Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

7. Forum Case Management im Gesundheitswesen

Rahmenvertrag Entlassmanagement - Umsetzungserfahrungen aus Sicht der AOK PLUS

Leipzig, 24.03.2018 | Markus Klaus, GBL Stationäre Versorgung

Gesundheit in besten Händen: Die AOK PLUS in Zahlen

3,2 Mio. Versicherte

über 50 % Marktanteil

7.000 Mitarbeiter

130.000 Firmenkunden

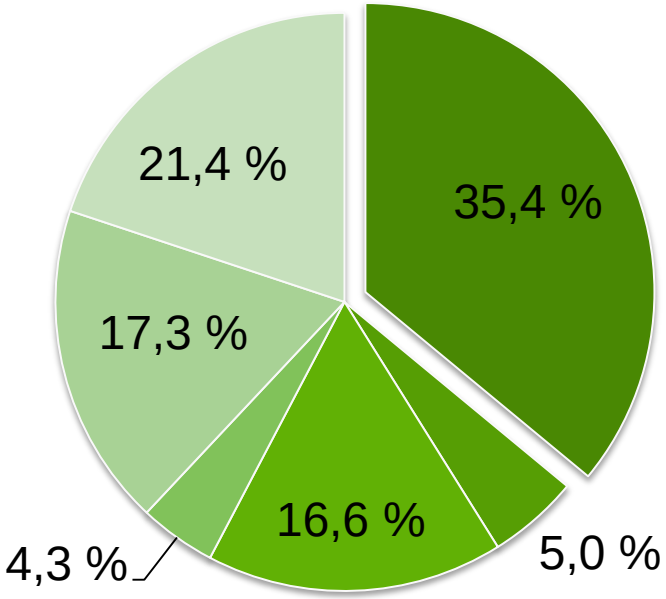
15,2 % Beitragssatz

38.000 Gesundheitspartner

11,6 Mrd. € Haushalt

Die Ausgaben der AOK PLUS im Überblick

11,6 Mrd. Euro:



Quelle: Strukturdaten der AOK PLUS, Stand 09/2017

- Krankenhausbehandlung
- Krankengeld
- Ärztliche Behandlung
- Zahnärztliche Behandlung
- Arzneimittel
- Sonstiges: Zahnersatz, Fahrtkosten, Heil- und Hilfsmittel etc.

Agenda

- Entlassmanagement aus Sicht der AOK PLUS -

Gesetzgebung / Rahmenvertrag

Bedarf für ein Entlassmanagement

Anforderungen an die AOK PLUS

Erste Erfahrungen aus der Umsetzung

Technische Lösungen

Gesetzgebung / Rahmenvertrag

- Entlassmanagement aus Sicht der AOK PLUS -

§ 11 Abs. 4 SGB V – eingeführt mit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-WSG) - 2007

Regelungsinhalte

- § 11 Abs. 4 SGB V
- … Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche;
  dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung…
- Gesetzlicher Anspruch des Versicherten auf ein Versorgungsmanagement
- Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde das Entlassmanagement als Teil des Versorgungsmanagements im § 39 Abs. 1a SGB V „Neu“ geregelt

Gesetzgebung / Rahmenvertrag

- Entlassmanagement aus Sicht der AOK PLUS -

§ 39 Abs. 1a SGB V – eingeführt durch das Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16.07.2015

Regelungsinhalte

- Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement
- Das Krankenhaus (KH) kann diesbezügliche Vereinbarungen mit Leistungserbringern nach § 95 Abs. 1 Satz 1 treffen
- Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse (KK) Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements
- Krankenhäuser können die in § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen;
  „hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung“
  - kleinste Packungsgröße gemäß der Packungsgrößenverordnung
  - Verordnung von Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen
- Ausgestaltung des Verordnungsrechts durch G-BA-Richtlinien (folgende Folien)

- Regelung weiterer Einzelheiten, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, in einem **Rahmenvertrag** (GKV-SV, DKG, KBV) bis 31.12.2015 (Verhandlungen gescheitert)
- Festsetzung des Rahmenvertrags durch Bundesschiedsamt am 13.10.2016

