiprofessionelle Team sollte aus all den Berufsgruppen im Krankenhaus zusammengesetzt sein, die beim jeweiligen Patienten für das Entlassmanagement benötigt werden, wie z. B. Ärzte, Pflege, Sozialdienst, Therapeuten etc.. Die Planung und Durchführung des Entlassmanagements hat im multiprofessionellen Team zu erfolgen.

Verantwortlichkeiten:

- Diese Regelung legt fest, dass die Verantwortlichkeiten im multiprofessionellen Team festgelegt werden müssen. Auf Grund der individuellen Versorgung des jeweiligen Patienten sind die Verantwortlichkeiten im Team jeweils unterschiedlich. Es wird empfohlen Prozesszuständigkeiten vorzuhalten.

Homepage der Krankenhäuser:

- Zukünftig müssen im Internetauftritt des Krankenhauses Informationen zum Entlassmanagement ausgewiesen sein.
- Die Art und Weise der Informationen kann krankenhausesintern in freier Entscheidung erfolgen.

Hinweise aus Sicht der IT:

- Es wird davon ausgegangen, dass jedes zugelassene Krankenhaus über einen Internetauftritt verfügt. Falls dies nicht der Fall ist, wird empfohlen diesen Informationskanal für Patienten und Ärzte zu nutzen.

§ 3 – Entlassmanagement

- 2) *Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche wird unter Verantwortung des Krankenhausarztes durch die Anwendung eines geeigneten Assessments der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Für Personengruppen mit einem komplexen Versorgungsbedarf nach der Entlassung ist es sinnvoll, Vorkehrungen für ein umfassendes Entlassmanagement im Rahmen eines differenzierten Assessments zu treffen. Dieser komplexe Versorgungsbedarf kann beispielsweise bei Patienten mit neu aufgetretenen, umfassenden Einschränkungen von Mobilität und Selbstversorgung bestehen. Für diese Patientengruppen sind spezifische Standards vorzusehen. Bei der Aufstellung des Entlassplans erfolgt zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Verordnungen gemäß § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V sowie einer unmittelbar nach der Krankenhausentlassung fortdauernden Arbeitsunfähigkeit. Zudem ist die Erforderlichkeit weiterer verordnungs-/veranlassungs-fähiger Leistungen (z. B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Kurzzeitpflege, Haushaltshilfe) zu prüfen.*

Hinweise zu § 3 Abs. 2:

Assessment:

- Diese Regelung schreibt u.a. ein geeignetes Assessment vor mit dem der patientenindividuelle Bedarf der Anschlussversorgung festgestellt werden soll. Eine Möglichkeit könnte sein, zwischen einem initialen Assessment (Screening) und einem differenzierten Assessment zu unterscheiden. Wählt das Krankenhaus die Möglichkeit des initialen und differenzierten Assessments sind **u. a.** folgende Inhalte zu berücksichtigen:

Inhalte des initialen Assessments/Screening und des differenzierten Assessment siehe **Anlage II.**

Entlassplan:

- Nach dieser Regelung wird, neben der bereits bestehenden Dokumentation, das Führen eines Entlassplans erforderlich.
- Es muss ein Entlassplan entwickelt werden. Dies kann z. B. in Form einer Checkliste geschehen, um bei Erfordernis den Nachweis führen zu können.
- Die Inhalte des Entlassplans, resultierend aus den Anforderungen, die der Rahmenvertrag festlegt (Mindestinhalte), sind in der Mustervorlage „Checkliste Entlassplan“ (gemäß **Anlage III**) abgebildet. Darüber hinaus können weitere Inhalte in den Entlassplan aufgenommen werden.

Hinweise aus Sicht der IT:

Weder die Assessments noch der Entlassplan müssen als elektronische Dokumente gepflegt werden, aber ein solches Vorgehen würde den gemeinsamen Zugriff auf die jeweils aktuelle Fassung erleichtern. Es sollte angestrebt werden, für die Speicherung der Assessments digitale Formate zu wählen, die einfach zwischen unterschiedlichen Systemen ausgetauscht werden können. Minimal sollte auf den Standard HL7 in der Version 3 zurückgegriffen werden, aber durch die Entwicklung eines entsprechenden HL7-CDA-Formates wäre ein hohes Maß an Interoperabilität zu erreichen. Es soll früh die Notwendigkeit von Verordnungen oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen geprüft werden. Um dies später nachweisen zu können, auch wenn sich noch Veränderungen ergeben haben, sollte im Entlassplan eine Historie dieser Entscheidungen gepflegt werden. Daher sollte ein elektronische Entlassplan grundsätzlich eine Art Journal der Aktivitäten und Entscheidungen enthalten, da erwartet wird, dass im Einzelfall immer wieder Entscheidungen revidiert oder Aktivitäten wiederholt werden müssen, weil sich der konkrete Fall nicht entsprechend der Vorhersage entwickelt.

§ 3 – Entlassmanagement

- 3)** *Der Entlassplan umfasst den voraussichtlichen Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausbehandlung. Sofern dem Krankenhaus Informationen zur Versorgungssituation vor der Krankenhausbehandlung vorliegen, berücksichtigt es diese Angaben, um die Kontinuität des Behandlungsprozesses sicherzustellen. Das Krankenhaus leitet die aufgrund des Versorgungsbedarfs im Entlassplan festgelegten, voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen frühestmöglich ein. Der Entlassplan muss für alle Mitarbeiter des Krankenhauses, die am Entlassmanagement des jeweiligen Patienten beteiligt sind, in der Patientenakte verfügbar sein.*

Hinweise zu § 3 Abs. 3:

Entlassplan:

- Im Entlassplan sollen alle dem Krankenhaus verfügbaren Informationen, auch Informationen aus der Zeit vor der Krankenhausbehandlung, berücksichtigt werden, um so die Sicherstellung des kontinuierlichen Behandlungsprozess zu gewährleisten.
- Die patientenindividuelle Anschlussversorgung, die im Entlassplan festgelegt wird, sollte frühzeitig eingeleitet werden.
- Alle Mitarbeiter, die in das Entlassmanagement des Patienten involviert sind, müssen Zugang zu den jeweils relevanten Informationen aus der Patientenakte haben.

