



Deutscher Verein für
Soziale Arbeit im
Gesundheitswesen e.V.

Gemeinsam für die Soziale Arbeit
im Gesundheitswesen.

FAQ Entlassmanagement-Reha



Impressum:

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

Verantwortlich: Eleonore Anton, Simone Köser & Sibylle Kraus

Titelfoto: Susanne Greshake

Version: November 2019

Inhaltsverzeichnis

Rahmenbedingungen	5
Wer hat Anspruch auf ein Entlassmanagement nach §§ 40 bzw. 41 SGB V?	5
Ab wann ist das Entlassmanagement in den Rehabilitationskliniken umzusetzen?.....	5
Information und Einwilligung.....	5
Wie werden die Rehabilitand*innen über das neue Entlassmanagement informiert?.....	5
Wann muss die Einwilligung zum Entlassmanagement auf der Anlage 1b erfolgen?	6
Kann die Anlage 1b auch von Angehörigen unterschrieben werden?	6
Sind Ehepartner*innen automatisch die gesetzlichen Vertreter*innen?	6
Was ist, wenn die/der Betroffene nicht unterzeichnen kann?	6
Müssen beide Anlagen an die Krankenkasse geschickt werden?	6
Kann die/der Rehabilitand*in ihre/seine Zustimmung widerrufen?	6
Können Anschlussleistungen trotz Ablehnung der Rehabilitand*innen zum Entlassmanagement beantragt werden?	6
Assessment	7
Wie ist die Erhebung des Nachsorgebedarfs von Rehabilitand*innen geregelt, wenn kein Assessment vorgeschrieben ist?	7
Entlassplanung der Rehabilitationseinrichtung.....	7
Rehabilitand*innenwunsch	8
Welche Informationen sind an die Kranken-/Pflegekasse zu senden?	8
Reha-Entlassungsbericht	8
Muss es eine Leistungsbeurteilung geben?	8
Verordnungen	8
Sind die Verordnungen von Leistungen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und 12 SGB V Pflicht?	8
Welche Verordnungen können seit dem 01.02.2019 (Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha) ausgestellt werden?	8
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?	9
Wer darf Verordnungen ausstellen?	9
Wann dürfen die Verordnungen ausgestellt werden und gibt es Ausnahmen?.....	9

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
Wie ist die BSNR für mein Krankenhaus? Gibt es eine BSNR speziell für das Entlassmanagement? 10	
Was ist ein Fachgruppencode?.....	10
Wo erhalte ich die Rezepte? Gibt es bei der Lagerung etwas zu beachten?	10
Können Medikamente weiter mitgegeben werden? Gibt es Ausnahmen?.....	10
Ansprechpartner*innen für Fragen der Nachversorger*innen.....	11
Gibt es neue Teams und Kontakte bei den Gesetzlichen Kranken-/Pflegekassen für das Entlassmanagement?	11
Wie ist die telefonische Erreichbarkeit der Kostenträger*innen?	11
Wann muss die Hausärztin/der Hausarzt u.a. kontaktiert werden?.....	11
Rechte und Pflichten	11
Wann muss die Kranken-/Pflegekasse regelhaft eingeschaltet werden?	11
Welche Pflichten hat die Reha-Klinik?	11
Welche Pflichten hat die Kranken-/Pflegekasse?.....	12
Ist ein Entlass-Gespräch mit der Ärztin/dem Arzt verpflichtend?.....	12
Mitzugebende Dokumente	12
Gibt es Vorgaben zum Reha-Entlassungsbericht?.....	12
Muss der Medikationsplan für die/den Rehabilitand*in/en eine vorgegebene Form haben?	12
Antikorruption	12
Sind Kooperationsverträge mit Nachversorger*innen noch statthaft?	12
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
Refinanzierung des zusätzlichen Aufwands	13
Soziale Arbeit.....	14
Gibt es mehr Personal für das Entlassmanagement?	14
Welche Pflichten gibt es für den Sozialdienst?	14
Wichtige zusätzliche Aspekte	14

FAQ zum Rahmenvertrag Entlassmanagement von stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 40 Abs. 2 Satz 6 und 41 Abs. 1 Satz 4 in Verbindung mit 39 Abs. 1a SGB V für Rehabilitand*innen der gesetzlichen Krankenversicherung (Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha) vom 01.02.2019

Die Hinweise in den FAQ basieren auf fachlicher, nicht auf juristischer Einschätzung und sind ohne Gewähr.