→ Inkrafttreten ursprünglich für den 01.07.2017 geplant

Gesetzgebung / Rahmenvertrag

- Entlassmanagement aus Sicht der AOK PLUS -

Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 6 und 7 SGB V zur weiteren Ausgestaltung des Verordnungsrechts

Art der Richtlinie	Datum des Inkrafttretens	Regelungsinhalt
Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie	17.03.2016	https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2450/2015-12-17_AU-RL_Entlassmanagement_BAnz.pdf
Arzneimittel-Richtlinie	16.03.2016	https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2415/2015-12-17_AM-RL_Entlassmanagement_BAnz.pdf
HKP-Richtlinie	19.03.2016	https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2449/2015-12-17_HKP-RL_Entlassmanagement_BAnz.pdf
Heilmittel-Richtlinie	04.08.2016	https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2448/2015-12-17_2016-05-19_HeilM-RL_Entlassmanagement_konsolidiert_BAnz.pdf
Hilfsmittel-Richtlinie	24.03.2016	https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2441/2015-12-17_HilfsM-RL_Entlassmanagement_BAnz.pdf
Soziotherapie-Richtlinie	20.05.2016	https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2442/2015-12-17_ST-RL_Entlassmanagement_BAnz.pdf

Gesetzgebung / Rahmenvertrag

- Entlassmanagement aus Sicht der AOK PLUS -

Rahmenvertrag/Geltungsbereich § 39 (1a) SGB V

- Entlassungen aus voll- und teilstationärer Behandlung
- bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung der Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung
- patientenindividuell, ressourcen- und teilhabeorientiert
- Anspruch auf Entlassmanagement gegenüber dem Krankenhaus

Anspruch gegenüber der Krankenkasse auf Unterstützung und Beratung

Gesetzgebung / Rahmenvertrag

- Entlassmanagement aus Sicht der AOK PLUS -

Aufgaben der Krankenkassen/Pflegekasse

- Einwilligung des Patienten gemäß der Anlage 1b des Rahmenvertrages
- unverzügliches Einleiten des Antrags-/Genehmigungsverfahrens und Wahrnehmung der Beratungspflicht, ggf. Bereitstellung der Antragsunterlagen
- Bereitstellung von Informationen zu Versorgungsstrukturen
- Unterstützung bei der Umsetzung des Entlassplans, z. B. Kontakt zu Leistungserbringern
- Sicherstellung der telefonischen Erreichbarkeit eines für die Unterstützung des Entlassmanagements verantwortlichen Ansprechpartners während der Geschäftszeiten
- Beauftragung der Druckereien zur Bereitstellung von Formularen - Finanzierung

Gesetzgebung / Rahmenvertrag

- Entlassmanagement aus Sicht der AOK PLUS -

Änderungsantrag der Koalition im „Blut- und Gewebegesetz“

- ⇨ GKV-SV und DKG führen ein bundesweites Verzeichnis aller in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihren Ambulanzen tätigen Ärzte ⇨ inkl. Arztnummer (KHANR)
- ⇨ KH und KK nutzen die im Verzeichnis enthaltenen Kennzeichen spätestens zum 01.01.2019

Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag „Entlassmanagement“

- ⇨ Bis zur Einführung einer KHANR verwenden KH eine 9-stellige Fachgruppennummer
  (Stellen 1 – 7: Pseudo-Arztnummer „4444444“ + Stellen 8 und 9: Fachgruppencode)
- ⇨ Einverständniserklärung ist bei Feststellung der Notwendigkeit des Entlassmanagement erst nach dem Assessment erforderlich
- ⇨ In Kraft treten des Rahmenvertrages „Entlassmanagement“ zum **01.10.2017**

Klage der DKG gegen den Rahmenvertrag

- ⇨ Klage der DKG gegen die Entscheidung des Bundesschiedsamts zum Rahmenvertrag „Entlassmanagement“ beim LSG Berlin-Brandenburg ist ruhend gestellt

Bedarf für ein Entlassmanagement

- Analyse -

Datenbasis:

- Analyse verschiedener KH mit unterschiedlichen Strukturen
- KH-Entlassungen mit dem Datum zwischen 10/2015 – 09/2016
- Leistungsfälle innerhalb von drei Wochen nach Entlassung

KH-Behandlung
36.711 Fälle

Poststationäre Leistungen
9.604 Fälle

Poststat. AM-Versorgung
25.171 Fälle

Veränderung der Pflegeleistung
(relevante vierstellige Fallzahl)

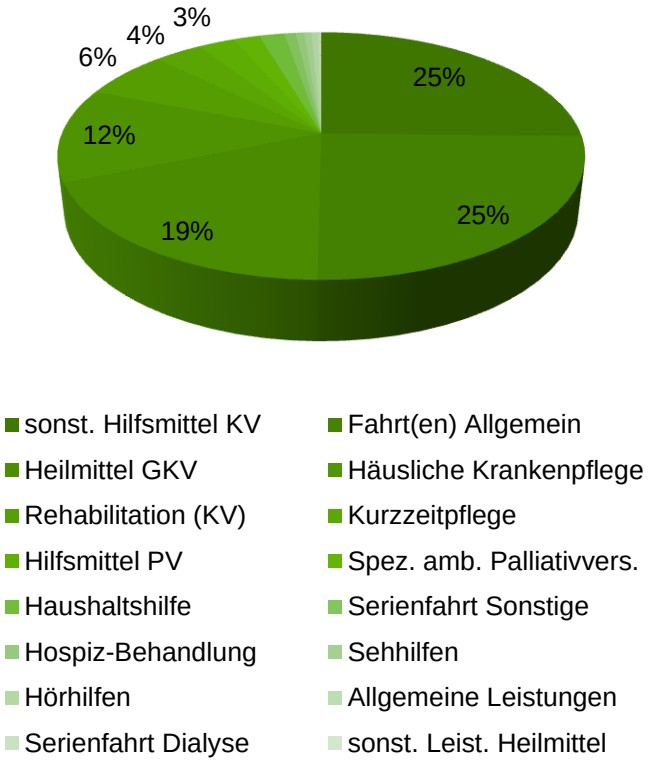
Fälle mit Unterstützungsbedarf
im Entlassmanagement

Bedarf für ein Entlassmanagement

- Analyse -

Leistungsbereich	Anzahl der Fälle	Anteil an stat. Fall
sonst. Hilfsmittel KV	2.436	6,60%
Fahrt(en) Allgemein	2.384	6,50%
Heilmittel GKV	1.777	4,80%
Häusliche Krankenpflege	1.178	3,20%
Rehabilitation (KV)	609	1,70%
Kurzzeitpflege	337	0,90%
Hilfsmittel PV	255	0,70%
Spez. amb. Palliativvers.	189	0,50%
Haushaltshilfe	178	0,50%
Serienfahrt Sonstige	81	0,20%
Hospiz-Behandlung	58	0,20%
Sehhilfen	53	0,10%
Hörhilfen	46	0,10%
Allgemeine Leistungen	14	0,00%
Serienfahrt Dialyse	5	0,00%
sonst. Leist. Heilmittel	4	0,00%
Alle Leistungsbereiche	**9.604**	

Verteilung poststationärer Leistungsbereiche



Hinweis: An dieser Stelle ohne Arzneimittel und Pflege.

