Rahmenvertrag

über ein Entlassmanagement

beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung

nach § 39 Absatz 1a SGB V

(Rahmenvertrag Entlassmanagement)

in der Fassung der

13. Änderungsvereinbarung vom 23.05.2025

Inkrafttreten zum 01.05.2025

zwischen

dem GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen
und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Berlin,

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

§ 1
Geltungsbereich

Der Rahmenvertrag gilt für Entlassungen von Patienten[1] aus voll-, tages- und teilstationären sowie stationsäquivalenten Behandlungen durch das Krankenhaus und aus Krankenhausbehandlungen nach § 115f SGB V.

Den Vertragspartnern ist bewusst, dass ein Entlassmanagement andere Leistungen und Leistungserbringer umfassen kann, als im SGB V und im SGB XI erwähnt; diese sind jedoch nicht Gegenstand dieses Vertrages.

§ 2
Zielsetzung

1) Ziel des Rahmenvertrages ist es, die bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung der Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung zu gewährleisten. Hierzu gehört eine strukturierte und sichere Weitergabe versorgungsrelevanter Informationen.

2) Der Patient und seine Bedürfnisse stehen im Zentrum der Bemühungen aller an der Versorgung beteiligten Personen. Das Entlassmanagement erfolgt patientenindividuell, ressourcen- und teilhabeorientiert und trägt in enger Abstimmung mit dem Patienten und - sofern erforderlich – dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Patienten Rechnung.

3) Der Anspruch des Patienten auf ein Entlassmanagement im Rahmen der Krankenhausbehandlung besteht gegenüber dem Krankenhaus, während gegenüber der Krankenkasse bzw. Pflegekasse ein Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements besteht. Hierzu werden die weiteren Einzelheiten in diesem Rahmenvertrag geregelt.

4) Für eine im Rahmen des Entlassmanagements vorgesehene Anschlussversorgung ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu beachten.

§ 3
Entlassmanagement

1) Das Krankenhaus stellt ein standardisiertes Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit sicher und etabliert schriftliche, für alle Beteiligten transparente Standards (z. B. für die Pflege: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege). Multidisziplinäre Zusammenarbeit beinhaltet für die Belange dieses Vertrages die Zusammenarbeit von Ärzten/psychologischen Psychotherapeuten, Pflegepersonal, Sozialdienst, Krankenhausapothekern und weiteren am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen. Die Verantwortlichkeiten im multidisziplinären Team müssen verbindlich geregelt werden. Die

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

Krankenhäuser informieren über ihr Entlassmanagement in ihrem Internetauftritt.

Protokollnotiz:

GKV-Spitzenverband und KBV setzen sich dafür ein, dass Informationen über die Standards des Entlassmanagements durch den G-BA in die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) und damit in die strukturierten Qualitätsberichte aufgenommen werden.

2) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche wird unter Verantwortung des Krankenhausarztes durch die Anwendung eines geeigneten Assessments der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Für Personengruppen mit einem komplexen Versorgungsbedarf nach der Entlassung ist es sinnvoll, Vorkehrungen für ein umfassendes Entlassmanagement im Rahmen eines differenzierten Assessments zu treffen. Dieser komplexe Versorgungsbedarf kann beispielsweise bei Patienten mit neu aufgetretenen, umfassenden Einschränkungen von Mobilität und Selbstversorgung bestehen. Für diese Patientengruppen sind spezifische Standards vorzusehen. Bei der Aufstellung des Entlassplans erfolgt zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Verordnungen gemäß § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V sowie einer unmittelbar nach der Krankenhausentlassung fortdauernden Arbeitsunfähigkeit. Zudem ist die Erforderlichkeit weiterer verordnungs-/veranlassungsfähiger Leistungen, z. B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V, Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, zu prüfen.

3) Der Entlassplan umfasst den voraussichtlichen Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausbehandlung. Sofern dem Krankenhaus Informationen zur Versorgungssituation vor der Krankenhausbehandlung vorliegen, berücksichtigt es diese Angaben, um die Kontinuität des Behandlungsprozesses sicherzustellen. Das Krankenhaus leitet die aufgrund des Versorgungsbedarfs im Entlassplan festgelegten, voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen frühestmöglich ein. Der Entlassplan muss für alle Mitarbeiter des Krankenhauses, die am Entlassmanagement des jeweiligen Patienten beteiligt sind, in der Patientenakte verfügbar sein.

