

**Vereinbarung**  
**nach § 132m SGB V über das Nähere zur Leistungserbringung und**  
**Finanzierung der Übergangspflege gemäß § 39e SGB V**  
**(Übergangspflege im Krankenhaus)**

**Die Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.,**  
Radlsteg 1, 80331 München,

und

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

**die nachfolgend genannten Ersatzkassen**

**Techniker Krankenkasse (TK)**

**BARMER**

**DAK-Gesundheit**

**Kaufmännische Krankenkasse – KKH**

**Handelskrankenkasse (hkk)**

**HEK – Hanseatische Krankenkasse**

als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),  
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern  
Arnulfstraße 201a, 80634 München,

**der BKK-Landesverband Bayern**  
Züricher Straße 25, 81476 München,

**die IKK classic\*,**  
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden,

**die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)**  
Postfach 101320, 34013 Kassel,

**die KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion München\***  
Putzbrunner Straße 73, 81739 München

schließen folgende Vereinbarung:

\* In Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

## **Präambel**

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11.07.2021 wurde mit § 39e SGB V die Möglichkeit für Übergangspflege im Krankenhaus geschaffen. Die Regelungen in §§ 39e und 132m SGB V, sehen vor, dass das Nähere zur Leistungserbringung und Vergütung der Übergangspflege zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften zu vereinbaren ist. Diesem gesetzlichen Auftrag kommen die Vertragsparteien mit der vorliegenden Vereinbarung nach. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben mit der Vereinbarung über eine einheitliche und nachprüfbare Dokumentation zum Vorliegen der Voraussetzungen der Übergangspflege gemäß § 39e Absatz 1 SGB V (Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege), bereits Regelungen getroffen, die durch diese Landesvereinbarung ergänzt werden. Leistungen der Übergangspflege werden durch die GKV ausschließlich nach den Regeln dieser Vereinbarung finanziert.

### **§ 1 Voraussetzungen der Übergangspflege**

- (1) Ein Anspruch der Patientinnen und Patienten auf Übergangspflege im Krankenhaus ist nach § 39e Absatz 1 Satz 1 SGB V lediglich gegeben, wenn im unmittelbaren Anschluss an eine abgeschlossene stationäre Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Dabei ist der Anspruch auf Übergangspflege unabhängig davon, ob eine Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (Pflegegrad) besteht.
- (2) Um eine abgeschlossene stationäre Krankenhausbehandlung handelt es sich, wenn eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V nicht mehr vorliegt, d. h der Krankheitszustand die besonderen medizinischen Mittel des Krankenhauses nicht mehr erfordert.
- (3) Die Übergangspflege im Krankenhaus ist nachrangig zu den in § 1 Absatz 1 Satz 1 genannten Leistungen der Anschlussversorgung, die für eine Versorgung außerhalb des Krankenhauses unmittelbar im Anschluss an die stationäre Krankenhausbehandlung geeignet sind.

- (4) Die Übergangspflege wird als Anschlussversorgung in dem Krankenhaus erbracht, in dem die stationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt wurde. Standorte, die unter einem Institutionskennzeichen geführt werden, gelten entsprechend der bayerischen Krankenhausplanung als ein Krankenhaus.
- (5) Der Anspruch auf Übergangspflege ist begrenzt auf den Zeitraum bis zu dem eine Verlegung in eine geeignete Anschlussversorgung möglich ist oder ein erneuter stationärer Behandlungsbedarf entsteht. Er besteht jedoch längstens für 10 Tage je stationärer Krankenhausbehandlung, wobei sich das Krankenhaus während der Übergangspflege aktiv um eine adäquate Anschlussversorgung bemühen und dies dokumentieren muss.

Die Leistungen der Übergangspflege werden durch die GKV ausschließlich nach den Regeln dieser Vereinbarung finanziert. Eine Doppelfinanzierung ist in jedem Fall auszuschließen.

