



Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.

Im Verbund der
Diakonie 

Berlin, 04. Mai 2022

Drei-Punkte-Plan zur Übergangspflege und Kurzzeitpflege des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes

Hintergrund und Sachstand Der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung stellt eine besonders kritische Phase der Behandlungs- und Versorgungskette für die betroffenen Patientinnen und Patienten dar. Sind Patient:innen nach Abschluss der akut-medizinischen Behandlung im Krankenhaus noch nicht physisch und psychisch belastbar genug, um an einem mehrwöchigen Behandlungsprogramm zur Rehabilitation teilzunehmen oder ist keine stationäre oder ambulante Anschlussversorgung von pflegegebedürftigen Patient:innen verfügbar, gibt es die gesetzliche Möglichkeit einer vorübergehenden Versorgung in der Kurzzeitpflege. Patient:innen haben jährlich für bis zu acht Wochen Anspruch auf Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI und § 39c SGB V.

Stand keine unmittelbare Anschlussversorgung zur Verfügung, schlossen die Krankenhäuser die Lücke durch eine Weiterversorgung der Patient:innen. Dies zählt als sekundäre Fehlbelegung, da nach Abschluss der notwendigen medizinischen Versorgung die Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgen muss. Eine Prüfung durch den medizinischen Dienst zog dann nicht unerhebliche Rechnungskürzungen und Sanktionierungen¹ für das versorgende Krankenhaus nach sich, da keine medizinische Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung vorlag.

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und 39c SGB V

Kurzzeitpflegeplätze finden sich entweder in Einrichtungen, die nur Kurzzeitpflege erbringen, sogenannten solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen, oder in Langzeitpflegeeinrichtungen, in denen Betten zeitweise für Kurzzeitpflege genutzt werden. Sie werden als eingestreute Plätze bezeichnet.

Bundesweit existiert seit zwei Jahrzehnten eine stetige Abnahme und mithin eine Unterversorgung mit Kurzzeitpflegeplätzen in Relation zu den Kurzzeitpflegegästen. Der demografiebedingte Anstieg pflegebedürftiger Menschen wird den Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen weiter erhöhen. Bereits zwischen

¹ Gemäß § 275c Abs. 3 SGB V müssen Krankenhäuser ab dem Jahr 2022 bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent – neben dem Delta zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag – einen Aufschlag an die Krankenkassen zahlen. Dieser Aufschlag beträgt mindestens 300 Euro und maximal 10 Prozent des gekürzten Abrechnungsbetrages (siehe Tabelle). Der Mindestbetrag von 300 Euro darf nicht unterschritten werden. Die maximal zulässige Prüfquote für Krankenhausfälle wird quartalsweise ermittelt und ist ebenfalls abhängig von der Anzahl unbeanstandeter Prüfungen. Je höher die Anzahl beanstandeter Rechnungen, desto höher ist auch die Prüfquote.

Unbeanstandete Rechnungen	Aufschlag (Strafzahlung)
≥60 %	Keine Strafzahlung
40 % bis unter 60 %	25 % des Differenzbetrages
0 % bis unter 40 % oder systematisch überhöhte Rechnungen	50 % des Differenzbetrages

2009 und 2019 stieg die Anzahl pflegebedürftiger Menschen von 2,34 Millionen auf 4,13 Millionen.² Für Bayern stellt eine Studie des IGES aus dem Jahr 2020 einen deutlich gestiegenen Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen fest: Von 2007 bis 2017 sind die Kurzzeitpflegegäste um 40 Prozent angestiegen von 2.358 auf 3.304. Gleichzeitig sind in diesem Zeitraum die Plätze in der solitären Kurzzeitpflege von 1.062 auf 250 Plätze (Abnahme von 76,5 Prozent) abgefallen.³ Für Nordrhein-Westfalen hat das IGES festgestellt, dass in 57 Prozent der Kreise und kreisfreien Städte das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen in 2018 unzureichend war.⁴

Die Ermittlung der insgesamt verfügbaren Kurzzeitpflegeplätze erweist sich jedoch als schwierig. Neben Plätzen in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind viele Plätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen eingestreut und stehen nur zur Verfügung, wenn sie nicht für Langzeitpflegegäste benötigt werden. Die Verfügbarkeit von Kurzzeitpflegeplätzen hängt also maßgeblich von der Auslastung im Dauerpflegebereich ab. Der genaue Bedarf an zusätzlichen Kurzzeitpflegeplätzen, vor allem in solitären Einrichtungen der Kurzzeitpflege, kann daher derzeit weder auf lokaler noch auf Bundesebene ermittelt werden.

