

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 incl. der Änderungen durch das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TVSG) mit Wirkung zum 11.05.2019 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. Das Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlich sind, insbesondere die Leistungen nach den §§ 37b, 38, 39c sowie alle dafür erforderlichen Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch. 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 und 12 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, 7 und 12 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 Krankenhäuser 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 Ordnungsrechts durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde von diesem in den betreffenden Richtlinien bereits umgesetzt.

Der Rahmenvertrag ist am 01.10.2017 in Kraft getreten. Die vertraglichen Regelungen greifen in die Strukturen und Prozesse der Krankenhäuser ein, so dass die DKG die nachfolgenden Umsetzungshinweise erarbeitet hat.

Durch das TVSG wurde § 39 Absatz 1a erweitert, indem nun auch die Leistungen nach §§ 37b (SAPV), 38 (Haushaltshilfe), 39c (Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit) sowie alle dafür erforderlichen Leistungen aus dem Elften Sozialgesetzbuch umfasst sind.

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!

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Geltungsbereich	5
§ 2 Zielsetzung	7
§ 3 Entlassmanagement	8
§ 4 Veranlasste Leistungen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V.....	17
§ 5 Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit	19
§ 6 Vordrucke	20
§ 7 Information und Beratung des Patienten	24
§ 8 Kommunikation mit den Leistungserbringern der Anschlussversorgung	28
§ 9 Dokumentation an die weiterbehandelnden Ärzte	29
§ 10 Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse und die Pflegekasse.....	31
§ 11 Verträge auf Landesebene	32
§ 12 Inkrafttreten, Kündigung	32
§ 13 Salvatorische Klausel	33

Anlage 1: Hinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Verordnungswesen 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 Patienten¹ aus voll- und teilstationären Behandlungen sowie im unmittelbaren Anschluss an die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung gemäß (§ 115d SGB V). ein Abschluss einer **nach**stationären Behandlung nach § 115a SGB V wird kein Entlassmanagement mehr durchgeführt, da die Entlassung bereits vor Beginn der nachstationären Behandlung erfolgt ist.
- Das Entlassmanagement ist überdies bei Patienten anzuwenden, die Leistungen zur Frührehabilitation gem. § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V erhalten haben, da es sich hier um eine stationäre Krankenhausbehandlung handelt. Werden hingegen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gem. § 40 SGB V erbracht, ist der Rahmenvertrag **nicht** anzuwenden. Gemäß § 40 Abs. 2 S. 4 SGB V wurde für diesen Bereich ein gesonderter Vertrag unter Beteiligung der für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene verhandelt. Ein bundeseinheitliches Formular für die Anschlussrehabilitation ist mit Abschluss der 2. Änderungsvereinbarung Bestandteil des Rahmenvertrages Entlassmanagement (Anlage 3 und 3b des Rahmenvertrages).
- Bei der belegärztlichen Versorgung kommt das Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V nicht vollständig zur Anwendung. Die maßgeblichen Versorgungsrichtlinien des G-BA regeln ausschließlich Befugnisse des „Krankenhausarztes“. Ein Belegarzt ist jedoch gerade kein Krankenhausarzt, sodass keine Befugnis des Belegarztes zur Vornahme von Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements besteht. Bei entsprechenden Versorgungsnotwendigkeiten der Belegpatienten hat es der Belegarzt selbst in der Hand, diese **nach** der Entlassung mittels einer vertragsärztlicher Verordnung sicherzustellen, allerdings unter Verwendung seiner eigenen Betriebsstättennummer und vertragsärztlichen lebenslangen Arztnummer. Die Zuständigkeit für die restlichen Maßnahmen des Entlassmanagements – außer dem Ordnungswesen – verbleibt hingegen beim Krankenhaus, insbesondere die Anbahnung und die

¹ Das weibliche, das männliche und das dritte Geschlecht sind in dieser Empfehlung gleichgestellt; lediglich aus Gründen der Vereinfachung wurde jeweils nur die männliche Form gewählt.

Sicherstellung der Patientenüberleitung in die nachsorgenden Versorgungsbe-
reiche / -einrichtungen.

