

**Vereinbarung zu § 5 Alten- und Pflegegesetz
Nordrhein-Westfalen (APG NRW)
- Unmittelbarer Übergang von der Krankenhausbehandlung
zu einer notwendigen pflegerischen Versorgung -**

Zwischen

der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.

den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen

- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Mittelrhein e. V.
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Niederrhein e. V.
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe e. V.
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Westliches Westfalen e. V.
- Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.
- Caritasverband für das Bistum Essen e. V.
- Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V.
- Caritasverband für die Diözese Münster e. V.
- Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V.
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Landesverband NW e. V.
- Deutsches Rotes Kreuz – Landesverband Nordrhein e. V.
- Deutsches Rotes Kreuz – Landesverband Westfalen-Lippe e. V.
- Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.
- Landesverband der Jüdischen Gemeinden von Nordrhein K.d.ö.R
- Landesverband der Jüdischen Gemeinden von Westfalen-Lippe K.d.ö.R.
- Synagogen-Gemeinde Köln K.d.ö.R.

dem Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e. V. (Lfk)

dem Verband der Kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen in NRW e. V. (VKSB)

dem Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe Landesverband NRW e. V. (VDAB)

dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)

dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e. V. (DBfK)

dem Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e. V.

dem Arbeitgeber und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP)

und

dem Städtetag NRW

dem Landkreistag NRW

dem Landschaftsverband Rheinland

sowie

den Landesverbänden der Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen

- der Pflegekasse bei der AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse
- der Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
- dem BKK-Landesverband NORDWEST

- der IKK classic – Pflegekasse
- der KNAPPSCHAFT
- der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Pflegekasse

und

den Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse

sowie

- dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

wird nach Beteiligung und im Benehmen mit

- den Medizinischen Diensten der Krankenversicherungen in Nordrhein und Westfalen-Lippe
- der MEDICPROOF GmbH
- der Betroffenen- und Angehörigenvertretungen in NRW

zur Umsetzung des § 5 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen folgende Vereinbarung zur Sicherstellung des unmittelbaren Übergangs von der Krankenhausbehandlung zu einer notwendigen ambulanten oder stationären pflegerischen Versorgung getroffen.

Inhalt

§ 1 Gegenstand, Begriffsbestimmung, Zielsetzung	4
§ 2 Geltungsbereich	4
§ 3 Grundsätze des Überleitungsverfahrens.....	4
§ 4 Aufgaben des Krankenhauses	5
§ 5 Antrags- und Berichtsbogen (Anlage 1)	6
§ 6 Aufgaben der Pflegekassen/Medizinischen Dienste	7
§ 7 Aufgaben der Sozialhilfeträger.....	7
§ 8 Private Pflegeversicherungen.....	8
§ 9 Aufgaben der Pflegeeinrichtungen	8
§ 10 Datenschutz.....	8
§ 11 Beitritt	8
§ 12 Sonstige Regelungen.....	9
§ 13 Evaluation.....	9
§ 14 Laufzeit und Kündigung	9

Anlage 1 – Antrags- und Berichtsbogen

Anlage 2 – Muster-Überleitungsbogen an Pflegeeinrichtungen

Anlage 3 – Beitrittserklärung für Sozialhilfeträger

Anlage 4 – Sonstige Regelungen

§ 1

Gegenstand, Begriffsbestimmung, Zielsetzung

- (1) ⁽¹⁾ Die Vereinbarung regelt die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und den Pflegekassen sowie den beigetretenen Sozialhilfeträgern in NRW beim Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante pflegerische Versorgung oder in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung bzw. Einrichtung der Kurzzeitpflege (im Weiteren „Überleitungsverfahren“ genannt). ⁽²⁾ Sie ergänzt das nach § 39 Abs. 1a SGB V bundesvertraglich geregelte Entlassmanagement.
- (2) ⁽¹⁾ Im Überleitungsverfahren wird von den beteiligten Institutionen/Einrichtungen für die betroffene (überzuleitende) Person ein anderer gesetzlich bestimmter Begriff genutzt (Patient, Versicherter, Bewohner, Antragsteller, Sozialhilfeberechtigter etc.). ⁽²⁾ In dieser Vereinbarung wird nachfolgend für die im Rahmen des Überleitungsverfahrens betroffene Person einheitlich der Begriff „Pflegebedürftiger“ genutzt.
- (3) ⁽¹⁾ Ziel der Vereinbarung ist ein bedarfsgerechter nahtloser Übergang zur Versorgung der Pflegebedürftigen durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung. ⁽²⁾ Hierbei sind die Grundsätze der Selbstbestimmung nach § 2 SGB XI, des Vorrangs der häuslichen Pflege nach § 3 SGB XI, des Vorrangs von Rehabilitation vor Pflege im Sinne des § 5 Abs. 4 SGB XI sowie die gesetzlich bestimmten Wahlfreiheiten des Pflegebedürftigen zu beachten.

§ 2

Geltungsbereich

Diese Vereinbarung ist für alle im Land Nordrhein-Westfalen zugelassenen Krankenhäuser (§ 108 SGB V), zugelassenen Pflegeeinrichtungen (§ 72 SGB XI), tätigen Pflegekassen (§ 1 Abs. 3 SGB XI), die private Pflegepflichtversicherung und beigetretenen Träger der Sozialhilfe unmittelbar verbindlich.

§ 3

Grundsätze des Überleitungsverfahrens

- (1) ⁽¹⁾ Das Überleitungsverfahren findet grundsätzlich Anwendung, wenn
- sich ein pflegerischer Bedarf im Anschluss an die Krankenhausbehandlung abzeichnet,
 - ein Antrag gegenüber dem jeweils zuständigen Kostenträger angezeigt ist,
 - eine der im Weiteren bestimmten „Leistungen“ erforderlich ist (vgl. § 5 Abs. 1) und
 - ohne eine unverzügliche Begutachtung eine Versorgungslücke für den Pflegebedürftigen entsteht. ⁽²⁾ Das Überleitungsverfahren findet keine Anwendung, wenn beim Pflegebedürftigen bei vorgesehener stationärer Versorgung bereits mindestens Pflegegrad 2 oder bei vorgesehener ambulanter Versorgung bereits mindestens Pflegegrad 1 festgestellt wurde.

- (2) ⁽¹⁾ Soweit im Krankenhaus – nach Beratung und in Abstimmung mit dem Pflegebedürftigen – ein Pflegebedarf sowie etwaige zu beantragende Leistungen nach Entlassung festgestellt werden, leitet das Krankenhaus einen entsprechenden Antrag an den jeweils zuständigen Kostenträger (Pflegekassen, Sozialhilfeträger oder private Pflegepflichtversicherung) weiter, der auch über den pflegerischen Zustand des Pflegebedürftigen informiert. ⁽²⁾ Die jeweils zuständigen Kostenträger bewerten diese Informationen unter Beteiligung der jeweiligen medizinischen Prüfdienste. ⁽³⁾ Die Kostenträger informieren im Rahmen der vorgegebenen Fristen den Pflegebedürftigen und das Krankenhaus über das Ergebnis des Antrages. ⁽⁴⁾ Das Krankenhaus leitet die notwendigen Informationen über den Pflegezustand und die vorliegenden Informationen der Kostenträger an die weiterversorgende Pflegeeinrichtung weiter.
- (3) Soweit im Einzelfall notwendig oder vom Pflegebedürftigen gewünscht, sind bei der Beratung sowie im Antragsverfahren die rechtlichen Vertreter (Betreuer, Bevollmächtigter etc.) bzw. die Zu- und Angehörigen entsprechend einzubeziehen.

§ 4

Aufgaben des Krankenhauses

- (1) Zu den Aufgaben des Krankenhauses gehören:
- a) die Beratung des Pflegebedürftigen und ggf. der Zu- und Angehörigen,
 - b) die Bearbeitung und der Versand des Antrags- und Berichtsbogens (**Anlage 1**),
 - c) die Information der weiterversorgenden Pflegeeinrichtungen (**Anlage 2/Muster**).
- (2) ⁽¹⁾ Das Krankenhaus berät den Pflegebedürftigen – unter Hinweis auf §§ 7, 7a bis 7c SGB XI und mögliche aufstockende Leistungen der Sozialhilfe – ggf. mit Unterstützung der Pflegekasse über die Ansprüche und Unterstützungsmöglichkeiten entsprechend seiner individuellen Bedarfe. ⁽²⁾ Das Krankenhaus informiert den Pflegebedürftigen neutral und möglichst umfassend über die im Internet bereitgestellten Angebote der im Umkreis der Wohnung des Pflegebedürftigen tätigen zugelassenen Pflegeeinrichtungen. ⁽³⁾ Zur Wahrung der trägerunabhängigen Beratung im Sinne des § 6 APG NRW ist auszuschließen, dass private, freigemeinnützige, kommunale oder sich in Trägerschaft eines Krankenhauses befindliche zugelassene Pflegeeinrichtungen vorrangig benannt oder empfohlen werden.
- (3) ⁽¹⁾ Soweit sich während des Krankenhausaufenthaltes pflegerischer Bedarf gemäß § 5 der Vereinbarung im Anschluss an die Krankenhausbehandlung abzeichnet, unterstützt das Krankenhaus den Pflegebedürftigen bei der Beantragung von Leistungen mittels der Anlage 1. ⁽²⁾ Diese Anlage beinhaltet einen „Antrags- und Berichtsteil“, der vom zuständigen Mitarbeiter des Krankenhauses unter Angabe seines Namens und seiner Telefonnummer zu unterzeichnen ist sowie einen Erklärungsteil (Einwilligungen), der mit dem Pflegebedürftigen/ggf. gesetzlichen Vertreter abzustimmen und von diesem zu unterzeichnen ist.

- (4) ⁽¹⁾ Die im Krankenhaus zuständige Stelle übermittelt der vom Pflegebedürftigen/ggf. gesetzlichen Vertreter gewählten zugelassenen Pflegeeinrichtung einen – ggf. in den jeweiligen Regionen abgestimmten – Überleitungsbogen und informiert diese frühestmöglich über den voraussichtlichen Termin der Entlassung. ⁽²⁾ Die Anlage 2 kann als Muster genutzt werden.

§ 5

Antrags- und Berichtsbogen (Anlage 1)

- (1) ⁽¹⁾ Die Anlage 1 ist unmittelbar an die jeweilige Pflegekasse zu übersenden, wenn der Pflegebedürftige noch keinem Pflegegrad oder bei beantragter stationärer Pflege bislang lediglich Pflegegrad 1 zugeordnet wurde und
- ein höherer Pflegebedarf im Sinne des SGB XI nach Entlassung angenommen wird und
 - der Pflegebedürftige nach Entlassung eine der nachfolgend aufgeführten Versorgungsleistungen bedarf:
 - vollstationäre Pflege (§ 43, 43b SGB XI)
 - stationäre/ambulante Palliativversorgung
 - Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)
 - Pflegezeit oder Familienpflegezeit
 - dringende wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 18 Abs. 3 SGB XI)
 - ambulante Sachleistung (§ 36 SGB XI) oder Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI), nur dann, wenn ohne unverzügliche Begutachtung eine Versorgungslücke für den Patienten entsteht.
- ⁽²⁾ Die Anlage 1 ist in einer Übergangszeit bis längstens zum 31.12.2019 zusätzlich an den jeweils zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zu übersenden. ⁽³⁾ Die Anlage 1 ist bei Versicherten der KNAPPSCHAFT unmittelbar an das zuständige Fachzentrum für Pflege der KNAPPSCHAFT zu senden.
- (2) ⁽¹⁾ Die Anlage 1 ist ergänzend auch an den jeweils zuständigen Sozialhilfeträger zu senden, wenn
- die voraussichtlichen Kosten nicht vollständig von der Pflegekasse gedeckt werden und
 - der Pflegebedürftige die verbleibenden Kosten voraussichtlich nicht decken kann.
- ⁽²⁾ Wenn der Pflegebedürftige nicht pflegeversichert ist und er die Kosten voraussichtlich nicht decken kann, ist die Anlage 1 nur an den jeweils zuständigen Sozialhilfeträger zu übersenden.
- (3) Die Anlage 1 gilt als Antrag auf Leistungen bei der Pflegekasse nach dem SGB XI. Die Anlage 1 gilt als Anzeige entsprechend dem Kenntnisgrundsatz gegenüber dem Sozialhilfeträger nach dem SGB XII.

§ 6

Aufgaben der Pflegekassen/Medizinischen Dienste

- (1) Sobald die Pflegekasse den Antrags- und Berichtsbogen (Anlage 1) erhält, stellt sie dem jeweiligen medizinischen Dienst (Medizinische Dienste der Krankenversicherung [MDK] oder Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See[SMD]) die beurteilungsrelevanten Leistungsunterlagen unverzüglich zur Verfügung.
- (2) ⁽¹⁾ Der MDK Nordrhein nimmt innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Kenntnisnahme des Antrags- und Berichtsbogens (Anlage 1) eine Begutachtung im Krankenhaus vor und erstellt unverzüglich sein Gutachten. ⁽²⁾ Der MDK Nordrhein kann alternativ eine vorläufige Einschätzung vornehmen, ob Pflegebedürftigkeit besteht und darüber hinaus mindestens Pflegegrad 2 vorliegt. ⁽³⁾ Der MDK Westfalen-Lippe nimmt innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Kenntnisnahme des Antrags- und Berichtsbogens (Anlage 1) eine vorläufige Einschätzung vor, ob Pflegebedürftigkeit besteht und darüber hinaus mindestens Pflegegrad 2 vorliegt. ⁽⁴⁾ Die abschließende Begutachtung außerhalb des Krankenhauses ist unverzüglich nachzuholen. ⁽⁵⁾ Der SMD nimmt innerhalb von fünf Arbeitstagen eine vorläufige Einschätzung vor.
- (3) ⁽¹⁾ Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in Nordrhein und Westfalen-Lippe informieren umgehend die Pflegekasse und – soweit die Einwilligung des Pflegebedürftigen vorliegt – das Krankenhaus über das Ergebnis ihrer Begutachtung/vorläufige Einschätzung nach Abs. 2. ⁽²⁾ Der SMD informiert umgehend das zuständige Fachzentrum für Pflege der KNAPPSCHAFT, welches das Ergebnis umgehend dem Krankenhaus weiterleitet.
- (4) ⁽¹⁾ Die Pflegekasse informiert den zuständigen Sozialhilfeträger über das Ergebnis der Begutachtung/vorläufigen Einschätzung, sofern dieser gemäß § 5 Abs. 2 einbezogen wurde. ⁽²⁾ Die Pflegekasse informiert den Pflegebedürftigen und (soweit bekannt) auch die zugelassene Pflegeeinrichtung unverzüglich nach Eingang des Gutachtens bzw. der vorläufigen Einschätzung des MDK über das Ergebnis nach Absatz 2 (vgl. § 18 Abs. 3 Satz 7 SGB XI).

§ 7

Aufgaben der Sozialhilfeträger

- (1) ⁽¹⁾ Der zuständige Sozialhilfeträger ermittelt unter Beachtung der Grundsätze des SGB XI und SGB XII bei beantragter stationärer Pflege den Anspruch dem Grunde nach (Notwendigkeit stationärer Pflege, vgl. § 65 SGB XII) innerhalb von sieben Arbeitstagen nach Eingang des Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes (s. § 6 Abs. 4)/Prüfdienstes/SMD, wenn der Antragsteller seinen Mitwirkungspflichten nach § 66 Abs. 1 SGB I bei entsprechender Aufforderung durch den örtlichen Sozialhilfeträger nachkommt.

