

Nachtrag Nr. 2 zum Vertrag
gemäß § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V
(Nahtloser Übergang von der Krankenhausbehandlung zur
Pflege)

zwischen

Bayerischer Krankenhausgesellschaft e. V.,
Radlsteg 1, 80331 München,

und

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

Knappschaft – Regionaldirektion München,
Putzbrunner Str. 73, 81739 München,

BKK Landesverband Bayern,
Züricher Straße 25, 81476 München,

IKK classic,
Meglingerstraße 7, 81477 München,

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse
Neumarkter Straße 35, 81673 München,

nachfolgend genannten Ersatzkassen

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




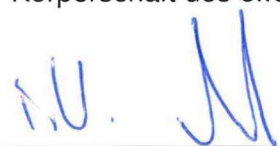
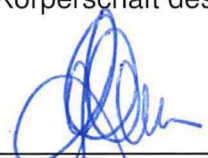


gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern
Arnulfstraße 201 a, 80634 München

Artikel 1 Änderung der Vereinbarung

Die Anlage 1 (mit Wirkung zum 01.01.2017) wird durch die Anlage 1 dieses Nachtrags mit Wirkung zum 01.04.2019 ersetzt. Zur Anwendung der Anlage 1 gilt eine Übergangsfrist von einem Monat nach Inkrafttreten des Nachtrags Nr. 2.

München, den 19.03.2019

Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V.	AOK Bayern - Die Gesundheitskasse - Körperschaft des öffentlichen Rechts -
	
	Knappschaft - Regionaldirektion München – 
	BKK Landesverband Bayern - Körperschaft des öffentlichen Rechts - 
	IKK classic - Körperschaft des öffentlichen Rechts - 
	SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse 
	Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Bayern Der Leiter der Landesvertretung 

**Bericht des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung
zum Antrag auf Pflegeleistungen gemäß SGB XI**

Name, Vorname: Geburtsdatum: Anschrift: Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w Versichertennummer: Pflegekasse/Direktion:	Entlassung geplant am: _____ <input type="checkbox"/> nach Hause <input type="checkbox"/> in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> in eine Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Verlegung in Rehabilitationsklinik <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
Name und Anschrift des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung Name des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung Anschrift:	Gesetzlicher Betreuer: Name: Adresse: Hausarzt: Name: Adresse:

Alternativ Patientenaufkleber

Beantragte Leistungen:☐ ambulante Sachleistung (§36 SGB XI) ☐ Kombinationsleistung (§38 SGB XI) ☐ Vollstationäre Pflege (§43 SGB XI)**Sind Rehabilitationsmaßnahmen beantragt?**☐ ja☐ nein**Einwilligung:**

Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst meine behandelnden Ärzte, (Krankenhausärzte, niedergelassene Ärzte, Hausarzt) in die Begutachtung mit einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung und Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Diese Unterlagen sind unmittelbar an den MDK Bayern zu versenden.

Soweit der Pflegekasse von mir freiwillig überlassene Unterlagen vorliegen, dürfen diese ebenfalls an den MDK weitergeleitet werden.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit, ohne Angabe von Gründen, widerrufen. Es findet dann keine weitere Datenverarbeitung mehr statt. Die Widerrufserklärung ist an den MDK zu richten. Der Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt zu dem dieser dem MDK zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung ihrer Daten ist bis zu diesem Zeitpunkt rechtmäßig.

Mit Ihrer Einwilligung sind die Pflege- und Krankenkassen und die Leistungserbringer verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

Datum:

Unterschrift Versicherter/Betreuer

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben Ihrer Pflegekasse nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB XI verarbeitet. Ihre Pflegekasse benötigt die Angaben für die Prüfung des Anspruchs auf Leistungen der häuslichen bzw. stationären Pflege nach §§ 36, 38, 42 und 43 SGB XI. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann über Ihren Anspruch auf Leistungen nicht entschieden werden (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://www.datenschutz-bayern.de/docs/buerger/datenschutzrechte.html>.

Datum:

Unterschrift Versicherter/Betreuer

Formular wurde ausgefüllt von:

Name/Funktion/Telefon

Unterschrift

Name, Vorname, Geburtsdatum (Angaben erforderlich!)

Pflegebegründende Diagnosen (Text, ggf. ICD):

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

Handelt es sich um einen Dauerzustand? (voraussichtlich für mindestens 6 Monate) ☐ Ja

☐ Nein

Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!

	Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer, punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung; überwiegende personelle Hilfe	Aktivität unselbstständig, wird fremdübernommen
Mobilität				
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)				
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)				
Umsetzen (Transfers)				
Fortbewegen innerhalb des 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				
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				

Name, Vorname, Geburtsdatum (Angaben erforderlich!)

	Keine, nicht täglich	Täglich, zusätzlich zur oralen Nahrung	Ausschließlich oder nahezu ausschließlich
Ernährung parenteral/ PEG/PEJ			

	Die Fähigkeit ist:			
	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
Betreuungsbedarf				
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)				

Besondere Verhaltensauffälligkeiten mit pflegerischem Interventionsbedarf:

Bestehen z.B. Unruhezustände, aggressives/ abwehrendes Verhalten, Ängste oder andere Verhaltensweisen? Wenn ja wie häufig (täglich, gelegentlich, selten)?

	Personelle Hilfe erforderlich?		Häufigkeit
	Nein	Ja	Täglich (Wie oft wird verabreicht?)
Behandlungspflege (voraussichtlich über 6 Monate)			
Medikation			
Injektion			

Sonstiges:
