

**Rahmenvertrag zum 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 Rehabilitanden
der gesetzlichen Krankenversicherung
(Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha)
vom 01.02.2019**

in der Fassung der 1. Änderungsvereinbarung vom 25.09.2023

Inkrafttreten zum 01.11.2023

Der GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und als
Spitzenverband Bund der Pflegekassen

und

die Kassenärztliche Bundesvereinigung

und

der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.

das Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V.

der Bundesverband Geriatrie e. V.

der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.

der Bundesverband ~~für stationäre Suchtkrankenhilfe~~ Suchthilfe e. V. (bus)

der Deutsche Caritas Verband e. V.

die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) e. V.

der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband –Gesamtverband– e. V.

das Deutsche Rote Kreuz –Generalsekretariat– e. V.

das Evangelische Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.

die Elly Heuss–Knapp–Stiftung –Deutsches Müttergenesungswerk–

der Fachverband Sucht[±] e. V.

schließen folgenden Rahmenvertrag:

Präambel

Die Vertragspartner schließen diesen Rahmenvertrag, um die sachgerechte Anschlussversorgung nach stationären Rehabilitationsleistungen an dem bisherigen Behandlungsprozess auszurichten und die Angebote der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zum Wohle der Rehabilitanden wirkungsvoll aufeinander abzustimmen.

Das Entlassmanagement soll dazu beitragen Versorgungslücken zu vermeiden, die Qualität der medizinisch-pflegerischen Versorgung zu verbessern und die Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation zu sichern. Dazu wird den Rehabilitationseinrichtungen gemäß §§ 40 Abs. 2 Satz 6 und 41 Abs. 1 Satz 4 i.V. mit 39 Abs. 1a ~~Satz 6~~ SGB V unter anderem die Möglichkeit eröffnet, Verordnungen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und 33a SGB V für eine begrenzte Zeit zur Überbrückung der Übergangsphase von der stationären in die ambulante Behandlung vorzunehmen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen und zu bescheinigen (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V). Die Verantwortung für die Anschlussversorgung im nachfolgenden Versorgungsbereich liegt in der Regel beim niedergelassenen Vertragsarzt.¹

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.

§ 1

Geltungsbereich und Regelungsinhalte des Rahmenvertrages

Dieser Rahmenvertrag gilt für alle gesetzlichen Krankenkassen nach § 4 SGB V und für alle stationären Rehabilitationseinrichtungen, mit denen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Versorgungsverträge nach §§ 111 oder 111a SGB V abgeschlossen haben bzw. für die Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach §§ 111 Abs. 3 oder 111a Abs. 2 SGB V als abgeschlossen gilt sowie für stationäre Rehabilitationseinrichtungen, deren einrichtungsinternes Qualitätsmanagement auf der Grundlage des § 37 Abs. 3 SGB IX zertifiziert ist. Die Regelungen dieses Rahmenvertrags ersetzen bestehende Vereinbarungen zum Entlassmanagement. Entlassmanagement nach diesem Vertrag kann nur für Rehabilitanden erbracht werden, die stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 Abs. 2 SGB V oder 41 SGB V erhalten.

¹ Mit den in diesem Vertrag und seinen Anlagen verwendeten Personenbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

§ 2

Sicherstellung des Entlassmanagements

Das Entlassmanagement ist ein Bestandteil von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und liegt daher in der Verantwortung der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung. Für die Umsetzung wirken Rehabilitationseinrichtungen und Krankenkassen sowie Pflegekassen partnerschaftlich zusammen. Das Entlassmanagement beinhaltet die Organisation einer strukturierten Zusammenarbeit insbesondere im Sinne des § 3 Abs. 2 und 3 zwischen Rehabilitationseinrichtungen und weiterbehandelnden Ärzten und Leistungserbringern. Der Rehabilitand hat einen Anspruch auf Entlassmanagement gegenüber der Rehabilitationseinrichtung und einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements durch seine Krankenkasse. Von der Krankenkasse wird in der Leistungsbewilligung ein Ansprechpartner für das Entlassmanagement benannt. Die Verantwortung für die Unterstützung des Entlassmanagements liegt bei der Krankenkasse.

§ 3

Inhalte des Entlassmanagements

- (1) Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Rehabilitanden beim Übergang in die Versorgung nach medizinischer Rehabilitation. Es handelt sich um einen systematischen und standardisierten Prozess, der dazu dient, die erforderliche medizinische und ggf. pflegerische Versorgung des Rehabilitanden im Anschluss an die Rehabilitation vorzubereiten bzw. einzuleiten. Das Entlassmanagement und die Auswahl der erforderlichen Bestandteile erfolgen personenzentriert und tragen dem individuellen Unterstützungsbedarf und den eigenen Handlungsmöglichkeiten des Rehabilitanden Rechnung.
- (2) Bestandteile des Entlassmanagements sind insbesondere
 - die Feststellung und Dokumentation des medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarfs, der im Anschluss an die Rehabilitation besteht,
 - bei festgestelltem Versorgungsbedarf die Einleitung der medizinischen und/oder pflegerischen Anschlussversorgung des Rehabilitanden, ggf. inklusive frühzeitiger Kontaktaufnahme zum weiterbehandelnden Arzt oder Leistungserbringer,
 - die Verordnung von Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen nach § 10, wenn diese für die Versorgung unmittelbar im Anschluss an die Rehabilitation erforderlich sind,
 - Hilfestellung und Beratung bei der Beantragung von Leistungen der Kranken- und/oder Pflegekasse, die im Anschluss an die Rehabilitation erforderlich sind,
 - Hilfestellungen bei der Kontakthanbahnung zur Selbsthilfe,

- die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach § 11, soweit dies unmittelbar im Anschluss an die Rehabilitation erforderlich ist,
- Aushändigung eines Reha-Entlassungsberichts bzw. eines vorläufigen Reha-Entlassungsberichts (vgl. § 13) an den Rehabilitanden am Entlassungstag zur Sicherung des Informationsflusses.

(3) Des Weiteren können Bestandteile des Entlassmanagements sein:

- Hilfestellungen bei der Beantragung von erforderlichen Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben,
- Hilfestellungen bei der Beantragung von erforderlichen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

§ 4

Einwilligung des Rehabilitanden

- (1) Das Entlassmanagement sowie die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten bedürfen der vorherigen Einwilligung des Rehabilitanden. Die Rehabilitationseinrichtung informiert ihn zuvor schriftlich oder elektronisch über die Ziele und die Durchführung des Entlassmanagements (siehe Anlage 1a). Eine Einwilligung ist nur wirksam, wenn sie auf der freien Entscheidung des Rehabilitanden beruht. Gegebenenfalls ist der gesetzliche Vertreter oder der Bevollmächtigte des Rehabilitanden zu informieren und dessen Einwilligung schriftlich oder elektronisch einzuholen. Für die Einwilligungserklärung ist die Anlage 1b zu verwenden.
- (2) Der Rehabilitand kann seine Einwilligung zum Entlassmanagement jederzeit widerrufen. Die Einwilligung und der Widerruf zum Entlassmanagement bedürfen der Schriftform.
- (3) Wenn die Krankenkasse oder die Pflegekasse im Rahmen des Entlassmanagements tätig werden soll, stellt die Rehabilitationseinrichtung sicher, dass die notwendige Einwilligung des Rehabilitanden vorliegt. Widerruft der Rehabilitand die Erteilung der Einwilligung gegenüber der Rehabilitationseinrichtung und ist die Krankenkasse bereits einbezogen, ist die Krankenkasse unverzüglich über den Widerruf zu informieren.
- (4) Willigt der Rehabilitand nicht in das Entlassmanagement ein, so ist dies in der Patientenakte zu dokumentieren.

