

2. 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

12.12.2018

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 06.06.2017, wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden vor den Wörtern „Einwilligung des Patienten“ die Wörter „Information über das Vorliegen der“ und wird nach dem Wort „Krankenhaus“ das Wort „elektronisch“ eingefügt.

bb) Satz 3 erster Halbsatz wird wie folgt gefasst: „Widerruft der Patient seine Einwilligung, ist die Information über das Vorliegen des Widerrufs der Krankenkasse unverzüglich elektronisch zu übermitteln;“.

cc) Nach Satz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Das Nähere zur elektronischen Übermittlung regelt die Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V. Die Erklärungen sind unter Beachtung der jeweils geltenden datenschutzrechtlichen Vorgaben aufzubewahren. Auf Verlangen der Krankenkasse ist das Krankenhaus verpflichtet, der Krankenkasse unverzüglich die Einwilligungserklärung des Patienten und sofern diese widerrufen wurde, den Widerruf zu übermitteln.“

b) In Absatz 7 Satz 1 werden nach dem Wort „Patient“ die Wörter „oder dessen gesetzlicher Vertreter/Betreuer“ eingefügt.

2. § 6 Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Für die unmittelbar im Zusammenhang mit einer Krankenhausentlassung erforderliche Versorgung mit Hilfsmitteln kann die Verordnung bereits vor dem Entlasstag erfolgen; in diesem Fall ist zusätzlich zur Angabe des Ausfertigungsdatums gemäß Satz 1 das voraussichtliche Entlassdatum im Verordnungsfeld anzugeben.“

3. § 7 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Für die Beantragung von Anschlussrehabilitation sind die bundeseinheitlichen Antragsformulare (Anlage 3a und 3b) spätestens ab dem 01.01.2020 zu verwenden.“

b) Der bisherige Satz 6 wird gestrichen.

4. In § 9 Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Patienten“ die Wörter „oder dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer“ eingefügt.
5. Die Anlagen 1a und 1b werden wie folgt gefasst:

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 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?

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 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

Anlage 1a

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 handle 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

Ich willige ein, dass das o. g. Krankenhaus für mich ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es darum, für mich eine lückenlose Anschlussversorgung nach meinem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus die erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten. Dazu gehört unter anderem die Weitergabe der erforderlichen personenbezogenen Daten (z. B. die Diagnose, Angaben über die erforderliche Anschlussversorgung und die einzubindenden Nachsorgeinstitutionen) an meinen weiterbehandelnden Arzt und z. B. an Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste oder Physiotherapeuten.

Ja

Nein

Angaben zu Ziffer 2 nur erforderlich, sofern unter Ziffer 1 „Ja“ angekreuzt wurde:

2. Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass das Krankenhaus meiner Kranken-/Pflegekasse _____ die erforderlichen personenbezogenen Daten 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

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen schriftlich/elektronisch 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. Der Widerruf gilt nur für die Zukunft.

 Ort, Datum

 Unterschrift des Patienten

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

 Name, Vorname des Vertreters

 Anschrift des Vertreters

 Unterschrift des Vertreters

Seite 7 von 17

6. Nach Anlage 2 werden folgende Anlagen 3a und 3b angefügt:

Antrag auf Anschlussrehabilitation	
Versicherte/Versicherter (Name, Vorname)	Krankenkasse
Straße, Haus-Nr.	Versichertennummer
Postleitzahl, Wohnort	Geb.-Datum
I. Angaben der Versicherten/ des Versicherten (vom Versicherten auszufüllen)	
1. Angaben zur Pflegebedürftigkeit	
Besteht Pflegebedürftigkeit nach SGB XI? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad _____ <input type="checkbox"/> beantragt	
2. Fragen zum Rentenbezug und zur Altersvorsorge	
Erhalten Sie eine der nachstehenden Leistungen oder ist eine solche beantragt?	
Altersrente	Rentenbezug Rentenanspruch Träger der Rentenversicherung <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 _____
Wenn Sie diese Frage 2 in allen Teilen mit <u>nein</u> beantwortet haben, bitte nachfolgende Frage 3 beantworten, ansonsten weiter mit Frage 4.	
3. Fragen zum derzeitigen Beschäftigungsstatus und zu entrichteten Rentenversicherungsbeiträgen	
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	
4. Fragen zur häuslichen Situation	
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): _____ _____ _____	
5. Wie ist Ihre derzeitige soziale und häusliche Versorgungssituation?	
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, Vorname _____ Adresse (soweit bekannt) Straße, Haus-Nr. _____ Telefon-Nr. _____ Postleitzahl _____ Wohnort _____	
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 beigefügte 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. 17 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	

Anlage 3a zum Rahmenvertrag – Antrag Anschlussrehabilitation

II. Angaben des Krankenhauses (z. B. durch den Sozialdienst/Casemanagement auszufüllen)
Krankenhaus _____
Anschrift _____
Fallnummer/Patienten-ID _____
1. Kontaktdaten des Ansprechpartners im Krankenhaus (z. B. Sozialdienst/Casemanagement): Name, Vorname _____ Telefon-Nr. _____ Fax-Nr. _____
2. Ist eine Kommunikation mit der Patientin/dem Patienten in deutscher Sprache möglich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn nein, in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich? _____
3. Wurde vorbehaltlich einer Kostenübernahme bereits eine Rehabilitationseinrichtung angefragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (Name, Anschrift und Telefon-Nr.) _____ _____

Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation						
I. Allgemeine Angaben						
I.1. Personalien der/des Versicherten:						
Name	Geburtsdatum	Geschlecht				
Vorname	Versichertennummer	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers				
I.2. Indikation*						
<input type="checkbox"/> Muskuloskeletale Erkrankungen <input type="checkbox"/> Kardiologie <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Geriatrie <input type="checkbox"/> 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?						
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
I.5. Die Anschlussrehabilitation soll erfolgen						
<input type="checkbox"/> als Direktverlegung <input type="checkbox"/> frühestens am _____, weil _____						
II. Rehabilitationsbedürftigkeit						
II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen <u>in der Reihenfolge ihrer Bedeutung</u> (Codierung konkret und endständig)						
Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ¹ ICD-10-GM			Seiten- lokali- sation	Ursache der Erkr.	Seitenlokation R = rechts L = links B = beidseits 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)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
¹ Die hier angegebenen Diagnoseschlüssel umfassen die Diagnosen zum Zeitpunkt der Antragstellung und können von den Entlassdiagnosen abweichen.						
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						
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja <input type="checkbox"/> im direkten Zusammenhang mit der Anschlussrehabilitation führenden Diagnose (z. B. postoperative Luxation der Endoprothese) _____						

Versicherte/ Versicherter (Name, Vorname):

Geb.-Datum:

1

Anlage 3b zum Rahmenvertrag – Ärztlicher Befundbericht zum AR-Antrag

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, Anegnen von Fertigkeiten sowie der Konzentration und beim Lösen von Problemen/Treffen von Entscheidungen z. B. infolge abnehmender kognitiver Fähigkeiten)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Allgemeine Aufgaben (z. B. in der täglichen Routine infolge abnehmender körperlicher Ressourcen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Kommunikation (z. B. beim Sprechen wegen eines beeinträchtigten Sprachflusses aufgrund von Atemnot)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Mobilität (z. B. beim Laufen längerer Strecken und Treppensteigen oder beim Hand- und Armgebrauch infolge Schmerzen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Selbstversorgung (z. B. beim Waschen, An- und Auskleiden durch Bewegungseinschränkungen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Häusliches Leben (z. B. beim Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten erledigen infolge eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (Beeinträchtigungen beim Aufbau und der Aufrechterhaltung von Familienbeziehungen/intimen/informellen und formellen sozialen Beziehungen z. B. infolge von Kommunikationsbeeinträchtigungen, abnehmender körperlicher oder kognitiver Fähigkeiten)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Bedeutende Lebensbereiche (Beeinträchtigungen in den Lebensbereichen Arbeit und Beschäftigung/Erziehung und Bildung und Einschränkungen in der wirtschaftlichen Eigenständigkeit)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Gemeinschaftsleben (z. B. bei der Teilnahme an sportlichen, kulturellen und religiösen Angeboten infolge abnehmender körperlicher Ressourcen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:

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)

2

Versicherte/ Versicherter (Name, Vorname):

Geb.-Datum:

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?		
<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> ambulant mobil, weil (z. B. schwere Orientierungsstörung, Wanderungstendenz) _____	
<input type="checkbox"/> 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?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar wegen:	
<input type="checkbox"/> Dialyse, welches Verfahren _____		
<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Immunsuppressiva	<input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> PEG
<input type="checkbox"/> Isolationspflicht	<input type="checkbox"/> Beatmung	<input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Weaning
<input type="checkbox"/> gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung	<input type="checkbox"/> OS/US-Prothese	
<input type="checkbox"/> Betüberlänge	<input type="checkbox"/> ausgeprägte Adipositas	<input type="checkbox"/> Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger
<input type="checkbox"/> sonstiges _____	_____	
VI.2. Welches Verkehrsmittel ist für die Anreise voraussichtlich notwendig?		
<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> Taxi/Pkw	<input type="checkbox"/> Krankentransport liegend <input type="checkbox"/> Krankentransport sitzend
Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 Krankenkassen (§ 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).		

Versicherte/ Versicherter (Name, Vorname):

Geb.-Datum:

Anlage 3b zum Rahmenvertrag – Ärztlicher Befundbericht zum AR-Antrag

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

¹ perkutane endoskopische Gastrostomie

² Ernährung durch Magensonde/perkutane endoskopische Gastrostomie

4

Versicherter/ Versicherter (Name, Vorname):

Geb.-Datum:

Anlage 3b zum Rahmenvertrag – Ärztlicher Befundbericht zum AR-Antrag

2. Frühreha-Index (FR-Index) (bei Neurologie und Geriatrie betzütigen)

	nein	ja	P
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	0	- 50	
Absaugpflichtiges Tracheostoma	0	- 50	
Intermittierende Beatmung	0	- 50	
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	0	- 50	
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	0	- 50	
Schwere Verständigungsstörung	0	- 25	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0	- 50	
Summe Frühreha-Barthel-Index			

Versicherte/ Versicherter (Name, Vorname):

Geb.-Datum:

5


Seite 16 von 17

Artikel 2

Diese Änderungsvereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.01.2019 in Kraft.

Berlin, 12.12.2018


GKV-Spitzenverband Berlin


Kassenärztliche
Bundesvereinigung
Körperschaft des öffentl. Rechts
10663 Berlin - Tel. 030 2037-1100 Fax 030 2037-1102
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin


Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin