

Hinweise des BVMed zur Umsetzung des Entlassmanagements bei Hilfsmittelbedarf

Zum 01.10.2017 wird der Rahmenvertrag in Kraft treten, welcher nach § 39 Abs. 1 a Satz 9 SGB V die Einzelheiten zum Entlassmanagement regelt. Dieser wurde zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (handelnd auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossen.

Da aus Sicht der im BVMed organisierten Unternehmen nicht alle für den Versorgungsalltag relevanten Praxis-Themen in den Umsetzungshinweisen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Rahmenvertrag nach § 39 Abs. 1 a S. 9 SGB V aufgegriffen werden, möchten wir Ihnen für Ihren Arbeitsalltag ergänzend die nachfolgende FAQ-Liste an die Hand geben.

Übersicht

| | |
|---|---|
| 1. Was sind Hilfsmittel? | 2 |
| 2. Welche Besonderheiten sind bei der Verordnung von Hilfsmitteln zu beachten?..... | 2 |
| a. Verordnung von zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln | 2 |
| b. Verordnung von zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln | 2 |
| c. Was ist bei der Ausstellung des Rezepts zu beachten?..... | 2 |
| 3. Wie können Sie das Wahlrecht des Patienten adäquat umsetzen? | 3 |
| 4. Ist die Krankenkasse grundsätzlich bei der Hilfsmittelversorgung im Entlassmanagement einzubinden? | 3 |
| 5. Was gilt bei genehmigungspflichtigen Hilfsmitteln?..... | 3 |
| 6. Was sind die konkreten Handlungsschritte für ein Krankenhaus, wenn ein Antrag zur Genehmigung des Hilfsmittels gestellt werden muss? | 4 |
| 7. Woher weiß das Krankenhaus, welche Hilfsmittel genehmigungspflichtig sind und welche nicht? | 4 |
| 8. Muss das Krankenhaus die Genehmigung/Rückmeldung der Krankenkasse abwarten, bevor es den Leistungserbringer einbindet? | 5 |
| 9. Was gilt, wenn die Beratung und Einweisung nicht zeitnah erfolgen kann, weil der Patient keinen Leistungserbringer für die nachstationäre Hilfsmittelversorgung benennt oder der gewählte Leistungserbringer zu weit vom Krankenhaus entfernt ist? | |
| Darf das Krankenhaus in diesen Fällen auf seine bisherigen Ansprechpartner/ Kooperationspartner zurückgreifen? | 5 |
| 10. Darf ein Krankenhaus nach der Neufassung des § 39 Abs. 1 a SGB V und dem hierzu abgeschlossenen Rahmenvertrag noch mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern kooperieren?..... | 5 |
| 11. Müssen Krankenhäuser mit mehreren bzw. einer bestimmten Zahl von Leistungserbringern kooperieren? | 5 |
| Regelungsinhalte im Bereich der Hilfsmittelversorgung..... | 6 |

Hinweise des BVMed zur Umsetzung des Entlassmanagements bei Hilfsmittelbedarf

1. Was sind Hilfsmittel?

Die Hilfsmittel-Richtlinie definiert Hilfsmittel als

»sächliche Mittel oder technische Produkte, die individuell gefertigt oder als serienmäßig hergestellte Ware in unverändertem Zustand oder als Basisprodukt mit entsprechender handwerklicher Zurichtung, Ergänzung bzw. Abänderung von den Leistungserbringern abgegeben werden. Dazu können auch solche sächlichen Mittel oder technischen Produkte zählen, die dazu dienen, Arzneimittel oder andere Therapeutika, die zur inneren Anwendung bestimmt sind, in den Körper zu bringen (z. B. bestimmte Spritzen oder Inhalationsgeräte).«

– § 2 der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses –

Hilfsmittel dienen dem mittelbaren oder unmittelbaren Ausgleich einer Behinderung und deren Folgen.

Grundsätzlich unterscheidet man Verbrauchs- und Gebrauchshilfsmittel.