§ 5

Beratung und Information des Rehabilitanden

Das Rehabilitationsteam unter ärztlicher Leitung berät und informiert den Rehabilitanden ggf. mit Unterstützung der Kranken- und Pflegekasse über die geplanten und eingeleiteten Maßnahmen des Entlassmanagements. Auf Wunsch des Rehabilitanden werden dessen

Angehörige/Bezugspersonen mit einbezogen. Sofern es für eine pflegerische Versorgung im Anschluss an die Rehabilitation erforderlich oder zweckmäßig ist, wird die vom Rehabilitanden benannte Pflegeeinrichtung über die Ergebnisse der Beratung informiert.

§ 6

Entlassplanung der Rehabilitationseinrichtung

- (1) Die Entlassplanung ist als ein rehabilitationsbegleitender, standardisierter Prozess in multidisziplinärer Zusammenarbeit gestaltet. Die Standards des Entlassmanagements sind für alle Beteiligten in der Rehabilitationseinrichtung in Schriftform oder elektronisch lesbar zur Verfügung zu stellen.
- (2) Die Rehabilitationseinrichtung beginnt rechtzeitig vor der geplanten Entlassung mit der Entlassplanung und deren Umsetzung, damit die notwendigen Maßnahmen ohne Verzögerung eingeleitet und Versorgungslücken möglichst vermieden werden können. Bei der Entlassplanung ist der voraussichtliche medizinische und/oder pflegerische Versorgungsbedarf im Anschluss an die Rehabilitation zu ermitteln. Die Entlassplanung wird spätestens am Tag vor der Entlassung überprüft und abgeschlossen. Sofern der Rehabilitationseinrichtung schriftliche Informationen aus einem unmittelbar zuvor erfolgten Entlassmanagement eines Krankenhauses vorliegen, berücksichtigt sie diese Angaben, um die Kontinuität des Behandlungsprozesses sicherzustellen.
- (3) In der Entlassplanung sind die Inhalte nach § 3 zu berücksichtigen und in der einrichtungsinternen Dokumentation festzuhalten.

§ 7

Prozess der Anschlussversorgung

- (1) Die Rehabilitationseinrichtung leitet ggf. mit Unterstützung der Krankenkasse und der Pflegekasse die erforderliche medizinische und/oder pflegerische Versorgung des Rehabilitanden im Anschluss an die Rehabilitation ein. Der Rehabilitand und ggf. dessen Angehöriger/Bezugsperson sind in den Prozess der Anschlussversorgung einzubeziehen. Dies schließt die Abstimmung über die Auswahl der Leistungserbringer und Terminabsprachen mit ein.
- (2) Zu den sich aus Absatz 1 ergebenden einzuleitenden Maßnahmen der Anschlussversorgung gehört unter Berücksichtigung des individuellen Unterstützungsbedarfs (vgl. § 3 Abs. 1 Satz 3) die frühzeitige Vereinbarung von Terminen mit den für die weitere Behandlung erforderlichen Ärzten sowie anderen für die Versorgung des Rehabilitanden erforderlichen Leistungserbringern, z. B. Physio- oder Ergotherapeuten und Pflegediensten. Dazu gehört bei Bedarf auch das notwendige Gespräch eines Arztes der Rehabilitationseinrichtung mit dem niedergelassenen Vertragsarzt.

- (3) Ist die direkte Terminfindung zur Weiterbehandlung bei einem niedergelassenen Arzt nicht möglich, so nimmt die Rehabilitationseinrichtung Kontakt zur Krankenkasse auf, die den Rehabilitanden bei der Terminfindung unterstützt.
- (4) Stellen sich während der Rehabilitation begründete Anhaltspunkte heraus, dass der Rehabilitand von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI bedroht ist, unterstützt die Rehabilitationseinrichtung ihn bei der Beantragung von Pflegeleistungen und nimmt Kontakt mit der Pflegekasse auf, damit diese die Begutachtung einleitet. Dies gilt auch im Falle einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit. Ist der Rehabilitand nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, bedarf aber im Anschluss an die Rehabilitation Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, unterstützt die Rehabilitationseinrichtung ihn bei der Antragstellung und leitet erforderlichenfalls die Überleitung in die Kurzzeitpflegeeinrichtung ein.
- (5) Sofern der Rehabilitand im Anschluss an die Rehabilitation absehbar pflegebedürftig im Sinne des SGB XI ist bzw. ein entsprechender Pflegebedarf besteht und die pflegerische Versorgung noch nicht organisiert ist, nimmt die Rehabilitationseinrichtung **frühestmöglich** Kontakt mit der Pflegekasse des Rehabilitanden auf. Diese initiiert die Pflegeberatung (z. B. gemäß § 7a SGB XI) und organisiert gemeinsam mit der Rehabilitationseinrichtung die erforderliche und den Wünschen des Rehabilitanden entsprechende Anschlussversorgung. Dies gilt auch, wenn sich der Pflegezustand verschlechtert und eine Neuorganisation der bisherigen Versorgung erfordert.
- (6) Wird der Rehabilitand mit einer Medikation entlassen, erhalten der Rehabilitand sowie der weiterbehandelnde Arzt eine zum Entlassungszeitpunkt aktuelle Medikationsdokumentation mit Medikationsempfehlungen. Diese kann auch entsprechend ~~den~~ **den** Vorgaben des § 31a SGB V als Medikationsplan erstellt werden. Mit Einwilligung des Rehabilitanden wird die Medikationsdokumentation auch der von ihm benannten nachversorgenden Pflegeeinrichtung übermittelt.

§ 8

Hilfestellungen bei der Beantragung von weiteren Leistungen zur Teilhabe

Erkennt die Rehabilitationseinrichtung im Laufe der Rehabilitation, dass der Rehabilitand einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und/oder Leistungen zur sozialen Teilhabe hat, informiert sie ihn darüber und ermutigt ihn zur Beantragung dieser Leistungen. Dabei bietet sie ihre Unterstützung bei der Antragstellung an. Sie bietet dem Rehabilitanden ferner die Vermittlung eines Beratungsgespräches mit dem voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger oder mit einer Beratungsstelle für die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung an.

§ 9

Zusammenarbeit der Rehabilitationseinrichtungen und der Krankenkassen

- (1) Sofern die Rehabilitationseinrichtung im Rahmen des Entlassmanagements feststellt, dass für die Anschlussversorgung des Rehabilitanden genehmigungspflichtige Leistungen der Krankenkassen erforderlich sind, informiert sie ihn darüber und bietet ihre Unterstützung bei der Antragstellung an.
- (2) Die Krankenkasse entscheidet über Anträge nach Absatz 1 unverzüglich. Sofern die Anträge Leistungen der Pflegeversicherung betreffen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen eng miteinander, um Versorgungslücken zu vermeiden.
- (3) Die Krankenkasse informiert die Rehabilitationseinrichtung auf Anfrage über regionale Versorgungsangebote, die für eine Anschlussversorgung des Rehabilitanden in Betracht kommen, und unterstützt bei Bedarf bei der Terminfindung.

§ 10

~~Verordnung der in § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V genannten Veranlasste Leistungen~~

- (1) Soweit dies für den Versicherten unmittelbar nach Entlassung erforderlich ist, können Rehabilitationseinrichtungen die in §§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und 33a SGB V genannten Leistungen verordnen, hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. § 73 Abs. 9 und 10 SGB V gelten entsprechend. Das Ordnungsrecht nach §§ 40 Abs. 2 Satz 46 und 41 Abs. 1 Satz 4 SGB V ist entsprechend ~~den Erfordernissen der~~ Erfordernisse des Entlassmanagements geregelt und somit für einen eingeschränkten Zeitraum zugelassen.
- (2) Die im Rahmen des Entlassmanagements durch einen Arzt der Rehabilitationseinrichtung verordneten Leistungen ~~müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (Wirtschaftlichkeitsgebot § 12 SGB V)~~ unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V. Für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit gilt § 113 Abs. 4 SGB V. ~~Die Vertragspartner dieses Rahmenvertrages empfehlen den Prüfungsstellen nach § 106c SGB V, von Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Rahmen des Entlassmanagements von Rehabilitationseinrichtungen abzusehen, bis Erfahrungen zur Verordnung von Leistungen durch Rehabilitationseinrichtungen vorliegen.~~
- (3) Die Einzelheiten für die Verordnung ergeben sich aus der jeweiligen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln gelten die Regelungen zu den Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen nach § 84 SGB V entsprechend. Bei der Verordnung von Arzneimitteln sind insbesondere auch die Verträge nach §§ 130a Abs. 8,

130b und 130c SGB V zu beachten. Bei der Verordnung digitaler Gesundheitsanwendungen gelten die Regelungen nach § 33a SGB V sowie die Vorgaben des BMV-Ä und Anlagen; insbesondere Anlage 34 BMV-Ä (Digitale Gesundheitsanwendungen).

- (4) Bei allen verordneten Leistungen ist das Recht des Rehabilitanden 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 Rehabilitand ist ausdrücklich auf das Recht der freien Wahl des Leistungserbringers hinzuweisen. Eine Bevorzugung eines Anbieters ist nicht statthaft. Vereinbarungen oder Absprachen zwischen Rehabilitationseinrichtungen und Apotheken oder sonstigen Leistungserbringern veranlasster Leistungen, die auf eine Zuweisung von Rehabilitanden abzielen, sind unzulässig.
- (5) Die Verordnung einer elektiven Krankenhausbehandlung ist nach Sinn und Zweck der Regelung gemäß §§ 40 Abs. 2 Satz 4 und 41 Abs. 1 Satz 4 SGB V nicht Gegenstand des Entlassmanagements für die Weiterversorgung im Anschluss an eine Rehabilitation. Eine notwendige Krankenhauseinweisung bleibt hiervon unberührt.

§ 11

Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

- (1) Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Rehabilitation folgende Versorgung des Rehabilitanden notwendig ist, kann die Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch den behandelnden Arzt der Rehabilitationseinrichtung erfolgen.
- (2) Bei der Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit ~~ist die~~ sind die für das Entlassmanagement in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen der stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) getroffenen Regelungen in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.
- (3) Die Attestierung der Arbeitsunfähigkeit erfolgt durch den behandelnden Arzt der Rehabilitationseinrichtungen bei Leistungen nach den §§ 40 Abs. 2 und 41 SGB V auf dem dafür vorgesehenen Vordruck (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung – Vordruck e01 gemäß § 4 Nr. 4.1 der Vereinbarung über die Verwendung digitaler Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung = Anlage 2b zum Bundesmantelvertrag Ärzte – BMV-Ä). Die Übermittlung der Ausfertigung für die Krankenkassen erfolgt durch ein elektronisches Verfahren. Die Angaben sind nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V unter Angabe der Diagnosen sowie unter Nutzung des sicheren Übermittlungsverfahrens nach § 311 Abs. 6 SGB V über die Telematikinfrastruktur unmittelbar elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln. Ausgenommen hiervon sind Rehabilitationseinrichtungen, die nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind. Diese erstellen mittels Stylesheet eine papiergebundene Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, senden die „Ausfertigung

Krankenkasse“ an die zuständige Krankenkasse und händigen die „Ausfertigungen Versicherter und Arbeitgeber“ an die Versicherten aus. Für die Erzeugung des Stylesheets gelten die Regelungen der Technischen Anlage eAU.

§ 12 Vordrucke

- (1) Für die ~~Vordrucke zur~~ Verordnung der Leistungen gemäß §§ 33a oder 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V und die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V gelten die Anlagen 2/2a-~~des/2b~~ BMV-Ä sowie die dazugehörigen und mit der Sonderkennzeichnung „Entlassmanagement“ versehenen Muster ~~1, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 18,~~ 26, 27 und 28, 62A, 62B und 62C der Anlagen 2/2a/2b BMV-Ä sowie die diesbezüglichen Vordruckerläuterungen und die technische Anlage eAU einschließlich des Vordrucks e01 und die technische Anlage eRezept sowie die technische Anlage zur Anlage 4a des BMV-Ä. Für die Sonderkennzeichnung im Rahmen der Herstellung der Vordrucke gelten die in der Technischen Anlage zu diesem Rahmenvertrag (Anlage 2) festgelegten Vorgaben. Für die Verschreibung von Betäubungsmitteln gelten die §§ 9 und 15 der Betäubungsmittelverschreibungsordnung und für die Verschreibung von Arzneimitteln mit teratogener Wirkung § 3a der Arzneimittelverschreibungsordnung. Es ist statthaft, die Vordrucke handschriftlich auszufüllen.
- (2) Für die Befüllung des Feldes „Vertragsarztstempel“ auf den Vordrucken gelten die Vereinbarungen der Landesebene untergesetzlichen Normen des vertragsärztlichen Bereichs entsprechend.
- (3) Die Rehabilitationseinrichtung darf die Vordrucke im Rahmen des Entlassmanagements verwenden. Eine Weitergabe an Dritte darf nicht erfolgen.
- (4) Das Tagesdatum (Feld „Datum“ an Stelle 22 – 29 in Zeile 7 des Personalienfeldes) ist das Entlassdatum, bei Arznei- und Heil- und Hilfsmittelverordnungen ist das Datum der Ausfertigung anzugeben (Ausfertigungsdatum).
- (5) Für das Entlassmanagement erhält die Rehabilitationseinrichtung 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 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern, soweit der Rehabilitationseinrichtung eine solche noch nicht zugeteilt wurde. Die Betriebsstättennummer nach Satz 1 beginnt mit den Ziffern „75“ und ist durch die Rehabilitationseinrichtung bei der Verordnung von Leistungen nach diesem Vertrag zu verwenden.
- (6) ~~In dem Feld Arztnummer der Verordnungen ist~~ Auf den Verordnungsmustern nach Absatz 1 ist im Feld „Arzt-Nr.“ die lebenslange Arztnummer nach § 293 Abs. 4 SGB V oder die

Krankenhausarztnummer ~~nach gemäß~~ §293 Abs. 7 SGB V ~~einzutragen anzugeben~~. Wurde an den verordnenden Arzt weder eine Arztnummer noch eine Krankenhausarztnummer vergeben, wird in das Feld eine 9-stellige ~~Fachgruppennummer Pseudoarztnummer~~ eingetragen. Die ~~Fachgruppennummer Pseudoarztnummer~~ stellt sich wie folgt dar:

- Stellen 1 – 7: ~~Pseudo-Arztnummer~~ „4444444“
- Stellen 8 – 9: Fachgruppencode gemäß ~~Anlage 3 zur Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV) Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten-, Praxisnetz- sowie der Netzverbundnummern~~ in ihrer jeweils gültigen Fassung versehen.