Der Rahmenvertrag zum Entlassmanagement-Reha bietet an einigen Stellen ein hohes Maß an Interpretationsspielraum. Die Umsetzung der Vorgaben ist eine Organisationspflicht der Rehabilitationsklinik und obliegt daher der Verantwortung der/des Geschäftsführer*in/s. Die Auslegungen für jede Rehabilitationsklinik sind in Abstimmung mit der/dem jeweiligen Geschäftsführer*in und dem trägerinternen 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 Rehaklinik interne Umsetzung.

Rahmenbedingungen

Wer hat Anspruch auf ein Entlassmanagement nach §§ 40 bzw. 41 SGB V?

Rehabilitand*innen, die über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in die **stationäre** medizinische Rehabilitation kommen.

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha gilt nicht für ambulante oder teilstationäre Rehabilitand*innen und ebenso nicht für privat krankenversicherte Rehabilitand*innen oder diejenigen, die über andere Kostenträger eine Rehamaßnahme oder stationäre Weiterbehandlung in einer Fachklinik durchführen.

Der Anspruch auf Entlassmanagement gilt grundsätzlich für Rehabilitand*innen, die gem. § 40 Abs. 2 Satz 6 und 41 Abs. 1 Satz 4 SGB V ihre stationäre medizinische Rehabilitation in einer Rehaklinik durchführen, die Versorgungsverträge nach §§ 111 oder 111a SGB V abgeschlossen hat bzw. für die ein Versorgungsvertrag nach §§ 111 Abs. 3 oder 111a Abs. 2 SGB V als abgeschlossen gilt.

Ebenso gilt der Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha für Einrichtungen, deren Qualitätsmanagement auf Grundlage des § 20 Abs. 2a SGB IX zertifiziert ist. Die konkrete Umsetzung ist im Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha geregelt.

Ab wann ist das Entlassmanagement in den Rehabilitationskliniken umzusetzen?

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement für die stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen gilt seit dem 01.02.2019. Die Umsetzung ist ab 01.08.2019 verpflichtend.

Information und Einwilligung

Wie werden die Rehabilitand*innen über das neue Entlassmanagement informiert?

GKV-Rehabilitand*innen ist das Formular „Information zum Entlassmanagement nach §§ 40 Abs. 2 Satz 6 und 41 Abs. 1 Satz 4 in Verbindung mit 39 Abs. 1 a SGB V“ (Anlage 1 a Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha) auszuhändigen. Das ist zu dokumentieren. Eine Unterschrift der/des Rehabilitand*in/en ist, im Gegensatz zu den Vorgaben im Rahmenvertrag Entlassmanagement Krankenhaus, **nicht** erforderlich.

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 Anlage 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 Rehabilitand*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 der Unterschriftenregelung auf dem Behandlungsvertrag umzusetzen. Bei langfristiger Beeinträchtigung der/des Rehabilitand*in/en ist eine gesetzliche Betreuung zu beantragen, sofern keine Vorsorgevollmacht vorliegt.

Müssen beide Anlagen an die Krankenkasse geschickt werden?

Anlage 1a muss der/dem GKV-Rehabilitand*in/en ausgehändigt werden und die Übergabe in der Patientenakte dokumentiert sein, ggf. auch die Gründe für „Nicht-Übergabe“ bzw. Sondersituationen.

Anlage 1 b sollte erst dann an die Krankenkasse übermittelt werden, wenn die Unterstützung der Kranken-/Pflegekasse erforderlich ist und die/der Rehabilitand*in der Unterstützung des Entlassmanagement durch die Kranken-/Pflegekasse zugestimmt hat.

Kann die/der Rehabilitand*in ihre/seine Zustimmung widerrufen?

Ja, der/die Rehabilitand*in kann jederzeit ihre/seine Zustimmung widerrufen. Der Widerruf muss für alle am Entlassmanagement Beteiligten erkennbar sein und jeweils aktuell im Klinikinformationssystem hinterlegt sein, ggf. als Merkzeichen/Fallklassifikation o.ä..

Können Anschlussleistungen trotz Ablehnung der Rehabilitand*innen 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 Rehabilitand*innen für nicht zulässig erachten.

Assessment

Wie ist die Erhebung des Nachsorgebedarfs von Rehabilitand*innen geregelt, wenn kein Assessment vorgeschrieben ist?

Der Nachsorgebedarf wird während des Rehabilitationsverlaufs durch das Rehabilitationsteam anhand der Untersuchungs-/Therapieergebnisse unter ärztlicher Leitung ermittelt und entsprechend der Anforderungen der/des Rehabilitationsträger*in/s umgesetzt. Ziel ist es, den spezifischen Unterstützungsbedarf von Rehabilitand*innen mit Nachsorgebedarf frühzeitig zu ermitteln.

Die konkrete Umsetzung obliegt der Verantwortung der jeweiligen Rehabilitationsklinik vor dem Hintergrund deren spezifischen Indikationsspektrums und den daraus resultierenden grundsätzlichen nachstationären Versorgungsbedarfen. Hierfür können geeignete Assessmentinstrumente eingesetzt werden (vgl. Geriatrische Assessments).

Entlassplanung der Rehabilitationseinrichtung

Laut Rahmenvertrag ist „die Entlassplanung als ein rehabilitationsbegleitender, standardisierter Prozess in multidisziplinärer Zusammenarbeit gestaltet.“ (§ 6 Abs. 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha)

„In der Entlassplanung sind die Inhalte nach § 3 zu berücksichtigen und in der einrichtungsinternen Dokumentation festzuhalten.“ (§ 6 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha)

Inhalte

- Dokumentation des medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarfs im Anschluss an die Rehabilitation
- Einleitung der medizinischen und pflegerischen Anschlussversorgung
- frühzeitige Kontaktaufnahme mit der weiterbehandelnden Ärztin/dem weiterbehandelnden Arzt bzw. Leistungserbringer*in
- Hilfestellung und Beratung bei der Beantragung von Leistungen
- Hilfestellung bei der Kontakthanbahnung zur Selbsthilfe
- Verordnung der Leistungen und Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, sofern diese unmittelbar im Anschluss an die Versorgung erforderlich sind
- Aushändigung des Reha-Entlass-Berichts

Kann-Leistung

- Hilfestellung bei der Beantragung erforderlicher Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Hilfestellung bei der Beantragung erforderlicher Maßnahmen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- Vermittlung in Beratung der ggf. zuständigen Rehabilitationsträger*innen bzw. ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatungsstellen (§ 8 Rahmenvertrag)

In der Dokumentation sind die wesentlichen Inhalte der Beratung und die Maßnahmen festzuhalten, die entsprechend dem individuellen Bedarf der/des Rehabilitand*innen eingeleitet wurden, um die individuell erforderliche nachstationäre Versorgung der/des Rehabilitand*in/en zu organisieren (mit Angaben zu dem wer, wann, was, mit wem organisiert hat plus Datum und Namenszeichen). Das beinhaltet auch Absprachen mit der/dem Rehabilitand*in/en, den Angehörigen, dem Behandlungsteam (z.B. Fallbesprechungen), den vor- und nachstationären Versorger*innen und Kostenträger*innen. Von besonderer Bedeutung ist die Dokumentation, wenn der Patient Maßnahmen/ Unterstützungsleistungen ablehnt.

Rehabilitand*innenwunsch

Rehabilitand*innen und Angehörige sind in den Entlassprozess einzubeziehen. Dies gilt insbesondere für die freie Wahl der Leistungserbringer*innen durch die GKV-Rehabilitand*innen.

Bei Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ist das gesetzliche Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX zu beachten.

Welche Informationen sind an die Kranken-/Pflegekasse zu senden?

Aus Datenschutzgründen dürfen, aber nur bei Einwilligung der/des Rehabilitand*in/en, die individuellen medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarfe und die sich daraus ergebenden notwendigen einzuleitenden Maßnahmen und die ggf. vereinbarten Leistungserbringer*innen an die Kranken-/Pflegekasse gesendet werden, die für die Kranken- bzw. Pflegekasse relevant sind, d.h. Daten im Rahmen des SGB V bzw. SGB XI.

