

# Arbeitshilfe

## Pflegeüberleitung

## Inhalt

1. VORWORT	3
2. EINLEITUNG	3
3. GESETZLICHE GRUNDLAGEN	4
4. VERFAHREN	6
5. PRAKTISCHES PROCEDERE	6

## 1. Vorwort

Die Verlegung von Patienten innerhalb der verschiedenen Sektoren im Gesundheitssystem hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Im Anschluss an einen stationären Aufenthalt aufgrund eines akuten Ereignisses, einer entgleisten Grunderkrankung oder eines fortschreitenden Krebsleidens gilt es, die Nachversorgung rasch zu organisieren. Für die Menschen in dieser besonderen Situation soll der Organisationsaufwand gering gehalten und der Übergang in die Weiterversorgung nahtlos und möglichst unbürokratisch gestaltet werden. Zum Gelingen dieser Aufgabe tragen alle an den Schnittstellen der gesundheitlichen Versorgungspraxis Tätigen bei.

Der Fachbereich Pflege des MDK Baden-Württemberg, das Entlassmanagement (Pflegeüberleitung) der Kliniken in Baden-Württemberg und die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft setzen hier bereits seit Jahren auf eine inzwischen fest etablierte Kooperations- und Kommunikationsstruktur. Grundlage für eine verlässliche und von allen Beteiligten getragene Kooperation ist ein abgestimmtes Vorgehen und die **schnelle strukturierte Informationsübermittlung mit Hilfe eines einheitlichen Überleitungsbogens**.

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1.1.2017 wurde das seit 2006 in Baden-Württemberg eingesetzte Formular zur Überleitung durch einen bundesweit einheitlichen Informations-/Überleitungsbogen (**Anlage 1**) abgelöst. Der Überleitungsbogen wurde von der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Pflege/Hilfebedarf“ (SEG 2) der MDK-Gemeinschaft entwickelt und kommt deutschlandweit zum Einsatz.

## 2. Einleitung

In der Regel setzen sich Menschen mit Pflegebedürftigkeit erst auseinander, wenn sie es nicht mehr vermeiden können. Wenn Pflegebedürftigkeit droht oder eingetreten ist, benötigen die Betroffenen Hilfe und Unterstützung. Sie können sich dann in der Regel nicht mehr selbst um die notwendigen Hilfe- und Unterstützungsleistungen kümmern. Auch ihre Angehörigen sind in dieser Situation oftmals überfordert.

Da sich Versorgungsbrüche besonders beim Übergang vom stationären in den nachstationären Bereich zeigen und zu unnötigen Belastungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen aber auch zur Verschwendung knapper Ressourcen, muss die entlassende Klinik für die Betroffenen ein strukturiertes Entlassmanagement sicherstellen.

Um diesen Versorgungsbrüchen entgegenzuwirken, hat das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) bereits 2003 einen Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ herausgegeben, der mit Verweis auf internationale Studien empfiehlt, dass eine Pflegefachkraft, aufgrund ihrer Nähe zu den Patienten und Angehörigen im Entlassungsprozess die entscheidende Koordinationsfunktion übernimmt.

Dabei hat sich gezeigt, dass die Wirksamkeit eines zentral organisierten Entlassungsmanagements mit dafür spezialisierten Pflegeexperten besser belegt ist, als ein Entlassungsmanagement durch Bezugspflegekräfte. Ein gelungenes Entlassungsmanagement kann jedoch nur in multidisziplinärer Zusammenarbeit erreicht werden, in der auch die anderen Berufe ihren Anteil spezifisch wahrnehmen.

Die Zielsetzung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ ist, dass jeder Patient mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme und einem daraus resultierenden weiter andauernden Pflege- und Unterstützungsbedarf ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung erhält.

Die vorliegende Arbeitshilfe enthält neben der Beschreibung des praktischen Vorgehens auch den „*Informations-/Überleitungsbogen*“ sowie *Erläuterungen für die Anwender samt der Bewertungsmatrix*. In diesem Überleitungsbogen können alle Informationen strukturiert zusammengefasst werden, die der MDK Baden-Württemberg benötigt, um die Begutachtungsaufträge mit verkürzter Frist fachlich korrekt und in kurzer Zeit bearbeiten zu können.

Gemäß den gesetzlichen Regelungen kann das Krankenhaus mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten den **Pflegeantrag an die zuständige Pflegekasse** des Versicherten schicken. Die Pflegekasse beauftragt daraufhin den MDK mit der Begutachtung. Mit schriftlicher Einwilligung ist der **Überleitungsbogen** **direkt an den MDK** zu übersenden.

### 3. Gesetzliche Grundlagen

#### Krankenhausentgeltgesetz

##### § 2 Krankenhausleistungen

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch

[...]

6. das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

#### Landeskrankenhausgesetz

##### § 31 Sozialer Krankenhausdienst

(1) Das Krankenhaus stellt einen sozialen Krankenhausdienst sicher, der auch die Pflegeüberleitung umfasst. Die Krankenhauseelsorge bleibt unangetastet.

(2) Der soziale Krankenhausdienst hat die Aufgabe, den Patienten und seine Angehörigen sozial zu beraten und zu betreuen, insbesondere wegen der Hilfen, die während des Krankenhausaufenthaltes und nach der Entlassung aus dem Krankenhaus geboten sind. Der soziale Krankenhausdienst sorgt dafür, dass nach der Entlassung des Patienten die zu seiner Pflege, Nachsorge und Rehabilitation notwendigen Maßnahmen eingeleitet werden.

[...]

## SGB V

### § 39 Krankenhausbehandlung

( 1a) 1 Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. [...]

5 Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; [...].

11 Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Erhebung , Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.

[...]

## SGB XI

### § 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(3) 3 Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder

2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt, oder

3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz vereinbart,

ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb **einer** Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. [...]

4 Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

5 Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem PflegeZG gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 FPfZG vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von Pflegekasse beauftragten Gutachter spätestens innerhalb von 2 Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen ...

(4) 1Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter sollen, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. 2Mit Einverständnis des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden. [...]

(5) Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. § 276 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V gilt entsprechend.

[...]

## 4. Verfahren

Kontext: Eine gesetzlich pflegeversicherte Person befindet sich im Krankenhaus/in einer stationären Rehabilitationsklinik

Die Überleitung der Patienten in das nachversorgende Setting basiert auf einem qualifizierten und verantwortungsbewussten Entlassmanagement und erfordert eine gute, strukturierte Kooperation von Leistungserbringern, Pflegekassen und Medizinischem Dienst, damit innerhalb der verkürzten Begutachtungsfristen eine Begutachtung sichergestellt wird. Wenn dem Entlassmanagement Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist, ist eine Begutachtung nach verkürzter Begutachtungsfrist von einer Woche einzuleiten.

Gibt es nach fachlich begründeter Einschätzung des Entlassmanagements keinen Hinweis dafür, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine verkürzte Begutachtungsfrist erforderlich ist, ist die Begutachtung als „Regelbegutachtung“ einzuleiten.

## 5. Praktisches Procedere

Um eine Begutachtung mit verkürzter Begutachtungsfrist zu ermöglichen, faxt der Leistungserbringer, die Klinik oder die Rehaeinrichtung, den Pflegeantrag mit Einwilligung des Versicherten an die Pflegekasse des Versicherten. Gleichzeitig stellt der Leistungserbringer dem MDK die erforderlichen Auskünfte zur Verfügung. Dazu übermittelt das Entlassmanagement der Klinik die für die Begutachtung erforderlichen Informationen mit Hilfe des Überleitungsbogens direkt an den MDK. Die erforderliche Einwilligung des Versicherten wird auf dem Überleitungsbogen schriftlich dokumentiert. Aufgrund der besonderen Eilbedürftigkeit kann die Übermittlung dann per Fax erfolgen.

Die für die jeweiligen Versicherten zuständige Beratungsstelle des MDK finden Sie unter:  
<http://www.mdk.de/329.htm>

Nach Erhalt des Begutachtungsauftrages prüft der MDK Baden-Württemberg, ob eine Begutachtung mit verkürzter Begutachtungsfrist zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung erforderlich ist.

- Ist dies der Fall, erstellt der MDK ein „Sonstiges Gutachten nach Aktenlage“ und übermittelt das Ergebnis umgehend der zuständigen Pflegekasse. In diesen Fällen ist festzustellen, ob Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 SGB XI vorliegt. Liegt Pflegebedürftigkeit vor, ist darüber hinaus festzustellen, ob die Voraussetzungen mindestens des Pflegegrades 2 erfüllt sind. Die abschließende Begutachtung – insbesondere zum Pflegegrad – ist dann unverzüglich nachzuholen. Basierend auf der gesetzlichen Bestimmung im § 18 Abs. 3 SGB XI führt der MDK Baden-Württemberg alle Eilbegutachtungen nach Aktenlage innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Erhalt des Begutachtungsauftrages durch. Überleitungsaufträge für Versicherte, die nicht in

Baden-Württemberg wohnen, werden die Gutachter des MDK Baden-Württemberg nur ausnahmsweise bearbeiten.

Die Pflegekasse wird dem MDK nach der vorläufigen Begutachtung nach Aktenlage einen neuen Auftrag zur abschließenden Begutachtung erteilen. Die abschließende Begutachtung ist in der **häuslichen** Umgebung des Versicherten (ggf. Pflegeheim) durchzuführen. Der Vereinbarung mit den zuständigen Pflegekassen nach finden sie der Regel ab der sechsten Woche im Anschluß an die vorläufige Begutachtung nach Aktenlage statt. Bei Bedarf können Versicherte auch während ihres Aufenthaltes in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung begutachtet werden.

- Ist dies nicht der Fall, informiert der MDK die Pflegekasse umgehend. Der Fall wird als „Regelfall“ eingestuft und der Versicherte zu Hause begutachtet.

Anlagen:

**Informations-/Überleitungsbogen**

**Erläuterungen für die Anwender**

**Bewertungsmatrix**

unter <https://www.mdkbw.de/de/service/downloads>