- (7) Die Verordnungen und Bescheinigungen nach Absatz 1 sind im Rahmen der Bedruckung oder Erstellung gesondert zu kennzeichnen. Hierzu ist in die papiergebundenen Formulare das einstellige-Kennzeichen „404“ bzw. „14“ an der 29. und 30. Stelle der Zeile 6 des Personalienfeldes gemäß ~~des in~~ Nr. 2.5 der technischen Anlage (Anlage 2) ~~abgebildeten~~ Musterbeispiels zu dieser Vereinbarung für die Bedruckung oder Erstellung einzutragen und bei elektronischen Verordnungen die ID 17 „Kennzeichen Rechtsgrundlage“ mit dem Wert „04“ bzw. „14“ gemäß der technischen Anlage zur elektronischen Arzneimittelverordnung (E1 6A) [KBV_ITA_VGEX_TECHNISCHE_ANLAGE_ERP] zu befüllen. In den Verordnungen und Bescheinigungen nach Absatz 1 Satz 1 ist in dem Feld „Betriebsstätten-Nr.“ die Betriebsstättennummer (BSNR) der Rehabilitationseinrichtung nach Absatz 5 auf die Vordrucke aufzutragen. In dem Feld „Arzt-Nr.“ ist die Nummer gemäß Absatz 6 aufzutragen. Im Rahmen des Entlassmanagements gemäß §§ 40 Abs. 2 Satz 4 und 41 Abs. 1 Satz 4 SGB V dürfen nur Arzneiverordnungsblätter (Muster 16) verwendet werden, bei denen in der Codierleiste die versorgungsspezifische Betriebsstättennummer der Rehabilitationseinrichtung nach Absatz 5 Satz 1 eingedruckt ist oder, sofern die Rehabilitationseinrichtung elektronische Verordnungen vornimmt, übermittelt wird.
- (8) Es gelten die technischen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Bedruckung und Erstellung.
- (9) Die Kosten für die Vordrucke werden von den Krankenkassen getragen. Die Kosten für den Versand der Vordrucke werden durch die Rehabilitationseinrichtungen getragen. Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen beauftragen die Druckereien, den Rehabilitationseinrichtungen Formulare bereitzustellen. Das Nähere zur Bereitstellung regeln die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen und die Rehabilitationseinrichtungen mit den Druckereien. Die Bereitstellung der Formulare erfolgt durch die Druckerei auf Bestellung durch die Rehabilitationseinrichtung.

§ 13

Reha-Entlassungsbericht

(1) Die Rehabilitationseinrichtung erstellt für jeden Rehabilitanden einen Entlassungsbericht mit der Kennzeichnung „vorläufiger“ oder „endgültiger“ Entlassungsbericht.

(2) Der Entlassungsbericht umfasst folgende Angaben:

- 0 Stammdaten des Rehabilitanden
 - 0.1 Aufnahme- und Entlassdatum
 - 0.2 Name des behandelnden Arztes in der Rehabilitationseinrichtung inkl. einer Telefonnummer für Rückfragen
- 1. Allgemeine und Klinische Anamnese**
 - 1.1 Aktuelle alltagsrelevante Beschwerden und rehabilitationsrelevante Beeinträchtigungen
 - 1.2 Allgemeine Anamnese
 - 1.3 Ggf. Biographische Anamnese bei psychischen Störungen
 - 1.4 Vegetative Anamnese
- 2. Sozialanamnese mit orientierender Arbeitsanamnese**
- 3. Aufnahmebefund einschließlich rehabilitationsrelevanter Vorbefunde, ergänzende Diagnostik während der Rehabilitation**
 - 3.1.1 Aufnahmebefund
 - 3.1.2 Allgemeiner körperlicher Befund
 - 3.1.3 Allgemeiner psychischer Befund
 - 3.1.4 Fachspezifischer Befund
 - 3.2 Rehabilitationsrelevante Vorbefunde
 - 3.3 Ergänzende Diagnostik während der Rehabilitation
- 4. Rehabilitationsprozess und -ergebnis**
 - 4.1 Rehabilitationsziele
 - 4.2 Besonderheiten im Rehabilitationsverlauf
 - 4.3 Abschlussbefund und Rehabilitationsergebnis
 - 4.4 Alle veranlassten Verordnungen und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit
 - 4.5 Nachfolgende Versorgungseinrichtung
 - 4.6 Mitgegebene Befunde
- 5. Arzneimittel (unter Angabe ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von § 115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen

Darreichungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten; ggf. auch in Form eines Medikationsplanes (im Sinne des § 7 Abs. 6)); Information über mitgegebene Arzneimittel

6. Zusammenfassende Bewertung (Epikrise) auf der Grundlage des positiven/negativen Leistungsvermögens (bei Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter auch bezogen auf den Arbeitsmarkt)
7. Empfehlungen für nachgehende/weiterzuführende Maßnahmen

Die Angaben im Entlassungsbericht folgen der vorgegebenen Struktur. Sofern einzelne Bereiche nicht zutreffen, sind keine Ausführungen erforderlich.