Hinweise aus Sicht der IT:

- Es gibt explizit keine Verpflichtung zur Führung einer elektronischen Patientenakte, eine solche würde aber die Koordination des Entlassmanagements vereinfachen.
- Da im Rahmen des Entlassmanagements unterschiedliche Berufsgruppen Zugang zum Entlassplan und zu Teilen der Patientenakte benötigen, muss die Rechtevergabe im KIS entsprechend angepasst werden. Generell sollte bei der Definition des multidisziplinären Teams im konkreten Krankenhaus geprüft werden, ob jedes Mitglied im KIS entsprechend berechtigt werden kann.

§ 3 – Entlassmanagement

- 4)** *Stellen die Beteiligten nach Abs. 1 S. 2 im Rahmen des Assessments einen Versorgungsbedarf explizit für die Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung fest, nimmt das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiter- versorgenden Leistungserbringer auf, um die Überleitung des Patienten anzubahnen. Absatz 6 ist dabei zu berücksichtigen. Für den Entlassungstag sorgt das Krankenhaus für die nahtlose Überleitung des Patienten in die Anschlussversorgung. Bei Bedarf nimmt das Krankenhaus hierzu Kontakt mit den Betreuern oder Personensorgeberechtigten oder in Abstimmung mit dem Patienten mit den Angehörigen auf. **Wird im Assessment festgestellt, dass der Patient keiner Anschlussversorgung bedarf, ist dies in der Patientenakte zu dokumentieren. In diesen Fällen sind keine weiteren Einwilligungen nach Anlage 1b erforderlich.***

Hinweise zu § 3 Abs. 4:

Anschlussversorgung:

- Die Regelung in Satz 5 ermöglicht den Krankenhäusern grundsätzlich eine flexiblere Handhabung zur Einholung der Einwilligung nach Anlage 1b des Rahmenvertrages.

Zwar sieht der Gesetzeswortlaut des § 39 Abs. 1a SGB V in den Sätzen 11 – 13 pauschal die Zustimmung der Patienten in das Entlassmanagement und deren Einwilligung vor dem Entlassmanagement vor. Auf Sinn und Zweck des Zustimmungs- und Einwilligungserfordernisses jedoch reduziert, kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Gesetzgeber die Krankenhäuser tatsächlich in jedwedem Fall dazu verpflichten wollte, die Zustimmung und Einwilligung einzuholen, sondern nur in den Fällen, in denen ein mit einer Datenübermittlung verbundenes Entlassmanagement erforderlich ist. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass es im Fall einer nicht erteilten Zustimmung des Patienten in das Entlassmanagement nach Anlage 1b bei seinem grundsätzlichen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement beim Übergang in verschiedene Versorgungsbereiche nach § 11 Abs. 4 SGB V verbleiben dürfte. Die Krankenhäuser können somit selbst entscheiden, ob sie die Anlagen 1a und 1b gleich zu Anfang der Aufnahme im Krankenhaus oder zumindest die Anlage 1b zu einem späteren Zeitpunkt, wenn das Entlassmanagement eine Datenübermittlung an Dritte erfordert, vom Patienten unterzeichnen lassen.

- In dieser Regelung wird festgelegt, dass bei erforderlicher Anschlussversorgung, das Krankenhaus frühzeitig Kontakt aufnimmt zu
 - Angehörigen/Betreuern/Personensorgeberechtigten
 - Weiterbehandlern (Physio-, Ergo- Logotherapie, Hausarzt, Facharzt)
 - Einrichtungen des SGB XI
 - Rehabilitationseinrichtungen
 - Ambulante Pflege
 - SAPV
 - etc.

- Erhält der Patient Leistungen, die von der Krankenkasse vor Leistungserbringung genehmigt werden müssen, nimmt das Krankenhaus vor dem Kontakt mit dem Leistungserbringer zunächst Kontakt zur Krankenkasse auf. Der Kontakt mit der Krankenkasse sollte dokumentiert werden, um beispielsweise bei MDK-Prüfungen den Nachweis führen zu können, inwieweit die Krankenkassen ihren Mitwirkungspflichten nach diesem Vertrag nachgekommen sind.

§ 3 – Entlassmanagement

- 5)** *Bei notwendiger Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse sind die Einwilligung des Patienten gemäß Anlage 1b und die erforderlichen Informationen aus dem Entlassplan zum frühestmöglichen Zeitpunkt durch das Krankenhaus an die Krankenkasse zu übermitteln. Bei relevanten Veränderungen des patientenindividuellen Bedarfs der Anschlussversorgung werden der Entlassplan aktualisiert und die Krankenkasse bzw. Pflegekasse erneut über die sich daraus ggf. ableitende Unterstützung durch die Krankenkasse bzw. Pflegekasse informiert. Widerruft der Patient seine Einwilligung, ist der Widerruf der Krankenkasse unverzüglich zu übermitteln; je nach Zeitpunkt des Widerrufs entfällt die Übermittlung ergänzender Informationen aus dem Entlassplan.*

Hinweise zu § 3 Abs. 5:

Unterstützung durch die Krankenkasse:

- Nach dieser Regelung müssen, bei erforderlicher Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse, alle relevanten Informationen aus dem Entlassplan sowie die Einwilligung des Patienten (Anlage 1b des Rahmenvertrages) so früh als möglich den Kostenträgern zur Verfügung gestellt werden. Sollte sich der Zustand des Patienten nach Übermittlung der Unterlagen verändern, informiert das Krankenhaus Kranken- und Pflegekasse erneut. Der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme(n) mit der Kranken-/Pflegekasse sowie deren Rückmeldungen sollten unbedingt dokumentiert werden (z. B. im Entlassplan).

