

FAQ-Liste

zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V

Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e.V.

Stand: 01. Oktober 2017

1	Geltungsbereich des Rahmenvertrages	3
1.1	Gelten die Regelungen auch für Privatpatienten, BG-Patienten oder Selbstzahler?	3
1.2	Gelten die Regelungen des Entlassmanagements auch für Belegärzte?	3
1.3	Ab wann ist das Entlassmanagement umzusetzen?	3
1.4	Was ist mit Kindern oder Personen, die auf Grund Ihres Zustands nicht einwilligungsfähig sind?	3
2	Entlassplan	3
2.1	Muss für jeden Patienten ein Entlassplan erstellt werden?	3
2.2	Wie ist der Entlassplan zu führen?	4
3	Entlassbrief	4
3.1	Welche Inhalte hat der vorläufige Entlassbrief?	4
3.2	Müssen zusätzlich zum vorläufigen Entlassbrief noch weitere Unterlagen oder Informationen mitgegeben werden?	4
3.3	Muss immer der bundeseinheitliche Medikationsplan nach § 31a SGB V erstellt werden?	4
3.4	Müssen dem endgültigen Entlassbrief auch Befunde beigelegt werden?.....	5
3.5	Müssen immer alle durchgeführten Prozeduren gemäß OPS-Katalog im Entlassbrief angegeben werden?	5
4	Telefonnummer für Rücksprachen	5
4.1	Wie ist die telefonische Erreichbarkeit zu organisieren?	5
4.2	Wie ist die Identifizierung der Anrufer sicherzustellen?	5
5	Patienteninformation und Einwilligung	5
5.1	Gibt es hierfür Musterformulare?	5
5.2	Ist eine Abweichung von den Formularen in Anlage 1a und 1b möglich?.....	6
5.3	Müssen die Formulare nach Anlage 1a und 1b dem Patienten immer vorgelegt werden?.....	6
5.4	Wann und wie sind die Formulare zu verwenden?.....	6
5.5	Muss das Formular nach Anlage 1b im Anwendungsfall immer vom Patienten unterschrieben werden?	6

5.6	Müssen die Anlagen 1a und 1b stets an die Kasse geschickt werden?.....	6
5.7	Muss die Einwilligung nach Anlage 1b auch eingeholt werden, wenn nur eine Arzneimittelverordnung ausgestellt wird?	7
5.8	Muss die Einwilligung nach Anlage 1b auch eingeholt werden, wenn nur eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt wird?	7
5.9	Muss das Formular nach § 73 Abs. 1b SGB V zur Einwilligung in die Datenübermittlung an den Hausarzt (gemäß Muster-AVB der DKG) noch zusätzlich vorgelegt werden?	7
6	Ausstellen von Verordnungen.....	7
6.1	Müssen Verordnungen vorgenommen werden?.....	7
6.2	Können Verordnungen zur Not auch per Hand ausgefüllt werden?	7
6.3	Gibt es weitergehende Ausfüllhinweise für die Verordnungsvordrucke?	8
6.4	Muss für die Verordnungsvordrucke ein Nadeldrucker angeschafft werden?	8
6.5	Muss eine gesonderte Betriebsstättennummer (BSNR) verwendet werden?	8
6.6	Welche Ärzte können Verordnungen ausstellen?.....	8
6.7	Welcher Fachgruppencode soll im Rahmen der Pseudo-Arztnummer angegeben werden, wenn der behandelnde Facharzt über mehrere oder fachfremde Qualifikationen verfügt?	8
6.8	Können schon während des Krankenhausaufenthaltes Hilfsmittel verordnet werden?	9
6.9	Kann für Eltern erkrankter Kinder auch das Muster 21 (Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes) ausgestellt werden?.....	9
7	Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit	10
7.1	Kann die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auch zum Nachweis eines stationären Krankenhausaufenthalts für den Arbeitgeber des Patienten ausgestellt werden?.....	10
7.2	Muss bei bereits vor dem Krankenhausaufenthalt bestehender Arbeitsunfähigkeit eine Folgebescheinigung ausgestellt werden?.....	10
8	Mitgabe vs. Verordnung von Arzneimitteln	10
8.1	Wann ist die Mitgabe von Arzneimitteln der Verordnung vorzuziehen?	10
8.2	Ist eine Mitgabe von Medikamenten auch möglich, wenn der Patient das Formular 1b nicht unterzeichnet hat?	11
9	Kontakt zu nachversorgenden Leistungserbringern	11
9.1	Wie kann das Krankenhaus Kontakt zu nachversorgenden Leistungserbringern aufnehmen, ohne das Verbot der unerlaubten Zuweisung zu verletzen?	11