- (6) Die Vereinbarung findet nach den derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen Anwendung für Patientinnen und Patienten, wenn die Gesetzliche Krankenversicherung für die vorherige stationäre Krankenhausbehandlung zuständig war.
- (7) Für den Fall der Übergangspflege bei noch nicht verfügbarem Platz in einer Klinik zur Anschlussrehabilitation besteht der Anspruch nur, sofern die Anspruchsvoraussetzungen im Sinne der Rehabilitations-Richtlinie des G-BA erfüllt sind:
  - eine Indikation für eine Anschlussrehabilitation bzw. Geriatrische Rehabilitation liegt vor Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit sind gegeben,
  - eine positive Rehabilitationsprognose auf der Grundlage realistischer, für die Versicherten alltagsrelevanter Rehabilitationsziele liegt vor und
  - das angestrebte Rehabilitationsziel kann voraussichtlich nicht durch Leistungen der kurativen Versorgung oder deren Kombination sowie medizinische Vorsorgeleistungen nach §§ 23 und 24 SGB V erreicht werden.
- (8) Die Feststellung des Nachsorgebedarfs sowie die Wahl eines geeigneten Anschlussversorgers im Sinne des § 5 Abs. 2 der Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege sind bereits Bestandteil im Entlassmanagement während der stationären Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1 SGB V i.V.m. dem Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V in der jeweils

gültigen Fassung. Die Krankenkasse und die Pflegekasse unterstützen die Durchführung des Entlassmanagements in geeigneter Weise.

## **§ 2 Inhalt der Leistungen**

- (1) Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst 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.
- (2) Inhalt der Grundpflege sind die im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen zur Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Vorbeugung (Prophylaxen), die Förderung von Eigenständigkeit und Kommunikation. Dazu zählen auch Tätigkeiten zur Unterstützung zur teilweisen oder zur vollständigen Übernahme der Aktivitäten im Ablauf des täglichen Lebens oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung der Aktivitäten. Die Hilfe soll insbesondere darauf ausgerichtet sein, den im Rahmen der vorangegangenen stationären Krankenhausbehandlung erzielten Behandlungserfolg zu sichern. Sie umfasst dabei auch Maßnahmen, die geeignet sind, die Pflege- bzw. Rehabilitationsbedürftigkeit zu mindern sowie einer Verschlimmerung der Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit vorzubeugen.
- (3) Durchführung und Organisation der Pflege richten sich nach dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse.
- (4) Die Pflegeleistungen sind in Form der aktivierenden Pflege zu erbringen. Prophylaxen zur Vorbeugung von Sekundärerkrankungen sind, sofern im Einzelfall erforderlich, Bestandteil pflegerischer Tätigkeit und im Sinne der aktivierenden Pflege im Rahmen der einzelnen Verrichtungen zu erbringen.
- (5) Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege umfassen Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können.
- (6) Die Leistungen umfassen die Unterkunft und Verpflegung. Sofern eine diätische Kost, Sondennahrung oder parenterale Ernährung ärztlich angeordnet ist, ist diese Bestandteil der Leistung.
- (7) Die Übergangspflege umfasst auch die notwendige Versorgung mit Hilfsmitteln für die Dauer der Leistungen der Übergangspflege. Soweit ein Hilfsmittel bzw. ein

Pflegehilfsmittel ganz überwiegend zur Durchführung der Pflegeleistungen benötigt wird, ist dieses jeweils von der Übergangspflegeeinrichtung vorzuhalten und dem Patienten für die Dauer der Leistungen der Übergangspflege zur Verfügung zu stellen. Mit umfasst ist auch eine Anleitung zum Gebrauch. Individuelle Ansprüche des Patienten gem. § 33 SGB V (Hilfsmittel) oder gegen sonstige Leistungsträger bleiben unberührt. Die Gültigkeit von Verordnungen bleibt unabhängig von der Versorgung in der Übergangspflege unberührt.

### **§ 3 Organisatorische und personelle Voraussetzungen der Pflege in der Übergangspflege**

- (1) Die personelle Ausstattung muss unter Einhaltung rechtlicher Regelungen eine bedarfsgerechte, gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemeinen Stand der medizinisch–pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege gewährleisten.
- (2) Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Leistungen der Grund- und Behandlungspflege ist auf die in der Änderungsvereinbarung zur Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung in der jeweils gültigen Fassung genannten Berufsgruppen begrenzt.

### **§ 4 Vergütung**

- (1) Voraussetzung für die Vergütung ist die Erbringung der Übergangspflege sowie die Dokumentation gemäß der „Vereinbarung über eine einheitliche und nachprüfbar Dokumentation zum Vorliegen der Voraussetzungen der Übergangspflege gemäß § 39e Absatz 1 SGB V (Dokumentations–Vereinbarung Übergangspflege)“, in der aktuellen Fassung.
- (2) Die Vergütung der Leistungen der Übergangspflege wird in Anlage 1 geregelt, die Gegenstand dieser Vereinbarung ist, und unmittelbar Anwendung findet. Mit der Vergütung sind alle unter § 2 genannten Leistungsbestandteile abgegolten.
- (3) Die Vergütung für die interne Verbringung oder Verlegung von Patientinnen und Patienten zwischen zwei Krankenhausstandorten eines Krankenhauses ist ausgeschlossen.
- (4) Für die Zuzahlung gelten die gesetzlichen Vorschriften. Die Regelungen der §§1 – 4 sowie die Anlagen 1 bis 3 der „Vereinbarung zur Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43c Abs. 3 SGB V zwischen der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände und der Bayerischen Krankenhausgesellschaft“ vom

12.11.2009 finden entsprechende Anwendung.

## § 5 Abrechnung

- (1) Für die Behandlung von Patientinnen und Patienten, der Übergangspflege, rechnet die Einrichtung nach § 39e SGB V i.V.m. § 132m SGB V für alle Fälle ab dem 01.11.2021 mit Verfügbarkeit der technischen Anlagen zum 01.04.2022 gemäß den Regelungen zum § 301 SGB V (Nachtrag vom 16.11.2021) den tagesbezogenen Pauschalbetrag und Zuschläge gemäß Anlage 1 ab, die Bestandteil dieser Vereinbarung ist und unmittelbar Anwendung findet. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage addiert und mit dem jeweils geltenden tagesbezogenen Pauschalbetrag multipliziert und der Zuschlagsbetrag addiert. Maßgeblich für die Abrechnung ist, dass die Aufnahme in die Übergangspflege nach der mittleren Verweildauer der jeweils zuvor für den Krankenhausaufenthalt gültigen DRG erfolgt (Tag nach der mittleren Verweildauer der jeweils abgerechneten DRG des vorausgegangenen Krankenhausaufenthalts) sowie die Anzahl der Berechnungstage. Berechnungstage sind der Aufnahmetag und jeder weitere Tag des Aufenthaltes in der Einrichtung nach § 39e SGB V exklusive des Verlegungs- oder Entlassungstages. Für Aufenthalte nach der Bundespflegesatzverordnung gilt der Entlassungstag als Berechnungstag und nicht der Aufnahmetag. Wird ein Patient oder eine Patientin am gleichen Tag in die Übergangspflege aufgenommen und verlegt oder entlassen, ist für diesen Tag keine Abrechnung der Übergangspflege möglich.
- (2) Bei der Abrechnung von tagesbezogenen Pauschalbeträgen zählt jede Aufnahme als ein Fall.
- (3) Die Abrechnung der Übergangspflege erfolgt erst nach Abrechnung der Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V.
- (4) Die Rechnung des Krankenhauses ist mittels Überweisung durch die Krankenkasse innerhalb von drei Wochen nach Rechnungseingang zu zahlen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Gutschrift auf dem Konto des Krankenhauses, das in der Rechnung angegeben wurde. Ab Überschreitung der Zahlungsfrist sind Verzugszinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu entrichten. Das Vorliegen der Voraussetzungen für die Übergangspflege muss von den Krankenhäusern im Einzelnen nachprüfbar schriftlich dokumentiert werden. Mit der Rechnung ist dem Kostenträger die Dokumentation gemäß § 39e SGB V vorzulegen, andernfalls besteht kein Anspruch auf Vergütung.

