

Bewertung des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement)

Die **Präambel** wurde vollständig gestrichen. Der Beschluss kam gegen das Votum der DKG zustande.

Ursprüngliche Präambel:

Die Krankenhausbehandlung umfasst gemäß § 39 Abs. 1a SGB V ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Patienten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung.

Zusätzliche Forderung der DKG:

Die Kranken- und Pflegekassen unterstützen das Entlassmanagement und beteiligen sich u. a. finanziell an den anfallenden Kosten für das Bereitstellen des notwendigen Fachpersonals und der Leistungserweiterung für das Überleitungsmanagement.

Bewertung der DKG:

Die anfallenden Kosten durch das Entlassmanagement müssen aus Sicht der DKG gesondert vergütet werden.

Entscheidung § 1 Geltungsbereich

Der Rahmenvertrag gilt für Entlassungen von Patienten aus voll- und teilstationären 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.

Forderung der DKG:

Der Rahmenvertrag gilt für alle Entlassungen von Patienten aus voll- und teilstationären Behandlungen durch das Krankenhaus, die ein Entlassmanagement benötigen. 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.

Bewertung der DKG:

Der Beschluss kam gegen das Votum der DKG zustande. Aus Sicht der DKG ist ein Entlassmanagement nicht bei jedem im Krankenhaus behandelten Patienten, erforderlich. Oftmals benötigen Krankenhauspatienten über den für jeden Patienten obligaten Entlassbrief hinaus keine weitere Unterstützung durch das Krankenhaus, da die etwaige weitere Behandlung durch den Vertragsarzt sichergestellt ist. Mit der

Entscheidung durch das Erweiterte Bundeschiedsamt kommt es zu unnötigem Bürokratieaufwand im Rahmen der Entlassung eines Patienten. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass der MDK überprüft wird, ob ein Entlassmanagement durchgeführt wurde. Daher müssten auch die Krankenhausinformationssysteme angepasst werden, um die obligatorische Dokumentation der Einwilligung und die Führung des Entlassplans zu unterstützen.

Entscheidung § 2 Zielsetzung

- 1) *Ziel des Rahmenvertrages ist es, die bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung der Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung zu gewährleisten. Hierzu gehört eine strukturierte und sichere Weitergabe versorgungsrelevanter Informationen.*
- 2) *Der Patient und seine Bedürfnisse stehen im Zentrum der Bemühungen aller an der Versorgung beteiligten Personen. Das Entlassmanagement erfolgt patientenindividuell, ressourcen- und teilhabeorientiert und trägt in enger Abstimmung mit dem Patienten oder dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Patienten Rechnung.*
- 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.*
- 4) *Für eine im Rahmen des Entlassmanagements vorgesehene Anschlussversorgung ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu beachten.*

Bewertung der DKG:

Für die DKG ist die individuelle, bedarfsgerechte Versorgung der entscheidende Aspekt des § 2. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist zu beachten. Aus DKG Sicht sind dies jedoch keine neuen Aspekte, sondern bereits gelebte Praxis.

Entscheidung § 3:

Absatz 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 Entlassmanagement 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 multidis-

ziplinären 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.

Forderung der DKG:

Aus Sicht der DKG sollte der Standard eines Krankenhauses für das Entlassmanagement auf der Homepage veröffentlicht werden. Es ist aus Sicht der DKG nicht sinnvoll, die Verantwortlichkeiten im multiprofessionellen Team verbindlich zu regeln, da das individuelle Entlassmanagement entscheidend ist und somit das Team und seine Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten je nach Erfordernis variieren müssen.

Bewertung der DKG:

Der Beschluss kam gegen das Votum der DKG zustande. Die Zuständigkeiten für das Entlassmanagement sind vom Krankenhaus verbindlich festzulegen – dabei ist dem Individuellen Behandlungsfall Rechnung zu tragen.

Darüber hinaus wäre es aus Sicht der DKG sachgerechter zu prüfen, inwieweit entsprechende Standards Bestandteil der strukturierten Qualitätsberichte werden können.

Entscheidung § 3 Absatz 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.

Forderung der DKG:

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 (z. B. bei Beatmungspflichtigkeit, Querschnittlähmung, Erstdiagnose Schizophrenie, Frühgeburt oder bei wesentlicher Verschlechterung einer vorbestehenden Demenz) sind unter Berücksichtigung der Standards nach Absatz 1 individuelle Maßnahmen vorzusehen.

