

Wege zur Verbesserung der Sterbebegleitung in Krankenhäusern in Berlin

Zu den Aufgaben der Krankenhäuser gehören die Erkennung und Behandlung von Krankheiten aber auch Geburtshilfe und Sterbebegleitung.

Beinahe jede zweite BerlinerIn bzw. jeder zweite Berliner, die oder der stirbt, verbringt das Lebensende im Krankenhaus. Das ist zu entnehmen dem

► **Faktencheck „Palliativversorgung“ 2015,**

Faktenblatt Berlin, der Bertelsmann Stiftung

(<https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung/pid/medizinische-versorgung-am-lebensende-noch-zu-haeufig-im-krankenhaus/> bzw. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Faktencheck_Gesundheit/Faktenblatt_Berlin-Palliativversorgung_20151102.pdf)

Im Vergleich der Bundesländer ist das die höchste Quote in Deutschland.

Nur ein Teil der Sterbenden wird auf speziellen Palliativstationen versorgt. Weitaus mehr Menschen versterben auf anderen Stationen. Im

► **Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin**

(<https://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/>) heißt es dazu u.a. auf S. 100 „Wichtig ist, die Kompetenz der im Krankenhaus tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit sterbenden Patienten zu stärken und sie durch geeignete Qualifikation zu befähigen, um palliativmedizinischen Versorgungsbedarf zu erkennen und unter den unterschiedlichen Rahmenbedingungen ein Sterben und Abschiednehmen in Würde zu ermöglichen.“

Ambulante Hospizdienste können hierbei wichtige Partner der Krankenhäuser sein.

Auf Bundesebene wurden mit dem am 8. Dezember 2015 in Kraft getretenen

► **Hospiz- und Palliativgesetz**

(siehe <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung/hpg.html>) die Rahmenbedingungen dafür verbessert.

Es besteht nunmehr die Option der Beauftragung ambulanter Hospizdienste mit Sterbebegleitung in Krankenhäusern gem. § 39a Abs. 2 Satz 2 SGB V und damit die Chance einer Intensivierung der Kooperation und Verbesserung der Sterbebegleitungen in den Krankenhäusern.

Die Berliner Krankenhausgesellschaft, der Hospiz- und Palliativverband Berlin und die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin begrüßen die neue Möglichkeit und wollen die praktische Umsetzung in Berlin flankierend unterstützen.

Vor diesem Hintergrund wurde in 2016 eine gemeinsame temporäre Arbeitsgruppe zur Verbesserung der Sterbebegleitung in Berliner Krankenhäusern gebildet. Hier das Konzept der AG und die Mitgliederliste.

Auf einer Fachveranstaltung am 11.11.2016 wurden die bereits vorliegende Kooperationserfahrungen, von der AG entwickelte Instrumente und beabsichtigte Angebote vorgestellt sowie notwendige Rahmenbedingungen diskutiert.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
Oranienstr. 106, 10969 Berlin

An alle
Krankenhäuser und
ambulanten Hospizdienste
in Berlin
sowie Gäste

gemäß Verteiler (siehe Anlage 3)

Geschäftszeichen (bei Antwort bitte angeben)

II D 21

Bearbeiter/in:

Dr. Christina Fuhrmann

Zimmer:

5074

Telefon:

(030) 9028 (Intern: 928) 2222

Telefax:

(030) 9028 (Intern: 928) 2904

Datum:

14.11.2015

E I N L A D U N G

Sehr geehrten Damen und
sehr geehrte Herren,

hiermit lade ich Sie herzlich ein zur

Fachveranstaltung

„Wege zur Verbesserung der Sterbebegleitung in Krankenhäusern“

am 11. November 2015

von 9:00 Uhr bis 13:30 Uhr

in die Senatsverwaltung
für Gesundheit und Soziales
Oranienstraße 106
10969 Berlin
Raum 1.125/1.126

Dienstgebäude: Oranienstraße 106, 10969 Berlin (barrierefreier Zugang der Kategorie D)

Fahrverbindungen: U8 Moritzplatz, Bus M29; U6 Kochstr., Bus M29; U2 Spittelmarkt (ca. 10 Min. Fußweg); S1/S2/S25 Anhalter Bahnhof, Bus M29; Bus M29, 248;

Zahlungen bitte bargeldlos nur an die Landeshauptkasse, Klosterstr. 59, 10179 Berlin über eine der folgenden Bankverbindungen:

Bankverbindung 1: Postbank Berlin	BLZ: 100 100 10	Konto-Nr.: 58 100	oder	IBAN: DE 47 100 100 100 000 058 100	BIC: PBNKDEFF100
Bankverbindung 2: Berliner Sparkasse	BLZ: 100 500 00	Konto-Nr.: 0 990 007 600	oder	IBAN: DE 25 100 500 000 990 007 600	BIC: BELADEBEXXX
Bankverbindung 3: Deutsche Bundesbank	BLZ: 100 000 00	Konto-Nr.: 10 001 520	oder	IBAN: DE 53 100 000 000 010 001 520	BIC: MARKDEF1100

E-Mail: Christina.Fuhrmann@sengs.berlin.de

Internet: www.berlin.de/sen/gessoz/

(Der Empfang elektronisch signierter Dokumente ist vorerst nicht möglich.)

Zu den Aufgaben der Krankenhäuser gehören die Erkennung und Behandlung von Krankheiten aber auch Geburtshilfe und Sterbebegleitung.

Beinahe jede zweite Berlinerin bzw. jeder zweite Berliner, die oder der stirbt, verbringt das Lebensende im Krankenhaus. Nur ein Teil der Sterbenden wird auf speziellen Palliativstationen versorgt. Weitaus mehr Menschen versterben auf anderen Stationen. Im Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin heißt es dazu u.a. auf S. 100 *„Wichtig ist, die Kompetenz der im Krankenhaus tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit sterbenden Patienten zu stärken und sie durch geeignete Qualifikation zu befähigen, um palliativmedizinischen Versorgungsbedarf zu erkennen und unter den unterschiedlichen Rahmenbedingungen ein Sterben und Abschiednehmen in Würde zu ermöglichen.“*

Ambulante Hospizdienste können hierbei wichtige Partner der Krankenhäuser sein. Auf Bundesebene wurden mit dem am 8. Dezember 2015 in Kraft getretenen Hospiz- und Palliativgesetz die Rahmenbedingungen dafür verbessert. Es besteht nunmehr die Option der Beauftragung ambulanter Hospizdienste mit Sterbebegleitung in Krankenhäusern gem. § 39a Abs. 2 Satz 2 SGB V und damit die Chance einer Intensivierung der Kooperation und Verbesserung der Sterbebegleitungen in den Krankenhäusern.

Die Berliner Krankenhausgesellschaft, der Hospiz- und Palliativverband Berlin und die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin begrüßen die neue Möglichkeit und wollen die praktische Umsetzung in Berlin flankierend unterstützen.

Vor diesem Hintergrund wurde in 2016 eine gemeinsame Arbeitsgruppe gebildet, wobei auf Seiten der Krankenhäuser die unterschiedlichen Bereiche (Ärztin, Pflege, Sozialdienst, Verwaltung) vertreten waren. Ergebnisse der Arbeit der Arbeitsgruppe sollen bei der Fachveranstaltung am 11. November 2016 vorgestellt und Gelegenheit zu Kontaktaufnahme und Austausch gegeben werden.

Die Berliner Krankenhausgesellschaft, der Hospiz- und Palliativverband Berlin und die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin hoffen auf ein breites Interesse!

Das Programm im Einzelnen entnehmen Sie bitte der Anlage 1.

Aufgrund begrenzter Raumkapazität wird um **Rückmeldung bis zum 04.11.2016** unter Verwendung des Anmeldeformulars in Anlage 2 gebeten.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Gez. Dr. Christina Fuhrmann

Anlagen

- 1 - Programm
- 2 - Rückmeldeformular
- 3 - Verteiler

Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus

I. AUSGANGSSITUATION

Die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Menschen ist auch eine wesentliche Versorgungsaufgabe von Krankenhäusern in Deutschland.

Diese Behandlung erfolgt sowohl als allgemeine Palliativversorgung im Rahmen der Grundversorgung als auch als spezialisierte Palliativversorgung auf Palliativstationen oder durch multiprofessionelle Palliativdienste im gesamten Krankenhaus.

Die allgemeine Palliativversorgung im Krankenhaus außerhalb von Palliativstationen ist sehr unterschiedlich entwickelt. Sie ist abhängig von den jeweiligen Rahmenbedingungen der Länder (z. B. Krankenhauspläne der Länder, Landeskrankenhausgesetze) und der Bundesgesetzgebung (Krankenhausentgeltgesetz, Hospiz- und Palliativgesetz, Krankenhausfinanzierungsgesetz), den strukturellen Bedingungen im einzelnen Krankenhaus und nicht zuletzt vom persönlichen Engagement motivierter Mitarbeitender.

Die S3-Leitlinie Palliativmedizin gibt einige Empfehlungen¹⁹ für die strukturierte Integration stationärer palliativer Versorgung in die Regelversorgung, die für Krankenhäuser auch über die Behandlung von Menschen mit onkologischen Erkrankungen hinaus Bedeutung haben kann.

Der Zugang für Patientinnen und Patienten zu einer bedarfsgerechten allgemeinen oder spezialisierten Palliativversorgung im Rahmen ihres Krankenhausaufenthaltes ist nicht flächendeckend verlässlich gesichert. Nur einige Kliniken verfügen über entsprechend standardisierte Abläufe und Vorgehensweisen. Hier besteht Verbesserungsbedarf. Nach derzeitigem Stand gibt es in den rund 2.000 Krankenhäusern in Deutschland mit insgesamt über 500.000 Betten mehr als 300 Palliativstationen mit insgesamt ca. 2.000 Betten²⁰.

Multiprofessionelle Palliativdienste²¹ in unterschiedlicher Ausprägung gibt es bisher nur in einzelnen Krankenhäusern. Die Anzahl dieser Dienste ist nicht genau bekannt (z. B. in Bayern laut Krankenhausplan 2013: 39 sog. „Palliativmedizinische Dienste“). Darüber hinaus sind Mischformen wie z. B. sogenannte Palliativzimmer oder definierte Palliativbetten sowie weitere einrichtungsübergreifende Konzepte einzelner Träger oder Verbände vorhanden (z. B. Spes Viva).

Stationäre Pädiatrische Palliativversorgung im Sinne einer Palliativstation wird derzeit nur im Kinderpalliativzentrum der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln – Universität Witten/Herdecke angeboten. Eine zweite Einheit an der LMU München wurde im Juni 2016 eröffnet. In der Klinik für Palliativmedizin der Universitätsmedizin Göttingen wird z. B. ein Kinderpalliativzimmer vorgehalten. Viele dieser Strukturen sind durch unterschiedliche regionale bzw. länderspezifische Rahmenbedingungen entstanden.

¹⁹ S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung/Langversion 1.0 – Mai 2015 AWMF-Registernummer: 128/001OL (im weiteren „S3-Leitlinie Palliativmedizin“ genannt)

²⁰ Melching H, Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015) Palliativversorgung – Modul 2 – Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung. www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSI/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Versorgungsstrukturen-palliativ.pdf. Zugegriffen: 04. August 2016
<http://www.dgppalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-informationen-hintergruende.html>

<http://wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/>

²¹ Bisher gebräuchliche Synonyma wie z. B. „palliativmedizinische Dienste“ oder „palliative Konsiliardienste“ sollten nicht mehr verwendet werden. Laut S3-Leitlinie Palliativmedizin: Palliativdienst im Krankenhaus

Die Finanzierung der spezialisierten stationären Palliativversorgung erfolgt überwiegend im Rahmen des DRG-Systems mittels Fallpauschalen, ggf. mit Zusatzentgelten, erlost durch die palliativmedizinische Komplexbehandlung OPS 8-982 und die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung OPS 8-98e²².

Diese OPS beinhalten abrechenbare Leistungen, die durch nachzuweisende Mindestanforderungen definiert sind.

Mit der Ergänzung des § 17 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) durch das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) ist es für Palliativstationen oder -einheiten explizit gesetzlich geregelt möglich, aus dem DRG-Finanzierungssystem als so genannte „Besondere Einrichtung“ zeitlich befristet ausgenommen zu werden. Dafür ist ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend²³. Laut Gesetzesbegründung ist auch bei der Vereinbarung von krankenhausesindividuellen Entgelten zu erwarten, dass bei diesen Leistungen die geltenden Qualitätsanforderungen berücksichtigt werden, die u. a. in den Strukturmerkmalen der Operationen- und Prozedurenschlüssel für die palliativmedizinische Komplexbehandlung hinterlegt sind²⁴.

Insbesondere Krankenhäuser mit Palliativstationen und multiprofessionellen Palliativdiensten sind in regionalen Netzwerken wichtige Partner für eine möglichst sektorenübergreifende allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung. Ambulante Hospizdienste sind mit ihren Koordinationsleistungen und Netzwerkaktivitäten mancherorts bereits heute wichtige Partner der Kliniken. Nach Rechtsänderung durch das HPG sieht die Rahmenvereinbarung zur Förderung ambulanter Hospizdienste zwischenzeitlich vor, dass auch die ehrenamtliche Sterbebegleitung für die stationären Patienten der Krankenhäuser bei der Förderung der ambulanten Hospizdienste berücksichtigt werden kann²⁵.

EINFLUSSFAKTOREN

Strukturen und Finanzierung

Die palliativmedizinische Versorgung in Krankenhäusern wird wesentlich von den vorhandenen Strukturen (Palliativstationen, multiprofessionelle Palliativdienste usw.) einschließlich deren Finanzierungsgrundlagen beeinflusst. Die in den palliativmedizinischen OPS im DRG-Finanzierungssystem genannten Mindestmerkmale für abrechenbare Leistungen im Rahmen palliativmedizinischer Komplexbehandlungen (OPS 8.982 und 8.98e) werden auch als Maßstab für die Prozess- und Strukturqualität der spezialisierten stationären Palliativversorgung genutzt. Nachhaltige, überprüfbare und auf wissenschaftlicher Grundlage konsensual entwickelte Qualitätssicherungskonzepte müssen aber zunehmend Grundlage für die Entwicklung von Strukturen der stationären Palliativversorgung werden.

²² Allein 2013 sind im Vergleich zum Vorjahr die Fälle mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung von mehr als sieben Tagen um fast 20 % gestiegen.

²³ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 48, ausgegeben zu Bonn am 7. Dezember 2015, Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) Vom 1. Dezember 2015, Artikel 4 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, Absatz 1

²⁴ Ergibt sich aus der Begründung des HPG – Stand: Drucksache des Bundestages 18/6585 vom 04.11.2015

²⁵ Neuregelung im Hospiz- und Palliativgesetz: SGB V § 39a, Absatz 2 wird wie folgt geändert: Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen. Satz 1 gilt entsprechend, wenn ambulante Hospizdienste für Versicherte in Krankenhäusern Sterbebegleitung im Auftrag des jeweiligen Krankenträgers erbringen.

Multiprofessionelle Palliativdienste sollen die spezialisierte Palliativversorgung auch außerhalb von Palliativstationen ermöglichen. Zugleich stellen sie eine Möglichkeit dar, auch die allgemeine Palliativversorgung durch Mitbehandlung und Kompetenztransfer wirksam zu unterstützen. Gemäß Neuregelung im HPG bzw. der dazugehörigen Begründung sollen die Leistungen der multiprofessionellen Palliativdienste zukünftig im Rahmen eines neuen spezifischen Zusatzentgeltes finanziert und auch im Rahmen von Kooperationen erbracht werden können²⁶.

Sektorenübergreifende Versorgung

Eine wesentliche Aufgabe für eine bedarfsgerechte und bedürfnisorientierte Palliativversorgung stellt die Gestaltung der Nahtstellen in der in vielen Fällen notwendigen ambulänt-stationär-ambulanten Versorgung dar. Um für Palliativpatienten insbesondere in der letzten Lebensphase (wenige Monate, Wochen, Tage) Krankenhausaufenthalte im Hinblick auf Häufigkeit und Dauer auf ein notwendiges Maß zu beschränken und deren Wunsch nachzukommen, möglichst viel Zeit in ihrer häuslichen bzw. familiären Umgebung zu verbringen, ist es notwendig, sektorenübergreifende Konzepte zu entwickeln, die Kontinuität sichern und Versorgungsbrüche zu vermeiden. Neben den vorhandenen ambulanten Versorgungsstrukturen gibt es für kurzfristige palliativmedizinische Interventionen oder Beratungen, die durch vorhandene ambulante Strukturen wie z. B. die SAPV nicht erbracht werden können, bisher vereinzelt ergänzende Angebote wie z. B. palliativmedizinische Ambulanzen oder tagesklinische Angebote. Allerdings liegen für solche Versorgungsangebote in Deutschland kaum Bedarfszahlen oder Erkenntnisse über deren Wirksamkeit vor.

Qualität, Leitlinien, Zertifizierungen

In einzelnen spezifischen Zertifizierungen sind Anforderungen an die stationäre Palliativversorgung verankert. Diese werden im Rahmen von Zertifizierungsaudits regelmäßig überprüft²⁷ oder durch andere standardisierte Abläufe in eine überprüfbare Versorgungsqualität umgesetzt, so dass die Palliativversorgung für die einzelne Patientin oder den einzelnen Patienten bezüglich der jeweiligen Erkrankung (Diagnose und Krankheitsstadium) bedarfsgerecht zur Verfügung steht. Konsentiertere spezifische palliativmedizinische Zertifizierungen können in Zukunft Bausteine für ein strukturiertes Qualitätsmanagement in der stationären Palliativmedizin sein. Eine Möglichkeit zur Qualitätssicherung kann für Krankenhäuser die freiwillige Teilnahme am Nationalen Hospiz- und Palliativregister sein²⁸.

Im Rahmen des onkologischen Leitlinienprogramms steht die „S3-Leitlinie Palliativmedizin für erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ als erste wissenschaftliche Leitlinie zur Verfügung. Sie enthält neben wesentlichen Aspekten der palliativmedizinischen Behandlung, Versorgung und Begleitung ein eigenes Kapitel zu Versorgungsstrukturen und kann in weiten Teilen auch für Patienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen angewendet werden. Leitlinien und deren Implementierung werden die palliativmedizinische Versorgung in Krankenhäusern in den nächsten Jahren nachhaltig beeinflussen.

²⁶ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 48, ausgegeben zu Bonn am 7. Dezember 2015, Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) Vom 1. Dezember 2015, Artikel 4 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, Absatz 2

²⁷ z. B. Zertifizierung onkologischer Zentren durch die DKG, CCC Zertifizierung der DKH. Damit kann z. B. durch die Entwicklung von SOP's (Standard Operating Procedure)

²⁸ <http://www.hospiz-palliativ-register.de/>

Größe und fachliche Ausrichtung

Je nach Größe (Bettenzahl) und fachlicher Ausrichtung eines Krankenhauses ist der Bedarf an palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen sehr unterschiedlich.

Der Bedarf an entsprechend palliativmedizinisch qualifiziertem Personal und geeigneten Angeboten der spezialisierten und allgemeinen Palliativversorgung wird sowohl von der Zahl der Patientinnen und Patienten mit palliativem Versorgungsbedarf als auch von Komplexität und Versorgungsaufwand im Einzelfall bestimmt²⁹.

Die Anbindung der spezialisierten Palliativmedizin (z. B. der Palliativstation oder des Palliativdienstes) an ein bestimmtes Fachgebiet (z. B. Onkologie, Anästhesie, Radiologie, Geriatrie) kann die inhaltliche Ausrichtung, Arbeitsweise und Behandlungsschwerpunkte beeinflussen (z. B. Frühintegration in der Onkologie/Neurologie, Symptomkontrolle bei Multimorbidität in der Geriatrie/Gerontopsychiatrie usw.) und kann somit zu einer unterschiedlichen Ausprägung der stationären Palliativversorgung führen.

Good Practice- und Modellprojekte

Viele Good Practice- und Modellprojekte haben den Aufbau der Palliativversorgung unter den besonderen Bedingungen einzelner Kliniken, Klinikverbände oder Trägerorganisationen voran gebracht und die Palliativversorgung in den Einrichtungen spürbar verbessert³⁰. Sie haben dazu beigetragen, Erfahrungen zu sammeln und die palliativmedizinische Kompetenz in den Einrichtungen zu stärken. Viele dieser zusätzlichen hospizlich-palliativen Angebote und Innovationen werden neben der GKV-Finanzierung auch von Fördervereinen, Spenden, Stiftungsinitiativen u. a. mitgetragen.

²⁹ In der Begründung zum Hospiz- und Palliativgesetz heißt es dazu u. a.: Die allgemeine Palliativversorgung sollte als Basisversorgung Bestandteil der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit sein und grundsätzlich in allen Krankenhäusern gewährleistet werden. Wenn die spezialisierte Palliativversorgung zur Ergänzung der allgemeinen Palliativversorgung für die Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten erforderlich ist, kann in den Krankenhäusern auch ein multiprofessionell organisierter Palliativdienst hinzugezogen werden. Sofern eine qualitativ angemessene Versorgung gewährleistet wird, kann die spezialisierte Palliativversorgung über Palliativdienste auch durch Kooperationsvereinbarungen organisiert werden, wenn das Krankenhaus keine eigenen palliativmedizinischen Strukturen vorhält. Dies ermöglicht es insbesondere auch kleineren Krankenhäusern, eine spezialisierte Palliativversorgung zu organisieren.

³⁰ z. B. durch Modellvorhaben gem. §§ 63,64 SGB V möglich

II. ZIELE

Da die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Menschen zu den wesentlichen Versorgungsaufgaben von Krankenhäusern in Deutschland gehört, müssen in allen Krankenhäusern, in denen regelmäßig schwerstkranke und sterbende Menschen betreut und behandelt werden, die Voraussetzungen für ein würdevolles Sterben nachhaltig gesichert und ausgebaut werden. Dabei sind grundlegende Anforderungen der Palliativversorgung wie das Prinzip der Patientenorientierung, Multiprofessionalität und der Vernetzung umzusetzen.

Grundsätzliches

Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten (SGB V § 27 Abs. 1, Satz 3). Krankenhäuser müssen – sofern noch nicht geschehen, ihre palliativ-hospizliche Verantwortung grundlegend anerkennen und in ihr Gesamtkonzept integrieren (z. B. im Leitbild).

Im Rahmen der Organisationsentwicklung ist darauf zu achten, dass dieses Anliegen sowohl als Leitungsaufgabe als auch durch Förderung und Unterstützung engagierter und motivierter Mitarbeitender in den Entwicklungsprozess einbezogen wird. Dabei ist es unerlässlich, einrichtungs- bzw. trägerintern klare Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zu benennen und die notwendigen finanziellen, zeitlichen und personellen Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Feststellung des palliativmedizinischen Versorgungsbedarfs

Für eine bedarfsgerechte Behandlung unheilbar und schwerstkranker Patientinnen und Patienten im Krankenhaus spielt die Ermittlung des palliativmedizinischen Behandlungsbedarfs unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse und der Möglichkeiten der Institution eine besondere Rolle³¹.

Zu Beginn oder im Verlauf des stationären Aufenthaltes ist es daher notwendig, den jeweils individuellen palliativmedizinischen Behandlungsbedarf zu ermitteln. Dabei muss erreicht werden, dass Patientinnen und Patienten ggf. schon in einer frühen Krankheitsphase, auch wenn ein palliativmedizinischer Bedarf erst potentiell zu erwarten ist, Zugang zu den entsprechenden Beratungsangeboten bekommen (vgl. S3-Leitlinie Palliativmedizin).

Versorgungsangebote/Strukturen

Sofern die Palliativversorgung regelmäßig zum Versorgungsspektrum eines Krankenhauses gehört, sollte sowohl in der Wirtschaftsplanung als auch in der Organisationsentwicklung der zu erwartende palliativmedizinische Betreuungsbedarf berücksichtigt werden.

Qualifizierungsmaßnahmen und/oder ggf. Kooperationsvereinbarungen mit externen Partnern müssen sicherstellen, dass eine palliativmedizinische Expertise sowohl bei bestehendem Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung als auch an allgemeiner Palliativversorgung verfügbar ist.

³¹ vgl. In-Patient Palliative Care Needs: An Epidemiological Study 2011 Gerhild Becker et al, Freiburg

Dabei sollte erreicht werden, dass in allen Berufsgruppen und administrativen Strukturen (Aufnahme- und Entlassungsmanagement, Verwaltung, Patientenversorgung, Service) entsprechende Grundkompetenzen vorhanden sind. In besonderer Weise sind dabei Bereiche zu berücksichtigen, die sich um die Nachsorge kümmern und Hilfen vernetzen wie z. B. Soziale Arbeit, Case Management u. a.

Besonderes Augenmerk sollte neben dem bedarfsgerechten Aufbau spezialisierter Angebote der Erhöhung der palliativmedizinischen Kompetenz im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung gelten. Nur ein kleiner Teil der Patientinnen und Patienten eines Krankenhauses benötigt spezialisierte Angebote, wie etwa das einer Palliativstation oder eines Palliativdienstes. Die meisten Patienten müssen im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung bedarfsgerecht versorgt werden; dies setzt entsprechende Kompetenz bei den beteiligten Berufsgruppen und vor Ort tätigen Mitarbeitenden voraus. Darüber hinaus müssen spezialisierte Angebote wie z. B. ein multiprofessioneller Palliativdienst, die Behandlungsmöglichkeit auf einer Palliativstation sowie sektorenübergreifende Strukturen (z. B. palliativmedizinisches Case Management, integrierte Versorgung o. Ä.) unabhängig von der Grunderkrankung erreichbar bzw. verfügbar sein. Diese Möglichkeiten sollten sowohl den Betroffenen und den ihnen Nahestehenden als auch den Mitarbeitenden bekannt sein. Sie sind ein wichtiger Bestandteil palliativer Beratungsgespräche z. B. im Rahmen der Frühintegration und palliativmedizinischen Behandlungsplanung und müssen insbesondere für komplexe palliative Situationen wie ausgeprägte Symptome, Therapiezieländerungen, ethische Entscheidungen

und die palliativmedizinische Therapieplanung zur Verfügung stehen.

Multiprofessionalität/Interdisziplinarität

Die Multiprofessionalität und Interdisziplinarität ist wesentlich für die stationäre palliative Betreuung im Krankenhaus und sollte sowohl in der spezialisierten Versorgung als auch in der allgemeinen Palliativversorgung verfügbar sein. Angebote und Möglichkeiten vieler Berufsgruppen (Soziale Arbeit, Psychologie, Physiotherapie, Seelsorge u. v. a.) sind in die Versorgung zu integrieren. Gleichzeitig muss die palliative Kompetenz innerhalb dieser Berufsgruppen durch entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen erhöht werden³².

Auch das Erkennen und Eingehen auf spirituelle Bedarfe und Ressourcen von Palliativpatientinnen und -patienten ist integraler Bestandteil eines qualifizierten multiprofessionellen palliativen Behandlungsansatzes und ist in der stationären Palliativversorgung unerlässlich. Dabei sind spirituelle Aspekte der Begleitung auch integrativ bei allen an der Palliativversorgung beteiligten Berufsgruppen verankert. Darüber hinaus kann spirituelle Begleitung als eigenständiges und qualifiziertes Angebot erforderlich sein³³.

Insbesondere im Krankenhaus spielt die interdisziplinäre Kooperation eine wichtige Rolle. Vor allem in frühen Krankheitsphasen, wenn die Therapieverantwortung in der Regel bei der behandelnden Fachabteilung liegt (z. B. Onkologie, Neurologie, Neonatologie usw.), ist ein gemeinsames und abgestimmtes Vorgehen erforderlich (geteilte Verantwortung).

³² siehe hierzu Kapitel: „Bildungsqualität in den Berufsfeldern, die an der Behandlung schwerstkranker und sterbender Menschen unmittelbar beteiligt sind“ und Kapitel „Bildungsqualität in den Berufsfeldern, die verstärkt mit den Themen Sterben und Tod konfrontiert sind (am Beispiel Rettungswesen)

³³ Die eigenständige spirituelle Begleitung ist kein Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV.

Betreuung sterbender Menschen (Finalphase)

Eine besondere Bedeutung im Krankenhaus hat die Betreuung sterbender Menschen in den letzten Tagen und Stunden ihres Lebens und die Begleitung und Beratung ihrer Nahestehenden über den Tod hinaus. Nahezu 47 % aller sterbenden Menschen in Deutschland befinden sich beim Eintritt des Todes in Krankenhäusern³⁴. Nur ein Teil dieser Patientinnen und Patienten benötigt eine spezialisierte palliative Versorgung, z. B. auf einer Palliativstation.

Eine besondere Aufgabe in Krankenhäusern –zumeist im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung und oft unabhängig von der Palliativversorgung – ist die Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten in der Finalphase und die Begleitung ihrer Nahestehenden. Diese Aufgabe stellt für die Teams, deren Aufgabe nicht primär die Palliativversorgung ist, das heißt auf den nicht-palliativen allgemeinen Stationen, den Intensivstationen, in der Notaufnahme und an anderen Orten, an denen Menschen im Krankenhaus sterben, oft eine besondere Herausforderung dar. Hier ist es wichtig, die Kompetenz der unmittelbar tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Begleitung und Betreuung mit sterbenden Patienten zu stärken und sie durch geeignete Qualifikation zu befähigen, unter den unterschiedlichen Rahmenbedingungen ein Sterben und Abschiednehmen in Würde zu ermöglichen. Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung müssen erreichbar sein, um im Bedarfsfall Unterstützung und Beratung zu bekommen.

Besondere Bereiche

In besonders sensiblen Bereichen (z. B. pädiatrischen und kideronkologischen Abteilungen und Stationen, Intensiv- und Notfallmedizin, Notaufnahme, Neonatologie, Dialyse) werden besonders häufig Patientinnen und Patienten in lebensbedrohlichen Situationen betreut und behandelt. Hier stehen zunächst der Lebenserhalt und die Lebensverlängerung im Mittelpunkt der Therapie. Ein palliativer Ansatz kann hier die Entscheidungsfindung bei ethischen Fragestellungen, z. B. zu Therapiezieländerungen, zur Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen, bei Fragen zum Patientenwillen oder bei schwer behandelbaren Symptomen unterstützen und helfen, die Betreuung in besonderen Sterbesituationen angemessen zu gestalten (z. B. Reanimation, Beatmung, Sedierung, akute Notfälle, nach Organentnahme, nach Beendigung lebenserhaltender Therapien). In diesen Teams sollten Palliativmedizinerinnen und -mediziner und Palliative Care Pflegekräfte mitarbeiten oder beratend und/oder mitbehandelnd als feste externe Ansprechpartner für spezifische Fragestellungen zur Verfügung stehen (z. B. durch die Palliativdienste im Krankenhaus oder im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen mit anderen Leistungserbringern der spezialisierten Palliativversorgung, z. B. mit einem SAPV-Team³⁵).

³⁴ Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 2015: Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, einschließl. Sterbe- und Stundenfälle aus 2014, erschienen am 12.11.2015 <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/Diagnosedaten-Krankenhaus2120621147004.pdf>; Die Angabe findet sich in diesem Link auf Seite 6 oben unter „Krankenhäuser“. Danach sind in 2014 insgesamt 403.800 Menschen in Krankenhäusern verstorben. Bei insgesamt 868.400 Verstorbenen in 2014 waren dies 46,5 % aller Verstorbenen. Die Zahl (rund 47 %) ist übrigens seit Jahren nahezu unverändert.

³⁵ Im Rahmen der vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter ist eine Zusammenarbeit mit dem SAPV-Leistungserbringer im Sinne des § 2, Abs. 2 Satz 2 Nr.2 KHEntgG möglich.

Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin sollen grundsätzlich mit Strukturen der Kinder- und Jugendhospizarbeit und der (spezialisierten) ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung zusammenarbeiten. Ein sektorenübergreifendes Arbeiten ist hierbei besonders zu fördern. Es sollten geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um eine bedarfsgerechte Palliativversorgung auch auf pädiatrischen Intensivstationen durchführen zu können. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass Eltern häufig in besonderer Weise unterstützungsbedürftig sind. Bei der Finanzierung müssen die extremen Fallzahlschwankungen, die daraus resultierenden hohen Vorhaltekosten und die sektorenübergreifende Arbeit berücksichtigt werden.

Strukturelle Rahmenbedingungen im Krankenhaus

Die Verbesserung von Rahmenbedingungen in Krankenhäusern beinhaltet Folgendes:

- bedarfsgerechte personelle Ausstattung der Palliativstationen, der multiprofessionellen Palliativdienste und im Bereich der allgemeinen Palliativversorgung
- Qualifikationsangebote für alle mit der unmittelbaren Patientenbetreuung befassten Mitarbeitenden in den verschiedenen Bereichen des Krankenhauses (ähnlich wie Hygiene, Arbeitsschutz usw.)
- klare Zuordnung von Prozessen und Verantwortlichkeiten bezogen auf palliativen Versorgungs- und Betreuungsbedarf in Fachabteilungen und Verwaltung (z. B. durch die Benennung einer oder eines Palliativverantwortlichen)³⁶
- Räumliche Ausstattung (Abschieds- und Gesprächsräume, würdevolle Aufbaumöglichkeiten der Verstorbenen) einschließlich Unterbringungsmöglichkeiten für Nahestehende
- Informationsangebote für Betroffene und ihnen Nahestehende zur Palliativversorgung (Kontakte, Orientierungshilfen für schwierige Situationen usw.)

³⁶ Palliativverantwortliche können in unterschiedlicher Form benannt werden, z. B. haben sich alle Krankenhäuser der Stadt Essen mit einem hohen Anteil an Palliativpatienten verabredet, einen Palliativbeauftragten zu benennen. (Anmerkung: Die Funktion des Palliativbeauftragten unterliegt in den nächsten Jahren einer unabhängigen wissenschaftlichen Überprüfung und Evaluation).

³⁷ siehe hierzu Kapitel: „Regionale Hospiz- und Palliativnetzwerke“ und Kapitel „Universelles Rahmenkonzept“

Vernetzung und Schnittstellen

Krankenhäuser sind – insbesondere auch mit ihren spezialisierten Strukturen – wichtige Partner in den regionalen Netzwerken³⁷. Sektorenübergreifende Kooperationen zwischen ambulanten und stationären Angeboten sollen weiter ausgebaut und deren Vernetzung befördert werden. Informationen müssen effektiv ausgetauscht, Betreuungskontinuität sichergestellt und bürokratische Hürden überwunden werden. Unnötige und wiederholte Krankenhauseinweisungen während der Palliativversorgung, etwa durch ungeklärte Zuständigkeiten und fehlende Kommunikationsstrukturen, müssen vermieden werden und die Entlassung von schwerstkranken und sterbenden Menschen in eine sichere und kompetente ambulante Palliativversorgung, sofern gewünscht und möglich, soll reibungslos organisiert werden.

Krankenhäuser sind durch die einweisenden Ärztinnen und Ärzte über die Situation der Patientin oder des Patienten und seine ggf. bestehende ambulante Palliativversorgung zu informieren. Zum Versorgungsauftrag der Krankenhäuser gehört ebenso auch ein Entlassmanagement, das Probleme beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung löst. Im Rahmen des Entlassmanagements sind die weiterversorgenden Leistungserbringer – insbesondere die Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegedienste, stationären Pflegeeinrichtungen, ambulanten Hospizdienste und ggf. SAPV-Teams u. a. – rechtzeitig zu informieren, so dass eine Weiterversorgung unmittelbar nach Entlassung der Patientin oder des Patienten erfolgen kann. Die Krankenkassen haben das Entlassmanagement entsprechend zu unterstützen.

Interne Kommunikation/Öffentlichkeitsarbeit

Die palliative Kompetenz eines Krankenhauses sollte sowohl in der Außendarstellung erkennbar sein als auch in der internen Kommunikation als Anliegen und Aufgabe dargestellt werden. Versorgungsangebote und Abläufe sollten transparent gemacht werden und die Arbeit der Teams als wichtiger Beitrag im Gesamtauftrag des Krankenhauses gewürdigt werden. Für Patientinnen und Patienten und Nahestehende sowie Einweisende (z. B. Hausärztinnen und -ärzte) und andere an der Versorgung Beteiligte (z. B. Pflegedienste, Hospizdienste usw.) sollten Kontaktmöglichkeiten und Informationsangebote erkennbar und transparent sein.

III. UMSETZUNG

MASSNAHMENKATALOG

Adressat:

Die Krankenhäuser und Krankenhausträger

Sie sind aufgerufen – sofern noch nicht geschehen –

- Empfehlungen und Standards zu entwickeln und als Grundlage entsprechender struktureller Entwicklungen und Verfahren zur Umsetzung zu etablieren
- ein Konzept zur Organisations-, Qualitäts- und Strukturentwicklung für eine bedarfsgerechte Palliativversorgung für schwerstkranke und sterbende Patientinnen und Patienten zu entwickeln bzw. weiter zu entwickeln und umzusetzen – ggf. einschließlich spezifischer Maßnahmen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit lebensverkürzenden Erkrankungen. Dazu gehören:

- Klärung von Abläufen und Verantwortlichkeiten bezogen auf palliativen Versorgungs- und Betreuungsbedarf durch Benennung von Palliativverantwortlichen als Ansprechpartner
- Bedarfsklärung für die stationäre Palliativversorgung des einzelnen Krankenhauses zur
 - Einrichtung einer Palliativstation (ggf. auch im Rahmen der Krankenhausplanung des entsprechenden Bundeslandes)
 - und/oder Einrichtung eines Palliativdienstes (ggf. auch in Kooperationen),
 - Beschäftigung einzelner Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und/oder Pflegekräften mit der Weiterbildung Palliative Care,
 - Zusammenarbeit z. B. mit einer externen Palliativmedizinerin oder einem externen Palliativmediziner bzw. Palliativpflegekräften eines anderen Krankenhauses oder einem SAPV-Team.

- Qualifizierungsmaßnahmen, insbesondere Entwicklung von Basiskompetenzen in der Palliativversorgung im Rahmen von innerbetrieblichen Fortbildungen/Informationen über palliative Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen als obligater Bestandteil von Einarbeitungskonzepten
- Klärung einer Beteiligung an regionalen Hospiz- und Palliativnetzen einschließlich einer Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten³⁸ und Beteiligung an Qualitätszirkeln bzw. Palliativkonferenzen
- Klärung einer Beteiligung an bundesweiten Erhebungen³⁹
- Weiterentwicklung des Entlassmanagements⁴⁰ unter besonderer Berücksichtigung schwerstkranker und sterbender Menschen.

Adressat:

Die Krankenkassen und ihre Verbände

Sie sind aufgerufen,

- den bedarfsgerechten Zugang zur allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung im Krankenhaus und die dazu notwendigen strukturellen Entwicklungen – auch entsprechend den Neuregelungen des HPG – zu unterstützen und finanziell abzusichern
- die Entwicklung multiprofessioneller Palliativdienste im Krankenhaus – gemäß Neuregelung des HPG Artikel 4a – zu unterstützen und zu finanzieren
- das Entlassmanagement⁴¹ unter besonderer Berücksichtigung schwerstkranker und sterbender Menschen zu unterstützen
- die Weiterentwicklung von Qualitätskriterien für die Palliativversorgung im Krankenhaus aktiv zu begleiten und zu unterstützen.

³⁸ Hinweis auf die Neuregelung § 39a Abs. 2 SGB V

³⁹ z. B. Forschungsprojekte, Nationales Hospiz- und Palliativregister: <https://www.hospiz-palliativ-register.de/>

⁴⁰ Hinweis auf die Neuregelung im VSG § 39 Abs. 1a SGB V

⁴¹ Hinweis auf die Neuregelung im VSG § 39 Abs. 1a SGB V

Adressat:

Die Bundespolitik, insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Bildung und Forschung

Sie sind aufgerufen,

- die Umsetzung des HPG im Sinne einer Evaluation bezogen auf nachhaltige Entwicklungen im Krankenhaus und den damit verbundenen Zugang zur allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung für Betroffene in der stationären Versorgung zu beobachten und ggf. Weiterentwicklungen frühzeitig zu fördern
- sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen zu beobachten und ggf. weiterzuentwickeln.

Adressat:

Die Landesregierungen

Sie sind aufgerufen,

- den bedarfsgerechten Ausbau der stationären Palliativversorgung zu fördern und auch möglicherweise in den Landeskrankengesetzen, Landeskrankenhausplänen und Förderprogrammen entsprechend zu berücksichtigen sowie den Bedarf regelmäßig zu überprüfen
- für den Auf- und Ausbau von Hospiz- und Palliativversorgung die dafür erforderlichen Investitionsmittel zur Verfügung zu stellen.

Adressat:

Die Fachgesellschaften in Zusammenarbeit mit weiteren Organisationen, Verbänden, Gesellschaften und Kammern

Sie sind aufgerufen,

Qualitäts- und Qualifikationskriterien für die Palliativversorgung im Krankenhaus in Konsensprozessen weiterzuentwickeln.

⁴² Zum 120-Stunden-Kurs wird z. B. auf das DGP-Papier „Abschlussbericht der Kommission Qualität Spiritualität“ hingewiesen http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Abschlussbericht_Kommission_Qualität_Spiritualität.pdf; vgl. auch S3-Leitlinie Palliativmedizin unter 11.5.2. Qualifikation von Leistungserbringern in der Palliativversorgung

Adressat:

Die Kirchen und Religionsgemeinschaften

Sie sind aufgerufen,

- Ansprechpartner für religiöse und spirituelle Bedürfnisse, soweit diese durch die teamintegrierten spirituellen Angebote nicht aufgefangen oder abgedeckt werden können, als ergänzende Angebote zur Verfügung zu stellen und die Kooperation und Vernetzung mit Krankenhäusern aktiv zu unterstützen
- regelhaft Grundkenntnisse der Palliativversorgung in der Klinischen Seelsorgeausbildung (z. B. 40-Stunden-Kurs) zu vermitteln und regelmäßige Weiterbildungen in Spiritual Care/Palliative Care für Seelsorgende (z. B. 120-Stunden-Kurs)⁴³ anzubieten.

⁴³ Stationäre Pflegeeinrichtungen sind in der Praxis nicht einheitlich definiert. Nach dem SGB XI umfassen stationäre Pflegeeinrichtungen sowohl die vollstationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) als auch die teilstationären Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen. Zu den stationären Einrichtungen gehört auch ausdrücklich die Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI. Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich nur auf die stationären Pflegeeinrichtungen.

⁴⁴ Statistisches Bundesamt 2013

Geschäftsstelle

Deutscher Hospiz- und
Palliativverband e.V.
Aachener Str. 5
10713 Berlin

**Handreichung des DHPV
zum Thema**

Datenschutz

**in ambulanten Hospiz- und
Palliativdiensten**

(Stand: 22.10.2012)

Sie erreichen uns unter:

Telefon 030-8200758- 0
Telefax 030-8200758- 13
info@dhpv.de
www.dhpv.de

**Geschäftsführender
Vorstand:**

Marlene Rupprecht, MdB,
Vorstandsvorsitzende
Dr. Erich Rösch,
Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. Ulrich Bonk,
Stellv. Vorsitzender

Amtsgericht Berlin:

VR 27851 B
Gemeinnützigkeit anerkannt
durch das Finanzamt Berlin

Bankverbindung:

Bank für Sozialwirtschaft
Konto 834 00 00
BLZ 370 205 00

Allgemeine Informationen

In ambulanten Hospizdiensten werden eine Vielzahl schutzbedürftiger personenbezogener sensibler Daten erhoben, genutzt und verarbeitet. Dies geschieht in erster Linie, um den Auftrag des ambulanten Hospizdienstes erfüllen zu können, die Informationen mit kooperierenden Beteiligten in multiprofessionellen Versorgungsstrukturen zu verbessern und zu sichern und schließlich auch um Tätigkeiten im Hinblick auf eine Förderung durch die Krankenkassen (gem. § 39a Abs. 2 SGB V) darzustellen und zu dokumentieren, wobei der Datenschutz Beachtung finden muss. In der Organisationsstruktur und im Arbeitsablauf der ambulanten Hospizdienste ist der Datenschutz daher zu verankern. Die Betroffenen müssen über die Erhebung und die weitere Verwendung ihrer Daten (z.B. die Weitergabe von Daten an Dritte) informiert werden und in jedem Fall ist ihre Zustimmung dazu notwendig.

Für den Datenschutz im Rahmen der Arbeit der ambulanten Hospizdienste bildet das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) die Grundlage [eine Gesamtausgabe ist unter http://www.gesetze-im-internet.de/bdsg_1990/ zu finden]. Die wichtigsten der in dieser Handreichung genannten Bestimmungen sind als Anhang beigefügt.

Diese Handreichung soll einen Einstieg für jeden ambulanten Hospizdienst zum Thema Datenschutz bieten, für die Problemstellungen sensibilisieren, aber auch Ängste und Unsicherheiten abbauen. Die Beschäftigung mit dem Thema Datenschutz beginnt vor allem mit einer Information und Schulung der haupt- und ehrenamtlich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Im Mittelpunkt der Hospizarbeit steht der Mensch. Damit verbunden ist auch der notwendige Schutz seiner persönlichen Daten.

Bei der Erstellung dieser Handreichung hat sich der DHPV durch den Berliner Beauftragten für Datenschutz beraten lassen.

I. Datenschutzbeauftragter

Ein interner oder kostenpflichtiger externer Beauftragter für den Datenschutz ist von einem ambulanten Hospizdienst nur dann zu bestellen, wenn personenbezogene Daten auf nicht automatisierter Weise erhoben, verarbeitet oder genutzt werden und mit der Datenerhebung und -verarbeitung in der Regel mindestens 20 Personen beschäftigt sind (§ 4f Abs. 1 Satz 2 BDSG). Werden die Daten automatisiert verarbeitet, so ist ein Datenschutzbeauftragter zu bestellen, wenn sich 10 Personen **ständig** mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigen.

II. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der persönlichen Daten

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten für eigene Zwecke ist als Mittel zur Erfüllung der Aufgaben des ambulanten Hospizdienstes zulässig, wenn dies der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder eines vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses mit dem oder der Betroffenen dient, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen erforderlich ist und die Daten entsprechend geschützt werden (vgl. §§ 4, 28 Abs. 1 und 7 BDSG).

Dabei ist jeder Hospizdienst und jede Einrichtung verpflichtet, den Schutz der persönlichen Daten der Betroffenen zu gewährleisten. Konkret werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

1. Grundlegende Aufgaben

- Schulung/Information der Leitung des jeweiligen Dienstes und gegebenenfalls weiterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in datenschutzrelevanten Fragen
- Analyse der Struktur und der Arbeitsabläufe des ambulanten Hospizdienstes bezüglich datenschutzrelevanter Themen, Fallgestaltungen usw. und darauf aufbauend, Erarbeitung von Richtlinien für den Umgang mit personenbezogenen Daten sowie Information aller ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darüber; ggf. Dienstanweisungen.

2. Anlage eines Verzeichnisses

- Anlegen eines Verzeichnisses aller im ambulanten Hospizdienst angewandten Verfahren zur Sammlung und Verarbeitung von Daten (Computersystem, Dokumentationen von Beratungs- und Begleitungsgesprächen, Abrechnungsunterlagen, ggf. Pflegedokumentation, ggf. Bild- und Tonaufzeichnungen u.ä.) mit Festlegung der Berechtigungen zur Einsicht, zur Verarbeitung und zur Weitergabe

3. Technisch-organisatorische Maßnahmen

- Aufbau von mechanischen oder elektronischen Sperren (z.B. verschlossene Aufbewahrung aller Dokumentationsunterlagen oder passwortgeschützte EDV in verschiedenen Stufen)
- Festlegung von Lösungsfristen für patientenbezogene Daten entsprechend den Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes sowie in Anlehnung an die Regelungen des jeweiligen Landesheimgesetzes (in der Regel nach fünf Jahren)
- Als Maßnahmenkatalog ist nach der Anlage zu § 9 BDSG vorzugehen:
 1. Unbefugten den Zutritt zu Datenverarbeitungsanlagen, mit denen personenbezogene Daten verarbeitet oder genutzt werden, zu verwehren (Zutrittskontrolle),
 2. zu verhindern, dass Datenverarbeitungssysteme von Unbefugten genutzt werden können (Zugangskontrolle),
 3. zu gewährleisten, dass die zur Benutzung eines Datenverarbeitungssystems Berechtigten ausschließlich auf die ihrer Zugriffsberechtigung unterliegenden Daten zugreifen können und dass personenbezogene Daten bei der Verarbeitung, Nutzung und nach der Speicherung nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können (Zugriffskontrolle),
 4. zu gewährleisten, dass personenbezogene Daten bei der elektronischen Übertragung oder während ihres Transports oder ihrer Speicherung auf Datenträger nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können und dass überprüft und festgestellt werden kann, an welche Stellen eine Übermittlung personenbezogener Daten durch Einrichtungen zur Datenübertragung vorgesehen ist (Weitergabekontrolle),

5. zu gewährleisten, dass nachträglich überprüft und festgestellt werden kann, ob und von wem personenbezogene Daten in Datenverarbeitungssysteme eingegeben, verändert oder entfernt worden sind (Eingabekontrolle),
6. zu gewährleisten, dass personenbezogene Daten, die im Auftrag verarbeitet werden, nur entsprechend den Weisungen des Auftraggebers verarbeitet werden können (Auftragskontrolle),
7. zu gewährleisten, dass personenbezogene Daten gegen zufällige Zerstörung oder Verlust geschützt sind (Verfügbarkeitskontrolle),
8. zu gewährleisten, dass zu unterschiedlichen Zwecken erhobene Daten getrennt verarbeitet werden können.

III. Hinweise zu den beigefügten Anlagen

Als Anlage sind zwei Musterformulare für Erklärungen bezüglich des Datenschutzes beigefügt. Die Musterformulare sind den jeweiligen Gegebenheiten des ambulanten Hospizdienstes entsprechend anzupassen.

Nachfolgend beigefügt sind:

Anlage 1

Verpflichtungserklärung bezüglich patienten- und mitarbeiterbezogener Daten für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des ambulanten Hospizdienstes

Diese Erklärung dient zur Sicherstellung des Datenschutzes und der Datensicherheit bei der Arbeit mit personenbezogenen Daten der begleiteten Patientinnen und Patienten im ambulanten Hospizdienst. Die geschützten Daten betreffen alle bezüglich der Begleitung und Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen erhobenen und gespeicherten Daten sowie eigene Aufzeichnungen (Diagnosen, Krankheitsverläufe, Pflegeplanungen und -dokumentationen, persönliche Erklärungen u.ä.).

Diese Erklärung dient darüber hinaus zur Sicherstellung des Datenschutzes und der Datensicherheit bei der Arbeit mit personenbezogenen Daten der o.g. Personen (vgl. § 32 BDSG). Die geschützten Daten betreffen alle von o.g. Personen erhobenen, gespeicherten bzw. aufgezeichneten Daten (z.B. Daten zu persönlichen oder wirtschaftlichen Verhältnissen, Vergütung, Gesundheit usw.).

Anlage 2

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung und Schweigepflichtsentbindungserklärung von den begleiteten Patientinnen und Patienten

- Mit dieser Erklärung werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Hospizdienstes von ihrer Schweigepflicht bezüglich patientenbezogener Daten entbunden, sofern es sich um die Weitergabe dieser Daten z.B. an die behandelnden Ärzte bzw. weitere an der Versorgung und Begleitung der Patientin bzw. des Patienten beteiligten haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. Einrichtungen handelt. Gleichzeitig werden diese von ihrer Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ambulanten Hospizdienstes entbunden.
- Weiterhin wird der ambulante Hospizdienst ermächtigt, patientenbezogene Daten an die jeweilige Krankenversicherung weiter zu geben (z.B. die Daten für den Antrag auf Förderung der ambulanten Hospizarbeit gem. § 39a Abs. 2 SGB V).

Anlage 1: **- Musterformular -**

Name / Adresse des ambulanten Hospizdienstes

**Verpflichtungserklärung nach § 5 BDSG bezüglich patienten- und
mitarbeiterbezogener Daten für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des o.a. ambulanten
Hospizdienstes**

Ich,,
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

verpflichte mich,

1. über alle mir im Rahmen meiner Tätigkeit bekannt gewordenen bzw. bekannt werdenden Informationen Stillschweigen zu bewahren,
2. nur die rechtlich zulässigen und notwendigen personenbezogenen Daten zu erheben und diese weder unzulässig zu speichern, zu ändern, noch unberechtigt an Dritte weiterzugeben,
3. die gesetzlichen Vorschriften zur Löschung von Daten einzuhalten,
4. Datenträger mit Dateien sowie Aufzeichnungen, die personenbezogene Daten beinhalten, zum Schutz vor Diebstahl und Beschädigung unter Verschluss zu halten,
5. Passwörter, die zur Kontrolle des Zugriffs auf Datenverarbeitungsanlagen eingerichtet worden sind, nicht an unbefugte Dritte weiter zu geben,
6. dafür Sorge zu tragen, dass Aufzeichnungen sowie Datenträger nicht unbefugt gelesen oder kopiert oder von Dritten eingesehen werden können.

Mir ist bekannt, dass Verstöße gegen das Datengeheimnis ggf. arbeits- und strafrechtlich geahndet werden können.

Nach meinem Ausscheiden aus der Tätigkeit für den o.g. Hospizdienst werde ich über alle mir im Rahmen dieser Tätigkeit bekannt gewordenen Informationen Stillschweigen bewahren.

Über die gesetzlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes wurde ich unterrichtet. Die sich daraus ergebenden Verhaltensweisen wurden mir mitgeteilt. Meine Verpflichtung auf das Datengeheimnis nach § 5 BDSG habe ich hiermit zur Kenntnis genommen.

.....
Ort, Datum, Unterschrift

Anlage 2: **- Musterformular -**

**Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung und
Schweigepflichtsentbindungserklärung von begleiteten Patientinnen und Patienten**

Die ambulante Hospizarbeit ist Teil einer multiprofessionellen Versorgungsstruktur, die von der Zusammenarbeit aller Beteiligten lebt. Daher sind Gespräche zwischen den an der Begleitung und Versorgung beteiligten Personen bzw. Institutionen über Diagnosen und den Krankheits- und Pflegeverlauf unabdingbar.

Patientin/Patient:

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

1. Ich entbinde die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Hospizdienstes (*Name des Hospizdienstes*) von ihrer Schweigepflicht gegenüber meinen unter Ziff. 4 genannten, behandelnden Ärztinnen/Ärzten, meinem ambulanten Pflegedienst und weiteren an der Versorgung und Begleitung beteiligten Einrichtungen und Personen soweit eine Weitergabe meiner Daten für meine Begleitung und Betreuung erforderlich ist. Weiterhin willige ich ein, dass der ambulante Hospizdienst die Daten, die für einen Antrag auf Förderung des ambulanten Hospizdienstes notwendig sind, an meine Krankenkasse weiter geben kann. Ich entbinde die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Hospizdienstes insoweit von ihrer Schweigepflicht.
2. Außerdem entbinde ich meine behandelnden Ärztinnen/Ärzte gegenüber den mit meiner Begleitung und Betreuung betrauten haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des o.g. ambulanten Hospizdienstes von ihrer Schweigepflicht, soweit es sich um für meine Begleitung und Betreuung erforderliche Informationen handelt.
3. Ich kann diese Erklärung mit Wirkung für die Zukunft sowohl gegenüber einzelnen Personen wie auch generell jederzeit widerrufen.

4. Meine behandelnden Ärztinnen/meine behandelnden Ärzte sind derzeit:

Frau/Herr/Adresse

Frau/Herr/Adresse

Als Pflegedienst betreut mich:

Pflegedienst/Adresse

Weitere Beteiligte

.....
Ort, Datum

.....
Patientin/Patient, Betreuerin/Betreuer,
Bevollmächtigte/Bevollmächtigter

BKG

Berliner
Krankenhausgesellschaft e.V.

Berliner Krankenhausgesellschaft e.V. · Hallerstraße 6 · 10587 Berlin

Krankenhäuser im Land Berlin
- Krankenhausleitung -

nachrichtlich:
Vorstandsmitglieder und
Mitgliedsverbände der BKG

Lfd. Nr.
182/2017

Unser Zeichen/Unsere Nachricht vom
30/00-R/Te

Datum
19. Mai 2017

Telefon (030) 330 996-0
Telefax (030) 330 996-66
www.bkgev.de
mail@bkgev.de

**Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach
Krankenhausbehandlung gem. § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V
Umsetzungshinweise der DKG**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zuletzt mit Schreiben der BKG Nr. 157/2017 und insbesondere 130/2017 hatten wir Sie über die aktuellen Entwicklungen im Zusammenhang mit dem Rahmenvertrag zum Entlassmanagement informiert. Neben der Übermittlung erster Hilfestellungen zur Umsetzung hatten wir ergänzende Umsetzungshinweise der DKG zur Thematik angekündigt.

Die DKG hat inzwischen gemeinsam mit ihren Mitgliedern Umsetzungshinweise zum Rahmenvertrag erarbeitet und abgestimmt. Die nun vorliegenden Hinweise zum Rahmenvertrag (**Anlage 1**) nehmen ergänzende Aspekte und Hilfestellungen in folgenden Anlagen auf:

- Anlage I: Hinweise für das Verordnungswesen (**Anlage 2**)
- Anlage II: Hinweise Assessment (**Anlage 3**)
- Anlage III: Checkliste Entlassmanagement (**Anlage 4**)

Die beigefügten Unterlagen stehen Ihnen auch auf der Homepage der BKG im Bereich Mitgliederservice/Download/Recht und Verträge zur Verfügung. Die Umsetzungshinweise werden unter Berücksichtigung der Entwicklungen zur Thematik weiterentwickelt. Hierfür bitten wir Sie, etwaige Hinweise und ergänzende Fragestellungen der BKG per E-Mail an mail@bkgev.de zuzuleiten.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.


Peter-Chr. Reschke

Umsetzungshinweise
der Deutschen Krankenhausgesellschaft
zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement
nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V

Rechtlicher Rahmen – § 39 Absatz 1a Satz 9 SGB V –

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) in § 39 SGB V folgenden neuen Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. § 11 des Apothekengesetzes bleibt unberührt. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7). Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 7 die weitere Ausgestaltung des Ordnungsrechts nach Satz 7. Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 7, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zum 31. Dezember 2015 in einem Rahmenvertrag; § 118a Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend; kommt eine Vereinbarung nicht zustande, kann auch das Bundesministerium für Gesundheit das Schiedsamt anrufen. Vor Abschluss des Rahmenvertrages ist der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Information, Einwilligung und Widerruf bedürfen der Schriftform“.

Mit dieser Gesetzesänderung wurde zugleich die seit dem 01.01.2012 geltende, durch das GKV Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vorgenommene Ergänzung des § 39 Absatz 1 Sätze 4 - 6 SGB V wieder gestrichen. Gleiches gilt für die ebenfalls seit dem GKV-VStG in § 112 Absatz 2 Nummer 7 SGB V vorgesehene Möglichkeit von Krankenhäusern und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen hierzu entsprechende zweiseitige Vereinbarungen zu schließen.

Durch die Neufassung des § 39 Absatz 1a SGB V wird das Entlassmanagement durch Einbeziehung der Vertragsärzteschaft nunmehr dreiseitig ausgestaltet. Dabei sollen Kranken-

häuser zukünftig auch die Möglichkeit haben, im Rahmen des Entlassmanagements erforderliche Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie entsprechend § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V, für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen zu verordnen und Arbeitsunfähigkeit festzustellen. Die hierzu notwendige und vom Gesetzgeber in § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V geforderte weitere Ausgestaltung des Verwaltungsrechts durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde von diesem in den betreffenden Richtlinien bereits umgesetzt.

Das Erweiterte Bundesschiedsamt hat einen Rahmenvertrag festgesetzt, der zum 01.07.2017 in Kraft treten soll. Die Vertragspartner haben sich jedoch, vorbehaltlich der gesetzlichen Änderung zur LANR im Rahmen des Blut- und Gewebegesetzes darauf verständigt, das Inkrafttreten des Rahmenvertrages auf den 01.10.2017 zu verschieben. Die vertraglichen Regelungen greifen in die Strukturen und Prozesse der Krankenhäuser ein, so dass die DKG die nachfolgenden Umsetzungshinweise erarbeitet hat.

Die dargestellten Regelungspunkte die die wesentlichen Sachverhalte abhandeln, erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es bleibt vorbehalten, die Umsetzungshinweise den spezifischen Anforderungen des einzelnen Krankenhausträgers bzw. des jeweiligen Bundeslandes anzupassen ohne jedoch die rahmenvertraglichen Festsetzungen außer Acht zu lassen!

Zur besseren Erkennbarkeit sind die jeweiligen Paragraphen des Rahmenvertrages **grau** unterlegt worden und im Anschluss daran erfolgen – soweit erforderlich – Hinweise.

Bei denen im Rahmenvertragstext in **rot** kenntlich gemachten Passagen handelt es sich um Änderungen, die im Falle des Inkrafttretens des Blut- und Gewebegesetzes, zum Tragen kommen.

Gliederung

§ 1 – Geltungsbereich	5
§ 2 – Zielsetzung	6
§ 3 – Entlassmanagement.....	7
§ 4 – Veranlasste Leistungen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V.....	14
§ 5 – Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit	16
§ 6 – Vordrucke	17
§ 7 – Information und Beratung des Patienten	20
§ 8 – Kommunikation mit den Leistungserbringern der Anschlussversorgung	22
§ 9 – Dokumentation an die weiterbehandelnden Ärzte	24
§ 10 – Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse und die Pflegekasse	25
§ 11 – Verträge auf Landesebene	26
§ 12 – Inkrafttreten, Kündigung	26
§ 13 – Salvatorische Klausel	27

Anlage 1: Hinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Ordnungswesen im Entlassmanagement

Anlage 2: Hinweise zu einem möglichen Assessmentbogen

Anlage 3: Checkliste Entlassplan

§ 1 – Geltungsbereich

„Der Rahmenvertrag gilt für Entlassungen von Patienten aus voll- und teilstationären **sowie stationsäquivalenten** Behandlungen durch das Krankenhaus. 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.“

Hinweise zu § 1:

Geltungsbereich:

- Diese Regelung gilt für alle Entlassungen von Patienten aus voll- und teilstationären sowie stationsäquivalenten Behandlungen durch das Krankenhaus, auch im Rahmen der belegärztlichen Versorgung.

Zu berücksichtigen ist zukünftig:

- Der Patient (bzw. sein Betreuer, Personensorgeberechtigter) ist über das Entlassmanagement schriftlich zu informieren und eine Einwilligung (Anlagen 1a und 1b des Rahmenvertrages) in die Durchführung des Entlassmanagements ist einzuholen (vgl. hierzu § 7 der Umsetzungshinweise). Zur Frage der Einholung nach Anlage 1b des Rahmenvertrages siehe die konkretisierenden Ausführungen zu § 3 Abs. 4 der Umsetzungshinweise.
- Stimmt der Patient der Durchführung des Entlassmanagements zu, wird ausdrücklich empfohlen, dies in der Patientenakte zu dokumentieren, um bei Erfordernis den Nachweis führen zu können. Gleiches gilt auch für eine Ablehnung.
- Bei Zustimmung des Patienten kann ein Screening (initiales Assessment zur Klärung: Versorgungsbedarf ja oder nein) durch Arzt/Pflege erfolgen. Es kann ein Assessmentbogen eingesetzt werden (Ankreuzverfahren). Es wird ausdrücklich empfohlen, das Ergebnis des Screenings in der Patientenakte zu vermerken um bei Erfordernis den Nachweis führen zu können (vgl. § 3 der Umsetzungshinweise).

Hinweise aus Sicht der IT:

- Da es sich um Anforderungen an alle stationären Aufenthalte handelt, ist eine einheitliche Umsetzung auch im Krankenhausinformationssystem (KIS) sinnvoll. Grundsätzlich ist dabei zu überdenken, dass evtl. neue Nutzergruppen Zugang zum KIS benötigen und das Rechtesystem angepasst werden muss.

§ 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.*

Hinweis zu § 2 Abs. 1:

- Diese Regelung stellt das Ziel des Entlassmanagements dar. Durch frühzeitige Maßnahmen ist eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Versorgung sicherzustellen. Es muss eine Struktur für einen sicheren Informationsfluss versorgungsrelevanter Hinweise geschaffen werden.

Hinweise aus Sicht der IT:

- Die Formulierung „sichere“ Weitergabe bekommt in Hinblick auf eine elektronische Übermittlung eine besondere Bedeutung. Auf keinen Fall dürfen Verfahren etabliert werden, die patientenbezogene Informationen ohne eine entsprechende Verschlüsselung übermitteln, egal ob die Empfänger Ärzte, Kranken- oder Pflegekassen oder der Versicherte und seine Angehörigen sind. Es sei betont, dass eine elektronische Übermittlung an keiner Stelle verpflichtend gefordert ist.

§ 2 – Zielsetzung

- 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.*

Hinweise zu § 2 Abs. 3:

- Zu den Pflichten der Kranken-/Pflegekasse siehe § 2 Abs. 3, § 3 Abs. 6, § 7, § 10.
- Gesetzlich werden andere Kosten-/Sozialversicherungsträger (z. B. BG-Patienten) von § 39 Abs. 1a SGB V nicht erfasst. Gleichwohl ist auch für diese Patientengruppe ein Entlass-/Versorgungsmanagement nach bisheriger Erscheinungsweise weiterhin sicherzustellen.

§ 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 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.

Hinweise zu § 3 Abs. 1:

Standardisiertes Entlassmanagement:

- Diese Regelung weist aus, dass das Entlassmanagement standardisiert durchgeführt werden muss. Die Standards müssen schriftlich fixiert und für alle Beteiligten transparent sein.
- Zukünftig muss ein multiprofessionelles Team zusammengestellt werden, das ein patientenindividuelles Entlassmanagement durchführt. Das multiprofessionelle Team sollte aus all den Berufsgruppen im Krankenhaus zusammengesetzt sein, die beim jeweiligen Patienten für das Entlassmanagement benötigt werden, wie z. B. Ärzte, Pflege, Sozialdienst, Therapeuten etc.. Die Planung und Durchführung des Entlassmanagements hat im multiprofessionellen Team zu erfolgen.

Verantwortlichkeiten:

- Diese Regelung legt fest, dass die Verantwortlichkeiten im multiprofessionellen Team festgelegt werden müssen. Auf Grund der individuellen Versorgung des jeweiligen Patienten sind die Verantwortlichkeiten im Team jeweils unterschiedlich. Es wird empfohlen Prozesszuständigkeiten vorzuhalten.

Homepage der Krankenhäuser:

- Zukünftig müssen im Internetauftritt des Krankenhauses Informationen zum Entlassmanagement ausgewiesen sein.
- Die Art und Weise der Informationen kann krankenhausesintern in freier Entscheidung erfolgen.

Hinweise aus Sicht der IT:

- Es wird davon ausgegangen, dass jedes zugelassene Krankenhaus über einen Internetauftritt verfügt. Falls dies nicht der Fall ist, wird empfohlen diesen Informationskanal für Patienten und Ärzte zu nutzen.

§ 3 – Entlassmanagement

- 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 Abs. 1a S. 6 SGB V sowie einer unmittelbar nach der Krankenhausentlassung fortdauernden Arbeitsunfähigkeit. Zudem ist die Erforderlichkeit weiterer verordnungs-/veranlassungs-fähiger Leistungen (z. B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Kurzzeitpflege, Haushaltshilfe) zu prüfen.*

Hinweise zu § 3 Abs. 2:

Assessment:

- Diese Regelung schreibt u.a. ein geeignetes Assessment vor mit dem der patientenindividuelle Bedarf der Anschlussversorgung festgestellt werden soll. Eine Möglichkeit könnte sein, zwischen einem initialen Assessment (Screening) und einem differenzierten Assessment zu unterscheiden. Wählt das Krankenhaus die Möglichkeit des initialen und differenzierten Assessments sind u. a. folgende Inhalte zu berücksichtigen:

Inhalte des initialen Assessments/Screening und des differenzierten Assessment siehe **Anlage II.**

Entlassplan:

- Nach dieser Regelung wird, neben der bereits bestehenden Dokumentation, das Führen eines Entlassplans erforderlich.
- Es muss ein Entlassplan entwickelt werden. Dies kann z. B. in Form einer Checkliste geschehen, um bei Erfordernis den Nachweis führen zu können.
- Die Inhalte des Entlassplans, resultierend aus den Anforderungen, die der Rahmenvertrag festlegt (Mindestinhalte), sind in der Mustervorlage „Checkliste Entlassplan“ (gemäß **Anlage III**) abgebildet. Darüber hinaus können weitere Inhalte in den Entlassplan aufgenommen werden.

Hinweise aus Sicht der IT:

Weder die Assessments noch der Entlassplan müssen als elektronische Dokumente gepflegt werden, aber ein solches Vorgehen würde den gemeinsamen Zugriff auf die jeweils aktuelle Fassung erleichtern. Es sollte angestrebt werden, für die Speicherung der Assessments digitale Formate zu wählen, die einfach zwischen unterschiedlichen Systemen ausgetauscht werden können. Minimal sollte auf den Standard HL7 in der Version 3 zurückgegriffen werden, aber durch die Entwicklung eines entsprechenden HL7-CDA-Formates wäre ein hohes Maß an Interoperabilität zu erreichen. Es soll früh die Notwendigkeit von Verordnungen oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen geprüft werden. Um dies später nachweisen zu können, auch wenn sich noch Veränderungen ergeben haben, sollte im Entlassplan eine Historie dieser Entscheidungen gepflegt werden. Daher sollte ein elektronische Entlassplan grundsätzlich eine Art Journal der Aktivitäten und Entscheidungen enthalten, da erwartet wird, dass im Einzelfall immer wieder Entscheidungen revidiert oder Aktivitäten wiederholt werden müssen, weil sich der konkrete Fall nicht entsprechend der Vorhersage entwickelt.

§ 3 – Entlassmanagement

- 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.*

Hinweise zu § 3 Abs. 3:

Entlassplan:

- Im Entlassplan sollen alle dem Krankenhaus verfügbaren Informationen, auch Informationen aus der Zeit vor der Krankenhausbehandlung, berücksichtigt werden, um so die Sicherstellung des kontinuierlichen Behandlungsprozess zu gewährleisten.
- Die patientenindividuelle Anschlussversorgung, die im Entlassplan festgelegt wird, sollte frühzeitig eingeleitet werden.
- Alle Mitarbeiter, die in das Entlassmanagement des Patienten involviert sind, müssen Zugang zu den jeweils relevanten Informationen aus der Patientenakte haben.

Hinweise aus Sicht der IT:

- Es gibt explizit keine Verpflichtung zur Führung einer elektronischen Patientenakte, eine solche würde aber die Koordination des Entlassmanagements vereinfachen.
- Da im Rahmen des Entlassmanagements unterschiedliche Berufsgruppen Zugang zum Entlassplan und zu Teilen der Patientenakte benötigen, muss die Rechtevergabe im KIS entsprechend angepasst werden. Generell sollte bei der Definition des multidisziplinären Teams im konkreten Krankenhaus geprüft werden, ob jedes Mitglied im KIS entsprechend berechtigt werden kann.

§ 3 – Entlassmanagement

- 4)** *Stellen die Beteiligten nach Abs. 1 S. 2 im Rahmen des Assessments einen Versorgungsbedarf explizit für die Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung fest, nimmt das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiter- versorgenden 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.***

Hinweise zu § 3 Abs. 4:

Anschlussversorgung:

- Die Regelung in Satz 5 ermöglicht den Krankenhäusern grundsätzlich eine flexiblere Handhabung zur Einholung der Einwilligung nach Anlage 1b des Rahmenvertrages.

Zwar sieht der Gesetzeswortlaut des § 39 Abs. 1a SGB V in den Sätzen 11 – 13 pauschal die Zustimmung der Patienten in das Entlassmanagement und deren Einwilligung vor dem Entlassmanagement vor. Auf Sinn und Zweck des Zustimmungs- und Einwilligungserfordernisses jedoch reduziert, kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Gesetzgeber die Krankenhäuser tatsächlich in jedwedem Fall dazu verpflichten wollte, die Zustimmung und Einwilligung einzuholen, sondern nur in den Fällen, in denen ein mit einer Datenübermittlung verbundenes Entlassmanagement erforderlich ist. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass es im Fall einer nicht erteilten Zustimmung des Patienten in das Entlassmanagement nach Anlage 1b bei seinem grundsätzlichen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement beim Übergang in verscheiden Versorgungsbereich nach § 11 Abs. 4 SGB V verbleiben dürfte. Die Krankenhäuser können somit selbst entscheiden, ob sie die Anlagen 1a und 1b gleich zu Anfang der Aufnahme im Krankenhaus oder zumindest die Anlage 1b zu einem späteren Zeitpunkt, wenn das Entlassmanagement eine Datenübermittlung an Dritte erfordert, vom Patienten unterzeichnen lassen.

- In dieser Regelung wird festgelegt, dass bei erforderlicher Anschlussversorgung, das Krankenhaus frühzeitig Kontakt aufnimmt zu
 - Angehörigen/Betreuern/Personensorgeberechtigten
 - Weiterbehandlern (Physio-, Ergo- Logotherapie, Hausarzt, Facharzt)
 - Einrichtungen des SGB XI
 - Rehabilitationseinrichtungen
 - Ambulante Pflege
 - SAPV
 - etc.

- Erhält der Patient Leistungen, die von der Krankenkasse vor Leistungserbringung genehmigt werden müssen, nimmt das Krankenhaus vor dem Kontakt mit dem Leistungserbringer zunächst Kontakt zur Krankenkasse auf. Der Kontakt mit der Krankenkasse sollte dokumentiert werden, um beispielsweise bei MDK-Prüfungen den Nachweis führen zu können, inwieweit die Krankenkassen ihren Mitwirkungspflichten nach diesem Vertrag nachgekommen sind.

§ 3 – Entlassmanagement

- 5)** *Bei notwendiger Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse sind die Einwilligung des Patienten gemäß Anlage 1b und die erforderlichen Informationen aus dem Entlassplan zum frühestmöglichen Zeitpunkt durch das Krankenhaus 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. Widerruft der Patient seine Einwilligung, ist der Widerruf der Krankenkasse unverzüglich zu übermitteln; je nach Zeitpunkt des Widerrufs entfällt die Übermittlung ergänzender Informationen aus dem Entlassplan.*

Hinweise zu § 3 Abs. 5:

Unterstützung durch die Krankenkasse:

- Nach dieser Regelung müssen, bei erforderlicher Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse, alle relevanten Informationen aus dem Entlassplan sowie die Einwilligung des Patienten (Anlage 1b des Rahmenvertrages) so früh als möglich den Kostenträgern zur Verfügung gestellt werden. Sollte sich der Zustand des Patienten nach Übermittlung der Unterlagen verändern, informiert das Krankenhaus Kranken- und Pflegekasse erneut. Der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme(n) mit der Kranken-/Pflegekasse sowie deren Rückmeldungen sollten unbedingt dokumentiert werden (z. B. im Entlassplan).

Hinweise aus Sicht der IT:

- Falls die Krankenhäuser die Einwilligung nach Anlage 1b zu einem späteren Behandlungszeitpunkt einholen, muss sichergestellt werden, dass zwischenzeitlich keine Datenübermittlung an die Krankenkassen und nachbehandelnden Ärzte erfolgt. .
- Wenn ein Krankenhaus die Einwilligung nach Anlage 1b erst bei Bedarf einholt, sollte das KIS so angepasst werden, dass es automatisch darauf hinweist, wenn die Einwilligung noch nicht vorliegt, aber eine Übermittlung vorbereitet wird.
- Die eigentlichen Übermittlungen müssen nicht elektronisch erfolgen, auf keinen Fall dürfen aber ungesicherte elektronische Übertragungswege verwendet werden. So ist die elektronische Übermittlung u. a. des Entlassbriefes nur dann zulässig, wenn diese entsprechend den BSI-Anforderungen sicher verschlüsselt ist, so dass nur der Empfänger die Entschlüsselung vornehmen kann.

§ 3 – Entlassmanagement

- 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 (auch 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.*

Hinweise zu § 3 Abs. 6:

- In diesem Absatz des Rahmenvertrages wird festgelegt, dass bei genehmigungspflichtigen Leistungen die Kranken-/Pflegekasse vor dem Kontakt mit den Leistungserbringern frühzeitig einzubinden ist. Beispielhaft sind hier zu nennen der Antrag auf Rehabilitation oder die Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. ein Antrag auf Höhergruppierung. Der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme(n) mit der Kranken-/Pflegekasse sowie deren Rückmeldungen sollten unbedingt dokumentiert werden (z. B. im Entlassplan). Im Falle einer ausbleibenden Rückmeldung sollte von Seiten des Krankenhauses nachgefragt werden. Auch dies ist zu dokumentieren.

§ 3 – Entlassmanagement

- 7) *Am Tag der Entlassung erhält der Patient 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.*

Hinweise zu § 3 Abs. 7:

- Am Entlassungstag erhält der Patient den (vorläufigen) Entlassbrief (Mindestinhalte siehe § 9 der Umsetzungshinweise). Hat er sein Einverständnis erklärt, darf der Entlassbrief auch den weiterbehandelnden Arzt weitergegeben werden.
- Darüber hinaus wird in dieser Regelung festgelegt, dass ein Ansprechpartner bei Rückfragen zur Verfügung stehen muss. Die Erreichbarkeit des Ansprechpartners in der Zeit von
 - Montag bis Freitag in der Zeit von 09:00 bis 19:00 Uhr,
 - Samstag von 10:00 bis 14:00 Uhr
 - Sonntag von 10:00 bis 14:00 Uhr

muss sichergestellt sein. Die Benennung des zuständigen Ansprechpartners obliegt der Organisationshoheit des Krankenhauses.

- Im Falle einer notwendigen pflegerischen Weiterversorgung sind die erforderlichen Informationen an die Leistungserbringer weiterzuleiten (z. B. Pflegeüberleitungsbogen).

Hinweise aus Sicht der IT:

- Wie schon erwähnt kann der Entlassbrief und damit auch der vorläufige Entlassbrief elektronisch sein, dann ersetzt der Versand an den Hausarzt und / oder den nachbehandelnden Facharzt die Mitgabe des Papierbriefes.
- Die Änderungen zum Entlassmanagement sollten zum Anlass genommen werden, zu prüfen, wie der Erstellungsprozess der Entlassbriefe durch das KIS unterstützt werden kann, um die Fristen einzuhalten.
- Im Kontext einer Erreichbarkeit eines Ansprechpartners, insbesondere am Wochenende, ist eine Integration zumindest des Entlassplans und des Entlassbriefs in das KIS anzustreben. Hiermit werden dem zuständigen Ansprechpartner des Krankenhauses notwendige Informationen zum patientenindividuellen Entlassmanagement gegeben. Siehe hierzu § 3 Abs. 2.

§ 3 – Entlassmanagement

- 8) *Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 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.“*

Hinweise zu § 3 Abs. 8:

- Siehe hierzu Anlage I (Umsetzungshinweise Verordnungswesen im Entlassmanagement).

§ 4 – Veranlasste Leistungen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V

- 1) *„Das Ordnungsrecht nach § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V ist auf die Erfordernisse des Entlassmanagements eingeschränkt. Hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. § 73 Abs. 8 SGB V gilt entsprechend.*
- 2) *Die im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Leistungen unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V. Für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit gilt § 113 Abs. 4 SGB V.*
- 3) *Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanage-*

ments die Verordnung von Arzneimitteln in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung sowie von Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen, wobei die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden sind. Bei der Verordnung von Arzneimitteln sind insbesondere auch die Vorschriften des § 11Sc SGB V und Verträge nach §§ 130a Abs. 8, 130b und 130c SGB V zu beachten. Bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln gelten die Regelungen zu den Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen nach § 84 SGB V entsprechend.

- 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 Abs. 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 Abs. 1 S. 5 SGB V.
- 6) 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.
- 7) Da das Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1a S. 1 SGB V dem Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung dient, ist die Verordnung von Krankenhausbehandlung im Rahmen des Entlassmanagements ausgeschlossen.
- 8) Die DKG informiert in geeigneter Weise über die bei der Verordnung von Leistungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V zu beachtenden Bestimmungen; dies gilt insbesondere für die Arznei- und Betäubungsmittelverschreibungsverordnungen.“

Hinweise zu § 4:

- Siehe hierzu Anlage I (Umsetzungshinweise Verordnungswesen im Entlassmanagement).

Hinweise aus Sicht der IT:

- Für die Verordnungen müssen entsprechende Vordrucke verwendet werden, die speziell für das Entlassmanagement markiert sind. Zusätzlich ist auf dem Muster 16 noch die entsprechende Betriebsstättennummer (BSNR) mit aufgedruckt. Daher wird es notwendig sein, ein entsprechendes Formularmanagement einzuführen, damit nicht die Vordrucke aus dem Bereich der Ambulanzen mit denen des Entlassmanagements verwechselt werden können. Da die Verordnungen die Unterschrift der verordnenden Person benötigen und dann an den Patienten weitergegeben werden, müssen die Vordrucke normalerweise in räumlicher Nähe dieser Personen erstellt werden – dies widerspricht einer zentralen Aufstellung, die aus Sicht des Formularmanagements wünschenswert wäre. Hier muss jedes Krankenhaus individuell ein Konzept entwickeln, das auch evtl. notwendige bauliche Maßnahmen zur Bereitstellung des notwendigen Platzes für Drucker und Formularschränken umfasst.
- Es gilt zu beachten, dass einige der Vordrucke aus Durchschlagpapier bestehen und nur mit Nadeldruckern zu bedrucken sind.
- Da auch auf die Anlage 2a zum Rahmenvertrag verwiesen wird, ist auch das Blankodruckverfahren erlaubt. Dieses muss aber nicht von allen Softwareanbietern bereitgestellt werden. Bei diesem Verfahren muss ein spezielles Sicherheitspapier verwendet werden, das genauso wie die Vordrucke vor Diebstahl zu sichern ist. Eine Bedruckung von normalem Papier ist ausgeschlossen. Das Muster 16 darf nicht im Blankodruckverfahren verwendet werden, benötigt aber auch keinen Nadeldrucker zur Erstellung.

§ 5 – Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

- 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 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) getroffenen Regelungen in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.*
- 3) *Bei der Feststellung und Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit ist das Muster 1 gemäß Anlage 2/2a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) in der jeweils gültigen Fassung zu verwenden.“*

Hinweise zu § 5 Abs. 2 und 3:

- Siehe Anlage I (Umsetzungshinweise Verordnungswesen im Entlassmanagement).

Hinweise aus Sicht der IT:

- Die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit (AU) ist im Normalfall ein Formular mit 4 Durchschlägen und nur auf einem Nadeldrucker zu erstellen. Dies setzt sowohl ein entsprechendes Formularmanagement, als auch die Verfügbarkeit und Wartung von Druckern in den entlassenden Abteilungen voraus. Die Bedruckung ist auch, nach Anlage 2a des Rahmenvertrages, als Blankodruck erlaubt, wenn dies die entsprechende Software unterstützt. Dafür muss das zu verwendende Sicherheitspapier ebenfalls gelagert und gesichert werden. Ein Blankodruck auf normalem Papier ist ausgeschlossen.

§ 6 – Vordrucke

- 1) *Für die Verordnung der Leistungen gemäß § 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 Anlage 2/2a des BMV-Ä sowie die dazugehörigen und mit der Sonderkennzeichnung „Entlassmanagement“ versehenen Muster 1, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 26, 27 und 28 der Anlage 2/2a des BMV-Ä sowie die diesbezüglichen Vordruckerläuterungen und 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 Betäubungsmittelverschreibungsverordnung und für die Verschreibung von Arzneimitteln mit teratogener Wirkung § 3a der Arzneimittelverschreibungsverordnung. Für die Befüllung des Feldes „Vertragsarztstempel“ auf den Vordrucken gelten die Vereinbarungen der Landesebene des vertragsärztlichen Bereichs.*
- 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 Abs. 1a S. 6 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. Ist für die Versorgung mit einem Hilfsmittel im häuslichen Bereich die besondere Expertise oder Umgebung des Krankenhauses erforderlich (zum Beispiel bei der Versorgung mit einem Heimbeatmungsgerät, auf die der Versicherte im Krankenhaus eingestellt wird), kann die Ausfertigung bereits vor dem Entlasstag erfolgen.*
- 4) *Für das Entlassmanagement erhält das Krankenhaus 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 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern, soweit dem Krankenhaus eine solche noch nicht zugeteilt wurde. Die Betriebsstättennummer nach Satz 1 ist durch das zuständige Krankenhaus bei der Verordnung von Leistungen und Arzneimitteln nach diesem Rahmenvertrag zu verwenden. Die Betriebsstättennummer muss die eindeutige Zuordnung der nach § 4 genannten Leistungen zum Ort der Veranlassung gewährleisten.*

- 5) *Bis zur Einführung einer Krankenhausarzt Nummer im SGB V verwenden Krankenhäuser auf den Verordnungsmustern nach Absatz 1 im Feld „Arzt-Nr.“ eine 9-stellige Fachgruppennummer. Die Fachgruppennummer stellt sich wie folgt dar:*
- Stellen 1-7: Pseudo-Arzt Nummer „4444444“
- Stellen 8 und 9: Fachgruppencode gemäß Anlage 3 zur Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV) in ihrer jeweils gültigen Fassung.
- 6) *Die Verordnungen und Bescheinigungen nach Absatz 1 sind im Rahmen der Bedruckung gesondert zu kennzeichnen. Hierzu ist in die Formulare das einstellige Kennzeichen „4“ an der 30. Stelle der Zeile 6 des Personalienfeldes gemäß des in der Technischen Anlage (Anlage 2) abgebildeten Musterbeispiels für die Bedruckung einzutragen. In den Verordnungen und Bescheinigungen nach Absatz 1 Satz 1 ist in dem Feld „Betriebsstätten-Nr.“ die versorgungsspezifische Betriebsstättennummer (BSNR) des Krankenhauses nach Absatz 4 Satz 1 auf die Vordrucke aufzutragen.*

In dem Feld „Arzt-Nr.“ ist ~~die lebenslange Arzt Nummer~~ das Kennzeichen gemäß Absatz 5 (LANR) aufzutragen. Im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Abs. 1a SGB V dürfen nur Arzneiverordnungsblätter (Muster 16) verwendet werden, bei denen in der Codierleiste die versorgungsspezifische Betriebsstättennummer des Krankenhauses nach Absatz 4 Satz 1 eingedruckt ist.
- 7) *Es gelten die technischen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Bedruckung. Das Nähere zur **Zertifizierung 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 Landeskrankenhausesgesellschaften 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.“*

Hinweise zu § 6:

- Siehe Anlage I (Umsetzungshinweise Verordnungswesen im Entlassmanagement)

Hinweise aus Sicht der IT:

- Es muss eine zugelassene Software eingesetzt werden, die automatisch prüft, dass die gesetzlichen Regelungen eingehalten werden und die abweichende Bedruckung des Versichertenstatus vornimmt. Dazu gehört auch, dass als Verordnungsdatum immer nur das aktuelle Datum gewählt werden kann. Das Zulassungsverfahren regelt die DKG und diese hat dazu schon Kontakt mit den Softwareherstellern aufgenommen, um ein möglichst effizientes Verfahren zu etablieren.

- In der überarbeiteten Fassung der Rahmenvereinbarung kann bis zur Einführung der Krankenhausarzt Nummer eine Pseudonummer verwendet werden. Diese besteht in den ersten Ziffern aus „4444444“ und es folgt der Fachgruppencode des entsprechenden Arztes. Daher bietet es sich an, im KIS schon jetzt die Krankenhausarzt Nummer einzuführen und bis zum Beginn der Vergabe dieser Nummern, dort die entsprechend gebildete Pseudoarzt Nummer abzulegen. Dabei muss auf jeden Fall berücksichtigt werden, dass Ärzte, die auf Grund einer persönlichen Ermächtigung eine LANR verwenden, dies auch weiterhin tun können. Längerfristig werden LANR und KANR sich gegenseitig ersetzen können, so dass eine persönlich ermächtigte Ärztin ihre KANR auch für die ambulante Abrechnung verwenden kann. Dies vorwegnehmend könnte bei Ärzten, die schon eine LANR führen, auch diese in die Rezepte des Entlassmanagements eingedruckt werden.
- Die Betriebsstättennummer wird als sogenannte versorgungsspezifische Betriebsstättennummer von den KVen an das Krankenhaus vergeben. Hierbei bedeutet „versorgungsspezifisch“, dass es sich um eine BSNR für die stationäre Versorgung handelt. Eine schon vorhandene BSNR kann weiterverwendet werden und es muss nicht nochmals eine BSNR beantragt werden. Die BSNR wird auch bei den Bestellungen der Vordrucke verwendet und in das Muster 16 von den Druckereien fest eingedruckt.
- Für die Eindruckung des Vertragsarztstempels gelten die jeweils regionalen Vorgaben, so dass die Vereinbarung keinen Einfluss auf deren Auslegung nehmen kann. Aus Sicht der DKG sollte diese Regelung so umgesetzt werden, dass in den Vertragsarztstempel immer die Inhalte der Felder Arzt Nummer und BSNR aus dem Personalisierungsblock verwendet werden sollten – also auch die Pseudoarzt Nummer. Ebenso sollten keine unterschiedlichen BSNR verwendet werden.
- Die folgenden Vordrucke können verwendet werden:
- Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung - vierteiligen Formularsatz mit Kopfleimung aus selbstdurchschreibendem Papier (A5)
- Muster 8: Sehhilfenverordnung (A5 hoch)
- Muster 12: Verordnung häuslicher Krankenpflege - vierteiligen Formularsatz mit Kopfleimung aus selbstdurchschreibendem Papier (A4 hoch)
- Muster 13: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Physikalischen Therapie/Podologischen Therapie) (A5 hoch)
- Muster 14: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) (A4 hoch)
- Muster 15: Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe (A4 hoch)
- Muster 16: Arzneiverordnungsblatt (A6 quer)
- Muster 18: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie) (A5 hoch)
- Muster 26: Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V - dreiteiliger Formularsatz mit Kopfleimung aus selbstdurchschreibendem Papier (A4 hoch)
- Muster 27: Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V -dreiteiliger Formularsatz mit Kopfleimung aus selbstdurchschreibendem Papier (A4 hoch)
- Muster 28: Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie - dreiteiliger Formularsatz mit Kopfleimung aus selbstdurchschreibendem Papier (A4 hoch)
- Die Vordrucke oder das Sicherheitspapier sind von den Druckereien zu beziehen, die Kontaktdaten der Druckereien sind identisch zu denen für die ambulanten Verfahren. Da die Versandkosten zu tragen sind, ist das Bestellen von Kleinstmengen ungünstig, was wiederum dazu führen könnte, dass ein Lagerungskonzept ausgearbeitet werden muss.

§ 7 – Information und Beratung des Patienten

- 1) *Das Krankenhaus informiert den Patienten vor dem Assessment gemäß § 3 schriftlich über Inhalte und Ziele des Entlassmanagements und holt, **sofern erforderlich**, die schriftliche 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 einzuholen.*

Hinweise zu § 7 Abs. 1:

- Die Information des Patienten (Anlage 1a des Rahmenvertrages) und die Einwilligung des Patienten (Anlage 1b des Rahmenvertrages) sind zwingend zu dokumentieren, ebenso eine ggfs. notwendige Information zu Betreuer/Personensorgeberechtigten.
- Den Krankenhäusern wird nahe gelegt dem Patienten eine Durchschrift/Kopie der Anlagen 1a, 1b des Rahmenvertrages zu überlassen.
- Zur Frage der Einholung nach Anlage 1b des Rahmenvertrages siehe die konkretisierenden Ausführungen zu § 3 Abs. 4 der Umsetzungshinweise.

Hinweise aus Sicht der IT:

- Es wäre günstig, diese Dokumentationen elektronisch in der Patientenakte vorzunehmen. Falls die Einwilligungen digital archiviert werden sollen, sind die entsprechenden Rechtsvorschriften (vgl. Die Dokumentation der Krankenhausbehandlung – Hinweise zu Durchführung, Archivierung und zum Datenschutz, Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft, 5 Aufl. 2015) zu beachten, da das Krankenhaus nachweisen muss, dass die Einwilligungen vorlagen.

§ 7 – Information und Beratung des Patienten

- 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.*

Hinweise zu § 7 Abs. 2:

- Die Art und Weise der Informationen über die entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten kann durch das Krankenhaus bestimmt werden. In jedem Fall ist die Information sowie bei Erforderlichkeit die Kontaktaufnahme mit den Kranken-/Pflegekassen zu dokumentieren.

Hinweise aus Sicht der IT:

- Auch bei diesen Kommunikationen sind keine Verfahren vorgeschrieben und elektronische Wege möglich. Bei Nutzung von Drittanbietern ist eine hinreichende Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Aspekte (insbesondere Verschlüsselung) zu beachten.

§ 7 – Information und Beratung des Patienten

- 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. Wird der Patient mit einer Medikation entlassen, erhält er einen Medikationsplan. Dieser soll entsprechend der Vorgaben des § 31a SGB V erstellt werden. Der Medikationsplan ersetzt nicht die im Rahmen des Entlassmanagements gemäß Arzneimittel -Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses notwendige Information des weiterbehandelnden Arztes. Die Krankenkassen beabsichtigen, bundeseinheitliche Antragsformulare für die Beantragung von Anschlussrehabilitation (AR) zur Verfügung zu stellen.*

Anmerkungen zu § 7 Abs. 3:

Hinweise aus Sicht der IT:

- Entgegen dem Wunsch der DKG hat der Gesetzgeber im E-Health-Gesetz keine Möglichkeit geschaffen, dass die Krankenhäuser die Erstellung oder das Einlesen eines Medikationsplans nach §31a SGB V erstattet bekommen. Daher ist die Erstellung des Medikationsplans mit einer entsprechenden Software auch nur eine „Soll“-Bestimmung – dies muss nicht umgesetzt werden. Auf der anderen Seite ist aber die Anschaffung eines solchen Softwaremoduls zu empfehlen, da mit dem Einlesen eines Medikationsplans, der im Rahmen der Aufnahme vorgelegt wird, die Medikationsanamnese unterstützt werden kann und Übermittlungs- oder Erinnerungsfehler vermieden werden können.

- Bei der Beschaffung eines entsprechenden Moduls sollte darauf geachtet werden, dass auch die Lesegeräte für den Barcode vorhanden sind oder mitbeschafft werden.
- Explizit wird hier von den Krankenhäusern mehr gefordert, als von den Vertragsärzten, die einen solchen Plan nur erstellen müssen, wenn mindestens drei Medikamente verordnet sind. Immer wenn ein Rezept ausgestellt oder ein Medikament mitgegeben wird, ist ein Medikationsplan zu erstellen.

§ 8 – Kommunikation mit den Leistungserbringern der Anschlussversorgung

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

Hinweise zu § 8 Abs. 1:

- Es wird empfohlen den Informationsaustausch entsprechend zu dokumentieren, um bei Erfordernis den Nachweis führen zu können (bezüglich der Vorrangigkeit der Kranken-/Pflegekassen siehe § 3 Abs. 6 der Umsetzungshinweise).

§ 8 – Kommunikation mit den Leistungserbringern der Anschlussversorgung

- 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.*

Hinweise zu § 8 Abs. 2:

- Es wird empfohlen entsprechend zu dokumentieren, um bei Erfordernis den Nachweis führen zu können. Die Einweiser sollten auf ihre Mitwirkungspflichten hingewiesen und idealerweise standardisierte Prozesse auf der Landesebene abgestimmt werden.

Hinweise aus Sicht der IT:

- Auch hier ist eine elektronische Übermittlung nicht gefordert und schwierig, da z. B. die Pflegekassen nicht in den normalen Prozess eingebunden sind und daher auch den Patienten nicht um eine Einwilligung zur Datenübermittlung an das Krankenhaus bitten können.

§ 8 – Kommunikation mit den Leistungserbringern der Anschlussversorgung

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

Hinweise zu § 8 Abs. 3:

- Eine Dokumentation sollte auch bei Nicht-Erreichbarkeit des weiterbehandelnden Arztes unbedingt erfolgen.

Hinweise aus Sicht der IT:

- Wie bereits beschrieben sollte der Entlassplan in Teilen als Journal gestaltet sein, um auch wiederkehrende gescheiterte Kommunikationsversuche nachweisen zu können.

§ 8 – Kommunikation mit den Leistungserbringern der Anschlussversorgung

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

Hinweise zu § 8 Abs. 4:

- Es wird empfohlen die Kommunikation mit dem Weiterbehandler entsprechend zu dokumentieren (auch bei fehlgeschlagener Terminvergabe), um bei Erfordernis den Nachweis führen zu können.

§ 9 – Dokumentation an die weiterbehandelnden Ärzte

- 1) *Der Entlassbrief ist zwingender Bestandteil des Entlassmanagements. Er ist zum Zeitpunkt der Entlassung dem Patienten 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.*

Hinweise zu § 9 Abs. 1:

- Nur, wenn der Patient in die Weitergabe des Entlassbriefs eingewilligt hat (Formular Ib des Rahmenvertrages), kann der Brief entsprechend weitergeleitet werden.

§ 9 – Dokumentation an die weiterbehandelnden Ärzte

- 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 § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 sowie Beurteilungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 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*
 - o *Kennzeichnung „vorläufiger“ oder „endgültiger“ Entlassbrief*
 - o *Grund der Einweisung*
 - o *Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger*
 - o *Entlassungsbefund*
 - o *Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren)*
 - o *Weiteres Prozedere/Empfehlungen*
 - o *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*
 - o *§ 8 Abs. 3a Arzneimittel-Richtlinie ist zu beachten; Information über mitgegebene Arzneimittel*
 - o *Alle veranlassten Verordnungen (inklusive nach § 92 Abs. 1 S. 6 SGB V) und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit*
 - o *Nachfolgende Versorgungseinrichtung Mitgegebene Befunde*

Hinweise zu § 9 Abs. 2 und 3:

- Der **vorläufige** Entlassbrief muss all die Inhalte beinhalten, die für eine lückenlose Anschlussversorgung bis zum Erhalt des endgültigen Entlassbriefes erforderlich sind.
- Der **endgültige** Entlassbrief muss die in § 9 Abs. 3 genannten Mindestinhalte beinhalten.

Hinweise aus Sicht der IT:

- Wenn standardisierte elektronische Entlassbriefe eingesetzt werden, müssen die entsprechenden Prozesse und Vorlagen angepasst werden und die evtl. an der Gestaltung beteiligten Gremien und Personen unterrichtet werden.
- Wenn Informationen aus der oben genannten Liste dem Krankenhaus nicht bekannt sind, z. B. der Grund der Einweisung (weil es keine Einweisung gab) oder die nachbehandelnde Einrichtung (weil der Patient diese nicht angibt oder eine Nachbehandlung nicht notwendig ist), müssen diese Informationen nicht angegeben werden.

§ 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.“*

Hinweise zu § 10:

- In dieser Regelung werden die anlassbezogenen Unterstützungsmöglichkeiten der Kranken- und Pflegekassen genannt (Aushändigen von Informationsmaterial, Beratung durch Pflegeberater nach § 7a SGB XI).
- Die Kranken-/Pflegekassen sichern eine umgehende Antragsprüfung zu und informiert Patient und Krankenhaus unverzüglich (siehe § 3 Abs. 6 des Rahmenvertrages).

§ 11 – Verträge auf Landesebene

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

Hinweise zu § 11:

- Diese Regelung stellt klar, dass bestehende Verträge nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V den Regelungen des Rahmenvertrages nicht widersprechen, sondern sie allenfalls ergänzen oder konkretisieren dürfen. Gleiches gilt beim Neuabschluss von Verträgen nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V.
- Eine Regelung zum Verhältnis des Rahmenvertrages zu Landesverträgen nach § 112 Abs. 2 SGB V wurde zwar nicht getroffen. Dennoch dürfte auch diesbezüglich der im voranstehenden Spiegelstrich formulierte Grundsatz gelten.
- Etwaige Regelungen zum Entlassmanagement in Richtlinien des G-BA oder Leitlinien von Fachgesellschaften bleiben jedoch unberührt.

§ 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 Abs. 2 S. 2 SGB V erweiterte Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 SGB V. Bis zur Neuvereinbarung oder Festsetzung durch das Bundesschiedsamt gilt der bisherige Rahmenvertrag fort.“*

Hinweise zu § 12:

Keine Hinweise erforderlich.

§ 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.“

Hinweise zu § 13:

- *Diese Regelung legt fest, dass die Vereinbarung gültig bleibt, auch wenn Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam werden.*

**Hinweise
der
Deutschen
Krankenhausgesellschaft
zum
Verordnungswesen
im Entlassmanagement**

INHALTSVERZEICHNIS

A. Vorbemerkung	5
B. Einzelfragen bei Verordnungen durch Krankenhäuser	6
I. <i>Verordnungspflicht oder Verordnungsrecht</i>	6
II. <i>Beachtung des Erforderlichkeitsgrundsatzes</i>	6
III. <i>Einhaltung der Sieben-Tages-Regelung</i>	7
IV. <i>Keine Zuweisung von Patienten</i>	8
V. <i>Verwendung der Vordruckmuster und deren Befüllung</i>	9
1. Welche Vordruckmuster kommen in Betracht?.....	9
2. Bestellung der Vordruckmuster.....	10
3. Ausstellung der Verordnungen.....	10
3.1 Verordnungsberechtigung.....	11
3.2 Datum der Verordnung.....	11
3.3 Besondere Kennzeichnung der Verordnung aus dem Entlassmanagement.....	11
3.4 Betriebsstättennummer (BSNR).....	11
3.5 Arztnummer.....	12
VI. <i>Leistungsbezogene Besonderheiten des Verordnungsrechts</i>	13
1. Verordnung von Arzneimitteln.....	13
1.1 Umfang von Verordnung.....	13
1.1.1 Erforderlichkeit einer Arzneimittelverordnung nach der AM-RL.....	13
1.1.2 Vorrang der Mitgabe in bestimmten Fällen gemäß AM-RL.....	14
1.1.3 Begrenzung auf das kleinste Packungsgrößenkennzeichen (N1).....	15
1.1.4 Pflicht zur Information des weiterbehandelnden Vertragsarztes.....	16

1.2	Einschränkungen des Verordnungsumfangs.....	16
1.2.1	Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse des G-BA.....	17
1.2.2	Therapiehinweise des G-BA.....	17
1.2.3	Regelungen zum Off-Label-Use in der AM-RL.....	18
1.2.4	Vorgaben des G-BA aus Beschlüssen zur frühen Nutzenbewertung.....	18
1.2.5	Verordnungsfähigkeit von OTC-Arzneimitteln.....	19
1.2.6	Verordnungsfähigkeit von sog. Lifestyle-Arzneimitteln.....	19
1.2.7	Verordnung von Medizinprodukten.....	20
1.2.8	Verordnung von Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen.....	20
1.2.9	Verordnung von enteraler Ernährung.....	20
1.2.10	Festbeträge für Arzneimittel.....	21
1.3	Formvorgaben.....	21
1.3.1	Angabe der Telefonnummer auf dem Verordnungsvordruck.....	22
1.3.2	Korrektur von ausgestellten Arzneimittelverordnungen.....	22
1.3.3	Gültigkeit von Arzneimittelverordnungen im Rahmen des Entlassmanagements.....	23
1.4	Weitere Besonderheiten.....	23
1.4.1	Verordnung wirkstoffgleicher Arzneimittel (aut-idem-Regelung).....	23
1.4.2	Auswirkungen von Rabattverträgen nach §§ 130a Abs. 8 und 130c SGB V.....	24
1.4.3	Beachtung von Vereinbarungen nach § 130b SGB V.....	25
1.4.4	Verordnung von Betäubungsmitteln.....	25
1.4.5	Ausstellen von Sonderverschreibungen (sog. T-Rezepte).....	26
1.5	Ergänzende Hinweise.....	27
1.5.1	Aktuelle gesetzliche Entwicklungen zu Arzneimittelverordnungen.....	27
1.5.2	Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit von Arzneimittelverordnungen auf KV-Ebene.....	28
2.	Verordnung von Heilmitteln.....	28
2.1	Umfang der Verordnung.....	28
2.2	Gültigkeitsdauer der Verordnung.....	29

2.3	Pflicht zur Information des weiterbehandelnden Vertragsarztes	29
2.4	Weitere Besonderheiten	29
3.	Verordnung von Hilfsmitteln	30
3.1	Umfang der Verordnung	30
3.2	Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	30
3.3	<u>Nicht</u> zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	30
3.4	Bemessung der Verordnungsmenge	31
3.5	Gültigkeitsdauer der Verordnung	31
3.6	Pflicht zur Information des weiterbehandelnden Vertragsarztes	32
3.7	Weitere Besonderheiten	32
4.	Verordnung von häuslicher Krankenpflege	32
4.1	Umfang der Verordnung	32
4.2	Gültigkeitsdauer der Verordnung	33
4.3	Pflicht zur Information des weiterbehandelnden Vertragsarztes	33
4.4	Weitere Besonderheiten	33
5.	Verordnung von Sozialtherapie	34
5.1	Umfang der Verordnung	35
5.2	Gültigkeitsdauer der Verordnung	35
5.3	Weitere Besonderheiten	35
6.	Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit	36
6.1	Umfang der Bescheinigung	36
6.2	Pflicht zur Information des weiterbehandelnden Vertragsarztes	36

A. Vorbemerkung

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG) ist ab dem 01.01.2012 in § 39 SGB V das Entlassmanagement als spezielle Form des in § 11 Abs. 4 SGB V geregelten Versorgungsmanagements eingeführt worden, welches wiederum am 01.04.2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) etabliert wurde. Mit Wirkung zum 23.07.2015 hat der Gesetzgeber die Regelung zum Entlassmanagement erneut überarbeitet und einen neuen Absatz 1a in § 39 SGB V aufgenommen. Damit ist das Entlassmanagement nunmehr auch normativ eine originäre Aufgabe des Krankenhauses als Teil der Krankenhausbehandlung, auf die der Patient einen gesetzlichen Anspruch hat.

Aus Sicht des Gesetzgebers sollen durch das Entlassmanagement die Kontinuität der Versorgung gewährleistet, die Kommunikation zwischen den Beteiligten Versorgungsbereichen verbessert, die Entlastung von Patienten und ihren Angehörigen ermöglicht sowie der sog. „Drehtüreffekt“ vermieden werden (*vgl. BT-Drucksache 17/6906, S. 55*). Im Sinne der gewünschten Versorgungskontinuität können die Krankenhäuser gemäß § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V neben der speziellen ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V, der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V und der Kurzzeitpflege nach § 39 c SGB V unter Geltung der Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung nunmehr auch die in § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V genannten **Leistungen** (Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege und Soziotherapie) **verordnen und Arbeitsunfähigkeit feststellen**, soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist. Die Verordnung von Krankenhausbehandlung ist nach § 4 Abs. 7 des Rahmenvertrages zum Entlassmanagement (RahmenV) allerdings ausgeschlossen.

Die Verordnung dieser Leistungen und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit im Rahmen des Entlassmanagements unterliegen vielfältigen expliziten gesetzlich und untergesetzlich geregelten Voraussetzungen, welche in Teilen auch Einschränkungen des Ordnungsrechts beinhalten. Auf diese Aspekte wird nachfolgend unter Würdigung der relevanten Rechtsgrundlagen und des RahmenV zum Entlassmanagement eingegangen.

Verordnungen im Entlassmanagement unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V und können nach § 113 Abs. 4 S. 2 SGB V auch Gegenstand einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach vertragsarztrechtlichen Grundsätzen sein. Unwirtschaftliche Verordnungen können daher auch mit – ggf. erheblichen – Regressen zu Lasten des verordnenden Krankenhauses belegt werden. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung selbst erfolgt nach der gesetzlichen Vorgabe auf Grundlage der Regelungen über die vertragsärztliche Wirtschaftlichkeitsprüfung nach den §§ 106 bis 106b SGB V durch die Prüfinstanzen der vertragsärztlichen Versorgung (Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse), die ihren Sitz bei den Kassenärztlichen Vereinigungen haben, geprüft werden. § 113 Abs. 4 S. 2 SGB V sieht jedoch auch vor, dass zwischen der Kassenseite und den Krankenhäusern diesbezüglich abweichende Regelungen vereinbart werden können.

B. Einzelfragen bei Verordnungen durch Krankenhäuser

I. Verordnungspflicht oder Verordnungsrecht

Mit Blick auf die den Krankenhäusern mit § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V zugestandene Möglichkeit zur Vornahme von Verordnungen stellt sich zunächst die Frage, ob aus diesem Verordnungsrecht auch eine grundsätzliche Verordnungspflicht der Krankenhäuser folgt. Aus Sicht der DKG besteht lediglich ein Verordnungsrecht.

Nach dem Wortlaut des § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V „können“ Krankenhäuser Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements vornehmen, was schon gegen eine allgemeine Verpflichtung und für eine Ermessensentscheidung der Krankenhäuser spricht. Für eine Verordnungspflicht hätte es gesetzlich vielmehr einer abweichenden Regelung bedurft, wie z.B. „...haben die Krankenhäuser die in § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V genannten Leistungen (Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege und Soziotherapie) zu verordnen und Arbeitsunfähigkeit festzustellen...“. Diese Formulierung hat der Gesetzgeber indes nicht gewählt, so dass es nach dem Gesetzeswortlaut im Ermessen des Krankenhauses liegt, ob eine entsprechende Verordnung vorgenommen wird, oder nicht.