- (5) Solange die elektronische Übermittlung der Angaben gemäß der Anlage 1 der Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege technisch über die Telematikinfrastruktur noch nicht möglich ist, verzichtet die jeweilig zuständige Krankenkasse auf eine Übermittlung im Rahmen der Abrechnung. Die jeweils zuständige Krankenkasse kann die Übermittlung der Angaben gemäß der Anlage 1 der Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege nachträglich anfordern. Das Krankenhaus übermittelt die Angaben gemäß der Anlage 1 der Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege in elektronischer Form.
- (6) Tritt während der Behandlung nach § 39e SGB V i.V.m. § 132m SGB V ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird der gesamte Behandlungsfall mit dem Kostenträger abgerechnet, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig ist.
- (7) Nach dieser Vereinbarung ist die Abrechnung bereits erbrachter Leistungen der Übergangspflege vor Unterzeichnung dieser Vereinbarung mit einer Aufnahmen ab dem 01.11.2021 nur möglich, wenn die §§ 3 ff. der „Vereinbarung über eine einheitliche und nachprüfbare Dokumentation zum Vorliegen der Voraussetzungen der Übergangspflege gemäß § 39 e Abs. 1 SGB V (Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege)“ eingehalten wurden und die Erbringung der Übergangspflege gegenüber der jeweiligen Krankenkasse als solche schriftlich angezeigt wurde.

### **§ 6 Abrechnungsprüfung**

- (1) Die Prüfung gemäß § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V erfolgt auf Grundlage der Daten, die von den Krankenhäusern gemäß Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, der Dokumentationsvereinbarung gemäß § 39e SGB V sowie der Vergütungsvereinbarung gemäß § 132m SGB V Übermittelt wurden.
- (2) Die Krankenhäuser haben zudem die sich aus den in Absatz 1 genannten Vereinbarungen ergebenden Mitwirkungsobliegenheiten zu erfüllen.

### **§ 7 Inkrafttreten/Kündigung**

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.11.2021 in Kraft und gilt für eine Erprobungsphase bis 31.12.2023. Die Vertragspartner evaluieren die Auswirkungen der Vereinbarungen und erklären sich bereit bei Fehlentwicklungen vor Ablauf dieser Frist in gemeinsamen Gesprächen Lösungen zu erarbeiten. Erkenntnisse der Vertragspartner werden Gegenstand der weiteren Verhandlungen über eine Vereinbarung ab 01.01.2024.

- (2) Der Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden.
- (3) Nach einer Kündigung gilt die Vereinbarung solange weiter, bis eine sie ersetzende Vereinbarung abgeschlossen ist. Die Vertragspartner verpflichten sich im Falle einer Kündigung der Vereinbarung, unverzüglich Verhandlungen zu führen mit dem Ziel, bis zur Wirksamkeit der Kündigung eine Vereinbarung zu schließen. Die Anrufung der Schiedsstelle nach § 132m Satz 2 SGB V bleibt davon unbenommen.
- (4) Die Anlage 1 zum Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gesondert gekündigt werden. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung der Anlage 1 unverzüglich aufzunehmen. Wird das Scheitern der Verhandlung durch eine Vertragspartei erklärt, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 KHG auf Antrag einer Vertragspartei. Zur Liquiditätssicherung gilt die Anlage 1 solange weiter, bis eine sie ersetzende Anlage 1 gilt. Dies schließt nicht aus, dass eine Vergütungsanpassung durch die Vertragspartner oder die Schiedsstelle rückwirkend zum Wirksamwerden der Kündigung erfolgt.