Bewertung der DKG:

Zukünftig muss für jeden Patienten ein geeignetes Assessment durchgeführt und ein Entlassplan aufgestellt werden. Auch hier wird der MDK überprüfen, ob ein Assessment durchgeführt und ein individueller Entlassplan aufgestellt wurde. Dazu müssten die Krankenhausinformationssysteme angepasst werden, um eine obligatorische Dokumentation und Erfassung sicherzustellen.

Entscheidung § 3 Absatz 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.

Bewertung der DKG:

Aus Sicht der DKG muss der Entlassplan allen an der Versorgung des Patienten beteiligten Mitarbeitern in der Krankenakte zugänglich sein. Optimal lässt sich dies nur über eine elektronische Verfügbarkeit sicherstellen.

Entscheidung § 3 Absatz 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. weiterversorgenden 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 Perso-

nensorgeberechtigten oder in Abstimmung mit dem Patienten mit den Angehörigen auf.

Bewertung der DKG:

Aus Sicht der DKG ist hier ein nicht unerheblicher Zeitfaktor bezüglich der Erreichbarkeit des weiterbehandelnden Leistungserbringers einzuplanen; die weiteren an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sind in der Regel problemloser zu erreichen. Der Einbezug von Betreuern oder Personensorgeberechtigten ist für die DKG selbstverständlich.

Entscheidung § 3 Absatz 5:

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

Bewertung der DKG:

Aus Sicht der DKG ist zu beachten, dass die Informationen nur an die Kasse gesandt werden, wenn Unterstützungs- bzw. Genehmigungsbedarf bei Leistungen besteht.

Entscheidung § 3 Absatz 6:

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

Bewertung der DKG:

Siehe hier auch Absatz 5. Darüber hinaus sollten die Krankenhäuser darauf achten, ob das Genehmigungsverfahren innerhalb eines kurzen Zeitraums erfolgt oder ob der Patient unter Umständen zunächst in eine Kurzzeitpflegeeinrichtungen verlegt werden, muss da z. B. der der Reha-Antrag noch bewilligt wurde oder sich sogar die Krankenhausverweildauer hierdurch verlängert. Jeweilige Verzögerungen sollten entsprechend in der Patientenakte dokumentiert werden.

Entscheidung § 3 Absatz 7:

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

Bewertung der DKG:

Die Mitgabe eines vorläufigen oder endgültigen Entlassbriefes ist aus Sicht der DKG selbstverständlich. Darüber hinaus muss eine Erreichbarkeit eines Ansprechpartners zu den genannten Uhrzeiten in jedem Krankenhaus organisiert und festgelegt werden.

Entscheidung § 3 Absatz 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.

Bewertung der DKG:

Aus Sicht der DKG ist mit diesem Absatz ein Schulungsaufwand für alle an der Entlassung beteiligten Berufsgruppen verbunden, da zu befürchten ist dass der Patient, wenn die Verordnungen fehlerhaft sein sollten, zwecks fehlerhaft ausgefüllter Verordnung zurück ins Krankenhaus geschickt wird.

Entscheidung § 4 Absatz 1 und 2

- 1) *Das Verordnungsrecht nach § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V ist auf die Erfordernisse des Entlassmanagements eingeschränkt. Hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. § 73 Abs. 8 SGB V gilt entsprechend.*
- 2) *Die im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Leistungen unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V. Für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit gilt § 113 Abs. 4 SGB V.*

Forderung der DKG:

Nach § 4 Absatz 1 des Rahmenvertrages ist das Verordnungsrecht nach § 39 Absatz 1a Satz 6 SGB V auf die Erfordernisse des Entlassmanagements eingeschränkt. Es gelten dafür die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Allein die Tatsache, dass der Gesetzgeber das Krankenhaus als Institution - und nicht individuell einzelne Krankenhausärzte - ermächtigt hat, Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements vorzunehmen, belegt allerdings, dass die Regelungen über die vertragsärztliche Versorgung entsprechend der Besonderheit eines Krankenhauses als institutionellen Leistungserbringers angewendet werden müssen. Die Diskussion, in welcher Weise die Regelungen für den vertragsärztlichen Bereich angepasst werden, findet nicht nur im Bereich des Entlassmanagements statt, sondern z. B. auch bei den Terminservicestellen und der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Da die Art und Weise der Verordnungserstellung keinen Einfluss auf das Entlassmanagement hat, sollte es in der Vereinbarung zum Entlassmanagement aus Sicht der DKG in § 4 Absatz 1 keine weitergehenden Regelungen zu § 73 Absatz 8 SGB V geben.

