



DEUTSCHE VEREINIGUNG  
FÜR SOZIALE ARBEIT  
IM GESUNDHEITSWESEN E.V.

**DVSG**

Gemeinsam für die gesundheitsbezogene  
Soziale Arbeit

## FAQ Übergangspflege im Krankenhaus gemäß § 39e SGB V

## **Impressum**

Herausgeberin: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)  
Auflage: 9. Auflage, April 2024  
Titelbild: Saulos Zayas, [www.pexels.com](http://www.pexels.com)

## Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	<b>4</b>
<b>Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e SGB V</b> .....	<b>4</b>
<b>Antworten zu häufig gestellten Fragen (FAQ)</b> .....	<b>4</b>
Welche rechtliche Grundlage besteht für die Übergangspflege im Krankenhaus? .....	4
Was beinhaltet die Übergangspflege im Krankenhaus? .....	4
Welche Voraussetzungen gelten für die Übergangspflege im Krankenhaus? .....	5
Welche Vorgaben sind zu berücksichtigen, um das Vorliegen der Voraussetzungen für Übergangspflege im Krankenhaus zu dokumentieren? .....	5
Wie ist das Vorliegen der Voraussetzungen für Übergangspflege im Krankenhaus nachzuweisen?.....	5
Kommt Übergangspflege im Krankenhaus für alle Patient*innen mit Nachsorgebedarf in Betracht?.....	5
Können Patient*innen Übergangspflege im Krankenhaus als Leistung frei wählen? .....	6
Wie lang kann Übergangspflege im Krankenhaus in Anspruch genommen werden? .....	6
Wie werden die 10 Tage Übergangspflege im Krankenhaus gezählt und abgerechnet, gelten Aufnahme- und Entlasstag als 1 Tag? .....	6
Kann Übergangspflege im Krankenhaus in Anspruch genommen werden, wenn eine geeignete Anschlussversorgung bei Entlassung möglich ist? .....	6
Kann nach Auftreten einer akuten Behandlungsbedürftigkeit während der Übergangspflege im Krankenhaus ein erneuter Anspruch auf die Leistung generiert werden? .....	6
Bietet jedes Krankenhaus Übergangspflege an?.....	7
Muss das Krankenhaus Übergangspflege anbieten? .....	7
Gibt es Übergangspflege auch in der Rehabilitationsklinik? .....	7
Welcher Unterschied besteht zwischen Übergangspflege im Krankenhaus und Kurzzeitpflege? .....	7
Ist für die Übergangspflege im Krankenhaus eine Zuzahlung zu leisten? .....	7
Wie ist damit umzugehen, wenn ein*e Patient*in nach 10 Tagen in der Übergangspflege im Krankenhaus noch immer nicht entlassen werden kann? .....	7
Was ist bei Privatversicherten zu berücksichtigen? .....	8
Was bedeutet die Übergangspflege im Krankenhaus für das Entlassmanagement?.....	8
Was ist zu beachten, wenn im Einzelfall von Krankenkassen eine Empfehlung zur Inanspruchnahme von Übergangspflege ausgesprochen wird? .....	8
In welchen Bundesländern gibt es bereits eine Vergütungsvereinbarung zur Abrechnung und Leistungserbringung der Übergangspflege? .....	8
Was ist für Krankenhäuser mit einem bundeslandübergreifenden Einzugsbereich zu beachten?.....	12
Was empfiehlt die DVSG zur Umsetzung der Übergangspflege im Krankenhaus? .....	12
Wer sind Ihre Ansprechpartner*innen zum Thema Übergangspflege im Krankenhaus? .....	12
<b>Ihre Mitwirkung an der Weiterentwicklung der FAQ</b> .....	<b>12</b>

## Vorwort

Seit dem 20.07.2021 besteht unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus gemäß [§ 39e SGB V](#). Die Umsetzung dieser neuen Regelung im Krankenversicherungsgesetz ist insbesondere für Krankenhausbetreiber\*innen, Entscheider\*innen und Mitarbeiter\*innen, die im Entlassmanagement eingebunden sind, mit vielen Herausforderungen verbunden. Als Hilfestellung und Orientierung für den Berufsalltag hat die DVSG deshalb eine Übersicht mit Antworten zu häufig gestellten Fragen (FAQ) entwickelt. Die Hinweise dieser FAQ basieren auf fachlicher, nicht auf juristischer Einschätzung und sind ohne Gewähr. Die Umsetzung der Vorgaben in den einzelnen Krankenhäusern ist eine Organisationspflicht der Krankenhausträger und obliegt der Verantwortung der Geschäftsführung. Die Auslegungen für jedes Krankenhaus sind daher in Abstimmung mit der jeweiligen Geschäftsführung und dem klinikinternen Justizariat zu treffen.

