

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

**nach § 39 Abs. 1a S. 10 SGB V  
(Rahmenvertrag Entlassmanagement)**

**in der Fassung der 3. Änderungsvereinbarung  
vom 15.06.2020**

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

**Lesefassung** zum Rahmenvertrag Entlassmanagement  
nach § 39 Abs. 1a S. 10 SGB V in der Fassung der 3. Änderungsvereinbarung vom 15.06.2020

**§ 1**

**Geltungsbereich**

Der Rahmenvertrag gilt für Entlassungen von Patienten<sup>1</sup> aus voll- und teilstationären sowie stationsäquivalenten Behandlungen durch das Krankenhaus. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass ein Entlassmanagement andere Leistungen und Leistungserbringer umfassen kann, als im SGB V und im SGB XI erwähnt; diese sind jedoch nicht Gegenstand dieses Vertrages.

**§ 2**

**Zielsetzung**

- 1) Ziel des Rahmenvertrages ist es, die bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung der Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung zu gewährleisten. Hierzu gehört eine strukturierte und sichere Weitergabe versorgungsrelevanter Informationen.
- 2) Der Patient und seine Bedürfnisse stehen im Zentrum der Bemühungen aller an der Versorgung beteiligten Personen. Das Entlassmanagement erfolgt patientenindividuell, ressourcen- und teilhabeorientiert und trägt in enger Abstimmung mit dem Patienten und – sofern erforderlich – dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Patienten Rechnung.
- 3) Der Anspruch des Patienten auf ein Entlassmanagement im Rahmen der Krankenhausbehandlung besteht gegenüber dem Krankenhaus, während gegenüber der Krankenkasse bzw. Pflegekasse ein Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements besteht. Hierzu werden die weiteren Einzelheiten in diesem Rahmenvertrag geregelt.
- 4) Für eine im Rahmen des Entlassmanagements vorgesehene Anschlussversorgung ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu beachten.

---

<sup>1</sup> Mit den in diesem Vertrag und seinen Anlagen verwendeten Personenbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

**Lesefassung** zum Rahmenvertrag Entlassmanagement  
nach § 39 Abs. 1a S. 10 SGB V in der Fassung der 3. Änderungsvereinbarung vom 15.06.2020

**§ 3**  
**Entlassmanagement**

- 1) Das Krankenhaus stellt ein standardisiertes Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit sicher und etabliert schriftliche, für alle Beteiligten transparente Standards (z. B. für die Pflege: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege). Multidisziplinäre Zusammenarbeit beinhaltet für die Belange dieses Vertrages die Zusammenarbeit von Ärzten/psychologischen Psychotherapeuten, Pflegepersonal, Sozialdienst, Krankenhaus-apothekern und weiteren am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen. Die Verantwortlichkeiten im multidisziplinären Team müssen verbindlich geregelt werden. Die Krankenhäuser informieren über ihr Entlassmanagement in ihrem Internetauftritt.

*Protokollnotiz:*

*GKV-Spitzenverband und KBV setzen sich dafür ein, dass Informationen über die Standards des Entlassmanagements durch den G-BA in die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) und damit in die strukturierten Qualitätsberichte aufgenommen werden.*

- 2) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche wird unter Verantwortung des Krankenhausarztes durch die Anwendung eines geeigneten Assessments der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Für Personengruppen mit einem komplexen Versorgungsbedarf nach der Entlassung ist es sinnvoll, Vorkehrungen für ein umfassendes Entlassmanagement im Rahmen eines differenzierten Assessments zu treffen. Dieser komplexe Versorgungsbedarf kann beispielsweise bei Patienten mit neu aufgetretenen, umfassenden Einschränkungen von Mobilität und Selbstversorgung bestehen. Für diese Patientengruppen sind spezifische Standards vorzusehen. Bei der Aufstellung des Entlassplans erfolgt zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Verordnungen gemäß § 39 Abs. 1a S. 7 SGB V sowie einer unmittelbar nach der Krankenhausentlassung fortdauernden Arbeitsunfähigkeit. 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.

**Lesefassung** zum Rahmenvertrag Entlassmanagement  
nach § 39 Abs. 1a S. 10 SGB V in der Fassung der 3. Änderungsvereinbarung vom 15.06.2020

- 3) Der Entlassplan umfasst den voraussichtlichen Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausbehandlung. Sofern dem Krankenhaus Informationen zur Versorgungssituation vor der Krankenhausbehandlung vorliegen, berücksichtigt es diese Angaben, um die Kontinuität des Behandlungsprozesses sicherzustellen. Das Krankenhaus leitet die aufgrund des Versorgungsbedarfs im Entlassplan festgelegten, voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen frühestmöglich ein. Der Entlassplan muss für alle Mitarbeiter des Krankenhauses, die am Entlassmanagement des jeweiligen Patienten beteiligt sind, in der Patientenakte verfügbar sein.
- 4) Stellen die Beteiligten nach Abs. 1 S. 2 im Rahmen des Assessments einen Versorgungsbedarf explizit für die Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung fest, nimmt das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die Überleitung des Patienten anzubahnen. Absatz 6 ist dabei zu berücksichtigen. Für den Entlassungstag sorgt das Krankenhaus für die nahtlose Überleitung des Patienten in die Anschlussversorgung. Bei Bedarf nimmt das Krankenhaus hierzu Kontakt mit den Betreuern oder Personensorgeberechtigten oder in Abstimmung mit dem Patienten mit den Angehörigen auf. Wird im Assessment festgestellt, dass der Patient keiner Anschlussversorgung bedarf, ist dies in der Patientenakte zu dokumentieren. In diesen Fällen sind keine weiteren Einwilligungen nach Anlage 1b erforderlich.
- 5) Bei notwendiger Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse sind die Informationen über das Vorliegen der Einwilligung des Patienten gemäß Anlage 1b und die erforderlichen Informationen aus dem Entlassplan zum frühestmöglichen Zeitpunkt durch das Krankenhaus elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln. Bei relevanten Veränderungen des patientenindividuellen Bedarfs der Anschlussversorgung werden der Entlassplan aktualisiert und die Krankenkasse bzw. Pflegekasse erneut über die sich daraus ggf. ableitende Unterstützung durch die Krankenkasse bzw. Pflegekasse informiert. Widerruft der Patient seine Einwilligung, ist die Information über das Vorliegen des Widerrufs der Krankenkasse unverzüglich elektronisch zu übermitteln; je nach Zeitpunkt des Widerrufs entfällt die Übermittlung ergänzender Informationen aus dem Entlassplan. 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.

**Lesefassung** zum Rahmenvertrag Entlassmanagement

nach § 39 Abs. 1a S. 10 SGB V in der Fassung der 3. Änderungsvereinbarung vom 15.06.2020

- 6) Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse, bei Bedarf zur Pflegekasse auf. Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs in den Bereichen Pflege (z. B. bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur Einbeziehung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI), Häusliche Krankenpflege (auch außerklinische intensivpflegerische Versorgung) und Haushaltshilfe, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, häusliche Versorgung sowie bei genehmigungspflichtigen Leistungen der erforderlichen Anschlussversorgung und im Rahmen der Übergangsversorgung (Kurzzeitpflege) der Fall sein. Das Krankenhaus nimmt den Kontakt zur Krankenkasse bzw. Pflegekasse bei genehmigungspflichtigen Leistungen noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers auf. Durch die patientenbezogene Abstimmung in den genannten Bereichen leitet die Krankenkasse bzw. die Pflegekasse das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren umgehend ein und nimmt ihre Beratungspflicht gegenüber dem Patienten wahr.
- 7) Am Tag der Entlassung erhält der Patient und – sofern erforderlich – dessen gesetzlicher Vertreter/Betreuer und mit dessen Einwilligung der die Anschlussversorgung durchführende Arzt einen Entlassbrief, mindestens jedoch einen vorläufigen Entlassbrief gemäß § 9 dieses Rahmenvertrages. Zusätzlich ist verpflichtend eine Rufnummer eines zuständigen Ansprechpartners für Rückfragen der weiterbehandelnden Leistungserbringer anzugeben. Unter dieser Rufnummer muss zumindest Montag bis Freitag in der Zeit von 09:00 bis 19:00 Uhr, Samstag von 10:00 bis 14:00 Uhr und Sonntag von 10:00 bis 14:00 Uhr ein für das Entlassmanagement des Krankenhauses zuständiger Ansprechpartner für Rückfragen zur Verfügung stehen. Sofern die Anschlussversorgung nicht durch den einweisenden Arzt durchgeführt wird, erhält dieser mit Einwilligung des Patienten ebenfalls den Entlassbrief. Die weiterversorgenden pflegerischen Leistungserbringer erhalten aufgrund der Einwilligung des Patienten die erforderlichen Informationen zur weiteren pflegerischen Versorgung.
- 8) Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6, 12 und 14 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit. Der Patient ist über das Erfordernis der rechtzeitigen Inanspruchnahme der verordneten Leistungen zu informieren.

**Lesefassung** zum Rahmenvertrag Entlassmanagement  
nach § 39 Abs. 1a S. 10 SGB V in der Fassung der 3. Änderungsvereinbarung vom 15.06.2020

**§ 4**

**Veranlasste Leistungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6, 12 und 14 SGB V**

- 1) Das Verordnungsrecht nach § 39 Abs. 1a S. 7 SGB V ist auf die Erfordernisse des Entlassmanagements eingeschränkt. Hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. § 73 Abs. 9 und 10 SGB V gelten entsprechend.
- 2) Die im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Leistungen unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V. Für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit gilt § 113 Abs. 4 SGB V.
- 3) Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des 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
  - Krankentransportleistungenfür die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen, wobei die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden sind. Bei der Verordnung von Arzneimitteln sind insbesondere auch die Vorschriften des § 115c SGB V und Verträge nach §§ 130a Abs. 8, 130b und 130c SGB V zu beachten. Bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln gelten die Regelungen zu den Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen nach § 84 SGB V entsprechend.
- 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.

---

<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.