II. Beachtung des Erforderlichkeitsgrundsatzes

Krankenhäuser dürfen die vorbenannten Leistungen nach der gesetzlichen Vorgabe des § 39 Abs. 1a Satz 6 SGB V im Rahmen des Entlassmanagements nur dann verordnen bzw. Arbeitsunfähigkeit feststellen und bescheinigen, „**soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist.**“ Diese Formulierung deutet bereits an, dass der Gesetzgeber lediglich ein auf die Erfordernisse des Entlassmanagements eingeschränktes Verordnungsrecht der Krankenhäuser implementieren wollte. Die Formulierung knüpft an den sich bereits aus § 39 Abs. 1 SGB V ergebenden Erforderlichkeitsgrundsatz an, wonach Versicherte lediglich dann Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus haben, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht auf andere Art und Weise erreicht werden kann.

Der Erforderlichkeitsgrundsatz bei Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements ist als besondere Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und im Lichte des § 39 Abs. 1 SGB V folglich dahingehend auszulegen, dass eine Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements von Krankenhäusern nur dann vorgenommen werden darf, wenn die Versorgung des Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung mit den im Einzelfall betreffenden verordnungsfähigen Leistungen nicht auf andere – wirtschaftlichere – Art und Weise sichergestellt werden kann. Davon ist beispielsweise dann auszugehen, wenn der Patient selbst in der Lage ist, im Anschluss an seine Entlassung aus der Krankenhausbehandlung rechtzeitig einen niedergelassenen Vertragsarzt aufzusuchen, und sich von diesem die notwendigen Leistungen verordnen zu lassen.

Der Grundsatz der Erforderlichkeit wurde auch in § 4 Abs. 4 RahmenV aufgenommen und in den einzelnen Richtlinienbestimmungen des G-BA (z.B. § 4a der Sozialtherapie-RL) berücksichtigt. Darin wurde festgelegt, dass eine Verordnung der Leistungen bzw. die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch ein Krankenhaus nur dann erfolgen kann, **soweit** es für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist. Hierzu wird in den jeweiligen tragenden Gründen der einzelnen Richtlinien erläutert, dass sich die Erforderlichkeit sowohl an medizinischen als auch an organisatorischen Aspekten orientiert.

Als **medizinische Aspekte** sollen insbesondere die therapie-, indikations- oder heilmittelspezifische Erforderlichkeit einer nahtlosen Versorgung unmittelbar nach der Entlassung berücksichtigt werden.

Hinsichtlich der **organisatorischen Aspekte** soll in Abhängigkeit vom notwendigen Umfang des Entlassmanagements und der Weiterversorgung sowie der Morbidität und der psychosozialen Situation des Patienten bei der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt insbesondere berücksichtigt werden, ob der Patient in der Lage ist, eine weiterbehandelnde Ärztin oder einen weiterbehandelnden Arzt rechtzeitig zu erreichen, so dass keine Versorgungslücken für den Patienten entstehen. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, ob bereits bekannte oder geplante Arzttermine nach der Entlassung bestehen.

Selbst wenn das Vorliegen der „Erforderlichkeit“ einer Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements zu bejahen ist, folgt daraus nicht zwingend, dass sich die Krankenhäuser in diesen Fällen für eine unter mehreren erforderlichen verordnungs- oder veranlassungsfähigen Leistungen entscheiden müssen. Ist zum Zeitpunkt der Entlassung beispielsweise sowohl die Verordnung von Arzneimitteln, als auch die Verordnung von Hilfsmitteln, ggf. in Kombination mit der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit „erforderlich“ im Sinne des Gesetzes, dann kann das Krankenhaus unter Beachtung der leistungsbezogenen Besonderheiten auch mehrere Verordnungen vornehmen und die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen.

Bezüglich weiterer Besonderheiten im Zusammenhang mit den einzelnen verordnungsfähigen Leistungen wird auf die nachfolgenden Ausführungen unter Punkt VI. verwiesen.

Empfehlung:

Für den Fall der Vornahme einer Verordnung von Leistungen sollte deren Erforderlichkeit vom Krankenhaus in **jedem einzelnen Fall** umfassend in der Patientenakte dokumentiert werden.

III. Einhaltung der Sieben-Tages-Regelung

Eine weitere Einschränkung des Ordnungsrechts der Krankenhäuser in Bezug auf den Umfang der Verordnung wird durch die sog. „Sieben-Tages-Regelung“ erreicht.

Nach § 39 Abs. 1a S. 7, 2. HS SGB V können Leistungen im Rahmen des Entlassmanagements grundsätzlich nur für einen Zeitraum von **bis zu sieben Kalendertagen** verordnet werden. Diese Regel betrifft im Wesentlichen die häusliche Krankenpflege, Heilmittel, Hilfsmittel und Soziotherapie sowie die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit, wobei in Bezug auf die nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel eine Differenzierung erfolgte (vgl. Ausführungen zu Punkt VI. 3.). Im Rahmen des Entlassmanagements dürfen außerdem ausschließlich Arzneimittelpackungen mit dem Packungsgrößenkennzeichen N1 verordnet werden.

Hintergrund der Sieben-Tages-Regelung ist das gesetzgeberische Ziel, den Krankenhäusern ein Ordnungsrecht zu verleihen, welches ausschließlich der **Überbrückung der Übergangsphase** von der stationären zur ambulanten Versorgung dienen und zugleich verhindern soll, dass es nach der Krankenhausentlassung zu Versorgungslücken kommt.

Unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Erforderlichkeitsgrundsatzes sind die Krankenhäuser somit dazu angehalten, die **Menge** der jeweils zu verordnenden Leistung(en) letztlich **so zu bemessen**, dass der nach § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V vorgegebene maximale Überbrückungszeitraum von sieben Kalendertagen **nicht** überschritten wird. Dies findet sich auch in sämtlichen vom G-BA geschaffenen Richtlinienbestimmungen zum Ordnungswesen beim Entlassmanagement (s.u.).

Empfehlung:

Zur Vermeidung von Regressen sind die Verordnungsbeschränkungen strikt einzuhalten.

IV. Keine Zuweisung von Patienten

Nach § 4 Abs. 6 RahmenV ist bei allen vom Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements vorgenommenen Verordnungen das Recht des Patienten auf **freie Wahl des Leistungserbringers** zu beachten. Daraus folgt, dass die Krankenhäuser ihren Patienten keine bestimmten Leistungserbringer, bei denen die Verordnung eingelöst werden könnte, empfehlen dürfen. Eine Bevorzugung eines bestimmten Anbieters ist nach der Vorgabe des RahmenV grundsätzlich nicht statthaft. Entsprechende Vereinbarungen oder Absprachen zwischen Krankenhäusern und Apotheken oder sonstigen Leistungserbringern veranlasster Leistungen, die auf eine Zuweisung von Patienten abzielen, wären als unzulässig abzulehnen. Davon ausgenommen sind lediglich Fälle, in denen die verordneten Leistungen, z.B. Heilmittel, nach § 124 SGB V nur von hierzu zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden dürfen und sich der Kreis der potentiellen Leistungserbringer auf diese verringert. Gleiches gilt für Leistungserbringer im Hilfsmittelbereich, mit denen die betreffenden Krankenkassen der Patienten nach § 127 SGB V Versorgungsverträge abgeschlossen haben und sich auch hier der Kreis der potentiellen Leistungserbringer auf diese verringert.

Daneben ist von den Krankenhäusern die Regelung des § 128 SGB V und damit insbesondere das Depothaltungsverbot sowie Zuwendungsverbot einzuhalten. Unzulässige Zuweisungsk Kooperationen mit Hilfsmittelleistungserbringern sind zu vermeiden. Die Krankenhäuser sind daher nach den Vorgaben des § 4 Abs. 6 RahmenV

auch verpflichtet, den Patienten ausdrücklich auf das Recht zur freien Wahl des Leistungserbringers hinzuweisen.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Abgabe der im Rahmen des Entlassmanagements durch das Krankenhaus verordneten Arzneimittel ausschließlich in öffentlichen Apotheken erfolgt. Eine Abgabebefugnis für die Krankenhausapotheken besteht für die im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Arzneimittel somit nicht. Auch im Falle der Arzneimittelverordnungen im Rahmen des Entlassmanagements gilt für die Versicherten die freie Apothekenwahl nach § 31 Absatz 1 Satz 5 SGB V. Eine Zuweisung von Versicherten an Apotheken ist gleichermaßen nicht gestattet.

Empfehlung:

Die Krankenhäuser sollten Verordnungen generell nicht mit einer Empfehlung in Bezug auf die möglichen Leistungserbringer verbinden und die Patienten ausdrücklich auf die freie Wahl des Leistungserbringers hinweisen. Falls von Patientenseite um eine Empfehlung gebeten wird, sollten – wenn überhaupt – stets mehrere Leistungserbringer genannt werden. Sofern mit Blick auf den Hilfsmittelbereich unklar ist, ob die betreffende Krankenkasse des Patienten Versorgungsverträge mit bestimmten Leistungserbringern abgeschlossen hat, ist der Patient an seine Krankenkasse zu verweisen.

V. Verwendung der Vordruckmuster und deren Befüllung

Die Verwendung und insbesondere die Befüllung der vorgesehenen Vordruckmuster unterliegen nach den rahmenvertraglichen Regelungen gesonderten gesonderten technischen Anforderungen, vor allem in Bezug auf die von den Krankenhäusern zu verwendende Software. Diesbezüglich wird auf die betreffenden Ausführungen in den Umsetzungshinweisen Entlassmanagement der DKG verwiesen.

1. Welche Vordruckmuster kommen in Betracht?

Nach § 39 Abs. 1a S. 6, 2. HS SGB V und § 4 Abs. 1 S. 2 RahmenV gelten für die Verordnung von Leistungen und die Bescheinigung/Feststellung von Arbeitsunfähigkeit die „Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung“. Daran anknüpfend sieht § 6 Abs. 1 RahmenV die Verwendung der für den vertragsärztlichen Bereich geltenden Vordruckmuster vor. Diese wurden zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband in der Anlage 2/2a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), der sog. Vordruckvereinbarung, vereinbart und können auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter <http://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php> eingesehen werden.

Im Einzelnen wären im Entlassmanagement falls notwendig folgende Vordruckmuster zu verwenden:

Muster 1:	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
Muster 8:	Sehhilfenverordnung ¹
Muster 12:	Verordnung häuslicher Krankenpflege
Muster 13:	Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie)
Muster 14:	Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)
Muster 15:	Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe ¹
Muster 16:	Arzneiverordnungsblatt ²
Muster 18:	Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie)
Muster 26:	Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V
Muster 27:	Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V
Muster 28:	Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie

2. Bestellung der Vordruckmuster

Die Bestellung der Vordruckmuster richtet sich nach § 6 Abs. 8 RahmenV. Danach sind zunächst die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen verpflichtet die Druckereien zu beauftragen, den Krankenhäusern die betreffenden Vordruckmuster zur Verfügung zu stellen. Des Weiteren müssen die Krankenhäuser die Vordruckmuster bei den Druckereien bestellen. Die weiteren Aspekte, insbesondere im Zusammenhang mit dem eigentlichen Bestellvorgang und der Bereitstellung der Vordruckmuster werden zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen und den Landeskrankenhausesgesellschaften zusammen mit den Druckereien geregelt. Die **Kosten** für die Vordrucke werden von den Krankenkassen getragen. Lediglich die **Versandkosten** für die Vordruckmuster müssen von den Krankenhäusern getragen werden.

3. Ausstellung der Verordnungen

Nach § 4 Abs. 4 RahmenV haben die Krankenhäuser zu gewährleisten, dass der Krankenhausarzt die im Rahmen des Entlassmanagements erforderlichen Verordnungen und Bescheinigungen vollständig und korrekt vornimmt. Unrichtige oder unvollständig ausgestellte Verordnungen können von den Apotheken und Sanitätshäusern etc. zurückgewiesen werden. Sollten unvollständige oder unrichtige Verordnungen dennoch angenommen werden und dadurch ein finanzieller Schaden entstehen, würde dies zunächst auf einem Fehlverhalten der Apotheken basieren, welche so dann auch der primäre Ansprechpartner für einen etwaigen Regress wären. Im Vertragsarztrecht werden fehlerhafte Verordnungen jedoch den unwirtschaftlichen Verordnungen gleichgesetzt, ungeachtet des Verschuldens, so dass auch ein Regress zu Lasten des Krankenhauses wegen fehlerhafter Verordnungen im Wege einer

¹ Als individuell angepasste Hilfsmittel kommen Sehhilfen, Hörgeräte etc. nur in engen Ausnahmefällen zur Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements (vgl. hierzu die Ausführungen unter Punkt VI. 3.)

² Auch zu verwenden bei der Verordnung von Hilfsmitteln.

Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht ausgeschlossen ist. Die Beachtung der nachfolgend dargestellten Punkte ist für die Krankenhäuser somit äußerst wichtig:

3.1 Verordnungsberechtigung

Nach § 4 Abs. 4 RahmenV kann das Verordnungsrecht – der Krankenhäuser – durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung ausgeübt werden. Ähnlich wie im vertragsärztlichen Versorgungsbereich, wäre jedoch auch die Vornahme einer Verordnung durch Assistenzärzte oder Stationsärzte des Krankenhauses ohne Facharztstatus unter fachärztlicher Aufsicht bzw. Anleitung denkbar. Eine zurückhaltende Ausübung des Verordnungsrechts ist mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot und die Wirtschaftlichkeitsprüfung generell zu empfehlen.

3.2 Datum der Verordnung

Jedes der voranstehenden Vordruckmuster enthält ein Feld für den Vermerk des Tagesdatums. Hier sieht § 6 Abs. 3 RahmenV vor, dass das **Tagesdatum** auf dem Vordruck **mit dem Ausfertigungsdatum übereinstimmen** und die **Ausfertigung** der Verordnung **grundsätzlich am Entlassungstag** erfolgen muss. Diese Vorgabe ist von den Krankenhäusern einzuhalten.

Bei der Verordnung eines Hilfsmittels im häuslichen Bereich, wozu eine besondere Expertise oder Umgebung des Krankenhauses erforderlich ist, kann die Ausfertigung der Verordnung bereits im Vorfeld des Entlassungstages erfolgen. Weitere Ausführungen hierzu finden sich unter Punkt VI. 3.

3.3 Besondere Kennzeichnung der Verordnung aus dem Entlassmanagement

Der RahmenV sieht vor, die von Krankenhäusern im Rahmen des Entlassmanagements vorgenommenen Verordnungen gesondert zu kennzeichnen. Damit soll ihre Abgrenzbarkeit von sonstigen vertragsärztlichen Verordnungen und die bessere Erkennbarkeit der Verordnungen insbesondere bei den die Verordnung einlösenden Stellen und Einrichtungen (Apotheken, Sanitätshäusern etc.) sichergestellt werden.

Zu diesem Zweck sieht § 6 Abs. 6 RahmenV vor, dass die Verordnungen und Bescheinigungen des Krankenhauses im Rahmen des Entlassmanagements im Vorgang der Bedruckung gesondert zu kennzeichnen sind. Hierzu ist in die Vordruckmuster das einstellige Kennzeichen „4“ an der 30. Stelle der Zeile 6 des Personalienfeldes gemäß dem in der Technischen Anlage (Anlage 2 RahmenV) abgebildeten Musterbeispiel für die Bedruckung einzutragen.

3.4 Betriebsstättennummer (BSNR)

Nach § 6 Abs. 4 RahmenV erhält das Krankenhaus für das Entlassmanagement auf Antrag von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine versorgungsspezifi-

sche Betriebsstättennummer gemäß § 6 Abs. 3 der jeweils aktuellen Fassung der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern, soweit dem Krankenhaus eine solche noch nicht zugeteilt wurde. Diese Betriebsstättennummer ist durch das zuständige Krankenhaus bei der Verordnung von Leistungen und Arzneimitteln zu verwenden und muss die eindeutige Zuordnung der nach § 4 genannten Leistungen zum Ort der Veranlassung gewährleisten.

Viele Krankenhäuser besitzen bereits eine Betriebsstättennummer und können diese auch im Rahmen des Entlassmanagements verwenden. Dies wird schon durch die Formulierung „...**soweit** dem Krankenhaus eine solche noch nicht zugeteilt wurde...“ deutlich. Sollten Krankenhäuser mehrere Betriebsstättennummern besitzen, dann haben sie die Möglichkeit sich für eine Betriebsstättennummer zu entscheiden, welche den Ort der Veranlassung erkennen lässt.

3.5 Arztnummer

Nach dem bisherigen Wortlaut des § 6 Abs. 5 RahmenV i.d.F. der Festsetzung des erweiterten Bundesschiedsamts vom 13.10.2016 waren die Krankenhäuser zur Anwendung der von den kassenärztlichen Vereinigungen vergebenen vertragsärztlichen Arztnummer (sog. lebenslange Arztnummer – LANR) nach § 293 Abs. 4 SGB V verpflichtet. Diese Regelung war auf Seiten der Krankenhäuser auf große Kritik gestoßen und einer der Hauptgründe für die Deutsche Krankenhausgesellschaft, gegen die Festsetzung vom 13.10.2017 Klage beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg einzulegen. Die nach Erhebung der Klage geführten Gespräche – auch unter Einbindung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) führten jedoch zu folgender Entwicklung:

Die Koalition reichte einen Änderungsantrag in die Beratungen des Blut- und Gewebegesetzes ein, kraft dessen in § 39 Abs. 1a SGB V zunächst klargestellt wird, dass die LANR im Entlassmanagement nicht angewendet wird, sondern vielmehr eine bis zum 31.12.2018 noch zu schaffende Krankenhausarztnummer. Außerdem werden die Rahmenvertragsparteien gesetzlich dazu verpflichtet bis zu diesem Zeitpunkt die Verwendung eines alternativen Kennzeichens zu vereinbaren.

In diesem Sinne einigten sich die Rahmenvertragsparteien darauf § 6 Abs. 5 RahmenV wie folgt neu zu fassen:

„Bis zur Einführung einer Krankenhausarztnummer im SGB V verwenden Krankenhäuser auf den Verordnungsmustern nach Absatz 1 im Feld „Arzt-Nr.“ eine 9-stellige Fachgruppennummer. Die Fachgruppennummer stellt sich wie folgt dar:

- Stellen 1 – 7: Pseudo-Arztnummer „4444444“,
- Stellen 8 und 9: Fachgruppencode gemäß Anlage 3 zur Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV) in ihrer jeweils gültigen Fassung.“

Somit können die Krankenhäuser anstelle der bisherigen LANR die voranstehende Fachgruppennummer auf den Verordnungsmustern verwenden. Da die Rahmenvertragsparteien gesetzlich verpflichtet werden sollen, die Krankenhausarzt Nummer bis zum 31.12.2018 zu schaffen und diese dann die Fachgruppennummer ablöst, kann die Fachgruppennummer längstens bis zum 31.12.2018 verwendet werden.

Empfehlung:

Neben den voranstehenden Aspekten bezüglich der bei der Verordnung zu verwendenden Betriebsstätten- und Fachgruppennummern gelten zur Befüllung der Vordruckmuster nach § 6 Abs. 1 RahmenV außerdem die Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung, der sich weitere Ausfüllhinweise entnehmen lassen. Die Vordruckvereinbarung ist Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte und kann unter <http://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php> eingesehen werden.

VI. Leistungsbezogene Besonderheiten des Verordnungsrechts

Neben den voranstehend erläuterten allgemeinen Einschränkungen des Verordnungsrechts im Entlassmanagement sind von den Krankenhäusern bei Vornahme einer Verordnung noch die nachfolgenden – speziellen, weil leistungsbezogenen – Einschränkungen zu beachten. Diese unterscheiden sich je nach Verordnungsgegenstand voneinander.

1. Verordnung von Arzneimitteln

Die im Rahmen des Entlassmanagements bei der Verordnung von Arzneimitteln zu beachtenden gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere die Vorgaben des G-BA in der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL), sind ausgesprochen komplex und erfordern eine intensive Beschäftigung der verordnenden Ärzte mit diesen Regelungen. Im Folgenden kann lediglich ein allgemeiner Überblick über die einschlägigen Vorgaben gegeben werden.

Empfehlung:

Eine individuelle Einarbeitung bzw. Schulung ist für die verordnenden Ärztinnen und Ärzte vor der erstmaligen Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen des Entlassmanagements unerlässlich. Insbesondere sind die Vorgaben der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) des G-BA bei der Verordnung von Arzneimitteln zwingend zu beachten.

1.1 Umfang der Verordnung

1.1.1 Erforderlichkeit einer Arzneimittelverordnung nach der AM-RL

Vor der Verordnung eines Arzneimittels im Rahmen des Entlassmanagements ist die Erforderlichkeit der Verordnung für die Überbrückung der Übergangsphase von der stationären zur ambulanten Versorgung zu prüfen. Ergänzend zu den Ausführungen

unter Punkt II wird nachfolgend kurz auf die spezifischen Vorgaben der AM-RL eingegangen (Tragende Gründe zu § 8 Absatz 3a Sätze 2 und 3 AM-RL). Die Prüfung soll sowohl medizinische als auch organisatorische Aspekte umfassen.

Als medizinische Aspekte sollen dabei insbesondere die therapie-, indikations- oder arzneimittelspezifische Erforderlichkeit einer nahtlosen Arzneimitteltherapie unmittelbar nach der Entlassung berücksichtigt werden. Hinsichtlich der organisatorischen Aspekte soll in Abhängigkeit vom notwendigen Umfang des Entlassmanagements und der Weiterbehandlung sowie der Morbidität und der psychosozialen Situation des Patienten insbesondere berücksichtigt werden, ob der Patient in der Lage ist, einen weiterbehandelnden Arzt rechtzeitig zu erreichen. In Abhängigkeit von der Gesamtsituation kann diese Prüfung der Erforderlichkeit beispielsweise durch Befragung des Patienten oder Kontaktaufnahme mit dem weiterbehandelnden Arzt erfolgen. Insgesamt ist nach den Vorgaben der AM-RL des G-BA die Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen des Entlassmanagements somit ausschließlich in den erforderlichen Fällen zulässig.

Bei der Ausgestaltung des Ordnungsrechts im Rahmen des Entlassmanagements unterscheiden die gesetzlichen Vorgaben und auch die diese konkretisierenden Regelungen der AM-RL grundsätzlich nicht, ob die Verordnung für ein Arzneimittel erfolgt, auf das der Patient im Krankenhaus neu eingestellt wurde oder ob es sich um die Fortsetzung einer bereits vor der stationären Behandlung begonnenen Arzneimitteltherapie handelt. Allerdings sind an eine etwaige Verordnung zur Fortsetzung einer bereits bestehenden Arzneimitteltherapie grundsätzlich deutlich strengere Prüfmaßstäbe anzulegen, als an die erstmalige Verordnung des Arzneimittels für den Patienten. Beispielsweise ist bei chronischen Krankheiten die Verordnung von großen Packungen (N2 oder N3) durch den weiterbehandelnden Arzt in der Regel wirtschaftlicher als die Verordnung einer kleineren Packung (N1) durch das Krankenhaus. Deshalb wäre in entsprechenden Fällen die Verordnung durch den weiterbehandelnden, niedergelassenen Arzt in der Regel vorrangig. Sollte im Einzelfall eine Verordnung zur Fortsetzung einer bereits begonnenen Arzneimitteltherapie erwogen werden, ist zwingend zu prüfen, ob die Verordnung tatsächlich erforderlich, zweckmäßig und wirtschaftlich ist.

1.1.2 Vorrang der Mitgabe in bestimmten Fällen gemäß AM-RL

Vor der Verordnung eines Arzneimittels im Rahmen des Entlassmanagements ist zusätzlich die Möglichkeit einer Mitgabe von Arzneimitteln zu prüfen. Diese ist nach § 14 Abs. 7 Apothekengesetz ausschließlich zur Überbrückung eines Wochenendes oder Feiertages zulässig. In der AM-RL wird das Verhältnis der Mitgabe von Arzneimitteln zur Ausstellung einer Verordnung dahingehend konkretisiert, dass beide Optionen grundsätzlich nebeneinander stehen.

Allerdings bewirkt das Wirtschaftlichkeitsgebot in bestimmten Konstellationen einen Vorrang der Mitgabe gegenüber der Ausstellung einer Arzneimittelverordnung. Dies wird in der AM-RL in § 8 Absatz 3a Satz 5 dahingehend geregelt, dass die Mitgabe vor einem Wochenende bzw. Feiertag insbesondere dann vorrangig ist, sofern mit

der Reichweite der mitgegebenen Arzneimittel (d.h. 2 bzw. 3 Tage) die noch erforderliche medikamentöse Behandlung des Patienten abgeschlossen werden kann.

Da die Vorrangigkeit der Mitgabe ein zentraler Punkt für die Zulässigkeit einer Arzneimittelverordnung im Rahmen des Entlassmanagements ist, soll dies in dem folgenden Beispiel kurz veranschaulicht werden: Die Mitgabe vor einem Wochenende oder Feiertag ist beispielsweise dann vorrangig, wenn ein Patient im Rahmen einer einwöchigen Antibiotikatherapie bereits 5 Tage stationär versorgt wurde und nach dem Tag der Entlassung die Antibiotikatherapie noch 2 Tage fortgesetzt werden muss. In diesem Fall wäre die Ausstellung einer Verordnung über eine Antibiotikatherapie von einer Woche unwirtschaftlich, da der Patient nur noch Antibiotika für 2 Tage benötigt. Deshalb ist in diesem Fall die Mitgabe von Antibiotika für 2 Tage vorrangig.

Empfehlung:

In der Praxis wird diese Regelung der AM-RL zur Vorrangigkeit der Mitgabe vor einem Wochenende oder Feiertag bei bestimmten Arzneimitteln häufiger zum Tragen kommen. So sollte vor einer Verordnung von Arzneimitteln, mit denen die Therapie innerhalb des Mitgabezeitraumes abgeschlossen werden kann (insbesondere bei Antibiotika, Schmerzmitteln und Antikoagulantien) geprüft werden, ob die Mitgabe der Arzneimittel einer Verordnung vorzuziehen ist.

1.1.3 Begrenzung auf das kleinste Packungsgrößenkennzeichen (N1)

Krankenhäuser dürfen im Rahmen des Entlassmanagements entsprechend der gesetzlichen Vorgaben des § 39 Absatz 1a Satz 7 SGB V grundsätzlich eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen.

Empfehlung:

Im Rahmen des Entlassmanagements dürfen grundsätzlich ausschließlich Arzneimittelpackungen mit dem Packungsgrößenkennzeichen N1 verordnet werden.

Lediglich in den nachfolgenden Ausnahmefällen sind andere Packungsgrößen als Packungen mit dem Packungsgrößenkennzeichen N1 im Einzelfall verordnungsfähig:

- In Fällen in denen keine Messzahl für das Packungsgrößenkennzeichen N1 vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation (DIMDI) vergeben wurde, ist das kleinste auf Grund einer vergebenen Messzahl sich ergebende Packungsgrößenkennzeichen (N2 oder N3) ausnahmsweise verordnungsfähig. Allein die Tatsache, dass keine N1 Packung in Deutschland in Verkehr ist, ist für die Verordnung einer N2 bzw. N3 Packungsgröße hingegen nicht ausreichend. Diese Informationen sind aber in den Verordnungsmodulen i.d.R. nicht abgebildet. Sollte im Einzelfall auf diese Ausnahmeregelung Bezug genommen werden und die Verordnung einer N2 bzw. N3 Packung erwogen werden, erfordert dies eine jeweils aktuelle Recherche in den entsprechenden Vorgaben des DIMDI.