4) Stellen die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 2 im Rahmen des Assessments einen Versorgungsbedarf explizit für die Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung fest, nimmt das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die Überleitung des Patienten anzubahnen. Absatz 6 ist dabei zu berücksichtigen. Für den Entlassungstag sorgt das Krankenhaus für die nahtlose Überleitung des Patienten in die Anschlussversorgung. Bei Bedarf nimmt das Krankenhaus hierzu Kontakt mit den Betreuern oder Personensorgeberechtigten oder in Abstimmung mit dem Patienten mit den Angehörigen auf. Wird im Assessment festgestellt, dass der Patient keiner Anschlussversorgung bedarf, ist dies in der Patientenakte zu dokumentieren. In diesen Fällen sind keine weiteren Einwilligungen nach Anlage 1b erforderlich.

5) Bei notwendiger Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse sind die

Information über das Vorliegen der Einwilligung des Patienten gemäß Anlage 1b und die erforderlichen Informationen aus dem Entlassplan zum frühestmöglichen Zeitpunkt durch das Krankenhaus elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln. Bei relevanten Veränderungen des patientenindividuellen Bedarfs der Anschlussversorgung werden der Entlassplan aktualisiert und die Krankenkasse bzw. Pflegekasse erneut über die sich daraus ggf. ableitende Unterstützung durch die Krankenkasse bzw. Pflegekasse informiert. Sobald absehbar ist, dass der Patient nicht nahtlos in die Anschlussversorgung übergeleitet werden kann und die Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e SGB V erforderlich wird, hat das Krankenhaus umgehend, spätestens mit dem Zeitpunkt der Feststellung der Erforderlichkeit der Übergangspflege, die Krankenkasse des Patienten in das Entlassmanagement einzubeziehen und die erforderlichen Informationen aus dem Entlassplan über Erforderlichkeit, Art und Umfang der Anschlussversorgung vor der Aufnahme in die Übergangspflege an die Krankenkasse elektronisch zu übermitteln. Widerruft der Patient seine Einwilligung, ist die Information über das Vorliegen des Widerrufs der Krankenkasse unverzüglich elektronisch zu übermitteln; je nach Zeitpunkt des Widerrufs entfällt die Übermittlung ergänzender Informationen aus dem Entlassplan. Das Nähere zur elektronischen Übermittlung regelt die Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V. Die Erklärungen sind unter Beachtung der jeweils geltenden datenschutzrechtlichen Vorgaben aufzubewahren. Auf Verlangen der Krankenkasse ist das Krankenhaus verpflichtet, der Krankenkasse unverzüglich die Einwilligungserklärung des Patienten und sofern diese widerrufen wurde, den Widerruf zu übermitteln.

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

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

weiterversorgenden pflegerischen Leistungserbringer erhalten aufgrund der Einwilligung des Patienten die erforderlichen Informationen zur weiteren pflegerischen Versorgung.

8) Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 33a, § 37b oder § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit. Der Patient ist über das Erfordernis der rechtzeitigen Inanspruchnahme der verordneten Leistungen zu informieren.

§ 4
Veranlasste Leistungen

1) Das Verordnungsrecht nach § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V ist auf die Erfordernisse des Entlassmanagements eingeschränkt. Hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. § 73 Absatz 9 und 10 SGB V gelten entsprechend.

2) Die im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Leistungen unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V. Für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit gilt § 113 Absatz 4 SGB V.

3) Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von

   - Arzneimitteln[2] in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung sowie von
   - Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
   - häuslicher Krankenpflege,
   - außerklinischer Intensivpflege,
   - Soziotherapie,
   - SAPV,
   - Krankenbeförderungsleistungen und
   - digitale Gesundheitsanwendungen

   für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen, wobei die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden sind. Sofern sich unmittelbar an die Krankenhausbehandlung eine Übergangspflege gemäß § 39e SGB V anschließt, gilt § 6 Absatz 3 Satz 4. Bei der Verordnung von Arzneimitteln sind insbesondere auch die Vorschriften des § 115c SGB V und Verträge nach §§ 130a Absatz 8, 130b und 130c

[2] Zu beachten ist insbesondere § 8 Absatz 3a Satz 1 der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA, wonach die durchgehende Versorgung einer Versicherten oder eines Versicherten mit Arzneimitteln nach dem Krankenhausaufenthalt sicherzustellen ist.

SGB V zu beachten. Bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln gelten die Regelungen zu den Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen nach § 84 SGB V entsprechend. Bei der Verordnung digitaler Gesundheitsanwendungen gelten die Regelungen nach § 33a SGB V.

4) Das Krankenhaus gewährleistet, dass der Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements die erforderlichen Verordnungen von veranlassten Leistungen und Medikamenten vollständig und korrekt vornimmt. Das Verordnungsrecht kann durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung ausgeübt werden.

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

6) Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erfolgen nach den Regelungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege. Sobald die Erforderlichkeit einer außerklinischen Intensivpflege durch das Krankenhaus festgestellt wird, hat dieses unverzüglich, in der Regel mindestens 14 Tage vor der geplanten Entlassung, die zuständige Krankenkasse hierüber zu informieren. Hierfür kann das Krankenhaus das Muster 62B, Abschnitt I bis III verwenden, in dem das Feld „Vorabinformation“ angekreuzt wird. Das Krankenhaus kann im Zuge dieser Vorabinformation in den Abschnitten I bis III des Musters 62B weitere Angaben machen, sofern diese nach seiner Einschätzung im individuellen Fall zu diesem Zeitpunkt bereits möglich und sinnvoll sind, um eine Beratung der oder des Versicherten durch die Krankenkasse zu unterstützen und damit die geordnete Überleitung in die außerklinische Intensivpflege zu befördern sowie Rückfragen zu vermeiden. Eine Verpflichtung zu Angaben durch das Krankenhaus in den Abschnitten I bis III des Musters 62B besteht im Zuge dieser Vorabinformation nicht. Die Vorabinformation dient der Informationsübermittlung des Krankenhauses an die Krankenkasse und stellt keine Verordnung dar. Vor Entlassung aus dem Krankenhaus ist die vollständige Verordnung auszufertigen.

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

8) Da das Entlassmanagement gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V dem Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung dient, ist die Verordnung von Krankenhausbehandlung im Rahmen des Entlassmanagements ausgeschlossen. Hiervon ausgenommen sind Fälle gemäß § 3 Absatz 3 der B-BEP-Abschlagsvereinbarung.

9) Die DKG informiert in geeigneter Weise über die bei der Verordnung von Leistungen nach

§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V zu beachtenden Bestimmungen; dies gilt insbesondere für die Arznei- und Betäubungsmittelverschreibungsverordnungen und der für die Verordnung digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 33a SGB V und SAPV nach § 37b SGB V geltenden Regelungsinhalte.

§ 5
Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

1) Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann die Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch den Krankenhausarzt mit abgeschlossener Facharztweiterbildung erfolgen. Sofern sich unmittelbar an die Krankenhausbehandlung eine Übergangspflege gemäß § 39e SGB V anschließt, gilt § 6 Absatz 3 Satz 4.

2) Bei der Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit sind die für das Entlassmanagement in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) getroffenen Regelungen in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. Eine Feststellung der stufenweisen Wiedereingliederung nach § 7 Absatz 1 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie erfolgt nicht im Rahmen des Entlassmanagements.

3) Bei der Feststellung und Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit ist das elektronische Verfahren gemäß Anlage 2b BMV-Ä durchzuführen. Es gelten die Regelungen der Anlage 2b BMV-Ä und der Technischen Anlage eAU.

§ 6
Vordrucke

1) Für die Verordnung der Leistungen gemäß § 33a, § 37b oder § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V und die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V gelten Anlage 2/2a/2b des BMV-Ä sowie die dazugehörigen und mit der Sonderkennzeichnung „Entlassmanagement“ versehenen Muster 4, 8, 12, 13, 15, 16, 26, 27, 28, 62A, 62B, 62C und 63 der Anlage 2/2a/2b des BMV-Ä sowie die diesbezüglichen Vordruckerläuterungen und die technische Anlage eAU und die technische Anlage eRP 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 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung und für die Verschreibung von Arzneimitteln mit teratogener Wirkung § 3a der Arzneimittelverschreibungsverordnung. Für die Befüllung des Feldes „Vertragsarztstempel“ auf den Vordrucken gelten die untergesetzlichen Normen des vertragsärztlichen Bereichs mit der Maßgabe, dass anstelle der versorgungsspezifischen Betriebsstättennummer (BSNR) das Standortkennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V zu verwenden ist; § 6 Absatz 4 bleibt unberührt. Abweichend von Satz 1 erfolgt die Verordnung von Krankenhausbehandlung zur Beatmungsentwöhnung (prolongiertes Weaning) in einem anderen Krankenhaus formlos (in Textform). Es gelten die Regelungen der

B-BEP-Abschlagsvereinbarung in der Fassung vom 26.10.2021.

