

Umsetzungshinweise zum Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha

I. Geltungsbereich (§ 1)

1. Für welche Rehabilitanden gelten die Vorgaben des Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha?

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha gilt für alle gesetzlich krankenversicherte Rehabilitanden in stationären Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 oder § 111a SGB V besteht bzw. in stationären Rehabilitationseinrichtungen, mit einer Zertifizierung nach § 37 Abs. 3 SGB IX (§ 20 Abs. 2a SGB IX alt), wenn die GKV Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme ist.

2. Anwendung Rahmenvertrag bei mobiler Rehabilitation?

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha findet nur im Rahmen einer stationären Rehabilitation Anwendung. Im Bereich der mobilen Rehabilitation sind die Vorgaben des Rahmenvertrages nicht verpflichtend.

3. Ist eine Anpassung des Entlass-Managements auf eine Kinder-Rehabilitation angedacht?

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha gilt mit den erforderlichen Maßnahmen auch für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen einer Kinder-Rehabilitation, wenn die GKV Kostenträger ist. Gesonderte Ausführungen für diesen Rehabilitationsbereich sind nicht geplant.

II. Sicherstellung Entlassmanagement (§ 2)

1. Kann die Übermittlung der Kontaktdaten des Ansprechpartners bei der Krankenkasse über das DTA-Verfahren erfolgen?

Für die Umsetzung des Entlassmanagements wirken die Rehabilitationseinrichtungen und die Krankenkassen sowie Pflegekassen partnerschaftlich zusammen. Von der Krankenkasse ist dazu in der Leistungsbewilligung ein Ansprechpartner für das Entlassmanagement zu benennen.

Die Umsetzung der Benennung eines Ansprechpartners oder einer dazu von der Kasse eingerichteten Servicestelle sowie die Übermittlung der entsprechenden Kontaktdaten im Rahmen des DTA-Verfahrens nach § 301 SGB V ist geplant. Derzeit wird durch den GKV-Spitzenverband geprüft, wie die Einbindung in das DTA-Verfahren technisch erfolgen soll.

Die Vertragspartner haben abgestimmt, dass die Mitteilung des Ansprechpartners bis dahin im Rahmen der schriftlich erteilten Kostenzusage erfolgen soll.

III. Anspruch des Rehabilitanden (§ 2)

1. Wie ist der Anspruch des Rehabilitanden auf ein Entlassmanagement zu deuten? Bekommt der Rehabilitand ein Entlassmanagement nur bei Bedarf oder wird jeder Rehabilitand schon von der Aufnahme an in den strukturierten Ablauf des Entlassmanagements eingebettet?

Jeder Rehabilitand im o.g. Geltungsbereich hat einen Anspruch auf Durchführung des Entlassmanagements nach den im Rahmenvertrag geregelten Vorgaben.

Im Rahmen des strukturierten Ablaufs ist zunächst je nach Bedarf des Rehabilitanden zunächst der Umfang des Entlassmanagements zu prüfen und anschließend ggf. weitere Vorgaben nach diesem Rahmenvertrag zu veranlassen.

IV. Einwilligung des Rehabilitanden (§ 4)

1. Wird es die Anlagen 1 a und b auch in einfacher Sprache geben?

Derzeit wird durch den GKV-Spitzenverband geprüft, ob eine Umsetzung der Anlagen 1a und 1b in einfache Sprache veranlasst werden kann.

2. Ist die Einwilligung immer erforderlich oder nur, wenn im konkreten Fall Maßnahmen zum Entlassmanagement erfolgen?

Eine Einwilligung in die Durchführung ist immer erforderlich, wenn Maßnahmen zum Entlassmanagement veranlasst oder durchgeführt werden. Spätestens wenn eine Kontaktaufnahme zur Kranken- oder Pflegekasse oder sonstigen Dritten stattfindet bzw. eine Datenübermittlung an diese erfolgt, muss eine Einwilligung dazu erteilt worden sein.