Bedarf für ein Entlassmanagement

- Hochrechnung auf die AOK PLUS -

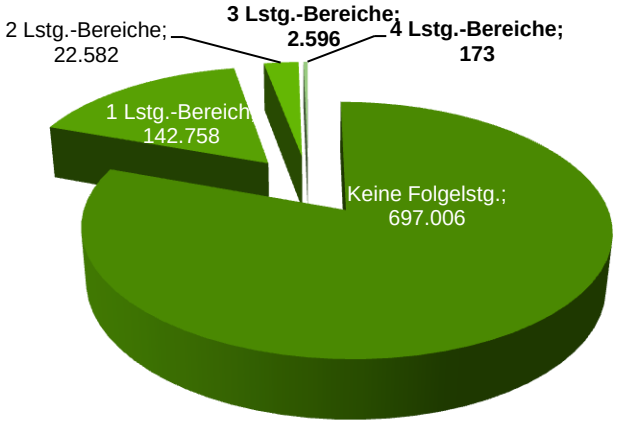
Anzahl Leistungen	Fälle	Anteil
Keine	2.087.709	80,56%
1	427.703	16,50%
2	67.669	2,61%
3	7.850	0,30%
4	565	0,02%
Gesamt	**2.591.496**	**99,99 %**

Datenauswertung des AOK BV
(2,6 Mio. KH-Entlassungen berücksichtigt)

Anzahl Leistungen	Fälle	Anteil
Keine	697.006	80,56%
1	142.758	16,50%
2	22.582	2,61%
3	2.596	0,30%
4	173	0,02%
Gesamt	**865.115**	**99,99%**

Hochrechnung auf AOK PLUS
Ausgehend von 865.201 KH-Entlassungen in 2016

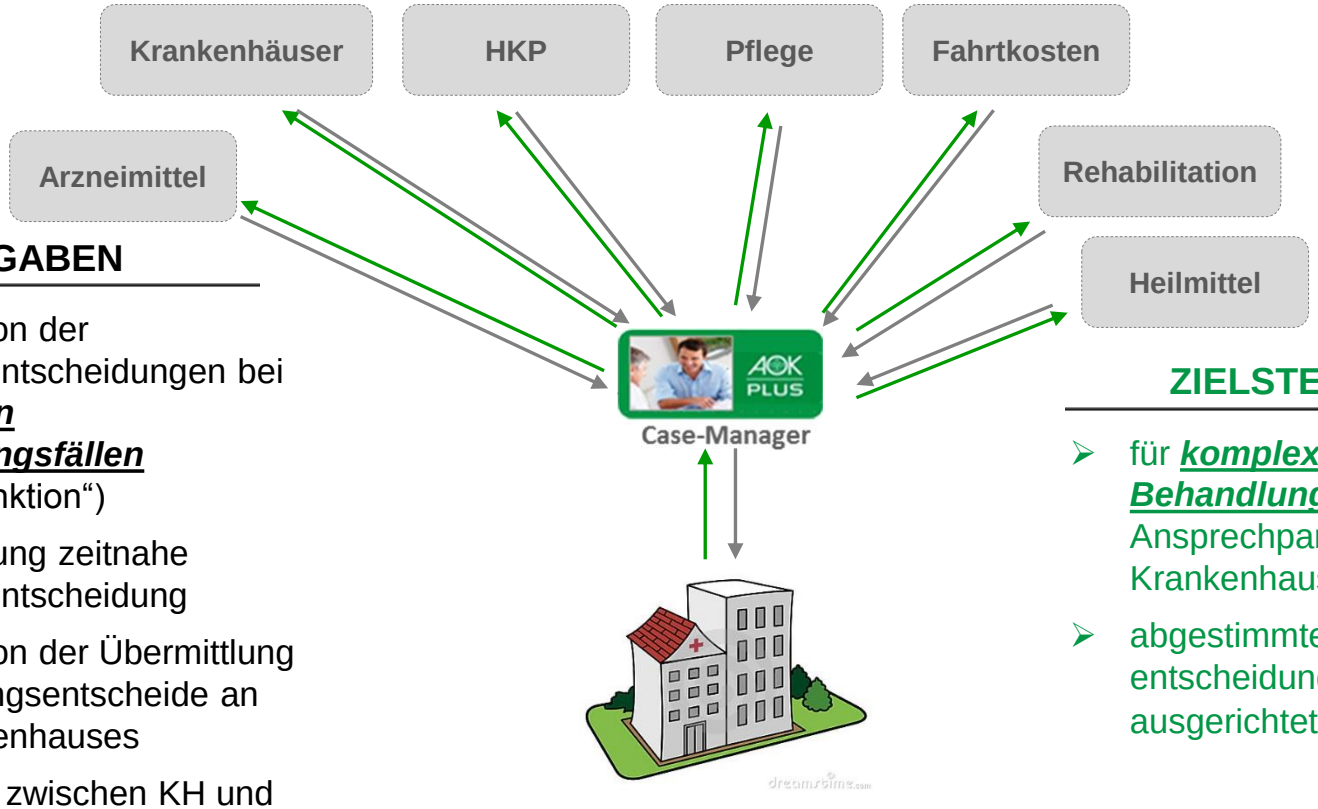
<u>These</u>:
Unterstützung bei der Durchführung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse ist bei multimodalem poststationären Versorgungsbedarf notwendig
⇨ Nachversorgungsbedarf in drei Leistungsbereichen



