

# **VERTRAG**

**gemäß § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V**

**- Nahtloser Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Pflege -**

zwischen

der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e.V. (BKG), Radlsteg 1, 80331 München

und

der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse -, Carl-Wery-Straße 28, 81739 München

dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Landesvertretung Bayern,  
Karlstraße 96, 80335 München

dem BKK Landesverband Bayern, Züricher Str. 25, 81476 München

der Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle München, Friedrichstraße 19,  
80801 München

dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und  
Pflegekassen in Bayern, (LdL/LdLP), Neumarkter Straße 35, 81673 München

dem Landesverband der Innungskrankenkassen in Bayern, Maistraße 12, 80337 München

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Landesvertretung Bayern,  
Karlstraße 96, 80335 München

## **§ 1**

### **Zielsetzung**

Dieser Vertrag dient dazu, den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung<sup>1</sup> zur Pflege im Sinne des Sozialgesetzbuches XI (SGB XI) zu gewährleisten.

## **§ 2**

### **Geltungsbereich**

Dieser Vertrag ist für die Krankenkassen und die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser in Bayern unmittelbar verbindlich.

## **§ 3**

### **Beratung der Patienten**

- (1) Patienten, bei denen während der Krankenhausbehandlung erkennbar wird, daß Leistungen im Sinne des SGB XI im Anschluß an die Krankenhausbehandlung in Betracht kommen, sollen frühzeitig durch das Krankenhaus (den Krankenhausarzt, den Sozialen Krankenhausdienst) - ggf. unterstützt durch die Krankenkasse bzw. durch die Pflegekasse - beraten werden.
- (2) Die Beratung dient dazu, die Patienten, deren Betreuungsperson (nach § 1806 BGB) oder Angehörige bei der Antragstellung auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei der Pflegekasse bzw. bei Maßnahmen zur Sicherstellung einer geeigneten pflegerischen Versorgung zu unterstützen. Sie hat darüber hinaus das Ziel, den Betroffenen die Notwendigkeit von weiterführenden Maßnahmen zur Pflege und Möglichkeiten hierzu aufzuzeigen.
- (3) Die Grundsätze
  - Rehabilitation vor Pflege und
  - häusliche Pflege vor stationärer Pflegesind dabei zu beachten.

---

<sup>1</sup> i.S.d. § 39 SGB V und  
§ 3 Abs. 1 des Vertrages gem. § 112 Abs. 1 zu § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V

#### § 4

### Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Pflege

- (1) Das Krankenhaus wirkt auf eine frühestmögliche Einleitung des nahtlosen Übergangs zur Pflege hin und unterstützt die Patienten, deren Betreuungsperson (§ 1896 BGB) oder Angehörige bei der Antragstellung.
- (2) Das Krankenhaus übermittelt den Vordruck „Antrag auf Pflegeleistungen gemäß SGB XI“ (Anlage 1) unverzüglich an das für das Krankenhaus zuständige Beratungszentrum des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)<sup>2</sup>.
- (3) Der Krankenhausarzt entscheidet über Dauer und Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung. Die Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch die Pflegekasse hat keine Auswirkungen auf Dauer und Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung sowie auf die bestehende Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse.
- (4) Der weitere Verfahrensablauf zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird in einer Vereinbarung nach Artikel 10 des Gesetzes zur Ausführung des Elften Buches (XI) Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung (AGPflegeVG) vom 7. April 1995 (GVBl S. 153, BayRS 861-1-A) - verbindlich geregelt.

#### § 5

### Sonstige vertragliche Regelungen

Die weiteren Verträge nach § 112 SGB V bleiben unberührt.

#### § 6

### Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.04.1998 in Kraft.
- (2) Die Kündigung richtet sich nach den Bestimmungen des § 112 Abs. 4 SGB V.

---

<sup>2</sup> An die Stelle des MDK tritt für die Versicherten der **Bundesknappschaft** der Sozialmedizinische Dienst der Bundesknappschaft, Friedrichstr. 19, 80801 München, Telefax-Nr. 089/38 17 52-14 und ~~503~~ für die Versicherten der **Bahn-Betriebskrankenkasse** die beratenden Ärzte des Medizinischen Dienstes der Bahnbetriebskrankenkasse, Richelstr. 5/II, 80634 München, Telefax-Nr. 089/13 08 33 69

München, den 20. März 1998

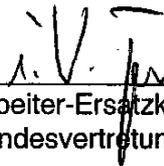
29 APR. 1998



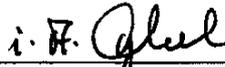
Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V.



AOK Bayern - Die Gesundheitskasse



Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.  
Landesvertretung Bayern



BKK-Landesverband Bayern



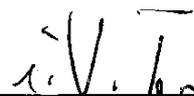
Bundesknappschaft  
-Verwaltungsstelle München-



Funktioneller Landesverband der  
Landwirtschaftlichen Krankenkassen und  
Pflegekassen in Bayern



Landesverband der Innungskrankenkassen  
in Bayern



Verband der Angestellten-Krankenkassen  
e.V. Landesvertretung Bayern

# Antrag auf Pflegeleistungen gemäß SGB XI

Anlage 1 zum Vertrag gem. § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V

MDK Beratungszentrum: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

<u>Name des Versicherten</u>	<u>Vorname</u>	<u>Geb.-Datum</u>
<u>Straße</u>	<u>PLZ</u>	<u>Wohnort</u>
<u>Name u. Anschrift des Krankenhauses/ der Rehabilitationseinrichtung</u>		
<u>Behandelnder Krankenhaus-Arzt</u>	<u>Erreichbar unter Tel.-Nr.</u>	<u>Station</u>
<u>Pflegekasse (genaue Bezeichnung, Anschrift)</u>	<u>Versicherungs-Nr.</u>	

Beantragt wird:  Pflegesachleistung  Pflegegeld  Kombinationsleistung  Kurzzeitpflege  vollstationäre Leistung

Erhält bereits Pflegeleistungen von:  Pflegekasse  Sozialamt  sonstige Stellen \_\_\_\_\_

**Erklärung:**

Ich bin damit einverstanden, daß die Pflegekasse und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung von den mich behandelnden Ärzten, dem Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Bei der Anforderung der genannten Unterlagen ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß diese unmittelbar an den MDK Bayern zu übersenden sind. Insoweit entbinde ich die o.g. Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den MDK Bayern weitergegeben werden.

**Datenschutzhinweis (§67 a Abs.3 SGB XI):**

Damit die Pflegekasse ihre Aufgaben rechtmäßig erfüllen kann, ist ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund der § 7 und § 28 SGB XI zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei Ihren Leistungsansprüchen führen.

Datum \_\_\_\_\_  
Unterschrift  
des Versicherten bzw. Betreuer

## Bericht des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung

zum Antrag auf Pflegeleistungen gemäß SGB XI

Pflegebegründende Diagnosen: \_\_\_\_\_

Orientierungsstörungen:  zeitlich  örtlich  zur Person  dauernd  gelegentlich

**Pflegebedarf (Feststellung durch den Pflegedienst!):**

Hilfe erforderlich täglich bei:	Häufigkeit pro Tag	Zeitaufwand pro Tag (Min.)	Häufigkeit pro Tag	Zeitaufwand pro Tag (Min.)
<b>1. Körperpflege</b>			<b>3. Mobilität</b>	
<input type="checkbox"/> Waschen			<input type="checkbox"/> Aufstehen/Zubettgehen	
<input type="checkbox"/> Duschen/Baden*			<input type="checkbox"/> An-/Auskleiden	
<input type="checkbox"/> Zahnpflege			<input type="checkbox"/> Stehen	
<input type="checkbox"/> Kämmen/Rasieren			<input type="checkbox"/> Gehen	
<input type="checkbox"/> Darm/Blasenentleerung			<input type="checkbox"/> Treppensteigen	
<b>2. Ernährung</b>			<input type="checkbox"/> Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung/Einrichtung *	
<input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung				
<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme				

Bemerkungen:

Handelt es sich um einen Dauerzustand? \*  ja  nein

Ist regelmäßig nachts Hilfe erforderlich? \*  ja  nein

Ist die Pflege in einer vollstationären Einrichtung erforderlich? \*

ja  nein

\* Erläuterungen siehe Rückseite

Die Entlassung soll erfolgen am: \_\_\_\_\_

- nach Hause
- in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung
- in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung

(Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung)

Sind Reha-Maßnahmen erforderlich?  ja  nein

falls ja, welche \_\_\_\_\_

Bankverbindung: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Stationsarzt (Stempel)

## Erläuterungen

### **Verfahrensablauf**

Die Gewährung von Pflegeleistungen gemäß SGB XI setzt eine Antragstellung durch den Pflegebedürftigen voraus.

Zur Beschleunigung des Verfahrens ist bei Antragstellern, die sich zum Zeitpunkt der Erstantragstellung in stationärer Behandlung befinden und die unmittelbar vom Krankenhaus bzw. der Reha-Einrichtung in ein Pflegeheim verlegt werden sollen bzw. ein Begutachtungsergebnis für die Sicherstellung der häuslichen Pflege erforderlich ist, folgende Vorgehensweise einzuhalten:

1. Die Einrichtung leitet per Fax den umseitigen ausgefüllten Antrag und Bericht an das zuständige Beratungszentrum des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern (MDK) weiter.
2. Der MDK erstellt unverzüglich (innerhalb max. 5 Arbeitstagen) ein Gutachten für die Pflegekasse.
3. Die Pflegekasse teilt das Prüfungsergebnis unverzüglich dem Versicherten und der Einrichtung mit.

### **Begriff der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI)**

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

(2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Zu den grundpflegerischen, regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens zählen:

Das Waschen, das Duschen/Baden, die Zahnpflege, das Kämmen/Rasieren, die Darm/Blasenentleerung, die mundgerechte Zubereitung des Essens, die Nahrungsaufnahme, das Aufstehen und Zubettgehen, das An-/Auskleiden, das Stehen, Gehen, Treppensteigen und das Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung/Einrichtung.

Das Gehen, Stehen und Treppensteigen darf nur im Zusammenhang mit den anderen gesetzlichen Verrichtungen zeitlich berücksichtigt werden.

Bei der Ermittlung des Zeitaufwandes ist bei den einzelnen Verrichtungen nicht die Zeit, die eine professionelle Pflegekraft benötigt, sondern die Zeit, die eine Laienpflegeperson benötigen würde, anzugeben. Bei nicht täglich anfallenden Verrichtungen ist auf Durchschnittswerte pro Tag umzurechnen (d.h. wöchentlicher Zeitaufwand dividiert durch 7).

### **Begriff "Dauerzustand"**

Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz werden nur dann gewährt, wenn ein Hilfebedarf bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer besteht. Ein Dauerzustand liegt dann vor, wenn vorhersehbar ist, daß es sich um einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten handelt.

Pflegebedürftigkeit auf Dauer ist jedoch auch dann gegeben, wenn der Hilfebedarf deshalb nicht sechs Monate andauert, weil die verbleibende Lebensspanne voraussichtlich weniger als sechs Monate beträgt (z.B. bei Krebspatienten im Endstadium).

### **Begriff "nachts"**

Unter Nacht ist der Zeitraum zwischen 22.00 Uhr abends und 6.00 Uhr morgens zu verstehen. Ein Hilfebedarf ist nur dann zu bejahen, wenn während dieser Zeit regelmäßig, d.h. im Laufe einer Woche mindestens in 5 Nächten, ein konkreter Hilfebedarf bei den im Gesetz genannten grundpflegerischen Verrichtungen anfällt.

### **Erforderlichkeit der vollstationären Pflege**

Soll der Antragsteller von der Einrichtung in ein Pflegeheim verlegt werden, können vollstationäre Pflegeleistungen nur dann gewährt werden, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Vollstationäre Pflege kann insbesondere erforderlich sein bei

- Fehlen einer Pflegeperson
- fehlender Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen
- drohender oder bereits eingetretener Überforderung von Pflegepersonen
- drohender oder bereits eingetretener Verwahrlosung des Pflegebedürftigen
- Eigen- oder Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen
- räumlichen Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die keine häusliche Pflege ermöglichen und durch Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nicht verbessert werden können.

# VEREINBARUNG

gemäß Artikel 10 Abs. 1 des Gesetzes zur Ausführung des  
Elften Buchs (XI) Sozialgesetzbuch Soziale Pflegeversicherung (AGPflegeVG)  
vom 7. April 1995 (GVBl S. 153, BayRS 861-1-A)

**Nahtloser Übergang von der Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung  
zu einer notwendigen Pflege im Sinne des SGB XI**

zwischen

der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e.V. (BKG), Radlsteg 1, 80331 München

und

der Pflegekasse bei der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, Pestalozzistraße 8,  
95326 Kulmbach

dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Landesvertretung Bayern,  
Karlstraße 96, 80335 München

dem BKK-Landesverband, Züricher Straße 25, 81476 München

der Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle München,  
Friedrichstraße 19, 80801 München

dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und  
Pflegekassen in Bayern (LdL/LdLP), Neumarkter Straße 35, 81673 München

dem Landesverband der Innungskrankenkassen in Bayern,  
Maistraße 12, 80337 München

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Landesvertretung  
Bayern, Karlstraße 96, 80335 München

## **§ 1**

### **Zielsetzung der Vereinbarung**

Diese Vereinbarung dient dazu, aufbauend auf den Vertrag gemäß § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V, im Anschluß an die notwendige Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung den frühestmöglichen nahtlosen Übergang zu einer erforderlichen Pflege im Sinne des SGB XI zu regeln.

## **§ 2**

### **Geltungsbereich**

Diese Vereinbarung gilt für die Pflegekassen sowie für alle zugelassenen Krankenhäuser (§ 108 SGB V) und Rehabilitationseinrichtungen (§ 111 SGB V) - nachstehend Einrichtungen genannt - in Bayern.

## **§ 3**

### **Mitwirkung des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung**

- (1) Wenn sich während der stationären Krankenhaus- bzw. Rehabilitationsbehandlung abzeichnet, daß Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI in Betracht kommen, berät die Einrichtung den Patienten bzw. dessen Betreuungsperson (nach § 1896 BGB) oder Angehörige über die in Betracht kommenden Leistungen gem. § 28 SGB XI und wirkt auf deren frühestmögliche Beantragung hin.
- (2) Insbesondere kommen dabei folgende Leistungen in Betracht:
  - häusliche Pflege ( §§ 36-38 SGB XI)
  - Tages- / Nachtpflege ( § 41 SGB XI)
  - Kurzzeitpflege ( § 42 SGB XI)
  - vollstationäre Pflege ( § 43 SGB XI)
  - Beschaffung von Pflegehilfsmitteln einschließlich notwendiger Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes ( § 40 SGB XI)
- (3) Die Einrichtung übermittelt den vollständig ausgefüllten Vordruck „Antrag auf Pflegeleistungen gemäß SGB XI“ (Anlage 1 zum Vertrag gem. § 112 Abs. 1 SGB V) unverzüglich an das für die Einrichtung zuständige Beratungszentrum des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> An die Stelle des MDK tritt für die Versicherten der Bundesknappschaft der Sozialmedizinische Dienst der Bundesknappschaft, Friedrichstr. 19, 80801 München, Telefax-Nr. 089/38175503 und für die Versicherten der Bahn-Betriebskrankenkasse die beratenden Ärzte des Medizinischen Dienstes der Bahn-Betriebskrankenkasse, Richelstr. 5/II, 80634 München, Telefax-Nr. 089/13083369

- (4) Um einen nahtlosen Übergang von der Krankenhaus- / Rehabilitationsbehandlung zur Pflege im Sinne des SGB XI zu gewährleisten, hält die Einrichtung Kontakt zu den in seinem Einzugsbereich zugelassenen Pflegeeinrichtungen. Die Pflegekassen stellen ein Verzeichnis über die zugelassenen Pflegeeinrichtungen in Bayern zur Verfügung.
- (5) Die Einrichtung benennt dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung unverzüglich nach Abschluß der Vereinbarung eine(n) Ansprechpartner(in) im Hinblick auf die Erstellung des Berichts (gemäß Anlage 1 zum Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V)