Eine Nichteinwilligung ist zu dokumentieren. In diesem Fall verbleibt es bei dem Anspruch des Rehabilitanden auf ein allgemeines Versorgungsmanagement beim Übergang in verschiedene Versorgungsbereiche nach § 11 Abs. 4 SGB V. Allerdings ist auch hier für die Durchführung des allgemeinen Versorgungsmanagements und eine dazu erforderliche Datenübermittlung die Einwilligung und Information des Versicherten erforderlich.

3. Nach § 4 Abs. 1 des Rahmenvertrages darf erst nach der Einwilligung das Entlassmanagement gestartet werden. Was bedeutet das für die internen Abläufe? Muss jeder Rehabilitand bei Anreise eine Einwilligung abgeben? Wird damit ein Bedarf unnötig bei Patient und Angehörigem geweckt? (Wenn wiederum nicht bei Anreise die Einwilligung erfolgt, bedeutet das für den Casemanager oder Sozialdienst eine unnötige Wartezeit bis der Patient unterschrieben hat.)

Es wird empfohlen, eine Einwilligung des Rehabilitanden in die Durchführung des Entlassmanagements möglichst zu Beginn der Behandlung einzuholen.

Sinn und Zweck des Einwilligungserfordernisses ist aber die Sicherstellung der Zustimmung des Rehabilitanden in den Fällen, in denen ein mit einer Datenübermittlung verbundenes Entlassmanagement erforderlich ist. Sofern bereits vorab im Rahmen des Entlassmanagements notwendige personenbezogene Daten erhoben werden, sollte dies zulässig sein, sofern diese nicht an Dritte weitergeleitet werden. Spätestens, wenn das Entlassmanagement im Rahmen einer Anschlussversorgung eine Datenübermittlung an Dritte erfordert, ist eine Einwilligung des Rehabilitanden erforderlich.

4. Ist eine zusätzliche Einwilligung für die Weitergabe des Entlassberichts an den Hausarzt erforderlich?

Nach § 13 Abs. 3 des Rahmenvertrages ist die Übersendung des Entlassberichts an den Hausarzt bzw. weiterbehandelnden Arzt nur mit Einwilligung des Rehabilitanden zulässig. Die Einholung einer separaten Einwilligung für die Weitergabe des Entlassberichts entsprechend § 13 Abs. 3 des Rahmenvertrages, ggf. auch zu einem späteren Zeitpunkt, wird empfohlen. Darüber hinaus ist zu prüfen, inwieweit die Weitergabe von Daten an Dritte in den datenschutzrechtlichen Bestimmungen der Einrichtung geregelt ist.

V. Rehabilitationsteam (§ 5)

1. Im Rahmenvertrag ist vom Rehabilitationsteam unter ärztlicher Leitung die Sprache. Wurde in den Verhandlungen das Rehabilitationsteam definiert?

Über Zusammensetzung des Rehabilitationsteams nach § 5 S.1 Rahmenvertrag wurde nicht verhandelt. Die Zusammensetzung richtet sich nach der Indikation, der konzeptionellen Ausrichtung und der Aufgabenstellung der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung. Das Rehabilitationsteam steht unter ärztlicher Leitung. Unter ärztliche Leitung ist eine Leitung im Sinne der ständigen ärztlichen Verantwortung nach § 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V zu verstehen.

VI. Zusammenarbeit (§§ 7, 8, 9)

1. Ab wann ist die Krankenkasse in den Prozess des Entlassmanagements einzubeziehen?

Nach § 7 erfolgt der Prozess der Anschlussversorgung ggf. mit Unterstützung der Krankenkasse. Zu welchem Zeitpunkt die Krankenkasse einzubeziehen ist, hat die Rehabilitationseinrichtung jeweils individuell einzuschätzen. Hat die Rehabilitationseinrichtung einen Bedarf für eine Unterstützung durch die Kranken-/Pflegekasse festgestellt, ist unmittelbar Kontakt zur Krankenkasse aufzunehmen.

2. Welche genehmigungspflichtigen Leistungen können neben den bereits im Rahmenvertrag genannten Leistungen noch umfasst sein?

Nach § 9 Abs. 1 hat die Rehabilitationseinrichtung den Rehabilitanden zu informieren und bei der Antragstellung zu unterstützen, wenn festgestellt wurde, dass für die Anschlussversorgung genehmigungspflichtige Leistungen der Krankenkasse erforderlich werden. Der § 9 Abs. 1 ist nicht abschließend formuliert, so dass auch genehmigungspflichtige Leistungen, die nicht ausdrücklich im Rahmenvertrag benannt sind, umfasst sind (z. B. Höhergruppierung der Pflegestufe)

3. Wie ist unverzüglich im Sinne des § 9 Abs. 2 zu interpretieren?

Nach § 9 Abs. 2 des Rahmenvertrages hat die Krankenkasse über Anträge unverzüglich zu entscheiden. Unverzüglich bedeutet grds. „ohne schuldhaftes Zögern“. Der Rehabilitationsprozess sollte durch die Entscheidungsfindung und –erklärung seitens der Krankenkasse nicht behindert oder verzögert werden.

VII. Verordnungen (§10)

1. Für welche Fälle gilt die Verordnungsmöglichkeit nach § 10 des Rahmenvertrages?

Sofern durch die Rehabilitationseinrichtung festgestellt wird, dass unmittelbar im Anschluss an die Rehabilitationsmaßnahme eine Versorgung des Rehabilitanden erforderlich ist, können im Rahmen des Entlassmanagements entsprechende Verordnungen durch die Rehabilitationseinrichtung veranlasst werden. Die Erforderlichkeit hat sich sowohl an medizinischen als auch an organisatorischen Aspekten zu orientieren.

Ziel ist es, durch diese Verordnungen eine im Rahmen des Entlassprozesses für die Anschlussversorgung des Rehabilitanden bestehende Versorgungslücke zu schließen. Ist der Rehabilitand nach seiner Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung in der Lage, rechtzeitig einen niedergelassenen Vertragsarzt aufzusuchen und sich hier die notwendige Leistung verordnen zu lassen, ist eine Verordnung durch die entlassende Rehabilitationseinrichtung nicht erforderlich, da keine Versorgungslücke für den Rehabilitanden entsteht.

VIII. Verordnungen – Inhalt / Wirtschaftlichkeit (§ 10)

1. Gibt es ein Regelleistungsvolumen bei Verordnungen?

Es gibt derzeit kein festgelegtes Regelleistungsvolumen für Rehabilitationseinrichtungen.

2. Wie besteht das Prüfungsrecht hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit bei Verordnungen?

Laut Vereinbarung der Vertragspartner sollte von Wirtschaftlichkeitsprüfungen zunächst abgesehen werden (§ 10 Abs. 2 des Rahmenvertrages). Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen von Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen des Entlassmanagements existieren keine Prüfkriterien. Grds. ist aber die Wirtschaftlichkeit der Verordnung nach den allgemeinen Regelungen des SGB V zu beachten.

3. Gibt es einen Regress bei Verordnungen?

Ein Regress wegen Überschreitung des Regelleistungsvolumens ist mangels Festlegung eines Regelleistungsvolumens und entsprechender Prüfkriterien derzeit nicht möglich.

Eine Regressvornahme ist eventuell bei einer Verletzung des Grundsatzes der wirtschaftlichen Verordnung denkbar. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass bei der erstmaligen Auffälligkeit zunächst eine Beratung der Einrichtung erfolgt und ein Regress erst bei fortgesetzten unwirtschaftlichen Ordnungsverhalten möglich ist.

4. Wer wird im Zweifelsfall in Regress genommen? Der verordnende Arzt der Rehabilitationseinrichtung, der Geschäftsführer oder der Träger der Rehabilitationseinrichtung?

Sofern ein Regress erfolgt, ist die Rehabilitationseinrichtung Träger des Regresses. Es wird empfohlen, den bestehenden Versicherungsschutz der Einrichtung zu überprüfen.

5. Wie ist hinsichtlich des begrenzten Verordnungszeitraumes mit Hilfsmittelverordnungen umzugehen? Wird ein Hilfsmittel, wie z.B. Rollator, nur für den Zeitraum von 7 Tagen verordnet oder kann das Hilfsmittel dann langfristig von den Patienten behalten werden?

Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements sind grundsätzlich nur für einen Zeitraum von max. 7 Tagen nach Entlassung möglich (§ 40 Abs. 2, S. 6 i.V.m § 39 Abs. 1a S. 7 SGB V).

Besteht die Erforderlichkeit einer Verordnung von Hilfsmitteln, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, sondern zum längeren Gebrauch auch über 7 Tage, gilt die Begrenzung der Verordnungsdauer von 7 Tagen nicht. Voraussetzung ist, dass das Hilfsmittel unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist. Davon ist laut § 6a der Hilfsmittel-Richtlinie nicht auszugehen, bei Hilfsmitteln, die einer individuellen Anfertigung und einer ärztlichen Nachkontrolle nach der Entlassung bedürfen und zur dauerhaften Versorgung vorgesehen sind, z. B. Seh-, Hörhilfen, Prothesen. Ausnahmen hiervon sind möglich, müssen aber entsprechend begründet werden, z. B. Beatmungsgeräte.

Kann der Rehabilitand nicht ohne Hilfsmittel entlassen werden, ist frühzeitig mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen und die Versorgung des Rehabilitanden mit dem entsprechenden Hilfsmittel abzustimmen.

IX. Verordnung Vordrucke (§ 12)

1. Woher bekommen die Rehabilitationseinrichtungen Formulare zum Verordnen? Woher sind die Vordrucke für die Rezepte / Verordnungen zu beziehen?

Im Rahmenvertrag ist geregelt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen Druckereien beauftragen, die entsprechenden Formulare bereitzustellen. Sobald eine Beauftragung der Druckereien durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen erfolgt ist, wird eine Übersicht der berechtigten Druckereien durch den GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt.

Die Rehabilitationseinrichtungen müssen die entsprechenden Formulare dann bei den genannten Druckereien bestellen.

2. Ist für die Verwendung der Verordnungsvordrucke der Einsatz einer zertifizierten Software erforderlich?

Für den Einsatz von entsprechender Software zur Bedruckung der Verordnungsvordrucke besteht keine Pflicht zur Zertifizierung. Die Software hat selbstverständlich den gesetzlichen Vorgaben und den Regelungen dieses Rahmenvertrages zu entsprechen.

Grundsätzlich ist der Einsatz einer Software für die Ausstellung von Verordnungen nicht erforderlich. Nach § 12 Abs. 1 Satz 4 des Rahmenvertrages können die Vordrucke auch handschriftlich ausgefüllt werden.

Bei der Anschaffung entsprechender Software sollten sich die Rehabilitationseinrichtungen vom Hersteller der Software schriftlich bestätigen lassen, dass bei Einsatz der Software alle gesetzlichen Vorgaben erfüllt werden.

3. Fanden hier auch Diskussionen statt bezüglich der Zulassung der Software zur Bedruckung? Erfolgt eine Überprüfung der verwendeten Software?

Gemäß § 12 Abs. 8 des Rahmenvertrages gelten die technischen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Bedruckung. Die eingesetzte Software muss diese Anforderungen erfüllen. Ein Zulassungsverfahren oder eine sonstige Prüfung der Software ist nicht vorgesehen.

X. Verordnung – Verwendung Betriebsstättennummer (§ 12 Abs. 5)

1. Woher bekommen die Reha-Einrichtungen eine Betriebsstättennummer (BSNR)?

Für das Entlassmanagement hat die Rehabilitationseinrichtung eine versorgungsspezifische Betriebsstättennummer bei der für sie zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen, sofern ihr eine solche noch nicht zugeteilt wurde. Die Betriebsstättennummer ist eine neunstellige Ziffer, die mit 75 beginnt. Die "75" ist der Indikator für das Entlassmanagement. Für die Beantragung sind bei den Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechende Antragsformulare erhältlich.

2. Wer ist berechtigt, eine BSNR zu beantragen?

Die Betriebsstättennummer kann von jeder Rehabilitationseinrichtung im Geltungsbereich dieses Rahmenvertrages beantragt werden. Eine Übersicht berechtigter Rehabilitationseinrichtungen wird hier beigefügt.

XI. Verordnung – Verwendung Arztnummer (§ 12 Abs. 6)

1. Ist eine lebenslange Arztnummer (LANR) für angestellte Ärzte in Rehabilitationseinrichtungen erforderlich?

Nein, für in Rehabilitationseinrichtungen angestellte Ärzte ist eine lebenslange Arztnummer nicht erforderlich. Für die in den Verordnungsformularen zwingend geforderte Arztnummer ist die Angabe der 7-stelligen Pseudo-Arztnummer sowie des zweistelligen Fachgruppencodes ausreichend.

2. Woher bekommen die Rehabilitationseinrichtungen eine Arztnummer? Wo und wie ist diese zu beantragen?

Für die Tätigkeit als Arzt in einer Rehabilitationseinrichtung ist eine lebenslange Arztnummer nicht zwingend erforderlich. Sollte eine solche LANR gewünscht sein, ist diese vom jeweiligen Arzt bei der jeweilig örtlich zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen. Für die Beantragung ist ein entsprechendes Antragsformular sowie weitere geforderte Unterlagen bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen.

3. Welche Arztnummer wird eingetragen, wenn der Rehabilitationsarzt bereits über eine lebenslange Arztnummer aus vorheriger Tätigkeit verfügt? Weiterhin die Pseudo-Arztnummer oder die persönliche Arztnummer?

Soweit eine lebenslange Arztnummer (LANR) oder eine Krankenhausarztnummer (KANR) vorhanden ist, ist diese für die Verordnungen zum Entlassmanagement zu verwenden (§ 12 Abs. 6 Rahmenvertrag).

4. Welche Nummer verwende ich, wenn ich kein Facharzt bin? Verwendung Facharztnummer?

Die Erteilung der lebenslangen Arztnummer setzt immer eine abgeschlossene Weiterbildung als Facharzt voraus. Liegt eine solche nicht vor, ist für Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements durch in der Rehabilitationseinrichtung angestellte Ärzte die 9-stellige Fachgruppennummer – bestehend aus der 7-stelligen Pseudo-Arztnummer sowie eines zweistelligen Fachgruppencodes – zu verwenden.

5. Die DKG hatte seinerzeit empfohlen, dass Verordnungen nur von Fachärzten unterschrieben werden sollten. Würden Sie für die Rehakliniken eine ähnliche Empfehlung aussprechen?

Anders als der Rahmenvertrag Entlassmanagement für den Krankenhausbereich ist im Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha hierzu keine Regelung enthalten.

Es gelten die allgemeinen gesetzlichen Regelungen nach den Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Danach kann die Vornahme einer Verordnung in Vertretung auch durch Ärzte in Weiterbildung etc. ohne Facharztstatus vorgenommen werden, wenn diese unter fachärztlicher Aufsicht bzw. Anleitung stehen. Die konkreten Vorgaben richten sich nach den jeweiligen landesspezifischen Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Vornahme von Verordnungen durch Ärzte ohne Facharztstatus sollte daher nur im Ausnahmefall erfolgen. Zudem wird empfohlen, die jeweiligen landesspezifischen kassenärztlichen Vorgaben für die Ausstellung von Verordnungen zu prüfen.

6. Fragen zu den Fachgruppencodes (Übersicht zu den Fachgruppencodes)

Eine Übersicht der Fachgruppencodes findet sich auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter: http://applications.kbv.de/keytabs/ita/schluesseltabellen.asp?page=S_BAR2_ARZTNRFACHGRUPPE_V1.00.htm

7. Ist die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit nur für GKV-Patienten auszustellen, die eine medizinische Rehabilitation auf Kosten der GKV absolvieren? Sind DRV-Patienten und Privatversicherte generell ausgeklammert?

Ja, Bescheinigungen zu Arbeitsunfähigkeit können nur für GKV-Patienten, die eine medizinische Rehabilitation auf Kosten der GKV absolvieren, ausgestellt werden. (siehe Geltungsbereich des Rahmenvertrages Entlassmanagement-Reha)

Für Privatpatienten ergeben sich aus dem Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha keine Neuerungen.

XII. Entlassbericht (§ 13)

1. Der Entlassungsbericht soll der vorgegebenen Struktur folgen. Ist damit auch die Einhaltung der Reihenfolge der einzelnen Angaben (Nummer 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) gemeint?

