

Information des Bayerischen Hausärzteverbandes (BHÄV) zum Thema poststationären Überleitungsmanagement

Der EK HzV-Vertrag (ohne TK) sieht die Leistung poststationäres Überleitungsmanagement vor. Das Überleitungsmanagement soll die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung verbessern und den sich anschließenden Bedarf an Leistungen optimieren, die i.d.R. durch die Ersatzkasse veranlasst werden.

Grundsätzlich soll das Überleitungsmanagement aufgrund des telefonischen Kontakts zwischen Betreuarzt und Krankenhaus-Arzt erfolgen. Ein persönliches Gespräch zwischen Betreuarzt und Patient kann hilfsweise durchgeführt werden, um den Leistungsbedarf des Patienten zeitnah koordinieren zu können. Damit die Ersatzkasse zeitnah die anschließende Versorgung sicherstellen kann, muss das Gespräch idealerweise während, spätestens aber innerhalb von **sieben Kalendertagen nach dem Krankenhausaufenthalt** erfolgen. Das Ergebnis des jeweiligen Gesprächs dokumentieren Sie in dem „**Überleitungsbogen**“. Für das Ausfüllen des Überleitungsbogens sowie die Fax-Versendung an die zuständige Ersatzkasse haben Sie **maximal weitere drei Werktage** zur Verfügung. Auf einer ergänzenden Seite des Überleitungsbogens finden Sie die Fax-Nummern der einzelnen Ersatzkassen aufgelistet. Bitte stellen Sie unbedingt sicher, dass der ausgefüllte Bogen ausschließlich an die entsprechende Ersatzkasse Ihres Patienten gefaxt wird. Anschließend wird der Überleitungsbogen in der Patientenakte mitsamt Faxreport abgelegt, der Faxversandzeitpunkt vermerkt.

Damit der Informationsaustausch zwischen Patient/Krankenhaus – Betreuarzt – Ersatzkasse auch datenschutzrechtlich abgesichert ist, ist es erforderlich, dass der Patient seine Einwilligung auf dem „**Merkblatt zum Versorgungsmanagement**“ erklärt. Die Patientenerklärung muss zum Zeitpunkt des Faxversandes vom Überleitungsbogen an die Ersatzkasse vorliegen. Bitte stellen Sie deshalb sicher, dass die Patientenerklärung zeitnah eingeholt wird. Im Anschluss verbleibt die Patientenerklärung in der Patientenakte und wird nicht versendet. Bitte beachten Sie, dass es zu stichprobenhafter Überprüfung der vorliegenden Einwilligungserklärungen seitens der Ersatzkassen kommen kann.

Da wir den Überleitungsbogen und die Patientenerklärung für das Quartal 3/2012 und 4/2012 noch nicht in der HzV-Praxissoftware abbilden konnten, finden Sie beide Unterlagen ab Mitte Juli als Kopiervorlage zum Download unter www.hausaerzte-bayern.de und www.hausaerzteverband.de in der Rubrik Hausarztverträge/ EK HzV-Vertrag ab 01.07.2012.

Hausarztzentrierte Versorgung: Versorgungsmanagement

Merkblatt für Patienten

Die hausarztzentrierte Versorgung in Bayern umfasst auch Maßnahmen zu einem so genannten Überleitungsmanagement nach Krankenhausaufenthalt. Damit sollen dem Willen des Gesetzgebers entsprochen werden, einen reibungslosen Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege sicherzustellen, um Pflegebedürftigkeit und Wiedereinweisung möglichst zu vermeiden oder, wenn nötig, vernünftig abzustimmen (§ 11 Abs. 4 SGB V).

Dies setzt einen Informationsaustausch zwischen dem Krankenhaus, Ihrem Hausarzt und Ihrer Krankenkasse voraus, eventuell auch mit anderen Fachärzten, Rehabilitations-, Versorgungs- und Pflegeeinrichtungen und Pflegeberatern. Ob dies so sein soll und wer im Einzelnen daran beteiligt sein soll, können Sie selbst bestimmen. Sie werden dazu von Ihrem Hausarzt und von Ihrer Krankenkasse eingehend unterrichtet und beraten.

Nach einem Krankenhausaufenthalt übermittelt Ihr Hausarzt Ihrer Krankenkasse einen Überleitungsbogen mit Angaben

- zur stattgefundenen stationären Behandlung und deren Gründen und Ergebnissen (Befunde, Diagnosen, Empfehlungen)
- zu Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand
- zur Medikation
- zu Ihrer Arbeitsfähigkeit
- zur Pflege, Rehabilitation und Wiedereingliederung
- und, soweit erforderlich, zu Ihrer sozialen Situation.

Ihre Krankenkasse speichert diese Daten und kann Sie verwenden, um Ihnen zusätzliche Angebote zur Verbesserung Ihres Gesundheitszustandes zu machen, z. B. zur Teilnahme an besonderen Behandlungsprogrammen oder zu besonderen Pflegeangeboten. Eine Weitergabe Ihrer Daten durch Ihre Krankenkasse an andere Leistungserbringer erfolgt ausschließlich mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung.

