



Deutscher Verein für
Soziale Arbeit im
Gesundheitswesen e.V.

Gemeinsam für die Soziale Arbeit
im Gesundheitswesen.

FAQ Entlassmanagement



Impressum:

Herausgeber: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)
Bundesgeschäftsstelle | Haus der Gesundheitsberufe
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin

Verantwortlich: Sibylle Kraus & Cindy Stoklossa

Titelfoto: Susanne Greshake

Version: März 2018

Inhaltsverzeichnis

Rahmenbedingungen	5
Wer hat Anspruch auf ein Entlassmanagement gemäß §39 Abs.1a SGB V?	5
Wann ist das Entlassmanagement in Akutkrankenhäusern umzusetzen?	5
Information und Einwilligung	5
Wie werden die Patienten über das neue Entlassmanagement informiert?	5
Wann muss die Einwilligung zum Entlassmanagement auf der Anlage 1b erfolgen?	5
Kann die Anlage 1b auch von Angehörigen unterschrieben werden?	5
Ist der Ehepartner automatisch der gesetzliche Vertreter?	6
Was ist, wenn der Betroffene nicht unterzeichnen kann?	6
Müssen beide Anlagen an die Kasse geschickt werden?	6
Kann der Patient seine Zustimmung wieder zurücknehmen?	6
Können Anschlussleistungen trotz Ablehnung zum Entlassmanagement beantragt werden?	6
Assessment	6
Wann muss das initiale Assessment gemacht werden? Gibt es Vorgaben zum Inhalt?	6
Wann muss das differenzierte Assessment gemacht werden und von wem? Gibt es Vorgaben?	6
Entlassplan und Informationspflicht	7
Laut Rahmenvertrag muss ein Entlassplan unter der Verantwortung des Arztes geführt werden. Welche Inhalte sollen hier aufgeführt sein?	7
Ist der Entlassplan an die Kranken-/Pflegekasse zu senden?	7
Ist der Entlassplan für den Patienten bestimmt?	7
Muss der Entlassplan digital geführt werden?	7
Verordnungen	7
Welche Verordnungen können seit dem 01.10.2017 ausgestellt werden?	7
Kann eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auch für den stationären Aufenthalt ausgestellt werden?	7
Welche Hilfsmittel sind entlassrelevant?	7
Darf ein Pflegebett erst am Entlasstag verordnet werden?	8
Besteht bei der Verordnung von Hilfsmitteln ein Regressrisiko?	8
Ändert sich etwas an der Verordnung für häusliche Krankenpflege?	8
Unter welche Regelungen fällt Verbandsmaterial? Darf dies auch nur für max. 7 Tage verordnet werden?	8
Gibt es spezielle Muster für das Verordnungswesen?	8
Wer darf Verordnungen ausstellen?	8
Wann dürfen die Verordnungen ausgestellt werden und gibt es Ausnahmen?	8
Müssen die Verordnungen digital erstellt werden?	8

Krankenkassen haben Monatspauschalen bei verschiedenen Versorgungsangeboten (z.B. Trachealkanülenversorgung). Wie verhält es sich mit der Verordnung von 7 Tagen?	9
Welche sind genehmigungsfreie Hilfsmittel?	9
Wie ist die BSNR für mein Krankenhaus? Gibt es eine speziell für das Entlassmanagement?	9
Was ist ein Fachgruppencode?	9
Wo erhalte ich die Rezepte? Gibt es bei der Lagerung etwas zu beachten?	9
Können Medikamente weiter mitgegeben werden? Gibt es Ausnahmen?	9
Ansprechpartner	9
Gibt es Vorgaben wer der Ansprechpartner im Krankenhaus für das Entlassmanagement sein muss?	9
Wie sollen die Telefonnummern und die Erreichbarkeit für die Nachversorger dargestellt werden?	9
Gibt es neue Teams und Kontakte bei den Kostenträgern für das Entlassmanagement?	9
Wie ist die telefonische Erreichbarkeit der Kostenträger?	10
Wann muss der Hausarzt kontaktiert werden?	10
Rechte und Pflichten	10
Wann muss die Kranken-/Pflegekasse regelhaft eingeschaltet werden?	10
Welche Pflichten hat das Krankenhaus?	10
Welche Pflichten hat die Kranken-/Pflegekasse?	10
Ist ein Entlass Gespräch mit dem Arzt verpflichtend?	10
Mitgegebene Dokumente	10
Gibt es Veränderungen im Entlassbrief?	10
Muss der Medikationsplan für den Patienten eine vorgegebene Form haben?	10
Antikorruption	11
Sind Kooperationsverträge mit Nachversorgern noch statthaft?	11
Welche Möglichkeiten gibt es eine adäquate Versorgung durch Nachversorgern zeitnah und gut versorgt zu organisieren?	11
Die Kassen haben Ausschreibungsgewinner, wie verhält es sich hier mit dem Wunsch- und Wahlrecht des Patienten?	11
Wie wird das Wunsch- und Wahlrecht dokumentiert und wo?	11
Wenn ein Leistungsanbieter keinen Vertrag mit der Kasse hat, dürfen diese dennoch liefern?	11
Delegation und Sanktionen	11
Kann das Entlassmanagement delegiert werden und wenn ja an wen?	11
Wie wird die Umsetzung des Entlassmanagement geprüft und bei Bedarf sanktioniert?	11
Soziale Arbeit	12
Gibt es mehr Personal für das Entlassmanagement?	12
Welche Pflichten gibt es für mich?	12