Die im Rahmenvertrag festgelegte Struktur muss wie vorgegeben eingehalten werden. Die einzelnen Angaben müssen daher in der vorgegebenen Reihenfolge erfolgen.

2. Ist eine Aushändigung des Reha-Entlassungsberichts bzw. eines vorläufigen Reha-Entlassungsberichts an den Rehabilitanden am Entlassungstag zwingend?

Gemäß § 13 Abs. 3 und 4 des Rahmenvertrages muss zumindest der vorläufige Entlassungsbericht am Entlassungstag dem Rehabilitanden ausgehändigt werden.

XIII. Übertragung von Aufgaben § 14

1. Welche externen Dienstleister können das Entlassmanagement übernehmen (Qualifikation, Kosten)?

Nach § 14 Abs. 1 Rahmenvertrag können Aufgaben des Entlassmanagements an die in § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V genannten Vertragspartner (vertragsärztlich zugelassene Ärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren) übertragen werden.

Die Rehabilitationseinrichtung muss in einer Vereinbarung mit den entsprechenden Vertragspartnern vertraglich sicherstellen, dass die Vorgaben des Gesetzes und des Rahmenvertrages von diesen vollständig beachtet und erfüllt werden.

XIV. Dokumentationspflicht (§ 15)

1. Wonach wurden die vier Jahre Aufbewahrungsfrist in § 15 des Rahmenvertrages bestimmt?

Die vierjährige Aufbewahrungsfrist wurde aus § 304 SGB V hergeleitet.

Hinweis: Aufgrund anderer haftungsrechtlicher Vorgaben kann sich ggf. Verlängerung der Aufbewahrungsfrist ergeben.

XV. Überprüfung und Anpassung Rahmenvertrag (§ 16)

1. Wurden schon Zeithorizonte für die Überprüfung des Rahmenvertrages nach § 16 Abs. 3 festgelegt?

Es wurden keine konkreten Zeiträume oder Zeitpunkte für die Überprüfung festgelegt. Eine Überprüfung erfolgt durch eine Abstimmung unter den Vertragspartnern nach Bedarf.

XVI. Finanzierung möglicher Mehraufwand

1. Wie muss der Mehraufwand dargelegt werden, damit er bei Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen berücksichtigt werden kann (Schema, Kalkulation)?

Ein Mehraufwand muss durch geeignete Nachweise (Kalkulation, Pflegesatzvereinbarungen, Kostenbelege etc.) belegt werden.

XVII. Sonstiges

1. Wie ist mit Problemen bei der EDV-Umsetzung der Vorgaben des Rahmenvertrages, insbesondere hinsichtlich der sehr kurzen Übergangsfrist von 6 Monaten, umzugehen?

5 Monate nach Inkrafttreten wollen die Leistungserbringerverbänden prüfen, wie weit die Umsetzung der Vorgaben des Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha in den Einrichtungen erfolgt ist. Sollte sich zeigen, dass die Umsetzung größtenteils noch nicht erfolgt ist, werden sich die Vereinbarungspartner über eine Verlängerung der Übergangsfrist oder sonstige Lösungen beraten.

XVIII. Änderungen/Ergänzungen durch Regelungen im TSVG zum Entlassmanagements

Im Zuge der Verabschiedung des Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurden auch Änderungen zu den Inhalten des Entlassmanagements beschlossen, die in diesem Rahmenvertrag noch nicht ausdrücklich benannt werden konnten. Die mit Inkrafttreten des TSVG in den §§ 40 Abs. 2 Satz 6 und 41 Abs. 1 Satz 4 in Verbindung mit 39 Abs. 1a SGB V neu aufgenommen Verpflichtungen der Rehabilitationseinrichtungen sind zu beachten. Die neuen zusätzlichen Verpflichtungen umfassen die Sicherstellung der folgenden Leistungen im Rahmen des Entlassmanagements:

- spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGB V
- Haushaltshilfe nach § 38 SGB V
- Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V
- sowie alle für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung (hier: Rehabilitation) erforderlichen Leistungen nach dem Vierten Kapitel SGB XI (Leistungen der Pflegeversicherung)
- Verordnungsbefugnis für Krankentransporte