



Deutsche Vereinigung für
Soziale Arbeit im
Gesundheitswesen e.V.

Gemeinsam für die Soziale Arbeit
im Gesundheitswesen.

FAQ Entlassmanagement - Akut



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: 1. Auflage März 2018
2. überarbeitete Auflage Dezember 2019

Inhaltsverzeichnis

Rahmenbedingungen	6
Wer hat Anspruch auf ein Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1a SGB V?	6
Wann ist das Entlassmanagement in Akutkrankenhäusern umzusetzen?	6
Information und Einwilligung.....	6
Wie werden die Patient*innen über das Entlassmanagement informiert?.....	6
Wann muss die Einwilligung zum Entlassmanagement auf der Anlage 1b erfolgen?	6
Kann die Anlage 1b auch von Angehörigen unterschrieben werden?	7
Sind Ehepartner*innen automatisch die gesetzlichen Vertreter*innen?	7
Was ist, wenn die/der Betroffene nicht unterzeichnen kann?	7
Müssen beide Anlagen an die Krankenkasse geschickt werden?	7
Kann die/der Patient*in ihre/seine Zustimmung wieder zurücknehmen?	7
Können Anschlussleistungen trotz Ablehnung zum Entlassmanagement beantragt werden?	7
Assessment	8
Wann muss das initiale Assessment gemacht werden? Gibt es Vorgaben zum Inhalt?	8
Wann muss das differenzierte Assessment gemacht werden und von wem? Gibt es Vorgaben?	8
Entlassplan und Informationspflicht.....	8
Laut Rahmenvertrag muss ein Entlassplan unter der Verantwortung der Ärztin/des Arztes geführt werden. Welche Inhalte sollen hier aufgeführt sein?	8
Ist der Entlassplan an die Kranken-/Pflegekasse zu senden?.....	8
Ist der Entlassplan für die/den Patient*in/en bestimmt?.....	8
Muss der Entlassplan digital geführt werden?.....	8
Verordnungen	9
Welche Verordnungen können ausgestellt werden?.....	9
Kann eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auch für den stationären Aufenthalt ausgestellt werden?.....	9
Welche Hilfsmittel sind entlassrelevant?	9
Besteht bei der Verordnung von Hilfsmitteln ein Regressrisiko?	9
Ändert sich etwas an der Verordnung für häusliche Krankenpflege?	9
Unter welche Regelungen fällt Verbandsmaterial? Darf dies auch nur für maximal sieben Tage verordnet werden?.....	9
Gibt es spezielle Muster für das Verordnungswesen?	10
Wer darf Verordnungen ausstellen?	10
Wann dürfen die Verordnungen ausgestellt werden und gibt es Ausnahmen?	10
Müssen die Verordnungen digital erstellt werden?.....	10
Krankenkassen haben Monatspauschalen bei verschiedenen Versorgungsangeboten (z.B. Trachealkanülenversorgung). Wie verhält es sich mit der Verordnung von sieben Tagen?.....	10