Die Hinweise in der folgenden FAQ Zusammenstellung basieren auf fachlicher, nicht auf juristischer Einschätzung; sie sind ohne Gewähr. Der Rahmenvertrag zum Entlassmanagement bietet an einigen Stellen ein hohes Maß an Interpretationsspielraum. Die Umsetzung der Vorgaben ist eine Organisationspflicht des Krankenhauses und obliegt daher der Verantwortung des Geschäftsführers. Die Auslegungen für jedes Krankenhaus sind daher in Abstimmung mit dem jeweiligen Geschäftsführer und dem klinikinternen Justizariat zu treffen. Im Folgenden sind Erfahrungen und Rückmeldungen zum Verständnis und zu den Auslegungsmöglichkeiten aufgezeigt. Sie bieten jedoch keine abschließende Rechtssicherheit. Vielmehr sind es Anregungen für die klinikinterne Umsetzung.

Rahmenbedingungen

Wer hat Anspruch auf ein Entlassmanagement gemäß §39 Abs.1a SGB V?

Gesetzlich Krankenversicherte in stationärer bzw. teilstationärer Akutbehandlung bzw. in einer sog. stationsäquivalenten Behandlung (vgl. Psychiatrie).

Privat-Versicherte, BG-Patienten haben Anspruch auf ein „allgemeines“ Entlassmanagement. Die Informationspflicht ergibt sich aus dem §630c BGB.

Der Anspruch auf Entlassmanagement gem. § 39 Abs. 1a SGB V gilt grundsätzlich auch für Rehabilitanden, die gem. § 40 SGB V eine medizinische Rehabilitation durchführen. Die konkrete Umsetzung ist jedoch zunächst in einem separaten Rahmenvertrag Entlassmanagement in Rehabilitationskliniken zu regeln. Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Regelungen in Rehabilitationskliniken nicht umsetzbar.

Wann ist das Entlassmanagement in Akutkrankenhäusern umzusetzen?

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement in Akutkrankenhäusern gilt seit dem 01.10.2017.

Information und Einwilligung

Wie werden die Patienten über das neue Entlassmanagement informiert?

Der Gesetzgeber hat in § 39 Abs.1a SGB V festgelegt, dass alle Patienten aufgeklärt werden, sowie das bundeseinheitliche Formular „Patienteninformation zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V“ (Anlage 1 a) unterschrieben werden muss. Zudem ist jedes Krankenhaus aufgefordert, das hauseigene Entlassmanagement auf der Internetseite darzustellen.

Wann muss die Einwilligung zum Entlassmanagement auf der Anlage 1b erfolgen?

Die Einwilligung muss unterschrieben werden, wenn eine weitere Anschlussversorgung notwendig ist. Die Einwilligung unterteilt sich in zwei Bereiche:

- a) Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenweitergabe an Nachversorger
- b) Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse und die damit verbundene Datenweiterleitung an die Kranken-/Pflegekasse.

In der Praxis haben sich unterschiedliche Modelle etabliert. Einige Kliniken lassen 1a und 1b direkt bei der Aufnahme unterzeichnen, andere wiederum lassen 1b von den jeweils Verantwortlichen erst bei notwendiger Anschlussversorgung unterzeichnen.

Kann die Anlage 1b auch von Angehörigen unterschrieben werden?