Bewertung der DKG:

Die voranstehenden Regelungen betreffen grundsätzliche Feststellungen zur Umsetzung des Verordnungsrechts der Krankenhäuser im Entlassmanagement. § 4 Abs. 1 enthält in Satz 2 die Regelung, wonach für die Verordnungen die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung gelten, die Vornahme einer Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln, etc. sich also nach den Vorgaben des Vertragsarztrechts zu richten hat. Obwohl der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung ausgeführt hat, dass die Krankenhäuser den Vertragsärzten lediglich „gleichgestellt“ werden sollen und somit im Rahmen des Verordnungsrechts nicht als vertragsärztliche Leistungserbringer fungieren, beruht die in § 4 Abs. 1 Satz 2 aufgenommene Regelung auf einer wörtlichen Übernahme aus § 39 Abs. 1a SGB V.

Gleiches gilt für den in § 4 Abs. 2 nominierten Grundsatz, wonach die im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V unterliegen, und die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit gemäß § 113 Abs. 4 SGB V erfolgt, da auch diese lediglich den Inhalt der gesetzlichen Regelungen wiedergeben.

Ungeklärt ist die Frage nach der Möglichkeit einer rechtskonformen Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Krankenhäusern. Spätestens im Widerspruchs-

verfahren einer solchen Prüfung würde der Beschwerdeausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung zur Entscheidung berufen sein. Dieser ist in jedem KV-Bezirk jedoch stets paritätisch mit Vertretern der Vertragsärzte und der gesetzlichen Krankenkassen besetzt. Die rechtskonforme Durchführung eines Prüfverfahrens zulasten eines verordnenden Krankenhauses durch dieses Gremium wäre unter Geltung des Paritätsgrundsatzes folglich nur möglich, wenn zuvor sämtliche vertragsärztlichen Vertreter im Beschwerdeausschuss durch entsprechende Vertreter der Krankenseite ausgetauscht würden. § 113 Abs. 4 Satz 2, 2. Halbsatz SGB V eröffnet den Krankenhäusern auf Ortsebene zwar die Möglichkeit, mit den gesetzlichen Krankenkassen abweichende Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung zu treffen. Ob diese Regelung ausreichend dafür ist, die Besetzung eines Gremiums auf Landesebene zu ändern, darf bezweifelt werden.

Durch den direkten Bezug auf die vertragsarztrechtlichen Regelungen ist festgelegt, dass für Entlassverordnungen nur Systeme eingesetzt werden dürfen, die eine Bestätigung erhalten haben. Wie ein solches Bestätigungsverfahren für Krankenhausinformationssysteme aussehen kann, befindet sich aktuell in der Klärung.

Entscheidung § 4 Absatz 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 § 113c 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.

Forderung der DKG:

Die DKG hatte sich gegen die Aufnahme der letzten beiden Sätze in den Rahmenvertrag ausgesprochen, da zum einen die Regelung des § 113c SGB V bereits gelten und deshalb diesbezüglich keine Regelung erforderlich ist. Zum anderen ist die Beachtung von insbesondere Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V durch das Krankenhaus abzulehnen, da eine Beachtung von Rabattverträgen weder im Rahmen des Entlassmanagements noch im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gesetzlich vorgesehen ist. Die Regelung richtet sich vielmehr primär an öffentliche Apotheken im Rahmen des Austauschs wirkstoffgleicher Arzneimittel.

Bewertung der DKG:

Rabattverträge nach § 130a SGB V zwischen einzelnen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen sind ausschließlich von öffentlichen Apotheken im Rah-

men des sogenannten aut-idem-Austauschs wirkstoffgleicher Arzneimittel verpflichtend anzuwenden. Die nun im Rahmenvertrag festgesetzte Regelung, dass auch Krankenhäuser Rabattverträge der Krankenkassen im Rahmen des Entlassmanagements zu beachten haben geht somit über die gesetzlichen Regelungen, auch der vertragsärztlichen Versorgung, hinaus.

Da öffentliche Apotheken bei der Abgabe der durch das Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Arzneimittel entsprechend der gesetzlichen Vorgaben ihrerseits zur Beachtung von Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 SGB V verpflichtet sind, führt die Beachtung von Rabattverträgen durch das Krankenhaus ausschließlich zu unnötigem bürokratischen Aufwand bei der Ausstellung von Arzneimittelverordnungen, dem keinerlei Nutzen für die Wirtschaftlichkeit der Verordnung gegenübersteht. Viele Krankenkassen haben eine Vielzahl unterschiedlicher Rabattverträge abgeschlossen. In der Regel sind dies zwischen 200 und 300. Gemäß § 4 Abs. 3 letzter Satz gelten bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln auch die Regelungen zu den Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen nach § 84 SGB V entsprechend. Dies verpflichtet die Krankenhäuser bei der Vornahme von Arznei- und Heilmittelverordnungen die jeweiligen Landesverträge der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 84 SGB V (Arzneimittelvereinbarung und Heilmittelvereinbarung) heranzuziehen, um beispielsweise die in der Arzneimittelvereinbarung enthaltenen Wirkstoffgruppen berücksichtigen zu können. Die ebenfalls in den Landesverträgen nach § 84 SGB V üblicherweise und bislang enthaltenen Regelungen zur Richtgrößenprüfung sind durch die entsprechende Geltung der Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele nach § 84 SGB V im Rahmen des Entlassmanagements ausgeschlossen.