Verbrauchshilfsmittel

- > Hilfsmittel zur einmaligen ununterbrochenen Verwendung, z. B. Inkontinenzvorlagen, Trachealkanülen, Stomabeutel

Gebrauchshilfsmittel

- > Hilfsmittel zur dauerhaften, mehrfachen Verwendung, z. B. Bandagen, Infusionspumpen, Rollstühle

2. Welche Besonderheiten sind bei der Verordnung von Hilfsmitteln zu beachten?

a. Verordnung von zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln

- > Entlassverordnungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel sind in der Regel für den Bedarf von max. 7 Tagen möglich.
- > Sonderregelungen zwischen der Krankenkasse und dem Leistungserbringer sind möglich.
- > Der jeweilige vom Patienten gewählte Leistungserbringer weiß hier, welcher Lieferumfang bei der jeweiligen Krankenkasse möglich ist und wird das Krankenhaus informieren, sofern besondere Hinweise auf der Verordnung zusätzlich notwendig sind.
- > Deshalb empfiehlt sich die Vorgehensweise nach Punkt 5.

b. Verordnung von zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln

- > Die Begrenzung der Versorgungsdauer gilt nicht für nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (sog. Gebrauchshilfsmittel).
- > Hilfsmittel mit individueller Anpassung sollen in der Regel nicht im Rahmen des Entlassmanagement verordnet werden. In Ausnahmefällen bedarf es einer Begründung zur unmittelbaren Erforderlichkeit.

c. Was ist bei der Ausstellung des Rezepts zu beachten?

- > Grundsätzlich ist das Rezept »Muster 16« mit dem Vermerk Entlassverordnung/Entlassmanagement zu verwenden.
- > Alle Bescheinigungen/Verordnungen müssen das Datum des Entlasstages tragen.
- > Die Ausfertigung des Rezepts kann bereits vor dem Entlasstag erfolgen, wenn für die Versorgung mit einem Hilfsmittel im häuslichen Bereich die besondere Expertise oder Umgebung des Krankenhauses erforderlich ist (zum Beispiel bei der Versorgung mit einem Heimbeatmungsgerät, auf die der Versicherte im Krankenhaus eingestellt wird).

Hinweise des BVMed zur Umsetzung des Entlassmanagements bei Hilfsmittelbedarf

3. Wie können Sie das Wahlrecht des Patienten adäquat umsetzen?

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.¹ Der Patient ist ausdrücklich auf das Recht der freien Wahl des Leistungserbringers hinzuweisen. Die Ausübung des Wahlrechts sollte schriftlich und damit dokumentiert erfolgen.

4. Ist die Krankenkasse grundsätzlich bei der Hilfsmittelversorgung im Entlassmanagement einzubinden?

Nein.

§ 3 Abs. 6 des Rahmenvertrages zum Entlassmanagement sieht vor, dass das Krankenhaus allein bei »patientenbezogenem Bedarf für eine Unterstützung durch die Kasse« Kontakt mit der Kranken- oder Pflegekasse aufnimmt. Inwiefern dieser Unterstützungsbedarf besteht, liegt im Ermessensspielraum des Krankenhauses.

5. Was gilt bei genehmigungspflichtigen Hilfsmitteln?

Die Patienten sind bei der Antragstellung der genehmigungspflichtigen Leistungen zu unterstützen.

Aufgrund der Verschiedenheit der Genehmigungsfreigrenzen wird in der Umsetzungshilfe der DKG empfohlen, die Krankenkassen über erforderliche Hilfsmittelversorgungen zu informieren (per Info-Fax oder Email), damit dort eine Prüfung veranlasst werden kann. Anschließend ist umgehend der vom Patienten gewählte Leistungserbringer einzuschalten. Dieser kann die weiteren Maßnahmen nach den Vorgaben seines Versorgungsvertrages mit der Krankenkasse des Versicherten vornehmen (Direktversorgung, Kostenvoranschlag mit Genehmigung oder Versorgungsanzeige mit oder ohne Genehmigung des Kostenträgers).

Da die Genehmigungsprozesse – insbesondere bei Hilfsmitteln – bei zahlreichen Kostenträgern verpflichtend elektronisch (mittels EDV-Anwendungen) zu erfolgen haben, wird eine Unterstützung des Patienten (z. B. durch Vorhalten bestimmter Formulare) durch das Krankenhaus selbst regelmäßig nicht möglich sein. Dies gilt insbesondere auch bei Hilfsmitteln, da hier der Kostenvoranschlag regelmäßig von dem vom Patienten gewählten Leistungserbringer zu stellen ist.

Es ist daher ratsam, die Antragstellung nach Ausübung des Wahlrechts des Patienten durch den gewählten Leistungserbringer durchführen zu lassen. Dieses Vorgehen entspricht der heutigen Versorgungspraxis und sichert eine schnelle Bearbeitung der Anträge.