Grundsätzlich nein. Die Anlage 1b muss vom Patienten selbst oder seinem Bevollmächtigten/Betreuer unterzeichnet werden.

Ist der Ehepartner automatisch der gesetzliche Vertreter?

Nein. Eine Eheschließung bedingt keine gesetzliche Vertretung.

Was ist, wenn der Betroffene nicht unterzeichnen kann?

Die Unterschrift unter die Information zum Entlassmanagement (Anlage 1a) und unter die Einwilligung zur Datenweiterleitung (Anlage 1b) ist analog wie beim Behandlungsvertrag umzusetzen. Sollte die Beeinträchtigung nur von kurzer Dauer sein (z.B. Einlieferung über Rettungsstelle eines bewusstlosen Patienten), muss die Unterschriftsleistung in Anlage 1 a und 1b nachgeholt werden. Bei langfristiger Beeinträchtigung ist eine gesetzliche Betreuung zu beantragen, sofern keine Vorsorgevollmacht vorliegt.

Müssen beide Anlagen an die Kasse geschickt werden?

Anlage 1a nicht. Diese muss nur in der Krankenakte hinterlegt sein; ggf. auf Anfrage dem Patienten in Kopie mitgegeben werden.

Anlage 1 b soll dagegen an die Kasse übermittelt werden, wenn der Patient der Unterstützung des Entlassmanagement durch die Kranken-/Pflegekasse zugestimmt hat.

In der Umsetzung zeigt sich ein äußerst heterogenes Bild: Einige Krankenkassen informierten die Krankenhaussozialdienste, dass sie Anlage 1b nicht benötigen, da es ausreiche, dass diese in der Krankenakte hinterlegt sei.

Kann der Patient seine Zustimmung wieder zurücknehmen?

Ja, der Patient kann jederzeit seine Zustimmung widerrufen. Dieser Widerruf muss für alle am Entlassmanagement Beteiligten erkennbar sein. Hier gilt es, mit Datum im Entlassplan und im KIS-System als Merkzeichen/Fallklassifikation o.ä. zu verzeichnen.

Können Anschlussleistungen trotz Ablehnung zum Entlassmanagement beantragt werden?

Hierauf lässt sich keine eindeutige Antwort geben. Laut Informationsschreiben 1b kann die Bewilligung von Leistungen in diesem Fall länger dauern, was jedoch nicht grundsätzlich gegen eine Antragsstellung spricht. Es gibt anderslautende Einschätzungen, die die Organisation der nachstationären Versorgung (inkl. Beantragung von Leistungen) ohne Zustimmung des Patienten für nicht zulässig erachten.

Assessment

Wann muss das initiale Assessment gemacht werden? Gibt es Vorgaben zum Inhalt?

Der Expertenstandard Entlassmanagement der Pflege (DNQP) dient als Grundlage für die Regelung. Es ist ein Initial-Assessment zu wählen/zu entwickeln, das geeignet ist, Patienten mit Unterstützungsbedarf frühzeitig zu erkennen. Beispiele: BRASS-Index, Barthel-Index. Bereits vor Inkrafttreten der neuen gesetzlichen Regelungen wurden Assessments bei der Aufnahme durchgeführt. Hier gilt es zu überprüfen, in wieweit diese in den Prozess mit aufgenommen werden können.

Wann muss das differenzierte Assessment gemacht werden und von wem? Gibt es Vorgaben?

Bei Patienten mit komplexem Hilfebedarf sind geeignete differenzierte Assessments anzuwenden. Ziel ist es, den spezifischen Unterstützungsbedarf dieser Patientengruppen frühzeitig zu ermitteln. Je Patientengruppe sind unterschiedliche Assessment-Instrumente geeignet. Vgl. Geriatrische Assessments.

Entlassplan und Informationspflicht

Laut Rahmenvertrag muss ein Entlassplan unter der Verantwortung des Arztes geführt werden. Welche Inhalte sollen hier aufgeführt sein?

Der Entlassplan beinhaltet die wesentlichen Inhalte der Beratung und die Maßnahmen, die ausgehend vom erhobenen individuellen Bedarf des Patienten ergriffen wurden, um die individuell erforderliche nachstationäre Versorgung des Patienten zu organisieren (Wer? Wann? Was? Mit wem? Datum, Namenszeichen). Dies beinhaltet auch die Absprachen mit dem Patienten, den Angehörigen, dem Behandlungsteam (z.B. Fallbesprechungen), den vor- und nachstationären Versorgern und Kostenträgern. Von besonderer Bedeutung ist auch die Dokumentation, wenn der Patient Maßnahmen/ Unterstützungsleistungen ablehnt.

Ist der Entlassplan an die Kranken-/Pflegekasse zu senden?

Aus Datenschutzgründen dürfen – bei Einwilligung des Patienten - nur die Daten aus dem Entlassplan an die Kranken-/Pflegekasse gesandt werden, die für die Kranken- bzw. Pflegekasse relevant sind, d.h. Daten im Rahmen SGB V bzw. SGB XI.

Ist der Entlassplan für den Patienten bestimmt?

Gemäß Rahmenvertrag muss der Entlassplan in der Krankenakte hinterlegt sein. Dies kann vom MDK geprüft werden. Optional kann der Entlassplan auch dem Patienten mitgegeben werden.

Muss der Entlassplan digital geführt werden?

Nein; aus Effizienzgründen ist dies aber sinnvoll. Die Umsetzung wird von den KIS-Herstellern angeboten.

Verordnungen

Sind die Verordnungen von Leistungen nach §95 SGB V Pflicht?

Nein, das Krankenhaus **kann** Leistungen gem. § 95 SGB V (Arzneimittel, Häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel, Heilmittel, Psychotherapie) verordnen, sowie die Arbeitsunfähigkeit feststellen. Aufgrund der umfangreichen Regelungen und des bestehenden Regressrisikos setzen die Krankenhäuser die Kann-Option eher restriktiv um.

Welche Verordnungen können seit dem 01.10.2017 ausgestellt werden?

[Arzneimittel](#), [Häusliche Krankenpflege](#), [Heilmittel](#), [Hilfsmittel](#) und [Soziotherapie](#). Zusätzlich können [Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen](#) ausgestellt werden. Bei Umsetzung der jeweiligen Verordnung ist die jeweils gültige G-BA Richtlinie zwingend zu beachten.

Kann eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auch für den stationären Aufenthalt ausgestellt werden?

Nein, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gilt erst ab dem Zeitpunkt der Entlassung.

Welche Hilfsmittel sind entlassrelevant?

Entlassrelevant sind Hilfsmittel, die zwingend erforderlich sind, um die unmittelbare nachstationäre Versorgung sicherzustellen und nicht durch Vertragsärzte verordnet werden können. In der Hilfsmittel-Richtlinie ist festgelegt, dass Hilfsmittel mit Bedarf an individueller Anfertigung, an ärztlicher Nachkontrolle nach der Entlassung und die zur dauerhaften Versorgung vorgesehen sind, i.d.R. **nicht** im Rahmen des Entlassmanagements zu verordnen sind (z.B. Seh-, Hörhilfen, Prothesen)! Ausnahmen sind zu begründen, z.B. Beatmungsgeräte.

Bei Direktverlegung in eine Rehabilitation, in eine andere Klinik o.ä. sollte dezidiert geprüft werden, ob im Einzelfall der Bedarf besteht, Hilfsmittel zu verordnen. Dies sollte jeweils begründet und dokumentiert werden.

Darf ein Pflegebett erst am Entlasstag verordnet werden?

Gemäß § 6 Rahmenvertrag ist der Verordnungstag gleich der Entlasstag. Ausnahmen sind möglich, wenn die besondere Expertise oder Umgebung des Krankenhauses erforderlich ist, z.B. bei Heimbeatmungsgeräten. Zudem gibt es Hilfsmittel, ohne die der Patient nicht entlassen werden kann. In Rücksprache mit einigen Krankenkassen können diese auch vor dem Entlassdatum verordnet werden. Hierzu gehören auch die Pflegebetten. Laut G-BA Richtlinie muss dann jedoch das voraussichtliche Entlassdatum auf dem Rezept vermerkt werden.

Besteht bei der Verordnung von Hilfsmitteln ein Regressrisiko?

Nein. Bei Hilfsmitteln, die im Rahmen des Entlassmanagement verordnet werden, besteht dieses Risiko nicht. Wichtig ist jedoch die Abgrenzung gegenüber Hilfsmitteln, die während der stationären Behandlung oder Therapie erforderlich sind; diese sind i.d.R. bereits durch die DRGs abgegolten. Für die Leistungserbringer besteht jedoch die Gefahr der Retaxation, d.h. werden falsch ausgestellte Hilfsmittelrezepte angenommen und Hilfsmittel geliefert, kann die Kranken-/Pflegekasse die Kostenübernahme verweigern. Aus diesem Grund sind alle Leistungsanbieter angehalten die Korrektheit der Rezepte zu prüfen.

Ändert sich etwas an der Verordnung für häusliche Krankenpflege?

Das Formular hat sich geändert; § 37 Abs. 1a SGB V ist berücksichtigt sowie die G-BA Richtlinie. Eine Verordnung ist für maximal sieben Tage möglich.

Unter welche Regelungen fällt Verbandsmaterial? Darf dies auch nur für max. 7 Tage verordnet werden?

Verbandsmaterial zählt nicht zu Hilfsmitteln, sondern zu Arzneimitteln. Die Verordnung erfolgt wie bei Arzneimitteln unter Nutzung von Muster 16 und mit zwingender Beachtung der G-BA-Arzneimittelrichtlinie.

Gibt es spezielle Muster für das Verordnungswesen?

Ja, diese sind mit einem Querbalken Entlassmanagement im Namensfeld oder beim Sicherheitspapier über die gesamte Seite gekennzeichnet.

Wer darf Verordnungen ausstellen?

Fachärzte

Wann dürfen die Verordnungen ausgestellt werden und gibt es Ausnahmen?

Gemäß § 6 Rahmenvertrag ist der Verordnungstag gleich der Entlasstag; Ausnahmen sind zu begründen, z.B. bei Heimbeatmung.

Müssen die Verordnungen digital erstellt werden?

Nein; Verordnungen dürfen handschriftlich oder digital ausgefüllt werden.

Krankenkassen haben Monatspauschalen bei verschiedenen Versorgungsangeboten (z.B. Trachealkanülenversorgung). Wie verhält es sich mit der Verordnung von 7 Tagen?

Sollte keine kleinste Packungsgröße für max. sieben Tage vorhanden sein, ist die nächst größere Packungsgröße zulässig. Wichtig! Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. In den vergangenen Monaten haben die Krankenkassen automatisch eine Monatspauschale bewilligt

Welche sind genehmigungsfreie Hilfsmittel?

Dies ist von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich geregelt. Kenntnis darüber haben die Krankenkassen und die Hilfsmittlerbringer.

Wie ist die BSNR für mein Krankenhaus? Gibt es eine speziell für das Entlassmanagement?

Ja, diese ist vom Krankenhaus bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zu beantragen bzw. wurde bereits zugeteilt. Die BSNR beginnt für das Entlassmanagement mit 75

Was ist ein Fachgruppencode?

Mit dem Fachgruppencode wird für den Kostenträger die fachliche Qualifikation der Ärzte abgebildet. Sie beschreibt das Fachgebiet, den Schwerpunkt oder die Teilgebietsbezeichnung. Für das Entlassmanagement gibt es vorerst die Pseudo-Arztnummer (4444444) und die zweistellige Nummer des Fachgruppencodes (XX).

Wo erhalte ich die Rezepte? Gibt es bei der Lagerung etwas zu beachten?

Diese sind jeweils unter Angabe der Betriebsstättennummer (BSNR) für Entlassmanagement bei dem Verlag zu bestellen, der von der jeweiligen Landeskrankenhausesellschaft genannt wurde. Sie sind in einem abschließbaren Schrank zu lagern.

Können Medikamente weiter mitgegeben werden? Gibt es Ausnahmen?

Gem. § 14 ApoG dürfen Medikamente über das Wochenende bzw. Feiertage mitgegeben werden. Dies gilt weiter. Gem. Wirtschaftlichkeitsgebot ist jeweils zu prüfen, ob im Einzelfall ggf. die Mitgabe von Arzneimitteln am Wochenende oder über Feiertag wirtschaftlicher ist. Dies trifft zu, wenn durch die Mitgabe der Arzneimittel über das Wochenende die Behandlung abgeschlossen ist.

Ansprechpartner

Gibt es Vorgaben wer der Ansprechpartner im Krankenhaus für das Entlassmanagement sein muss?

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, von MO-FR von 9:00 – 19:00 h und SA/SO 10:00 – 14:00 h einen Ansprechpartner für Fragen der Nachversorger zu benennen. Jedes Krankenhaus muss entscheiden, wie dies umgesetzt wird. Wichtig! Beachtung des Datenschutzes und der Auskunftsfähigkeit.