Entscheidung § 4 Absätze 4 bis 8:

4) *Das Krankenhaus gewährleistet, dass der Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements die erforderlichen Verordnungen von veranlassten Leistungen und Medikamenten vollständig und korrekt vornimmt*

5) *Bei der Mitgabe von Arzneimitteln gelten die Regelungen des § 14 Abs. 7 ApoG, zu deren Anwendung im Entlassmanagement das Nähere die Arzneimittel-Richtlinie regelt. Die Abgabe der vom Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Arzneimittel erfolgt in öffentlichen Apotheken. Der Patient hat das Recht der freien Apothekenwahl gemäß § 31 Abs. 1 S. 5 SGB V.*

6) *Bei allen verordneten Leistungen ist das Recht des Patienten auf freie Wahl des Leistungserbringers sowie § 128 SGB V zu beachten, es sei denn, anderweitige gesetzliche Regelungen stehen dem entgegen (z. B. § 124 SGB V, § 127 SGB V). Der Patient ist ausdrücklich auf das Recht der freien Wahl des Leistungserbringers hinzuweisen. Eine Bevorzugung eines Anbieters ist nicht statthaft. Vereinbarungen oder Absprachen zwischen Krankenhäusern und Apotheken oder sonstigen Leistungserbringern veranlasster Leistungen, die auf eine Zuweisung von Patienten abzielen, sind unzulässig.*

7) *Da das Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1a S. 1 SGB V dem Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung dient, ist die Verordnung von Krankenhausbehandlung im Rahmen des Entlassmanagements ausgeschlossen.*

8) *Die DKG informiert in geeigneter Weise über die bei der Verordnung von Leistungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V zu beachtenden Bestimmungen; dies gilt insbesondere für die Arznei- und Betäubungsmittelverschreibungsverordnungen.*

Bewertung der DKG:

Die Absätze 4 bis 8 wurden einvernehmlich beschlossen und stellen im Wesentlichen bereits geltende Vorgaben zur Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen des Entlassmanagements, insbesondere des SGB V, der Arzneimittelverschreibungsverordnung und der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA, dar.

Entscheidung § 5

1) *Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann die Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch den Krankenhausarzt erfolgen.*

2) *Bei der Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit sind die für das Entlassmanagement in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) getroffenen Regelungen in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.*

3) *Bei der Feststellung und Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit ist das Muster 1 gemäß Anlage 2/2a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) in der jeweils gültigen Fassung zu verwenden.*

Bewertung der DKG:

Aus Sicht der DKG besteht auch hier Schulungsbedarf der Krankenhausärzte bezüglich des korrekten Ausfüllens der Verordnungen.

Entscheidung § 6 Absatz 3:

Das Tagesdatum (Feld „Datum“ an Stelle 22 - 29 in Zeile 7 des Personalienfeldes) ist das Ausfertigungsdatum. Die Ausfertigung muss am Entlasstag erfolgen. Ist für die Versorgung mit einem Hilfsmittel im häuslichen Bereich die besondere Expertise oder Umgebung des Krankenhauses erforderlich (zum Beispiel bei der Versorgung mit einem Heimbeatmungsgerät, auf die der Versicherte im Krankenhaus eingestellt wird), kann die Ausfertigung bereits vor dem Entlasstag erfolgen.

Forderung der DKG:

Die DKG hatte gefordert, dass das Datum der Ausfertigung der im Rahmen des Entlassmanagements auszustellenden Verordnungen nicht unbedingt mit dem Datum der Entlassung des betreffenden Patienten kongruent sein muss, sondern dass die Ausfertigung der Verordnungen bis zu einem Tag vor der Entlassung erfolgen kann.

Bewertung der DKG:

Die Regelung wurde gegen das Votum der DKG festgesetzt. Aus Sicht der DKG wäre es wichtig gewesen, dass die Fachabteilungen die Möglichkeit haben, die Entlassung des Patienten und dessen Verordnungen bereits am Tag vor der eigentlichen Entlassung vorbereiten zu können. Obwohl dies ausschließlich die internen organisatorischen Abläufe des Krankenhauses betrifft, haben sich GKV-SV und KBV und letztlich auch das Schiedsamt gegen eine entsprechende Regelung ausgesprochen.