Welche sind genehmigungsfreie Hilfsmittel?.....	10
Gibt es eine Formatvorgabe für Rehaanträge?.....	10
Wie ist die BSNR für mein Krankenhaus? Gibt es eine BSNR speziell für das Entlassmanagement?.....	10
Was ist ein Fachgruppencode?.....	10
Wie erhalten die Ärzt*innen die Krankenhausarzt Nummer (KH-ANR)?	11
Wie setzt sich die Krankenhausarzt Nummer zusammen?	11
Wo erhalte ich die Rezepte? Gibt es bei der Lagerung etwas zu beachten?	11
Können Medikamente weiter mitgegeben werden? Gibt es Ausnahmen?.....	11
Ansprechpartner*innen.....	11
Gibt es Vorgaben wer die/der Ansprechpartner*in im Krankenhaus für das Entlassmanagement sein muss?	11
Wie sollen die Telefonnummern und die Erreichbarkeit für die Nachversorger*innen dargestellt werden?.....	11
Gibt es neue Teams und Kontakte bei den Kostenträger*innen für das Entlassmanagement?.....	11
Wie ist die telefonische Erreichbarkeit der Kostenträger*innen?	11
Wann muss die Hausärztin/der Hausarzt kontaktiert werden?.....	12
Rechte und Pflichten	12
Wann muss die Kranken-/Pflegekasse regelhaft eingeschaltet werden?.....	12
Welche Pflichten hat das Krankenhaus?	12
Welche Pflichten hat die Kranken-/Pflegekasse?.....	12
Ist ein Entlass Gespräch mit der Ärztin/dem Arzt verpflichtend?.....	12
Mitzugebende Dokumente	12
Gibt es Veränderungen im Entlassbrief?.....	12
Muss der Medikationsplan für die/den Patient*in/en eine vorgegebene Form haben?	12
Antikorruption	13
Sind Kooperationsverträge mit Nachversorger*innen noch statthaft?	13
Welche Möglichkeiten gibt es eine adäquate Versorgung durch Nachversorger*innen zeitnah und gut versorgt zu organisieren?.....	13
Wie wird das Wunsch- und Wahlrecht dokumentiert und wo?	13
Wenn Leistungsanbieter*innen keinen Vertrag mit der Krankenkasse haben, dürfen diese dennoch liefern?.....	13
Delegation und Sanktionen.....	13
Kann das Entlassmanagement delegiert werden und wenn ja, an wen?	13
Wie wird die Umsetzung des Entlassmanagement geprüft und bei Bedarf sanktioniert?	13
Soziale Arbeit	14
Gibt es mehr Personal für das Entlassmanagement?	14
Welche Pflichten gibt es für den Sozialdienst?	14

FAQ zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGBV (Rahmenvertrag Entlassmanagement) in der Fassung der 2. Änderungsvereinbarung vom 12.12.2018

Die Hinweise der FAQ Zusammenstellung basieren auf fachlicher, nicht auf juristischer Einschätzung und 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 der/des Geschäftsführer*in/s. Die Auslegungen für jedes Krankenhaus sind daher in Abstimmung mit der/dem jeweiligen Geschäftsführer*in und dem klinikinternen Justizariat zu treffen.

Im Folgenden werden 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 Patient*innen in stationärer bzw. teilstationärer Akutbehandlung bzw. in einer sogenannten stationsäquivalenten Behandlung (vgl. Psychiatrie).

Privat-Krankenversicherte und Patient*innen der Berufsgenossenschaft (BG) haben Anspruch auf ein „allgemeines“ Entlassmanagement. Die Informationspflicht ergibt sich aus dem § 630 c BGB.

Exkurs: Entlassmanagement in Rehabilitationskliniken → siehe FAQ Entlassmanagement-Reha

Wann ist das Entlassmanagement in Akutkrankenhäusern umzusetzen?

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement in Akutkrankenhäusern gilt seit dem 01.10.2017.

Information und Einwilligung

Wie werden die Patient*innen über das Entlassmanagement informiert?

Der Gesetzgeber hat in § 39 Abs. 1a SGB V festgelegt, dass alle Patient*innen 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*innen
- 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 die Anlagen 1a und 1b direkt bei der Aufnahme unterzeichnen, andere wiederum lassen die Anlage 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 von der/dem Patient*in/en selbst oder seiner/seinem Bevollmächtigten/ Betreuer*in unterzeichnet werden.

Sind Ehepartner*innen automatisch die gesetzlichen Vertreter*innen?

Nein. Eine Eheschließung bedingt keine gesetzliche Vertretung.

Was ist, wenn die/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 einer/eines bewusstlosen Patient*in/en), muss die Unterschriftsleistung in Anlage 1 a und 1b nachgeholt werden. Bei langfristiger Beeinträchtigung der/des Patient*in/en ist eine gesetzliche Betreuung zu beantragen, sofern keine Vorsorgevollmacht vorliegt. Die Formulare Anlage 1a und 1b liegen mittlerweile auch in einfacher Sprache vor.

Müssen beide Anlagen an die Krankenkasse geschickt werden?