⁽²⁾ Alternativ kann der Sozialhilfeträger eine vorläufige Einschätzung zur Notwendigkeit stationärer Pflege vornehmen, wenn zu diesem Zeitpunkt erst eine vorläufige Einschätzung der

Vereinbarung zu § 5 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW)

Gutachterdienste zum Pflegegrad vorliegt. ⁽³⁾ Für den Fall, dass der Patient nicht pflegeversichert ist, kann der Sozialhilfeträger den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der Begutachtung gegen Kostenerstattung beauftragen.

- (2) Der Sozialhilfeträger teilt das Ergebnis dem Pflegebedürftigen/ggf. gesetzlichen Vertreter und – soweit die entsprechende Einwilligung vorliegt – auch dem Krankenhaus und (soweit bekannt) der zugelassenen Pflegeeinrichtung unverzüglich mit.

§ 8

Private Pflegeversicherungen

⁽¹⁾ Für die privaten Versicherungsunternehmen, welche die private Pflegepflichtversicherung betreiben, gilt eine – unter Berücksichtigung der speziellen versicherungsgesetzlichen und individuellen vertraglichen Regelungen – vergleichbare Verfahrensweise. ⁽²⁾ Es ist ein an die Anlage 1 angelehntes Formular zu verwenden, das unter nachfolgendem Link jederzeit abrufbar ist: „www.pkv.de“. ⁽³⁾ Das Formular ist an die jeweils zuständige Stelle des Versicherungsunternehmens zu senden. ⁽⁴⁾ Dieses beauftragt die MEDICPROOF GmbH bezüglich der vorläufigen Pflegegradzuordnung und unterrichtet umgehend den Versicherten und das Krankenhaus über das Ergebnis der rläufigen Pflegegradzuordnung, soweit eine entsprechende Einwilligungserklärung des Versicherten vorliegt.

§ 9

Aufgaben der Pflegeeinrichtungen

Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, den Pflegebedürftigen im Rahmen ihrer Kapazität entsprechend des Versorgungsvertrages zu übernehmen.

§ 10

Datenschutz

Bei der Durchführung dieser Vereinbarung sind die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu beachten.

§ 11

Beitritt

- (1) Der Beitritt durch die Träger der örtlichen Sozialhilfe erfolgt mit Übersendung der Erklärung nach Anlage 3 an die in der Beitrittserklärung benannten Stellen und kann zum Ende eines Kalenderjahres mit sechsmonatiger Frist mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

- (2) Die AOK Rheinland/Hamburg informiert umgehend die anderen Vereinbarungspartner über die erfolgten Beitritte und gibt eine entsprechend aktualisierte Gesamtauflistung der beigetretenen Sozialhilfeträger zur Kenntnis, die auch im Internet veröffentlicht wird.

§ 12 Sonstige Regelungen

⁽¹⁾ Bei vorläufiger Einschätzung des Pflegegrades gelten bis zum Vorliegen der endgültigen Pflegegradzuordnung die in der Anlage 4 aufgeführten Regelungen. ⁽²⁾ Die Vereinbarungspartner sind sich einig, dass diese Anlage solange Bestandteil der Vereinbarung ist bis anderweitig entsprechende Regelungen nach § 75 SGB XI getroffen sind.

§ 13 Evaluation

⁽¹⁾ Die Vereinbarungspartner vereinbaren, erstmals 1 Jahr nach Inkrafttreten und im Folgenden alle drei Jahre zu eruieren, ob das hier geregelte Überleitungsverfahren die Ziele des § 5 APG NRW erfüllt. ⁽²⁾ Im Rahmen dieser Evaluation ist insbesondere zu überprüfen,

1. ob fachliche oder rechtliche Sachverhalte aufgetreten sind, die den Übergang von einer Krankenhausbehandlung in eine pflegerische Anschlussversorgung erschwert, verzögert oder verhindert haben,
2. ob die in dieser Vereinbarung bestimmten Fristen nach vorliegenden Erfahrungen ausreichen bzw. Verbesserungen des Informationsverfahrens nach Anlage 1 und 2 erforderlich sind.

§ 14 Laufzeit und Kündigung

(1) ⁽¹⁾ Die Vereinbarung tritt am 01.10.2019 in Kraft. ⁽²⁾ Sie löst die Vereinbarungen nach § 3 Landespflegegesetz NW zum unmittelbaren Übergang von der Krankenhausbehandlung zu einer notwendigen vollstationären Pflege/Kurzzeitpflege vom 31.08.1999 und zum unmittelbaren Übergang von der Krankenhausbehandlung zu einer notwendigen ambulanten Pflege vom 30.06.1999 ab.

(2) ⁽¹⁾ Die Vereinbarung kann von jedem im Rubrum genannten Vereinbarungspartner zum Ende eines Kalenderjahres mit sechsmonatiger Frist schriftlich gekündigt werden. ⁽²⁾ Im Falle einer Kündigung verpflichten sich die Vereinbarungspartner, an der Vereinbarung einer

Anschlussregelung mitzuwirken. ⁽³⁾ Bis zum Abschluss einer Anschlussvereinbarung gelten die bisherigen Regelungen weiter.

- (3) ⁽¹⁾ Sollten sich Gründe ergeben, die eine Anpassung des Vertrages oder der Anlagen erforderlich machen, ist eine Änderung des Vertrages oder der Anlagen im gegenseitigen Einvernehmen in Schriftform jederzeit möglich. ⁽²⁾ Zu den entsprechenden Anpassungsverhandlungen kann jederzeit jeweils eine Gruppe der Vereinbarungspartner (Verbände der Pflegeeinrichtungen, Kostenträger, KGNW) auffordern.

Anlagen

Anlage 1 – Antrags- und Berichtsbogen

(an Pflegekassen/beigetretene Sozialhilfeträger)

Anlage 2 – Muster-Überleitungsbogen an Pflegeeinrichtungen

Anlage 3 – Beitrittserklärung für Sozialhilfeträger

Anlage 4 – Sonstige Regelungen

Anlagen sind auch abrufbar unter: www.mdk-nordrhein.de, www.mdk-wl.de, www.kgnw.de

Dieses Formular kann nur genutzt werden, sofern kein Pflegegrad (0) bzw. bei beantragter stationärer Pflege lediglich Pflegegrad 0 oder 1 vorliegt

Antrag

an:	zuständigen Sozialhilfeträger	<i>Notwendigkeit stationärer Pflege gemäß SGB XII Hilfe zur Pflege <u>nur</u> bei Nichtpflegeversicherten</i>
an:	zuständige Pflegekasse, auf:	<i>vollstationäre Pflege (§ 43,43b SGB XI)</i>
	<i>stationäre/ambulante Palliativversorgung</i>	<i>Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)</i>
	<i>dringende wohnumfeldverbessernde Maßnahmen</i>	<i>Pflegezeit oder Familienpflegezeit (§ 36 SGB XI)</i>
	wenn ohne unverzügliche Begutachtung eine Versorgungslücke für den Patienten entsteht!	
	<i>ambulante Sachleistung</i>	<i>Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI)</i>

Adressat

Kontaktdaten des Krankenhauses

<i>Sozialhilfeträger über (neuen) Pflegegrad informieren</i>	

Angaben zum Pflegebedürftigen

Information zur Entlassung

geboren am: KV-Nummer: Pflegekasse: Adresse:	Entlassung geplant am: in die ambulante pflegerische Versorgung in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung Verlegung in Rehabilitationsklinik mit intensivmedizinischpflegerischer Versorgung
Ges. Vertreter / Betreuer Bevollmächtigter	Reha-Maßnahmen beantragt: ja nein
Name des Hausarztes:	Anmerkungen:

, geboren am:

Bericht des Krankenhauses

pflegebegründende Diagnose (Text):

ggf. ICD:

Dauerzustand (mindestens 6 Monate) **Ja** **Nein**

besondere Behandlungspflege	personelle Hilfe erforderlich?			Keine Angaben (möglich)
	ja	nein	wie oft täglich?	
Medikation				
Injektion				
Portversorgung				
Tracheostoma				
Sonstiges				

Einschränkungen/Schädigungen, die die tägliche Lebensführung und Aktivitäten in besonderem Maß beeinträchtigen (Warum wird personelle Hilfe benötigt?):

Aktivitäten wie folgt möglich (bitte ankreuzen)	selbständig, ggf. mit Hilfsmitteln	mit geringer, punktuel- ler Hilfe	nur mit geringer Eigenbeteiligung; überwiegende personelle Hilfe	unselbständig, wird fremdüber- nommen	keine Angaben möglich
Mobilität					
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)					
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)					
Umsetzen (Transfers)					
Fortbewegen innerhalb des Stations-/Wohnbereichs (in der Ebene)					
Körperbezogene Pflegemaßnahmen					
Waschen vorderer Oberkörper					
Waschen des Intimbereichs					
Duschen und Baden (Ober-/Unterkörper, Haare)					
An- und Auskleiden des Oberkörpers					
An- und Auskleiden des Unterkörpers					
Essen					
Ernährung parenteral/ PEG/PEJ					
Trinken					
Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gang zur Toilette, Intimhygiene, Richten der Kleidung)					
Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz/Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma					
Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz/Umgang mit Stoma					

, geboren am:

Besondere Verhaltensauffälligkeiten mit pflegerischem Interventionsbedarf:

Bestehen z. B. Unruhezustände, aggressives/ abwehrendes Verhalten, Ängste oder andere Verhaltensweisen?

Wenn ja, wie häufig (täglich, gelegentlich, selten)?

kognitive und kommunikative Fähigkeiten wie folgt (bitte ankreuzen) vorhanden:	nicht beeinträchtigt	größtenteils	in geringem Maße	nicht vorhanden	keine Angaben möglich
Zeitliche Orientierung (kennt z.B. Tageszeit, Jahreszeit)					
Verstehen von Sachverhalten und Informationen					
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)					
Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder Hören)					

Sonstiges:

Weitere Besonderheiten im Anhang (gesondertes Blatt): **Ja** **Nein**

___ / ___ / 20___
Datum

Name

Unterschrift

, geboren am:

Datenschutzhinweise und Einwilligungen

Datenschutzhinweise

Gemäß § 5 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW) sind die zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet, mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., den Betroffenen sowie ihren Vertretungen und den Angehörigen mit dem Ziel zusammenzuwirken, den Übergang von der Krankenhausbehandlung in die eigene Wohnung oder unter Wahrung der Wahlfreiheit in eine Pflegeeinrichtung sicherzustellen. Über die Zusammenarbeit haben die Landesverbände der Pflegekassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. mit den kommunalen Spitzenverbänden und den Vereinigungen der Trägerinnen und Träger von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen eine Vereinbarung geschlossen. Diese Vereinbarung ist für die zugelassenen Krankenhäuser sowie die Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen unmittelbar verbindlich. Über entsprechende Bevollmächtigungen der kommunalen Spitzenverbände kann zur Vermeidung von Einzelvereinbarungen auch eine Verbindlichkeit für die Kommunen hergestellt werden. Ziel der Vereinbarung ist eine bedarfsgerechte nahtlose pflegerische Versorgung der Patienten.

Um den unmittelbaren Übergang von Ihrer Krankenhausbehandlung zu einer notwendigen pflegerischen Versorgung sicherzustellen, ist die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten erforderlich. Empfänger der Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte sein.

Die Daten werden von den Krankenhäusern, der Pflegekasse sowie den zuständigen Gutachterdiensten zur Erfüllung der Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI sowie zum Zwecke der Leistungsgewährung nach §§ 18ff SGB XI erhoben und verarbeitet.

Das Mitwirken des Pflegebedürftigen (Antragstellers) ist nach § 60 SGB I erforderlich. Eine fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen in der Leistungsgewährung führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten stellt Ihnen die im Krankenhaus zuständige Stelle oder die zuständige Pflegekasse auf Wunsch zur Verfügung.

Einwilligungserklärungen / Ermächtigungen

Ich willige ein, dass dieser Antrags- und Berichtsbogen mit den oben genannten Daten

an die zuständige Pflegekasse und den zuständigen Gutachterdienst zur Vorbereitung und Durchführung des Begutachtungsverfahrens nach § 18 SGB XI (Verfahren zur Festsetzung der Pflegebedürftigkeit) übersandt wird.

- wenn der Antrag nur oder auch an den Sozialhilfeträger gerichtet wird -

an den zuständigen Sozialhilfeträger als Antrag auf Hilfe zur Pflege bei Nichtpflegeversicherten und/oder zur Beurteilung der Notwendigkeit stationärer Pflege übersandt wird.

Ich willige weiterhin ein, dass

die Pflegekasse, der zuständige Gutachterdienst und der Sozialhilfeträger (soweit dieser in dieses Antragsverfahren einbezogen wurde) von den mich behandelnden Ärzten und nichtärztlichen Mitarbeitern des Krankenhauses weitere Auskünfte, ärztliche Unterlagen sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern können, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Die angeforderten Unterlagen sind vom Krankenhaus unmittelbar an die

, geboren am:

zuständigen Pflegekassen, Gutachterdienste und ggf. Sozialhilfeträger zu übersenden. Insoweit entbinde ich die mich behandelnden Ärzte und nichtärztlichen Mitarbeiter des Krankenhauses von ihrer Schweigepflicht.

Ferner willige ich ein, dass

die zuständige Pflegekasse,

dem Krankenhaus, der mit meiner Anschlussversorgung beauftragten zugelassenen Pflegeeinrichtung sowie im Bedarfsfall dem zuständigen Sozialhilfeträger das (ggf. vorläufige) Ergebnis der Begutachtung und den vorherigen Pflegegrad übermittelt.

der zuständige Gutachterdienst,

das Krankenhaus über das (ggf. vorläufige) Ergebnis der Begutachtung informiert.

das Krankenhaus,

die mit meiner Anschlussversorgung beauftragte Pflegeeinrichtung über das (ggf. vorläufige) Ergebnis der Begutachtung (soweit dies vor Entlassung vorliegt) sowie den voraussichtlichen Tag meiner Entlassung aus dem Krankenhaus informiert.

- wenn der Antrag nur oder auch an den Sozialhilfeträger gerichtet wird -

der zuständige Sozialhilfeträger,

dem Krankenhaus und der mit meiner Anschlussversorgung beauftragten Pflegeeinrichtung das Prüfergebnis über die Notwendigkeit stationärer Pflege (§ 65 SGB XII) sowie das Ergebnis der Begutachtung übermittelt.

Ich wurde informiert, dass diese Einwilligungen freiwillig sind und jederzeit widerrufen werden können, aber durch den Widerruf der Einwilligungen die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung von personenbezogenen Daten nicht berührt wird.

Ferner wurde ich informiert, dass ohne Einwilligung in die Datenverarbeitung oder nach Widerruf, Anschlussmaßnahmen sowie Pflege- und Sozialhilfeleistungen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen können. Bei Anträgen auf Leistungen der Pflegekassen oder Sozialhilfeträger kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass ein Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Unterschrift des Pflegebedürftigen (Antragsteller)

(ggf.) Unterschrift des gesetzlichen Vertreters / Bevollmächtigten

___ / ___ / 20___

Datum

Unterschrift

Bewußtseinslage:	wach	ansprechbar	somnolent	komatös
Schlaf:	ungestört	Schlafstörungen	nächtliche Unruhezustände	Besonderheiten (z. B. Hilfen, Gewohnheiten):
Freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich:	ja	nein		

TF2 Bewegung/Lagerung (Mobilität)

Dauerzustand (mind. 6 Monate)	ja	nein					
			Aktivität selbständig möglich, ggf. mit geringer Hilfe	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung überwiegende professionelle Hilfe	Aktivität unselbständig, wird fremdübernommen	Bemerkungen
Gehen							
Stehen							
Umsetzen (Transfer)							
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)							
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)							
Beweglichkeit:	aktiv	passiv	Bettlägerig	nein	ja		
Erforderliche Hilfsmittel:	Unterarmgehstütze	Gehstock	Rollator	Toilettenstuhl			
	Rollstuhl	Sonstiges:					