Die unzureichende Vergütungshöhe ist der Hauptgrund für die geringe Kapazität von Kurzzeitpflege besonders in der solitären Kurzzeitpflege. Eine schwankende Auslastung sowie der höhere Pflegebedarf der Gäste erschweren einen wirtschaftlichen Betrieb.⁵

Übergangspflege nach § 39e SGB V

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 hat der Gesetzgeber die Übergangspflege als einen neuen Leistungsbereich im Krankenhaus geschaffen. Damit sollen insbesondere die Langlieger mit einer sozialen Indikation und die sekundäre Fehlbelegung in den Krankenhäusern reduziert werden.

Patientenpfad Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e SGB V



www.dekv.de

© DEKV e.V.

² Vgl.: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html>; abgerufen am 19.01.2022

³ Vgl.: Gutachten für den Bereich der Pflege für die Jahre 2025 bis 2050 in Bayern; IGES Institut, S. 136

⁴ Vgl.: Studie: zu wenig Plätze in der Kurzzeitpflege in NRW; https://www.iges.com/themen/pflege/kurzzeitpflege/index_ger.html

⁵ Vgl.: Studie: zu wenig Plätze in der Kurzzeitpflege in NRW; https://www.iges.com/themen/pflege/kurzzeitpflege/index_ger.html

Patient:innen können bis zu zehn Tage Übergangspflege im Krankenhaus erhalten. Die Voraussetzung dafür ist, dass unmittelbar nach der Krankenhausbehandlung keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, der medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach SGB XI verfügbar sind. Das Krankenhaus muss dafür nachweisen und dokumentieren, dass trotz erheblichem Aufwand keine entsprechende Weiterversorgung möglich ist. An mindestens zwanzig Einrichtungen, die für die anschließende Versorgung unter Berücksichtigung der Patient:innenbedarfe und -wünsche in Frage kommen, sollen Anfragen gerichtet und dokumentiert werden. Bei regionaler Verfügbarkeit von weniger als zwanzig Leistungserbringern sind alle anzufragen.⁶ Diese Anforderung bedeutet einen hohen administrativen Aufwand für die Krankenhäuser.

Während der Versorgung im Rahmen der Übergangspflege erhalten die Patient:innen neben der Unterkunft mit Verpflegung auch ärztliche Behandlungsleistungen, eine Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Aktivierung sowie die Grund- und Behandlungspflege. Auch während der Übergangspflege ist das Krankenhaus verpflichtet, das Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V regelhaft fortzuführen. In diesem Zusammenhang muss das Krankenhaus bspw. versuchen, einen solitären Kurzzeitpflegeplatz zu organisieren. Ist ein Platz zur Anschlussversorgung gefunden, müssen die Patient:in unmittelbar dorthin entlassen werden, auch vor Ablauf der zehn Tage.

Die Vergütung für die Übergangspflege wird in einer Landesrahmenvereinbarung von den Landesverbänden der Krankenkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft gemäß § 132m SGB V verhandelt. Bis April 2022 hat noch keines der Bundesländer die Verhandlungen erfolgreich mit einer Rahmenvereinbarung abgeschlossen.

⁶ Vgl.: Vereinbarung über eine einheitliche und nachprüfbare Dokumentation zum Vorliegen der Voraussetzungen der Übergangspflege gemäß § 39e Absatz 1 SGB V (Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege) vom 31.10.2021

Drei-Punkte-Plan zur Übergangspflege und Kurzzeitpflege

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband bewertet die Regelung zur Übergangspflege als richtigen und wichtigen Teilschritt zur Verbesserung der Versorgung besonders für vulnerable Patient:innengruppen. Sie stärkt die Krankenhäuser, noch mehr Verantwortung für Patient:innen zu übernehmen, wenn keine Entlassung in gesicherte aufnehmende Strukturen zu verwirklichen ist.

Mithin bedarf es weiterer Maßnahmen und Regelungen, um die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen nach Krankenhausbehandlungen weiter zu verbessern. Daher fordert der Deutsche Evangelische Krankenhausverband folgende Punkte:

PUNKT 1: Keine Beschränkung der Übergangspflege auf zehn Tage

Auch nach zehn Tagen Übergangspflege im Krankenhaus kann nicht überall sichergestellt werden, dass eine gesicherte und adäquate Anschlussversorgung zur Verfügung steht. Regionale Studien zeigen, dass in unterversorgten Regionen fast 50 Prozent der Anfragen bei eingestreuten Pflegeplätzen aus dem näheren Einzugsgebiet⁷ abgelehnt werden müssen. Die Gründe sind meist Vollbelegung aller Pflegeplätze sowie personelle Engpässe.⁸ Nach Ablauf der zehn Tage besteht daher weiterhin die Notwendigkeit, dass das Krankenhaus die Patient:innen auf eigene Kosten beherbergen und versorgen muss.

Die Krankenhäuser werden trotzdem die Lücke der ambulanten sowie stationären Anschlussversorgung schließen müssen. Daher darf es besonders für vulnerable Patient:innen keine Beschränkung der Übergangspflege auf zehn Tage geben. Sie sollte entsprechend der IGES-Studie auf die durchschnittliche Dauer der Kurzzeitpflege von 21 Tagen angehoben werden.⁹

WIR FORDERN: Übergangspflege im Krankenhaus auf 21 Tage verlängern.

PUNKT 2: Vergütung der Übergangspflege muss sich an den Kostenstrukturen der Krankenhäuser orientieren

Krankenhäuser haben eine besondere Kostenstruktur und sind nicht mit Pflegeeinrichtungen oder ambulanten Pflegediensten vergleichbar. Die Leistung der Krankenhäuser bei der Übergangspflege umfasst ärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Patient:innen, die Grund- und Behandlungspflege, das Entlassmanagement sowie Unterkunft und Verpflegung.

Die Übergangspflege hat immer in dem Krankenhaus zu erfolgen, das auch die medizinische Behandlung durchgeführt hat. Die Betten der Übergangspflege sind daher normale Krankenhausbetten mit medizinisch-pflegerischer Versorgung nach akutstationären Maßstäben. Das Fachpersonal und die Qualitätsvorgaben sind ausgerichtet an kranken Patient:innen mit medizinischem und pflegerischem Behandlungsbedarf. Diese Kosten bestehen weiter, auch wenn die Patient:innen als Gäste im Rahmen der Übergangspflege versorgt werden. Gleichzeitig steht das Bett nicht für die akutstationäre Versorgung weiterer Patient:innen zur Verfügung. Dies bedeutet einen Erlösausfall für das Krankenhaus. Die Vergütung für die Übergangspflege darf sich daher nicht an den Vergütungsgrundlagen der Kurzzeitpflege orientieren. Sie muss von Grund auf neu ermittelt und kalkuliert werden.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist vom Gesetzgeber zu beauftragen, die durchschnittlichen Tageskosten für einen Übergangspflegefall im Krankenhaus bundeseinheitlich zu berechnen.

⁷ Das nähere Einzugsgebiet ist als umliegende Gemeinden, Stadtteile, Kreise, Entfernung kleiner 50 km definiert.

⁸ Vgl.: Gutachten für den Bereich der Pflege für die Jahre 2025 bis 2050 in Bayern; IGES Institut, S. 140 ff.

⁹ Vgl.: Wissenschaftliche Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in NRW, IGES Institut, S. 27

Diese sind entweder den Verhandlungen nach § 132m SGB V zur Vergütung für Leistungen der Übergangspflege auf Landesebene zugrunde zu legen oder in ein bundeseinheitliches Zusatzentgelt Übergangspflege zu überführen.

Wir FORDRN: Die Ermittlung der tatsächlichen Kosten für die Übergangspflege durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und die unbürokratische, bundeseinheitliche Vergütung über ein Zusatzentgelt.

PUNKT 3: Schaffung einer ausreichenden Anzahl von Kurzzeitpflegeplätzen auf transparenter Basis

Die Versorgungslücke nach einer Krankenhausbehandlung lässt sich mittelfristig nur schließen, indem ausreichend Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung stehen und diese kostendeckend finanziert werden, sodass auch der Betrieb solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen möglich ist.

Derzeit existiert eine unzureichende Datenlage über die Anzahl von Kurzzeitpflegeplätze nach dem jeweiligen Typ (solitäre, fixe und eingestreute). Für einen gezielten Aufbau braucht es die Ermittlung der regionalen und lokalen Bedarfe für Versorgungsstrukturen der Kurzzeitpflege durch Studien der Versorgungsforschung. Der daraus abgeleitete Bedarf muss verbindlich gedeckt werden. Das Ziel muss es sein, dass Patient:innen nach erfolgter medizinisch-stationärer Behandlung in eine qualitativ hochwertige, professionelle Pflegeeinrichtung entlassen werden können. Krankenhäuser können sich so ihrer originären Aufgabe widmen – der medizinischen Behandlung von Patient:innen. Übergangspflege ist folglich nur in seltenen Ausnahmefällen durch Krankenhäuser zu erbringen.

WIR FORDERN: Tempo beim Aufbau und vollständige Refinanzierung von Kurzzeitpflegeplätzen auf Basis des wissenschaftlich ermittelten regionalen Versorgungsbedarfs.