

### **3. Änderungsvereinbarung**

**zum**

**Rahmenvertrag**

**über ein Entlassmanagement  
beim Übergang in die Versorgung  
nach Krankenhausbehandlung**

**nach § 39 Abs. 1a S. 9 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

15.06.2020

## Artikel 1

Der Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V vom 13.10.2016, zuletzt geändert durch Vereinbarung vom 12.12.2018, wird wie folgt geändert:

1. In der Bezeichnung des Rahmenvertrages wird die Angabe „§ 39 Abs. 1a S. 9 SGB V“ durch die Angabe „§ 39 Abs. 1a S. 10 SGB V“ ersetzt.
2. In § 2 Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „oder“ durch die Wörter „und – sofern erforderlich –“ ersetzt.
3. § 3 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 5 wird die Angabe „§ 39 Abs. 1a S. 6 SGB V“ durch die Angabe „§ 39 Abs. 1a S. 7 SGB V“ ersetzt.
    - bb) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Zudem ist die Erforderlichkeit weiterer verordnungs-/veranlassungsfähiger Leistungen, z. B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V, Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, zu prüfen.“
  - b) In Absatz 7 Satz 1 wird das Wort „oder“ durch die Wörter „und – sofern erforderlich –“ ersetzt.
  - c) In Absatz 8 Satz 1 wird die Angabe „§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V“ durch die Angabe „§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6, 12 und 14 SGB V“ ersetzt.
4. § 4 wird wie folgt geändert:
  - a) In der Überschrift wird die Angabe „§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V“ durch die Angabe „§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6, 12 und 14 SGB V“ ersetzt.
  - b) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 39 Abs. 1a S. 6 SGB V“ durch die Angabe „§ 39 Abs. 1a S. 7 SGB V“ ersetzt.

c) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

- Arzneimitteln<sup>2</sup> in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung sowie von
- Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
- häuslicher Krankenpflege,
- Soziotherapie,
- SAPV und
- Krankentransportleistungen

für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen, wobei die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden sind.“

bb) Folgende Fußnote 2 wird angefügt:

„<sup>2</sup>Zu beachten ist insbesondere § 8 Abs. 3a Satz 1 der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA, wonach die durchgehende Versorgung einer Versicherten oder eines Versicherten mit Arzneimitteln nach dem Krankenhausaufenthalt sicherzustellen ist.“

d) In Absatz 8 wird die Angabe „§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V“ durch die Angabe „§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6, 12 und 14 SGB V“ ersetzt.

5. Dem § 5 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Eine Feststellung der stufenweisen Wiedereingliederung nach § 7 Abs. 1 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie erfolgt nicht im Rahmen des Entlassmanagements.“

6. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Für die Verordnung der Leistungen gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6, 12 und 14 SGB V und die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V gelten Anlage 2/2a/2b des BMV-Ä sowie die dazugehörigen und mit der Sonderkennzeichnung „Entlassmanagement“ versehenen Muster 1, 4, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 26, 27, 28 und 63 der Anlage 2/2a/2b des BMV-Ä sowie die diesbezüglichen Vordruckerläuterungen und die technische Anlage zur Anlage 2b und 4a des BMV-Ä.“

bb) In Satz 4 werden die Wörter „Vereinbarungen der Landesebene“ durch die Wörter „untergesetzlichen Normen“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „§ 39 Abs. 1a S. 6 SGB V“ durch die Angabe „§ 39 Abs. 1a S. 7 SGB V“ ersetzt.

c) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„Auf den Verordnungsmustern nach Absatz 1 ist im Feld „Arzt-Nr.“ die Krankenhausarzt Nummer gemäß § 293 Abs. 7 SGB V anzugeben.“

d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Bedruckung“ die Wörter „oder Erstellung“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Bedruckung“ die Wörter „oder Erstellung“ eingefügt.

cc) In Satz 5 werden nach den Wörtern „eingedruckt ist“ die Wörter „oder sofern das Krankenhaus elektronische Verordnungen vornimmt übermittelt wird“ eingefügt.

e) In Absatz 7 Satz 1 wird das Wort „Bedruckung“ durch die Wörter „Bedruckung und Erstellung“ ersetzt.