Wie sollen die Telefonnummern und die Erreichbarkeit für die Nachversorger dargestellt werden?

Eine Vorgabe gibt es diesbezüglich nicht. Empfehlung: Integration der Ansprechpartner und der Telefonnummer, z.B. im Entlassbrief.

Gibt es neue Teams und Kontakte bei den Kostenträgern für das Entlassmanagement?

Dies ist äußerst heterogen umgesetzt. Aufgrund der fehlenden Refinanzierung werden die zusätzlich erforderlichen Maßnahmen maximal in bestehende Prozesse integriert.

Wie ist die telefonische Erreichbarkeit der Kostenträger?

Je Geschäftszeit der einzelnen Krankenkasse.

Wann muss der Hausarzt kontaktiert werden?

Gemäß Rahmenvertrag soll der Hausarzt vor Entlassung bei komplexen Problemlagen kontaktiert werden.

Rechte und Pflichten

Wann muss die Kranken-/Pflegekasse regelhaft eingeschaltet werden?

Bei erforderlichem Unterstützungsbedarf, insbesondere bei genehmigungspflichtigen Leistungen und bei Zustimmung des Patienten. Die Entscheidung obliegt dem Krankenhaus.

Welche Pflichten hat das Krankenhaus?

Frühestmögliche Übermittlung der Einwilligung des Patienten plus erforderliche Informationen aus dem Entlassplan durch das Krankenhaus an die Kranken- bzw. Pflegekasse bei notwendiger Unterstützung des E-Managements

Beispiele:

Bei Antrag auf Leistungen SGB XI oder Änderungen, Einbeziehung Pflegeberater gem. § 7a SGB XI, Häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Hilfsmittelversorgung, Rehabilitation oder genehmigungspflichtige Leistungen im Rahmen der Anschluss- oder Übergangsvorsorge Kontaktaufnahme mit Kranken- bzw. Pflegekasse vor Einbindung eines Leistungserbringers Unterstützung des Patienten bei der Antragstellung

Standardisierung/ Anpassung der internen und sektorenübergreifenden Entlassprozesse.

Welche Pflichten hat die Kranken-/Pflegekasse?

Der Patient hat einen Rechtsanspruch auf Unterstützung der Kranken-/Pflegekasse beim Entlassmanagement des Krankenhauses. Dies beinhaltet unter anderem, dass sie umgehend das Antragsverfahren einleiten. Sie nehmen ihre Beratungspflicht gegenüber dem Patienten wahr. „Bei individuellem Erfordernis unterstützt die Kranken- bzw. Pflegekasse die Umsetzung des E-Managements patientenbezogen“ § 10 Abs. 2 Rahmenvertrag. Sie sind verpflichtet, den Patienten und des Krankenhauses unverzüglich über die getroffene Entscheidung zu informieren.

Ziel ist die gemeinsame Organisation der nachstationären Versorgung inkl. Sicherstellung des zeitgerechten Einsatzes zwischen Krankenhaus und Kranken- bzw. Pflegekasse

Ist ein Entlass Gespräch mit dem Arzt verpflichtend?

ja

Mitgegebene Dokumente

Gibt es Veränderungen im Entlassbrief?

Der Entlassbrief soll die aufnehmende Medikation sowie die Medikation bei Entlassung enthalten. Weiterhin sollen die ausgestellten Verordnungen und die organisierte Anschlussversorgung aufgeführt werden.

Muss der Medikationsplan für den Patienten eine vorgegebene Form haben?

Es wird ein bundeseinheitlicher Medikationsplan gemäß § 31a SGB V empfohlen, wenn Arzneimittelverordnungen ausgestellt werden. Dieser ist jedoch nicht verpflichtend.

Antikorruption

Sind Kooperationsverträge mit Nachversorgern noch statthaft?

Kooperationen sind im Sinne der Zusammenarbeit weiterhin gewünscht, jedoch nicht im Sinne einer Vorteilsnahme. Handlungsleitend bei der Organisation der Nachversorgung ist der Wunsch/Wille des Patienten (Ausnahmen: Ausschreibungen von Hilfsmittelgruppen). Dies muss schriftlich nachgewiesen werden (Anlage 1b reicht hierfür nicht aus). Zusätzlich ist der Grundsatz des gleichberechtigten Wettbewerbs zu berücksichtigen. Kooperationsverträge mit Zuweisungscharakter oder Geldzuwendungen sind im Sinne des Strafgesetzbuchs strafbar. Die Haftung hierfür übernimmt der Geschäftsführer des Krankenhauses.