1 Geltungsbereich des Rahmenvertrages

1.1 Gelten die Regelungen auch für Privatpatienten, BG-Patienten oder Selbstzahler?

Nein, § 39 Abs. 1a SGB V gilt nur für gesetzlich versicherte Patienten. Er ist Bestandteil des § 39 SGB V mit dem Titel „Krankenhausbehandlung“, der den Anspruch auf stationäre Leistungen für die GKV-Versicherten begründet. Aus diesem Grund wurde der Rahmenvertrag auf Kostenträgerseite auch nur durch den GKV-Spitzenverband geschlossen.

Hinweis: Alle Patienten sind – unabhängig von ihrem Versicherungsstatus – auf Grund der Regelung des § 630c BGB über die „nach der Behandlung zu ergreifenden Maßnahmen“ zu informieren.

1.2 Gelten die Regelungen des Entlassmanagements auch für Belegärzte?

Nein. Belegärztliche Leistungen sind keine Krankenhausleistungen im Sinne des § 39 SGB V. Der Belegarzt nimmt in seiner Eigenschaft als Vertragsarzt an der Patientenversorgung teil und kann in dieser Funktion ohnehin z.B. Arzneimittel verordnen oder nachgelagerte Leistungen veranlassen.

1.3 Ab wann ist das Entlassmanagement umzusetzen?

Der Rahmenvertrag tritt zum 01.10.2017 in Kraft. Ab diesem Zeitpunkt ist auch das Ausstellen von Verordnungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen möglich. Parallel müssen spätestens ab diesem Tage die schriftlichen Standards des Entlassmanagements wie die Einführung/ Dokumentation des Assessments, die Erstellung des Entlassplans, die Verwendung der Formulare zur Aufklärung und Einwilligung (Anlage 1a und 1b) sowie die Erstellung von Entlassbriefen erfolgen.

1.4 Was ist mit Kindern oder Personen, die auf Grund Ihres Zustands nicht einwilligungsfähig sind?

Auch gesetzlich krankenversicherte Kinder oder nicht einwilligungsfähige Patienten haben das uneingeschränkte Recht auf Maßnahmen des Entlassmanagements. Die Information und die Einwilligung erfolgt dann an bzw. durch die gesetzlichen Vertreter oder den Betreuer und sind gegebenenfalls nachzuholen, falls zum Zeitpunkt der Aufnahme noch kein Betreuer bestellt wurde.

2 Entlassplan

2.1 Muss für jeden Patienten ein Entlassplan erstellt werden?

Ja. Das Führen eines Entlassplans ist nach § 3 Abs. 2 und 3 des Rahmenvertrages für jeden gesetzlich krankenversicherten Patienten erforderlich. Hiernach erfolgt bei der Aufstellung des Entlassplans zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Verordnungen oder Bescheinigungen der

Arbeitsunfähigkeit und weiteren zu veranlassenden Leistungen. Dies gilt auch in Fällen, in denen letztlich kein Bedarf an Maßnahmen des Entlassmanagements besteht.

2.2 *Wie ist der Entlassplan zu führen?*

Der Entlassplan kann z.B. in Form einer Checkliste geführt werden (etwa nach dem Muster in Anlage 3 der Umsetzungshinweise der DKG). Für Patienten, die nach dem Eingangs-Assessment letztlich keinen Bedarf für weitere Anschlussversorgung haben, reicht es aus, dies im Entlassplan zu dokumentieren. Der Entlassplan sollte dringend in die Patientenakte aufgenommen werden.

3 **Entlassbrief**

3.1 *Welche Inhalte hat der vorläufige Entlassbrief?*

Der vorläufige Entlassbrief muss zwingend Informationen zu ausgestellten Verordnungen von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie und/oder einer bescheinigten Arbeitsunfähigkeit enthalten. Der endgültige Entlassbrief muss zusätzlich die in § 9 Abs. 3 des Rahmenvertrags aufgezählten Mindestinhalte umfassen.