### **§ 8 Salvatorische Klausel**

Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Vereinbarung im Übrigen dennoch gültig. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen haben die Parteien eine solche Ersatzregelung zu vereinbaren, die dem ursprünglichen Regelungsziel möglichst nahekommt.



Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 132m SGB V über das Nähere zur Leistungserbringung und Finanzierung der Übergangspflege gemäß § 39e SGB V (Übergangspflege im Krankenhaus) in der Fassung vom xx.xx.2022

## **§ 1 Vergütungshöhe**

- (1) Für die Leistungen der Übergangspflege wird ein Tagessatz pflegegradunabhängig in Höhe von 255,00 Euro vereinbart. Darin ist ein Anteil für Pflegepersonalkosten in Höhe von 145,00 Euro enthalten. Der Tagessatz nach Satz 1 ist erst bei einer Aufnahme in die Übergangspflege ab dem nächsten Tag nach der mittleren Verweildauer der jeweils abgerechneten DRG des vorausgegangenen Krankenhausaufenthalts abrechnungsfähig. (Beispiele: F 62 C: mittlere VD: 8,1 Tage, Übergangspflege ist nur abrechnungsfähig bei einer Aufnahme ab dem 9. Krankenhausaufenthaltstag, G 67 A: mittlere VD: 5,7 Tage, Übergangspflege ist nur abrechnungsfähig bei einer Aufnahme ab dem 6. Krankenhausaufenthaltstag). Mit dem Tagessatz sind alle unter § 2 der Vereinbarung genannten Leistungsbestandteile abgegolten. Der Anteil für die Pflegepersonalkosten in Höhe von 145,00 Euro nach Satz 2 ist je Kalendertag aller Übergangspflegeleistungen des jeweiligen Krankenhauses im Pflegebudget nach § 6a KHEntgG für den jeweiligen Budgetzeitraum (Kalenderjahr) des Krankenhauses vollständig abzuziehen. (s. Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung vom 21.03.2022 unter Punkt 3.18 – Priorität 3)
  
- (2) Folgende Bestandteile sind nicht vom jeweiligen Tagessatz erfasst und werden im Einzelfall durch Zuschläge gesondert vergütet. Die Zuschlagshöhe richtet sich nach dem jeweiligen Entgeltkatalog, der zu Beginn der Übergangspflege zur Anwendung kommt.  
Folgende zusätzliche Vergütungen können im Einzelfall abgerechnet werden:
  - a. Behandlung von Dialyse-Patienten analog Anlage 2 FPV,
  - b. Bluter analog der bay. Landesvereinbarung in Verbindung mit FPV Anlage 7
  - c. Arzneimittel (analog Anlage 2/5 und 4/6 FPV).

## § 2 Psychiatrische–Psychosomatische Versorgung

- (1) Für den Bereich der Bundespflegesatzverordnung gilt abweichend von § 1 Abs. 1 ein pauschaler Tagessatz von 178,50 Euro.
- (2) Folgende Bestandteile sind nicht vom jeweiligen Tagessatz erfasst und werden im Einzelfall durch Zuschläge gesondert vergütet. Die Zuschlagshöhe richtet sich nach dem jeweiligen Entgeltkatalog, der zu Beginn der Übergangspflege zur Anwendung kommt.  
Folgende zusätzliche Vergütungen können im Einzelfall abgerechnet werden:
  - a. Behandlung von Dialyse–Patienten analog Anlage 2 FPV,
  - b. Bluter analog der bay. Landesvereinbarung in Verbindung mit FPV Anlage 7
  - c. Arzneimittel (analog Anlage 3, 4 PEPPV).

München, den 19.05.2022

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