2) Die Weitergabe von Vordrucken an Nichtvertragsärzte ist unstatthaft. Satz 1 gilt nicht für die Weitergabe von Vordrucken nach Absatz 1 an Ärzte im Krankenhaus („Nichtvertragsärzte“), die im Rahmen von § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V tätig werden.

3) Das Tagesdatum (Feld „Datum“ an Stelle 22 – 29 in Zeile 7 des Personalienfeldes) ist das Ausfertigungsdatum. Die Ausfertigung muss am Entlasstag erfolgen. Für die unmittelbar im Zusammenhang mit einer Krankenhausentlassung erforderliche Versorgung mit Hilfsmitteln kann die Verordnung bereits vor dem Entlasstag erfolgen; in diesem Fall ist zusätzlich zur Angabe des Ausfertigungsdatums gemäß Satz 1 das voraussichtliche Entlassdatum im Verordnungsfeld anzugeben. Für die außerklinische Intensivpflege kann die Verordnung bereits ab dem Zeitpunkt ausgestellt werden, ab dem die Erforderlichkeit einer außerklinischen Intensivpflege nach Entlassung festgestellt wird. Dabei ist das voraussichtliche Entlassdatum auf der Verordnung anzugeben. Sofern sich unmittelbar an die Krankenhausbehandlung eine Übergangspflege gemäß § 39e SGB V anschließt, gilt der Tag der Entlassung aus der Übergangspflege als Entlasstag; sofern die Verordnung gemäß Satz 3 bereits vor dem Entlasstag erfolgt, ist das voraussichtliche Entlassdatum aus der Übergangspflege im Verordnungsfeld anzugeben.

4) Ab dem 01.07.2023 ist anstelle der versorgungsspezifischen Betriebsstättennummer (BSNR) das Standortkennzeichen gemäß § 293 Absatz 6 SGB V durch das zuständige Krankenhaus bei der Verordnung von Leistungen und Arzneimitteln sowie zur Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit nach diesem Rahmenvertrag zu verwenden. Das Standortkennzeichen muss die eindeutige Zuordnung der nach § 4 genannten Leistungen zum Ort der Veranlassung gewährleisten. Es ist die einheitliche Verwendung des Standortkennzeichens in den Feldern „Betriebsstättennummer“; „Vertragsarztstempel“ und in der Codierleiste zu gewährleisten.

5) Auf den Verordnungsmustern nach Absatz 1 ist im Feld „Arzt-Nr.“ die Krankenhausarztnummer gemäß § 293 Absatz 7 SGB V anzugeben.

6) Die Verordnungen und Bescheinigungen nach Absatz 1 sind im Rahmen der Bedruckung oder Erstellung gesondert zu kennzeichnen. Hierzu ist in die Formulare das Kennzeichen „04“ bzw. „14“ an der 29. und 30. Stelle der Zeile 6 des Personalienfeldes gemäß Nummer 2.5 der Technischen Anlage (Anlage 2) zu dieser Vereinbarung für die Bedruckung oder Erstellung einzutragen und bei elektronischen Verordnungen sowie bei elektronischen Bescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit das Datenfeld „Kennzeichen Rechtsgrundlage“ mit dem Wert „04“ bzw. „14“ nach den Vorgaben der technischen Anlage zur elektronischen Arzneimittelverordnung bzw. der technischen Anlage zur elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemäß der Regelung der Nummer 2.5 der Technischen Anlage (Anlage 2) zu befüllen. In den Verordnungen und Bescheinigungen nach Absatz 1 Satz 1 ist in dem Feld „Betriebsstätten-Nr.“ das Standortkennzeichen des Krankenhauses nach Absatz 4 auf die Vordrucke aufzutragen. In dem Feld „Arzt-Nr.“ ist das Kennzeichen gemäß Absatz 5 aufzutragen. Im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Absatz 1a SGB V dürfen nur Arzneiverordnungsblätter (Muster 16) verwendet werden, bei denen in der Codierleiste das Standortkennzeichen des Krankenhauses entsprechend der Regelungen in Absatz 4 eingedruckt ist. Wenn das

Krankenhaus elektronische Verordnungen vornimmt und elektronische Bescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit ausstellt, muss das Standortkennzeichen entsprechend den Vorgaben der technischen Anlage eAU bzw. der technischen Anlage eRP des BMV-Ä im elektronischen Datensatz hinterlegt werden.