3.2 *Müssen zusätzlich zum vorläufigen Entlassbrief noch weitere Unterlagen oder Informationen mitgegeben werden?*

Ja. Verpflichtend ist die Rufnummer eines zuständigen Ansprechpartners anzugeben. Diese Angabe kann auch im vorläufigen Entlassbrief enthalten sein. Zusätzlich ist ggf. ein Medikationsplan auszuhändigen.

3.3 *Muss immer der bundeseinheitliche Medikationsplan nach § 31a SGB V erstellt werden?*

Die Anwendung des bundeseinheitlichen Medikationsplans nach § 31a SGB V (BMP) ist nicht zwingend vorgeschrieben. Auf Grund der Vergleichbarkeit und zur besseren Anwendbarkeit durch weiterbehandelnde Ärzte wird die Verwendung aber empfohlen.

Laut § 7 Abs. 3 des Rahmenvertrags ist dem Entlassbrief im Falle der Arzneimittelverordnung ein Medikationsplan beizufügen. Dieser „soll“ zwar entsprechend der Vorgaben des § 31a SGB V erstellt werden, eine konkrete Verpflichtung hierfür besteht jedoch nicht. Grundsätzlich sollte aber das Ziel verfolgt werden, die weiterbehandelnden Leistungserbringer möglichst umfassend und gleichzeitig unmissverständlich zu informieren. Die Weitergabe der hierfür benötigten medizinisch-fachlich begründeten Mindestinhalte in einem einheitlichen Format wird durch Verwendung des BMP gewährleistet, so dass die Orientierung an diesem empfehlenswert ist.

3.4 *Müssen dem endgültigen Entlassbrief auch Befunde beigefügt werden?*

Nein, es reichen Ausführungen zu den durchgeführten Maßnahmen aus. Befunde können, sie müssen aber nicht mitgegeben werden.

3.5 *Müssen immer alle durchgeführten Prozeduren gemäß OPS-Katalog im Entlassbrief angegeben werden?*

Nein. Zwar ist nach § 9 Abs. 3 des Rahmenvertrags die Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren) anzugeben, es ist jedoch zu berücksichtigen, dass der Entlassbrief die für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen enthalten soll. Entsprechend müssen deshalb primär auch nur die für die Weiterbehandlung relevanten Prozeduren übermittelt werden.

4 Telefonnummer für Rücksprachen

4.1 *Wie ist die telefonische Erreichbarkeit zu organisieren?*

Die Angabe einer Rufnummer im Entlassbrief dient laut § 3 Abs. 7 des Rahmenvertrags der Möglichkeit der Rückfrage durch weiterbehandelnde Leistungserbringer. Allerdings ist nicht vorgegeben, dass stets der behandelnde Arzt für detaillierte Auskünfte verfügbar ist. Entsprechend kann die Erreichbarkeit z.B. auch durch eine zentrale Annahmestelle ausgefüllt werden, die Zugriff auf den Entlassbrief und ggf. auf die Patienten Akte hat. Bei tiefergehenden Fragen ist es durchaus möglich, dass ein Rückruf vereinbart wird.

Hinweis: Die Vorgabe der telefonischen Erreichbarkeit gilt nicht für Fragen von Patienten.

4.2 *Wie ist die Identifizierung der Anrufer sicherzustellen?*

Bei Anrufern ist es aus Datenschutzgründen unerlässlich, sich über deren Identität und deren Auskunftsrecht zu versichern. Dazu ist ggf. die Abfrage von Angaben im Entlassbrief oder ein Rückruf erforderlich. Kann sich der Anrufer nicht identifizieren, ist die Weitergabe von patientenbezogenen Daten nicht empfehlenswert.

5 Patienteninformation und Einwilligung

5.1 *Gibt es hierfür Musterformulare?*

Ja. Die Formulare sind als Anlage 1a und 1b zum Rahmenvertrag abgestimmt worden und als Word-Dateien auf der Homepage der NKG unter der Rubrik „Entlassmanagement“ abrufbar. Sie sind bis auf weiteres nur in deutscher Sprache verfügbar.