Hinweise aus Sicht der IT:

- Falls die Krankenhäuser die Einwilligung nach Anlage 1b zu einem späteren Behandlungszeitpunkt einholen, muss sichergestellt werden, dass zwischenzeitlich keine Datenübermittlung an die Krankenkassen und nachbehandelnden Ärzte erfolgt. .
- Wenn ein Krankenhaus die Einwilligung nach Anlage 1b erst bei Bedarf einholt, sollte das KIS so angepasst werden, dass es automatisch darauf hinweist, wenn die Einwilligung noch nicht vorliegt, aber eine Übermittlung vorbereitet wird.
- Die eigentlichen Übermittlungen müssen nicht elektronisch erfolgen, auf keinen Fall dürfen aber ungesicherte elektronische Übertragungswege verwendet werden. So ist die elektronische Übermittlung u. a. des Entlassbriefes nur dann zulässig, wenn diese entsprechend den BSI-Anforderungen sicher verschlüsselt ist, so dass nur der Empfänger die Entschlüsselung vornehmen kann.

§ 3 – Entlassmanagement

- 6)** *Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse, bei Bedarf zur Pflegekasse auf. Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs in den Bereichen Pflege (z. B. bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur Einbeziehung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI), Häusliche Krankenpflege (auch außerklinische intensivpflegerische Versorgung) und Haushaltshilfe, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, häusliche Versorgung sowie bei genehmigungspflichtigen Leistungen der erforderlichen Anschlussversorgung und im Rahmen der Übergangsvorsorgung (Kurzzeitpflege) der Fall sein. Das Krankenhaus nimmt den Kontakt zur Krankenkasse bzw. Pflegekasse bei genehmigungspflichtigen Leistungen noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers auf. Durch die patientenbezogene Abstimmung in den genannten Bereichen leitet die Krankenkasse bzw. die Pflegekasse das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren umgehend ein und nimmt ihre Beratungspflicht gegenüber dem Patienten wahr.*

Hinweise zu § 3 Abs. 6:

- In diesem Absatz des Rahmenvertrages wird festgelegt, dass bei genehmigungspflichtigen Leistungen die Kranken-/Pflegekasse vor dem Kontakt mit den Leistungserbringern frühzeitig einzubinden ist. Beispielhaft sind hier zu nennen der Antrag auf Rehabilitation oder die Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. ein Antrag auf Höhergruppierung. Der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme(n) mit der Kranken-/Pflegekasse sowie deren Rückmeldungen sollten unbedingt dokumentiert werden (z. B. im Entlassplan). Im Falle einer ausbleibenden Rückmeldung sollte von Seiten des Krankenhauses nachgefragt werden. Auch dies ist zu dokumentieren.

§ 3 – Entlassmanagement

- 7) *Am Tag der Entlassung erhält der Patient und mit dessen Einwilligung der die Anschlussversorgung durchführende Arzt einen Entlassbrief, mindestens jedoch einen vorläufigen Entlassbrief gemäß § 9 dieses Rahmenvertrages. Zusätzlich ist verpflichtend eine Rufnummer eines zuständigen Ansprechpartners für Rückfragen der weiterbehandelnden Leistungserbringer anzugeben. Unter dieser Rufnummer muss zumindest Montag bis Freitag in der Zeit von 09:00 bis 19:00 Uhr, Samstag von 10:00 bis 14:00 Uhr und Sonntag von 10:00 bis 14:00 Uhr ein für das Entlassmanagement des Krankenhauses zuständiger Ansprechpartner für Rückfragen zur Verfügung stehen. Sofern die Anschlussversorgung nicht durch den einweisenden Arzt durchgeführt wird, erhält dieser mit Einwilligung des Patienten ebenfalls den Entlassbrief. Die weiterversorgenden pflegerischen Leistungserbringer erhalten aufgrund der Einwilligung des Patienten die erforderlichen Informationen zur weiteren pflegerischen Versorgung.*

Hinweise zu § 3 Abs. 7:

- Am Entlassungstag erhält der Patient den (vorläufigen) Entlassbrief (Mindestinhalte siehe § 9 der Umsetzungshinweise). Hat er sein Einverständnis erklärt, darf der Entlassbrief auch den weiterbehandelnden Arzt weitergegeben werden.
- Darüber hinaus wird in dieser Regelung festgelegt, dass ein Ansprechpartner bei Rückfragen zur Verfügung stehen muss. Die Erreichbarkeit des Ansprechpartners in der Zeit von
 - Montag bis Freitag in der Zeit von 09:00 bis 19:00 Uhr,
 - Samstag von 10:00 bis 14:00 Uhr
 - Sonntag von 10:00 bis 14:00 Uhr

muss sichergestellt sein. Die Benennung des zuständigen Ansprechpartners obliegt der Organisationshoheit des Krankenhauses.

- Im Falle einer notwendigen pflegerischen Weiterversorgung sind die erforderlichen Informationen an die Leistungserbringer weiterzuleiten (z. B. Pflegeüberleitungsbogen).

Hinweise aus Sicht der IT:

- Wie schon erwähnt kann der Entlassbrief und damit auch der vorläufige Entlassbrief elektronisch sein, dann ersetzt der Versand an den Hausarzt und / oder den nachbehandelnden Facharzt die Mitgabe des Papierbriefes.
- Die Änderungen zum Entlassmanagement sollten zum Anlass genommen werden, zu prüfen, wie der Erstellungsprozess der Entlassbriefe durch das KIS unterstützt werden kann, um die Fristen einzuhalten.
- Im Kontext einer Erreichbarkeit eines Ansprechpartners, insbesondere am Wochenende, ist eine Integration zumindest des Entlassplans und des Entlassbriefs in das KIS anzustreben. Hiermit werden dem zuständigen Ansprechpartner des Krankenhauses notwendige Informationen zum patientenindividuellen Entlassmanagement gegeben. Siehe hierzu § 3 Abs. 2.

§ 3 – Entlassmanagement

- 8)** *Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit. Der Patient ist über das Erfordernis der rechtzeitigen Inanspruchnahme der verordneten Leistungen zu informieren.“*

Hinweise zu § 3 Abs. 8:

- Siehe hierzu Anlage I (Umsetzungshinweise Verordnungswesen im Entlassmanagement).

