

11. Änderungsvereinbarung
zum
Rahmenvertrag
über ein Entlassmanagement
beim Übergang in die Versorgung
nach Krankenhausbehandlung
nach § 39 Absatz 1a SGB V
(Rahmenvertrag Entlassmanagement)

zwischen

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

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin,

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin,

vom 26.02.2024

Artikel 1

1. § 1 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden nach dem Wort „voll-“ ein Komma sowie das Wort „tages-“ eingefügt.

2. § 4 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erfolgen nach den Regelungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege.“

b) Die Sätze 8 und 9 werden gestrichen.

3. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 letzter Satz wird wie folgt gefasst:

„Es gelten die Regelungen der B-BEP-Abschlagsvereinbarung in der Fassung vom 26.10.2021.“

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Es ist die einheitliche Verwendung des Standortkennzeichens in den Feldern „Betriebsstättennummer“, „Vertragsarztstempel“ und in der Codierleiste zu gewährleisten.“

bb) Die Sätze 4 und 5 werden gestrichen.

c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Worte *„die versorgungsspezifische Betriebsstättennummer (BSNR) bzw.“* gestrichen.

bb) In den Sätzen 5 und 6 werden jeweils die Worte *„die versorgungsspezifische Betriebsstättennummer bzw.“* gestrichen.

4. § 7 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 3 werden folgende Sätze 4 und 5 neu eingefügt:

„Ab 01.03.2024 finden die bundeseinheitlichen Antragsformulare (Anlagen 3a und 3b), Version 2.0, in der Fassung vom 01.03.2024 Anwendung. Sollten insbesondere die technischen Voraussetzungen für die Einführung der Formulare 3a und 3b, Version 2.0, zu diesem Zeitpunkt noch nicht zur Verfügung stehen, dürfen abweichend von Satz 4 die bis zum 29.02.2024 geltenden Antragsformulare, Version 1.0, bis zum 30.09.2024 weiterverwendet werden.“

b) Die bisherigen Sätze 4 und 5 werden die Sätze 6 und 7.

5. Die in § 7 Absatz 3 Satz 4 aufgeführten Anlagen 3a und 3b, Version 2.0, in der Fassung vom 01.03.2024 werden dieser Änderungsvereinbarung als Anlage 3a, Version 2.0, Stand: 01.03.2024 und als Anlage 3b, Version 2.0, Stand: 01.03.2024 **beigefügt**.

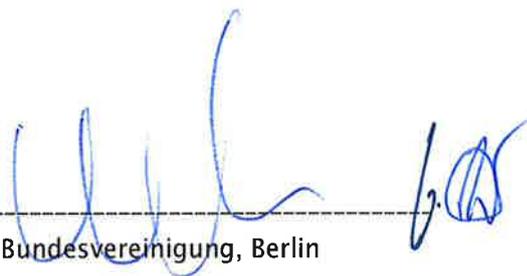
Artikel 2

Diese Änderungsvereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.03.2024 in Kraft.

Berlin,



GKV-Spitzenverband, Berlin



Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin



Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin

Antrag auf Anschlussrehabilitation	
Versicherte/Versicherter (Name, Vorname)	Krankenkasse
Straße, Haus-Nr.	Versichertennummer
Postleitzahl, Wohnort	Geburtsdatum
Telefonnummer	
I. Angaben der Versicherten/ des Versicherten (durch die/den Versicherte/n auszufüllen)	
<p>1. Angaben zur Pflegebedürftigkeit</p> <p>Wurden im Rahmen dieses Krankenhausaufenthaltes Leistungen der Pflegeversicherung beantragt?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>2. Fragen zur Rentenantragstellung</p> <p>Wurde in den letzten 6 Monaten ein Rentenantrag gestellt?</p> <p style="text-align: right;">Träger der Rentenversicherung</p> <p>Altersrente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p> <p>Rente wegen Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p>	
<p>3. Fragen zur häuslichen Situation</p> <p>In welchem Stockwerk wohnen Sie? _____</p> <p>Ist ein Aufzug vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Besonderheiten zu Ihrer häuslichen Situation (z. B. Treppen im Innen- und Außenbereich):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>4. Wie ist Ihre derzeitige soziale und häusliche Versorgungssituation?</p> <p>Leben Sie</p> <p><input type="checkbox"/> zu Hause und dort <input type="checkbox"/> allein <u>oder</u></p> <p><input type="checkbox"/> mit Angehörigen/mit sonstigen Personen</p> <p><input type="checkbox"/> im Betreuten Wohnen</p> <p><input type="checkbox"/> in einer Alten-/Pflegeeinrichtung</p> <p>Ist die häusliche Versorgung aktuell sichergestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	