5.2 *Ist eine Abweichung von den Formularen in Anlage 1a und 1b möglich?*

Nein. Laut Rahmenvertrag sind diese Formulare zu verwenden, d.h. Abweichungen von den zwischen den Vertragsparteien abgestimmten Formularen sind nicht erlaubt. Möglich ist jedoch die Ergänzung z.B. eines Krankenhauslogos.

5.3 *Müssen die Formulare nach Anlage 1a und 1b dem Patienten immer vorgelegt werden?*

Die schriftliche Information nach Anlage 1a ist allen Patienten vorzulegen. Die Vorlage von Anlage 1b ist hingegen nur bei den Patienten zwingend, bei denen Maßnahmen des Entlassmanagements angezeigt sind, z.B. eine Anschlussversorgung oder eine Verordnung.

5.4 *Wann und wie sind die Formulare zu verwenden?*

Das Formular zur Patienteninformation gemäß Anlage 1a des Rahmenvertrags sollte bereits während der Patientenaufnahme ausgehändigt werden. Hintergrund ist die Verpflichtung, den Patienten über seinen Anspruch auf das Entlassmanagement, sofern er es denn benötigt, aufzuklären.

Das Formular gemäß Anlage 1b muss im Grunde zwar erst dann vom Patienten bzw. dessen Vertreter unterzeichnet werden, wenn im Rahmen der Anschlussversorgung Maßnahmen des Entlassmanagements erforderlich werden. Es kann jedoch empfehlenswert sein, diese routinemäßig im Rahmen der Aufnahmeformalitäten vorzulegen. Sollte sich der Krankheitsverlauf ändern, muss dies nicht später nachgeholt werden.

5.5 *Muss das Formular nach Anlage 1b im Anwendungsfall immer vom Patienten unterschrieben werden?*

Ja. Der Gesetzgeber schreibt die Schriftform der Erklärung vor. Das Formular nach Anlage 1b muss daher eigenhändig von dem Patienten bzw. dessen Vertreter/Betreuer unterschrieben werden.

5.6 *Müssen die Anlagen 1a und 1b stets an die Kasse geschickt werden?*

Bei Anlage 1a handelt es sich nur um den Nachweis der Information des Patienten. Dieser muss daher nur in der Behandlungsdokumentation/"Patientenakte" abgelegt werden.

Anlage 1b ist dagegen an die Krankenkasse bzw. Pflegekasse zu übermitteln, wenn diese das Entlassmanagement im Sinne von § 3 Abs. 6 des Rahmenvertrages unterstützt.

5.7 *Muss die Einwilligung nach Anlage 1b auch eingeholt werden, wenn nur eine Arzneimittelverordnung ausgestellt wird?*

Zur Vermeidung eventueller Beanstandungen ist dies empfehlenswert. Grundsätzlich ist die Einwilligung zwar nur dann erforderlich, wenn mit einer Datenübermittlung verbundene Maßnahmen des Entlassmanagements durchgeführt werden sollen. Allerdings ist noch nicht abschließend geklärt, ob bereits die Ausstellung einer Arzneimittelverordnung eine derartige Datenübermittlung darstellt.

5.8 *Muss die Einwilligung nach Anlage 1b auch eingeholt werden, wenn nur eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt wird?*

Ja. Das reine Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beinhaltet zwar noch keine Datenübermittlung im Rahmen des Entlassmanagement. Das Krankenhaus muss jedoch gemäß § 4a der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-RL) den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit informieren. In diesem Moment findet eine Datenübermittlung statt, die nach § 39 Abs. 1a SGB V der Einwilligung bedarf.

5.9 *Muss das Formular nach § 73 Abs. 1b SGB V zur Einwilligung in die Datenübermittlung an den Hausarzt (gemäß Muster-AVB der DKG) noch zusätzlich vorgelegt werden?*

Ja. Die Verpflichtung, jeden gesetzlich krankenversicherten Patienten nach dessen Hausarzt zu befragen und vor der Übermittlung von Daten an diesen eine widerrufbare schriftliche Einwilligung des Patienten einzuholen, steht neben dem Entlassmanagement und wird davon nicht aufgehoben.