Reha-Entlassungsbericht

Jede Rehabilitationseinrichtung erstellt einen Reha-Entlassungsbericht, der zum Entlassungszeitpunkt zumindest als vorläufiger Reha-Entlassungsbericht der/dem Rehabilitand*in/en ausgehändigt werden muss.

Dieser beinhaltet neben den Stammdaten der/des Rehabilitand*in/en, dem Aufnahme- und Entlassungsdatum auch die Kontaktdaten der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes. Ebenso sind neben der Klinischen Anamnese, der Sozialanamnese mit orientierender Arbeitsanamnese, auch der Aufnahmebefund, der Rehabilitationsprozess und das Rehabilitationsergebnis sowie eine Information über Arzneimittel und die Epikrise mit Empfehlungen zur Nachsorge verpflichtende Inhalte.

Muss es eine Leistungsbeurteilung geben?

Eine zusammenfassende Bewertung (Epikrise) auf der Grundlage des positiven /negativen **Leistungsvermögens** (bei GKV-Rehabilitand*innen im erwerbsfähigen Alter auch bezogen auf den Arbeitsmarkt) ist erforderlich.

Verordnungen

Sind die Verordnungen von Leistungen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und 12 SGB V Pflicht?

Nein, die Rehabilitationsklinik **kann** Leistungen gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und 12 SGB V (Arzneimittel, Häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel, Heilmittel, Soziotherapie) verordnen, sowie die Arbeitsunfähigkeit feststellen, **bis maximal sieben Tage nach Entlassung, sofern dies erforderlich ist** und nicht z.B. von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt verordnet werden kann. Die konkrete Umsetzung obliegt der Verantwortung der jeweiligen Rehabilitationsklinik.

Welche Verordnungen können seit dem 01.02.2019 (Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha) 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. Für die Zeit des stationären Aufenthaltes kann eine Aufenthaltsbescheinigung erstellt werden, die zur Vorlage bei den Arbeitgeber*innen und bei der Krankenkasse genutzt werden kann.

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, i.d.R. nicht im Rahmen des Entlassmanagements zu verordnen sind (z.B. Seh-, Hörhilfen, Prothesen)!

Ausnahmen sind zu begründen, z.B. Beatmungsgeräte.

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 Tagessätze abgegolten. Für die Leistungserbringer*innen 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*innen 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?

Ärztinnen/Ärzte; im Unterschied zum Rahmenvertrag Entlassmanagement-Krankenhaus, darf in der Rehabilitationsklinik jede Ärztin/jeder Arzt Verordnungen ausstellen.

Wann dürfen die Verordnungen ausgestellt werden und gibt es Ausnahmen?

Rehabilitationskliniken können Leistungen gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V verordnen, „soweit dies für den Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist.“ (§ 10 Abs. 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha)

Die Verordnung ist nur zulässig, wenn die Versorgung der/des Rehabilitand*in/en im Anschluss an die Rehabilitation nicht auf andere Art und Weise sichergestellt werden kann. „Das Tagesdatum der Verordnung ist das Entlassungsdatum, bei Arznei- und Heil- und Hilfsmittelverordnungen ist das Datum der Ausfertigung anzugeben.“ (§ 12 Abs. 4 Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha)

Ergänzung und Hinweis, wie es im Rahmenvertrag Entlassmanagement-Krankenhaus geregelt ist:

„Für die unmittelbar im Zusammenhang mit einer Krankenhausentlassung 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 Entlassmanagement Krankenhaus gem. 2. Änderungsvereinbarung vom 12.12.2018)

Diese Regelung gilt z.B. bei der Verordnung von Pflegebetten o. ä..

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 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*innen.

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

Für das Entlassmanagement erhält die Reha-Einrichtung auf Antrag von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine versorgungsspezifische Betriebsstättennummer. Diese wurde i.d.R. bereits zugeteilt.

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).

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

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

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 Richtlinie des G-BA ist im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots jeweils zu prüfen, ob im Einzelfall ggf. die Mitgabe von Arzneimitteln am Wochenende oder über Feiertag wirtschaftlicher ist als eine Verordnung der kleinsten Packungsgröße. Dies trifft z.B. zu, wenn durch die Mitgabe der Arzneimittel über das Wochenende die Behandlung abgeschlossen ist.