§ 4 – Veranlasste Leistungen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V

- 1)** *„Das Ordnungsrecht nach § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V ist auf die Erfordernisse des Entlassmanagements eingeschränkt. Hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. § 73 Abs. 8 SGB V gilt entsprechend.*
- 2)** *Die im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Leistungen unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V. Für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit gilt § 113 Abs. 4 SGB V.*
- 3)** *Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanage-*

ments die Verordnung von Arzneimitteln in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung sowie von Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen, wobei die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden sind. Bei der Verordnung von Arzneimitteln sind insbesondere auch die Vorschriften des § 11Sc SGB V und Verträge nach §§ 130a Abs. 8, 130b und 130c SGB V zu beachten. Bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln gelten die Regelungen zu den Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen nach § 84 SGB V entsprechend.

- 4) Das Krankenhaus gewährleistet, dass der Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements die erforderlichen Verordnungen von veranlassten Leistungen und Medikamenten vollständig und korrekt vornimmt. **Das Verordnungsrecht kann durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung ausgeübt werden.**
- 5) Bei der Mitgabe von Arzneimitteln gelten die Regelungen des § 14 Abs. 7 ApoG, zu deren Anwendung im Entlassmanagement das Nähere die Arzneimittel-Richtlinie regelt. Die Abgabe der vom Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Arzneimittel erfolgt in öffentlichen Apotheken. Der Patient hat das Recht der freien Apothekenwahl gemäß § 31 Abs. 1 S. 5 SGB V.
- 6) Bei allen verordneten Leistungen ist das Recht des Patienten auf freie Wahl des Leistungserbringers sowie § 128 SGB V zu beachten, es sei denn, anderweitige gesetzliche Regelungen stehen dem entgegen (z. B. § 124 SGB V, § 127 SGB V). Der Patient ist ausdrücklich auf das Recht der freien Wahl des Leistungserbringers hinzuweisen. Eine Bevorzugung eines Anbieters ist nicht statthaft. Vereinbarungen oder Absprachen zwischen Krankenhäusern und Apotheken oder sonstigen Leistungserbringern veranlasster Leistungen, die auf eine Zuweisung von Patienten abzielen, sind unzulässig.
- 7) Da das Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1a S. 1 SGB V dem Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung dient, ist die Verordnung von Krankenhausbehandlung im Rahmen des Entlassmanagements ausgeschlossen.
- 8) Die DKG informiert in geeigneter Weise über die bei der Verordnung von Leistungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V zu beachtenden Bestimmungen; dies gilt insbesondere für die Arznei- und Betäubungsmittelverschreibungsverordnungen.“

Hinweise zu § 4:

- Siehe hierzu Anlage I (Umsetzungshinweise Verordnungswesen im Entlassmanagement).

Hinweise aus Sicht der IT:

- Für die Verordnungen müssen entsprechende Vordrucke verwendet werden, die speziell für das Entlassmanagement markiert sind. Zusätzlich ist auf dem Muster 16 noch die entsprechende Betriebsstättennummer (BSNR) mit aufgedruckt. Daher wird es notwendig sein, ein entsprechendes Formularmanagement einzuführen, damit nicht die Vordrucke aus dem Bereich der Ambulanzen mit denen des Entlassmanagements verwechselt werden können. Da die Verordnungen die Unterschrift der verordnenden Person benötigen und dann an den Patienten weitergegeben werden, müssen die Vordrucke normalerweise in räumlicher Nähe dieser Personen erstellt werden – dies widerspricht einer zentralen Aufstellung, die aus Sicht des Formularmanagements wünschenswert wäre. Hier muss jedes Krankenhaus individuell ein Konzept entwickeln, das auch evtl. notwendige bauliche Maßnahmen zur Bereitstellung des notwendigen Platzes für Drucker und Formularschränken umfasst.
- Es gilt zu beachten, dass einige der Vordrucke aus Durchschlagpapier bestehen und nur mit Nadeldruckern zu bedrucken sind.
- Da auch auf die Anlage 2a zum Rahmenvertrag verwiesen wird, ist auch das Blankodruckverfahren erlaubt. Dieses muss aber nicht von allen Softwareanbietern bereitgestellt werden. Bei diesem Verfahren muss ein spezielles Sicherheitspapier verwendet werden, das genauso wie die Vordrucke vor Diebstahl zu sichern ist. Eine Bedruckung von normalem Papier ist ausgeschlossen. Das Muster 16 darf nicht im Blankodruckverfahren verwendet werden, benötigt aber auch keinen Nadeldrucker zur Erstellung.

§ 5 – Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

- 2) *Bei der Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit sind die für das Entlassmanagement in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) getroffenen Regelungen in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.*
- 3) *Bei der Feststellung und Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit ist das Muster 1 gemäß Anlage 2/2a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) in der jeweils gültigen Fassung zu verwenden.“*

Hinweise zu § 5 Abs. 2 und 3:

- Siehe Anlage I (Umsetzungshinweise Verordnungswesen im Entlassmanagement).

Hinweise aus Sicht der IT:

- Die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit (AU) ist im Normalfall ein Formular mit 4 Durchschlägen und nur auf einem Nadeldrucker zu erstellen. Dies setzt sowohl ein entsprechendes Formularmanagement, als auch die Verfügbarkeit und Wartung von Druckern in den entlassenden Abteilungen voraus. Die Bedruckung ist auch, nach Anlage 2a des Rahmenvertrages, als Blankodruck erlaubt, wenn dies die entsprechende Software unterstützt. Dafür muss das zu verwendende Sicherheitspapier ebenfalls gelagert und gesichert werden. Ein Blankodruck auf normalem Papier ist ausgeschlossen.

§ 6 – Vordrucke

- 1) *Für die Verordnung der Leistungen gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V und die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V gelten Anlage 2/2a des BMV-Ä sowie die dazugehörigen und mit der Sonderkennzeichnung „Entlassmanagement“ versehenen Muster 1, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 26, 27 und 28 der Anlage 2/2a des BMV-Ä sowie die diesbezüglichen Vordruckerläuterungen und die technische Anlage zur Anlage 4a des BMV-Ä. Für die Sonderkennzeichnung im Rahmen der Herstellung der Vordrucke gelten die in der Technischen Anlage zu diesem Rahmenvertrag (Anlage 2 festgelegten Vorgaben. Für die Verschreibung von Betäubungsmitteln gelten die §§ 9 und 15 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung und für die Verschreibung von Arzneimitteln mit teratogener Wirkung § 3a der Arzneimittelverschreibungsverordnung. Für die Befüllung des Feldes „Vertragsarztstempel“ auf den Vordrucken gelten die Vereinbarungen der Landesebene des vertragsärztlichen Bereichs.*
- 2) *Die Weitergabe von Vordrucken an Nichtvertragsärzte ist unstatthaft. Satz 1 gilt nicht für die Weitergabe von Vordrucken nach Absatz 1 an Ärzte im Krankenhaus („Nichtvertragsärzte“), die im Rahmen von § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V tätig werden.*
- 3) *Das Tagesdatum (Feld „Datum“ an Stelle 22 - 29 in Zeile 7 des Personalienfeldes) ist das Ausfertigungsdatum. Die Ausfertigung muss am Entlasstag erfolgen. Ist für die Versorgung mit einem Hilfsmittel im häuslichen Bereich die besondere Expertise oder Umgebung des Krankenhauses erforderlich (zum Beispiel bei der Versorgung mit einem Heimbeatmungsgerät, auf die der Versicherte im Krankenhaus eingestellt wird), kann die Ausfertigung bereits vor dem Entlasstag erfolgen.*
- 4) *Für das Entlassmanagement erhält das Krankenhaus auf Antrag von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine versorgungsspezifische Betriebsstättennummer gemäß § 6 Abs.3 der jeweils aktuellen Fassung der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern, soweit dem Krankenhaus eine solche noch nicht zugeteilt wurde. Die Betriebsstättennummer nach Satz 1 ist durch das zuständige Krankenhaus bei der Verordnung von Leistungen und Arzneimitteln nach diesem Rahmenvertrag zu verwenden. Die Betriebsstättennummer muss die eindeutige Zuordnung der nach § 4 genannten Leistungen zum Ort der Veranlassung gewährleisten.*

- 5) *Bis zur Einführung einer Krankenhausarzt Nummer im SGB V verwenden Krankenhäuser auf den Verordnungsmustern nach Absatz 1 im Feld „Arzt-Nr.“ eine 9-stellige Fachgruppennummer. Die Fachgruppennummer stellt sich wie folgt dar:*
- Stellen 1-7: Pseudo-Arzt Nummer „4444444“
 - Stellen 8 und 9: Fachgruppencode gemäß Anlage 3 zur Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV) in ihrer jeweils gültigen Fassung.
- 6) *Die Verordnungen und Bescheinigungen nach Absatz 1 sind im Rahmen der Bedruckung gesondert zu kennzeichnen. Hierzu ist in die Formulare das einstellige Kennzeichen „4“ an der 30. Stelle der Zeile 6 des Personalienfeldes gemäß des in der Technischen Anlage (Anlage 2) abgebildeten Musterbeispiels für die Bedruckung einzutragen. In den Verordnungen und Bescheinigungen nach Absatz 1 Satz 1 ist in dem Feld „Betriebsstätten-Nr.“ die versorgungsspezifische Betriebsstättennummer (BSNR) des Krankenhauses nach Absatz 4 Satz 1 auf die Vordrucke aufzutragen.*
- In dem Feld „Arzt-Nr.“ ist ~~die lebenslange Arzt Nummer~~ das Kennzeichen gemäß Absatz 5 (LANR) aufzutragen. Im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Abs. 1a SGB V dürfen nur Arzneiverordnungsblätter (Muster 16) verwendet werden, bei denen in der Codierleiste die versorgungsspezifische Betriebsstättennummer des Krankenhauses nach Absatz 4 Satz 1 eingedruckt ist.*
- 7) *Es gelten die technischen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Bedruckung. Das Nähere zur **Zertifizierung Zulassung** der Software zur Bedruckung regelt die DKG.*
- 8) *Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen beauftragen die Druckereien, den Krankenhäusern Formulare bereitzustellen. Das Nähere zur Bereitstellung regeln die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen und die Landeskrankenhausesgesellschaften mit den Druckereien. Die Bereitstellung der Formulare erfolgt durch die Druckereien auf Bestellung durch die Krankenhäuser. Die Kosten für die Vordrucke werden von den Krankenkassen getragen. Die Kosten für den Versand der Vordrucke werden durch die Krankenhäuser getragen.“*

Hinweise zu § 6:

- Siehe Anlage I (Umsetzungshinweise Verordnungswesen im Entlassmanagement)

Hinweise aus Sicht der IT:

- Es muss eine zugelassene Software eingesetzt werden, die automatisch prüft, dass die gesetzlichen Regelungen eingehalten werden und die abweichende Bedruckung des Versichertenstatus vornimmt. Dazu gehört auch, dass als Verordnungsdatum immer nur das aktuelle Datum gewählt werden kann. Das Zulassungsverfahren regelt die DKG und diese hat dazu schon Kontakt mit den Softwareherstellern aufgenommen, um ein möglichst effizientes Verfahren zu etablieren.