6 Ausstellen von Verordnungen

6.1 *Müssen Verordnungen vorgenommen werden?*

Nein. Es besteht keine Verordnungspflicht für Krankenhäuser, es handelt sich vielmehr um ein zusätzliches Recht. Grundsätzlich sollten Krankenhäuser daher die Bedingungen zur Ausstellung von Verordnungen organisatorisch sicherstellen, z.B. durch Vorhalten der entsprechenden Vordrucke und der technischen Voraussetzungen. Es ist dabei zulässig, das Ausstellen von Verordnungen auf Einzelfälle zu beschränken. Der Rahmenvertrag sieht keine Sanktionsmöglichkeiten bei nicht erfolgter Verordnung vor.

6.2 *Können Verordnungen zur Not auch per Hand ausgefüllt werden?*

Ja. Es müssen aber die Formularvordrucke mit dem Eindruck „Entlassmanagement“ benutzt werden. Ferner muss die Beschriftung leserlich und vollständig erfolgen. Der verordnende Arzt kann in diesem Fall nicht auf softwaregestützte Hilfe z.B. bezüglich der Wirtschaftlichkeit zurückgreifen. Daher sollte das handschriftliche Ausfüllen nach Möglichkeit vermieden werden.

6.3 *Gibt es weitergehende Ausfüllhinweise für die Verordnungsvordrucke?*

Hinweise zum Ausfüllen der Verordnungsvordrucke sowie weitergehende Informationen sind auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unter folgendem Link abrufbar: <http://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php#content1790>

6.4 *Muss für die Verordnungsvordrucke ein Nadeldrucker angeschafft werden?*

Nein. Zwar können Vordrucke mit Durchschlag (insbesondere Muster 1 – AU-Bescheinigung) nur mit Nadeldruckern bedruckt werden. Der Rahmenvertrag schreibt dies aber nicht zwingend vor (siehe auch 6.2).

Alle Verordnungsvordrucke können auch per Blankodruckverfahren mit Laserdruckern auf Sicherheitspapier gedruckt werden. Hierfür ist eine von der DKG zugelassene Software erforderlich. Einzige Ausnahme ist Muster 16 - Arzneimittelverordnung, das wegen der von der Druckerei eingedruckten Betriebsstättennummer (BSNR) nur in Papierform zu verwenden ist. Auch hier ist jedoch ein Laserdrucker ausreichend, da dies keinen Durchschlag hat.

6.5 *Muss eine gesonderte Betriebsstättennummer (BSNR) verwendet werden?*

Ja. Gemäß § 6 Abs. 4 des Rahmenvertrags ist eine „versorgungsspezifische“ BSNR auf den Verordnungen anzugeben. Diese 9-stellige Nummer wird durch die zuständige Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) erteilt. Gemäß einer Einigung auf Bundesebene beginnt sie im Bereich Entlassmanagement mit den Ziffern „75“.

Bereits vorhandene BSNR, die für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung z.B. an Institutsambulanzen, Notfallambulanzen oder im Rahmen von Ermächtigungen an das Krankenhaus vergeben wurden, sind nicht anzugeben.

6.6 *Welche Ärzte können Verordnungen ausstellen?*

Nach § 4 Abs. 4 Satz 2 des Rahmenvertrages „kann“ das Verordnungsrecht durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung ausgeübt werden. Daher sollte der verordnende Arzt den Facharztstatus besitzen, um Beanstandungen der Rezepte zu vermeiden. Auch wird damit gerechnet, dass die Krankenhausarzt Nummer, die ab 2019 eingeführt werden soll, nur an Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung vergeben wird. Die Verordnung durch Assistenzärzte unter Aufsicht ist zwar dem Wortlaut nach nicht explizit ausgeschlossen, dennoch ist hiervon abzuraten.

6.7 *Welcher Fachgruppencode soll im Rahmen der Pseudo-Arzt Nummer angegeben werden, wenn der behandelnde Facharzt über mehrere oder fachfremde Qualifikationen verfügt?*

Diese Fragestellung ist nicht abschließend geregelt. Es bietet sich jedoch an, Bezug auf die zum Einsatz gekommene Qualifikation des Facharztes zu nehmen. Nach aktuellem Kenntnisstand vertreten DKG und AOK-Bundesverband die Ansicht, dass die letzten beiden Ziffern der Pseudo-

Arztnummer sich nach der Qualifikation des Arztes bzw. – bei Mehrfachqualifikation – des im konkreten Fall angewandten Tätigkeitsgebiets richten.