Im Folgenden werden Erfahrungen und Rückmeldungen zum Verständnis und zu den Auslegungsmöglichkeiten der Regelungen zur Übergangspflege im Krankenhaus aufgezeigt. Diese bieten jedoch keine abschließende Rechtssicherheit. Vielmehr sind es Anregungen für die klinikinterne Umsetzung.

## Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e SGB V

Gemäß [§ 39e SGB V](#) werden Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus von den Krankenkassen erbracht, wenn im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß [§ 40 SGB V](#) oder Pflegeleistungen nach [SGB XI](#) nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können.

Übergangspflege im Krankenhaus ist ausschließlich im unmittelbaren Anschluss an eine abgeschlossene stationäre Krankenhausbehandlung möglich. Diese kann nur in dem Krankenhaus erbracht werden, in dem die Behandlung erfolgt ist. Als Grundlage für die Zuordnung dient das Standortkennzeichen (IK-Nummer), d. h. zwischen Krankenhausstandorten, die derselben IK-Nummer zuzuordnen sind, ist eine Verlegung möglich.

Die Übergangspflege im Krankenhaus ist als eigenständiger Leistungsbereich definiert und nicht Bestandteil der Krankenhausbehandlung. Sie wird ausschließlich nachrangig zu den genannten Leistungen der Anschlussversorgung erbracht und ist somit als versorgungssichernde Ersatzvornahme zu bewerten.

## Antworten zu häufig gestellten Fragen (FAQ)

### Welche rechtliche Grundlage besteht für die Übergangspflege im Krankenhaus?

Die rechtliche Grundlage für die Übergangspflege im Krankenhaus ist geregelt in [§ 39e SGB V](#).

### Was beinhaltet die Übergangspflege im Krankenhaus?

Die Übergangspflege im Krankenhaus beinhaltet die notwendige Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung. Die konkrete Umsetzung obliegt dem Krankenhausträger.

## Welche Voraussetzungen gelten für die Übergangspflege im Krankenhaus?

Übergangspflege kann als Anschlussversorgung im Krankenhaus nur für diejenigen Patient\*innen erbracht werden,

- die einen Bedarf an Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß [§ 40 SGB V](#) oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch aufweisen und
- für die die entsprechenden Leistungen nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können.

## Welche Vorgaben sind zu berücksichtigen, um das Vorliegen der Voraussetzungen für Übergangspflege im Krankenhaus zu dokumentieren?

Für die Dokumentation ist das Muster zur Dokumentation der Übergangspflege im Krankenhaus zu verwenden. Die Vorgaben wurden in der sogenannten [Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege](#) vom 31.10.2021 zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der Privaten Krankenversicherungen vereinbart. Es empfiehlt sich daher, dieses Muster im Krankenhausinformationssystem (KIS) mit Verknüpfung zu den bereits erhobenen Daten zu integrieren. Alternativ besteht die Möglichkeit, die von einigen Portalanbietern auf der jeweiligen Suchplattform integrierte Muster-Dokumentation zu nutzen.

## Wie ist das Vorliegen der Voraussetzungen für Übergangspflege im Krankenhaus nachzuweisen?

Entsprechend der [Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege im Krankenhaus](#) sind vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren:

- die patient\*innenindividuell erforderliche Anschlussversorgung,
- Datum des Beginns der Organisation der Anschlussversorgung (in der Regel das Datum der Einbindung des Sozialdienstes),
- die erfolgte Abstimmung der geeigneten Anschlussversorgung mit dem/der Patient\*in und ggf. den Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung/Betreuung,
- die Feststellung des Nachsorgebedarfs sowie der Antragsstellung an den Kostenträger auf Kostenübernahme (sofern erforderlich) mit Datum der Antragstellung,
- die frühzeitige Einbindung der Krankenkasse, einschließlich der Information über die Erforderlichkeit der Anschlussversorgung sowie deren Art und Umfang,
- die Anfrage von mindestens 20 für die erforderliche Anschlussversorgung geeigneten Einrichtungen bzw. Anbieter (Anschlussversorger) oder bei weniger als 20 vorhandenen geeigneten Anschlussversorgern, die Anfrage aller Anschlussversorger; in beiden Fällen jeweils mit Name, Datum der Anfrage und Ergebnis der Anfrage sowie die Angabe, ob internetbasierte Portale verwendet wurden und
- die Angabe, ob die erforderliche Anschlussversorgung nach Abschluss der Übergangspflege im Krankenhaus sichergestellt werden konnte oder nicht mehr erforderlich war.