Lediglich für die Ausstellung von Verordnungen im Hilfsmittelbereich kann eine Ausstellung der Verordnungen vor dem Entlasstag erfolgen, sofern für die Versorgung mit einem Hilfsmittel im häuslichen Bereich die besondere Expertise oder Umgebung des Krankenhauses erforderlich ist.

Entscheidung § 6 Absätze 4 bis 6

4) *Für das Entlassmanagement erhält das Krankenhaus auf Antrag von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine versorgungsspezifische Betriebsstättennummer gemäß § 6 Abs.3 der jeweils aktuellen Fassung der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern, soweit dem Krankenhaus eine solche noch nicht zugeteilt wurde. Die Betriebsstättennummer nach Satz 1 ist durch das zuständige Krankenhaus bei der Verordnung von Leistungen und Arzneimitteln nach diesem Rahmenvertrag zu verwenden. Die Betriebsstättennummer muss die eindeutige Zuordnung der nach § 4 genannten Leistungen zum Ort der Veranlassung gewährleisten.*

5) *Die Kassenärztliche Vereinigung vergibt eine Arztnummer an Krankenhausärzte, die Leistungen im Sinne von § 39 Abs. 1a SGB V erbringen. Die Arztnummer wird von der Kassenärztlichen Vereinigung auf Antrag des Krankenhauses und des Krankenhausarztes vergeben, in deren Bereich der Krankenhausarzt erstmals im Rahmen der Erbringung von Leistungen auf Grundlage dieses Rahmenvertrages für ein Krankenhaus tätig wird. Die LANR kann durch die Krankenhausarztnummer (KHANR) ersetzt werden, sofern die KHANR dieselben Informationen wie die LANR enthält. Die Arztnummer wird nach dem in § 2 der jeweils aktuellen Fassung der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern festgelegten Verfahren erstellt. Vor der Vergabe prüft die Kassenärztliche Vereinigung, ob an den Krankenhausarzt bereits eine Arztnummer vergeben wurde. Bei einer bereits bestehenden Arztnummer entfällt die Generierung der ersten sieben Ziffern der Arztnum-*

mer; die Kassenärztliche Vereinigung kann den Arztgruppenschlüssel nach Satz 3 ergänzen.

6) Die Verordnungen und Bescheinigungen nach Absatz 1 sind im Rahmen der Bedruckung gesondert zu kennzeichnen. Hierzu ist in die Formulare das einstellige Kennzeichen „4“ an der 30. Stelle der Zeile 6 des Personalienfeldes gemäß des in der Technischen Anlage (Anlage 2) abgebildeten Musterbeispiels für die Bedruckung einzutragen. In den Verordnungen und Bescheinigungen nach Absatz 1 Satz 1 ist in dem Feld „Betriebsstätten-Nr.“ die versorgungsspezifische Betriebsstättennummer (BSNR) des Krankenhauses nach Absatz 4 Satz 1 auf die Vordrucke aufzutragen.

In dem Feld „Arzt-Nr.“ ist die lebenslange Arztnummer gemäß Absatz 5 (LANR) aufzutragen. Im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Abs. 1a SGB V dürfen nur Arzneiverordnungsblätter (Muster 16) verwendet werden, bei denen in der Kodierleiste die versorgungsspezifische Betriebsstättennummer des Krankenhauses nach Absatz 4 Satz 1 eingedruckt ist.

Forderung der DKG:

4) Für das Entlassmanagement erhält das Krankenhaus auf Antrag von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine versorgungsspezifische Betriebsstättennummer gemäß § 6 Abs. 3 der jeweils aktuellen Fassung der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern, soweit dem Krankenhaus eine solche noch nicht zugeteilt wurde. Die Betriebsstättennummer nach Satz 1 ist durch das zuständige Krankenhaus bei der Verordnung von Leistungen und Arzneimitteln nach diesem Rahmenvertrag zu verwenden. Die Betriebsstättennummer muss die eindeutige Zuordnung der nach § 4 genannten Leistungen zum Ort der Veranlassung gewährleisten.

5) Für das Entlassmanagement verwenden die in das Entlassmanagement eingebundenen Krankenhausärzte außerdem eine 9-stellige Fachgruppennummer. Diese ist wie folgt strukturiert:

Stellen 1 - 7: Pseudo-Arztnummer „4444444“

Stellen 8 und 9: Fachgruppencode.

Der jeweilige 2-stellige Fachgruppencode ergibt sich aus der Auflistung der Fachgruppencodes der Anlage 2 zur Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 S. 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV) in ihrer jeweils gültigen Fassung.