Alle Beteiligten unterstehen dem Arztgeheimnis oder dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten bleiben folglich verlässlich innerhalb des von Ihnen und Ihrem Hausarzt und Ihrer Krankenkasse bestimmten Kreises und werden ausschließlich zweckgebunden verwendet, so dass ein Missbrauch Ihrer Daten ausgeschlossen ist.

Einwilligung zum Austausch der Patientendaten

Ich habe die vorstehenden Informationen gelesen und erkläre hiermit meine Einwilligung zum Austausch der mich betreffenden Patientendaten im beschriebenen Umfang an meine Krankenkasse.

Sollen meine Daten weiteren Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden, wird mein Hausarzt bzw. meine Krankenkasse Umfang und Empfänger der übermittelten Daten im Einzelfall mit mir abstimmen.

Meine Einwilligung in den Austausch der Patientendaten ist freiwillig.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Begründung mit sofortiger Wirkung gegenüber meinem Hausarzt widerrufen kann. Der Widerruf ändert aber nichts an der Rechtmäßigkeit des bis dahin erfolgten Datenaustauschs. An der hausarztzentrierten Versorgung kann ich auch nach Widerruf dieser Einwilligung teilnehmen.

Datum

Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	LANR	Datum

Überleitungsbogen

aus einer stationären Behandlung

Bitte senden Sie den Bogen unmittelbar nach Aufenthalt des Patienten, **spätestens innerhalb von 3 Werktagen nach der Konsultation**, an die jeweilige EK. Faxnummern siehe unten!

Klinik:

Stationäre Behandlung vom:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

bis:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Haupt-Einweisungsdiagnose (ICD10):

Nicht verpflichtend

Haupt-Entlassungsdiagnose (ICD10):

ICD10 mit Diagnosesicherheit Seitenlokalisierung

Ist eine weitere stationäre Behandlung geplant?

Nein

Ja

Einweisung durch:

Nicht verpflichtend

Notfall

Hausarzt

Selbsteinweisung

Fremdeinweisung

Arbeitsunfähigkeit:

Besteht nach stationärem Aufenthalt weiterhin Arbeitsunfähigkeit?

Nein

Ja

Wenn ja, bis wann?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Entfällt, da nicht erwerbstätig

Besteht die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung?

Nicht verpflichtend

Nein

Ja

Wenn ja, bis wann?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rehabilitation:

Wurde eine medizinische Rehabilitation oder Anschluss-Rehabilitation bereits durch das Krankenhaus veranlasst?

Nein

Ja

Ist die Veranlassung einer medizinischen Rehabilitation notwendig?

Nein

Ja

Besteht geriatrischer Rehabilitationsbedarf?

Nein

Ja

Ist die medizinische Rehabilitation bereits beantragt?

Nein

Ja

Medikation:

Sind Änderungen der Medikation notwendig?

nein

ja, nach Aufenthalt

Nicht verpflichtend

Faxnummern:

BARMER GEK

0800/33 20 60 383107;

DAK GESUNDHEIT

030/9142679-7000

KKH-Allianz

0511/ 28023399;

HEK

040/6 56 96 26 26

hkk

0421/3655-3992

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	LANR	Datum

Überleitungsbogen

aus einer stationären Behandlung

Bitte senden Sie den Bogen unmittelbar nach Aufenthalt des Patienten, **spätestens innerhalb von 3 Werktagen nach der Konsultation**, an die jeweilige EK.

Klinik:
Datum der Konsultation (mit Klinikarzt):
Sofern erforderlich

Häusliche Krankenpflege, Pflege:

- Ist die häusliche Versorgung gewährleistet? Nein Ja
- Zu Hause Pflegeeinrichtung Kurzzeitpflege
- Ist Häusliche Krankenpflege (HKP) oder eine Haushaltshilfe erforderlich? Nein Ja
- Ist eine Pflegeberatung durch die Krankenkasse erforderlich und vom Patienten gewünscht? Nein Ja
- Besteht Pflegebedarf nach der stationären Behandlung? Nein Ja
- Handelt es sich um einen Pflegefall? Nein Ja
- Wenn ja, Ist ein Antrag auf Pflege gestellt? Nein Ja
- Besteht eine gesetzliche Betreuung? Nein Ja
- Ist eine gesetzliche Betreuung beantragt? Nein Ja

Heil- und Hilfsmittel:

- Heilmittel während stationärer Behandlung: Nein Ja
- Heilmittel nach stationärer Behandlung: Nein Ja
- Hilfsmittel nach stationärer Behandlung: Nein Ja

Welche? _____

Wurde weitere fachärztliche Behandlung veranlasst?

Nicht verpflichtend nein ja, im Fachgebiet: _____

Sonstiges/Bemerkungen _____

Datum: _____

Unterschrift des Arztes: _____

Faxnummern:

BARMER GEK 0800/33 20 60 383107;
 KKH-Allianz 0511/ 28023399;
 hkk 0421/3655-3992

DAK GESUNDHEIT 030/9142679-7000
 HEK 040/6 56 96 26 26