## Kommt Übergangspflege im Krankenhaus für alle Patient\*innen mit Nachsorgebedarf in Betracht?

Nein. Der Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus gilt nur bei individuellem Bedarf an der in [§ 39e SGB V](#) genannten Anschlussversorgung, nämlich: Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß [§ 40 SGB V](#) oder Pflegeleistungen nach SGB XI.

Andere entlassverzögernde Bedingungen, wie z. B. eine aufwendige Kostenträgerermittlung bzw. Nichtversicherte sowie andere erforderliche, aber fehlende oder zeitgerecht zur Verfügung stehende Nachversorgungsangebote begründen dagegen keinen Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus, obgleich sie in der Praxis ebenso schwierig zu organisieren sind. Dazu gehören beispielsweise die Verlegung in neurologische oder geriatrische Frührehabilitation, in ein stationäres Hospiz oder eine Versorgung durch SAPV (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung); weiterhin der Bereich der Eingliederungshilfe oder die psychiatrische Nachversorgung für Menschen, die in geschlossenen Wohneinrichtungen untergebracht werden müssen. Die Geriatrische Rehabilitation wiederum ist zulässig, da es sich hier um eine Leistung gemäß [§ 40 SGB V](#) handelt.

### **Können Patient\*innen Übergangspflege im Krankenhaus als Leistung frei wählen?**

Nein. De Facto ist die Übergangspflege im Krankenhaus kein neues Leistungsangebot der Krankenhäuser; es handelt sich um einen Rechtsanspruch der Versicherten gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung. Sie dient der Abrechnung von Leistungen zur ersatzweisen Weiterversorgung von Patient\*innen über den geplanten Entlasstermin hinaus, wenn die Anspruchsvoraussetzungen für Übergangspflege im Krankenhaus erfüllt sind, d. h. wenn insbesondere die erforderliche nachstationäre Versorgung, z. B. aufgrund fehlender Plätze oder Wartezeiten auf Versorgungsplätze, (noch) nicht zum Entlasstermin zur Verfügung steht.

### **Wie lang kann Übergangspflege im Krankenhaus in Anspruch genommen werden?**

Kosten der Übergangspflege im Krankenhaus werden für längstens 10 Tage je Krankenhausbehandlung (d. h. je Fall) von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.

### **Wie werden die 10 Tage Übergangspflege im Krankenhaus gezählt und abgerechnet, gelten Aufnahme- und Entlasstag als 1 Tag?**

Ja. Der Tag der Entlassung aus der Krankenhausbehandlung und der Aufnahme in die Übergangspflege ist als erster Tag der Übergangspflege zu berechnen, der Entlasstag aus der Übergangspflege zählt als letzter Tag.

Wird ein\*e Patient\*in jedoch am gleichen Tag in die Übergangspflege aufgenommen und anschließend (z. B. in die Reha) verlegt oder entlassen (oder auch verstorben), ist für diesen Tag keine Abrechnung der Übergangspflege möglich.

### **Kann Übergangspflege im Krankenhaus in Anspruch genommen werden, wenn eine geeignete Anschlussversorgung bei Entlassung möglich ist?**

Wenn eine geeignete Anschlussversorgung zum geplanten Entlasszeitpunkt möglich ist, kann keine Übergangspflege im Krankenhaus in Anspruch genommen werden. Allerdings besteht in dem Begriff des ‚Geeignet-Seins‘ ein Interpretationsspielraum. Dies macht es erforderlich, die Eignung der gewählten Anschlussversorgungsmöglichkeiten in der individuellen Situation nachvollziehbar und klar zu begründen und zu dokumentieren.

### **Kann nach Auftreten einer akuten Behandlungsbedürftigkeit während der Übergangspflege im Krankenhaus ein erneuter Anspruch auf die Leistung generiert werden?**

Sollte ein\*e Patient\*in während der Übergangspflege wieder krankenhausbearbeitungsbedürftig werden und nach dieser erneuten Krankenhausbehandlung bestünde zum geplanten Entlassungstermin Bedarf an Anschlussversorgung aus dem festgelegten Spektrum, der jedoch

nicht nahtlos umgesetzt werden kann, besteht ein erneuter Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus für maximal 10 Tage.

### **Bietet jedes Krankenhaus Übergangspflege an?**

Die Umsetzung einer Übergangspflege im Krankenhaus erfordert umfangreiche Vorbereitungen in Bezug auf die Organisation und Strukturierung der erforderlichen Versorgungsprozesse. Diesen hohen Aufwand zur Ermöglichung der Leistung und Abrechnung der Übergangspflege betreiben nicht alle Krankenhäuser, so dass der Leistungsbereich Übergangspflege nicht in allen Krankenhäusern umgesetzt wird. Die je Bundesland verhandelte Vergütung steht nach Ansicht vieler Vertreter\*innen von Krankenhäusern bislang in keinem Verhältnis zu dem für die Umsetzung von Übergangspflege erforderlichen Aufwand.

### **Muss das Krankenhaus Übergangspflege anbieten?**

Gemäß [§ 39e SGB V](#) erbringt die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist. Übergangspflege ist eine Leistung der Krankenkassen, wenn die erforderliche Anschlussversorgung nicht unmittelbar nach dem Krankenhausaufenthalt erbracht werden kann. Aus Sicht vieler Vertreter\*innen von Krankenhäusern handelt es sich somit nicht um einen neuen Leistungsbereich für die Patient\*innen, sondern um eine Abrechnungsziffer in einer definierten Problemkonstellation. Ob diese Abrechnung im Einzelfall zum Tragen kommt, obliegt den Krankenhäusern.

### **Gibt es Übergangspflege auch in der Rehabilitationsklinik?**

Nein. Dieses Angebot und die Regelung gibt es gemäß [§ 39e SGB V](#) ausschließlich im Krankenhaus.

### **Welcher Unterschied besteht zwischen Übergangspflege im Krankenhaus und Kurzzeitpflege?**

Übergangspflege im Krankenhaus gemäß [§ 39e SGB V](#) und Kurzzeitpflege nach [§ 42 SGB XI](#) oder nach [§ 39c SGB V](#) sind grundsätzlich verschiedene, voneinander unabhängige Leistungen mit unterschiedlichen Rechtsbereichen und Umfang. Ein zum Entlasstermin nicht zur Verfügung stehender Kurzzeitpflegeplatz kann im Einzelfall den Anspruch auf Übergangspflege begründen. Übergangspflege im Krankenhaus kommt grundsätzlich nachrangig in Betracht.

### **Ist für die Übergangspflege im Krankenhaus eine Zuzahlung zu leisten?**

Ja. Erwachsene leisten zur Übergangspflege eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro für jeden Kalendertag, jährlich für maximal 28 Tage. Zahlungen für stationäre Behandlungen werden dabei angerechnet. Die Zuzahlungen werden bei der Belastungsgrenze berücksichtigt.

### **Wie ist damit umzugehen, wenn ein\*e Patient\*in nach 10 Tagen in der Übergangspflege im Krankenhaus noch immer nicht entlassen werden kann?**

Grundsätzlich ist es möglich, dass eine Person weiter in der Übergangspflege des Krankenhauses verbleibt. Jedoch werden durch die Krankenkassen maximal 10 Tage Übergangspflege im Krankenhaus vergütet. Für länger andauernde Leistungen der Übergangspflege kann keine weitere Vergütung erwirkt werden.

## Was ist bei Privatversicherten zu berücksichtigen?

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der Privaten Krankenversicherungen haben eine „[Gemeinsame Empfehlung zur Erbringung und Abrechnung einer Übergangspflege im Krankenhaus für privat krankenversicherte Patienten](#)“ verabschiedet. Darin empfehlen sie den Krankenhäusern, Übergangspflege im Krankenhaus nach der Maßgabe der Dokumentations-Vereinbarung zu erbringen und den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung, die entsprechende Vergütung zu erstatten. Es bleibt jedoch die Entscheidung der einzelnen Privaten Krankenversicherung, ob die Übergangspflege im Krankenhaus in das Leistungsspektrum aufgenommen wird und – im Falle einer Leistungsgewährung – ob die jeweilige Vergütungsvereinbarung anerkannt wird.

## Was bedeutet die Übergangspflege im Krankenhaus für das Entlassmanagement?

Die Feststellung des Nachsorgebedarfes sowie die Wahl einer geeigneten Anschlussversorgung sind bereits Bestandteil des Entlassmanagements während der Krankenhausbehandlung. Die Voraussetzungen für die Übergangspflege müssen bereits vor der Inanspruchnahme der Übergangspflege erfüllt sein. Dies beinhaltet insbesondere die Verpflichtung zum Einbezug der Krankenkassen, sobald erkennbar ist, dass Übergangspflege erforderlich sein wird. Des Weiteren muss nachgewiesen werden, dass mindestens 20 geeignete Nachversorger kontaktiert und deren Rückmeldungen dokumentiert wurden. Sollten keine 20 geeigneten Nachversorger zur Verfügung stehen, sind alle geeigneten Nachversorger zu kontaktieren und deren Rückmeldung zu dokumentieren.

Das Entlassmanagement ist während der Übergangspflege kontinuierlich fortzusetzen. In der [8. Änderungsvereinbarung des Rahmenvertrags Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1a SGB V](#) wurde festgelegt, dass die Möglichkeit zur Verordnung auf den Entlasstag aus der Übergangspflege verschoben wird bzw. die Verordnung von Hilfsmitteln bereits vor Entlassung aus der Übergangspflege verordnet werden dürfen, allerdings mit ergänzender Dokumentation des voraussichtlichen Entlassdatums aus der Übergangspflege.

## Was ist zu beachten, wenn im Einzelfall von Krankenkassen eine Empfehlung zur Inanspruchnahme von Übergangspflege ausgesprochen wird?

In der Praxis kann es vorkommen, dass beispielsweise Krankenkassen die Versicherten auf diese Leistungsart hinweisen, jedoch seitens des Krankenhauses diese Lösung nicht angemessen oder umsetzbar erscheint. Übergangspflege im Krankenhaus ist eine lediglich nachrangige Leistung für eine fest definierte Personengruppe. Die Beratung durch den Sozialdienst als Grundlage für eine Entscheidungsfindung ist daher unverzichtbar. Die DVSG empfiehlt zudem eine Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse um klarzustellen, dass Übergangspflege nur der ersatzweisen Versorgungssicherung im Einzelfall dienen kann.

## In welchen Bundesländern gibt es bereits eine Vergütungsvereinbarung zur Abrechnung und Leistungserbringung der Übergangspflege?

In folgenden Bundesländern wurde eine Vergütungsvereinbarung über das Nähere zur Leistungserbringung und Finanzierung der Übergangspflege abgeschlossen:

Bundesland	Inkrafttreten/ gültig bis	Gültig bei Aufnahme von Versicherten ab	Tagessatz Somatik	Tagessatz Psychiatrie/ Psychosomatik	Besonderheiten
Baden-Württemberg	01.11.2022	01.11.2021 Die Rechnungslegung kann ab	259,50 € mit Anschlussversorgung in der medizinischen Rehabilitation,	185 €	bestimmte Arzneimittel, Dialysen und

Bundesland	Inkrafttreten/ gültig bis	Gültig bei Auf- nahme von Ver- sicherten ab	Tagessatz Somatik	Tagessatz Psychiatrie/ Psychosomatik	Besonderheiten
(vgl. Vereinba- rung vom 30.08.2022)		01.04.2022 er- folgen, die Rechnungs- begleichung er- folgt ab 01.01.2023	sonst: 228 € (davon je 119 € für Pflege- personalkosten)  <b>ab 01.01.2023:</b> 267,29 € mit Anschlussver- sorgung in der medizini- schen Rehabilitation, sonst: 234,84 € (davon je 122,57 € für Pflege- personalkosten)	<b>ab 01.01.2023:</b> 190,55 €	Bluterpräparate wer- den zusätzlich abge- rechnet  bis zum 31.12.2022 gilt eine Zahlungsfrist von 5 Tagen  <b>Ab 01.01.2023</b> erhö- hen sich die Tagess- ätze und Pflegeperso- nalkostenanteile um 3%
Bayern (vgl. Vereinba- rung vom 19.05.22)	01.11.2021 bis 31.12.2023 Neuverhand- lung ab 01.01.2024	01.11.2021	255 € (davon 145 € für Pflegeper- sonalkosten)	178,50 €	ab mittlerer Verweil- dauer bestimmte Arzneimit- tel, Dialysen und Bluterpräparate wer- den zusätzlich abge- rechnet
Berlin (vgl. BKG Mitteilungen 390/2022 und 021/2024)	01.04.2022 bis 31.12.2024, fortgeschrie- ben ab 01.01.2024	01.04.2022	250 € mit Anschlussversor- gung in der medizinischen Rehabilitation, sonst 220 € (davon je 110 € für Pflege- personalkosten)  <b>ab 01.01.2024:</b> 260,55 € mit Anschlussver- sorgung in der medizini- schen Rehabilitation, sonst 229,28 € (davon je 110 € für Pflege- personalkosten)	176 €  <b>ab 01.01.2024:</b> 183,43 €	bestimmte Arzneimit- tel, Dialysen und Bluterpräparate wer- den zusätzlich abge- rechnet  <b>ab 01.01.2024</b> erhö- hen sich die Tagess- ätze um 4,22 %, die enthaltenen Pflege- personalkosten blei- ben konstant
Brandenburg	01.04.2022 bis 31.12.2023	01.04.2022	wie Berlin	wie Berlin	wie Berlin ob auch analoge Kos- tenerhöhung ab 01.01.24 nicht be- kannt
Bremen (vgl. Vereinba- rung vom 08.12.2022)	01.07.2023 bis 31.12.2024	01.07.2023	230 € (davon 120 € für Pflegeper- sonalkosten)	176 €	Bestimmte Arzneimit- tel, Dialysen und Bluterpräparate wer- den zusätzlich abge- rechnet  Die Vergütung von in- ternen Verbringun- gen oder Verlegung zwischen zwei Kran- kenhausstandorten ist ausgeschlossen.

Bundesland	Inkrafttreten/ gültig bis	Gültig bei Auf- nahme von Ver- sicherten ab	Tagessatz Somatik	Tagessatz Psychiatrie/ Psychosomatik	Besonderheiten
Hamburg (vgl. HKG Rundschreiben Nr. 717/22)	01.01.2022 bis 30.06.2024	01.01.2022	230 € (davon 120 € für Pflegeper- sonalkosten)	170 € (davon 102 € Pflegepersonal- kosten)	Dialysen und Bluter- präparate werden zu- sätzlich abgerechnet
Hessen	Verhandlungen sind noch nicht abgeschlossen (Auskunft vom 05.04.2023)				
Mecklenburg- Vorpommern (vgl. Vereinba- rung vom 17.11.2022)	01.01.2023 bis 31.12.2023	01.01.2023 Hilfsweise kann auch Übergangs- pflege vom 01.04.22 – 31.12.22 über diese Vereinba- rung abgerech- net werden. (Rechnungsle- gung frühestens ab 01.01.2023 per DTA)	250 € mit Anschlussversor- gung in der medizinischen Rehabilitation sonst 220 € (davon je 110 € für Pflege- personalkosten)	176 €	Bestimmte Arzneimittel, Dialysen und Bluterpräparate wer- den zusätzlich abge- rechnet  Die Vergütung von in- ternen Verbringun- gen oder Verlegung zwischen zwei Kran- kenhausstandorten ist ausgeschlossen.
Niedersachsen (vgl. NKG Mitteilung 112/2024)	01.08.2022	01.11.2021	250 € sonst 220 € mit Anschluss- versorgung in der medizini- schen Rehabilitation, (davon je 110,- € für Pfl- gepersonalkosten)  <b>ab 01.01.2024:</b> 260,55€ mit Anschlussver- sorgung in der medizini- schen Rehabilitation, sonst 229,28 € (davon je 110,- € für Pfl- gepersonalkosten)	176 €	bestimmte Arzneimittel, Strahlenthera- pien, Dialysen und Bluterpräparate wer- den zusätzlich abge- rechnet  <b>ab 01.01.2024</b> erhö- hen sich die Tagess- ätze in der Somatik um 4,22%, der Satz von 110€ für Pflege- personalkosten bleibt gleich.
Nordrhein- Westfalen (vgl. KGNW Rundschreiben Nr. 876/2022)	01.04.2022	01.04.2022	225 € (davon 110 € für Pflegeper- sonalkosten)  <b>ab 01.01.2023:</b> 237,50 € (davon 113,75 € für Pfl- gepersonalkosten)	172,50 €  <b>ab 01.01.2023:</b> 177,50 €	bestimmte Arzneimittel, Dialysen sowie Bluterpräparate wer- den zusätzlich abge- rechnet
Rheinland- Pfalz (vgl. KGRP Rundschreiben 727/22)	01.11.2021	01.11.2022	270 € mit Anschlussversor- gung in der medizinischen Rehabilitation sonst 245 € (davon je 121 € für Pfl- gepersonalkosten)  <b>Ab 01.01.2023:</b> 279,32 € mit Anschlussver- sorgung in der medizini- schen Rehabilitation	200 € (davon 121 € Pflegepersonal- kosten)  <b>ab 01.01.2023:</b> 206,90 € (davon 125,17 € Pflegeperso- nalkosten)	Bestimmte Arzneimittel, Dialysen und Bluterpräparate wer- den zusätzlich abge- rechnet  <b>ab 01.01.2023</b> erhö- hen sich die Tagess- ätze und Pflegeperso- nalkostenanteile um die Veränderungsrate

Bundesland	Inkrafttreten/ gültig bis	Gültig bei Auf- nahme von Ver- sicherten ab	Tagessatz Somatik	Tagessatz Psychiatrie/ Psychosomatik	Besonderheiten
			sonst 253,45 € (davon je 125,17 € für Pflegepersonalkosten)		nach § 71 Abs. 3 SGB V (3,45 %)
Saarland (vgl. SKG- Rundschreiben Nr. 2022- 1100-VD und 2022-1310- VD)	01.11.2021	01.11.2021  Die Rechnungs- legung erfolgt frühestens ab 01.11.2022 per DTA.	270 € mit Anschlussversor- gung in der medizinischen Rehabilitation sonst 245 € (davon je 121 € für Pflege- personalkosten)  <b>ab 01.01.2023:</b> 279,32 € mit Anschlussver- sorgung in der medizini- schen Rehabilitation sonst 253,45 € (davon je 125,17 € für Pfl- gepersonalkosten)	200 €  <b>ab 01.01.2023:</b> 206,90 €	Arzneimittel, Dialysen und Bluterpräparate werden zusätzlich ab- gerechnet  <b>ab 01.01.2023</b> erhö- hen sich die Tagess- ätze und Pflegeperso- nalkostenanteile um die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V (3,45 %)
Sachsen (vgl. KGS Mitteilung Nr. 876/2022)	01.01.2023	01.01.2023	250 € mit Anschlussversor- gung in der medizinischen Rehabilitation sonst 220 € (davon je 110 € Pflegekos- tenanteil) <b>ab 01.01.2024:</b> 260,55 € mit Anschlussver- sorgung in der medizini- schen Rehabilitation sonst 229,28 € (davon je 114,64 € Pflege- kostenanteil)	176 € (davon 105 € Pflegekosten- anteil)  <b>ab 01.01.2024:</b> 183,43€ (davon 109,43 Pflegekosten- anteil)	Rechnungslegung er- folgt per DTA, die Prüfung der Rech- nung innerhalb von 4 Monaten nach Rech- nungseingang, inner- halb von weiteren 9 Monaten erfolgt die Rechnungsbeglei- chung Ab 10.01.2024 stei- gen die Sätze
Sachsen-An- halt (vgl. SKG Sonderinfor- mation Nr. 96/2022)	01.11.2022	01.10.2022	250 € mit Anschlussversor- gung in der medizinischen Rehabilitation, sonst 220 € (davon je 110,- € für Pfl- gepersonalkosten)	176 € (davon 105 € Pflegepersonal- kosten)	Kosten für Dialyse, Zusatzentgelte Bluter sowie teure Arznei- mitte werden zusätz- lich abgerechnet
Schleswig-Hol- stein (vgl. Vereinba- rung vom 07.09.2022)	01.11.2021 bis 31.12.2023	01.11.2021	250 € mit Anschlussversor- gung in der medizinischen Rehabilitation, sonst 220 € (davon je 110 € für Pfl- gepersonalkosten)	176 €	Arzneimittel, Dialysen und Bluterpräparate werden zusätzlich ab- gerechnet  Sonderregelung bei vorheriger Kranken- hausbehandlung nach BPfIV, dann Aufnah- metag in Übergangs- pflege KEIN Berech- nungstag