Ansprechpartner*innen für Fragen der Nachversorger*innen

Im Gegensatz zu den Vorgaben im Rahmenvertrag Entlassmanagement-Krankenhaus müssen Rehabilitationskliniken **keine** Ansprechpartner*innen für Fragen der Nachversorger*innen benennen.

Gibt es neue Teams und Kontakte bei den Gesetzlichen Kranken-/Pflegekassen für das Entlassmanagement?

Das ist äußerst heterogen umgesetzt.

Wie ist die telefonische Erreichbarkeit der Kostenträger*innen?

je Geschäftszeit der einzelnen Kranken-/Pflegekasse

Wann muss die Hausärztin/der Hausarzt u.a. kontaktiert werden?

Gemäß Rahmenvertrag soll bei festgestelltem medizinischen/pflegerischen Versorgungsbedarf eine Kontaktaufnahme zur/zum weiterbehandelnden Ärztin/Arzt oder Leistungserbringer*in erfolgen. (§ 3 Abs. 2 Rahmenvertrag)

Rechte und Pflichten

Wann muss die Kranken-/Pflegekasse regelhaft eingeschaltet werden?

Bei erforderlichem Unterstützungsbedarf, insbesondere bei genehmigungspflichtigen Leistungen ist die Kranken-/Pflegekasse zu informieren, allerdings nur bei Zustimmung der/des Rehabilitand*in/en. Die Entscheidung obliegt der Reha-Klinik.

Welche Pflichten hat die Reha-Klinik?

- rechtzeitige Planung und Umsetzung, Einleitung der notwendigen Maßnahmen, um Versorgungslücken zu vermeiden
- Ermittlung des voraussichtlichen medizinischen und/oder pflegerischen Versorgungsbedarfs im Anschluss an die Rehabilitation
- Überprüfung und Abschluss der Entlassungsplanung spätestens einen Tag vor Entlassung
- Information an die Kranken- bzw. Pflegekasse bei erforderlicher Unterstützung bei genehmigungspflichtigen Leistungen (nur mit Zustimmung der/des Rehabilitand*in/en)
- frühestmögliche Übermittlung der Einwilligung der/des Rehabilitand*in/en durch die Reha-Klinik an die Kranken- bzw. Pflegekasse bei notwendiger Unterstützung des Entlassmanagements und Zustimmung des Rehabilitanden
- ggf. mit Unterstützung der Kranken – und Pflegekasse Einleitung der erforderlichen medizinischen und pflegerischen Anschlussversorgung
- Einbezug der/des Rehabilitand*in/en und ggf. seiner Angehörigen /Bezugspersonen bei der Auswahl der Leistungserbringer und Terminabsprachen
- frühzeitige Vereinbarung von Terminen mit den für die weitere Behandlung erforderlichen Ärzt*innen sowie anderen für die individuelle Unterstützung erforderlichen Leistungserbringer*innen (Physio- und Ergotherapeut*innen, Pflegediensten, ...)
- ggf. auch Gespräch zwischen Ärztin/Arzt der Rehabilitationseinrichtung und niedergelassen*er/em Vertragsärztin/Vertragsarzt
- Hilfestellung bei der Kontakthanbahnung zur Selbsthilfe

Kann-Leistung

- Hilfestellung bei der Beantragung erforderlicher Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Rahmenvertrag-Reha)
- Hilfestellung bei der Beantragung erforderlicher Maßnahmen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

- Vermittlung der Beratung zu den zuständigen Rehabilitationsträger*innen bzw. zur ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (§ 8 Rahmenvertrag)
- Standardisierung/Anpassung der internen und sektorenübergreifenden Entlassprozesse

Welche Pflichten hat die Kranken-/Pflegekasse?

Die/der Rehabilitand*in hat einen Rechtsanspruch auf Unterstützung der Kranken-/Pflegekasse beim Entlassmanagement aus der Reha-Klinik, in Form von:

- Krankenkasse entscheidet unverzüglich über Anträge
- Kranken- und Pflegekasse kooperieren miteinander, um Versorgungslücken zu vermeiden
- Krankenkasse informiert über regionale Versorgungsangebote und unterstützt bei der Terminfindung
- Krankenkasse unterstützt bei der Terminfindung bei niedergelassenen Ärzt*innen, u.a.
- Pflegekasse unterstützt durch Einleitung der Begutachtung, Initiierung der Pflegeberatung und gemeinsame Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung

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

ja

Mitzugebende Dokumente

Gibt es Vorgaben zum Reha-Entlassungsbericht?