- In den Fällen in denen durch das DIMDI eine Messzahl für das Packungsgrößenkennzeichen N1 vergeben wurde, aber keine N1-Packung in Verkehr ist, kann entsprechend der Vorgaben der AM-RL eine Packung verordnet werden, deren Packungsgröße die Größe einer N1-Packung entsprechend der durch das DIMDI vorgegebenen Packungsgröße nicht übersteigt. Auch diese Informationen sind i.d.R. nicht in der Verordnungssoftware abgebildet. Sollte im Einzelfall auf diese Ausnahmeregelung Bezug genommen werden erfordert dies ebenfalls eine jeweils aktuelle Recherche in den entsprechenden Vorgaben des DIMDI.

Die aktuell gültige Übersicht der einschlägigen Vorgaben des DIMDI ist unter folgender Internetadresse in Anlage 1 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Ermittlung von Packungsgrößen nach § 5 Packungsgrößenverordnung abrufbar:

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/amg/packungsgroessen/>

1.1.4 Pflicht zur Information des weiterbehandelnden Vertragsarztes

Nach § 8 Absatz 3a AM-RL ist das Krankenhaus dazu verpflichtet, den weiterbehandelnden Vertragsarzt rechtzeitig in geeigneter Weise über die verordneten Arzneimittel zu informieren. Dabei sind insbesondere Änderungen einer vor Aufnahme bestehenden und dem Krankenhaus bekannten Medikation darzustellen und zu erläutern sowie ggf. Hinweise zur Therapiedauer verordneter Arzneimittel zu geben. Gemäß § 9 Abs. 3 RahmenV kann diese Information im Rahmen des Entlassbriefes erfolgen.

1.2 Einschränkungen des Verordnungsumfangs

Grundsätzlich sind nicht alle Arzneimittel, die im Krankenhaus stationär eingesetzt werden, auch für gesetzlich Krankenversicherte im Rahmen des Entlassmanagements verordnungsfähig. So sind von der Verordnung zu Lasten der GKV grundsätzlich ausgeschlossen:

- nicht apothekenpflichtige Arzneimittel (gem. § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V)
- apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (sog. OTC-Arzneimittel) (Ausnahme: Kinder bis 12 Jahre und Jugendliche bis 18 Jahre mit Entwicklungsstörungen) (gem. § 34 Abs. 1 SGB V)
- verschreibungspflichtige Arzneimittel bei geringfügigen Gesundheitsstörungen (sog. Bagatell-Arzneimittel gem. § 34 Abs. 1 Satz 6 SGB V)
- sog. Lifestyle Arzneimittel (gem. § 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V)

Darüber hinaus konkretisiert der G-BA in der AM-RL die auch im Rahmen des Entlassmanagements zusätzlich zu beachtenden Regelungen im Sinne einer notwendigen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Arzneimitteln. Die einschlägigen Vorgaben der AM-RL sind ausgesprochen komplex. Eine intensive Einarbeitung in diese Regelungen ist für Ärzte, die beabsichtigen, im Rahmen des Entlassmanagements entsprechende Arzneimittelverordnungen zu tätigen, uner-

lässlich. Die wesentlichen Regelungen der AM-RL, die bei der Verordnung von Arzneimitteln zu beachten sind, werden nachfolgend übersichtsartig dargestellt. Die aktuelle Fassung der AM-RL (Rahmenrichtlinie) des G-BA ist unter folgender Internetadresse abrufbar:

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/3/>

1.2.1 Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse des G-BA

Der G-BA kann die Verordnung von Arzneimitteln einschränken oder ausschließen, wenn die Unzweckmäßigkeit erwiesen oder eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem Nutzen verfügbar ist. Die entsprechenden Beschlüsse des G-BA zu Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse werden in einer Übersicht zusammengefasst. In dieser Anlage III der AM-RL sind alle Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse sowie Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von OTC-Arzneimitteln für Kinder bis zum 12. Lebensjahr und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr dargestellt. Anlage III enthält aktuell Verordnungseinschränkungen bzw. -ausschlüsse zu über 50 Arzneimitteln, Arzneimittelgruppen oder Anwendungsgebieten. Diese Verordnungseinschränkungen bzw. -ausschlüsse der AM-RL sind bei der Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen des Entlassmanagements zwingend zu beachten. Die aktuelle Fassung der Anlage III der AM-RL ist auf der Internetseite des G-BA abrufbar:

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/16/>

Empfehlung:

Ausschließlich in medizinisch begründeten Einzelfällen können Ärzte entsprechend § 31 Absatz 1 Satz 4 SGB V Arzneimittel, die aufgrund der AM-RL von der Verordnung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise verordnen. Sofern die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt ein entsprechendes Arzneimittel ausnahmsweise im medizinisch begründeten Einzelfall verordnet, ist die Begründung für diese Therapieentscheidung nach den Vorgaben des § 10 Absatz 1 Satz 3 AM-RL zwingend in der Patientenakte zu dokumentieren.

1.2.2 Therapiehinweise des G-BA

Der G-BA kann zusätzlich in Therapiehinweisen entsprechend § 92 Absatz 2 SGB V Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von Arzneimitteln erlassen. In den Therapiehinweisen können zudem Anforderungen an die qualitätsgesicherte Anwendung von Arzneimitteln, insbesondere bezogen auf die Qualifikation des Arztes oder auf die zu behandelnden Patientengruppen, festgeschrieben werden. Die Arzneimittel werden in den Therapiehinweisen insbesondere hinsichtlich des Ausmaßes ihres therapeutischen Nutzens, auch im Vergleich zu anderen Arzneimitteln und Behandlungsmöglichkeiten, ihrer Wirtschaftlichkeit und hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit bewertet. Aktuell sind für rund 20 Arzneimittel entsprechende Therapiehinweise des G-BA in Kraft. Die Therapiehinweise des G-BA sind von den behandelnden Ärzten bei der Verordnung von Arzneimitteln grundsätz-

lich zu beachten. Die Beachtung der Therapiehinweise des G-BA kann im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen überprüft werden. Die Therapiehinweise sind in Anlage IV der AM-RL zusammengestellt und auf der Internetseite des G-BA abrufbar:

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/10/>

1.2.3 Regelungen zum Off-Label-Use in der AM-RL

Die Verordnung von zugelassenen Arzneimitteln in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten (sog. Off-Label-Use) ist im Rahmen des Entlassmanagements nur in Ausnahmefällen zulässig. Für die zulassungsüberschreitende Anwendung eines Arzneimittels im Entlassmanagement gelten insgesamt restriktive Vorgaben. Danach ist die Verordnung von Arzneimitteln im Off-Label-Use grundsätzlich entsprechend § 35c Absatz 1 SGB V nur zulässig, sofern die zuständige Expertenkommission des BfArM eine entsprechende positive Bewertung zum Off-Label-Use abgegeben hat, der jeweilige pharmazeutische Unternehmer dem Off-Label-Use zugestimmt hat und der G-BA einen entsprechenden Beschluss zur Verordnungsfähigkeit im Off-Label-Use getroffen hat. Neben diesen Beschlüssen des G-BA bleibt die Rechtsprechung des BSG zur Verordnungsfähigkeit im Off-Label-Use im Einzelfall unberührt (vgl. BSG, Urteil vom 26.09.2006 - B 1 KR 1/06 R).

Die Beschlüsse des G-BA zum Off-Label-Use werden in Anlage VI der AM-RL zusammengefasst. Diese Anlage VI ist in zwei Teile unterteilt. In Anlage A werden die Arzneimittel aufgelistet bei denen die Expertengruppe des BfArM mit Zustimmung des pharmazeutischen Unternehmers eine positive Bewertung zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Anwendung im Off-Label-Use abgegeben hat und der G-BA diese Empfehlung übernommen hat. Die in Anlage A aufgelisteten Arzneimittel sind somit in der dort aufgeführten zulassungsüberschreitenden Anwendung verordnungsfähig. In Teil B werden die Arzneimittel aufgelistet bei denen die Expertenkommission des BfArM zur Bewertung kam, dass die Anwendung nicht dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht oder diese medizinisch nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind. In Anlage B aufgelistete Arzneimittel sind in der aufgeführten zulassungsüberschreitenden Anwendung somit nicht verordnungsfähig. Die aktuelle Fassung der Anlage VI der AM-RL zum Off-Label-Use ist unter folgender Internetadresse abrufbar:

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/15/>

1.2.4 Vorgaben des G-BA aus Beschlüssen zur frühen Nutzenbewertung

Der G-BA bewertet im Rahmen der frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V den Zusatznutzen von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen. Der G-BA stellt im Rahmen der frühen Nutzenbewertung insbesondere fest, ob bzw. in welchem Ausmaß ein Arzneimittel mit neuem Wirkstoff einen Zusatznutzen im Vergleich zur sogenannten zweckmäßigen Vergleichstherapie hat. Darüber hinaus können in den Beschlüssen zur frühen Nutzenbewertung Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung der Arzneimittel erlassen werden. Dabei kann der G-BA insbesondere Vorgaben zur

Qualifikation der verordnenden Ärzte, Hinweise zu bestimmten Patientengruppen oder sonstige Vorgaben, die die Anwendung der Arzneimittel betreffen, erlassen. Die Beschlüsse zur frühen Nutzenbewertung sind in Anlage XII der AM-RL aufgeführt. Der G-BA hat bereits deutlich über 200 Beschlüsse zur frühen Nutzenbewertung getroffen. Eine Übersicht der Beschlüsse zur frühen Nutzenbewertung ist unter folgender Internetadresse aktuell abrufbar:

<https://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung/>

Empfehlung:

Da die Beschlüsse des G-BA zur frühen Nutzenbewertung Bestandteil der AM-RL sind, sind diese grundsätzlich bei der Verordnung von Arzneimitteln zu Lasten der GKV zu beachten. Insbesondere sollte vor der Verordnung eines Arzneimittels, für das der G-BA keinen Zusatznutzen festgestellt hat (insgesamt oder in dem entsprechenden Anwendungsgebiet), die Verordnung des Arzneimittels und dessen Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit besonders abgewogen werden.

1.2.5 Verordnungsfähigkeit von OTC-Arzneimitteln

OTC-Arzneimittel, d.h. apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, sind grundsätzlich, außer für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnungsfähig. Eine Ausnahmeregelung gilt nach § 24 Absatz 1 Satz 2 SGB V für bestimmte OTC-Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und die durch Beschluss des G-BA in die sogenannte OTC-Ausnahmeliste aufgenommen wurden. Die in der OTC-Ausnahmeliste des G-BA aufgeführten Arzneimittel sind somit in dem dort angegebenen Anwendungsgebiet zu Lasten der GKV verordnungsfähig. In der OTC-Ausnahmeliste sind aktuell rund 45 Arzneimittel, Wirkstoffe oder Arzneimittelgruppen aufgeführt. Die OTC-Ausnahmeliste ist als Anlage I Bestandteil der AM-RL und ist in der jeweils aktuellen Fassung auf den Internetseiten des G-BA abrufbar:

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/17/>

1.2.6 Verordnungsfähigkeit von sog. Lifestyle-Arzneimitteln

Sogenannte Lifestyle Arzneimittel, also Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht, sind grundsätzlich gemäß § 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V von der Verordnung zu Lasten der GKV **ausgeschlossen**. Dazu gehören beispielsweise Arzneimittel, die zur Abmagerung, zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts, zur Raucherentwöhnung, der Verbesserung des Haarwuchses oder der Behandlung von sexuellen Dysfunktionen dienen. Der G-BA listet in Anlage II der AM-RL die sogenannten Lifestyle-Arzneimittel auf, die von der Verordnung zu Lasten der GKV ausgeschlossen sind. Dort sind für gegenwärtig sieben Anwendungsgebiete etwa 40 Arzneimittel, Wirkstoffe oder Arzneimittelgruppen gelistet. Die Übersicht der Lifestyle-Arzneimittel ist auf der Internetseite des G-BA unter folgender Internetadresse abrufbar:

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/14/>

1.2.7 Verordnung von Medizinprodukten

Arzneimittelähnliche Medizinprodukte, d.h. Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz zur Anwendung beim Menschen bestimmt sind, können gemäß § 31 Absatz 1 Satz 2 SGB V zu Lasten der GKV verordnet werden, sofern die Verordnungsfähigkeit durch Beschluss des G-BA festgestellt wurde. Der G-BA stellt in Anlage V der AM-RL in einer Übersicht die verordnungsfähigen Medizinprodukte zusammen. Dort sind insbesondere die medizinisch notwendigen Fälle definiert, in denen die Medizinprodukte zu Lasten der GKV verordnet werden können. Anlage V der AM-RL enthält gegenwärtig etwa 80 verordnungsfähige Medizinprodukte und ist unter folgender Internetadresse in der aktuellen Fassung abrufbar:

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/120/>

Im Rahmen des Entlassmanagements können diese Produkte nach § 3 Absatz 3 der AM-RL grundsätzlich für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen verordnet werden. Allerdings sollte im Rahmen des Entlassmanagements vor einer etwaigen Verordnung dieser Medizinprodukte zwingend geprüft werden, ob die Verordnung im jeweiligen Einzelfall erforderlich, wirtschaftlich und zweckmäßig ist.

1.2.8 Verordnung von Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen

Grundsätzlich haben Versicherte entsprechend der gesetzlichen Vorgaben des § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V Anspruch auf die Versorgung mit Verbandmitteln sowie Harn- und Blutteststreifen. Diese können somit grundsätzlich zu Lasten der GKV verordnet werden, sofern durch den G-BA keine Verordnungseinschränkungen erlassen wurden. Diese Produkte können im Rahmen des Entlassmanagements grundsätzlich für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen verordnet werden. Allerdings sollte vor einer etwaigen Verordnung dieser Produkte zwingend abgewogen werden, ob die Verordnung im jeweiligen Einzelfall tatsächlich erforderlich, wirtschaftlich und zweckmäßig ist.

1.2.9 Verordnung von enteraler Ernährung

Versicherte haben grundsätzlich entsprechend § 31 Abs. 5 SGB V Anspruch auf die Versorgung mit bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung, wenn dies medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Der G-BA konkretisiert die medizinisch notwendigen Fälle und die verordnungsfähigen Produkte zur enteralen Ernährung (Trink- und Sondennahrung) in der AM-RL. Produkte zur enteralen Ernährung können im Rahmen des Entlassmanagements grundsätzlich für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen verordnet werden. Im Rahmen des Entlassmanagements sollte vor einer Verordnung dieser Produkte aber zwingend geprüft werden, ob die Verordnung erforderlich und zweckmäßig ist.

1.2.10 Festbeträge für Arzneimittel

Festbeträge sind Erstattungsobergrenzen für bestimmte Arzneimittel in der GKV. Die Bildung von Festbetragsgruppen erfolgt durch den G-BA, die Festlegung der Höhe der Festbeträge durch den GKV-Spitzenverband. Bei der Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen des Entlassmanagements spielen Festbeträge für den verordnenden Arzt nur eine untergeordnete Rolle. Allerdings können Festbeträge für die gesetzlich Krankenversicherten zu nicht unerheblichen Aufzahlungen bei der Einlösung der Verordnung in der Apotheke führen. Übersteigt der Apothekenabgabepreis des Arzneimittels den jeweiligen Festbetrag, müssen Versicherte diese Kosten als Aufzahlung selbst tragen. Aus diesem Grund können Festbeträge auch im Rahmen des Entlassmanagements für die verordnenden Ärzte von gewisser Bedeutung sein. Nach § 73 Abs. 5 S. 3 SGB V muss ein Vertragsarzt, der ein Arzneimittel verordnet, das über dem Festbetrag liegt, den Patienten über die sich aus seiner Verordnung ergebende Pflicht zur Übernahme der Mehrkosten hinweisen. Laut § 4 des RahmenV gelten für das Ordnungsrecht die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Diese Pflicht besteht bei einer Wirkstoffverordnung jedoch grundsätzlich nicht, da in diesen Fällen die Auswahl des abzugebenden Arzneimittels durch den Apotheker erfolgt.

1.3 Formvorgaben

Die Formvorgaben zur Ausstellung von Arzneimittelverordnungen sind von den verordnenden Ärzten zwingend zu berücksichtigen. Im Fall nicht korrekt oder nicht vollständig ausgestellter Verordnungen (Muster 16) werden diese von öffentlichen Apotheken grundsätzlich nicht angenommen. Da öffentliche Apotheken das wirtschaftliche Risiko von nicht korrekten Arzneimittelverordnungen tragen (sog. Null-Retaxation durch die Krankenkassen) ist dies nachvollziehbar. Dies hätte aber zur Folge, dass Patienten von den öffentlichen Apotheken zurück in die Kliniken verwiesen werden müssten, um dort die Arzneimittelverordnung entsprechend korrigieren zu lassen oder eine neue Verordnung zu erhalten. Dies ist für gerade aus einer stationären Behandlung entlassene Patienten nicht zumutbar. Vor diesem Hintergrund ist die korrekte und vollständige Ausstellung der Arzneimittelverordnungen zwingend sicherzustellen. Andernfalls entstehen für die Patienten unzumutbare Belastungen.

Empfehlung:

Die korrekte und vollständige Ausstellung der Arzneimittelverordnungen (Muster 16) sollte durch entsprechende Schulungen der verordnenden Ärzte und/oder durch Qualitätssicherungsmaßnahmen organisatorisch sichergestellt werden.

Im Folgenden werden die Formvorgaben zur Ausstellung von Arzneimittelverordnungen dargestellt. Zu den technischen Vorgaben zur Bedruckung der Vordrucke (Muster 16) wird auf die Ausführungen in Punkt V verwiesen. Nach der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) muss eine ärztliche Verschreibung die folgenden Angaben enthalten:

- Name, Vorname, Berufsbezeichnung
- Anschrift der Praxis oder der Klinik der verschreibenden ärztlichen Person (verschreibende Person) einschließlich einer Telefonnummer zur Kontaktaufnahme,
- Datum der Ausfertigung,
- Name und Geburtsdatum der Person, für die das Arzneimittel bestimmt ist,
- Bezeichnung des Fertigarzneimittels oder des Wirkstoffes einschließlich der Stärke,
- bei einem Arzneimittel, das in der Apotheke hergestellt werden soll, die Zusammensetzung nach Art und Menge oder die Bezeichnung des Fertigarzneimittels, von dem Teilmengen abgegeben werden sollen,
- Darreichungsform,
- abzugebende Menge des verschriebenen Arzneimittels,
- die **eigenhändige** Unterschrift (keine Signatur, Stempel o.ä.) der verschreibenden Person.

Auf einige Formvorgaben soll nachfolgend vertiefend eingegangen werden:

1.3.1 Angabe der Telefonnummer auf dem Verordnungsvordruck

Seit dem Jahr 2015 ist zusätzlich zu den bisherigen Angaben eine Telefonnummer auf der Arzneimittelverordnung anzugeben. Die Angabe der Telefonnummer soll öffentlichen Apotheken die Kontaktaufnahme mit den verschreibenden Ärzten erleichtern, wenn aufgrund von Unklarheiten Anlass zur Rücksprache besteht. Entsprechend der Vorgaben der AMVV ist die Telefonnummer der Organisationseinheit des Krankenhauses ausreichend und die Angabe der persönlichen Durchwahl des die Verschreibung ausstellenden Arztes nicht erforderlich. Die Telefonnummer sollte auf dem Verordnungsvordruck (Muster 16) im Feld „Vertragsarztstempel“ angegeben werden.

Empfehlung:

Krankenhäuser sollten sich auf entsprechende telefonische Kontaktaufnahmen von öffentlichen Apotheken einstellen. Da Krankenhäuser im Interesse der Sicherstellung der Versorgung der Patienten ein hohes Interesse daran haben, entsprechende telefonische Rückfragen kurzfristig beantworten zu können, sollten diesbezügliche organisatorische Vorkehrungen für Rückfragen von öffentlichen Apotheken getroffen werden.

1.3.2 Korrektur von ausgestellten Arzneimittelverordnungen

Sollten ausgestellte Verordnungen innerhalb des Krankenhauses geändert oder ergänzt werden müssen, ist grundsätzlich eine **erneute Unterschrift mit Datumsangabe** auf der Verordnung erforderlich. Öffentliche Apotheken können nicht korrekte oder nicht vollständige Arzneimittelverordnungen in der Regel nur in dringenden Fällen selbst korrigieren bzw. diese Rezepte annehmen. Danach sind Apotheker unter Berücksichtigung der Vorgaben der Apothekenbetriebsordnung zur Korrektur eines

Rezeptes lediglich in dringenden Fällen befugt. Entsprechendes gilt für die Möglichkeit einer telefonischen Unterrichtung über eine Verschreibung in dem Fall, indem die Anwendung des Arzneimittels keinen Aufschub erlaubt. Außerdem können Apotheker im Falle von fehlenden einzelnen Angaben auf dem Vordruck diese entsprechend der AMVV ergänzen, sofern ihm diese Angaben zweifelsfrei bekannt sind.

1.3.3 Gültigkeit von Arzneimittelverordnungen im Rahmen des Entlassmanagements

Die AM-RL des G-BA regelt in § 11 Abs. 4 Satz 2, dass Arzneimittelverordnungen im Rahmen des Entlassmanagements von Patienten innerhalb von 3 Werktagen in einer öffentlichen Apotheke einzulösen sind. Nach Ablauf dieser Frist ist eine Abgabe der Arzneimittel durch die öffentliche Apotheke nicht mehr zulässig. Da entsprechend der Ausführungen in Punkt V.3. die Ausfertigung der Arzneimittelverordnung grundsätzlich am Entlasstag erfolgen muss, ist der Entlasstag in diese Frist einzurechnen.

Empfehlung:

Die Patienten sollten bei der Entlassung unbedingt auf die begrenzte Gültigkeit der Verordnung hingewiesen werden.

1.4 Weitere Besonderheiten

1.4.1 Verordnung wirkstoffgleicher Arzneimittel (aut-idem Regelung)

Empfehlung:

Krankenhäuser sollten im Rahmen des Entlassmanagements zur Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes entsprechend der gesetzlichen Vorgaben des § 115c SGB V ein Arzneimittel grundsätzlich

- unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnen,
- oder bei der produktbezogenen Verordnung unter der Fertigarzneimittelbezeichnung, die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel durch die öffentliche Apotheke **nicht** ausschließen (sog. aut-idem Regelung).

Öffentliche Apotheken sind in diesen beiden Fällen verpflichtet, die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel vorzunehmen, für das ein Rabattvertrag von der jeweiligen Krankenkasse geschlossen wurde. Gibt es für ein Arzneimittel keinen Rabattvertrag, hat der Apotheker das verordnete oder eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben. Voraussetzung für die aut-idem Substitution durch die öffentliche Apotheke sind folgende Kriterien:

- identischer Wirkstoff
- identische Wirkstärke
- gleiche bzw. austauschbare Darreichungsform
- ein gleiches Anwendungsgebiet sowie
- gleiches Packungsgrößenkennzeichen

Grundsätzlich können im Rahmen des Entlassmanagements in medizinisch begründeten Fällen, Arzneimittel auch unter ihrer Fertigarzneimittelbezeichnung verordnet werden und die aut-idem Substitution ausgeschlossen werden. Sofern dies im Einzelfall medizinisch angezeigt ist, kann der Arzt die Substitution durch ein wirkstoffgleiches dann unterbinden, wenn er auf dem Verordnungsvordruck das Feld „aut-idem“ ankreuzt. Der aut-idem-Ausschluss sollte nur in Einzelfällen und mit Begründung erfolgen, da ansonsten ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot vorliegen könnte.

Eine bei der Verordnung zu beachtende Sonderregelung stellen die Vorgaben der sogenannten Substitutionsausschlussliste (SAL) des G-BA dar. In dieser SAL werden durch Beschluss des G-BA Wirkstoffe bzw. bestimmte Darreichungsformen aufgenommen, deren Austausch durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel durch eine öffentliche Apotheke ausgeschlossen ist. In der Substitutionsausschlussliste sind gegenwärtig rund 15 Wirkstoffe gelistet, deren Substitution aus medizinischen Gründen ausgeschlossen ist. Für die verordnenden Ärzte ist dabei insbesondere zu beachten, dass sofern Wirkstoffe bzw. Arzneimittel in der SAL gelistet sind, eine Verordnung dieser Arzneimittel unter der Wirkstoffbezeichnung nicht mehr möglich ist. Das bedeutet, dass diese Arzneimittel jeweils unter der Fertigarzneimittelbezeichnung zu verordnen sind. Andernfalls ist die Verordnung ungültig und wird von öffentlichen Apotheken nicht angenommen. Die SAL ist als Anlage VII Teil der AM-RL und auf der Internetseite des G-BA unter folgender Adresse abrufbar:

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/11/>

1.4.2 Auswirkungen von Rabattverträgen nach §§ 130a Abs. 8 und 130c SGB V

Der RahmenV sieht in § 4 Abs. 3 vor, dass bei der Verordnung von Arzneimitteln insbesondere auch Verträge nach §§ 130a Abs. 8 und 130c SGB V zu beachten sind.

Aus Sicht der DKG ist das erweiterte Bundesschiedsamt mit seiner Festsetzung in diesem Punkt über die gesetzlichen Vorgaben hinaus gegangen, da die öffentlichen Apotheken gesetzlich die Adressaten für die Rabattverträge darstellen, nicht jedoch verordnende Ärzte oder gar Krankenhäuser. Die rahmenvertragliche Vorgabe einer Beachtung der Rabattverträge ist insofern inhaltlich und rechtlich dahingehend zu reduzieren, dass Krankenhäuser allenfalls verpflichtet werden können, Arzneimittelverordnungen so auszustellen, dass die öffentlichen Apotheken ihrer Pflicht zur Anwendung der Rabattverträge nachkommen können. Dies ist dann der Fall, wenn eine Wirkstoffverordnung ausgestellt wird oder bei der Verordnung unter der Fertigarzneimittelbezeichnung, die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ausgeschlossen wird (sog. aut-idem Regelung). Dann sind öffentliche Apotheken entsprechend der Vorgaben des § 129 SGB V verpflichtet, die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel vorzunehmen, für das ein Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V für die jeweilige Krankenkasse besteht.

Anders ist aus Sicht der DKG allerdings der Fall der Verordnung eines Arzneimittels, dessen Substitution aufgrund der Vorgaben der Substitutionsausschlussliste des G-

BA ausgeschlossen ist, zu beurteilen. In der Substitutionsausschlussliste sind Arzneimittel definiert, die – entgegen den üblichen Ordnungsgrundsätzen – insbesondere aus Sicherheitsaspekten produktbezogen und nicht wirkstoffbezogen zu verordnen sind. Somit ist in diesen Fällen aber auch die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel, für das ein Rabattvertrag nach § 130a SGB V vorliegt, durch die öffentliche Apotheke ausgeschlossen. Um den Vorgaben des RahmenV zur Beachtung von Rabattverträgen nach § 130a SGB V nachkommen zu können, ist in diesem Spezialfall die Beachtung von Rabattverträgen bereits bei der Verordnung durch das Krankenhaus grundsätzlich erforderlich.

Die Beachtung von Verträgen nach § 130c SGB V zwischen einzelnen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen kann aus Sicht der DKG aber nicht verpflichtend sein. Entsprechend § 130c Absatz 3 SGB V können zwar Krankenkassen oder ihre Verbände mit Ärzten, Kassenärztlichen Vereinigungen oder Verbänden von Ärzten Regelungen zur bevorzugten Verordnung von Arzneimitteln, für die entsprechende Selektivverträge geschlossen wurden, vereinbaren. Eine generelle Bevorzugung entsprechender Arzneimittel ist durch den Gesetzgeber aber nicht vorgesehen.