- ⇨ Es ergibt sich ein Basisvolumen von 2.769 Fällen zzgl. einem Risikovolumen in unbekannter Höhe
- ⇨ Unter Berücksichtigung der Fallzahlen mit dualem Versorgungsbedarf ist ein fünfstelliges Fallvolumen nicht unrealistisch

Anforderungen an die AOK PLUS

- Entlassmanagement aus Sicht der AOK PLUS -



AUFGABEN

- Koordination der Leistungsentscheidungen bei ***komplexen Behandlungsfällen*** („Lotsenfunktion“)
- Überwachung zeitnahe Leistungsentscheidung
- Koordination der Übermittlung der Leistungsentscheide an das Krankenhauses
- Bindeglied zwischen KH und Versorgungsbereichen der AOK PLUS

ZIELSTELLUNG

- für ***komplexe Behandlungsfälle*** ein Ansprechpartner für das Krankenhaus
- abgestimmte Leistungs-entscheidung und darauf ausgerichtete Beratung

Anforderungen an die AOK PLUS

- Aufgaben der Casemanager -

PROZESSAUSLÖSER

Einwilligung (1b) des Patienten liegt vor
Sozialer Dienst/ Case-Manager des Krankenhauses kontaktiert AOK PLUS

CASE-MANAGER DER AOK PLUS

häusliche Krankenpflege

Arzneimittel

Hilfsmittel
Pflegehilfsmittel

Pflege

Rehabilitation
Heilmittel
Krankengeld

PROZESSZIEL

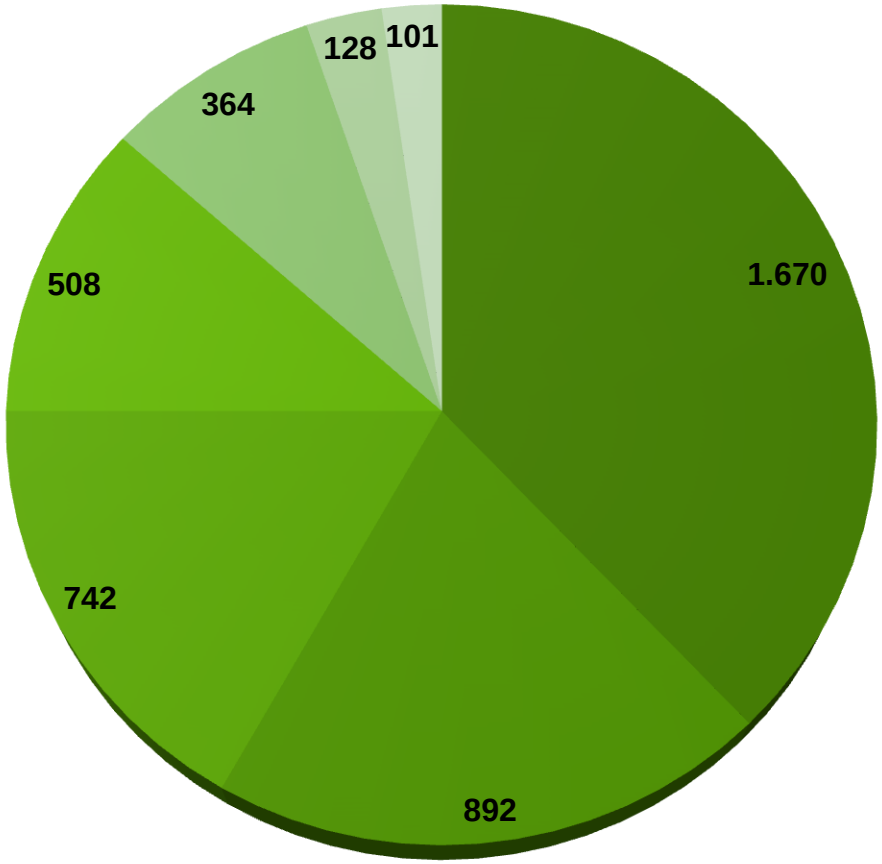
Dem Versicherten stehen die erforderlichen Leistungen bereit.

- **berät und informiert** zu Leistungsansprüchen, Bearbeitungsständen, Versorgungsstrukturen
- **koordiniert** Anfragen, Anträge und Leistungsentscheide an die Fachbereiche, **wenn mehrere Leistungsbereiche (komplexe Leistungsfälle)** betroffen sind
- **verwaltet** die Einwilligungserklärungen
- **fungiert als Bindeglied** zwischen der AOK PLUS und Krankenhäusern bei Versorgungsproblemen

Erste Erfahrungen aus der Umsetzung

- Entlassmanagement aus Sicht der AOK PLUS -

Das erste Quartal „Entlassmanagement“ in Zahlen



Zeitraum: 01.10.2017 – 31.12.2017
Krankenhausentlassungen: 225.133
Übermittelte Einwilligungserklärungen: 2.696

- Genehmigungsfreie Hilfsmittel
- Stationäre Anschlussheilbehandlung
- Pflegeleistungen
- Verordnungen von Medikamenten (Stand 30.11.2017)
- Häusliche Krankenpflege
- Genehmigungspflichtige Hilfsmittel
- Ambulante Anschlussheilbehandlung

Erste Erfahrungen aus der Umsetzung

- Entlassmanagement aus Sicht der AOK PLUS -

Fragen unserer Krankenhäuser und Vertragspartner

- ⇨ Umgang mit der Einwilligungserklärung 1b - unterschiedliches Handling
- ⇨ Informationen zur Versorgungsstrukturen
- ⇨ Hinweise zu Verordnungen und Anträgen
- ⇨ Bearbeitungsstände im Genehmigungsverfahren
- ⇨ Informationen zur Patientenhistorie - Datenschutz!
- ⇨ Unterbringung/Kapazitäten in Pflegeeinrichtungen

Das Unterstützungsangebot und Knowhow der AOK PLUS wird von den Krankenhäusern von Beginn an gerne genutzt. Nicht nur bezüglich der „klassischen“ genehmigungspflichtigen Leistungen, sondern auch zur Klärung grundsätzlicher Fragen zum Rahmenvertrag.

Erste Erfahrungen aus der Umsetzung

- Entlassmanagement aus Sicht der AOK PLUS -

Nutzen Sie unser Gesundheitspartnerportal!

Entlassmanagement

Informationen für Vertragspartner

Neu ist, dass für allgemeine und grundsätzliche Fragen zum Entlassmanagement (gesetzliche Rahmenbedingungen, Formulare, Antragsverfahren) ein zentrales Team Entlassmanagement der AOK PLUS als Ansprechpartner zur Verfügung steht.

- Servicehotline Entlassmanagement: 0800 10590-41144
- Zentrales Fax Entlassmanagement: 0800 1059002-538
- Zentrale E-Mail Entlassmanagement: entlassmanagement(at)plus.aok.de

Wir bitten Sie, diesen Service auch zu nutzen, wenn für Patienten ein komplexer Unterstützungsbedarf besteht. Dies ist immer dann der Fall, wenn für den Patient mehrere Anträge auf Leistungen gestellt werden. Das Team Entlassmanagement übernimmt dann für Sie die Koordination der Anträge innerhalb der AOK PLUS.

Sie erreichen unsere Ansprechpartner zu den Geschäftszeiten:

Montag, Dienstag, Donnerstag von 09:00 bis 18:00 Uhr
Mittwoch und Freitag von 09:00 bis 14:00 Uhr

Entlassmanagement
- Ansprechpartner
- Verordnungen / Anträge
  - Anschlussrehabilitation (AR)
  - Arbeitsunfähigkeit
  - Arzneimittel
  - Fahrkosten
  - Haushaltshilfe
  - Heilmittel
  - Hilfsmittel
  - HKP
  - Hospiz
  - Kurzzeitpflege
  - Pflege
  - Medizinische REHA
  - SAPV
  - Sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Abs. 2 SGB V
  - Soziotherapie
  - Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V

www.aok-gesundheitspartner.de

Erste Erfahrungen aus der Umsetzung

- Entlassmanagement aus Sicht der AOK PLUS -

Weiterentwicklung des Entlassmanagements

Mit einem strukturierten Entlassmanagement kann der Übergang zwischen den Versorgungsbereichen im Sinne einer Patientenorientierten Versorgung gelingen.

Zur Vereinfachung der zu planenden und koordinierenden Anschlussversorgung benötigen die am Entlassmanagement Beteiligten:

- ✓ Informationen zur Patientenhistorie – Datenschutzrechtliche Klärung
- ✓ Transparenz zu Versorgungstrukturen
- ✓ Überblick der Kapazitäten in Pflegeeinrichtungen

Digitale Lösungen …

- ✓ fördern die Transparenz.
- ✓ gewährleisten den Wissens- und Informationstransfer zwischen den Sektoren.
- ✓ können Prozesse beschleunigen.
- ✓ können die Versorgung patientenfreundlicher und unbürokratischer gestalten.

Erste Erfahrungen aus der Umsetzung

- Entlassmanagement aus Sicht der AOK PLUS -

Rahmenvertrag Entlassmanagement Rehabilitation – in Verhandlung

§ 40 Abs. 2 S. 4 SGB V

§ 39 Absatz 1a gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass bei dem Rahmenvertrag entsprechend § 39 Absatz 1a die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu beteiligen sind; … .

Inkrafttreten und Kündigung

Der Rahmenvertrag tritt am 01.xx.2018 in Kraft.

Für die vollständige Umsetzung wird den Rehabilitationseinrichtungen eine Übergangsfrist von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten eingeräumt.

Einwilligung des Rehabilitanden

Wenn die Krankenkasse oder die Pflegekasse im Rahmen des Entlassmanagements tätig werden soll, stellt die Rehabilitationseinrichtung sicher, dass die notwendige Einwilligung des Rehabilitanden vorliegt.

Aus aktuellen Herausforderungen lernen!

Technische Lösungen zur Unterstützung des Entlassmanagements

- Entlassmanagement aus Sicht der AOK PLUS -

Zur Sicherstellung einer lückenlosen poststationären Versorgung werden Digitalisierungs-möglichkeiten einheitlich genutzt.

*„Die im Rahmenvertrag getroffenen Regelungen zielen auf eine stärkere **Standardisierung** des Entlassmanagements und die **Verbesserung der Kommunikation** zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und Krankenkasse ab.“*

Rundschreiben 2016/519 des GKV-SV vom 21.10.2016

- ⇨ Zur Umsetzung des Entlassmanagements sind sektorenübergreifend einheitliche technische Standards zu etablieren.
- ⇨ Förderlich ist eine gesetzlich Grundlage im Rahmen des § 301 SGB V zur zeitnahen Umsetzung einer DTA-Lösung.

AOK PLUS

Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

Danke.