Anlage 1a nicht. Diese muss nur in der Krankenakte hinterlegt sein, ggf. auf Anfrage der/dem Patient*in/en in Kopie mitgegeben werden.

Anlage 1 b soll dagegen an die Kasse übermittelt werden, wenn die/der Patient*in 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.

Ergänzend gibt es nunmehr die Möglichkeit, über § 301 SGB V die Unterstützung der Krankenkasse anzufordern und die Zustimmung zur Datenweitergabe, sowie weitere Informationen im Rahmen des § 301-Verfahrens zu übermitteln. Die Krankenkasse übermittelt im Gegenzug eine/einen direkten Ansprechpartner*in zurück.

Kann die/der Patient*in ihre/seine Zustimmung wieder zurücknehmen?

Ja, die/der Patient*in kann jederzeit ihre/seine Zustimmung widerrufen. Dieser Widerruf muss für alle am Entlassmanagement Beteiligte erkennbar sein. Hier gilt es, den Widerruf 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 (inklusive Beantragung von Leistungen) ohne Zustimmung der/des Patient*in/en für nicht zulässig erachten.

Assessment

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

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement der Pflege (DNQP) dient als Grundlage für die Regelung. Es ist ein Initial-Assessment zu wählen/zu entwickeln, das geeignet ist, Patient*innen 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?

Bei Patient*innen mit komplexem Hilfebedarf sind geeignete differenzierte Assessments anzuwenden. Ziel ist es, den spezifischen Unterstützungsbedarf dieser Patient*innengruppen frühzeitig zu ermitteln. Je Patient*innengruppe sind unterschiedliche Assessment-Instrumente geeignet (vgl. Geriatrische Assessments).

Entlassplan und Informationspflicht

Laut Rahmenvertrag muss ein Entlassplan unter der Verantwortung der Ärztin/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 der/des Patient*in/en ergriffen wurden, um die individuell erforderliche nachstationäre Versorgung der/des Patient*in/en zu organisieren (Wer? Wann? Was? Mit wem? Datum, Namenszeichen). Dies beinhaltet auch die Absprachen mit der/dem Patient*in/en, den Angehörigen, dem Behandlungsteam (z.B. Fallbesprechungen), den vor- und nachstationären Versorger*innen und Kostenträger*innen. Von besonderer Bedeutung ist auch die Dokumentation, wenn die/der Patient*in Maßnahmen/ Unterstützungsleistungen ablehnt.

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

Nein - aus Datenschutzgründen dürfen – bei Einwilligung der/des Patient*in/en - 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 die/den Patient*in/en bestimmt?

Gemäß Rahmenvertrag muss der Entlassplan in der Krankenakte hinterlegt sein. Dies kann vom Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) geprüft werden. Optional kann der Entlassplan auch der/dem Patient*in/en mitgegeben werden.

Muss der Entlassplan digital geführt werden?

Nein, aus Effizienzgründen ist es aber sinnvoll. Die Umsetzung wird von den KIS-Hersteller*innen 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, Soziotherapie) 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 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.

In der dritten Änderungsvereinbarung im ersten Quartal 2020 wird die Krankentransportbescheinigung im Rahmen des Entlassmanagement mit aufgenommen.

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 Vertragsärzt*innen 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, in der Regel **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 oder ähnliches sollte dezidiert geprüft werden, ob im Einzelfall der Bedarf besteht, Hilfsmittel zu verordnen. Dies sollte jeweils im Einzelfall begründet und dokumentiert werden.

Besteht bei der Verordnung von Hilfsmitteln ein Regressrisiko?

Nein, für Hilfsmittel, 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 maximal sieben 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?

Fachärztinnen/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. „Für die **unmittelbar im Zusammenhang mit einer Krankenhaus-entlassung erforderliche Versorgung von Hilfsmitteln kann die Verordnung bereits vor dem Entlassungstag** erfolgen; in diesem Fall ist zusätzlich zur Angabe des Ausfertigungsdatums ... das voraussichtliche Entlassungsdatum im Verordnungsfeld anzugeben.“ (Änderung in § 6 Abs. 3 Satz 3 Rahmenvertrag Krankenhaus gem. 2. Änderungsvereinbarung vom 12.12.2018)

Müssen die Verordnungen digital erstellt werden?