Grundsätzlich gibt es jedoch unterschiedliche Auffassungen:

Für den Arztbezug spricht z.B., dass in § 6 Abs. 1 des Rahmenvertrags Bezug auf die Anlagen 2 und 2a des BMV-Ä und damit auf eine analoge Vorgehensweise zur vertragsärztlichen Verordnung genommen wird. Auch die namentliche Nennung des Arztes im Vertragsarztstempel kann als Argument für den Bezug auf die persönliche Qualifikation des jeweiligen verordnenden Arztes verstanden werden.

Für den Krankenhausbezug spricht dagegen, dass sowohl haftungsrechtlich als auch bezüglich einer möglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung die Verantwortung der gesamten Einrichtung hinter der vorgenommenen Verordnung steht. Ferner stützt auch die Formulierung der Gesetzesbegründung den Bezug auf das Krankenhaus als einheitlichen Leistungserbringer.

6.8 Können schon während des Krankenhausaufenthaltes Hilfsmittel verordnet werden?

Dies ist abhängig von der Art des Hilfsmittels sowie von der medizinischen Relevanz des Einsatzzeitpunkts:

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (z.B. Bandagen) können nur am Entlasstag für bis zu sieben Tagen verordnet werden.

Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, die erst nach Entlassung individuell angefertigt werden müssen und für eine dauerhafte Versorgung vorgesehen sind (z.B. Hörhilfen, Sehhilfen), sollten nicht im Rahmen des Entlassmanagements verordnet werden. Ausnahmen müssen begründet werden.

Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, deren erstmaliger Einsatz bereits im Krankenhaus medizinisch notwendig ist (z.B. bei Anpassung von Beatmungsgeräten, Prothesen), die am Entlasstag zur Vermeidung von Versorgungslücken übergangslos benötigt werden (z.B. Unterarmgehstützen, Rollstühle) oder vorhanden sein müssen (z.B. Pflegebetten), können gem. § 6a Abs. 1 der Hilfsmittelrichtlinie (HilfsM-RL) grundsätzlich verordnet werden. Es empfiehlt sich jedoch unbedingt eine vorherige Rücksprache mit der Krankenkasse, um mögliche Regressforderungen zu vermeiden.

Die Fragestellung ist mit den Kostenträgern bisher nicht eindeutig und abschließend geklärt. Das Entlassmanagement soll in erster Linie der Überbrückung eines Zeitraums bis zum Aufsuchen eines Vertragsarztes dienen. Daher sind Verordnungen auf solche Fälle beschränkt, in denen das jeweilige Hilfsmittel für die Versorgung des Patienten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist. Allerdings lässt sich daraus nicht automatisch eine Beschränkung auf solche Hilfsmittel ableiten, die ausschließlich im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt und nicht bereits währenddessen benötigt werden.

6.9 Kann für Eltern erkrankter Kinder auch das Muster 21 (Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes) ausgestellt werden?

Nein. Das Ausstellen dieser Bescheinigung ist nicht im Umfang des Entlassmanagements enthalten. Nach § 6 Abs. 1 des Rahmenvertrags können Krankenhausärzte ausschließlich die in § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V genannten Verordnungen auf den hierfür vorgesehenen Mustervordrucken ausstellen. Die

Eltern müssen sich hierzu im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt an den niedergelassenen (Kinder-)Arzt wenden.

7 Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit

7.1 Kann die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auch zum Nachweis eines stationären Krankenhausaufenthalts für den Arbeitgeber des Patienten ausgestellt werden?

Nein. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) im Entlassmanagement gilt ausschließlich für den Zeitraum nach der Entlassung. Der maximale Zeitraum beträgt sieben Tagen nach Entlassung.

7.2 Muss bei bereits vor dem Krankenhausaufenthalt bestehender Arbeitsunfähigkeit eine Folgebescheinigung ausgestellt werden?

Für Fälle, in denen auf Grund derselben Diagnose bereits vor der stationären Behandlung eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde, gibt es keine abschließende Klärung. Auf Grund der Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung nach Anlage 2 des BMV-Ä der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist jedoch die Kennzeichnung als „Folgebescheinigung“ zu empfehlen.