Laut Rahmenvertrag ist die vorgegebene Struktur gemäß § 13 Rahmenvertrag umzusetzen. Sofern einzelne Bereiche nicht zutreffen, sind keine Ausführungen erforderlich:

0. Stammdaten der/des Rehabilitand*in/en
1. Allgemeine und Klinische Anamnese
2. Sozialanamnese mit orientierender Arbeitsanamnese
3. Aufnahmebefund einschließlich Reha relevanter Vorbefunde
4. Rehabilitationsprozess und -ergebnis
5. Arzneimittel
6. Zusammenfassende Bewertung (Epikrise)
7. Empfehlungen für nachgehende/weiterzuführende Maßnahmen

Bestehende Vorlagen der DRV können genutzt werden.

Der Reha-Entlassbericht ist für jeden GKV-Rehabilitanden zu erstellen.

Muss der Medikationsplan für die/den Rehabilitand*in/en eine vorgegebene Form haben?

Es wird ein bundeseinheitlicher Medikationsplan gemäß § 31a SGB V empfohlen, wenn Arzneimittel-Verordnungen 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 Rehabilitand*in/en. 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 Strafrechtsgesetzbuchs strafbar. Verantwortlich für die korrekte Umsetzung der Vorgaben ist die/der Geschäftsführer*in der Rehabilitationsklinik.

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 Anbietern möglich
- diese Auflistung kann der/dem Rehabilitand*in/en auf 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, der/dem Rehabilitand*in/en dies mit der Benennung seiner Wahl der/des Leistungserbringer*in/s unterschreiben zu lassen. Eine Bevorzugung oder Empfehlung eines Leistungserbringers durch die Rehabilitationsklinik ist nicht statthaft. Um der/dem Rehabilitand*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 geschieht 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, dass diese eine Rückmeldung an die Rehabilitationsklinik geben und gemeinsam zu klären, wer die Verordnungen an die Krankenkasse weiterleitet. Auch hier haben sich unterschiedliche Vorgehensweisen etabliert.

Delegation und Sanktionen

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

Die Rehabilitationsklinik kann mit den Leistungserbringer*innen nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagement wahrnehmen. Leistungserbringer*innen in diesem Sinne sind Vertragsärzt*innen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ).

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

Im Rahmenvertrag Entlassmanagement Rehabilitation wurde vereinbart, dass zunächst Erfahrungen gesammelt werden, bevor Prüfverfahren implementiert werden. (§ 10 Abs. 2 Rahmenvertrag)

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

Refinanzierung des zusätzlichen Aufwands

„Die Vergütung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich des Entlassmanagements ist nicht Gegenstand dieser Vereinbarung, sondern obliegt den Vertragsparteien nach § 111 Abs. 5 SGB V.“ (Präambel Abs. 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha)

Die Berufung auf diese Klausel und sich daraus ergebende Refinanzierungsmöglichkeiten sind bei Vergütungsverhandlungen mit Krankenkassen und in Schiedsstellenverfahren möglich.

Soziale Arbeit

Gibt es mehr Personal für das Entlassmanagement?

Nicht pauschal. Entsprechend der Umsetzung in Ihrer Reha-Klinik muss die sich daraus ggf. ergebende Mehrarbeit für die Soziale Arbeit intern verhandelt werden.

Welche Pflichten gibt es für den Sozialdienst?

Auch die Pflichten ergeben sich aus den festgelegten Verfahrensweisen/Standards innerhalb der Rehabilitationsklinik.

Wichtige zusätzliche Aspekte

Aus datenschutzrechtlichen Gründen dürfen Sie **keine** Unterlagen ohne Zustimmung der/des Rehabilitand*in/en weiterleiten. Auch sollten Sie sich als Sozialarbeiter*in selbst informieren, ob die/der Rehabilitand*in der Anlage 1b (Frage 1 und 2) zugestimmt hat und dies bei Bedarf erneut mit der/dem Rehabilitand*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