Nein, Verordnungen dürfen handschriftlich oder digital ausgefüllt werden. Der Einsatz von „Klebchen“ ist **nicht** zulässig.

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

Sollte keine kleinste Packungsgröße für maximal 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 Hilfsmittelerbringer*innen.

Gibt es eine Formatvorgabe für Rehaanträge?

Im vierten Quartal 2019 wurde der bundeseinheitliche AHB Antrag der Krankenkassen über die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. veröffentlicht, mit der Aufforderung diese ab dem 01.10.2020 zu nutzen. Die Hersteller*innen der Krankenhausinformationssysteme werden diese den Kranken-häusern anbieten, sodass sie direkt in ihrem System integriert werden können.

Gemäß SGB I könnten jedoch grundsätzlich alle Anträge formlos gestellt werden.

Wie ist die BSNR für mein Krankenhaus? Gibt es eine BSNR 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 die Kostenträger*innen die fachliche Qualifikation der Ärzt*innen 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). Ab dem 01.01.2020 müssen die Krankenhäuser der Fachgruppecode durch die Krankenhausarzt Nummer ersetzt werden.

Wie erhalten die Ärzt*innen die Krankenhausarzt Nummer (KH-ANR)?

Die Krankenhausarzt Nummer muss das Krankenhaus beim Krankenhausarzt Nummernverzeichnis (www.krankenhausarzt Nummer.de) beantragen. Hierzu muss sich das Krankenhaus einmalig registrieren. Alle im Krankenhaus tätigen Ärztinnen/Ärzte erhalten eine Arzt Nummer, insofern sie gemeldet wurden. In der Regel bleibt eine bereits bestehende Arzt Nummer (aus dem ambulanten Bereich) bestehen, dennoch sind auch diese Ärztinnen/Ärzte der Verzeichnisstelle zu melden.

Wie setzt sich die Krankenhausarzt Nummer zusammen?

Die ersten 6 Ziffern sind arztindividuell, die 7 Ziffer bildet eine Quersumme und die letzten beiden Ziffern bezeichnen die Fachgruppe. Ärztinnen/Ärzte mit mehreren Facharztabschlüssen können auch mehrere Krankenhausarzt Nummern haben. Alle Assistenzärzt*innen haben als letzte Ziffern die 87. Achten sie darauf, dass die verwendeten Krankenhausarzt Nummern auf den Rezepten und Verordnungen ausschließlich die, der Fachärzt*innen sein dürfen.

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 Landeskrankengesellschaft genannt wurde. Sie sind sicher aufzubewahren.

Können Medikamente weiter mitgegeben werden? Gibt es Ausnahmen?

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

Ansprechpartner*innen

Gibt es Vorgaben wer die/der Ansprechpartner*in im Krankenhaus für das Entlassmanagement sein muss?

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, von Montag bis Freitag von 9:00 – 19:00 Uhr und Samstag und Sonntag von 10:00 – 14:00 Uhr ein*e/n Ansprechpartner*in für Fragen der Nachversorger*innen 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*innen dargestellt werden?

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

Gibt es neue Teams und Kontakte bei den Kostenträger*innen für das Entlassmanagement?

Dies ist äußerst heterogen umgesetzt.

Wie ist die telefonische Erreichbarkeit der Kostenträger*innen?

Je Geschäftszeit der einzelnen Krankenkasse.

Wann muss die Hausärztin/der Hausarzt kontaktiert werden?

Gemäß Rahmenvertrag soll die Hausärztin/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, aber nur bei schriftlicher Zustimmung der/des Patient*in/en/Bevollmächtigten bzw. Betreuer*in/s. Die Entscheidung obliegt dem Krankenhaus.

Welche Pflichten hat das Krankenhaus?