Es sind ausschließlich die Leistungserbringer versorgungsberechtigt, die Vertragspartner bei den jeweiligen Krankenkassen sind.

¹ z. B. § 124 SGB V, § 127 SGB V

Hinweise des BVMed zur Umsetzung des Entlassmanagements bei Hilfsmittelbedarf

6. Was sind die konkreten Handlungsschritte für ein Krankenhaus, wenn ein Antrag zur Genehmigung des Hilfsmittels gestellt werden muss?

Das Krankenhaus sollte in folgenden Schritten vorgehen

- > Einholung der Einwilligung beim Patienten
- > Beratung und Information über die Versorgungsnotwendigkeit und die Versorgungsstrukturen
- > Ausübung des Wahlrechts des Patienten
- > Ggf. Kontaktaufnahme zur Krankenkasse
- > unmittelbar danach: Kontaktaufnahme zum Leistungserbringer
→ von dort: Einleitung des Antragsverfahrens / Genehmigungsverfahrens

7. Woher weiß das Krankenhaus, welche Hilfsmittel genehmigungspflichtig sind und welche nicht?

- > Die Genehmigungspflicht von Hilfsmittelversorgungen ergibt sich aus den Hilfsmittelverträgen, welche die Krankenkasse des Patienten mit dem ausgewählten Leistungserbringer geschlossen hat.
- > Die Genehmigungspflicht kann von Hilfsmittel zu Hilfsmittel, von Leistungserbringer zu Leistungserbringer, von Krankenkasse zu Krankenkasse abweichend geregelt sein.
- > Ob eine Leistung genehmigungspflichtig ist, ergibt sich daher erst, wenn der Leistungserbringer bekannt ist, den der Patient für seine Anschlussversorgung auswählt.
- > Deshalb empfiehlt sich die Vorgehensweise, wie sie in Punkt 5 beschrieben ist.

Beispiel 1 – Der Patient benötigt einen Rollstuhl.

Unter Ausübung seines Wahlrechts wählt der Patient einen Leistungserbringer, der ihn hiermit versorgen soll. Der Preis des individuell erforderlichen Rollstuhls (515 Euro) liegt über der vereinbarten Genehmigungsfreigrenze für Rollstühle (487 Euro). Zur Genehmigung des Rollstuhls ist daher vorab die Krankenkasse einzubeziehen.

→ Das Hilfsmittel ist zu beantragen.

Beispiel 2 – Der Patient benötigt im Anschluss an seine Krankenhausbehandlung eine Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen.

Unter Ausübung seines Wahlrechts wählt der Patient einen Leistungserbringer, der ihn mit diesen Hilfsmitteln versorgen soll. Die bedarfsgerechte Anschlussversorgung kostet 20 Euro. Die zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer vereinbarte Genehmigungsgrenze liegt bei 23,50 Euro.

→ Eine vorherige Genehmigung – und die Einbeziehung der Krankenkasse – ist daher nicht vorgesehen.

Hinweis – Die genannten Beträge sind fiktive Beispiele.

Hinweise des BVMed zur Umsetzung des Entlassmanagements bei Hilfsmittelbedarf

8. Muss das Krankenhaus die Genehmigung/Rückmeldung der Krankenkasse abwarten, bevor es den Leistungserbringer einbindet?

Nein.

Die Vorgaben des Rahmenvertrags gehen nur ein auf die Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse vor Einbindung des Leistungserbringers. Ein Abschluss des Genehmigungsverfahrens ist nicht gefordert und könnte zu erheblichen Verzögerungen im Versorgungsablauf führen.

Der vom Patienten gewählte Leistungserbringer wird in den (seltenen) Fällen, in denen er z. B. aufgrund einer Exklusivvereinbarung nach Ausschreibung der Krankenkasse ausnahmsweise nicht versorgungsberechtigt ist, das Krankenhaus oder aber direkt die Krankenkasse informieren, damit diese dem Ausschreibungssieger den Versorgungsauftrag weiterleiten kann.

9. Was gilt, wenn die Beratung und Einweisung nicht zeitnah erfolgen kann, weil der Patient keinen Leistungserbringer seiner Wahl für die nachstationäre Hilfsmittelversorgung benennt oder der gewählte Leistungserbringer zu weit vom Krankenhaus entfernt ist?

Darf das Krankenhaus in diesen Fällen auf seine bisherigen Ansprechpartner/Kooperationspartner zurückgreifen?