Bundesland	Inkrafttreten/ gültig bis	Gültig bei Auf- nahme von Ver- sicherten ab	Tagessatz Somatik	Tagessatz Psychiatrie/ Psychosomatik	Besonderheiten
Thüringen (vgl. LKHG Thür. Rund- schreiben 560/2022)	01.07.2022	01.07.2022 Die Abrechnung ist nur möglich, wenn die Über- gangspflege ggü. der Kranken- kasse zum da- maligen Zeit- punkt angezeigt wurde und die Dokumentation entsprechend vorliegt	250 € mit Anschlussversor- gung in der medizinischen Rehabilitation, sonst 220 € (davon je 110 € für Pflege- personalkosten)	176 €	Arzneimittel, Dialysen und Bluterpräparate werden zusätzlich ab- gerechnet  Abrechnung der Fälle seit 01.07.2022 frü- hestens ab 01.10.2022 per DTA

(Stand: 29.02.2024, alle Angaben ohne Gewähr)

### Was ist für Krankenhäuser mit einem bundeslandübergreifenden Einzugsbereich zu beachten?

Auf Landesebene werden derzeit die Einzelheiten zu Umfang und Vergütung der Übergangspflege im Krankenhaus verhandelt. Es ist davon auszugehen, dass es Unterschiede zwischen den einzelnen Vereinbarungen in den Bundesländern geben wird. Es gilt jeweils die Vergütungsvereinbarung gemäß Standort des Krankenhauses, in dem die Übergangspflege erbracht wird.

### Was empfiehlt die DVSG zur Umsetzung der Übergangspflege im Krankenhaus?

Die DVSG empfiehlt unter anderem folgende Maßnahmen:

- Enge Abstimmung mit der zuständigen IT und der Geschäftsführung zur Integration der Dokumentationsvereinbarung zur Übergangspflege im Krankenhaus in das Krankenhaus-Informationssystem (KIS).
- Enge Abstimmung des Sozialdienstes bzw. der für das Entlassmanagement Zuständigen mit dem Medizin-Controlling und den verantwortlichen Ärzt\*innen mit Entscheidungsbefugnis zum konkreten Vorgehen bzgl. Festlegung des Entlasstermins.
- Erarbeitung und Implementierung einer klinikinternen Evaluation in Abstimmung zwischen Sozialdienst/Entlassmanagement, Medizin-Controlling und Abrechnung.
- Rückmeldung von Praxiserfahrungen an die DVSG zwecks Positionierung und Mitwirkung der DVSG bei der Weiterentwicklung der (gesetzlichen) Vorgaben.

### Wer sind Ihre Ansprechpartner\*innen zum Thema Übergangspflege im Krankenhaus?

Interessenvertreter\*innen der Krankenhäuser sind die [Deutsche Krankenhausgesellschaft \(DKG\)](#) sowie auf regionaler Ebene die einzelnen [Landeskrankenhausesgesellschaften](#). Diese sind auch Ansprechpartner\*innen für konkrete (z. B. rechtliche und organisatorische) Fragen der Umsetzung der Übergangspflege im Krankenhaus.

Ihre Ansprechpersonen in der [DVSG](#) sind Sibylle Kraus und Cindy Stoklossa (Mitglieder des Gesamtvorstands) und Antje Liesener (Geschäftsstelle).

### Ihre Mitwirkung an der Weiterentwicklung der FAQ

Für die Weiterentwicklung der FAQ und für unsere Beteiligung an der Ausgestaltung der Vorgaben zur Umsetzung der Übergangspflege sind für uns Ihre Praxiserfahrungen besonders wertvoll. Melden Sie gerne Ihre Erfahrungen und Fragen entweder per E-Mail an [info@dvsg.org](mailto:info@dvsg.org) oder über das Kontaktformular auf der DVSG-Webseite. Vielen Dank!

DEUTSCHE VEREINIGUNG  
FÜR SOZIALE ARBEIT  
IM GESUNDHEITSWESEN E.V.

**DVSG**

Gemeinsam für die gesundheitsbezogene  
Soziale Arbeit

## Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.

Geschäftsstelle  
Haus der Gesundheitsberufe  
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin  
Telefon 030 394064540 | Fax 030 394064545  
info@dvsg.org | www.dvsg.org  
ISBN 978 - 3- 9817885-4-9