- In der überarbeiteten Fassung der Rahmenvereinbarung kann bis zur Einführung der Krankenhausarzt Nummer eine Pseudonummer verwendet werden. Diese besteht in den ersten Ziffern aus „4444444“ und es folgt der Fachgruppencode des entsprechenden Arztes. Daher bietet es sich an, im KIS schon jetzt die Krankenhausarzt Nummer einzuführen und bis zum Beginn der Vergabe dieser Nummern, dort die entsprechend gebildete Pseudoarzt Nummer abzulegen. Dabei muss auf jeden Fall berücksichtigt werden, dass Ärzte, die auf Grund einer persönlichen Ermächtigung eine LANR verwenden, dies auch weiterhin tun können. Längerfristig werden LANR und KANR sich gegenseitig ersetzen können, so dass eine persönlich ermächtigte Ärztin ihre KANR auch für die ambulante Abrechnung verwenden kann. Dies vorwegnehmend könnte bei Ärzten, die schon eine LANR führen, auch diese in die Rezepte des Entlassmanagements eingedruckt werden.
- Die Betriebsstättennummer wird als sogenannte versorgungsspezifische Betriebsstättennummer von den KVen an das Krankenhaus vergeben. Hierbei bedeutet „versorgungsspezifisch“, dass es sich um eine BSNR für die stationäre Versorgung handelt. Eine schon vorhandene BSNR kann weiterverwendet werden und es muss nicht nochmals eine BSNR beantragt werden. Die BSNR wird auch bei den Bestellungen der Vordrucke verwendet und in das Muster 16 von den Druckereien fest eingedruckt.
- Für die Eindruckung des Vertragsarztstempels gelten die jeweils regionalen Vorgaben, so dass die Vereinbarung keinen Einfluss auf deren Auslegung nehmen kann. Aus Sicht der DKG sollte diese Regelung so umgesetzt werden, dass in den Vertragsarztstempel immer die Inhalte der Felder Arzt Nummer und BSNR aus dem Personalisierungsblock verwendet werden sollten – also auch die Pseudoarzt Nummer. Ebenso sollten keine unterschiedlichen BSNR verwendet werden.
- Die folgenden Vordrucke können verwendet werden:
- Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung - vierteiligen Formularsatz mit Kopfleimung aus selbstdurchschreibendem Papier (A5)
- Muster 8: Sehhilfenverordnung (A5 hoch)
- Muster 12: Verordnung häuslicher Krankenpflege - vierteiligen Formularsatz mit Kopfleimung aus selbstdurchschreibendem Papier (A4 hoch)
- Muster 13: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Physikalischen Therapie/Podologischen Therapie) (A5 hoch)
- Muster 14: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) (A4 hoch)
- Muster 15: Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe (A4 hoch)
- Muster 16: Arzneiverordnungsblatt (A6 quer)
- Muster 18: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie) (A5 hoch)
- Muster 26: Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V - dreiteiliger Formularsatz mit Kopfleimung aus selbstdurchschreibendem Papier (A4 hoch)
- Muster 27: Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V -dreiteiliger Formularsatz mit Kopfleimung aus selbstdurchschreibendem Papier (A4 hoch)
- Muster 28: Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie - dreiteiliger Formularsatz mit Kopfleimung aus selbstdurchschreibendem Papier (A4 hoch)
- Die Vordrucke oder das Sicherheitspapier sind von den Druckereien zu beziehen, die Kontaktdaten der Druckereien sind identisch zu denen für die ambulanten Verfahren. Da die Versandkosten zu tragen sind, ist das Bestellen von Kleinstmengen ungünstig, was wiederum dazu führen könnte, dass ein Lagerungskonzept ausgearbeitet werden muss.

§ 7 – Information und Beratung des Patienten

- 1) *Das Krankenhaus informiert den Patienten vor dem Assessment gemäß § 3 schriftlich über Inhalte und Ziele des Entlassmanagements und holt, **sofern erforderlich**, die schriftliche Einwilligung des Patienten für die Durchführung des Entlassmanagements ein. Zur Durchführung des Entlassmanagements gehört die Unterstützung durch die Krankenkasse. Für die Information und Einwilligung des Patienten in das Entlassmanagement sind die bundeseinheitlichen Formulare (Anlage 1a und 1b) zu verwenden. Diese enthalten auch Regelungen für die Einwilligung in die Datenübermittlung vom Krankenhaus an die Krankenkasse und Widerrufsregelungen. Bei Patienten, für die ein gerichtlicher Betreuer bestellt ist oder die durch einen Personensorgeberechtigten vertreten werden, ist der Betreuer oder der Personensorgeberechtigte zu informieren und dessen Einwilligung schriftlich einzuholen.*

Hinweise zu § 7 Abs. 1:

- Die Information des Patienten (Anlage 1a des Rahmenvertrages) und die Einwilligung des Patienten (Anlage 1b des Rahmenvertrages) sind zwingend zu dokumentieren, ebenso eine ggfs. notwendige Information zu Betreuer/Personensorgeberechtigten.
- Den Krankenhäusern wird nahe gelegt dem Patienten eine Durchschrift/Kopie der Anlagen 1a, 1b des Rahmenvertrages zu überlassen.
- Zur Frage der Einholung nach Anlage 1b des Rahmenvertrages siehe die konkretisierenden Ausführungen zu § 3 Abs. 4 der Umsetzungshinweise.

Hinweise aus Sicht der IT:

- Es wäre günstig, diese Dokumentationen elektronisch in der Patientenakte vorzunehmen. Falls die Einwilligungen digital archiviert werden sollen, sind die entsprechenden Rechtsvorschriften (vgl. Die Dokumentation der Krankenhausbehandlung – Hinweise zu Durchführung, Archivierung und zum Datenschutz, Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft, 5 Aufl. 2015) zu beachten, da das Krankenhaus nachweisen muss, dass die Einwilligungen vorlagen.

§ 7 – Information und Beratung des Patienten

- 2) *Besteht die Notwendigkeit einer Anschlussversorgung, informiert das Krankenhaus den Patienten über die seinem Krankheitsbild entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen für die Anschlussversorgung. Soweit das Erfordernis besteht, nimmt das Krankenhaus zusätzlich Kontakt zur Krankenkasse bzw. Pflegekasse auf, damit diese gemeinsam mit dem Krankenhaus das Entlassmanagement organisiert.*

Hinweise zu § 7 Abs. 2:

- Die Art und Weise der Informationen über die entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten kann durch das Krankenhaus bestimmt werden. In jedem Fall ist die Information sowie bei Erforderlichkeit die Kontaktaufnahme mit den Kranken-/Pflegekassen zu dokumentieren.

Hinweise aus Sicht der IT:

- Auch bei diesen Kommunikationen sind keine Verfahren vorgeschrieben und elektronische Wege möglich. Bei Nutzung von Drittanbietern ist eine hinreichende Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Aspekte (insbesondere Verschlüsselung) zu beachten.