**Lesefassung** zum Rahmenvertrag Entlassmanagement  
nach § 39 Abs. 1a S. 10 SGB V in der Fassung der 3. Änderungsvereinbarung vom 15.06.2020

- 4) Das Krankenhaus gewährleistet, dass der Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements die erforderlichen Verordnungen von veranlassten Leistungen und Medikamenten vollständig und korrekt vornimmt. Das Verordnungsrecht kann durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung ausgeübt werden.
- 5) Bei der Mitgabe von Arzneimitteln gelten die Regelungen des § 14 Abs. 7 ApoG, zu deren Anwendung im Entlassmanagement das Nähere die Arzneimittel-Richtlinie regelt. Die Abgabe der vom Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Arzneimittel erfolgt in öffentlichen Apotheken. Der Patient hat das Recht der freien Apothekenwahl gemäß § 31 Abs. 1 S. 5 SGB V.
- 6) Bei allen verordneten Leistungen ist das Recht des Patienten auf freie Wahl des Leistungserbringers sowie § 128 SGB V zu beachten, es sei denn, anderweitige gesetzliche Regelungen stehen dem entgegen (z. B. § 124 SGB V, § 127 SGB V). Der Patient ist ausdrücklich auf das Recht der freien Wahl des Leistungserbringers hinzuweisen. Eine Bevorzugung eines Anbieters ist nicht statthaft. Vereinbarungen oder Absprachen zwischen Krankenhäusern und Apotheken oder sonstigen Leistungserbringern veranlasster Leistungen, die auf eine Zuweisung von Patienten abzielen, sind unzulässig.
- 7) Da das Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1a S. 1 SGB V dem Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung dient, ist die Verordnung von Krankenhausbehandlung im Rahmen des Entlassmanagements ausgeschlossen.
- 8) Die DKG informiert in geeigneter Weise über die bei der Verordnung von Leistungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6, 12 und 14 SGB V zu beachtenden Bestimmungen; dies gilt insbesondere für die Arznei- und Betäubungsmittelverschreibungsverordnungen.

**§ 5**

**Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit**

- 1) Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann die Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch den Krankenhausarzt mit abgeschlossener Facharztweiterbildung erfolgen.

**Lesefassung** zum Rahmenvertrag Entlassmanagement  
nach § 39 Abs. 1a S. 10 SGB V in der Fassung der 3. Änderungsvereinbarung vom 15.06.2020

- 2) Bei der Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit sind die für das Entlassmanagement in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) getroffenen Regelungen in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. Eine Feststellung der stufenweisen Wiedereingliederung nach § 7 Abs. 1 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie erfolgt nicht im Rahmen des Entlassmanagements.
- 3) Bei der Feststellung und Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit ist das Muster 1 gemäß Anlage 2/2a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) in der jeweils gültigen Fassung zu verwenden.

**§ 6**  
**Vordrucke**

- 1) 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. Für die Sonderkennzeichnung im Rahmen der Herstellung der Vordrucke gelten die in der Technischen Anlage zu diesem Rahmenvertrag (Anlage 2) festgelegten Vorgaben. Für die Verschreibung von Betäubungsmitteln gelten die §§ 9 und 15 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung und für die Verschreibung von Arzneimitteln mit teratogener Wirkung § 3a der Arzneimittelverschreibungsverordnung. Für die Befüllung des Feldes „Vertragsarztstempel“ auf den Vordrucken gelten die untergesetzlichen Normen des vertragsärztlichen Bereichs.
- 2) Die Weitergabe von Vordrucken an Nichtvertragsärzte ist unstatthaft. Satz 1 gilt nicht für die Weitergabe von Vordrucken nach Absatz 1 an Ärzte im Krankenhaus („Nichtvertragsärzte“), die im Rahmen von § 39 Abs. 1a S. 7 SGB V tätig werden.
- 3) Das Tagesdatum (Feld „Datum“ an Stelle 22 – 29 in Zeile 7 des Personalienfeldes) ist das Ausfertigungsdatum. Die Ausfertigung muss am Entlasstag erfolgen. 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.

**Lesefassung** zum Rahmenvertrag Entlassmanagement

nach § 39 Abs. 1a S. 10 SGB V in der Fassung der 3. Änderungsvereinbarung vom 15.06.2020

- 4) Für das Entlassmanagement erhält das Krankenhaus auf Antrag von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine versorgungsspezifische Betriebsstättennummer gemäß § 6 Abs. 3 der jeweils aktuellen Fassung der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern, soweit dem Krankenhaus eine solche noch nicht zugeteilt wurde. Die Betriebsstättennummer nach Satz 1 ist durch das zuständige Krankenhaus bei der Verordnung von Leistungen und Arzneimitteln nach diesem Rahmenvertrag zu verwenden. Die Betriebsstättennummer muss die eindeutige Zuordnung der nach § 4 genannten Leistungen zum Ort der Veranlassung gewährleisten.
- 5) Auf den Verordnungsmustern nach Absatz 1 ist im Feld „Arzt-Nr.“ die Krankenhausarzt Nummer gemäß § 293 Abs. 7 SGB V anzugeben.
- 6) Die Verordnungen und Bescheinigungen nach Absatz 1 sind im Rahmen der Bedruckung oder Erstellung gesondert zu kennzeichnen. Hierzu ist in die Formulare das einstellige Kennzeichen „4“ an der 30. Stelle der Zeile 6 des Personalienfeldes gemäß des in der Technischen Anlage (Anlage 2) abgebildeten Musterbeispiels für die Bedruckung oder Erstellung einzutragen. In den Verordnungen und Bescheinigungen nach Absatz 1 Satz 1 ist in dem Feld „Betriebsstätten-Nr.“ die versorgungsspezifische Betriebsstättennummer (BSNR) des Krankenhauses nach Absatz 4 Satz 1 auf die Vordrucke aufzutragen. In dem Feld „Arzt-Nr.“ ist das Kennzeichen gemäß Absatz 5 aufzutragen. Im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Abs. 1a SGB V dürfen nur Arzneiverordnungsblätter (Muster 16) verwendet werden, bei denen in der Codierleiste die versorgungsspezifische Betriebsstättennummer des Krankenhauses nach Absatz 4 Satz 1 eingedruckt ist oder sofern das Krankenhaus elektronische Verordnungen vornimmt übermittelt wird.
- 7) Es gelten die technischen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Bedruckung und Erstellung. Das Nähere zur Zulassung der Software zur Bedruckung regelt die DKG.
- 8) Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen beauftragen die Druckereien, den Krankenhäusern Formulare bereitzustellen. Das Nähere zur Bereitstellung regeln die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen und die Landeskrankenhausesgesellschaften mit den Druckereien. Die Bereitstellung der Formulare erfolgt durch die Druckereien auf Bestellung durch die Krankenhäuser. Die Kosten für die Vordrucke werden von den Krankenkassen getragen. Die Kosten für den Versand der Vordrucke werden durch die Krankenhäuser getragen.

## **§ 7**

### **Information und Beratung des Patienten**

- 1) Das Krankenhaus informiert den Patienten vor dem Assessment gemäß § 3 schriftlich über Inhalte und Ziele des Entlassmanagements und holt, sofern erforderlich, die schriftliche Einwilligung des Patienten für die Durchführung des Entlassmanagements ein. Zur Durchführung des Entlassmanagements gehört die Unterstützung durch die Krankenkasse. Für die Information und Einwilligung des Patienten in das Entlassmanagement sind die bundeseinheitlichen Formulare (Anlage 1a und 1b) zu verwenden. Diese enthalten auch Regelungen für die Einwilligung in die Datenübermittlung vom Krankenhaus an die Krankenkasse und Widerrufsregelungen. Bei Patienten, für die ein gerichtlicher Betreuer bestellt ist oder die durch einen Personensorgeberechtigten vertreten werden, ist der Betreuer oder der Personensorgeberechtigte zu informieren und dessen Einwilligung schriftlich einzuholen.
- 2) Besteht die Notwendigkeit einer Anschlussversorgung, informiert das Krankenhaus den Patienten über die seinem Krankheitsbild entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen für die Anschlussversorgung. Soweit das Erfordernis besteht, nimmt das Krankenhaus zusätzlich Kontakt zur Krankenkasse bzw. Pflegekasse auf, damit diese gemeinsam mit dem Krankenhaus das Entlassmanagement organisiert.
- 3) Handelt es sich bei der notwendigen Anschlussversorgung um genehmigungspflichtige Leistungen, stellt das Krankenhaus dem Patienten die notwendigen Antragsunterlagen zur Verfügung, unterstützt den Patienten bei der Antragstellung und ggfls. der Weiterleitung an die Krankenkasse bzw. Pflegekasse. Für über § 4 hinausgehende genehmigungspflichtige Leistungen stellen die Krankenkassen auf Anfrage die Antragsunterlagen zur Verfügung. Für die Beantragung von Anschlussrehabilitation sind die bundeseinheitlichen Antragsformulare (Anlage 3a und 3b) zu verwenden. Wird der Patient mit einer Medikation entlassen, erhält er einen Medikationsplan. Dieser soll entsprechend der Vorgaben des § 31a SGB V erstellt werden. Der Medikationsplan ersetzt nicht die im Rahmen des Entlassmanagements gemäß Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses notwendige Information des weiterbehandelnden Arztes.
- 4) Dem Recht des Patienten auf freie Arztwahl nach § 76 SGB V sowie den Wahlrechten des Patienten nach § 2 SGB XI (Leistungen der Pflegeversicherung) oder § 8 SGB IX (Leistungen zur Teilhabe) ist bei der Umsetzung des Entlassplans durch das Krankenhaus sowie durch die Krankenkasse bzw. Pflegekasse Rechnung zu tragen.

## **§ 8**

### **Kommunikation mit den Leistungserbringern der Anschlussversorgung**

- 1) Das Krankenhaus stellt den Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung des Patienten beteiligten Leistungserbringern sicher.
- 2) Bei durch den Krankenhausaufenthalt unterbrochenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder Pflegesachleistungen ist der Pflegedienst oder die stationäre Pflegeeinrichtung des Patienten über den Termin der bevorstehenden Entlassung des Patienten zu informieren. Bezieht der Patient vor der Krankenseinweisung Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder Pflegesachleistungen, informiert der einweisende Arzt soweit möglich das Krankenhaus bei der Aufnahme im Rahmen der mitgegebenen Unterlagen (z. B. Überleitungsbrief, Medikationsplan, bisherige Angaben zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege, Angaben zu Pflegestufe/Pflegegrad) über die Versorgung des Patienten.
- 3) Das Krankenhaus führt bei Bedarf rechtzeitig vor der Entlassung das Gespräch mit dem weiterbehandelnden Arzt.
- 4) Für Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf soll ein zeitnaher Termin bei einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt vereinbart werden.

## **§ 9**

### **Dokumentation an die weiterbehandelnden Ärzte**

- 1) Der Entlassbrief ist zwingender Bestandteil des Entlassmanagements. Er ist zum Zeitpunkt der Entlassung dem Patienten und – sofern erforderlich – dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer auszuhändigen. Bei stationärer Anschlussheilbehandlung oder stationärer Pflege ist der Entlassbrief mit Einwilligung des Patienten sowohl der stationären Einrichtung als auch dem Hausarzt bzw. dem einweisenden/weiterbehandelnden Vertragsarzt zu übermitteln.
- 2) Ist zum Zeitpunkt der Entlassung die Mitgabe eines endgültigen Entlassbriefes nicht möglich, muss mindestens ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden, in dem alle getroffenen Maßnahmen und Verordnungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6, 12 und 14 sowie Beurteilungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V erfasst sind.

**Lesefassung** zum Rahmenvertrag Entlassmanagement  
nach § 39 Abs. 1a S. 10 SGB V in der Fassung der 3. Änderungsvereinbarung vom 15.06.2020

- 3) Der Entlassbrief enthält alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen. Diese sind mindestens:
- Patientenstammdaten, Aufnahme- und Entlassdatum
  - Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen
  - Kennzeichnung „vorläufiger“ oder „endgültiger“ Entlassbrief
  - Grund der Einweisung
  - Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger
  - Entlassungsbefund
  - Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren)
  - Weiteres Prozedere/Empfehlungen
  - Arzneimittel (unter ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von § 115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen Darreichungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) und der Medikationsplan; § 8 Abs. 3a Arzneimittel-Richtlinie ist zu beachten; Information über mitgegebene Arzneimittel
  - Alle veranlassten Leistungen (inklusive nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6, 12 und 14 SGB V) und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit
  - Nachfolgende Versorgungseinrichtung
  - Mitgegebene Befunde

**§ 10**

**Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse und die Pflegekasse**

- 1) Die Krankenkasse und die Pflegekasse unterstützt die Durchführung des Entlassmanagements des Krankenhauses nach § 3 in geeigneter Weise, beispielsweise durch die regelhafte Bereitstellung von Informationen zu Versorgungsstrukturen. Aufgabe der Krankenkasse ist es, gemeinsam mit dem Krankenhaus rechtzeitig vor der Entlassung die für die Umsetzung des Entlassplans erforderliche Versorgung zu organisieren, etwa die notwendigen Leistungserbringer zu kontaktieren (z. B. Vertragsärzte, Reha-Einrichtungen, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen) und für deren zeitgerechten Einsatz zu sorgen.
- 2) Bei individuellem Erfordernis unterstützt die Krankenkasse und die Pflegekasse die Umsetzung des Entlassmanagements patientenbezogen, z. B. durch die Pflegeberater nach § 7a SGB XI oder durch die Bereitstellung von Informationen zu Leistungserbringern.

**Lesefassung** zum Rahmenvertrag Entlassmanagement  
nach § 39 Abs. 1a S. 10 SGB V in der Fassung der 3. Änderungsvereinbarung vom 15.06.2020

- 3) Hat das Krankenhaus gemäß § 3 Absätze 5 und 6 die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse über das Erfordernis einer genehmigungspflichtigen Anschlussversorgung informiert und die notwendigen Antragsunterlagen übermittelt, stellt die Krankenkasse bzw. Pflegekasse die Antragsprüfung sicher und informiert den Patienten und das Krankenhaus unverzüglich über die getroffene Entscheidung.
- 4) Die Krankenkasse stellt zu ihren Geschäftszeiten die telefonische Erreichbarkeit eines für die Unterstützung des Entlassmanagements verantwortlichen Ansprechpartners sicher.

## **§ 11**

### **Verträge auf Landesebene**

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

## **§ 12**

### **Inkrafttreten, Kündigung**

- 1) Dieser Rahmenvertrag tritt zum 01.10.2017 in Kraft. Er kann mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden.
- 2) Die Vertragspartner verpflichten sich, im Fall einer Kündigung die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung unverzüglich aufzunehmen. Falls innerhalb von sechs Monaten nach Wirksamkeit der Kündigung keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet das gemäß § 118a Abs. 2 S. 2 SGB V erweiterte Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 SGB V. Bis zur Neuvereinbarung oder Festsetzung durch das Bundesschiedsamt gilt der bisherige Rahmenvertrag fort.

## **§ 13**

### **Salvatorische Klausel**

Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Vereinbarung im Übrigen dennoch gültig. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen haben die Parteien eine solche Ersatzregelung zu vereinbaren, die dem ursprünglichen Regelungsziel möglichst nahekommt.

## 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

*[Briefkopf Krankenhausträger]***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

Anlage 2

Technische Anlage zum Rahmenvertrag Entlassmanagement von Krankenhäusern nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V

Stand: 13.10.2016

**Technische Anlage zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement  
nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V  
(Rahmenvertrag Entlassmanagement)**

Version 0.1

Datum: 13.10.2016

## 1. Allgemeines

Das vorliegende Dokument beschreibt die Druckvorgaben für die in § 6 des Rahmenvertrags Entlassmanagements genannten Vordrucke.

## 2. Verbindlichkeit

- 2.1 Bei der Herstellung der Vordrucke nach dieser Vereinbarung sind als Druckvorlage ausschließlich die in Anlage 2/2a BMV-Ä festgelegten verbindlichen Muster in der jeweils gültigen Fassung zu verwenden.
- 2.2 Für die Nutzung der Vordrucke der Anlage 2 BMV-Ä im Entlassmanagement sind ausschließlich Vordrucke mit additiver Kennzeichnung „Entlassmanagement“ im Personalienfeld gemäß des hier abgebildeten Musters zu verwenden. Dabei ist bei der Herstellung der Vordrucke sicherzustellen, dass sich gegenüber dem hier abgebildeten Muster in der Gestaltung, Abmessung, Druckstärke und Schriftgröße keine Abweichungen ergeben. Ziffer 1.1.5 der Anlage 2 BMV-Ä gilt entsprechend.

Das Diagramm zeigt ein Vordruck-Muster für das Entlassmanagement. Es ist ein rechteckiges Feld mit einer Gesamtbreite von 80 mm und einer Gesamthöhe von 47 mm. Ein orangefarbener Balken mit der Aufschrift „Entlassmanagement“ verläuft diagonal über das Feld. Die Felder sind wie folgt dimensioniert:

| 5 mm Papierrand                |                  |        |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |        |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |        |
| geb. am                        |                  |        |
| Kostenträgerkennung            | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum  |

Die vertikalen Abmessungen sind:

- 10 mm (für Krankenkasse bzw. Kostenträger)
- 20 mm (für Name, Vorname des Versicherten)
- 8,5 mm (für geb. am)
- 8,5 mm (für die unteren drei Zeilen)

Die horizontalen Abmessungen sind:

- 28 mm (für die linke Spalte)
- 33 mm (für die mittlere Spalte)
- 19 mm (für die rechte Spalte)

Ein 9 mm Papierrand ist auf der linken Seite angegeben.

- 2.3 Werden im Rahmen des Entlassmanagements Vordrucke mittels Blankoformularbedruckungsverfahren gemäß Anlage 2a BMV-Ä erstellt, ist ausschließlich Sicherheitspapier in den Formaten DIN A4 und DIN A5 mit additiver Kennzeichnung „Entlassmanagement“ gemäß des hier abgebildeten Musters zu verwenden, welches die in Anlage 2a genannten Spezifikatio-

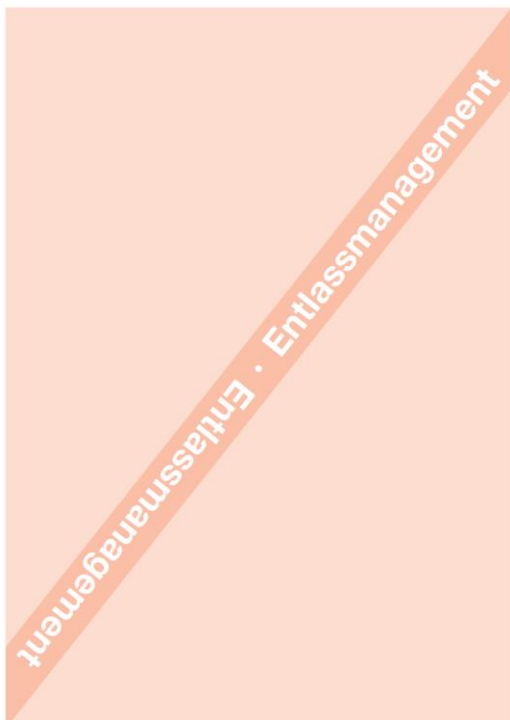
## Anlage 2

Technische Anlage zum Rahmenvertrag Entlassmanagement von Krankenhäusern nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V

Stand: 13.10.2016

nen erfüllt. Dabei ist bei der Herstellung der Vordrucke sicherzustellen, dass sich gegenüber dem hier abgebildeten Muster in der Gestaltung, Abmessung, Druckstärke und Schriftgröße keine Abweichungen ergeben. Für die Kennzeichnung gilt Ziffer 1.1.10.3 zum Blindfarbenaufdruck (rot) der Anlage 2a BMV-Ä entsprechend. Das Muster 16 (Arzneiverordnungsblatt) ist ausschließlich unter Verwendung des konventionellen Vordrucks, nicht über Blankoformularbedruckung, zu erstellen.

**Hinweis:** Das hier abgebildete Muster ist nicht maßstabgerecht ausgebildet. Es gelten die jeweils angegebenen Formatangaben.



2.4 Bei Vordruckanpassungen gelten im Entlassmanagement die, in der jeweiligen Änderungsvereinbarung zur Anlage 2 BMV-Ä festgelegten, Weiterverwendungsbestimmungen.

2.5 Das einstellige Kennzeichen „4“ an der 30. Stelle der Zeile 6 des Personalienfeldes ist wie folgt aufzudrucken.

## Anlage 2

Technische Anlage zum Rahmenvertrag Entlassmanagement von Krankenhäusern nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V

Stand: 13.10.2016

### Musterbeispiel für die Bedruckung des Personalienfeldes

|                                |                  |           |
|--------------------------------|------------------|-----------|
| 123456789012345678901234567890 |                  |           |
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |           |
| XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX/XXX       |                  | XX        |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |           |
| XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX           |                  | geb. am   |
| XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX           |                  | XX.XX.XX  |
| XXXXXXXXXX X                   |                  |           |
| X XXXXX XXXXXXXXXXXX           |                  | XX/XX     |
| Kostenträgerkennung            | Versicherten-Nr. | Status    |
| XXXXXXXXXX                     | XXXXXXXXXXXX     | XXXXXXXX4 |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum     |
| XXXXXXXXXX                     | XXXXXXXXXX       | XX.XX.XX  |

Schriftart:

Courier (New), NLQ

Zeichendichte:

10 Zeichen/Zoll

| <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="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, Pflegegrad _____ <input type="radio"/> beantragt                                       |                                                                                                         |
| <b>2. Fragen zum Rentenbezug und zur Altersvorsorge</b>                                                                                                                              |                                                                                                         |
| Erhalten Sie eine der nachstehenden Leistungen oder ist eine solche beantragt?                                                                                                       |                                                                                                         |
| Rentenbezug                                                                                                                                                                          | Rentenantrag                                                                                            |
| Altersrente                                                                                                                                                                          | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Rente wegen Erwerbsminderung                                                                                                                                                         | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Träger der Rentenversicherung                                                                                                                                                        |                                                                                                         |
| _____                                                                                                                                                                                |                                                                                                         |
| _____                                                                                                                                                                                |                                                                                                         |
| Wenn Sie diese Frage 2 in allen Teilen mit <u>nein</u> beantwortet haben, bitte nachfolgende Frage 3 beantworten, ansonsten weiter mit Frage 4.                                      |                                                                                                         |
| <b>3. Fragen zum derzeitigen Beschäftigungsstatus und zu entrichteten Rentenversicherungsbeiträgen</b>                                                                               |                                                                                                         |
| Befinden Sie sich in Altersteilzeit?                                                                                                                                                 |                                                                                                         |
| <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja                                                                                                                                  |                                                                                                         |
| Wurden für Sie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder zur Alterssicherung der Landwirte entrichtet oder angerechnet?                                                      |                                                                                                         |
| <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja ggf. auf Grund von                                                                                                               |                                                                                                         |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="checkbox"/> Minijob</div><div><input type="checkbox"/> Kindererziehungszeiten</div></div>              |                                                                                                         |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="checkbox"/> Pflege von Angehörigen</div><div><input type="checkbox"/> Versorgungsausgleich</div></div> |                                                                                                         |
| <b>4. Fragen zur häuslichen Situation</b>                                                                                                                                            |                                                                                                         |
| In welchem Stockwerk wohnen Sie? _____                                                                                                                                               |                                                                                                         |
| Ist ein Aufzug vorhanden? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> 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="radio"/> zu Hause und dort <input type="radio"/> allein <u>oder</u>                                                                                                     |                                                                                                         |
| <input type="radio"/> mit Angehörigen/mit sonstigen Personen                                                                                                                         |                                                                                                         |
| <input type="radio"/> im Betreuten Wohnen                                                                                                                                            |                                                                                                         |
| <input type="radio"/> in einer Alten-/Pflegeeinrichtung                                                                                                                              |                                                                                                         |
| Ist die häusliche Versorgung aktuell sichergestellt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> 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 ☐ jaWenn 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:

V1.0

S. 3 / 3

| <b>Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                               |                                                                                                           |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>I. Allgemeine Angaben</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                               |                                                                                                           |  |
| <b>I.1. Personalien der/des Versicherten:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                               |                                                                                                           |  |
| <b>Name</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Geburtsdatum</b>           | <b>Geschlecht</b>                                                                                         |  |
| <b>Vorname</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Versichertennummer</b>     | männlich <input type="checkbox"/><br>weiblich <input type="checkbox"/><br>divers <input type="checkbox"/> |  |
| <b>I.2. Indikation*</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                               |                                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> Muskuloskeletale Erkrankungen <input type="checkbox"/> Kardiologie <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Geriatrie<br><input type="checkbox"/> Sonstige: _____                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                                                                                                           |  |
| *Barthel-Index u. FR-Index (siehe Anlage; bei Neurologie und Geriatrie beizufügen)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                                                                                                           |  |
| <b>I.3. Die Krankenhausbehandlung ggf. einschließlich Frühmobilisation und Wundbehandlung</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                               |                                                                                                           |  |
| Aufnahmedatum _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               | voraussichtliches Entlassdatum _____                                                                      |  |
| <b>I.4. Werden derzeit neurologische, geriatrische oder fachübergreifende Frührehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                           |  |
| <b>I.5. Die Anschlussrehabilitation soll erfolgen</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |                                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> als Direktverlegung<br><input type="checkbox"/> frühestens am _____ weil _____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                                                                                           |  |
| <b>II. Rehabilitationsbedürftigkeit</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                               |                                                                                                           |  |
| <b>II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen <u>in der Reihenfolge ihrer Bedeutung</u></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               |                                                                                                           |  |
| (Codierung konkret und endständig)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                                                                                                           |  |
| <b>Funktionsdiagnosen</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>ICD-10-GM <sup>1</sup></b> | <b>Ur-<br/>sache<sup>2</sup></b>                                                                          |  |
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                                                                                                           |  |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                                                                                                           |  |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                                                                                                           |  |
| 4.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                                                                                                           |  |
| 5.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                                                                                                           |  |
| <sup>1</sup> Die hierangegebenen Diagnoseschlüssel umfassen die Diagnosen zum Zeitpunkt der Antragstellung und können von den Entlassdiagnosen abweichen<br><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) |                               |                                                                                                           |  |
| <b>II.2. Durchgeführte Behandlungen</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                               |                                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> Operation am _____ Welche? _____<br>OPS _____<br>Wunde geschlossen und reizlos? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><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)

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                                 |                                   |                              |                                            |                                   |                                       |                                  |                                         |                                        |                                                 |  |                                                                       |                                                                    |  |  |                                          |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------|--|--|--|
| <b>III. Rehabilitationsfähigkeit</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                    |                                                 |                                   |                              |                                            |                                   |                                       |                                  |                                         |                                        |                                                 |  |                                                                       |                                                                    |  |  |                                          |  |  |  |
| <b>III.1. Besteht eine ausreichende körperliche und psychisch/kognitive Belastbarkeit, um an der Therapie teilzunehmen?</b><br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                 |                                   |                              |                                            |                                   |                                       |                                  |                                         |                                        |                                                 |  |                                                                       |                                                                    |  |  |                                          |  |  |  |
| <b>III.2. Voraussichtliche Belastbarkeit im Hinblick auf die durchgeführte Intervention zum Zeitpunkt des Antritts der Anschlussrehabilitation</b><br><input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> teilbelastbar mit: _____ <input type="checkbox"/> übungstabil<br>Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Besonderheiten: _____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                    |                                                 |                                   |                              |                                            |                                   |                                       |                                  |                                         |                                        |                                                 |  |                                                                       |                                                                    |  |  |                                          |  |  |  |
| <b>III.3. Ist ein besonderer Unterstützungsbedarf im Bereich der Selbstversorgung erforderlich?</b><br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar bei _____<br><div style="text-align: right; font-size: small;">(nur auszufüllen wenn keine aktuellen Assessments, z. B. Barthel-Index, FIM, SINGER beigelegt sind)</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                 |                                   |                              |                                            |                                   |                                       |                                  |                                         |                                        |                                                 |  |                                                                       |                                                                    |  |  |                                          |  |  |  |
| <b>IV. Rehabilitationsziele/-prognose</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                 |                                   |                              |                                            |                                   |                                       |                                  |                                         |                                        |                                                 |  |                                                                       |                                                                    |  |  |                                          |  |  |  |
| <b>Welches sind die realistischen, alltagsrelevanten Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen?</b><br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                    |                                                 |                                   |                              |                                            |                                   |                                       |                                  |                                         |                                        |                                                 |  |                                                                       |                                                                    |  |  |                                          |  |  |  |
| <b>V. Zusammenfassende Bewertung</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                    |                                                 |                                   |                              |                                            |                                   |                                       |                                  |                                         |                                        |                                                 |  |                                                                       |                                                                    |  |  |                                          |  |  |  |
| <b>Welche Rehabilitationsart wird empfohlen?</b><br><input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> ambulant mobil, weil (z. B. schwere Orientierungsstörung, Wanderungstendenz): _____<br><br><input type="checkbox"/> stationär, weil (z. B. Immobilität, Defizite bei der Selbstversorgung): _____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                 |                                   |                              |                                            |                                   |                                       |                                  |                                         |                                        |                                                 |  |                                                                       |                                                                    |  |  |                                          |  |  |  |
| <b>VI. Weitere relevante Informationen für die Durchführung der Rehabilitation</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |                                                 |                                   |                              |                                            |                                   |                                       |                                  |                                         |                                        |                                                 |  |                                                                       |                                                                    |  |  |                                          |  |  |  |
| <b>VI.1. Werden besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung gestellt?</b><br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar wegen:<br><div style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> Dialyse, welches Verfahren _____<br/> <br/> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chemotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Immunsuppressiva</td> <td><input type="checkbox"/> Katheter</td> <td><input type="checkbox"/> PEG</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Isolationspflicht</td> <td><input type="checkbox"/> Beatmung</td> <td><input type="checkbox"/> Tracheostoma</td> <td><input type="checkbox"/> Weaning</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> OS/US-Prothese</td> <td><input type="checkbox"/> Bettüberlänge</td> <td><input type="checkbox"/> ausgeprägte Adipositas</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung</td> <td><input type="checkbox"/> Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> sonstiges _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <br/>         _____<br/>         _____<br/>         _____       </div> | <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"/> OS/US-Prothese | <input type="checkbox"/> Bettüberlänge | <input type="checkbox"/> ausgeprägte Adipositas |  | <input type="checkbox"/> gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung | <input type="checkbox"/> Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger |  |  | <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |  |  |  |
| <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"/> OS/US-Prothese                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Bettüberlänge                             | <input type="checkbox"/> ausgeprägte Adipositas |                                   |                              |                                            |                                   |                                       |                                  |                                         |                                        |                                                 |  |                                                                       |                                                                    |  |  |                                          |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger |                                                 |                                   |                              |                                            |                                   |                                       |                                  |                                         |                                        |                                                 |  |                                                                       |                                                                    |  |  |                                          |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> sonstiges _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                 |                                   |                              |                                            |                                   |                                       |                                  |                                         |                                        |                                                 |  |                                                                       |                                                                    |  |  |                                          |  |  |  |

Krankenkasse  
 Name:  
 Vorname

Versichertennr.  
 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>Stuhlkontinenz</b>                                                                                                                                                                                                                 |                             |
| • ist stuhlkontinent, 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

Versichertennr.

Geb.Datum

V1.0

S. 5 / 6

| <b>2. Frühreha-Index (FR-Index)<br/>(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

Versichertennr.  
Geb.Datum

V1.0  
S. 6 / 6