Ja, aber nur,

- > wenn der Patient mit dieser Vorgehensweise ausdrücklich (schriftlich) einverstanden ist.
- > Insbesondere muss der Patient der Weiterleitung seiner Daten an den Ansprechpartner/Kooperationspartner des Krankenhauses zur Einleitung der Hilfsmittelversorgung (schriftlich) zustimmen.

10. Darf ein Krankenhaus nach der Neufassung des § 39 Abs. 1 a SGB V und dem hierzu abgeschlossenen Rahmenvertrag noch mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern kooperieren?

Die Kooperation zwischen Krankenhäusern und Leistungserbringern bei der Einleitung der nachstationär erforderlichen Hilfsmittelversorgung Leistungserbringer ist weiter zulässig. Ein Entlassmanagement wäre ohne ein solches Zusammenwirken gar nicht möglich.

Empfehlung für eine zulässige Zusammenarbeit

- > Beachtung des Patientenwahlrechts
- > Information an die Kranken-/Pflegekasse vor Hinzuziehung eines Leistungserbringers (bei genehmigungspflichtigen Leistungen)
- > Keine unzulässige Bevorzugung/Zuweisung – die Entscheidung für die Zusammenarbeit erfolgt anhand nachvollziehbarer Sachkriterien (bspw. Qualität, Leistungsangebot)

11. Müssen Krankenhäuser mit mehreren bzw. einer bestimmten Zahl von Leistungserbringern kooperieren?

Nein.

Die Zulässigkeit eines Kooperationsvertrages wird nicht durch die Anzahl der Vertragspartner bestimmt. Auch mehrere Kooperationsverträge können für sich oder in der Gesamtheit unzulässig sein (s. Frage 10).

Regelungsinhalte im Bereich der Hilfsmittelversorgung

Mit den Neuregelungen ist für den Bereich der Hilfsmittelversorgung u. a. vorgesehen,

- > *dass Patienten im Bedarfsfall über bestehende Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen für die Anschlussversorgung informiert werden müssen*
– § 7 Abs. 2 Rahmenvertrag –
- > *dass die im Entlassplan als notwendig erkannten Versorgungsleistungen frühestmöglich eingeleitet werden müssen*
– § 3 Abs. 3 Rahmenvertrag –
- > *dass Patienten im Bedarfsfall einen Anspruch auf Verordnung der benötigten Hilfsmittel haben; Patienten sind dabei über das Erfordernis der rechtzeitigen Inanspruchnahme der verordneten Leistungen (bei Hilfsmitteln: i.d.R. 7 Tage) zu informieren*
– § 3 Abs. 8 Rahmenvertrag –
- > *dass im Bedarfsfall frühzeitig Kontakt mit dem weiterversorgenden Leistungserbringer aufzunehmen sowie die Überleitung des Patienten in die Anschlussversorgung am Entlasstag sicherzustellen ist*
– § 3 Abs. 4 Rahmenvertrag –
- > *dass das Recht zur freien Wahl des Leistungserbringers (Vertragspartner der jeweiligen Krankenkasse), zu beachten ist. Patienten sind hierauf hinzuweisen. Eine Bevorzugung eines Anbieters ist nicht statthaft. Vereinbarungen, die auf die Zuweisung von Patienten abzielen, sind unzulässig*
– § 4 Abs. 6 Rahmenvertrag. (Kooperationen sind unter Beachtung der in Ziffer 9 skizzierten Voraussetzungen zulässig.) –
- > *dass – soweit die Einwilligung des Patienten vorliegt – im Bedarfsfall rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse bzw. Pflegekasse aufgenommen wird; bei genehmigungspflichtigen Leistungen hat der Kontakt zur Krankenkasse vor Einbindung eines Leistungserbringers zu erfolgen*
– § 3 Abs. 6 Rahmenvertrag –
- > *dass Patienten ihre schriftliche Einwilligung für die Durchführung des Entlassmanagements erklären müssen*
– § 7 Abs. 1 Rahmenvertrag –
- > *dass Patienten im Bedarfsfall bei genehmigungspflichtigen Leistungen vom Krankenhaus die notwendigen Antragsunterlagen zur Verfügung gestellt und bei der Antragstellung unterstützt werden müssen*
– § 7 Abs. 3 Rahmenvertrag –
- > *dass der Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung beteiligten Leistungserbringern sicherzustellen ist*
– § 8 Abs. 1 Rahmenvertrag –