1.4.3 Beachtung von Vereinbarungen nach § 130b SGB V

Der RahmenV sieht zudem vor, dass bei der Verordnung von Arzneimitteln insbesondere auch Vereinbarungen nach § 130b SGB V zu beachten sind. Vereinbarungen nach § 130b SGB V sind Vereinbarungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem jeweiligen pharmazeutischen Unternehmen zu Erstattungsbeträgen für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen. Diese Vereinbarungen können zudem Anforderungen an die Zweckmäßigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit einer Verordnung vorsehen. Diese sind in der Ordnungssoftware abzubilden. Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben des § 130b SGB V sollen Ordnungen der jeweiligen Arzneimittel im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen als sogenannte Praxisbesonderheiten dann anerkannt werden, wenn der Arzt bei der Verordnung im Einzelfall die dafür vereinbarten Anforderungen an die Verordnung eingehalten hat. Bei der Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen des Entlassmanagements sind diese jeweiligen Anforderungen vor diesem Hintergrund und der diesbezüglichen Vorgaben des RahmenV entsprechend zu beachten.

1.4.4 Verordnung von Betäubungsmitteln

Grundsätzlich ist im Rahmen des Entlassmanagements auch die Verordnung von Betäubungsmitteln zulässig. Für die Verordnung von Betäubungsmitteln gelten allerdings die komplexen Sonderregelungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV). Insbesondere sind spezielle Betäubungsmittelverordnungen (BtM-Rezepte) zu verwenden und zusätzliche Dokumentationsvorgaben einzuhalten. Die Verordnung von Betäubungsmitteln ist deshalb insgesamt ausgesprochen aufwändig und erfordert eine intensive Einarbeitung bzw. Schulung der verordnenden Ärzte. Ordnungen von Betäubungsmitteln sollten deshalb im Rahmen des Entlassmanagements grundsätzlich auf Einzelfälle beschränkt bleiben.

Grundsätzlich ist auch bei der Verordnung von Betäubungsmitteln zu prüfen, ob die Versorgung durch die Mitgabe eines Betäubungsmittels sichergestellt werden kann oder diese vorrangig ist. Die Mitgabe von Betäubungsmitteln ist rechtlich nicht völlig unumstritten. Allerdings ist nach Auffassung der DKG aufgrund einer aktuellen diesbezüglichen Klarstellung des BMG (Schreiben des BMG vom 20.03.2017) die Mitgabe von Betäubungsmitteln bei der Entlassung unmittelbar vor einem Wochenende oder Feiertag grundsätzlich zulässig. Die Abgabe der zur Überbrückung eines Wochenendes benötigten Betäubungsmittel durch das Krankenhaus aus dem Stationsbedarf darf allerdings nur erfolgen, sofern diese auf Basis einer ärztlichen Verschreibung erfolgt (sog. stationäre Verschreibung, BtM-Anforderungsscheine). Allerdings bestehen diesbezüglich auch anderslautende rechtliche Auffassungen.

Sofern Krankenhäuser die Verordnung von Betäubungsmitteln im Rahmen des Entlassmanagements in Betracht ziehen, wird nachfolgend auf einige grundlegende Besonderheiten hingewiesen. Die Verschreibung von Betäubungsmitteln darf nur auf speziellen BtM-Rezepten erfolgen. Diese BtM-Rezeptvordrucke können ausschließlich über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bezogen werden. Die BtM-Rezeptvordrucke werden zudem ausschließlich personenbezogen für einen Arzt ausgegeben. Ärzte, die Betäubungsmitteln verordnen handeln i.S. des BtMG grundsätzlich eigenverantwortlich. Deshalb hat jeder Arzt seine eigenen BtM-Rezepte zu verwenden und eigene Verbleibsnachweise zu führen. Die BtM-Rezepte dürfen nur im Vertretungsfall ausnahmsweise auf einen anderen Arzt übertragen werden. Zusätzlich sind diese BtM-Rezepte gesondert diebstahlsicher aufzubewahren und vor Missbrauch zu schützen. Der Zugriff Unbefugter muss durch geeignete Sicherungsmaßnahmen verhindert werden. Sollten BtM-Rezepte abhandenkommen, ist deren Verlust umgehend unter Angabe der jeweiligen Rezeptnummern an das BfArM zu melden. Für die Ausstellung von BtM-Rezepten im Rahmen des Entlassmanagements gilt ebenfalls die Vorgabe der AM-RL, dass diese ebenfalls nur 3 Werktage gültig sind.

Ausführliche Informationen zur Verordnung von Betäubungsmitteln sind auf der Internetseite des BfArM abrufbar. In sogenannten FAQs hat das BfArM die grundlegenden Regelungen zur Verordnung zusammengestellt. Dies können unter folgender Internetadresse abgerufen werden:

http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Verschreibung/_node.html

1.4.5 Ausstellen von Sonderverschreibungen (sog. T-Rezepte)

Grundsätzlich ist im Rahmen des Entlassmanagements auch die Ausstellung von Sonderverschreibungen – sogenannter T-Rezepte – zulässig. Die Ausstellung dieser T-Rezepte ist ähnlich aufwändig wie die Verordnung von Betäubungsmitteln und erfordert eine intensive Einarbeitung bzw. Schulung der verordnenden Ärzte.

T-Rezepte sind gemäß § 3a der AMVV für die Verschreibung von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Lenalidomid, Pomalidomid und Thalidomid erforderlich. T-Rezepte

sind über das BfArM zu beziehen. Die Ausgabe der T-Rezepte erfolgt ebenfalls arztbezogen. Insbesondere sind gegenüber dem BfArM durch den verordnenden Arzt zudem Erklärungen zur Kenntnis der Fachinformationen der jeweiligen Arzneimittel und der Kenntnis der erforderlichen Sicherheitsmaßnahmen abzugeben. Für die Ausstellung von T-Rezepten im Rahmen des Entlassmanagements gilt ebenfalls die Vorgabe der AM-RL, dass diese nur 3 Werktage gültig sind.

Ausführliche Hinweise zu T-Rezepten sind auf den Internetseiten des BfArM unter der folgenden Adresse abrufbar:

<http://www.bfarm.de/DE/Service/FAQ/functions/Bundesopiumstelle/T-Rezept/gesamtansicht/node.html>

1.5 Ergänzende Hinweise

1.5.1 Aktuelle gesetzliche Entwicklungen zu Arzneimittelverordnungen

Das aktuell mit Beschluss des Bundesrates vom 31.03.2017 abgeschlossene Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) sieht die Einrichtung eines sogenannten Arztinformationssystems (AIS) vor. Durch dieses AIS sollen die Beschlüsse des G-BA zur frühen Nutzenbewertung zukünftig in der Verordnungssoftware für die Vertragsärzte abgebildet werden. Problematisch ist insbesondere, dass durch eine nachgelagerte Rechtsverordnung des BMG in diesem AIS auch Hinweise zur Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der Verordnung von Arzneimitteln erlassen bzw. abgebildet werden können. Die DKG hat dies im Gesetzgebungsverfahren stets kritisiert, da entsprechende Vorgaben faktisch Verordnungs-ausschlüsse oder –einschränkungen für bestimmte Arzneimittel bedeuten würden. Die DKG wird sich im anstehenden Verordnungsgebungsverfahren weiter für eine sachgerechte Regelung einsetzen. Krankenhäuser könnten von diesen durch das BMG per Rechtsverordnung festzusetzenden Neuregelungen zur Wirtschaftlichkeit von Arzneimittelverordnungen im Rahmen des Entlassmanagements betroffen sein.

Die Neuregelungen des AMVSG treten mit Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt in Kraft. Wann mit der Vorlage bzw. Verabschiedung der Rechtsverordnung des BMG zu rechnen ist, kann gegenwärtig noch nicht abgeschätzt werden. Insgesamt muss allerdings damit gerechnet werden, dass durch diese Neuregelung die Komplexität der für die Verordnung von Arzneimitteln zu beachtenden Regelungen noch einmal deutlich zunehmen wird. Ebenso könnten sich die Regressrisiken für die Krankenhäuser bei der Verordnung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen deutlich erhöhen. Die geplante gesetzliche Verankerung des Arztinformationssystems (AIS) kann deshalb für die Krankenhäuser nicht zu unterschätzende Auswirkungen haben und sollte bei der anstehenden organisatorischen Umsetzung der Verordnungsrechte im Rahmen des Entlassmanagements bereits einkalkuliert werden.

1.5.2 Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit von Arzneimittelverordnungen auf KV-Ebene

Seit dem 1. Januar 2017 erfolgt die Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Arzneimittelverordnungen entsprechend § 106b Abs. 1 SGB V insbesondere anhand von Vereinbarungen, die auf Landesebene zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen getroffen wurden. Damit können diese Vertragspartner auf Landesebene Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit von Arzneimittelverordnungen festlegen, die neben den dargestellten gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen von Krankenhäusern bei der Verordnung von Arzneimitteln ebenfalls grundsätzlich zu beachten sind.

Diese Vereinbarungen auf Landesebene können ausgesprochen komplex sein. Insbesondere wurden in vielen Ländern bzw. KV-Regionen bereits sogenannte Wirkstoffvereinbarungen in Kraft gesetzt, die insbesondere Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele vorgeben. Vielfach werden dabei bestimmte Verordnungsanteile für Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen (Leitsubstanzen) vorgegeben. Durch diese landesspezifischen Vorgaben kann die Verordnung bestimmter Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen maßgeblich beschränkt werden. Durch die mögliche Ablösung der Richtgrößenvereinbarungen wird sich dies zukünftig noch verstärken. Insbesondere unterscheiden sich die Vereinbarungen auf Landesebene aber in der Regel deutlich.

Empfehlung:

Deshalb wird den Krankenhäusern empfohlen, sich intensiv mit den zusätzlichen landesspezifischen Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit von Arzneimittelverordnungen auseinanderzusetzen.

2. Verordnung von Heilmitteln

Neben den voranstehenden allgemeinen Regelungen richtet sich die Verordnung von Heilmitteln nach der Heilmittel-Richtlinie des G-BA (HeilM-RL) mit dem zugehörigen Katalog verordnungsfähiger Heilmittel. Die jeweils aktuelle Fassung ist auf der Internetseite des G-BA abrufbar unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/>.

2.1. Umfang der Verordnung

Der Erforderlichkeitsgrundsatz (siehe Punkt II.) gilt auch bei der Verordnung von Heilmitteln. Des Weiteren ist in zeitlicher Hinsicht festzuhalten, dass Heilmittel nach der voranstehenden allgemeinen Regel lediglich für einen Zeitraum von **bis zu sieben Kalendertagen** nach der Entlassung durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt verordnet werden dürfen. Folglich bestimmt § 16a Abs. 1 HeilM-RL, dass die **Menge** der zu verordnenden Heilmittelleistung(en) abhängig von der Behandlungsfrequenz **so zu bemessen** ist, dass der nach § 39 abs. 1a S. 6 SGB V vorgegebene maximale Überbrückungszeitraum von sieben Kalendertagen **nicht** überschritten wird. Ist zur Überbrückung einer festgestellten Versorgungslücke nach Entlassung eine geringere Verordnungsdauer als sieben Kalendertage erforderlich, darf auch nur für den entsprechend kürzeren Zeitraum Heilmittel verordnet werden.

Überdies muss sichergestellt sein, dass die jeweils verordneten Heilmittel auch zu den **verordnungsfähigen Heilmitteln** nach §§ 3 Abs. 4, 4 Abs. 1 und 3 HeilM-RL gehören. Nur Heilmittel, die Bestandteil des Heilmittelkataloges sind, dürfen auch verordnet werden. Der Heilmittelkatalog ist der 2. Teil der Richtlinie und führt nach § 4 Abs. 3 HeilM-RL die Indikationen für eine nach der Richtlinie sachgerechte Heilmitteltherapie auf. Von einer Verordnung ausgeschlossen sind nach § 5 HeilM-RL die in der Anlage 1 der HeilM-RL aufgeführten Maßnahmen; **diese dürfen nicht verordnet werden**. Werden nicht verordnungsfähige Heilmittel verordnet, liegt eine unzulässige und somit auch unwirtschaftliche Verordnung vor, die im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung mit einem Regress zu Lasten des Krankenhauses belegt werden kann.

Empfehlung:

Das Krankenhaus ist im Falle einer Verordnung von Heilmitteln an die Sieben-Tages-Regel gebunden. Des Weiteren ist ihm zu raten, im Vorfeld der Verordnung stets die Verordnungsfähigkeit des betreffenden Heilmittels anhand des Heilmittelkataloges zu prüfen und die Verordnungsaußschlüsse der HeilM-RL zu beachten.

2.2. Gültigkeitsdauer der Verordnung

Der Patient ist nach § 16a Abs. 3 HeilM-RL gehalten, die ihm vom Krankenhaus verordnete Heilmittelbehandlung innerhalb von **sieben** Kalendertagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu beginnen. Andernfalls verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Darüber hinaus muss die Heilmittelbehandlung des Patienten binnen **zwölf** Kalendertagen nach der Entlassung abgeschlossen sein. Nicht innerhalb dieser zwölf Kalendertage in Anspruch genommene Behandlungseinheiten **verfallen** und können nicht nachgeholt werden.

Empfehlung:

Krankenhäuser sollten die betreffenden Patienten über die Möglichkeit eines Verfalls der Verordnung informieren.

2.3. Pflicht zur Information des weiterbehandelnden Vertragsarztes

Nach § 16a Abs. 4 HeilM-RL ist das Krankenhaus dazu verpflichtet, den weiterbehandelnden Vertragsarzt rechtzeitig in geeigneter Weise über die getätigten Verordnungen zu informieren. Gemäß § 9 Abs. 3 RahmenV kann diese Information im Rahmen des Entlassbriefes erfolgen.

2.4. Weitere Besonderheiten

Für Verordnungen von Heilmitteln sind zuvor getätigte vertragsärztliche Verordnungen durch die Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte nicht zu berücksichtigen.

3. Verordnung von Hilfsmitteln

Neben den voranstehenden allgemeinen Regelungen richtet sich die Verordnung von Hilfsmitteln nach der Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA. Die jeweils aktuelle Fassung ist auf der Internetseite des G-BA abrufbar unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/>.

Nach § 4 Abs. 1 HilfsM-RL erstellt der GKV-SV ein **Hilfsmittelverzeichnis**, welches die von der Leistungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung umfassten Hilfsmittel umfasst. Dieses Verzeichnis ist zwar nicht abschließend. Allerdings wären Krankenhäuser gut beraten, wenn sie sich bei der Verordnung von Hilfsmitteln an diesem Verzeichnis orientieren, so dass die generelle Verordnungsfähigkeit des betreffenden Hilfsmittels im Einzelfall nicht in Abrede gestellt werden kann.

3.1 Umfang der Verordnung

Bezüglich des zeitlichen Umfanges der Verordnung von Hilfsmitteln ist zwischen unterschiedlichen Hilfsmittelgruppen zu differenzieren.

3.2 Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, wie z.B. Bandagen, können nach der grundsätzlichen Regel für einen Versorgungszeitraum von **bis zu sieben Kalendertagen** nach Entlassung verordnet werden.

3.3 Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmitteln, deren Erforderlichkeit für länger als sieben Kalendertage besteht, wie z.B. beim Pflegebett, sind **keiner zeitlichen Begrenzung** der Verordnungsdauer unterworfen.

Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass eine unmittelbare Erforderlichkeit in diesem Sinne **in der Regel dann nicht vorliegen dürften, wenn die betreffenden Hilfsmittel einer individuellen Anfertigung und einer ärztlichen Nachkontrolle nach der Entlassung bedürfen und zur dauerhaften Versorgung vorgesehen sind**. Ausnahmen davon wären zwar grundsätzlich denkbar, müssten dann allerdings vom Krankenhaus begründet werden.

Zu den individuell anzufertigenden Hilfsmitteln gehören beispielsweise Hörhilfen, Sehhilfen oder auch Prothesen, die in der Regel bis zur endgültigen Anpassung bzw. Zurichtung einen längeren Zeitraum mit mehrfachen Kontakten zum Leistungserbringer erforderlich machen. Bei den o.g. Hilfsmitteln kann somit in der Regel **nicht** von einer Erforderlichkeit unmittelbar im Anschluss an die Entlassung ausgegangen werden.

Ausnahmen sind beispielsweise denkbar bei Beatmungsgeräten die über den stationären Aufenthalt hinaus erforderlich sind, jedoch bereits in der Klinik an die individuellen Gegebenheiten der oder des Versicherten angepasst werden müssen.

Hilfsmittel, die angesichts eines noch nicht entsprechend abgeschlossenen Heilungsprozesses noch nicht angepasst oder genutzt werden können (z. B. Sehhilfen, Hörhilfen), sollten regelhaft nicht im Rahmen des Entlassmanagements verordnet werden.

Hintergrund für die Differenzierung zwischen unterschiedlichen Hilfsmittelgruppen ist der Umstand, dass Hilfsmittel oftmals nicht nur für die begrenzte Dauer von sieben Tagen beim Patienten verbleiben und – bei strikter Anwendung der Sieben-Tages-Regel – nach Ablauf dieses Zeitraumes vom Patienten zurückgegeben und anschließend neu verordnet werden müssten. Dies kann der Gesetzgeber in letzter Konsequenz so nicht bezweckt haben. Immerhin verweist dieser in der Gesetzesbegründung im Zusammenhang mit der Sieben-Tages-Regel selbst lediglich auf Häusliche Krankenpflege und Heilmittel.

Empfehlung:

Die Krankenhäuser sollten bei der Verordnung von Hilfsmitteln zunächst die maßgebliche Hilfsmittelgruppe identifizieren. Dies ist relevant für die nachfolgende Frage der verordnungsfähigen Menge.

3.4 Bemessung der Verordnungsmenge

Unter Geltung der Sieben-Tages-Regel, also bei der **Verordnung von zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln**, ist die Verordnungsmenge nach § 6a Abs. 1 HilfsM-RL so zu bemessen, dass ein Versorgungszeitraum von sieben Tagen nach der Entlassung nicht überschritten wird. Beschränkt sich der Versorgungsbedarf auf eine geringere Zeitspanne als sieben Tage, dürfen Hilfsmittel auch nur für den entsprechend kürzeren Zeitraum verordnet werden.

Sofern eine Verordnungsmenge nicht abgegeben werden kann, weil diese z. B. als Versorgungseinheit nicht am Markt verfügbar ist und fehlt eine Mengenangabe auf der Verordnung, ist die tatsächliche Abgabemenge zwischen Hilfsmittelleistungserbringer und Krankenkasse abzustimmen. Die Verordnung der unmittelbar nach Entlassung benötigten Hilfsmittel durch das Krankenhaus kann auch erfolgen, wenn keine Bemessungsvorgabe entsprechender Versorgungseinheiten im Markt verfügbar ist.

3.5 Gültigkeitsdauer der Verordnung

Der Patient ist gehalten, die ihm vom Krankenhaus verordneten Hilfsmittel innerhalb von sieben Kalendertagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in Anspruch zu nehmen. Andernfalls verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

Empfehlung:

Diese Aspekte betreffen das Krankenhaus zwar nicht unmittelbar. Allerdings böte sich an, dass die Krankenhäuser die betreffenden Patienten über diese Umstände informieren. Dies kann auch formlos erfolgen.

3.6 Pflicht zur Information des weiterbehandelnden Vertragsarztes

Nach § 6a Abs. 3 HilfsM-RL ist das Krankenhaus dazu verpflichtet, den weiterbehandelnden Vertragsarzt rechtzeitig in geeigneter Weise über die getätigten Verordnungen zu informieren. Gemäß § 9 Abs. 3 RahmenV kann diese Information im Rahmen des Entlassbriefes erfolgen.

3.7 Weitere Besonderheiten

Grundsätzlich werden Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements am Entlasstag ausgestellt. In Bezug auf einige Hilfsmittel, z.B. beim Beatmungsgerät, das noch im Krankenhaus eingestellt werden muss oder einem Pflegebett, kann eine Verordnung bereits vor dem Entlassungstag erforderlich sein. Dies muss mit der jeweiligen Krankenkasse individuell geklärt werden.

Die Verordnung von Hilfsmitteln insbesondere in Bezug auf die Kostenübernahme bedarf ggf. der Bewilligung durch die Krankenkasse. Welche Hilfsmittel einer Genehmigung der Krankenkasse bedürfen, ist individuell zu klären. Ebenfalls zu klären ist, welcher Kostenträger für die Übernahme der Kosten für ein Hilfsmittel zuständig ist.

Empfehlung:

Das Krankenhaus hat in jedem Einzelfall zu prüfen, ob eine Verordnung eines Hilfsmittels einer Genehmigung bedarf oder ob eine Verordnung bereits vor dem Entlassungstag erfolgen kann, z.B. beim Beatmungsgerät, das noch im Krankenhaus eingestellt werden muss.

4. Verordnung von häuslicher Krankenpflege

Neben den voranstehenden allgemeinen Regelungen richtet sich die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach der HKP-Richtlinie (HKP-RL) des G-BA. Die jeweils aktuelle Fassung ist auf der Internetseite des G-BA abrufbar unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/11/.

4.1 Umfang der Verordnung

Die häusliche Krankenpflege konnte gemäß § 7 der vorherigen Fassung der HKP-RL auch bislang schon von den Krankenhäusern verordnet werden. Durch die Anpassung von § 7 Abs. 5 HKP-RL an die gesetzlichen Vorgaben des Entlassmanagements in § 39 Abs. 1a SGB V wurde jedoch das Zeitfenster der vom Krankenhaus

verordnungsfähigen häuslichen Krankenpflege auf bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung konkretisiert.

Somit gelten auch bei der Verordnung von häuslicher Krankenpflege der Erforderlichkeitsgrundsatz und die Sieben-Tages-Regel. Diese sind vom Krankenhaus bei der Vornahme einer entsprechenden Verordnung zu beachten. Ist zur Überbrückung einer festgestellten Versorgungslücke nach Entlassung eine geringere Verordnungsdauer als sieben Kalendertage erforderlich, darf auch nur für den entsprechend kürzeren Zeitraum häusliche Krankenpflege verordnet werden.

4.2 Gültigkeitsdauer der Verordnung

Zu diesem Punkt enthält die Richtlinie keine spezielle Regelung, so dass letztlich vom Grundsatz der Sieben-Tages-Regelung auszugehen ist.

4.3 Pflicht zur Information des weiterbehandelnden Vertragsarztes

Nach § 7 Abs. 5 HKP-RL ist das Krankenhaus dazu verpflichtet, den weiterbehandelnden Vertragsarzt rechtzeitig in geeigneter Weise über die getätigten Verordnungen zu informieren. Gemäß § 9 Abs. 3 RahmenV kann diese Information im Rahmen des Entlassbriefes erfolgen.

4.4 Weitere Besonderheiten

Bei der Verordnung von häuslicher Krankenpflege ist die HKP-Richtlinie einschließlich des Verzeichnisses der verordnungsfähigen Maßnahmen (Leistungsverzeichnis) zu beachten.

Die verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sind dem Leistungsverzeichnis zu entnehmen. Dort nicht aufgeführte Maßnahmen sind grundsätzlich nicht als häusliche Krankenpflege verordnungs- und genehmigungsfähig. Nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführte Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege im Sinne von § 37 SGB V sind in medizinisch zu begründenden Ausnahmefällen verordnungs- und genehmigungsfähig, wenn sie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans sind, im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind.

Im Leistungsverzeichnis genannte Aussagen zur Häufigkeit der Verrichtungen bei den verordnungsfähigen Maßnahmen sind Empfehlungen für den Regelfall, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann. Abweichungen können insbesondere in Betracht kommen auf Grund von Art und Schwere des Krankheitsbildes.

Das Leistungsverzeichnis umfasst Maßnahmen der:

- Grundpflege
- hauswirtschaftlicher Versorgung
- Behandlungspflege

Zu den Leistungen der Behandlungspflege gehören neben Einzelleistungen wie z.B. Medikamentengabe oder Bedienung und Überwachung von Beatmungsgeräten auch komplexe Leistungen wie z.B. Symptomkontrolle bei Palliativpatienten, Psychiatrische Krankenpflege (pHKP) oder spezielle Krankenbeobachtung. In Bezug auf pHKP darf die Verordnung gemäß § 4 der HKP-RL nur durch Ärzte mit spezifischer Fachkunde vorgenommen werden.

Die häusliche Krankenpflege kann als **Krankenhausvermeidungspflege** oder als **Sicherungspflege** verordnet werden.

Durch das KHSG kann die HKP in der Zukunft ebenfalls als **Unterstützungspflege** nach § 37 Abs. 1a SGB V verordnet werden. Der G-BA passt gegenwärtig die HKP-RL an.

Die Krankenhausvermeidungspflege umfasst, sofern dies im Einzelfall notwendig ist, die Behandlungs- und Grundpflege, sowie die hauswirtschaftliche Versorgung.

Die Sicherungspflege umfasst, sofern dies im Einzelfall notwendig ist, die notwendige Behandlungspflege. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können im Rahmen der Sicherungspflege nicht eigenständig verordnet werden, sondern nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege; Voraussetzung ist, dass die Satzung der Krankenkasse die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung vorsieht und die oder der Versicherte keine Leistungen der Pflegeversicherung bezieht.

Die Unterstützungspflege umfasst, sofern dies im Einzelfall notwendig ist, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

Die **Verordnung** von Leistungen der häuslichen Krankenpflege **bedarf** gemäß § 6 der HKP-RL der **Genehmigung durch die Krankenkasse**. Die Versicherten sind dabei gemäß § 3 Abs. 6 des RahmenV in Bezug auf die Durchführung des Genehmigungsverfahrens zu unterstützen. Das Krankenhaus nimmt den **Kontakt zur Krankenkasse bzw. Pflegekasse** bei genehmigungspflichtigen Leistungen noch **vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers** auf. Überdies sollten die Krankenhäuser die Patienten dahingehend informieren, dass die Verordnung von HKP nach § 6 Abs. 6 HKP-Richtlinie spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) der Krankenkasse vorzulegen ist.

Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können von der Krankenkasse nur genehmigt werden, soweit sie weder von der oder dem Versicherten selbst noch von in ihrem oder seinem Haushalt lebenden Personen durchgeführt werden können.

5. Verordnung von Sozialtherapie

Neben den voranstehenden allgemeinen Regelungen richtet sich die Verordnung von Sozialtherapie nach der Sozialtherapie-Richtlinie (ST-RL) des G-BA. Die jeweils aktu-

elle Fassung ist auf der Internetseite des G-BA abrufbar unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/24/.

5.1 Umfang der Verordnung

Soziotherapie kann vom Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements für einen Zeitraum von **bis zu sieben Kalendertagen** nach der Entlassung verordnet werden. Wie also schon bei den übrigen voranstehenden verordnungsfähigen Leistungen ist die Anzahl der Therapieeinheiten folglich so zu bemessen, dass der erforderliche Verordnungszeitraum von max. sieben Kalendertagen nicht überschritten wird.

Wichtig für die Krankenhäuser ist der Umstand, dass bei der Verordnung von Soziotherapie der Umfang bereits zuvor getätigter vertragsärztlicher Verordnungen nicht zu berücksichtigen ist. Dies hat seinen Hintergrund darin, dass der Anspruch der gesetzlich Versicherten auf Soziotherapie nach § 37a Abs. 1 Satz 3 SGB V grundsätzlich auf 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall begrenzt ist, so dass bei jeder Verordnung von Soziotherapie dem Grunde nach zunächst geprüft werden müsste, ob der betreffende Patient bereits Soziotherapie in Anspruch genommen hat und wenn ja, in welchem Umfang. **Diese Ermittlungen müssen die Krankenhäuser jedoch nicht vornehmen.** Vielmehr führt die Krankenkasse die Verordnungen zusammen, so dass sich der Vertragsarzt dann über die Anzahl bereits in Anspruch genommener Stunden informieren kann. Die Krankenhäuser müssen lediglich den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die getätigte Verordnung informieren, damit dieser den Umfang der Verordnung dann bei der Weiterbehandlung entsprechend berücksichtigen kann. Falls und soweit erforderlich, hat dies über einen Arzt-zu-Arzt-Kontakt zu erfolgen.