#### **§ 4**

##### **Mitwirkung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung**

- (1) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) führt eine Begutachtung durch und leitet das Ergebnis an die zuständige Pflegekasse unverzüglich weiter.
- (2) Benötigt der MDK im Zusammenhang mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit ergänzende Auskünfte von der Einrichtung, werden diese zeitnah erteilt. Ggf. ist mit der Einrichtung kurzfristig ein Termin für eine Pflegebegutachtung zu vereinbaren.
- (3) Die Erstattung der Kosten, die der Einrichtung im Zusammenhang mit der Durchführung des Verfahrens entstehen, regeln die Vertragsparteien in einer gesonderten Vereinbarung.

#### **§ 5**

##### **Mitwirkung der Pflegekasse**

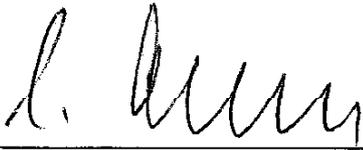
Die Pflegekasse unterrichtet die Einrichtung unverzüglich durch die Übermittlung eines Abdrucks des an den Versicherten gerichteten Leistungsbescheides oder durch die Zusendung einer standardisierten Meldung, aus der die für die Entlassung notwendigen Informationen (Anlage 1) hervorgehen.

#### **§ 6**

##### **Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Die Vereinbarung tritt am 01.10.1998 in Kraft.
- (2) Die Vereinbarung kann ganz oder teilweise von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden.
- (3) Für den Fall der Kündigung verpflichten sich die Vertragsparteien, unverzüglich in Verhandlungen über eine neue Vereinbarung einzutreten. Bis zum Inkrafttreten der Folgevereinbarung gelten die Bestimmungen dieser Vereinbarung weiter.

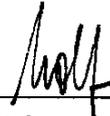
München, den



Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V.



Pflegekasse bei der AOK Bayern –  
Die Gesundheitskasse



Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,  
Landesvertretung Bayern



BKK-Landesverband

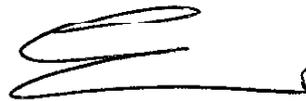
Die Geschäftsführung  
i. A.



Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle  
München



Funktioneller Landesverband der  
Landwirtschaftlichen Krankenkassen  
und Pflegekassen in Bayern (LdL/LdLP)



Landesverband der  
Innungskrankenkassen in Bayern



Verband der Angestellten-  
Krankenkassen e.V.,  
Landesvertretung Bayern

**Anlage 1  
zur Vereinbarung gem. Art. 10 Abs. 1 AGPflegeVG**

**Ergebnis der Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit**

<u>Empfänger:</u>
-------------------

Name und Anschrift des Krankenhauses  
bzw. der Rehaeinrichtung

<u>Absender:</u>
------------------

Name und Anschrift der Pflegekasse

**I. Der Antrag vom                    auf Pflegeleistungen gemäß SGB XI des Versicherten**

Name des Versicherten	Vorname	Geb.Datum
Straße	PLZ	Ort

wurde geprüft.

**II. Als Ergebnis wird festgestellt:**

1. Die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI

- liegen **nicht** vor
- liegen ab dem ..... vor

2. Die/Der Versicherte wird derzeit

- der Pflegestufe I
- der Pflegestufe II
- der Pflegestufe III

zugeordnet.

3. Die Erforderlichkeit von stationärer Pflege

- liegt **nicht** vor
- liegt ab dem ..... vor

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift der Pflegekasse

Hinweis:  
Vertrag zum nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Pflege gem. § 112 Abs. 1 SGB V  
zu § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V:

§ 4 Abs. 3: Der Krankenhausarzt entscheidet über Dauer und Notwendigkeit der Krankenhaus-  
behandlung. Die Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch die Pflegekasse hat keine  
Auswirkungen auf die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung sowie auf die bestehende  
Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse.