6) Die Verordnungen und Bescheinigungen nach Absatz 1 sind im Rahmen der Bedruckung gesondert zu kennzeichnen. Hierzu ist in die Formulare das einstellige Kennzeichen „4“ an der 30. Stelle der Zeile 6 des Personalienfeldes gemäß des in der Technischen Anlage (Anlage 2) abgebildeten Musterbeispiels für die Bedruckung einzutragen. In den Verordnungen und Bescheinigungen nach Absatz 1 Satz 1 ist in dem Feld „Betriebsstätten-Nr.“ die versorgungsspezifische Betriebsstättennummer (BSNR) des Krankenhauses nach Absatz 4 Satz 1 auf die Vordrucke aufzutragen. In dem Feld „Arzt-Nr.“ ist die Fachgruppennummer 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.

Bewertung der DKG:

Diese Regelungen verpflichten die Krankenhäuser, für die Vornahme von Verordnungen eine versorgungsspezifische Betriebsstättennummer (BSNR) bei der Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen und diese auf dem Verordnungsmuster einzutragen. Gleiches gilt für die von der Kassenärztlichen Vereinigung vergebene sog. lebenslange Arztnummer (LANR), die von allen Ärzten, die potenziell Verordnungen ausstellen müssen, beantragt werden muss.

Während von Seiten der DKG der Verwendung der BSNR her keine Bedenken entgegen gebracht wurden, da viele Krankenhäuser die BSNR bereits bei der Erbringung von ambulanten Notfallbehandlungen und sonstigen ambulanten Institutsleistungen verwenden, wurde jedoch die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Verwendung der LANR von der DKG stets abgelehnt. Stattdessen hatte die DKG ein Nummernkonzept ähnlich dem der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) vorgeschlagen, bestehend aus einer Pseudoarztnummer zzgl. eines zweistelligen Fachgruppencodes. Mit diesem Antrag konnte sich die DKG vor dem erweiterten Bundesschiedsamt nicht durchsetzen.

Solange diejenigen Krankenhausärzte, welche für das Krankenhaus Verordnungen im Entlassmanagement vornehmen sollen, noch keine LANR zugeteilt bekommen haben oder das Krankenhaus noch keine BSNR hat, können die Verordnungsvordrucke nicht ordnungsgemäß ausgefüllt werden und damit keine Verordnungen vorgenommen werden. Ob ein Krankenhaus bei der Kassenärztlichen Vereinigung für seine angestellten Ärzte eine lebenslange Arztnummer beantragt bzw. seine angestellten Ärzte um deren Beantragung bittet bleibt grundsätzlich diesem vorbehalten. Benötigt werden die LANR und die BSNR vom Krankenhaus allerdings nur, wenn dieses auch beabsichtigt, Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements vorzunehmen.

Der in § 6 Abs. 5 ebenfalls enthaltene Verweis auf eine mögliche Ablösung der lebenslangen Arztnummer durch eine Krankenhausarztnummer (KHANR) entfaltet erst dann rechtliche Relevanz, wenn der Gesetzgeber im SGB V die entsprechenden Voraussetzungen für die Einführung und Vergabe der KHANR geschaffen hat.

Die Anpassungen an der Bedruckung der Vordrucke können nur umgesetzt werden, wenn in der entsprechenden Software Änderungen vorgenommen werden. Selbst Ambulanzsysteme sind ohne Softwareanpassungen nicht in der Lage, korrekte Entlassrezepte zu bedrucken. Auch die Fähigkeit, ASV-Rezepte bedrucken zu können, reicht für Entlassrezepte nicht aus. Die Nutzung der LANR im stationären Bereich kann nur umgesetzt werden, wenn die Systeme auch eine Zuordnung dieser Nummer zu allen Ärzten erlauben.

Die Regelung zur Bestätigung von Verordnungssystemen, insbesondere dass keine unzulässige Werbung eingesetzt wird, gelten für Systeme, die Entlassrezepte erstellen.

Entscheidung § 7 Abs. 1

Das Krankenhaus informiert den Patienten vor dem Assessment gemäß § 3 schriftlich über Inhalte und Ziele des Entlassmanagements und holt 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.

Bewertung der DKG:

Nach § 7 Abs. 1 ist das Krankenhaus bei jedem Patienten verpflichtet, vor dem Assessment über einen möglichen Anschlussversorgungsbedarf schriftlich über Inhalte und Ziele des Entlassmanagements zu informieren und die schriftliche Einwilligung des Patienten für die Durchführung des Entlassmanagements einzuholen. Hierzu sind die Anlagen 1a und 1b des Rahmenvertrages zu verwenden. Diese Regelung basiert auf § 39 Abs. 1a Satz 11 bis Satz 13 SGB V.