TF3 Körperpflege (Selbstversorgung)

Dauerzustand (mind. 6 Monate)	ja	nein					
			Aktivität selbständig möglich, ggf. mit geringer Hilfe	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung überwiegende professionelle Hilfe	Aktivität unselbständig, wird fremdübernommen	Bemerkungen
Waschen OK							
Waschen UK							
Duschen / Baden							
Mundpflege							
Zahnpflege							
Zahnprothese							
OK	UK						
Rasieren							
trocken	nass						
An- / Auskleiden OK							
An- / Auskleiden UK							
Hautbeschaffenheit:	intakt	trocken	Sonstiges:				
Pflegemittel:							

TF4 Ernährung (Selbstversorgung)

Kostform:	Sondenkost	Parenterale Ernährung	PEG	PEJ	Tägliche Menge Flüssigkeit in ml:		
	Kalorienzufuhr in kcal:	Kalorienzufuhr in kcal:			Flüssigkeitsbilanzierung	ja	nein
	Tägliche Menge in ml:	Tägliche Menge in ml:					
		Aktivität selbständig möglich, ggf. mit geringer Hilfe	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung überwiegende professionelle Hilfe	Aktivität unselbständig, wird fremdübernommen	Bemerkungen	
Essen							
Trinken							
mundgerechte Zubereitung:	JA	NEIN	Hilfsmittel:				
Letzte Mahlzeit (Datum, Uhrzeit): _____							

Spezielle Pflegeaspekte

Dekubitus	nein	ja (Lokalisation s. Grafik)	Grad/Größe: _____	
Gefahr laut Norton-/Braden-Skala:				

Wunden (z. B. OP-Wunden, Ulcus cruris u.a.): Vorsorgung: selbständig mit Hilfe			
Pilzinfektion Nein ja, Lokalisation:			
Allergien: nein ja und zwar:	Ansteckende Krankheiten: nein ja und zwar:	Letzte Thorax-Röntgen-Untersuchung	
Lebensmittelunverträglichkeit			
Bisherige Versorgung			

TF4 Ausscheidungen						
Flüssigkeitsbilanzierung:		nein ja	Körpergewicht:		Körpergröße:	
Hilfsmittel:		nein ja	Toilette	Toilettenstuhl	Urinflasche Steckbecken	
Harninkontinenz: nein gelegentlich ja		Stuhlinkontinenz: nein gelegentlich ja		Colostomie		
Transurethraler Harnblasenkatheter Suprapubischer Harnblasenkatheter CH: _____ Gelegt / gewechselt am:		abgeführt am: _____		normal neigt zu Verstopfung neigt zu Durchfällen digitale Ausräumung		
		Aktivität selbständig möglich, ggf. mit geringer Hilfe	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung, überwiegende professionelle Hilfe	Aktivität unselbständig, wird fremd-übernommen	Bemerkungen
Aufsuchen einer Toilette						
Umgang mit Folgen Urininkontinenz						
Umgang mit Folgen Stuhlinkontinenz						
Stomaversorgung						
Intimpflege						
Richten der Bekleidung						

Legende:
S = Selbstständig (Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmiteileinsatz)
U/A = Unterstützung / Anleitung (Aktivität mit geringer, punktueller Hilfe möglich)
TÜ = Teilübernahme (Aktivität mit geringer Eigenbeteiligung, überwiegende personelle Hilfe)
VÜ = Vollübernahme (Aktivität unselbständig, wird fremd übernommen)

Medikation					
oral parenteral					
Bedarfsmedikation:					
Besonderheiten der Applikation mit Süßspeise:					
Einnahme:		selbständig	Bereitstellen der Tagesration	Überwachung der Einnahme	
letzte Medikation:		morgens	mittags	abends	Uhrzeit:
Insulin		nein	ja		
Art:					
Verabreichung per:		Spritze	Pen	Insulinpumpe	
		selbständig möglich	mit geringer punktueller Hilfe	mit überwiegend professioneller Hilfe	unselbständig, wird fremd übernommen
Bisherige Blutzuckerkontrollen (Häufigkeit):					

Bisherige Therapie / Sonstiges		Hinweis für den Krankentransport: s. Verfahrenshinweise
Krankengymnastik Herzschrittmacher	Ergotherapie letzte Kontrolle am: _____	
Sonstiges: Dialyse	Beatmung	Schutzklasse 1 Schutzklasse 2
	Tracheostoma	Schutzklasse 3 Schutzklasse 4
	Portversorgung	
Besondere Auffälligkeiten: Unruhezustände Ängste Aggressives/abwehrendes Verhalten andere Verhaltensweisen:		keine Schutzmaßnahmen erforderlich

Telefon-Nr.:

Datum: _____ Unterschrift der Pflegefachkraft

Anhang für die Pflegeüberleitung von Menschen mit Demenz

Name des Patienten/der Patientin:

Orientierung / Psyche (einschl. Tagesablauf) neigt zu akuten Verwirrheitszuständen leidet unter zwanghaftem und Wahnhaftem Verhalten leidet unter motorischen Unruhezuständen, Angst, Aggressionen, Missstimmungen ungezieltes, ständiges Sprechen Selbst- und Fremdgefährdung zeigt Hinlauftendenzen schmiert mit Kot leidet unter Störungen des Tag- / Nacht-Rhythmus Umstimmungs- und Überzeugungsarbeit ist erforderlich ist depressiv hat ein niedriges Selbstwertgefühl fühlt sich überflüssig kann den Tagesablauf nicht selbständig gestalten	Kommunikation Sprache undeutlich Sprache verwaschen Wortfindungsstörungen spricht mit reduziertem Wortschatz, monotones Singen, Rufen spricht erniedrigend, abwertend keine sprachliche Verständigung möglich konfabuliert (Gedächtnislücken werden mit Worten gefüllt) deutliche Mimik und Gestik undeutliche Mimik und Gestik ist stark verunsichert (Angst / Panik) eingeschränktes Konzentrations/Erinnerungsvermögen hat Gedankensprünge
Wahrnehmung der Sinne: ist schwerhörig ist kurzsichtig ist weitsichtig akzeptiert / benutzt Hilfsmittel	Wahrnehmungseinschränkung Wärme Kälte visuell
Ernährung (Essen u. Trinken) kann nicht alleine essen sieht die Notwendigkeit, zu essen, nicht ein kann nur passierte Kost zu sich nehmen kann nicht alleine trinken sieht die Notwendigkeit, zu trinken, nicht ein hat Kau- und Schluckstörungen weil: _____ isst und trinkt unter Anleitung und nach Aufforderung isst sehr langsam gestörtes Essverhalten verweigert die Nahrungsaufnahme	Ausscheidungen kann durch Gestik / Mimik Bedürfnis mitteilen lehnt Hilfsmittel ab findet die Toilette nicht beruhigende Gespräche bei der Durchführung der Toilettengänge
Bewegung / Lagerung Gleichgewichtsstörungen Sturzgefahr / Hüftprotektoren läuft mit trippelndem Gang akzeptiert / benutzt Hilfsmittel	Körperpflege / Kleiden Notwendigkeit von Wäschewechsel wird nicht eingesehen Selbständige Wahl der Kleidung nicht möglich Häufiges Auskleiden aufgrund von Desorientierung An-/Auskleiden nur mit Hilfe möglich
Ressourcen ist einsichtig arbeitet aktiv mit kann mit Hilfe stehen / gehen akzeptiert Unterstützung durch die Pflegekräfte	
Sonstige wichtige Informationen _____	Vorlieben / Abneigungen _____

Anlage 3 zur Vereinbarung zu § 5 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW) – Unmittelbarer Übergang von der Krankenhausbehandlung zu einer notwendigen pflegerischen Versorgung -

Beitrittserklärung Kommune

Beitrittserklärung Kommune

Name der Kommune: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

Fax-Nr.: _____

E-Mail: _____

Ansprechpartner: _____

Hiermit treten wir der „Vereinbarung zu § 5 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW) - Unmittelbarer Übergang von der Krankenhausbehandlung zu einer notwendigen pflegerischen Versorgung“ vom 01.10.2019 bei. Eine aktuelle Ausfertigung der Vereinbarung haben wir erhalten und wir verpflichten uns, die darin genannten Aufgaben zu erfüllen.

Unsere Teilnahme an der vorgenannten Vereinbarung beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Beitrittserklärung. Die Beitrittserklärung ergeht gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, Unternehmensbereich Ambulante Versorgung, Geschäftsbereich Pflege, Friedrich-Ebert-Straße 49, 45127 Essen, sowie nachrichtlich gegenüber dem jeweils zuständigen kommunalen Verband (Landkreistag NRW, Städtetag NRW, Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen).

Mit der Veröffentlichung unseres Beitrittes erklären wir uns einverstanden.

Datum

Unterschrift und Stempel

Sonstige Regelungen

1. Liegt eine vorläufige Einschätzung durch den MDK nach Aktenlage vor, gewährt die Pflegekasse bei Überleitung in die Häuslichkeit vom Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus bis zur endgültigen Pflegegradzuordnung Leistungen entsprechend Pflegegrad 2. Der ambulante Pflegedienst ist berechtigt entsprechend abzurechnen.

Fällt die endgültige Pflegegradzuordnung höher aus, erhalten je nach Inanspruchnahme ambulanter Leistungen der ambulante Pflegedienst bzw. der Versicherte eine Nachzahlung.

Ergibt sich aus der endgültigen Pflegegradzuordnung ein Pflegegrad unterhalb von Pflegegrad 2, verbleibt es bei der Abrechnung in Höhe von Pflegegrad 2 bis zum Bekanntwerden des endgültigen Pflegegrades.

2. Liegt den Pflegekassen eine vorläufige Einschätzung durch den MDK nach Aktenlage (mindestens Pflegegrad 2) vor, erfolgt nach Entlassung aus dem Krankenhaus vom Zeitpunkt des Einzugs in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung bis zur endgültigen Pflegegradzuordnung eine Leistungsabrechnung für den betroffenen Pflegebedürftigen nach Pflegegrad 2 gegenüber den Pflegekassen.

Fällt die endgültige Pflegegradzuordnung höher aus, nehmen die Pflegekassen ab Antragstellung eine rückwirkende Verrechnung vor.

Ergibt sich aus der endgültigen Pflegegradzuordnung ein Pflegegrad unterhalb von Pflegegrad 2, verbleibt es bei der Abrechnung in Höhe von Pflegegrad 2 bis zum Bekanntwerden des endgültigen Pflegegrades.