

DEGEMED-Faktenblatt zum geplanten Entlassmanagement in stationären Reha-Einrichtungen für Rehabilitanden der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (Stand: September 2017)

Wie sieht der gesetzliche Hintergrund aus?

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäuser sind nach dem im Juli 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zur Durchführung eines Entlassmanagements für Patienten bzw. Rehabilitanden der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verpflichtet. GKV-Spitzenverband (GKV-SV), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Leistungserbringerverbände – darunter auch die DEGEMED – verhandeln seit zwei Jahren über einen eigenständigen Rahmenvertrag für die medizinischen Reha. Diese Verhandlungen dauern noch an. Die parallelen Verhandlungen für das Entlassmanagement in Krankenhäuser mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) wurden inzwischen abgeschlossen.

Welche Bedeutung hat der Rahmenvertrag zum Entlassmanagement in Krankenhäusern für Reha-Einrichtungen?

Keine! Der Rahmenvertrag zwischen GKV-SV, KBV und DKG, der zum 01.10.2017 in Kraft tritt, gilt ausschließlich für Krankenhäuser. Für stationäre Reha-Einrichtungen hat er keinerlei Wirkung.

Was bedeutet Entlassmanagement künftig für stationäre Reha-Einrichtungen?

Stationäre Reha-Einrichtungen müssen das Entlassmanagement künftig als standardisierten Prozess organisieren und dokumentieren. Das Entlassmanagement soll vor allem die medizinische bzw. pflegerische Versorgung im Anschluss an die Rehabilitation einleiten.

Was gehört zum Entlassmanagement dazu?

Stationäre Reha-Einrichtungen sollen unter anderem:

- den medizinischen und/oder pflegerischen Versorgungsbedarf der Rehabilitanden nach Abschluss der Rehabilitation feststellen,
- die medizinische und/oder pflegerische Anschlussversorgung einleiten und ggf. Kontakt zum weiterbehandelnden Arzt bzw. einem anderen Leistungserbringer aufnehmen,
- Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V (z.B. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel) verordnen, soweit diese für die unmittelbare Anschlussversorgung notwendig sind,
- die Rehabilitanden beim Beantragen von Leistungen der Kranken- und/oder Pflegekasse unterstützen,
- eine ggf. bestehende Arbeitsunfähigkeit feststellen,
- einen einheitlichen Entlassungsbericht erstellen (analog E-Bericht der Deutschen Rentenversicherung).

Muss der Rehabilitand dem Entlassmanagement zustimmen?

Ja! Das Entlassmanagement sowie die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten bedürfen der vorherigen Einwilligung des Rehabilitanden. Die Reha-Einrichtung muss ihn zu Beginn der Reha schriftlich über Inhalte und Ziele des Entlassmanagements informieren und die Einwilligung dazu einholen. Diese kann vom Rehabilitanden jederzeit widerrufen werden.

Wie ist der aktuelle Stand der Verhandlungen?

Aufgrund der teilweise heftigen Auseinandersetzungen zwischen GKV-SV, KBV und DKG über den Rahmenvertrag für Krankenhäuser hatten die Beteiligten für den Reha-Bereich ihre Verhandlungen seit Januar ausgesetzt. Nach der Einigung im Krankenhausbereich im Sommer haben die Beteiligten im August und September auch für die medizinische Rehabilitation Kompromissmöglichkeiten erörtert.

Welche Fragen sind noch offen?

Bei den bislang strittigen Fragen über die Verwendung einer lebenslangen Arztnummer, Einführung einer Betriebsstättennummer für Reha-Einrichtungen sowie Einführung eines einheitlichen E-Berichts zeichnen sich Kompromisse ab. Strittig sind dagegen weiterhin:

1. Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Verordnungen durch Reha-Einrichtungen. Hier fordern die DEGEMED und die anderen Leistungserbringerverbände, dass Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterbleiben, solange keine Maßstäbe und Verfahren dafür zur Verfügung stehen.
2. Die Finanzierung des Mehraufwands, den Reha-Einrichtungen durch die Ein- und Durchführung des Entlassmanagements haben. Die DEGEMED und die übrigen Leistungserbringerverbände möchten einen entsprechenden Passus in der Rahmenvereinbarung verankern, der GKV-Spitzenverband lehnt dies ab.

Was passiert bei Nichteinigung?

Einigen sich die GKV-SV, KBV und die Leistungserbringerverbände nicht auf einen Rahmenvertrag, setzt das Bundesschiedsamt eine Rahmenvertrag fest. Diese Entscheidung kann dann gerichtlich angefochten werden.

Wie ist die Position der DEGEMED?

Die DEGEMED befürwortet ein Entlassmanagement, das die Anschlussversorgung der Rehabilitanden der gesetzlichen Krankenversicherung verbessert. Gleichzeitig vertritt die DEGEMED in den Verhandlungen die Position, dass zusätzliche Aufgaben nicht zulasten der Reha-Kliniken gehen dürfen, sondern von den Krankenkassen finanziert werden müssen.