Mit dem Ziel einer Reduzierung des damit verbundenen bürokratischen Aufwandes für das Krankenhaus hatte die DKG den Antrag gestellt, ein Entlassmanagement lediglich bei Patienten durchzuführen, die eines solchen auch benötigen, und bei denen nach der Durchführung des entsprechenden Assessments auch ein entsprechender Anschlussversorgungsbedarf festgestellt wurde. Auch mit diesem Ansinnen konnte sich die DKG vor dem erweiterten Bundesschiedsamt leider nicht durchsetzen.

Wie schon dargestellt, wäre die beste Lösung, die obligatorische Dokumentation direkt in die Krankenhausinformationssysteme zu integrieren.

Entscheidung § 7 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.

Bewertung der DKG:

Aus Sicht der DKG ist dieses Vorgehen selbstverständlich.

Entscheidung § 7 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. Wird der Patient mit einer Medikation entlassen, erhält er einen Medikationsplan. Dieser soll entsprechend der Vorgaben des § 31a SGB V erstellt werden. Der Medikationsplan ersetzt nicht die im Rahmen des Entlassmanagements gemäß Arzneimittel -Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses notwendige Information des weiterbehandelnden Arztes. Die Krankenkassen beabsichtigen, bundeseinheitliche Antragsformulare für die Beantragung von Anschlussrehabilitation (AR) zur Verfügung zu stellen.

Bewertung der DKG:

Aus Sicht der DKG ist die Unterstützung des Patienten bei einer lückenlosen Versorgung unerlässlich, aber auch selbstverständlich und gelebte Praxis.

Die DKG unterstützt prinzipiell die Nutzung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans, wie er auch durch das E-Health-Gesetz in § 31a SGB V aufgenommen wurde. Dieser adressiert allerdings ausschließlich die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und sieht eine Einbeziehung der Krankenhäuser ausdrücklich nicht vor. Da gesetzlich somit nicht vorgesehen ist, dass Krankenhausinformationssysteme in der Lage sein müssen, einen solchen Plan pflegen und ausdrucken zu können, kann dies dazu führen, dass die Krankenhäuser die notwendigen Softwareanpassungen selber finanzieren müssen. Zudem ist in vielen Krankenhäusern bereits eine Unterstützung des Patienten durch die Aushändigung von individuellen Medikationsplänen etabliert. Da zukünftig Medikationspläne entsprechend der Festsetzung im Rahmenvertrag nach den Vorgaben des § 31a SGB V erstellt werden sollen, müssten auch diese bereits etablierten Verfahren grundsätzlich entsprechend umgestellt werden.

Eventuell ergibt sich an dieser Stelle ein Nebennutzen, da die bisher verfügbaren Systeme sowohl einen Medikationsplan erstellen, als auch über einen Barcodeleser strukturiert einlesen können. Bei Anschaffung solcher Systeme sollte darauf geachtet werden, diese Funktion nicht auszuschließen. Durch das Einlesen der Medikationspläne kann die Medikamentenanamnese unterstützt werden.

Entscheidung § 7 Abs. 4

Dem Recht des Patienten auf freie Arztwahl nach § 76 SGB V sowie den Wahlrechten des Patienten nach § 2 SGB XI (Leistungen der Pflegeversicherung) oder § 9 SGB IX (Leistungen zur Teilhabe) ist bei der Umsetzung des Entlassplans durch das Krankenhaus sowie durch die Krankenkasse bzw. Pflegekasse Rechnung zu tragen.

Bewertung der DKG:

Aus Sicht der DKG ist die freie Arztwahl sowie die Wahlmöglichkeit weiterer Leistungserbringer aus dem SGB IX und XI nichts Neues und für die Krankenhäuser gelebte Praxis.

Entscheidung § 8

- 1) *Das Krankenhaus stellt den Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung des Patienten beteiligten Leistungserbringern sicher.*
- 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.*
- 3) *Das Krankenhaus führt bei Bedarf rechtzeitig vor der Entlassung das Gespräch mit dem weiterbehandelnden Arzt.*
- 4) *Für Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf soll ein zeitnaher Termin bei einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt vereinbart werden.*

Bewertung der DKG:

Aus Sicht der DKG kann eine lückenlose Anschlussversorgung nur stattfinden, wenn alle relevanten Informationen auch an die weiterversorgenden Leistungserbringer, falls erforderlich, weitergegeben werden. Von zeitlicher Relevanz wird vor der Entlassung das Gespräch mit dem weiterbehandelnden Arzt sein, da es vermutlich problematisch sein wird diesen in seiner Praxis in einem ersten Telefonat zu erreichen.