- Bei Entbindungsfällen ist hinsichtlich der Geltung des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V zu differenzieren. Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Entbindungsleistungen nach § 24f SBV erbracht werden, stellen keine Krankenhausbehandlung dar. Das Vorliegen einer solchen ist jedoch Voraussetzung für die Anwendbarkeit des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V. Eine entsprechende Verweisungsnorm ist ebenfalls nicht existent, so dass weder die Vorgaben des Rahmenvertrages, noch des § 39 Abs. 1a SGB V für Entbindungen nach § 24f SBV gelten. Allerdings können die betreffenden Patienten subsidiär den Anspruch auf ein Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V erheben, auf dessen Grundlage dann die Entlassung erfolgen kann. Eine Vornahme von Verordnungen ist dann jedoch ausgeschlossen.

Sollte eine Entbindung jedoch zu einer Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit entweder der Mutter oder des neugeborenen Kindes oder beider Personen führen, ist das Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V vollumfänglich anwendbar, einschließlich der Möglichkeit zur Vornahme von Verordnungen.

- Eine Anwendung des Entlassmanagements § 39 Abs. 1a SGB V auf die Behandlung von reinen Privatpatienten, sonstigen Selbstzahlern und Patienten der unfallversicherungsrechtlichen Versorgung (BG-Patienten) nach dem SGB VII scheidet aus. § 39 Abs. 1a SGB V gilt systembedingt nur für GKV-Patienten, auch wenn diese über eine private Zusatzversicherung verfügen. Die GKV-spezifischen Maßnahmen des Entlassmanagements, insbesondere das Verordnungswesen, kommen beim voranstehenden Personenkreis somit nicht zur Anwendung. Diese Patienten könnten sich jedoch nach den gesetzlichen Regelungen zum Behandlungsvertrag auf § 630c BGB berufen, wonach sämtliche Patienten über die „nach der Behandlung zu ergreifenden Maßnahmen“ zu informieren sind. Eine vom Krankenhaus unterstützte Anbahnung und Patientenüberleitung dieser Patienten sollte somit grundsätzlich erfolgen, jedoch kann dies außerhalb der Anforderungen des § 39 Abs. 1a SGB V geschehen. Die datenschutzrechtlichen Anforderungen für eine Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung sowie deren Weiterleitung an Dritte sind einzuhalten.

Zu berücksichtigen ist auch:

- Der Patient (oder 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.

- Die Anlagen 1a und 1b des Rahmenvertrages stehen auch in leichter Sprache zur Verfügung.
- 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 die überwiegende Anzahl der 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

Abs. 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. Eine elektronische Übermittlung von Informationen des Entlassmanagements ist nur insoweit gefordert, wie sie in § 3 Abs. 5 vereinbart ist. Hierzu sieht das § 301-Verfahren die Möglichkeit der Übermittlung einer Information über das Vorliegen einer Einwilligungserklärung oder eines Widerrufs sowie ggf. notwendiger Unterstützungsleistungen durch die Krankenkasse vor.

Abs. 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 Erscheinungsform weiterhin sicherzustellen (vgl. hierzu auch die voranstehenden Hinweise zu § 1).

§ 3

Entlassmanagement

Abs. 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 multiprofessio-

nelle 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.

Internetauftritt der Krankenhäuser:

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

Hinweise aus Sicht der IT:

Es wird davon ausgegangen, dass jedes zugelassene Krankenhaus über einen Internetauftritt verfügt.

Abs. 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-/veranlassungsfähiger 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.
- Das Führen und die Dokumentation des Entlassplans ist immer erforderlich, auch wenn aus dem Assessment resultiert, dass keine Anschlussversorgung erforderlich ist.
- 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.
- Der Entlassplan ist weder dem Patienten noch der Krankenkasse auszuhändigen. Er verbleibt im Krankenhaus bzw. erforderliche Informationen aus dem Entlassplan gehen nur bei Bedarf an die Krankenkasse.

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 speziellen 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 elektronischer 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.

Abs. 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 einheitlichen internen elektronischen Patientenakte für die Primärdokumentation, 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.

Abs. 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 13 – 15 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 verscheiden Versorgungsbereich 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 im Rahmen einer Anschlussversorgung 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.