7) Es gelten die technischen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Bedruckung und Erstellung. Das Nähere zur Zulassung der Software zur Bedruckung regelt die DKG.

8) Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen beauftragen die Druckereien, den Krankenhäusern Formulare bereitzustellen. Das Nähere zur Bereitstellung regeln die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen und die Landeskrankenhausgesellschaften mit den Druckereien. Die Bereitstellung der Formulare erfolgt durch die Druckereien auf Bestellung durch die Krankenhäuser. Die Kosten für die Vordrucke werden von den Krankenkassen getragen. Die Kosten für den Versand der Vordrucke werden durch die Krankenhäuser getragen.

§ 7
Information und Beratung des Patienten

1) Das Krankenhaus informiert den Patienten vor dem Assessment gemäß § 3 schriftlich oder elektronisch über Inhalte und Ziele des Entlassmanagements und holt, sofern erforderlich, die schriftliche oder elektronische Einwilligung des Patienten für die Durchführung des Entlassmanagements ein. Zur Durchführung des Entlassmanagements gehört die Unterstützung durch die Krankenkasse. Für die Information und Einwilligung des Patienten in das Entlassmanagement sind die bundeseinheitlichen Formulare (Anlage 1a und 1b) zu verwenden. Diese enthalten auch Regelungen für die Einwilligung in die Datenübermittlung vom Krankenhaus an die Krankenkasse und Widerrufsregelungen. Bei Patienten, für die ein gerichtlicher Betreuer bestellt ist oder die durch einen Personensorgeberechtigten vertreten werden, ist der Betreuer oder der Personensorgeberechtigte zu informieren und dessen Einwilligung schriftlich oder elektronisch einzuholen.

2) Besteht die Notwendigkeit einer Anschlussversorgung, informiert das Krankenhaus den Patienten über die seinem Krankheitsbild entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen für die Anschlussversorgung. Soweit das Erfordernis besteht, nimmt das Krankenhaus zusätzlich Kontakt zur Krankenkasse bzw. Pflegekasse auf, damit diese gemeinsam mit dem Krankenhaus das Entlassmanagement organisiert.

3) Handelt es sich bei der notwendigen Anschlussversorgung um genehmigungspflichtige Leistungen, stellt das Krankenhaus dem Patienten die notwendigen Antragsunterlagen zur Verfügung, unterstützt den Patienten bei der Antragstellung und ggfls. der Weiterleitung an die Krankenkasse bzw. Pflegekasse. Für über § 4 hinausgehende genehmigungspflichtige Leistungen stellen die Krankenkassen auf Anfrage die Antragsunterlagen zur Verfügung. Für die Beantragung von Anschlussrehabilitation sind die bundeseinheitlichen Antragsformulare (Anlagen 3a und 3b) zu verwenden. Ab 01.03.2024 finden die bundeseinheitlichen Antragsformulare (Anlagen 3a und 3b) Version 2.0, in der Fassung vom 01.03.2024

Anwendung. Die Übermittlung der Inhalte der Formulare 3a und 3b in der jeweils gültigen Fassung hat ab dem 01.05.2025 nach der zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG vereinbarten Datenübermittlungs-Vereinbarung vom 01.04.2023 in dem Datenaustauschverfahren Anschlussrehabilitation zu erfolgen. Wird der Patient mit einer Medikation von gleichzeitig mindestens drei verordneten Arzneimitteln entlassen, erhält er einen Medikationsplan. Es gelten die Vorgaben nach § 31a SGB V und § 29a BMV-Ä. Der Medikationsplan ersetzt nicht die im Rahmen des Entlassmanagements gemäß Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses notwendige Information des weiterbehandelnden Arztes.

4) Dem Recht des Patienten auf freie Arztwahl nach § 76 SGB V sowie den Wahlrechten des Patienten nach § 2 SGB XI (Leistungen der Pflegeversicherung) oder § 8 SGB IX (Leistungen zur Teilhabe) ist bei der Umsetzung des Entlassplans durch das Krankenhaus sowie durch die Krankenkasse bzw. Pflegekasse Rechnung zu tragen.