# **V E R E I N B A R U N G**

zu

**§ 4 Abs. 3 der Vereinbarung gem. Art. 10 Abs. 1  
des Gesetzes zur Ausführung des SGB XI Soziale Pflegeversicherung (AGPflVG)**

**Nahtloser Übergang von der Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung  
zu einer notwendigen Pflege im Sinne des SGB XI**

zwischen

der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e.V. (BKG), Radlsteg 1, 80331 München

und

der Pflegekasse bei der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, Pestalozzistraße 8,  
95326 Kulmbach

dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Landesvertretung Bayern,  
Karlstraße 96, 80335 München

dem BKK-Landesverband, Züricher Straße 25, 81476 München

der Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle München,  
Friedrichstraße 19, 80801 München

dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und  
Pflegekassen in Bayern (LdL/LdLP), Neumarkter Straße 35, 81673 München

dem Landesverband der Innungskrankenkassen in Bayern,  
Maistraße 12, 80337 München

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Landesvertretung  
Bayern, Karlstraße 96, 80335 München

(die Verbände der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem  
Medizinischen Dienst der Krankenversicherung – MDK)

## **§ 1**

### **Gegenstand**

- (1) Die Pflegekassen sowie alle zugelassenen Krankenhäuser (§ 108 SGB V) und Rehabilitationseinrichtungen (§ 111 SGB V) in Bayern - nachstehend Einrichtungen genannt - regeln in der Vereinbarung vom 20.03.1998 gemäß Art. 10 Abs. 1 des Gesetzes zur Ausführung des SGB XI Soziale Pflegeversicherung (AGPflVG) das Verfahren zum nahtlosen Übergang von der Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung zu einer notwendigen Pflege.
- (2) Die Mitwirkung der Einrichtungen in diesem Verfahren besteht neben der Beratung der Patienten bzw. deren Betreuungspersonen oder Angehörigen sowie der Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen gemäß § 26 SGB XI insbesondere in der Erstellung eines ärztlichen Berichts für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Dieser Bericht dient dem MDK als Grundlage für die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.
- (3) Diese Vereinbarung regelt die Erstattung der Kosten, die im Zusammenhang mit der Durchführung des Verfahrens entstehen.

## **§ 2**

### **Kostenerstattung**

- (1) Als Kostenerstattung für den Bericht gemäß der Vereinbarung nach Art. 10 AGPflVG, den die Einrichtung für den MDK erstellt, wird eine Pauschale von DM 25,00 vereinbart.
- (2) Mit dieser Pauschale sind alle Aufwendungen abgegolten, die der Einrichtung entstehen, um dem MDK die für die Begutachtung notwendigen Auskünfte zu erteilen.
- (3) Die Zahlung der finanziellen Entschädigung erfolgt durch den MDK an die Einrichtung per Überweisung auf das von der Einrichtung auf dem „Antrag für Pflegeleistungen gemäß SGB XI“ angegebene Konto.

## **§ 3**

### **Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.04.1998 in Kraft.
- (2) Die Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende gekündigt werden.
- (3) Die Vertragsparteien verpflichten sich, im Falle der Kündigung unverzüglich in Verhandlungen über eine neue Vereinbarung einzutreten.

München, den 20. März 1998



Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V.

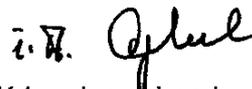
29 APR. 1998



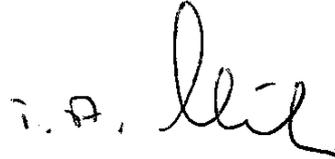
Pflegekasse bei der AOK Bayern -  
Die Gesundheitskasse



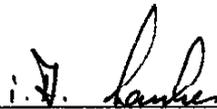
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,  
Landesvertretung Bayern



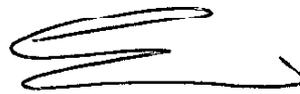
BKK-Landesverband



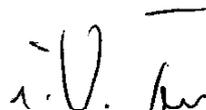
Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle  
München



Funktioneller Landesverband der  
Landwirtschaftlichen Krankenkassen  
und Pflegekassen in Bayern (LdL/LdLP)



Landesverband der  
Innungskrankenkassen in Bayern



Verband der Angestellten-  
Krankenkassen e.V.,  
Landesvertretung Bayern