Welche Möglichkeiten gibt es, eine adäquate Versorgung durch Nachversorger zeitnah und gut versorgt zu organisieren?

Der Rahmenvertrag sieht hierzu keine Lösungsvorschläge vor. In Gesprächen mit Rechtsanwälten wurde folgendes Vorgehen empfohlen: Auf Basis von Qualitätssicherungskriterien ist eine Auflistung von Anbietern möglich. Diese Auflistung kann dem Patienten bei Wunsch als Entscheidungshilfe vorgelegt werden.

Die Kassen haben Ausschreibungsgewinner. Wie verhält es sich hier mit dem Wunsch- und Wahlrecht des Patienten?

Laut Rahmenvertrag sind die Ausschreibungsgewinner der Kassen einzubinden und der Patient darauf hinzuweisen.

Wie wird das Wunsch- und Wahlrecht dokumentiert und wo?

Das Wunsch- und Wahlrecht ist in der Akte zu vermerken. Gleichzeitig empfiehlt es sich, den Patienten dies mit der Benennung seiner Wahl des Leistungserbringers unterschrieben zu lassen. Eine Bevorzugung oder Empfehlung eines Leistungserbringers durch das Krankenhaus ist nicht statthaft. Sollte ein Patient darauf bestehen, sind ihm immer mehrere zu benennen.

Wenn ein Leistungsanbieter keinen Vertrag mit der Kasse hat, dürfen diese dennoch liefern?

Die Lieferung durch einen anderen Leistungserbringer als durch den Ausschreibungsgewinner der Kranken-/ Pflegekasse geschieht auf eigenes Risiko des ausliefernden Leistungserbringers. In der Regel wird ein Austausch der Hilfsmittel erfolgen. Es empfiehlt sich, mit den Leistungserbringern zu vereinbaren, eine Rückmeldung an das Krankenhaus zu geben und gemeinsam zu klären, wer die Rezepte an die Kasse weiterleitet. Auch hier haben sich unterschiedliche Vorgehen etabliert.

Delegation und Sanktionen

Kann das Entlassmanagement delegiert werden und wenn ja an wen?

Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagement wahrnehmen. Leistungserbringer in diesem Sinne niedergelassene Ärzte und medizinische Versorgungszentren.

Wie wird die Umsetzung des Entlassmanagement geprüft und bei Bedarf sanktioniert?

Aktuell ist nicht bekannt wie und wer das Entlassmanagement überprüft und welche Sanktionen es bei Nichteinhaltung der Soll-Vorgaben geben wird. Der MDK ist allerdings berechtigt, die Umsetzung der Vorgaben zu prüfen.

Soziale Arbeit

Gibt es mehr Personal für das Entlassmanagement?

Nicht pauschal. Entsprechend der Umsetzung in Ihrem Krankenhaus und der sich daraus ggf. ergebenden Mehrarbeit für die Soziale Arbeit muss innerhalb Ihres Krankenhauses verhandelt werden. Die zusätzlichen Aufgaben für die Soziale Arbeit im Entlassmanagement sind sehr heterogen. Bei einer Übernahme der Einwilligungserklärung 1b und der Erstellung eines Entlassplans kann mit einem Mehraufwand von 10 Minuten pro GKV Patient liegen, zu dem der Sozialdienst Kontakt hatte.

Welche Pflichten gibt es für mich?

Auch die Pflichten ergeben sich aus den festgelegten Verfahrensweisen innerhalb Ihres Krankenhauses. Aus datenschutzrechtlichen Gründen dürfen Sie keine Unterlagen ohne Zustimmung des Patienten weiterleiten. Auch sollten Sie sich als Sozialarbeiter*in selbst informieren, ob der Patient Anlage 1b (Frage 1 und 2) zugestimmt hat und dies bei Bedarf erneut mit dem Patienten thematisieren.

Deutsche Vereinigung für
Soziale Arbeit im
Gesundheitswesen e.V.

DVSG

**Gemeinsam für die Soziale Arbeit
im Gesundheitswesen.**

DVSG-Bundesgeschäftsstelle
Haus der Gesundheitsberufe
Alt-Moabit 91, 10559 Berlin
T + 49 (0) 30 / 39 40 64 54-0
F + 49 (0) 30 / 39 40 64 54-5
info@dvsg.org,
www.dvsg.org