§ 7 – Information und Beratung des Patienten

- 3)** *Handelt es sich bei der notwendigen Anschlussversorgung um genehmigungspflichtige Leistungen, stellt das Krankenhaus dem Patienten die notwendigen Antragsunterlagen zur Verfügung, unterstützt den Patienten bei der Antragstellung und ggfls. der Weiterleitung an die Krankenkasse bzw. Pflegekasse. Für über § 4 hinausgehende genehmigungspflichtige Leistungen stellen die Krankenkassen auf Anfrage die Antragsunterlagen zur Verfügung. Wird der Patient mit einer Medikation entlassen, erhält er einen Medikationsplan. Dieser soll entsprechend der Vorgaben des § 31a SGB V erstellt werden. Der Medikationsplan ersetzt nicht die im Rahmen des Entlassmanagements gemäß Arzneimittel -Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses notwendige Information des weiterbehandelnden Arztes. Die Krankenkassen beabsichtigen, bundeseinheitliche Antragsformulare für die Beantragung von Anschlussrehabilitation (AR) zur Verfügung zu stellen.*

Anmerkungen zu § 7 Abs. 3:

Hinweise aus Sicht der IT:

- Entgegen dem Wunsch der DKG hat der Gesetzgeber im E-Health-Gesetz keine Möglichkeit geschaffen, dass die Krankenhäuser die Erstellung oder das Einlesen eines Medikationsplans nach §31a SGB V erstattet bekommen. Daher ist die Erstellung des Medikationsplans mit einer entsprechenden Software auch nur eine „Soll“-Bestimmung – dies muss nicht umgesetzt werden. Auf der anderen Seite ist aber die Anschaffung eines solchen Softwaremoduls zu empfehlen, da mit dem Einlesen eines Medikationsplans, der im Rahmen der Aufnahme vorgelegt wird, die Medikationsanamnese unterstützt werden kann und Übermittlungs- oder Erinnerungsfehler vermieden werden können.

- Bei der Beschaffung eines entsprechenden Moduls sollte darauf geachtet werden, dass auch die Lesegeräte für den Barcode vorhanden sind oder mitbeschafft werden.
- Explizit wird hier von den Krankenhäusern mehr gefordert, als von den Vertragsärzten, die einen solchen Plan nur erstellen müssen, wenn mindestens drei Medikamente verordnet sind. Immer wenn ein Rezept ausgestellt oder ein Medikament mitgegeben wird, ist ein Medikationsplan zu erstellen.

§ 8 – Kommunikation mit den Leistungserbringern der Anschlussversorgung

- 1) *„Das Krankenhaus stellt den Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung des Patienten beteiligten Leistungserbringern sicher.*

Hinweise zu § 8 Abs. 1:

- Es wird empfohlen den Informationsaustausch entsprechend zu dokumentieren, um bei Erfordernis den Nachweis führen zu können (bezüglich der Vorrangigkeit der Kranken-/Pflegekassen siehe § 3 Abs. 6 der Umsetzungshinweise).

§ 8 – Kommunikation mit den Leistungserbringern der Anschlussversorgung

- 2) *Bei durch den Krankenhausaufenthalt unterbrochenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder Pflegesachleistungen ist der Pflegedienst oder die stationäre Pflegeeinrichtung des Patienten über den Termin der bevorstehenden Entlassung des Patienten zu informieren. Bezieht der Patient vor der Krankenhauseinweisung Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder Pflegesachleistungen, informiert der einweisende Arzt soweit möglich das Krankenhaus bei der Aufnahme im Rahmen der mitgegebenen Unterlagen (z. B. Überleitungsbrief, Medikationsplan, bisherige Angaben zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege, Angaben zu Pflegestufe/Pflegegrad) über die Versorgung des Patienten.*

Hinweise zu § 8 Abs. 2:

- Es wird empfohlen entsprechend zu dokumentieren, um bei Erfordernis den Nachweis führen zu können. Die Einweiser sollten auf ihre Mitwirkungspflichten hingewiesen und idealerweise standardisierte Prozesse auf der Landesebene abgestimmt werden.

Hinweise aus Sicht der IT:

- Auch hier ist eine elektronische Übermittlung nicht gefordert und schwierig, da z. B. die Pflegekassen nicht in den normalen Prozess eingebunden sind und daher auch den Patienten nicht um eine Einwilligung zur Datenübermittlung an das Krankenhaus bitten können.

§ 8 – Kommunikation mit den Leistungserbringern der Anschlussversorgung

- 3)** *Das Krankenhaus führt bei Bedarf rechtzeitig vor der Entlassung das Gespräch mit dem weiterbehandelnden Arzt.*

Hinweise zu § 8 Abs. 3:

- Eine Dokumentation sollte auch bei Nicht-Erreichbarkeit des weiterbehandelnden Arztes unbedingt erfolgen.

Hinweise aus Sicht der IT:

- Wie bereits beschrieben sollte der Entlassplan in Teilen als Journal gestaltet sein, um auch wiederkehrende gescheiterte Kommunikationsversuche nachweisen zu können.

§ 8 – Kommunikation mit den Leistungserbringern der Anschlussversorgung

- 4)** *Für Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf soll ein zeitnaher Termin bei einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt vereinbart werden.“*

Hinweise zu § 8 Abs. 4:

- Es wird empfohlen die Kommunikation mit dem Weiterbehandler entsprechend zu dokumentieren (auch bei fehlgeschlagener Terminvergabe), um bei Erfordernis den Nachweis führen zu können.

§ 9 – Dokumentation an die weiterbehandelnden Ärzte

- 1) *Der Entlassbrief ist zwingender Bestandteil des Entlassmanagements. Er ist zum Zeitpunkt der Entlassung dem Patienten auszuhändigen. Bei stationärer Anschlussheilbehandlung oder stationärer Pflege ist der Entlassbrief mit Einwilligung des Patienten sowohl der stationären Einrichtung als auch dem Hausarzt bzw. dem einweisenden/weiterbehandelnden Vertragsarzt zu übermitteln.*

Hinweise zu § 9 Abs. 1:

- Nur, wenn der Patient in die Weitergabe des Entlassbriefs eingewilligt hat (Formular I b des Rahmenvertrages), kann der Brief entsprechend weitergeleitet werden.