- (3) Der Entlassungsbericht wird dem Rehabilitanden bei seiner Entlassung ausgehändigt, soweit dem nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen und/oder mit dessen Einwilligung an den Hausarzt und ggf. an den weiterbehandelnden Arzt gesendet.
- (4) Soweit zum Zeitpunkt der Entlassung der Entlassungsbericht noch nicht fertig gestellt ist, ist ein vorläufiger Entlassungsbericht zu erstellen. Dieser muss mindestens folgende Angaben enthalten:
 - Stammdaten des Rehabilitanden
 - Aufnahmebefund
 - Abschlussbefund und Rehabilitationsergebnis
 - Empfehlung für nachgehende/weiterzuführende Maßnahmen
 - ggf. die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei erwerbsfähigen Versicherten
 - Kennzeichnung als „vorläufiger Entlassungsbericht“

Spätestens 14 Tage nach der Entlassung ist der vollständige Entlassungsbericht zu erstellen und dem Rehabilitanden –soweit dem nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen– zuzusenden.

§ 14

Übertragung von Aufgaben des Entlassmanagements

- (1) Die Rehabilitationseinrichtung kann gemäß §§ 40 Abs. 2 Satz 4 und 41 Abs. 1 Satz 4 in Verbindung mit § 39 Abs. 1a Satz 3 SGB V mit Leistungserbringern nach § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen.

- (2) Trifft die Rehabilitationseinrichtung eine Vereinbarung nach Absatz 1 mit einem oder mehreren Leistungserbringern nach § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V, stellt sie sicher, dass die Regelungen dieses Rahmenvertrages durch die jeweiligen Leistungserbringer vollständig beachtet werden.

§ 15

Dokumentationspflichten

Alle durchgeführten, organisierten und initiierten Maßnahmen des Enlassmanagements sind zu dokumentieren und für die Dauer von vier Kalenderjahren nach Abschluss des Kalenderjahres, in dem die Rehabilitation beendet wurde, aufzubewahren.

§ 16

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Rahmenvertrag tritt am 01.02.2019 in Kraft. Für die vollständige Umsetzung aller Regelungen dieses Rahmenvertrages wird den Rehabilitationseinrichtungen eine Übergangsfrist von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten eingeräumt.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen haben die Partner eine solche Ersatzregelung zu vereinbaren, die dem ursprünglichen Regelungsziel möglichst nahekommt.
- (3) Die Partner dieses Rahmenvertrages werden in angemessenen Zeitabständen überprüfen, ob der Rahmenvertrag aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen und neuer Erkenntnisse angepasst werden muss. Ist eine Anpassung erforderlich, erklären sich die Vertragspartner bereit, unverzüglich an der Verabschiedung eines entsprechend zu ändernden Rahmenvertrages mitzuwirken.
- (4) Dieser Rahmenvertrag kann von jedem Vertragspartner zum Schluss eines Kalenderjahres mit einer Frist von einem Jahr schriftlich unter Angabe von Gründen gegenüber den Vertragspartnern gekündigt werden. Für diesen Fall erklären sich die Vertragspartner bereit, unverzüglich Gespräche über eine ggf. notwendige Änderung des Vertrags aufzunehmen. Bis zur Neuvereinbarung oder Festsetzung durch das Bundesschiedsamt gilt der bisherige Rahmenvertrag fort.

Anlagen:

- 1a Information des Versicherten
- 1b Muster-Einwilligungserklärung
- 2 Technische Anlage