5.2 Gültigkeitsdauer der Verordnung

Der Patient ist auch bei der Verordnung von Soziotherapie gehalten, die Verordnung innerhalb von sieben Kalendertagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in Anspruch zu nehmen. Andernfalls verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Einheiten, die nicht innerhalb von sieben Kalendertagen in Anspruch genommen wurden, verfallen.

5.3 Weitere Besonderheiten

Der Soziotherapie bedürfen Versicherte, bei denen durch schwere psychische Erkrankung hervorgerufene Beeinträchtigungen der Aktivitäten dazu führen, dass sie in ihren Fähigkeiten zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen erheblich beeinträchtigt sind. Die Diagnosen sind dem §1 der ST-RL zu entnehmen, diese gelten nur in Zusammenhang mit der GAF-Skala. Darüber hinaus kann die Verordnung zu Soziotherapie gemäß §4 der ST-RL nur durch bestimmte Ärzte vorgenommen werden.

Für die Verordnung durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt gelten grundsätzlich die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. So können Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte zum Beispiel auch bis zu fünf Probe-stunden nach § 5 Absatz 2 der ST-RL verordnen.

Mit Ausnahme der Verordnung von fünf probatorischen Stunden, bedarf jede Verordnung von Soziotherapie der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Der soziotherapeutische Betreuungsplan gemäß dem entsprechenden Vordruck ist in jedem Fall vorzulegen. Auch hier sollten die Krankenhäuser die Patienten dahingehend informieren, dass die Verordnung von Soziotherapie nach § 9 Abs. 3 ST-RL spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorzulegen ist.

Die Regelungen der Richtlinie in den §§ 4 Absatz 1 Befugnis zur Verordnung von ST (Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung) und 8 Absatz 2 (regelmäßige Zusammenarbeit der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer) der Richtlinie gelten allerdings nicht für die Verordnungen durch die Krankenhausärzte.

6. Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit

Neben den voranstehenden allgemeinen Regelungen richtet sich die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit nach der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-RL) des G-BA. Die jeweils aktuelle Fassung ist auf der Internetseite des G-BA abrufbar unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/2/.

6.1 Umfang der Bescheinigung

Auch bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit gelten der Erforderlichkeitsgrundsatz und die Sieben-Tages-Regel. Soweit es für die Versorgung unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, kann das Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements die Arbeitsunfähigkeit des Patienten folglich maximal für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung feststellen und bescheinigen. Aus der Natur der Sache heraus ergibt sich, dass die im Rahmen des Entlassmanagements bescheinigte Arbeitsunfähigkeit im Anschluss an eine beendete Krankenhausbehandlung stets nur als Erstbescheinigung erfolgen kann. Dies ist beim Ausfüllen des Vordruckes zu berücksichtigen.

6.2 Pflicht zur Information des weiterbehandelnden Vertragsarztes

Das Krankenhaus hat darüber hinaus nach § 4a AU-RL den weiterbehandelnden Vertragsarzt in geeigneter Weise rechtzeitig über die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit zu informieren. Wie auch bei den anderen verordnungsfähigen Leistungen ist dies über den Entlassbrief des Krankenhauses möglich.

Anlage II

Hinweise zu einem möglichen Assessmentbogen

Nachfolgend werden zentrale Punkte als möglich Inhalte eines Screening oder Assessmentbogens genannt. Diese sind den einrichtungsspezifischen Besonderheiten anzupassen. Gegebenenfalls kann es sinnvoll sein, verschiedene Screening- und Assessmentbögen vorzuhalten (Erwachsenen- und Kinderbogen).

Expertenstandard: In Abteilungen in denen regelhaft von einem poststationären Versorgungsbedarf auszugehen ist, entfällt das initiale Assessment und es wird unmittelbar mit dem differenzierten Assessment begonnen!

Initiales Assessment/Screening bei allen Patienten:

Alter des Patienten: _____

- Vorerkrankungen mit einem erwartbaren poststationären Versorgungsbedarf:
- Geplante Eingriffsschwere:

Soziale Situation:

- lebt allein im eigenen Haushalt
- lebt im eigenen Haushalt mit: _____
- lebt im Haushalt anderer
- lebt in vollstationärer Pflegeeinrichtung
- prästationäre Versorgungsdefizite
- wohnungslos
- Ungeklärte Leistungsansprüche bzw. ungeklärter Versicherungsstatus

Bisherige Versorgung:

- selbständig unselbständig
-

Orientierung:

- | | | | | |
|------------|--------------------------|------|--------------------------|----|
| zeitlich | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |
| örtlich | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |
| zur Person | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |

Körperpflege:

- ohne Hilfe
- mit Hilfe

Ernährung:

- Hilfestellung nein ja

Ausscheidungen:

- selbständig unselbständig

Mobilität:

- selbständig unselbständig
-

Medikamenteneinnahme

- selbständig unselbständig

Hinweise zu einem möglichen Assessmentbogen bei Durchführung eines differenzierten Assessments¹:

Beispielhaft seien hier genannt:

- Allgemeine Informationen zum Patienten (Lebenssituation, Angehörige, Grund des Krankenhausaufenthaltes, wichtige Ansprechpartner außerhalb des Krankenhauses wie Hausarzt etc.)
- gesundheitliche Situation (Erkrankungen, gesundheitliche Risiken etc.)
- Kognitive Fähigkeiten
- Emotionaler Status
- Ressourcen im Bereich der Lebensaktivitäten
- Erwartungen des Patienten/Angehörigen/Betreuer
- Merkmale der Wohnsituation
- Verfügbare und benötigte Hilfsmittel
- Voraussichtlicher Versorgungsbedarf nach Krankenhausentlassung
- Aktuelle Versorgungssituation
- finanzielle Situation (einschl. Leistungsansprüche)
- Bedarf an Beratung und Schulung
- Information zu Therapie- und Medikamentenverordnung incl. der Compliance
- Unterstützungsbedarf der Angehörigen

Neben dem Expertenstandard können weitere fundierte fachliche Empfehlungen genutzt werden.

¹ Quelle: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2009)
Seite 3 von 3

Checkliste Entlassplan

Bei den nachfolgenden Punkten handelt es sich um **Mindestinhalte** des Entlassplans:

- **Sozial- und Adressdaten des Patienten:**
 - **Entlassung geplant am:**
 - **(Aufnahme-)Diagnose:**
 - **Versorgungssituation des Patienten (incl. Betreuung / Personensorgeberechtigter)**
-

- **Hausarzt/weiterbehandelnder Facharzt**

Name:

- **War vor Krankenhausaufnahme bereits**

ein ambulanter Pflegedienst tätig?

ja nein

- **Assessment**

initial
 differenziert

- **Ist eine Anschlussversorgung voraussichtlich erforderlich¹:**

ja nein (hiervon ausgenommen sind der Entlassbrief, der Medikationsplan sowie die Bescheinigung über eine mögliche Arbeitsunfähigkeit AU)

¹ Der Bedarf zur Anschlussversorgung ist während des Aufenthaltes im Krankenhaus regelmäßig anzupassen, insbesondere bei Veränderungen der Versorgungssituation.

➤ **Beratung**

Wurde der Patient im Rahmen des Entlassmanagements beraten?

Ja nein

Wenn ja, zu welchen Bereichen wurde beraten?

- Heilmittel
- Umgang mit Hilfsmitteln
- Medikamenteneinnahme
- Pflegebedürftigkeit
- Sonstiges

Fand die Beratung in Anwesenheit der Angehörigen /
Personensorgeberechtigten statt?

Ja nein

Wurden die Angehörigen mit der Familiären Pflege in Kontakt
gebracht?

Ja nein

➤ **Antragsunterlagen an den Patienten ausgehändigt**

Ja nein

➤ **Weiterleitung von Patientenunterlagen an**

Krankenkasse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegekasse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aktualisierung erforderlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

➤ **Kontaktaufnahme zu**

- Angehörigen
- Betreuern/Personensorgeberechtigten
- Weiterbehandler
- Krankenkasse
- Pflegekasse
- Sozialamt
- Physiotherapie
- Logotherapie
- Ergotherapie
- Psychoonkologen
- Spezielle ambulante Palliativversorgung
- Allgemeine ambulante Palliativversorgung
- Kontaktaufnahme zu Einrichtungen und Diensten der pflegerischen Versorgung
- Sonstiges

Wenn ja, in welcher Form?

- telefonisch
- per E-Mail
- per Fax
- Sonstiges

➤ **Antrag auf Pflegebedürftigkeit**

Liegt bereits eine Pflegestufe/Pflegegrad vor?

- Ja nein

Wenn ja, welche?

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Pflegestufe 1 ² | <input type="checkbox"/> |
| Pflegestufe 2 | <input type="checkbox"/> |
| Pflegestufe 3 | <input type="checkbox"/> |
| Außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand | <input type="checkbox"/> |
| Pflegegrad 1 | <input type="checkbox"/> |
| Pflegegrad 2 | <input type="checkbox"/> |
| Pflegegrad 3 | <input type="checkbox"/> |
| Pflegegrad 4 | <input type="checkbox"/> |
| Pflegegrad 5 | <input type="checkbox"/> |

² Aus pragmatischen Gründen wird empfohlen für einen Übergangszeitraum weiterhin auch nach der Pflegestufe zu fragen, da zu erwarten ist, dass die Pflegegrade nicht allen Patienten bekannt sind.

Antrag während des Krankenhausaufenthaltes

Erstantrag

Ja nein

Höherstufungsantrag

Ja nein

➤ **Information der Sozialleistungsträger**

Wurden die Sozialleistungsträger über die anstehende Entlassung informiert?

Ja nein

➤ **Entlassung / Verlegung in**

eigene Häuslichkeit

ohne Mitwirkung eines ambulanten Pflegedienstes

mit Mitwirkung eines ambulanten Pflegedienstes

Wurde der ambulante Pflegedienst über die Entlassung informiert?

Ja nein

Name des Pflegedienstes:

in ein anderes Krankenhaus

Name der Klinik

eine Rehabilitationsklinik

Name der Klinik

in die ambulante Rehabilitation

Name der Einrichtung

- ins Betreute Wohnen**
Name der Einrichtung

- in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung**
Name der Einrichtung

- in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung**
Name der Einrichtung

- in ein Hospiz**
Name der Einrichtung

- Sonstiges**
Name des Dienstes oder Einrichtung

➤ **Verordnung von**

- Physiotherapie
- Logopädie
- Ergotherapie
- Ambulante Rehabilitation
- Sonstiges

➤ **Verordnung von Hilfsmitteln**

- Unterarmgehstützen
- Rollator
- Rollstuhl
- Inkontinenzhilfsmittel
- Stomaversorgung
- Sonstiges

➤ **Fachberatung eingeschaltet**

- Wundmanager
- Stomatherapeutin
- Diabetesberatung
- PEG-Beratung
- Sonstiges

➤ **Medikamente**

Verordnung von Medikamenten

- Ja nein

Verordnung von Betäubungsmitteln

- ja nein

Mitgabe von Medikamenten

- ja nein

Mitgabe von Betäubungsmitteln

- ja nein

Aushändigen eines Medikationsplans

- ja nein

➤ **Verordnung von Häuslicher Krankenpflege**

- Ja nein

➤ **Verordnen von Arbeitsunfähigkeit**

- Ja nein

Entlassbrief (am Tag der Entlassung)

➤ Wurde bei der Entlassung

ein vorläufiger Entlassbrief ausgehändigt

Ja nein

ein endgültiger Entlassbrief ausgehändigt

Ja nein

Wurden die oben genannten Verordnungen und Antragsformulare (ggf. als Kopie) an die Patientin bzw. an den Patienten abgegeben?

Ja nein

Medikationsplan mitgegeben?

Ja nein

Ist ein Transport erforderlich?

Ja nein

Wurde ein Transportschein ausgehändigt?

Ja nein

Patienteninformation zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V

Worum geht es beim Entlassmanagement?

Nach Abschluss der Krankenhausbehandlung erfolgt die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus. In bestimmten Fällen ist jedoch nach Abschluss der Krankenhausbehandlung noch weitere Unterstützung erforderlich, um das Behandlungsergebnis zu sichern. Eine entsprechende Anschlussversorgung kann beispielsweise eine medizinische oder pflegerische Versorgung umfassen, die ambulant oder in stationären Einrichtungen der Rehabilitation oder Pflege erfolgt. Aber auch z. B. Terminvereinbarungen mit Ärzten, Physiotherapeuten, Pflegediensten oder Selbsthilfegruppen sowie die Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei der Kranken- oder Pflegekasse können von dieser Anschlussversorgung umfasst sein.

Das Krankenhaus ist gesetzlich dazu verpflichtet, die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus vorzubereiten. Das Ziel des Entlassmanagements ist es, eine lückenlose Anschlussversorgung der Patienten zu organisieren. Dazu stellt das Krankenhaus fest, ob und welche medizinischen oder pflegerischen Maßnahmen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung erforderlich sind und leitet diese Maßnahmen bereits während des stationären Aufenthaltes ein. Ist es für die unmittelbare Anschlussversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlich, können in begrenztem Umfang auch Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Soziotherapie und Häusliche Krankenpflege verordnet oder die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Bei Bedarf wird das Entlassmanagement auch durch die Kranken-/Pflegekasse unterstützt.

Die Patienten werden über alle Maßnahmen des Entlassmanagements durch das Krankenhaus informiert und beraten. Alle geplanten Maßnahmen werden mit ihnen abgestimmt. Wenn die Patienten es wünschen, werden ihre Angehörigen oder Bezugspersonen zu den Informationen und Beratungen hinzugezogen.

Warum bedarf es einer Einwilligungserklärung?

Das Gesetz schreibt vor, dass für die Durchführung eines Entlassmanagements und die Unterstützung durch die Kranken-/Pflegekasse hierbei die Einwilligung der Patienten in schriftlicher Form vorliegen muss.

Im Rahmen des Entlassmanagements kann es erforderlich werden, dass das Krankenhaus Kontakt z. B. zu Ärzten, Heilmittelerbringern (z. B. Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten) oder Lieferanten von Hilfsmitteln und/oder zu der Kranken- oder Pflegekasse der Patienten aufnehmen muss. Dann kann es notwendig sein, die Patientendaten zu diesem Zweck an diese Beteiligten zu übermitteln. Dies setzt jedoch die schriftliche Einwilligung der Patienten voraus. Diese kann mittels der beigefügten Einwilligungserklärung erfolgen, mit der die Patienten ihre Zustimmung zum Entlassmanagement und der damit verbundenen Datenübermittlung ebenso erklären können wie

zur Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse sowie der damit verbundenen Datenübermittlung.

Entlassmanagement durch „Beauftragte“ außerhalb des Krankenhauses

Krankenhäuser können Aufgaben des Entlassmanagements an niedergelassene Ärzte bzw. Einrichtungen oder ermächtigte Ärzte bzw. Einrichtungen übertragen. Diese Möglichkeit hat der Gesetzgeber vorgesehen. Sollte diese Form des Entlassmanagements speziell für die ggf. erforderliche Anschlussversorgung in Frage kommen, werden die Patienten gesondert informiert und um die diesbezügliche Einwilligung gebeten.

Es soll kein Entlassmanagement in Anspruch genommen werden?

Wenn die Patienten kein Entlassmanagement wünschen und/oder die Kranken-/Pflegekasse dabei nicht unterstützen soll, erteilen sie keine Einwilligung. Wird trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt, kann dies dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken-/Pflegekassen kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass der Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Die bereits erteilte Einwilligung soll widerrufen werden?

Haben die Patienten bereits in die Durchführung des Entlassmanagements schriftlich eingewilligt, möchten die Einwilligung jedoch zurücknehmen, können sie diese jederzeit schriftlich widerrufen.

- Betrifft der Widerruf die Durchführung des Entlassmanagements insgesamt, erklären sie den vollständigen Widerruf gegenüber dem Krankenhaus.
- Betrifft der Widerruf ausschließlich die Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse, so erklären sie den Widerruf schriftlich gegenüber der Kranken-/Pflegekasse und dem Krankenhaus.

Je nach Widerruf kann trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt werden oder dieses nicht durch die Kranken-/Pflegekasse unterstützt werden. Dies kann dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken- oder Pflegekassen kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass ein Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Bei Rückfragen zum Entlassmanagement geben das Krankenhaus oder die Kranken-/Pflegekasse gern weitere Auskünfte.

Anlage 1a

Rahmenvertrag Entlassmanagement von Krankenhäusern nach § 39 Abs. 1a SGB V

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters

Nur von gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!

Name, Vorname des Patienten -----
geboren am -----
wohnhaft in -----

**1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung
(§ 39 Abs. 1a SGB V)**

Ich willige ein, dass das o. g. Krankenhaus für mich ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es im Wesentlichen darum, für mich eine lückenlose Anschlussbehandlung nach meinem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus die erforderlichen Daten erheben, verarbeiten und nutzen. Dazu gehört unter anderem die Weitergabe der erforderlichen Daten an meinen weiterbehandelnden Arzt und z. B. an Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste oder Physiotherapeuten.

Ja

Nein

**2. Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/
Pflegekasse und die damit verbundene Datenverarbeitung (§ 39 Abs. 1a SGB V)**

Ich willige ein, dass das Krankenhaus meiner Kranken-/Pflegekasse ----- die erforderlichen Daten (z. B. Angaben über den Umfang und die Dauer der erforderlichen Anschlussversorgung und die einzubindenden Nachsorgeinstitutionen) übermittelt, damit diese bei Bedarf das Entlassmanagement unterstützen kann. Dies kommt dann in Betracht, wenn bei Notwendigkeit einer Anschlussversorgung eine gemeinsame Organisation dieser Anschlussversorgung durch Krankenhaus und Krankenkasse erforderlich ist. Meine Kranken-/Pflegekasse darf die ihr vom Krankenhaus übermittelten erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements verarbeiten und nutzen. Über meine Einwilligung hierzu informiert das Krankenhaus meine Kranken-/Pflegekasse.

Ja

Nein

Ich kann die Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen. Willige ich nicht in das Entlassmanagement und die unter 1. und 2. genannten Punkte ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters

Programm

der Fachveranstaltung

„Wege zur Verbesserung der Sterbebegleitung in Krankenhäusern“

am 11. November 2016

- 8:30 Uhr **Eintreffen, Anmeldung**
- 9:00 Uhr **Begrüßung** durch Vertreter der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (SenGS), der Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG) und des Hospiz- und Palliativverbandes Berlin (HPV B)
- 9:15 - **Einführungsvorträge**
- 10:00 Uhr
- 1. Umsetzung der Beauftragung ambulanter Hospizdienste mit Sterbebegleitung in Berliner Krankenhäusern gem. § 39a Abs. 2 Satz 2 SGB V**
Vortrag: Herr Christian Kienle (Berliner Krankenhausgesellschaft e.V)
 - 2. „Krankenhausversorgung am Lebensende“
– neuer Akzent im Berliner Krankenhausplan 2016**
Vortrag: Frau Gabriele Lukas (Krankenhausreferat der SenGS)
 - 3. Kurzüberblick zu den Aufgaben ambulanter Hospizdienste und
Praxisbericht zur Kooperation Krankenhaus – Hospizdienst seit 2012**
Vortrag: Frau Angelika Behm (Diakonie-Hospiz Wannsee GmbH)
- 10:00 – **Vorstellung erarbeiteter Dokumente zur Erleichterung der Kooperation**
- 10:40 Uhr
- 1 – „Mustervertrag Krankenhaus – ambulanter Hospizdienst“**
Im Gespräch: Frau Sibylle Kraus (Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH) und Frau Kerstin Kurzke (Hospiz- und Palliativberatungsdienst des Malteser Hilfsdienst e.V.)
 - 2 – Informationsblätter für Krankenhaus-Mitarbeiter und –Patienten**
Im Gespräch: Frau Dörte Rooch (Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH) und Frau Susanne Rehberg (Ambulanter Palliativ-Beratungs- und Hospizdienst der Sozialdienste der Volkssolidarität Berlin gGmbH)
- 10:40 Uhr **Pause** mit Imbiss und Markt ambulanter Hospizdienste
- 11:15 – **Arbeit in Gruppen nach Regionen** (parallel mit gleicher Aufgabenstellung)
- 12:30 Uhr
1. Gruppe: Reinickendorf, Pankow und Mitte
 2. Gruppe: Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Friedrichshain-Kreuzberg
 3. Gruppe: Treptow-Köpenick, Neukölln, Tempelhof-Schöneberg, Steglitz-Zehlendorf
 4. Gruppe: Charlottenburg-Wilmersdorf und Spandau
- a) Welche Chancen sehen Sie mit der neuen Regelung § 39a Abs. 2 Satz 2 SGB V verbunden?
 - b) Was heißt das konkret? Was sind die nächsten Schritte?
 - c) Wer wäre konkret ansprechbar?
 - d) Wo sind Stolperfallen in der konkreten Umsetzung?
 - e) Fehlt etwas an Infos?/ Was fehlt Ihnen?
 - f) Wie soll das Neue kommuniziert werden?
- 12:35 – **Plenum: Nachklappe Workshops (Stimmungsbilder)**
- 12:50 Uhr
- 12:50 – **Abschlussworte Senator Mario Czaja**
- 13:00 Uhr
- 13:00 – **Ausklang** mit Imbiss und Markt ambulanter Hospizdienste
- 13:30 Uhr

Verteiler Einladung Fachveranstaltung am 11.11.2016

1. Krankenhäuser

Verteiler der Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.

Krankenhaus für den Maßregelvollzug

Krankenhaus für den Justizvollzug

zusätzlich Krankenhaussozialdienste über den Verteiler

der Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. LAG Berlin

2. Ambulante Hospizdienste, Zentrale Anlaufstelle Hospiz, Hospiz- und Palliativverband Berlin

Ambulanter Hospizdienst der Volkssolidarität

Volkssolidarität Landesverband Berlin e.V.

Einbecker Str. 85

10315 Berlin-Lichtenberg

Ambulanter Hospizdienst Friedrichshagen

Sozialstiftung Köpenick

Werseestraße 37-39a

12587 Berlin-Köpenick

Ambulanter Theodorus Hospizdienst

Theodorus Hospiz gGmbH

Blumberger Damm 231

12687 Berlin-Biesdorf

Ambulantes Kinderhospiz Berliner Herz

HVD, Landesverband Berlin-Brandenburg

Wallstraße 61-65

10179 Berlin-Mitte

Ambulantes Caritas-Hospiz Berlin

Caritasverband für das Erzbistum Berlin

Pfalzburger Str. 18

10719 Berlin-Wilmersdorf

AWW Hospiz Berlin

Advent-Wohlfahrtswerk

Knobelsdorffstraße 39

14059 Berlin-Charlottenburg

Diakonie-Hospiz Lichtenberg - Ambulanter Hospizdienst

Diakonie-Hospiz Lichtenberg gGmbH

Herzbergstraße 79

10365 Berlin-Lichtenberg

Diakonie-Hospiz Wannsee

- Ambulanter Hospizdienst

Diakonie-Hospiz Wannsee gGmbH

Königstraße 62 B

14109 Berlin-Wannsee

DONG BAN JA - Interkulturelles Hospiz

HVD, Landesverband Berlin-Brandenburg

Wallstr. 61-65

10179 Berlin-Mitte

Elisabeth-Hospizdienst

Elisabeth Diakonie

Rodenbergstr. 6

10439 Berlin-Prenzlauer Berg

Hospiz Schöneberg-Steglitz

Ambulanter Hospizdienst

Nachbarschaftsheim Schöneberg e.V.

Kantstr. 16

12169 Berlin-Steglitz

Verteiler Einladung Fachveranstaltung am 11.11.2016

Hospizdienst Christophorus e. V.
Manfred von Richthofen Straße 11
12101 Berlin-Tempelhof

Hospizdienst Horizont
Bodhicharya Deutschland e.V.
Kinzigstraße 29
10247 Berlin-Friedrichshain

Hospizdienst im St. Gertrauden Krankenhaus
Paretzer Straße 12
10713 Berlin-Wilmersdorf

Hospizdienst im St. Joseph-Krankenhaus
Stiftung Katholische Wohltätigkeitsanstalt
zur heiligen Elisabeth (KWA)
Wüsthoffstr. 15
12101 Berlin-Tempelhof

Hospizdienst im HELIOS Klinikum Emil v. Behring
Diakonie-Hospiz Wannsee gGmbH
Walterhöferstraße 11
14165 Berlin-Zehlendorf

Hospizdienst Tauwerk e.V.
Mühlenstr. 45/II
13187 Berlin-Pankow

Hospizdienst Palliative Geriatrie Nord
UNIONHILFSWERK Amb. Dienste gGmbH
Kopenhagener Str. 29
13407 Berlin-Reinickendorf

Hospizdienst Palliative Geriatrie Süd-Ost
UNIONHILFSWERK Amb. Dienste gGmbH
Neue Krugallee 142
12437 Berlin-Treptow

Familienbegleiter - Ambulanter Kinderhospizdienst
der Björn Schulz STIFTUNG
Wilhelm-Wolff-Straße 36-38
13156 Berlin-Pankow

Johannes-Hospiz e. V.
Schönwalder Allee 26, Haus 8
13587 Berlin-Spandau

Johanniter Unfallhilfe e.V.
- Ambulanter Hospizdienst
Berner Str. 2-3
12205 Berlin-Zehlendorf

Lazarus Hospiz - Ambulanter Hospizdienst
Hoffnungstaler Stiftung Lobetal
Bernauer Straße 115-118
13355 Berlin-Wedding

Malteser Hospiz- und Palliativberatungsdienst
Malteser Hilfsdienst e.V.
Treskowallee 110, Eing. Dönhoffstr. 1
10318 Berlin-Lichtenberg

Paul Gerhardt Diakonie – Ambulanter Hospizdienst
Herrn Pfarrer Uwe Weiß
Auguste-Viktoria-Straße 10
14193 Berlin-Wilmersdorf

Verteiler Einladung Fachveranstaltung am 11.11.2016

Palliativer Hilfsdienst d.E.L.P.H.i.N / Ambulantes Ricam Hospiz
Ricam Hospiz GmbH
Kranoldplatz 7
12051 Berlin-Neukölln

TABEA - Ambulante (Kinder) Hospizdienste TABEA e.V.
Gierkeplatz 2
10585 Berlin-Charlottenburg

V.I.S.I.T.E. Ambulantes Hospiz & Palliativberatung
HVD, Landesverband Berlin-Brandenburg
Wallstraße 61-66
10179 Berlin-Mitte

Vivantes Hospiz - Ambulanter Hospizdienst
Vivantes Hospiz gGmbH
Wenckebachstr. 23
12099 Berlin-Tempelhof

Zentrale Anlaufstelle Hospiz
UNIONHILFSWERK Sozialeinrichtungen gGmbH
Brabanter Str. 21
10713 Berlin-Wilmersdorf

Hospiz- und PalliativVerband Berlin e.V.
Brabanter Str. 21
10713 Berlin-Wilmersdorf

3. Gäste

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.
Aachener Str. 5
10713 Berlin

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
LAG Berlin
St. Joseph-Krankenhaus
Wüsthoffstr. 15
12101 Berlin

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Berlin und Brandenburg
Mohrenstraße 59-60
10117 Berlin

Bundesverband Pflegemanagement e.V.
Geschäftsstelle
Alt-Moabit 91
10559 Berlin

Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe Nordost e.V.
Alt-Moabit 91
10559 Berlin