Frühestmögliche Übermittlung der Einwilligung der/des Patient*in/en 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 nach dem SGB XI oder Änderungen, Einbeziehung Pflegeberater*innen gemäß § 7a SGB XI, Häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Hilfsmittelversorgung, Rehabilitation oder genehmigungspflichtige Leistungen im Rahmen der Anschluss- oder Übergangsversorgung - Kontaktaufnahme mit der Kranken- bzw. Pflegekasse vor Einbindung eines Leistungserbringers, Unterstützung der/des Patient*in/en bei der Antragstellung

Die Anforderung der Unterstützung durch die Krankenkasse ist mittlerweile über das § 301 SGB V-Verfahren möglich, aber nicht verpflichtend.

Standardisierung/ Anpassung der internen und sektorenübergreifenden Entlassprozesse

Welche Pflichten hat die Kranken-/Pflegekasse?

Die/der Patient*in 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 der/dem Patient*in/en wahr. „Bei individuellem Erfordernis unterstützt die Kranken- bzw. Pflegekasse die Umsetzung des Entlassmanagements patientenbezogen“ (§ 10 Abs. 2 Rahmenvertrag). Sie sind verpflichtet, die/den Patient*in/en und das Krankenhaus unverzüglich über die getroffene Entscheidung zu informieren. Ziel ist die gemeinsame Organisation der nachstationären Versorgung inklusive Sicherstellung des zeitgerechten Einsatzes zwischen Krankenhaus und Kranken- bzw. Pflegekasse

Ist ein Entlass Gespräch mit der Ärztin/dem Arzt verpflichtend?

ja

Mitzugebende 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 die/den Patient*in/en 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 Nachversorger*innen 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 der/des Patient*in/en (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 die/der Geschäftsführer*in des Krankenhauses.

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

Der Rahmenvertrag sieht hierzu keine Lösungsvorschläge vor. In Gesprächen mit Rechtsanwält*innen wurde folgendes Vorgehen empfohlen: Auf Basis von Qualitätssicherungskriterien ist eine Auflistung von Anbieter*innen möglich. Diese Auflistung kann der/dem Patient*in/en bei Wunsch als Entscheidungshilfe vorgelegt werden.

Wie wird das Wunsch- und Wahlrecht dokumentiert und wo?

Das Wunsch- und Wahlrecht ist in der Akte zu vermerken. Gleichzeitig empfiehlt es sich, die/den Patient*in/en dies mit der Benennung ihrer/seiner Wahl der Leistungserbringer*in unterschreiben zu lassen. Eine Bevorzugung oder Empfehlung einer Leistungserbringer*in durch das Krankenhaus ist nicht statthaft. Um der/dem Patient*in/en eine Auswahlmöglichkeit zu bieten, sind mehrere geeignete Anbieter*innen zu benennen.

Wenn Leistungsanbieter*innen keinen Vertrag mit der Krankenkasse haben, dürfen diese dennoch liefern?

Die Lieferung durch andere Leistungserbringer*innen als durch die Vertragspartner*innen der Kranken-/ Pflegekasse geschehen auf eigenes Risiko der ausliefernden Leistungserbringer*innen. In der Regel wird ein Austausch der Hilfsmittel erfolgen. Es empfiehlt sich, mit den Leistungserbringer*innen zu vereinbaren, eine Rückmeldung an das Krankenhaus zu geben und gemeinsam zu klären, wer die Rezepte an die Krankenkasse weiterleitet. Auch hier haben sich unterschiedliche Vorgehensweisen etabliert.

Delegation und Sanktionen

Kann das Entlassmanagement delegiert werden und wenn ja, an wen?

Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringer*innen nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagement wahrnehmen. Leistungserbringer*innen in diesem Sinne sind niedergelassene Ärzt*innen 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.

Im Rahmen von Zertifizierungen ist damit zu rechnen, dass die Umsetzung der geforderten Standards geprüft wird.

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 gesetzlich krankenversicherte*r/n Patient*in liegen, zu der/dem der Sozialdienst Kontakt hatte.

Welche Pflichten gibt es für den Sozialdienst?

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