Entscheidung § 9

- 1) *Der Entlassbrief ist zwingender Bestandteil des Entlassmanagements. Er ist zum Zeitpunkt der Entlassung dem Patienten auszuhändigen. Bei stationärer Anschlussheilbehandlung oder stationärer Pflege ist der Entlassbrief mit Einwilligung*

des Patienten sowohl der stationären Einrichtung als auch dem Hausarzt bzw. dem einweisen- den/weiterbehandelnden Vertragsarzt zu übermitteln.

2) Ist zum Zeitpunkt der Entlassung die Mitgabe eines endgültigen Entlassbriefes nicht möglich, muss mindestens ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden, in dem alle getroffenen Maßnahmen und Verordnungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 sowie Beurteilungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V erfasst sind.

3) Der Entlassbrief enthält alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen. Diese sind mindestens:

- Patientenstammdaten, Aufnahme- und Entlassdatum
- Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen
- 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 § 11 5c 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

Bewertung der DKG:

Wie bereits in § 3 Abs. 7 ausgeführt, ist ein Entlassbrief unerlässlich. Die Mitgabe eines Entlassbriefes bedeutet für die DKG nicht Entlassmanagement, insofern ist es aus Sicht der DKG selbstverständlich, dass ein Patient entweder einen vorläufigen oder endgültigen Entlassbrief mit allen relevanten Informationen erhält. Die Auflistung und der Hinweis, dass „mindestens“ diese Angaben vorhanden sein müssen, bedeutet nicht nur Dokumentationsaufwand für die Krankenhäuser, sondern auch einen weiteren Aspekt, der zukünftig vom MDK überprüft werden kann und vermutlich auch überprüft werden wird.

Entscheidung § 10

1) Die Krankenkasse und die Pflegekasse unterstützt die Durchführung des Entlassmanagements des Krankenhauses nach § 3 in geeigneter Weise, beispielsweise durch die regelhafte Bereitstellung von Informationen zu Versorgungsstrukturen.

Aufgabe der Krankenkasse ist es, gemeinsam mit dem Krankenhaus rechtzeitig vor der Entlassung die für die Umsetzung des Entlassplans erforderliche Versorgung zu organisieren, etwa die notwendigen Leistungserbringer zu kontaktieren (z. B. Vertragsärzte, Reha- Einrichtungen, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen) und für deren zeitgerechten Einsatz zu sorgen.

2) Bei individuellem Erfordernis unterstützt die Krankenkasse und die Pflegekasse die Umsetzung des Entlassmanagements patientenbezogen, z. B. durch die Pflegeberater nach § 7a SGB XI oder durch die Bereitstellung von Informationen zu Leistungserbringern.

3) Hat das Krankenhaus gemäß § 3 Absätze 5 und 6 die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse über das Erfordernis einer genehmigungspflichtigen Anschlussversorgung informiert und die notwendigen Antragsunterlagen übermittelt, stellt die Krankenkasse bzw. Pflegekasse die Antragsprüfung sicher und informiert den Patienten und das Krankenhaus unverzüglich über die getroffene Entscheidung.

4) Die Krankenkasse stellt zu ihren Geschäftszeiten die telefonische Erreichbarkeit eines für die Unterstützung des Entlassmanagements verantwortlichen Ansprechpartners sicher.

Bewertung der DKG:

Aus Sicht der DKG sollten die Krankenhäuser auf die zeitnahe Unterstützung und Mitarbeit an der lückenlosen Anschlussversorgung durch die Kranken- und Pflegekassen achten. Die Krankenhäuser sind aufgefordert zu prüfen, ob die Kranken- und Pflegekassen zu den Geschäftszeiten tatsächlich erreichbar sind und bei fehlender Erreichbarkeit dies entsprechend in der Patientenakte zu dokumentieren.

Entscheidung § 11

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

Bewertung der DKG:

Es handelt sich um eine selbstverständliche Selbstverpflichtung.

Entscheidung § 12

1) Dieser Rahmenvertrag tritt zum 01.07.2017 in Kraft. Er kann mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden.

2) Die Vertragspartner verpflichten sich, im Fall einer Kündigung die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung unverzüglich aufzunehmen. Falls innerhalb von

sechs Monaten nach Wirksamkeit der Kündigung keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet das gemäß § 118a Abs. 2 S. 2 SGB V erweiterte Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 SGB V. Bis zur Neuvereinbarung oder Festsetzung durch das Bundesschiedsamt gilt der bisherige Rahmenvertrag fort.

Bewertung der DKG:

Ein vertragsloser Zustand wird vermieden.