7. § 7 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „spätestens ab dem 01.01.2020“ gestrichen.
  - b) In Absatz 4 wird die Angabe „§ 9 SGB IX“ durch die Angabe „§ 8 SGB IX“ ersetzt.
8. § 9 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „oder“ durch die Wörter „und – sofern erforderlich –“ ersetzt.
  - b) In Absatz 2 wird die Angabe „§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6“ durch die Angabe „§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6, 12 und 14“ ersetzt.
  - c) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) Das Wort „Verordnungen“ wird durch das Wort „Leistungen“ ersetzt.
    - bb) Die Angabe „§ 92 Abs. 1 S. 6 SGB V“ wird durch die Angabe „§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6, 12 und 14 SGB V“ ersetzt.
9. Die Anlage 1a wird wie folgt gefasst:

## Anlage 1a

### Patienteninformation zum Entlassmanagement

**Nur von gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!**

*[Briefkopf Krankenhausträger]*

### **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 oder elektronischer 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 oder elektronische 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?

Die Einwilligung ist freiwillig. 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 oder elektronisch eingewilligt, möchten die Einwilligung jedoch zurücknehmen, können sie diese jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich oder elektronisch 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.

Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser beim Krankenhaus bzw. der Kranken-/Pflegekasse eingeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertreters

10. Die Anlagen 3a und 3b werden durch die folgenden Anlagen 3a und 3b ersetzt:

<b>Antrag auf Anschlussrehabilitation</b>													
<b>Versicherte/Versicherter (Name, Vorname)</b>	<b>Krankenkasse</b>												
<b>Straße, Haus-Nr.</b>	<b>Versichertennummer</b>												
<b>Postleitzahl, Wohnort</b>	<b>Geburtsdatum</b>												
<b>I. Angaben der Versicherten/ des Versicherten (vom Versicherten auszufüllen)</b>													
<b>1. Angaben zur Pflegebedürftigkeit</b> Besteht Pflegebedürftigkeit nach SGB XI? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad _____ <input type="checkbox"/> beantragt													
<b>2. Fragen zum Rentenbezug und zur Altersvorsorge</b> Erhalten Sie eine der nachstehenden Leistungen oder ist eine solche beantragt? <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 20%;">Rentenbezug</th> <th style="width: 20%;">Rentenantrag</th> <th style="width: 40%;">Träger der Rentenversicherung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Altersrente</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Rente wegen Erwerbsminderung</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>Wenn Sie diese Frage 2 in allen Teilen mit <u>nein</u> beantwortet haben, bitte nachfolgende Frage 3 beantworten, ansonsten weiter mit Frage 4.</small></p>			Rentenbezug	Rentenantrag	Träger der Rentenversicherung	Altersrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	Rente wegen Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
	Rentenbezug	Rentenantrag	Träger der Rentenversicherung										
Altersrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____										
Rente wegen Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____										
<b>3. Fragen zum derzeitigen Beschäftigungsstatus und zu entrichteten Rentenversicherungsbeiträgen</b> Befinden Sie sich in Altersteilzeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wurden für Sie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder zur Alterssicherung der Landwirte entrichtet oder angerechnet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ggf. auf Grund von <input type="checkbox"/> Minijob <input type="checkbox"/> Kindererziehungszeiten <input type="checkbox"/> Pflege von Angehörigen <input type="checkbox"/> Versorgungsausgleich													
<b>4. Fragen zur häuslichen Situation</b> In welchem Stockwerk wohnen Sie? _____ Ist ein Aufzug vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Besonderheiten zu Ihrer häuslichen Situation (z. B. Treppen im Innen- und Außenbereich): _____ _____													
<b>5. Wie ist Ihre derzeitige soziale und häusliche Versorgungssituation?</b> Leben Sie <input type="checkbox"/> zu Hause und dort <input type="checkbox"/> allein <u>oder</u> <input type="checkbox"/> mit Angehörigen/mit sonstigen Personen <input type="checkbox"/> im Betreuten Wohnen <input type="checkbox"/> in einer Alten-/Pflegeeinrichtung Ist die häusliche Versorgung aktuell sichergestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein													

**6. Behandelnde Hausärztin / behandelnder Hausarzt (sofern vorhanden)**

Name \_\_\_\_\_  
Adresse (soweit bekannt)  
Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

**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

**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.

**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

Krankenkasse:  
Name:  
Vorname:

Versichertennr.:  
Geb.Datum:

V1.0  
S. 2 / 3

**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

---

Telefon-Nr.

---

Fax-Nr.

---

**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 Telefon-Nr.)

---

---

Krankenkasse:  
Name:  
Vorname:

Versichertenr.:  
Geb.Datum:

**Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation**

**I. Allgemeine Angaben**

**I.1. Personalien der/des Versicherten:**

<b>Name</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Geschlecht</b> männlich <input type="checkbox"/>
<b>Vorname</b>	<b>Versichertennummer</b>	weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>

**I.2. Indikation\***

Muskuloskeletale Erkrankungen     
  Kardiologie     
  Neurologie     
  Geriatrie  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

\*Barthel-Index u. FR-Index (siehe Anlage; bei Neurologie und Geriatrie beizufügen)

**I.3. Die Krankenhausbehandlung ggf. einschließlich Frühmobilisation und Wundbehandlung**

Aufnahmedatum \_\_\_\_\_ voraussichtliches Entlassdatum \_\_\_\_\_

**I.4. Werden derzeit neurologische, geriatrische oder fachübergreifende Frührehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?**

nein       ja

**I.5. Die Anschlussrehabilitation soll erfolgen**

als Direktverlegung  
 frühestens am \_\_\_\_\_ weil \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**II. Rehabilitationsbedürftigkeit**

**II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung**

(Codierung konkret und endständig)

	Funktionsdiagnosen	ICD-10-GM <sup>1</sup>	Ur- sache <sup>2</sup>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

<sup>1</sup> Die hierangegebenen Diagnoseschlüssel umfassen die Diagnosen zum Zeitpunkt der Antragstellung und können von den Entlassdiagnosen abweichen

<sup>2</sup> 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. BSeuchG)

**II.2. Durchgeführte Behandlungen**

Operation am \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_  
 OPS \_\_\_\_\_  
 Wunde geschlossen und reizlos?  ja       nein  
 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)

Besiedelung mit multiresistenten Keimen?

ja, welche Keime? \_\_\_\_\_

nein  nicht bekannt

**II.4. Drohen oder bestehen längerfristige (>6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen?**  
(Beurteilung zum Zeitpunkt der Befundung)

**Lernen und Wissensanwendung** (Beeinträchtigungen beim Zuhören/Zuschauen, Aneignen von Fertigkeiten sowie der Konzentration und beim Lösen von Problemen/Treffen von Entscheidungen z. B. infolge abnehmender kognitiver Fähigkeiten)

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Allgemeine Aufgaben** (z. B. in der täglichen Routine infolge abnehmender körperlicher Ressourcen)

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Kommunikation** (z. B. beim Sprechen wegen eines beeinträchtigten Sprachflusses aufgrund von Atemnot)

nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**Mobilität** (z. B. beim Laufen längerer Strecken und Treppensteigen oder beim Hand- und Armgebrauch infolge Schmerzen)

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Selbstversorgung** (z. B. beim Waschen, An- und Auskleiden durch Bewegungseinschränkungen)

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Häusliches Leben** (z. B. beim Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten erledigen infolge eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit)

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen** (Beeinträchtigungen beim Aufbau und der Aufrechterhaltung von Familien-, informellen und formellen sozialen Beziehungen z. B. infolge von Kommunikationsbeeinträchtigungen, abnehmender körperlicher oder kognitiver Fähigkeiten)

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Bedeutende Lebensbereiche** (Beeinträchtigungen in den Lebensbereichen Arbeit und Beschäftigung/ Erziehung und Bildung und Einschränkungen in der wirtschaftlichen Eigenständigkeit)

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Gemeinschaftsleben** (z. B. bei der Teilnahme an sportlichen, kulturellen und religiösen Angeboten infolge abnehmender körperlicher Ressourcen)

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

Krankenkasse  
Name:  
Vorname

Versichertenr.  
Geb.Datum

V1.0  
S. 2 / 6

### III. Rehabilitationsfähigkeit

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

nein  ja

III.2. Voraussichtliche Belastbarkeit im Hinblick auf die durchgeführte Intervention zum Zeitpunkt des Antritts der Anschlussrehabilitation

voll belastbar  teilbelastbar mit: \_\_\_\_\_  übungstabil

Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt  ja  nein

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

III.3. Ist ein besonderer Unterstützungsbedarf im Bereich der Selbstversorgung erforderlich?

nein  ja, und zwar bei \_\_\_\_\_

(nur auszufüllen wenn keine aktuellen Assessments, z. B. Barthel-Index, FIM, SINGER beigefügt sind)

### IV. Rehabilitationsziele/-prognose

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### V. Zusammenfassende Bewertung

Welche Rehabilitationsart wird empfohlen?