Abs. 5) *Bei notwendiger Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse sind die Information über das Vorliegen der Einwilligung des Patienten gemäß Anlage 1b und die erforderlichen Informationen aus dem Entlassplan zum frühestmöglichen Zeitpunkt durch das Krankenhaus elektronisch 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 die Information über das Vorliegen des Widerrufs der Krankenkasse unverzüglich elektronisch zu übermitteln; je nach Zeitpunkt des Widerrufs entfällt die Übermittlung ergänzender Informationen aus dem Entlassplan. Das Nähere zur elektronischen Übermittlung regelt die Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V. Die Erklärungen sind unter Beachtung der jeweils geltenden datenschutzrechtlichen Vorgaben aufzubewahren. Auf Verlangen der Krankenkasse ist das Krankenhaus verpflichtet, der Krankenkasse unverzüglich die Einwilligungserklärung des Patienten und sofern diese widerrufen wurde, den Widerruf zu übermitteln.*

Hinweise zu § 3 Abs. 5:

Unterstützung durch die Krankenkasse:

Nach dieser Regelung muss bei Bedarf eine Information über das Vorliegen der Einwilligung des Patienten (Anlage 1b des Rahmenvertrages) so früh wie möglich den Kostenträgern in elektronischer Form zur Verfügung gestellt werden. Ebenso muss die Information über das Vorliegen eines Widerrufs der Einwilligung unverzüglich elektronisch übermittelt werden. Stellt das Krankenhaus erforderlichen Unterstützungsbedarf durch die Krankenkasse im Rahmen des Entlassmanagements fest, sind die Art des Unterstützungsbedarfs anhand der im § 301-Verfahren vereinbarten Ausprägungen (Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 31) und ggf. patientenindividuell relevante Informationen aus dem Entlassplan an die Kranken-/Pflegekasse zu übermitteln. Eine elektronische Übermittlung des Entlassplans ist derzeit nicht vorgesehen. Sollte sich der Zustand des Patienten nach Übermittlung der Unterlagen verändern, informiert das Krankenhaus die Kranken- und Pflegekasse auf elektronischem Weg erneut. Der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme(n) mit der Kranken- / Pflegekasse sowie deren Rückmeldungen sollten unbedingt dokumentiert werden (z. B. im Entlassplan). Eine Verpflichtung des Krankenhauses zur Unterstützungsanforderung bei der Krankenkasse besteht nicht. Anträge auf Kostenübernahmen können ohne vorherige Unterstützungsanforderung beantragt werden.

- Dem Kostenträger muss nicht der vollständige Entlassplan zur Verfügung gestellt werden, sondern nur die Informationen aus dem Entlassplan, die für die Unterstützung durch den Kostenträger erforderlich sind.

Hinweise aus Sicht der IT:

- Falls die Krankenhäuser die Einwilligung nach Anlage 1b zu einem späteren Behandlungszeitpunkt einholen, muss sichergestellt werden, dass vor diesem Zeitpunkt 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 eine Übermittlung vorbereitet wird, aber die Einwilligung noch nicht vorliegt.
- Die Übermittlung von Unterstützungsanforderungen erfolgt elektronisch im Wege der § 301-Datenübermittlung. Die Übermittlung über ungesicherte elektronische Übertragungswege ist unzulässig.
- Liegen im Falle einer Unterstützungsanforderung relevante Informationen aus dem Entlassplan vor, können diese in der Datenübermittlung nach § 301 Abs.3 SGB V zusätzlich zur Art der Unterstützungsanforderung als Freitext angegeben werden.

Abs. 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 Übergangsversorgung (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. Für

die Einholung einer Bewilligung der Kranken-/ Pflegekasse haben sich in der Vergangenheit unterschiedliche Verfahrensabläufe etabliert, welche eine sachgerechte Versorgung der Patienten gewährleistet haben. Die Vorgaben nach § 3 Abs. 6 RahmenV zur Einbindung der Kranken- / Pflegekasse vor dem Kontakt der Krankenhäuser zu den Leistungserbringern haben in der Praxis jedoch oftmals zu einer deutlichen zeitlichen Verzögerung der Genehmigung der betreffenden Leistung geführt und die Versorgung der Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung gefährdet. Um derartige Versorgungsengpässe zu verhindern, sollten die Krankenhäuser mit den Kranken-/Pflegekassen frühzeitig abstimmen, wie die Versorgung des Patienten mit den betreffenden Leistungen zum Zeitpunkt seiner Entlassung sichergestellt werden kann.

Zur Klarstellung haben der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die DKG folgendes miteinander abgestimmt:

Bei einigen Krankenhäusern entstand in der Praxis die Auffassung, für die Verordnung / Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen sei nach der Kontaktaufnahme mit der Kranken- / Pflegekasse deren Genehmigung abzuwarten und erst dann könne die Leistung verordnet / beantragt werden. Diese Auffassung beruht auf einer missverständlichen Auslegung der Vertragsregelungen. Vielmehr enthält der Rahmenvertrag keine Regelung, die ein Abwarten des Krankenhauses vorgibt. Sinn der Regelung ist vielmehr, dass die Kranken- / Pflegekasse vor der Einbindung eines Leistungserbringers informiert wird und dadurch Gelegenheit erhält, ihren Aufgaben nachzukommen.

- Haushaltshilfe und Kurzzeitpflege sind durch den Patienten zu beantragen. Das Entlassmanagement der Krankenhäuser kann daher auch nach der gesetzlichen Änderung durch das TSVG allein auf die Unterstützung des Patienten bei der Antragstellung gerichtet sein.
- Der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme(n) mit der Kranken- / Pflegekasse sowie deren Rückmeldungen und die getroffenen Verfahrensabstimmungen 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.

Abs. 7) *Am Tag der Entlassung erhält der Patient oder dessen gesetzlicher Betreuer 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 oder dessen gesetzlicher Betreuer den (vorläufigen) Entlassbrief (Mindestinhalte siehe § 9 der Umsetzungshinweise). Gleiches gilt auch für den vom Patienten bestellten Vertreter. Hat eine der voranstehenden Personen ihr 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 mit Einwilligung des Patienten oder seines gesetzlichen Betreuers oder Vertreters und damit auch der vorläufige Entlassbrief elektronisch an den Hausarzt und / oder den nachbehandelnden Facharzt versandt werden. Auf Wunsch des Patienten ist diesem eine digitale Kopie oder ein Ausdruck auszuhändigen.
- Das Entlassmanagement sollte weiterhin 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.

Abs.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

- Abs. 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.*
- Abs. 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.*
- Abs. 3)** *Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements 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.*
- Abs. 4)** *Das Krankenhaus gewährleistet, dass der Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements die erforderlichen Verordnungen von veranlassten Leistungen und Medikamenten vollständig und korrekt vornimmt. Das Ordnungsrecht kann durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung ausgeübt werden.*
- Abs. 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.*
- Abs. 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.

Abs. 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.*

Abs. 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 Formularschränke umfasst.
- Es gilt zu beachten, dass einige der Vordrucke aus Durchschlagpapier bestehen und nur mit Nadeldruckern zu bedrucken sind. Das Muster 16 enthält keine Durchschläge und erfordert keinen Nadeldrucker – der Ausdruck sollte aber dokumentenecht erfolgen; somit sind Tintenstrahldrucker ausgeschlossen. Da für alle anderen Muster die Blankobedruckung erlaubt ist, kann komplett ohne Nadeldrucker gearbeitet werden, wenn die Software dies unterstützt.
- 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, das auch mit dem Eindruck „Entlassmanagement“ versehen

ist, verwendet werden, das genauso wie die Vordrucke vor Diebstahl zu sichern ist. Eine Bedruckung von normalem Papier ist ausgeschlossen.

§ 5

Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

- Abs. 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.*
- Abs. 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.
- Die Vorgaben der KBV für die Arbeitsunfähigkeit schreiben vor, dass diese spätestens an dem Tag beginnt, an dem sie festgestellt wurde. Abweichend davon ist im Krankenhaus der Entlasstag, an dem die Bescheinigung erstellt wird, keiner der zu bescheinigenden Tage. Falls die Software einen Beginn der Arbeitsunfähigkeit am Folgetag nicht zulässt, kann auch das aktuelle Datum verwendet werden.

Zur Klarstellung haben der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die DKG folgendes miteinander abgestimmt:

Wird im Krankenhaus eine AU ausgestellt, so handelt es sich immer um eine Erstbescheinigung. Wird im Rahmen des Entlassmanagements Arbeitsunfähigkeit festgestellt, ist diese als Erstbescheinigung zu kennzeichnen. Die Ausstellung der AU-Bescheinigung erfolgt am Entlasstag. Der Entlasstag selbst zählt zur Dauer der Krankenhausbehandlung. In den Feldern „arbeitsunfähig seit“ und „festgestellt am“ ist der Entlasstag anzugeben. Die 7-Tages-Frist beginnt am Tag nach der Krankenhauserlassung, d.h. der Entlasstag ist in die

Zählung der maximal 7 Tage Arbeitsunfähigkeit nicht einzubeziehen. Die Zählung der AU-Tage erfolgt kalendertäglich.

§ 6 Vordrucke

- Abs. 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.*
- Abs. 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.*
- Abs. 3)** *Das Tagesdatum (Feld „Datum“ an Stelle 22 - 29 in Zeile 7 des Personalfeldes) ist das Ausfertigungsdatum. Die Ausfertigung muss am Entlassstag erfolgen. Für die unmittelbar im Zusammenhang mit einer Krankenhausentlassung erforderliche Versorgung mit Hilfsmitteln kann die Verordnung bereits vor dem Entlasstag erfolgen; in diesem Fall ist zusätzlich zur Angabe des Ausfertigungsdatums gemäß Satz 1 das voraussichtliche Entlassdatum im Verordnungsfeld anzugeben.*
- Abs. 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.*

- Abs. 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.
- Abs. 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 Personalfeldes 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 das Kennzeichen gemäß Absatz 5 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.*
- Abs. 7)** *Es gelten die technischen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Bedruckung. Das Nähere zur Zulassung der Software zur Bedruckung regelt die DKG.*
- Abs. 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. Die Liste der zugelassenen Systeme und die Hinweise zum Zulassungsverfahren finden <http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/421/aid/27741/title/Zulassungen>.
- In der überarbeiteten Fassung der Rahmenvereinbarung muss bis zur Einführung der Krankenhausarzt Nummer eine Fachgruppennummer (auch als Pseudonarzt Nummer bezeichnet) verwendet werden. Diese besteht in den ersten Ziffern aus „4444444“ und es folgt der Fachgruppencode des entsprechenden Arztes. Der Fachgruppencode steht für einen entsprechenden Facharztstatus, bei Ärzten die mehrere Facharztabschlüsse haben, wurde keine Sonderregelung geschaffen. Es wird empfohlen den Fachgruppencode zu verwenden, der der Fachabteilung entspricht.
- 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. Dies ist daran zu erkennen, dass sie mit einer „75“ beginnt. Diese Nummern wurden von den KVen vergeben oder müssen dort beantragt werden. Die BSNR wird auch bei den Bestellungen der Vordrucke verwendet und in das Muster 16 von den Druckereien 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 (Pseudo-)arzt Nummer. Ebenso sollten keine unterschiedlichen BSNR verwendet werden.
- Falls in Ausnahmefällen, abweichend von der Vorgabe, ein Assistenzarzt in Vertretung eines Facharztes eine Verordnung erstellt, gelten für die Bedruckung die gleichen Regeln wie im niedergelassenen Bereich. Es werden die Daten des verantwortlichen Facharztes eingedruckt und je nach landesspezifischer Regelung noch Daten des Assistenzarztes im Arztstempel aufgenommen. Die Unterschrift erfolgt mit der Kennung „i. V.“ durch den Assistenzarzt.

- 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)

Eine Bedruckung dieser Muster durch ein IT-System kann – mit Ausnahme von Muster 16 – auch im Blankoformularbedruckungsverfahren zugelassen werden.

- Wenn ein Softwarehersteller eines dieser Muster nicht zur Bedruckung anbietet, können die Vordrucke auch manuell ausgefüllt werden. Der Einsatz von Software ist dabei erlaubt, wenn sich dies auf „die Funktion einer Schreibmaschine“ beschränkt. Einige Systeme bieten dafür eine Funktion mit der das Personalisierungsfeld eines beliebigen Vordrucks bedruckt werden kann.
- Die Vordrucke oder das Sicherheitspapier sind von den Druckereien zu beziehen, die Kontaktdaten der Druckereien sind über die Landeskrankenhausesellschaften zu erfragen. Da die Versandkosten von den Krankenhäusern 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

Abs. 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/Personensorgeberechtigtem. Der Inhalt der Anlagen 1a und 1b ist bundeseinheitlich verpflichtend und darf nicht geändert werden. Davon ausgenommen sind jedoch Änderungen, die sich ausschließlich auf das Layout der Formulare beziehen; auch Patientenetiketten sowie der Briefkopf des Krankenhauses dürfen auf die Formulare aufgebracht werden.
- Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist bezüglich der Unterzeichnung der Anlagen dasselbe Procedere einzuhalten wie bei der Unterzeichnung des Behandlungsvertrages mit seinen Anlagen. Erlangt der Patient in den Tagen nach der Aufnahme seine Einwilligungsfähigkeit zurück (z. B. Erwachen aus Koma etc.), ist die Unterzeichnung durch den Patienten alsbald nachzuholen. Alternativ kann das Krankenhaus auf einen etwaigen Vertreter des Patienten oder einen dem Patienten bestellten Betreuer zurückgreifen. Für diese Personen sind auf den Formularen gesonderte Unterschriftenfelder vorgesehen.
- Regelmäßige Behandlungszyklen in der teilstationären Versorgung sind in diesem Kontext als **einheitlicher Behandlungsfall** zu betrachten. Somit muss der Patient nicht an jedem Tag der Krankenhausbehandlung die Anlagen erneut unterzeichnen. Vielmehr handelt es sich hierbei um einen einheitlichen, vertraglich einmalig und abschließend erfassten Lebenssachverhalt. Die lediglich abrechnungstechnische Einordnung von Behandlungszyklen in der teilstationären Versorgung nach dem BSG-Urteil vom 19.04.2016 – B 1 KR 21/15 R – wonach bei einer Intervallbehandlung jeder einzelne Behandlungstag als eigenständige teilstationäre Behandlung anzusehen sei, steht der voranstehenden vertragsrechtlichen Einordnung nicht entgegen.

- Den Krankenhäusern wird nahe gelegt, dem Patienten eine Durchschrift / Kopie der Anlagen 1a und 1b des Rahmenvertrages zu überlassen. Bei Aufforderung der gesetzlichen Krankenkasse des Patienten ist auch dieser eine Durchschrift / Kopie der beiden Anlagen zuzusenden.
- 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.

Abs. 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.

Abs. 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. Für die Beantragung von Anschlussrehabilitation sind die bundeseinheitlichen Antragsformulare (Anlage 3a und 3b) spätestens ab dem 01.01.2020 zu verwenden. 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.*

Anmerkungen zu § 7 Abs. 3:

Bundeseinheitliches AR-Formular:

- Im Rahmen der 2. Änderungsvereinbarung haben sich die Vertragspartner auf die vorliegenden bundeseinheitlichen Formulare Anlage 3a und 3b geeinigt. Die AR-Formulare lösen die bisher über 100 kassenspezifischen Antragsformulare für die Anschlussrehabilitation ab.
- Die bundeseinheitlichen Antragsformulare gliedern sich in die Anlage 3a „Antrag auf Anschlussrehabilitation“ und 3b „Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation“. Die beiden Anlagen wurden überarbeitet und vereinfacht und lehnen sich an die zahlreichen bisher genutzten Formulare an.
- Die Anlage 3a ist, wenn möglich vom Versicherten auszufüllen und beinhaltet auf der letzten Seite auch Angaben vom Sozialdienst / Case-Management. Die Anlage 3b ist vollständig vom Arzt auszufüllen.
- Die bundeseinheitlichen Antragsformulare (Anlage 3a und 3b) zur Beantragung von Anschlussrehabilitation sind spätestens ab dem 01.01.2020 durch die Krankenhäuser zu verwenden, d.h. ab dann sind länder- / krankenkassenspezifische Formulare nicht mehr gültig. Da die 2. Änderungsvereinbarung zum 01.01.2019 in Kraft getreten ist, können die Formulare seit diesem Zeitpunkt verwendet werden und sind von den Krankenkassen zu akzeptieren. Die bisher genutzten Formulare zur Beantragung der Anschlussrehabilitation können bis zum 31.12.2019 weiterhin genutzt werden.

Medikationsplan:

- Zur Ausstellung eines Medikationsplanes gibt der Rahmenvertrag vor, dass sofern der Patient mit einer Medikation entlassen wird, er einen Medikationsplan erhält. Dies bedeutet, dass immer wenn ein Arzneimittelrezept (bzw. BtM-Rezept oder T-Rezept) ausgestellt oder ein Medikament mitgegeben wird, ein Medikationsplan für den Patienten zu erstellen ist. Der Medikationsplan ist zur

persönlichen Nutzung und Unterstützung für den Patienten bestimmt. Deshalb ist der Medikationsplan jeweils zusätzlich zu dem Entlassbrief zu erstellen und dem Patienten auszuhändigen.