§ 8
Kommunikation mit den Leistungserbringern der Anschlussversorgung

1) Das Krankenhaus stellt den Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung des Patienten beteiligten Leistungserbringern sicher.

2) Bei durch den Krankenhausaufenthalt unterbrochenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder Pflegesachleistungen ist der Pflegedienst oder die stationäre Pflegeeinrichtung des Patienten über den Termin der bevorstehenden Entlassung des Patienten zu informieren. Bezieht der Patient vor der Krankenhauseinweisung Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder Pflegesachleistungen, informiert der einweisende Arzt soweit möglich das Krankenhaus bei der Aufnahme im Rahmen der mitgegebenen Unterlagen (z. B. Überleitungsbrief, Medikationsplan, bisherige Angaben zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege, Angaben zu Pflegestufe/Pflegegrad) über die Versorgung des Patienten.

3) Das Krankenhaus führt bei Bedarf rechtzeitig vor der Entlassung das Gespräch mit dem weiterbehandelnden Arzt.

4) Für Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf soll ein zeitnaher Termin bei einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt vereinbart werden.

§ 9
Dokumentation an die weiterbehandelnden Ärzte

1) Der Entlassbrief ist zwingender Bestandteil des Entlassmanagements. Er ist zum Zeitpunkt der Entlassung dem Patienten und – sofern erforderlich – dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer auszuhändigen. Bei stationärer Anschlussheilbehandlung oder stationärer Pflege ist der Entlassbrief mit Einwilligung des Patienten sowohl der stationären Einrichtung als auch dem Hausarzt bzw. dem einweisenden/weiterbehandelnden Vertragsarzt zu übermitteln.

2) Ist zum Zeitpunkt der Entlassung die Mitgabe eines endgültigen Entlassbriefes nicht möglich, muss mindestens ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden, in dem alle getroffenen Maßnahmen und Verordnungen nach § 39 Absatz 1a Satz 7, § 33a, § 37b und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 sowie Beurteilungen nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V erfasst sind.

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

- Patientenstammdaten, Aufnahme- und Entlassdatum
- Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen
- Kennzeichnung „vorläufiger“ oder „endgültiger“ Entlassbrief
- Grund der Einweisung
- Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger
- Entlassungsbefund
- Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren)
- Weiteres Prozedere/Empfehlungen
- Arzneimittel (unter ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von § 115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen Darreichungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) und der Medikationsplan; § 8 Absatz 3a Arzneimittel-Richtlinie ist zu beachten; Information über mitgegebene Arzneimittel
- Alle veranlassten Leistungen (inklusive nach § 39 Absatz 1a Satz 7, § 33a, § 37b und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V) und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit
- Nachfolgende Versorgungseinrichtung
- Mitgegebene Befunde

§ 10
Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse und die Pflegekasse

1) Die Krankenkasse und die Pflegekasse unterstützt die Durchführung des Entlassmanagements des Krankenhauses nach § 3 in geeigneter Weise, beispielsweise durch die regelhafte Bereitstellung von Informationen zu Versorgungsstrukturen. Aufgabe der Krankenkasse ist es, gemeinsam mit dem Krankenhaus rechtzeitig vor der Entlassung die für die Umsetzung des Entlassplans erforderliche Versorgung zu organisieren, etwa die notwendigen Leistungserbringer zu kontaktieren (z. B. Vertragsärzte, Reha-Einrichtungen, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen) und für deren zeitgerechten Einsatz zu sorgen.

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

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

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

§ 11
Verträge auf Landesebene

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

§ 12
Inkrafttreten, Kündigung

1) Dieser Rahmenvertrag tritt zum 01.10.2017 in Kraft. Er kann mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden.

2) Die Vertragspartner verpflichten sich, im Fall einer Kündigung die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung unverzüglich aufzunehmen. Falls innerhalb von sechs Monaten nach Wirksamkeit der Kündigung keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet das gemäß § 118a Absatz 2 Satz 2 SGB V erweiterte Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 SGB V. Bis zur Neuvereinbarung oder Festsetzung durch das Bundesschiedsamt gilt der bisherige Rahmenvertrag fort.

§ 13
Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Vereinbarung im Übrigen dennoch gültig. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen haben die Parteien eine solche Ersatzregelung zu vereinbaren, die dem ursprünglichen Regelungsziel möglichst nahekommt.