



**Medizinischer Dienst  
Baden-Württemberg**

# **Arbeitshilfe**

## **Pflegeüberleitung**

Stand: 01.03.2022



## Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	3
2. Einleitung	3
3. Gesetzliche Grundlagen	3
4. Verfahren	5
5. Praktisches Procedere	5

## 1. Vorwort

Die Verlegung von Patientinnen und Patienten innerhalb der verschiedenen Sektoren im Gesundheitssystem hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Im Anschluss an einen stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung gilt es, die Nachversorgung rasch zu organisieren. Für die Menschen in dieser besonderen Situation - etwa nach einem Akutereignis, einer entgleisten Grunderkrankung oder einem fortschreitenden Krebsleiden - 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.

## 2. Einleitung

Der Übergang vom stationären in den nachstationären Bereich ist häufig von organisatorischen und fachlichen Herausforderungen gekennzeichnet, insbesondere dann, wenn es sich um komplexe Pflegesituationen handelt. Unzureichend vorbereitete Entlassungen oder Verlegungen könnten dann zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation und Belastungen für Patientinnen und Patienten sowie für deren Angehörige führen. Wiedereinweisungen bis hin zu „Drehtüreffekten“ oder suboptimaler weiterer Versorgung, aber auch vermeidbare Kosten und Ressourcenverbrauch können die Folge sein.

Die Bedeutung einer kontinuierlichen Versorgung wird daran deutlich, dass der Gesetzgeber in den letzten Jahren Regelungen für die Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. aus einer stationären Rehabilitationseinrichtung in die Sozialgesetzgebung aufgenommen und zunehmend konkretisiert hat. Generelle Festlegungen zum Anspruch auf ein Versorgungsmanagement beim Übergang in verschiedene Versorgungsbereiche sind seit 2007 im § 11 Abs. 4 SGB V festgeschrieben. Seit 2015 besteht nach § 39 Abs. 1a SGB V ein Anspruch auf ein „Krankenhaus-Entlassungsmanagement“, mit dem Ziel einer verbesserten sektorenübergreifenden Versorgung. Dabei wirken unterschiedliche Professionen und Sektoren an diesem Ziel mit.

Mit der Beteiligung des Medizinischen Dienstes sollen pflegebedürftige Menschen eine schnelle Entscheidung über die von ihnen beantragte Leistung erhalten, um die Pflege zeitnah organisieren zu können.

Gemäß den gesetzlichen Regelungen kann das Krankenhaus bzw. die Rehabilitationseinrichtung mit schriftlicher Einwilligung der oder des Versicherten den **Pflegeantrag an die zuständige Pflegekasse** übermitteln. Diese beauftragt daraufhin den Medizinischen Dienst mit der Begutachtung. Mit schriftlicher Einwilligung der oder des Versicherten ist der **Überleitungsbogen direkt an den Medizinischen Dienst Baden-Württemberg** 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 [1–6].

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 Gesetzliche Krankenversicherung**

#### **§ 11 Leistungsarten**

(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. [...]

#### **§ 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 [...]. 13 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 Soziale Pflegeversicherung**

#### **§ 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 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes 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. [...]

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 Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst Baden Württemberg oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter spätestens innerhalb von 2 Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen. [...]

(4) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und 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. Mit 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 des Fünften Buches gilt entsprechend. [...]

## 4. Verfahren

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

Die Überleitung der Patientinnen und 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, faxen die Leistungserbringer, die Klinik oder die Rehabilitationseinrichtung den Pflegeantrag mit Einwilligung der oder des Versicherten an die Pflegekasse. Gleichzeitig stellen die Leistungserbringer dem Medizinischen Dienst die erforderlichen Auskünfte zur Verfügung. Dazu übermittelt das Entlassmanagement der Klinik die für die Begutachtung erforderlichen Informationen mit Hilfe des Überleitungsbogens direkt an den Medizinischen Dienst. Die erforderliche Einwilligung der oder 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 Medizinischen Dienst Baden-Württemberg finden Sie unter <https://www.md-bw.de/service/beratungsstellen/>.

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

- Ist dies der Fall, erstellt der Medizinische Dienst ein Kurzgutachten 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. Basierend auf der gesetzlichen Bestimmung im § 18 Abs. 3 SGB XI führt der Medizinische Dienst Baden-Württemberg alle Eilbegutachtungen nach Aktenlage innerhalb von drei Arbeitstagen nach Erhalt des Begutachtungsauftrages durch. Überleitungsaufträge für Versicherte, die nicht in Baden-Württemberg wohnen, werden vom Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg aufgrund von besonderer Dringlichkeit bearbeitet.

Die Pflegekasse wird dem Medizinischen Dienst nach der vorläufigen Begutachtung nach Aktenlage einen neuen Auftrag zur abschließenden Begutachtung erteilen. Die abschließende Begutachtung ist in der **häuslichen Umgebung** der oder des Versicherten (ggf. Pflegeheim) durchzuführen. Bei Bedarf können Versicherte auch während ihres Aufenthaltes in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung begutachtet werden.

- Ist dies nicht der Fall, informiert der Medizinische Dienst die Pflegekasse umgehend. Der Fall wird als „Regelfall“ eingestuft und die Versicherten werden zu Hause begutachtet.

Zur Bearbeitung der Begutachtungen mit verkürzter Frist gehören der Informations-/Überleitungsbogen sowie Erläuterungen für die Anwendenden. Diese Dokumente sind gesondert unter [www.md-bw.de/service/downloads/](http://www.md-bw.de/service/downloads/) („Für Leistungserbringer“) hinterlegt.