- Hinsichtlich Form und Inhalt des Medikationsplanes gibt der Rahmenvertrag vor, dass dieser entsprechend der Vorgaben des § 31a SGB V erstellt werden soll. Diese „Soll“-Bestimmung muss nicht zwingend umgesetzt werden. Weitere Ausführungen dazu sind den u.s. Hinweisen aus Sicht der IT zu entnehmen.
- Sofern Krankenhäuser einen Medikationsplan erstellen, der nicht entsprechend der Vorgaben des § 31a SGB V erstellt wird, bestehen hinsichtlich Inhalt und Form eines Medikationsplanes formal **keine verpflichtenden** Vorgaben oder verpflichtende (Mindest-) Inhalte. Da der Medikationsplan für den Patienten selbst bestimmt ist, sollten die Informationen im Medikationsplan allerdings patientenverständlich dargestellt werden (z. B. Wirkstoff, Handelsname, Wirkstärke, Darreichungsform, Einheit, Einnahmehinweise, Grund der Medikation).

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.
- Eine graphisch angepasste, ausfüllbare PDF-Version der bundeseinheitlichen Antragsformulare (Anlage 3a und 3b) wird zur Verfügung gestellt und kann in den IT-Systemen hinterlegt werden. Die vollständige oder teilweise Befüllung der Formulare auf elektronischem Wege ist aber optional und kann bei Bedarf der Vereinfachung der Bearbeitung dienen. Eine teilweise oder vollständig handschriftliche Befüllung der Formulare ist unverändert zulässig.

§ 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).
- 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 Krankenseinweisung 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.

Abs. 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.

Abs. 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

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

Hinweise zu § 9 Abs. 1:

Nur, wenn der Patient in die Weitergabe des Entlassbriefs eingewilligt hat (Formular 1b des Rahmenvertrages), kann der Brief entsprechend weitergeleitet werden.

Abs. 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.

Abs. 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
- Kennzeichnung „vorläufiger“ oder „endgültiger“ Entlassbrief
- Grund der Einweisung
- Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger
- Entlassungsbefund
- Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren)
- Weiteres Prozedere / Empfehlungen
- 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
- § 8 Abs. 3a Arzneimittel-Richtlinie ist zu beachten; Information über mitgegebene Arzneimittel
- Alle veranlassten Verordnungen (inklusive nach § 92 Abs. 1 S. 6 SGB V) und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit
- 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 nach-

behandelnde 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

- Abs. 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.*
- Abs. 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.*
- Abs. 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.*
- Abs. 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).
- Auf Grund der in der Praxis vorhandenen Probleme bezüglich der Unterstützung durch die Krankenkassen (oft steht den Krankenhäusern kein Ansprechpartner zur Verfügung) empfehlen wir eine ausführliche Dokumentation hinsichtlich der Wartezeiten wie lange das KH auf Unterstützung warten musste bzw. der Häufigkeit der vergeblichen Anrufe bei der Krankenkasse etc. Dies gilt insbesondere für den Fall, dass im Wege einer Unterstützungsanforderung über die elektronische Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V weder eine Kontaktaufnahme der Kasse erfolgt, noch die Kontaktdaten eines geeigneten Ansprechpartners rückübermittelt werden.

- Die Kranken- / Pflegekassen sichern eine umgehende Antragsprüfung zu und informieren Patient und Krankenhaus unverzüglich (siehe § 3 Abs. 6 des Rahmenvertrages).

§ 11

Verträge auf Landesebene

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

- Abs. 1)** *„Dieser Rahmenvertrag tritt zum 01.10.2017 in Kraft. Er kann mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden.“*
- Abs. 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.

Hinweise aus Sicht der IT:

- Sollte ein Krankenhaus Verordnungen erstellen wollen und das verwendete Softwaresystem noch nicht über eine Zulassung verfügen, bleiben zwei Optionen:
 - Zum einen handelt es sich bei dem Recht zur Erstellung von Verordnungen um eine „kann“-Bestimmung. Das Krankenhaus ist nicht verpflichtet, Verordnungen zu erstellen.
 - Das Krankenhaus kann sich entscheiden die Verordnungen auch handschriftlich auszufüllen. Dabei müssen auch alle Prüfungen durchgeführt werden, die sonst die Software durchführt. Es muss auf jeden Fall ein Vordruck verwendet werden, der mit dem von der Druckerei eingedruckten Hinweis „Entlassmanagement“ versehen ist. Wenn diese nicht vorliegen, können keine gültigen Verordnungen erstellt werden.

§ 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 im Übrigen gültig bleibt, auch wenn einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam werden.*