Hiernach ist „[...] das Kästchen „Erstbescheinigung“ ist von dem Vertragsarzt/der Vertragsärztin anzukreuzen, der die Arbeitsunfähigkeit erstmalig festgestellt hat, ansonsten ist das Kästchen „Folgebescheinigung“ (auch bei Mit-/Weiterbehandlung) anzukreuzen.“ Da gemäß § 4 Abs. 1 des Rahmenvertrags zum Entlassmanagement die Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung gelten, sollte in der oben beschriebenen Konstellation eine Folgebescheinigung ausgestellt werden.

Eine Erstbescheinigung im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt ist dagegen auszustellen, wenn die Arbeitsunfähigkeit mit dem stationären Aufenthalt beginnt. Tritt während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit eine neue Erkrankung auf und/oder ist der Patient zwischenzeitlich arbeitsfähig, dann ist ebenfalls eine Erstbescheinigung auszustellen.

8 Mitgabe vs. Verordnung von Arzneimitteln

8.1 Wann ist die Mitgabe von Arzneimitteln der Verordnung vorzuziehen?

Die Mitgabe von Arzneimitteln nach § 14 Apothekengesetz (ApoG) steht grundsätzlich neben der Verordnungsmöglichkeit, allerdings ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.

Die Mitgabe ist danach immer dann vorrangig, wenn sie die wirtschaftlichere Alternative darstellt. Dies ist der Fall z.B. bei Überbrückung von Wochenenden oder Feiertagen bis zum nächstmöglichen Aufsuchen eines Vertragsarztes oder wenn mit den mitgegebenen Arzneimitteln eine noch erforderliche medikamentöse Behandlung abgeschlossen werden kann. Entsprechend ergibt sich eine zeitliche Begrenzung auf maximal 2-3 Tage.

Beispiel: Wird ein Patient an einem Freitag entlassen und benötigt noch 2 Tage Antibiose, wäre die Mitgabe vorrangig, benötigt er hingegen 6 Tage Antibiose, kann eine Verordnung ausgestellt werden.

8.2 *Ist eine Mitgabe von Medikamenten auch möglich, wenn der Patient das Formular 1b nicht unterzeichnet hat?*

Ja, die Mitgabe von Medikamenten ist kein Bestandteil des Entlassmanagements. Eine gesonderte schriftliche Einwilligung ist nicht erforderlich. Sie richtet sich nach § 14 Abs. 7 des Apothekengesetzes.

9 Kontakt zu nachversorgenden Leistungserbringern

9.1 *Wie kann das Krankenhaus Kontakt zu nachversorgenden Leistungserbringern aufnehmen, ohne das Verbot der unerlaubten Zuweisung zu verletzen?*

Dem Patienten muss die freie und unbeeinflusste Wahl des Leistungserbringers ermöglicht werden. Sofern im Assessment festgestellt wird, dass für den Patient eine Anschlussbehandlung erforderlich ist, sollte ihm eine Liste mehrerer in Betracht kommender Leistungserbringer vorgelegt werden, aus der er auswählen kann bzw. eine Rangfolge festlegen kann. Diese Liste sollte nach objektiven Kriterien (z.B. Entfernung zum Wohnort) erstellt werden. Die Entscheidung des Patienten ist zu dokumentieren. Daraufhin kann das Krankenhaus seine Verpflichtung aus § 3 Abs. 4 des Rahmenvertrags umsetzen und Kontakt zum weiterbehandelnden Arzt oder Einrichtung aufnehmen.

Wurde im Assessment festgestellt, dass eine genehmigungspflichtige Anschlussversorgung erforderlich ist (z.B. häusliche Krankenpflege, genehmigungspflichtige Hilfsmittel), muss das Krankenhaus vor der Einbindung des entsprechenden Leistungserbringers Kontakt zur Kranken- bzw. Pflegekasse aufnehmen und diese in die Auswahl mit einbeziehen.

Hintergrund ist das Verbot von Vereinbarungen oder Absprachen zwischen Krankenhäusern und Leistungserbringern mit dem Ziel einer Zuführung von Patienten gemäß §§ 299a und b StGB. Korruptionsanfällige Formen der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern sollten daher unbedingt vermieden werden.