§ 9 – Dokumentation an die weiterbehandelnden Ärzte

- 2) *Ist zum Zeitpunkt der Entlassung die Mitgabe eines endgültigen Entlassbriefes nicht möglich, muss mindestens ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden, in dem alle getroffenen Maßnahmen und Verordnungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 sowie Beurteilungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V erfasst sind.*
- 3) *Der Entlassbrief enthält alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen. Diese sind mindestens:*
 - *Patientenstammdaten, Aufnahme- und Entlassdatum*
 - *Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen*
 - o *Kennzeichnung „vorläufiger“ oder „endgültiger“ Entlassbrief*
 - o *Grund der Einweisung*
 - o *Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger*
 - o *Entlassungsbefund*
 - o *Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren)*
 - o *Weiteres Prozedere/Empfehlungen*
 - o *Arzneimittel (unter ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von § 115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen Darreichungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) und der Medikationsplan*
 - o *§ 8 Abs. 3a Arzneimittel-Richtlinie ist zu beachten; Information über mitgegebene Arzneimittel*
 - o *Alle veranlassten Verordnungen (inklusive nach § 92 Abs. 1 S. 6 SGB V) und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit*
 - o *Nachfolgende Versorgungseinrichtung Mitgegebene Befunde*

Hinweise zu § 9 Abs. 2 und 3:

- Der **vorläufige** Entlassbrief muss all die Inhalte beinhalten, die für eine lückenlose Anschlussversorgung bis zum Erhalt des endgültigen Entlassbriefes erforderlich sind.
- Der **endgültige** Entlassbrief muss die in § 9 Abs. 3 genannten Mindestinhalte beinhalten.

Hinweise aus Sicht der IT:

- Wenn standardisierte elektronische Entlassbriefe eingesetzt werden, müssen die entsprechenden Prozesse und Vorlagen angepasst werden und die evtl. an der Gestaltung beteiligten Gremien und Personen unterrichtet werden.
- Wenn Informationen aus der oben genannten Liste dem Krankenhaus nicht bekannt sind, z. B. der Grund der Einweisung (weil es keine Einweisung gab) oder die nachbehandelnde Einrichtung (weil der Patient diese nicht angibt oder eine Nachbehandlung nicht notwendig ist), müssen diese Informationen nicht angegeben werden.

§ 10 – Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse und die Pflegekasse

- 1) *„Die Krankenkasse und die Pflegekasse unterstützt die Durchführung des Entlassmanagements des Krankenhauses nach § 3 in geeigneter Weise, beispielsweise durch die regelhafte Bereitstellung von Informationen zu Versorgungsstrukturen. Aufgabe der Krankenkasse ist es, gemeinsam mit dem Krankenhaus rechtzeitig vor der Entlassung die für die Umsetzung des Entlassplans erforderliche Versorgung zu organisieren, etwa die notwendigen Leistungserbringer zu kontaktieren (z. B. Vertragsärzte, Reha- Einrichtungen, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen) und für deren zeitgerechten Einsatz zu sorgen.*
- 2) *Bei individuellem Erfordernis unterstützt die Krankenkasse und die Pflegekasse die Umsetzung des Entlassmanagements patientenbezogen, z. B. durch die Pflegeberater nach § 7a SGB XI oder durch die Bereitstellung von Informationen zu Leistungserbringern.*
- 3) *Hat das Krankenhaus gemäß § 3 Absätze 5 und 6 die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse über das Erfordernis einer genehmigungspflichtigen Anschlussversorgung informiert und die notwendigen Antragsunterlagen übermittelt, stellt die Krankenkasse bzw. Pflegekasse die Antragsprüfung sicher und informiert den Patienten und das Krankenhaus unverzüglich über die getroffene Entscheidung.*
- 4) *Die Krankenkasse stellt zu ihren Geschäftszeiten die telefonische Erreichbarkeit eines für die Unterstützung des Entlassmanagements verantwortlichen Ansprechpartners sicher.“*

Hinweise zu § 10:

- In dieser Regelung werden die anlassbezogenen Unterstützungsmöglichkeiten der Kranken- und Pflegekassen genannt (Aushändigen von Informationsmaterial, Beratung durch Pflegeberater nach § 7a SGB XI).
- Die Kranken-/Pflegekassen sichern eine umgehende Antragsprüfung zu und informiert Patient und Krankenhaus unverzüglich (siehe § 3 Abs. 6 des Rahmenvertrages).

§ 11 – Verträge auf Landesebene

„Die in diesem Vertrag getroffenen Regelungen sind bundesweit verbindlich. Die Vertragspartner nach § 115 Abs. 1 SGB V stellen beim Abschluss von Verträgen nach § 115 Abs. 2 S. 1 Nr. 6 SGB V sicher, dass ergänzende Regelungen dem Sinn und Zweck des Rahmenvertrages entsprechen.“

Hinweise zu § 11:

- Diese Regelung stellt klar, dass bestehende Verträge nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V den Regelungen des Rahmenvertrages nicht widersprechen, sondern sie allenfalls ergänzen oder konkretisieren dürfen. Gleiches gilt beim Neuabschluss von Verträgen nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V.
- Eine Regelung zum Verhältnis des Rahmenvertrages zu Landesverträgen nach § 112 Abs. 2 SGB V wurde zwar nicht getroffen. Dennoch dürfte auch diesbezüglich der im voranstehenden Spiegelstrich formulierte Grundsatz gelten.
- Etwaige Regelungen zum Entlassmanagement in Richtlinien des G-BA oder Leitlinien von Fachgesellschaften bleiben jedoch unberührt.

§ 12 - Inkrafttreten, Kündigung

- 1) *Dieser Rahmenvertrag tritt zum **01.10.2017** in Kraft. Er kann mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden.*
- 2) *Die Vertragspartner verpflichten sich, im Fall einer Kündigung die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung unverzüglich aufzunehmen. Falls innerhalb von sechs Monaten nach Wirksamkeit der Kündigung keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet das gemäß § 118a Abs. 2 S. 2 SGB V erweiterte Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 SGB V. Bis zur Neuvereinbarung oder Festsetzung durch das Bundesschiedsamt gilt der bisherige Rahmenvertrag fort.“*

Hinweise zu § 12:

Keine Hinweise erforderlich.

§ 13 – Salvatorische Klausel

„Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Vereinbarung im Übrigen dennoch gültig. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen haben die Parteien eine solche Ersatzregelung zu vereinbaren, die dem ursprünglichen Regelungsziel möglichst nahekommt.“

Hinweise zu § 13:

- *Diese Regelung legt fest, dass die Vereinbarung gültig bleibt, auch wenn Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam werden.*