5. Behandelnde Hausärztin / behandelnder Hausarzt (soweit bekannt)

Name _____

Adresse (soweit bekannt)

Straße, Haus-Nr. _____

Postleitzahl _____

Wohnort _____

Telefonnummer _____

6. Fragen zu einer Betreuung, Vorsorgevollmacht oder gesetzlichen Vertretung

Betreuer/in

Vorsorgebevollmächtigte/r

Gesetzliche/r Vertreter/in

Name _____

Adresse (soweit bekannt)

Straße, Haus-Nr. _____

Postleitzahl _____

Wohnort _____

Telefonnummer _____

7. Spezielle Anforderungen und individuelle Wünsche an die Rehabilitationseinrichtung

(z. B. Nennung einer gewünschten Rehabilitationseinrichtung mit Begründung)

8. Für weitere Fragen (z. B. Zuzahlungen, Wunsch- und Wahlrecht) beachten Sie bitte das beigegefügte Merkblatt oder wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse

Ort, Datum _____

Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters
oder der/des Betreuerin/Betreuers oder der/des Vorsorgebevollmächtigten

Datenschutzhinweis (§ 82a Abs. 2 SGB X):

Die in diesem Antrag genannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen und Auswahl einer geeigneten Einrichtung notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 40 SGB V sowie § 284 Abs. 1 Nr. 18 SGB V, für eine mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i.V.m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation erforderlich, wozu Sie gemäß §§ 60 und 66 SGB I verpflichtet sind. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen.

Krankenkasse: _____

Name, Vorname: _____

Versichertennr.: _____

Geb.Datum: _____

Einwilligung zur Übermittlung persönlicher Daten an die Krankenkasse:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse von den im Antrag aufgeführten behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern und genannten Leistungsträgern ärztliche Unterlagen und Auskünfte anfordern kann, soweit diese für die Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Die hierfür erforderlichen ärztlichen Unterlagen und Auskünfte darf meine Krankenkasse ausschließlich zum Zwecke der Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen verarbeiten und nutzen. Meine Einwilligung ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Willige ich nicht in die für die Beurteilung und Entscheidung über Rehabilitationsmaßnahmen erforderliche Datenübermittlung ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen nicht oder nicht rechtzeitig entschieden werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters
oder der/des Betreuerin/Betreuers oder der/des Vorsorgebevollmächtigten

Krankenkasse: _____
Name, Vorname: _____

Versichertenr.: _____
Geb.Datum: _____

II. Angaben des Krankenhauses (z. B. durch den Sozialdienst / Case Management auszufüllen)

Krankenhaus _____

Anschrift _____

Fallnummer/Patienten-ID _____

1. Kontaktdaten des Ansprechpartners im Krankenhaus (z. B. Sozialdienst / Case Management):

Name, Vorname _____

Telefonnummer _____

Faxnummer. _____

2. Ist eine Kommunikation mit der Patientin/dem Patienten in deutscher Sprache möglich?

nein ja

Wenn nein, in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich?

3. Wurde vorbehaltlich einer Kostenübernahme bereits eine Rehabilitationseinrichtung angefragt?

nein ja, (Name, Anschrift und Telefonnummer)

frühestmögliches Aufnahmedatum: _____

Krankenkasse: _____

Name, Vorname: _____

Versichertenr.: _____

Geb.Datum: _____

Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation		
I. Allgemeine Angaben		
I.1. Personalien der/des Versicherten:		
Name	Geburtsdatum	Geschlecht männlich <input type="checkbox"/>
Vorname	Versichertennummer	weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
I.2. Krankenhausbehandlung ggf. einschließlich Frühmobilisation und Wundbehandlung Aufnahmedatum _____ voraussichtliches Entlassdatum _____		
I.3. Werden derzeit neurologische, geriatrische oder fachübergreifende Frührehabilitationsmaßnahmen durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
I.4. Die Aufnahme in die Anschlussrehabilitation soll erfolgen <input type="checkbox"/> als Direktverlegung <input type="checkbox"/> innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen, frühestens am: _____ <input type="checkbox"/> außerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen, frühestens am: _____ Medizinische Begründung: _____		
II. Rehabilitationsbedürftigkeit		
II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen <u>in der Reihenfolge ihrer Bedeutung</u> (Codierung konkret und endständig)		
Funktionsdiagnosen	ICD-10-GM ¹	Ur- sache²
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
¹ Die hier angegebenen Diagnoseschlüssel umfassen die Diagnosen zum Zeitpunkt der Antragstellung und können von den Entlassdiagnosen abweichen ² Ursache der Erkrankung: 0 = 1-5 trifft nicht zu; 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall; 2 = Berufskrankheit; 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter z.B. Unfallfolgen; 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst; 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)		
II.2. Durchgeführte Behandlungen		
<input type="checkbox"/> Operation am _____ Welche? _____ OPS _____		
Wunde geschlossen und reizlos? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> andere Behandlungen, und zwar _____		

II.3. Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf

nein ja

Wenn ja im direkten Zusammenhang mit der AR führenden Diagnose (z. B. postop. Luxation der Endoprothese)

kardiovaskulär (z. B. Herzinfarkt, Embolie)

sonstige (z. B. Pneumonie, Dekubitus)

Besiedelung mit multiresistenten Keimen?

ja, welche Keime?

nein nicht bekannt

II.4. Drohen oder bestehen ohne die Durchführung der beantragten Anschlussrehabilitation längerfristige (>6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen?
(Beurteilung zum Zeitpunkt der Entlassung)

ICF-Domäne	ITEM	Professionelle Hilfe		Laienhilfe		selbständig		Punkte
		Total	Kontakt-hilfe	Kontakt-hilfe	Assistenz	Mit HiMi	Ohne HiMi	<input type="checkbox"/>
		0	1	2	3	4	5	
Selbstversorgung	Essen, Trinken	<input type="checkbox"/>						
	An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/>						
	Persönliche Hygiene	<input type="checkbox"/>						
	Waschen, Duschen	<input type="checkbox"/>						
	Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/>						
	Harnkontrolle	<input type="checkbox"/>						
	Toilettengang	<input type="checkbox"/>						
Mobilität	Transfer	<input type="checkbox"/>						
	Rollstuhlnutzung	<input type="checkbox"/>						
	Gehen	<input type="checkbox"/>						
	Treppensteigen	<input type="checkbox"/>						
Kommunikation	Hörverstehen	<input type="checkbox"/>						
	Sprechen	<input type="checkbox"/>						
Lernen & Wissen anwenden	Lesen & verstehen	<input type="checkbox"/>						
	Schreiben	<input type="checkbox"/>						
allg. Aufgaben & Anforderungen	Orientierung/ Gedächtnis	<input type="checkbox"/>						
	Dauerkonzentration	<input type="checkbox"/>						
	Planen & Probleme lösen	<input type="checkbox"/>						
sozial Interaktion	Soziales Verhalten	<input type="checkbox"/>						
häusliches Leben	Haushaltsführung	<input type="checkbox"/>						
Gesamtscore								

Krankenkasse: _____

Name: _____

Vorname: _____

Versichertennr.: _____

Geb.Datum: _____

III. Rehabilitationsfähigkeit

III.1. Besteht eine ausreichende körperliche und psychisch/kognitive Belastbarkeit, um an der Therapie teilzunehmen?

nein ja

III.2. Weitere Informationen zur Belastbarkeit bei Operationen am Bewegungsapparat

voll belastbar teilbelastbar mit bis zu: _____ kg übungstabil

Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt: ja nein

Besonderheiten: _____

III.3. Kriterien aus dem Frühreha-Index (FR-Index) für die Zuweisung in die neurologische Rehabilitation i.S.d. Phasenmodells der BAR (außer Phase D)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand | <input type="checkbox"/> absaugpflichtiges Tracheostoma |
| <input type="checkbox"/> intermittierende Beatmung | <input type="checkbox"/> beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit) |
| <input type="checkbox"/> beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung) | <input type="checkbox"/> beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung |
| <input type="checkbox"/> schwere Verständigungsstörung | |

IV. Rehabilitationsziele/-prognose

Welches sind die realistischen, alltagsrelevanten Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen?

V. Zusammenfassende Bewertung und Einschätzung

V.1. Schwerpunkt der Rehabilitationsmaßnahme

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs | <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten der Gefäße | <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Entzündlich-rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Gynäkologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen
des Bewegungsapparates | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Psychosomatische psychovegetative Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Endokrine Krankheiten | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten der Atmungsorgane | <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Nephrologische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Krankheiten des Blutes und der Blutbildungsorgane |
| <input type="checkbox"/> Urologische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Geriatrie |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | |

Krankenkasse: _____

Name: _____

Vorname: _____

Versichertenr.: _____

Geb.Datum: _____

V.2. Welche Rehabilitationsart wird empfohlen?

ambulant ambulant mobil, weil (z. B. schwere Orientierungsstörung, Wanderungstendenz):

stationär, weil (z. B. Immobilität, Defizite bei der Selbstversorgung):

V.3. Auf Grundlage der vorgenommenen Bewertung und der o.g. Angaben ist nach Einschätzung der Krankenhausärztin/des Krankenhausarztes ein Fall nach § 16 Reha-RL gegeben

nein

ja, weil:

Myokardinfarkt

Koronar-Arterielle Bypass-Operation auch in Kombination mit einem Herzklappenersatz

Herzinsuffizienzen ab NYHA II

endoprothetische Versorgung von Knie- oder Hüftgelenk

spezifische Rückenschmerzen mit hohem Chronifizierungsrisiko

Spinalkanalstenose/Enger Spinalkanal/Rezessusstenose

Major Amputation an der unteren Extremität (proximal des Fußes)

Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Operationen

Neurologische Krankheiten einschließlich Operationen an Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven, wenn sich eindeutig eine Phasenzuordnung zur Phase D (gemäß BAR-Phasenmodell) aus den Feststellungen im ärztlichen Befundbericht sowie den Antragsunterlagen ableiten lässt

Onkologische Krankheiten

Organ-Transplantationen und –Unterstützungssysteme

geriatrische Anschlussrehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit einer geriatrietypischen Multimorbidität und einem erhöhten Lebensalter (70 Jahre oder älter)

Weitere relevante Informationen für die Durchführung der Rehabilitation

VI.1. Werden besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung gestellt?

nein

ja, und zwar wegen:

Dialyse, welches Verfahren

Chemotherapie

Immunsuppressiva

Katheter

PEG

Isolationspflicht

Beatmung

Tracheostoma

Weaning

OS/US-Prothese

Bettüberlänge

ausgeprägte Adipositas

gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung

Schwerlastbett bis zu: _____ kg

Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehörige; Pflegegrad (soweit bekannt):

Dekubitus, Stadium: _____

sonstiges _____

Krankenkasse: _____

Name: _____

Vorname: _____

Versichertennr.: _____

Geb.Datum: _____

VI.2. Welches Verkehrsmittel ist für die Anreise voraussichtlich medizinisch notwendig?

öffentliches Verkehrsmittel

PKW

Taxi/Mietwagen

KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung
notwendig, ist wegen

Rollstuhltransport

Tragestuhltransport

Liegendtransport

Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? ja nein

VI.3. Kontaktdaten der behandelnden Krankenhausärztin/des behandelnden Krankenhausarztes:

Name, Vorname _____

Telefon-Nr. für Rückfragen _____

Datum _____

Unterschrift der/des behandelnden Krankenhausärztin/-arztes

Stempel

Datenschutzhinweis (§ 82a Abs. 2 SGB X):

Die Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse nach § 284 SGB V und dabei im Einzelnen zur Prüfung der Leistungspflicht (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 40 SGB V), für eine mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (§ 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i.V.m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V) sowie Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem SGB IX (§ 284 Abs. 1 Nr. 18 SGB V) benötigt.

Krankenkasse: _____

Name: _____

Vorname: _____

Versichertenr.: _____

Geb.Datum: _____