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

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

### VI. 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

Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger

sonstiges \_\_\_\_\_

Krankenkasse  
Name:  
Vorname

Versichertenr.  
Geb.Datum

V1.0  
S. 3 / 6

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

öffentliches Verkehrsmittel     Taxi/Pkw     Krankentransport liegend     Krankentransport sitzend  
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. 17 SGB V).

1. Barthel-Index (Bitte Punktzahl ankreuzen; bei Neurologie und Geriatrie beizufügen)	
<b>Essen</b>	
• komplett selbständig <u>oder</u> selbständige PEG <sup>1</sup> -Beschickung/-Versorgung	10 <input type="checkbox"/>
• Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen <u>oder</u> Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung	5 <input type="checkbox"/>
• kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS/PEG <sup>2</sup> -Ernährung	0 <input type="checkbox"/>
<b>Aufsetzen und Umsetzen</b>	
• komplett selbständig aus <u>liegender</u> Position in (Roll-)Stuhl und zurück	15 <input type="checkbox"/>
• Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10 <input type="checkbox"/>
• erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5 <input type="checkbox"/>
• wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0 <input type="checkbox"/>
<b>Sich waschen</b>	
• vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
<b>Toilettenbenutzung</b>	
• vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung	10 <input type="checkbox"/>
• vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich	5 <input type="checkbox"/>
• benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0 <input type="checkbox"/>
<b>Baden/Duschen</b>	
• selbständiges Baden <u>oder</u> Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
<b>Aufstehen und Gehen</b>	
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>ohne</u> Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen	15 <input type="checkbox"/>
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>mit</u> Hilfe eines Gehwagens gehen	10 <input type="checkbox"/>
• <u>mit</u> Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen <u>alternativ:</u> im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
<b>Treppensteigen</b>	
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- <u>und</u> hinuntersteigen	10 <input type="checkbox"/>
• mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
<b>An- und Auskleiden</b>	
• zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus	10 <input type="checkbox"/>
• kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
<b>Stuhlinkontinenz</b>	
• ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder Anus praeter (AP)-Versorgung	10 <input type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent <u>oder</u> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/(AP)-Versorgung	5 <input type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	0 <input type="checkbox"/>
<b>Harninkontinenz</b>	
• ist harnkontinent <u>oder</u> kompensiert seine Harninkontinenz/versorgt seinen Dauerkatheter (DK) komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	10 <input type="checkbox"/>
• kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) <u>oder</u> benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5 <input type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	0 <input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> perkutane endoskopische Gastrostomie

<sup>2</sup> Ernährung durch Magensonde/perkutane endoskopische Gastrostomie

Summe \_\_\_\_\_

Krankenkasse  
Name:  
Vorname

Versichertenr.  
Geb.Datum

V1.0  
S. 5 / 6

<b>2. Frühreha-Index (FR-Index) (bei Neurologie und Geriatrie beizufügen)</b>	<b>nein</b>	<b>ja</b>	<b>Punkte</b>
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Absaugpflichtiges Tracheostoma	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Intermittierende Beatmung	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Schwere Verständigungsstörung	0 <input type="checkbox"/>	- 25 <input type="checkbox"/>	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
<b>Summe Frühreha-Barthel-Index</b>			

Krankenkasse  
Name:  
Vorname

Versichertenr.  
Geb.Datum

V1.0  
S. 6 / 6

## **Artikel 2**

In § 4 wird nach Absatz 3 folgender Absatz 3a eingefügt:

- „3a) Als Sonderregelung im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie kann die Verordnung von Arzneimitteln abweichend von Absatz 3 Satz 1 statt in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen in Form einer Packung bis zum größten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung erfolgen.“

## **Artikel 3**

- (1) Diese Änderungsvereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.07.2020 in Kraft.
- (2) Artikel 2 tritt mit Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite gemäß § 5 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz außer Kraft, spätestens jedoch mit Ablauf des 31.03.2021.

Berlin, 15.06.2020

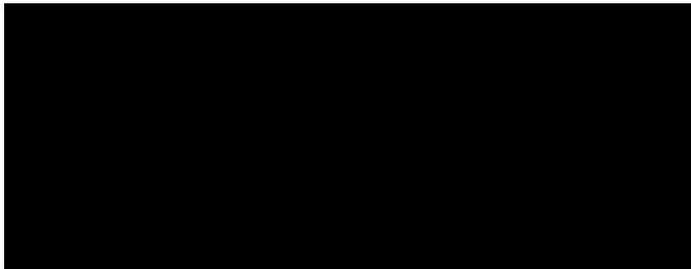


---

GKV-Spitzenverband, Berlin



Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin



Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin