

Tagesstationäre Behandlung nach §115e SGB V

Dokumentationsvereinbarung: Mehr Fragen als Antworten!

Ohne Abrechnungsregeln keine Abrechnung!

Mit vier Wochen Verspätung hat es die Selbstverwaltung zum 22.02.2023 endlich geschafft: Die „*Vereinbarung über eine Dokumentation zur tagesstationären Behandlung im Krankenhaus*“ gemäß § 115e Absatz 4 SGB V ist da! Aber was hilft uns das? Welche Fragen sind heute immer noch offen und wie soll ein Krankenhaus damit umgehen? Welche Leistungen kann man überhaupt nach dem §115e abrechnen? Und vor allen Dingen: Welche nicht? Welche Vorteile haben Patienten, Krankenhaus und Krankenkassen von dieser neuen Behandlungsform?

Die von der Regierungskommission in aller Eile konzipierte und mit großen Verheißungen angekündigte Revolution droht durch fehlende Rücksprache mit Krankenhaus-Praktikern genau das Abrechnungschaos zu produzieren, das schon zu Beginn prophezeit wurde. Um Ihnen den aktuellen Sachverhalt im März 2023 zu schildern und Sie über die Absurdität dieser neuen Abrechnungsform zu informieren, gliedern wir die Problematik in die entscheidenden Bereiche auf:

1. Der Gesetzeswortlaut des §115e SGB V verlangt für eine tagesstationäre Abrechnung folgende Voraussetzungen:

- Zugelassenes Krankenhaus,
- Medizinisch geeignete Fälle,
- Indikation für eine vollstationäre Behandlung,
- Einwilligung des Patienten,
- Mindestens 6-stündiger Aufenthalt im Krankenhaus,
- überwiegend (> 3-stündige?) ärztliche und pflegerische Behandlung.

2. Folgende Ausschlusskriterien (tagesstationär also nicht abrechenbar!):

- Eintägige Behandlungen ohne Einweisung (*mit Einweisung also möglich!?*),
- Behandlungen in der Notaufnahme (*Definition räumlich?/organisatorisch?*),
- Versicherte mit Anspruch auf §37 (= *Häusliche Krankenpflege*),
- - Leistungen nach **§ 115b** (Ambulantes Operieren); **§115f** (*Hybrid-DRGs*),
- - Leistungen nach **§ 121** (Belegärztliche Leistungen)/ Tageskliniken
- - Leistungen auf Grundlage Ermächtigungsregelungen **§§116, 116a, 117, 118a, 119, 116b** (ASV) ; **sonstige ambulante Ermächtigungstatbestände** (*Tatsächliche Ermächtigung oder potentielle Leistung?*).

Bei diesen zahlreichen Ausschlusskriterien stellt man sich zurecht die Frage, welche Leistungen denn dann überhaupt noch tagesstationär abrechenbar sind?

Zudem wäre für die Praxis zu klären, welche organisatorischen Einheiten zu einer Notaufnahme zu zählen sind – und welche nicht – und wie die Zeiten zählen: Chest-Pain-Unit/ Schockraum/ Zentrale Patientenaufnahme/ usw.

Weiterhin lässt der §115e SGB V offen, ob die dort ausgeschlossenen Leistungen nur für die Krankenhäuser ausgeschlossen sind, die tatsächlich über eine dort angeführte Ermächtigung verfügen oder für alle Leistungen, die in diesen §§ aufgelistet sind. Dann bliebe in der Tat insbesondere bei Berücksichtigung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach §116 b SGB V nicht mehr viel übrig.

Tagesstationäre Dokumentationsvereinbarung – Jetzt alles klar?

Deshalb hat der Gesetzgeber verlangt, dass die Selbstverwaltung bis zum 28. Januar 2023 eine Dokumentationsvereinbarung zur Tagesstationären Behandlung verfasst. Diese wurde am 22.02.2023 veröffentlicht – die nächste Enttäuschung! Trotz der o. a. offenen Fragen hier exemplarisch nun noch mehr Unklarheiten:

§1 Abs.2 Satz 1 *„Die Erbringung der tagesstationären Behandlung setzt die Notwendigkeit der vollstationären Behandlung sowie zwischen Aufnahme- und Entlassungstag mindestens eine Übernachtung außerhalb des Krankenhauses voraus.“*

Das BSG und zahlreiche andere Gerichte haben in den letzten Jahrzehnten die vollstationäre Aufnahmeindikation immer an die geplante und voraussichtliche vollstationäre Aufenthaltsdauer geknüpft. Das wird sich ja nun ändern; daran müssen und sollten sich alle Beteiligten schnellstmöglich gewöhnen. Die daraus resultierenden Auslegungsvarianten der Krankenhäuser, Krankenkassen und der Medizinischen Dienste können wir hier nur erahnen und befürchten Schlimmes.

Dass aber zwischen Aufnahme- und Entlassungstag mindestens eine Übernachtung liegen muss, erschließt sich u. E. aus dem Gesetzestext nicht!

Eintägige Behandlungen mit Einweisung, behandelt außerhalb der Notaufnahme sind im §115e SGB V bei Erfüllung der weiteren Kriterien zur Abrechnung zugelassen; dann wäre der Aufnahmetag allerdings gleich dem Entlassungstag! Oder

es gibt neue Definitionen bzw. Abrechnungsregeln, die zum heutigen Zeitpunkt nicht bekannt sind und die Selbstverwaltung eigenständig kreieren darf.

§1 Abs.2 Satz 2 „An jedem tagesstationären Behandlungstag muss ein mindestens sechsstündiger Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im behandelnden Krankenhaus erfolgen, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird.“

Dieser anrechenbare Aufenthalt muss zwischen 06:00 Uhr und 22:00 Uhr liegen.

Aber: Wer dokumentiert und wer prüft, was wann wie lange von wem durchgeführt wurde? Und wie ist es dokumentenecht und prüfungssicher?

§3 Abs.1 Satz 1 „Krankenhäuser nehmen im Rahmen der Behandlung der Patientinnen und Patienten in eigener Verantwortung aus vertragsrechtlichen, haftungsrechtlichen, vergütungsrechtlichen und sozialrechtlichen Gründen eine umfangreiche Dokumentation vor. Für die Dokumentation des Vorliegens der Voraussetzungen für eine tagesstationäre Behandlung sind folgende zusätzliche Aspekte zu dokumentieren.“ (Satz 1 und 2: Aufklärung/Einwilligung/Fahrkosten)

§3 Abs.1 Satz 3 „Aus der Dokumentation muss sich die Dauer der Behandlung je Behandlungstag nachvollziehbar ableiten lassen.“

Neben den Fragen, ab wann die Aufnahme- und Entlassungszeitpunkte zählen (Pforte/Ambulanz/Station?) und wer wann wie valide die Zeiterfassung vornimmt stellt sich auch die Frage, welche Tätigkeiten als Behandlung zählen dürfen.

Dazu heißt es in der Dokumentationsvereinbarung:

§1 Abs.3 „Die tagesstationäre Behandlung umfasst alle stationären diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen und sonstigen Leistungen, die durch ärztliches oder pflegerisches Personal veranlasst und durch ärztliches oder nichtärztliches medizinisches Personal durchgeführt werden.“

Nach diesem Wortlaut zählen u. E. also auch therapeutische Maßnahmen durch Logopäden, Krankengymnasten, Physiotherapeuten und anderes nichtärztliches medizinisches Personal – oder? Wie sieht es mit dem Gleichzeitigkeitsfaktor aus? Dürfen Stunden der Mitarbeiter/-innen addiert werden? Hierzu bedarf es noch einer Klarstellung, um Interpretations- und Abrechnungstreitereien zu vermeiden.

Die technische Umsetzung der Datenübermittlung nach §301 SGB V wird sicherlich wie immer zeitnah (?) geregelt (§4 Abs. 1). Ohne diese auch durch den KIS-Anbieter umzusetzenden Vorgaben kann nicht abgerechnet werden.

Aber auch die Beantwortung der offenen Fragen sowie die Erfüllung der genannten Bedingungen wird eine tagesstationäre Abrechnung vor Juni 2023 nicht möglich machen, da es schlichtweg an notwendigen Abrechnungsregeln fehlt:

Einige Beispiele sollen die Problematik und die Fragen verdeutlichen:

Beispiel 1: Nicht tagesstationär abzurechnen!

Untere GVWD					
Tag 1 Einweisung Aufnahme Aufenthalt < 6 Stunden Behandlung: > 3 Stunden Übernachtung Nein	Tag 2 Behandlung keine Aufenthalt - Übernachtung Nein	Tag 3 Behandlung keine Aufenthalt - Übernachtung Nein	Tag 4 Behandlung keine Aufenthalt - Übernachtung Nein	Tag 5 Behandlung keine Aufenthalt - Übernachtung Nein	Tag 6 Behandlung keine Aufenthalt - Übernachtung Nein

B. = Behandlung

Rot = Kein Berechnungstag
Grün = Berechnungstag

Abrechnung eines Ein-Tages-Fall:

- Vollstationäre Indikation + Einweisung liegen zwar vor; aber die Dauer reicht nicht!
- Medizinische/ pflegerische Maßnahmen < 3 Stunden und/ oder Aufenthalt < 6 Std.
- Wie sieht dann die alternative Abrechnung aus:
 - Nur vorstationär? Vollstationär?
 - Teilstationär
 - Ambulant? Notfall? Ermächtigung?
 - Bei Tod am 1. Tag = vollstationär; Verlegungen ...

Ohne Gewähr!

- **Beachte:** Vollstationäre Indikation! Nicht tagesstationär = Vollstationär!

Beispiel 2: Unterschreitung UGVWD ohne ÜN

Untere GVWD					
Tag 1 Einweisung Aufnahme Aufenthalt > 6 Stunden B: > 3 Stunden Übernachtung Nein	Tag 2 Behandlung keine Aufenthalt - Übernachtung Nein	Tag 3 Behandlung keine Aufenthalt - Übernachtung Nein	Tag 4 Behandlung keine Aufenthalt - Übernachtung Nein	Tag 5 Behandlung keine Aufenthalt - Übernachtung Nein	Tag 6 Behandlung keine Aufenthalt - Übernachtung Nein

B. = Behandlung

Rot = Kein Berechnungstag
Grün = Berechnungstag

Abrechnung eines Ein-Tages-Fall – Ausschlusskriterien 115e SGB beachten:

- Vollstationäre Indikation + Einweisung liegen vor; aber keine Übernachtung nötig.
- Am 1. Tag anzurechnende Maßnahmen > 6 Stunden!?
- DRG aus dem FP-Katalog ansteuern - Relativgewicht ermitteln
- Verweildauer: Ein vollständig erfüllter Behandlungstag; aber UGVWD nicht erreicht!
- Nur UGVWD-Abschlag abziehen – darin enthalten ist Abzug der 2. Übernachtung?
- Zusätzlich 1 x Übernachtungsabschlag von 0,04 RG abziehen (für den 1. Tag)!

Ohne Gewähr!

- **Beachte:** Diskrepanz Gesetzestext versus Dokumentationsvereinbarung bzgl. der Frage, ob es eintägige tagesstationäre Abrechnungen überhaupt geben wird!

Beispiel 3: Unterschreitung UGVWD mit 1 x ÜN

Untere GVWD		Rot = Kein Berechnungstag	Grün = Berechnungstag		
Tag 1 Einweisung Aufnahme Aufenthalt > 6 Stunden B: > 3 Stunden Übernachtung Ja	Tag 2 Entlassung Behandlung < 3 Stunden Aufenthalt 12 Stunden Übernachtung Nein	Tag 3 Behandlung - Aufenthalt - Übernachtung Nein	Tag 4 Behandlung - Aufenthalt - Übernachtung Nein	Tag 5 Behandlung - Aufenthalt - Übernachtung Nein	Tag 6 Behandlung - Aufenthalt - Übernachtung Nein

Abrechnung:

- Vollstationäre Indikation + Einweisung liegen vor
- DRG aus dem FP-Katalog ansteuern - Relativgewicht ermitteln
- Verweildauer: Nur 1x vollständig erfüllter Behandlungstag (2. Tag: Keine 6 Stunden); somit UGVWD nicht erreicht!
- UGVWD-Abschlag abziehen! **Ohne Gewähr!**
- Keinen Übernachtungsabschlag für den 2. Tag abziehen!
- Interessant: Tag 2: Aufenthalt > 6 Std.; Behandlung > 3 Std. = Komplette DRG – 0,04 !?

- Beispiel 3 würde also „normal“ abgerechnet: DRG mit UGVWD-Abschlag!

Tagesstationäre Behandlung

Beispiel 4: Unterschreitung UGVWD mit 1 x ÜN

Untere GVWD		Rot = Kein Berechnungstag	Grün = Berechnungstag		
Tag 1 Einweisung Aufnahme Aufenthalt > 6 Stunden B: > 3 Stunden Übernachtung Ja	Tag 2 Entlassung Behandlung > 3 Stunden Aufenthalt 12 Stunden Übernachtung Nein	Tag 3 Behandlung - Aufenthalt - Übernachtung Nein	Tag 4 Behandlung - Aufenthalt - Übernachtung Nein	Tag 5 Behandlung - Aufenthalt - Übernachtung Nein	Tag 6 Behandlung - Aufenthalt - Übernachtung Nein

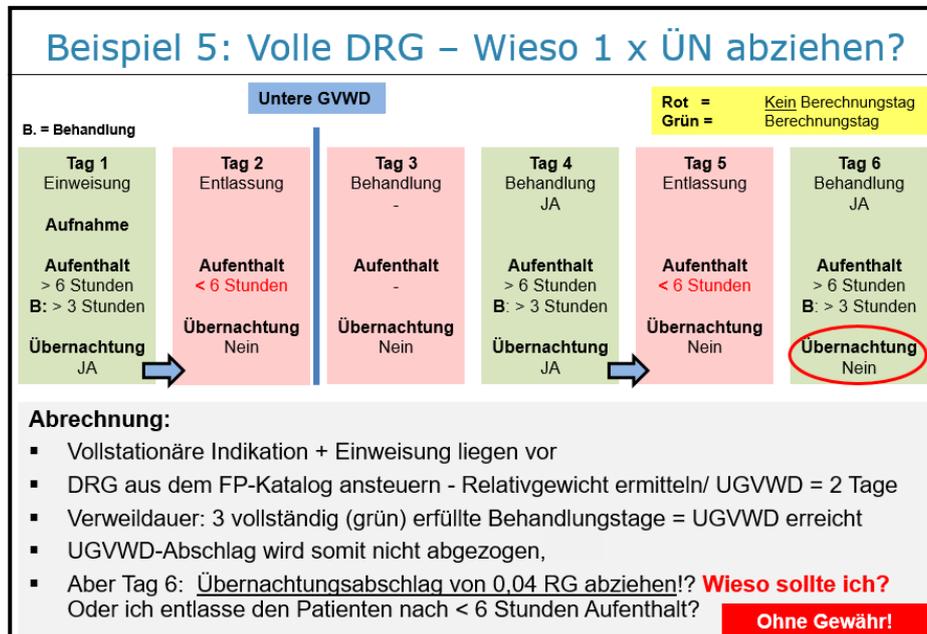
Abrechnung:

- Vollstationäre Indikation + Einweisung liegen vor
- DRG aus dem FP-Katalog ansteuern - Relativgewicht ermitteln
- Verweildauer: 2 vollständig erfüllte Behandlungstage somit **UGVWD erreicht!**
- **Keinen** UGVWD-Abschlag abziehen! **Ohne Gewähr!**
- Übernachtungsabschlag für den 2. Tag abziehen!
- Oder ist etwa der 2. Tag = Entlassungstag nicht abzurechnen???

- In Beispiel 4 ist zu klären, wie mit dem Tag 2 zu verfahren ist!?
- Was kann und darf am Entlassungstag passieren?

Und falls Sie sich fragen sollten, wann und wie diese tagesstationäre Abrechnungsform überhaupt nutzen sollte und wie sie in der Praxis zur Anwendung

kommen könnte, erinnern wir an die zahlreichen Ausschlusshinweise zum §115e SGB V (s. o.) und vervollständigen die Verwirrung mit Beispiel 5.



Am Beispiel 5 offenbart sich das vollständige Drama um die tagesstationäre Versorgung: Wem nutzt es? Habe ich einmal die volle DRG erreicht (ab Erreichen der unteren Grenz-VWD) nutzen mir die tagesstationären Abrechnungsmöglichkeiten nichts mehr – im Gegenteil!

Das Krankenhaus würde bei diesen Konstellationen trotz des weiteren Vorhaltens der patientenbezogenen Bettenkapazitäten für den Ernstfall (z. B. Notfall nachts), der Mindestvorhaltekapazität an Pflegepersonal am Wochenende und in der Nacht, des ohnehin geringeren pflegerischen Aufwandes sowie des erhöhten Organisationsaufwandes sowie der erhöhten haftungsrechtlichen Problematik ein für alle Beteiligten nicht notwendiges Risiko eingehen. Dazu kommt ein Erlösverlust von ca. 160 Euro pro tagesstationärem Versorgungstag (bis zu bestimmten Grenzen).

Anhand dieser exemplarischen Beispiele lässt sich feststellen, dass es ohne klar definierte Abrechnungsregeln und abgegrenzte Definitionen von Zeiterfassung, Aufnahme-, Verlegungs- und Entlassungstagen keine tagesstationäre Abrechnung geben kann. Anscheinend hat diesen Sachverhalt sogar der Gesetzgeber bei der Formulierung des §115e SGB V geahnt, so dass er das handwerkliche Rüstzeug zur Umsetzung an die Selbstverwaltung vergeben hat.

Es ist jedoch überhaupt nicht nachvollziehbar, warum das BMG ohne Not die Fristen für die Dokumentationsvereinbarung und die Erstellung von Abrechnungsregeln so weit in das Jahr 2023 verlegt hat. Die Dokumentationsvereinbarung sollte bis zum 28. Januar 2023 erstellt sein; die Abrechnungsregeln bis zum 27. Juni 2023 (!). Bis dahin kann man u. E. somit auch nicht abrechnen.

Die schon häufiger angekündigten „*revolutionären*“ Vorschläge der Regierungskommission werden somit zum wiederholten Male ausgebremst, wenn nicht sogar konterkariert. Die von dieser Expertenseite betonte „*Entbürokratisierung*“ wird ins Gegenteil verkehrt. Neben dem erhöhten Anfall von Dokumentationsvorgaben und rechtlicher Unsicherheit bzgl. der Einhaltung der korrekten Versorgungsstufe und Abrechnungsform werden organisatorische Aufgaben auf alle Mitarbeiter/-innen des Gesundheitswesens zurollen, die natürlich keiner beabsichtigt haben will.

Man kann sich allerdings des Eindrucks nicht erwehren, dass nach dem Fallzahl-einbruch durch die Corona-Pandemie (10 - 20 %) durch den enormen Druck der Ambulantisierung zahlreiche Krankenhäuser so in die Enge getrieben werden (sollen), dass ein Überleben nahezu unmöglich wird.

Denn aktuell zeigt sich auch bei der Umsetzung des AOP-Kataloges für das Jahr 2023 bereits ein Abrechnungs- und Umsetzungschaos für Krankenhäuser und Krankenkassen ab, das sowohl vom Gesundheitsministerium als auch von der Selbstverwaltung verursacht wurde (z. B. Kontextfaktoren). Für die tagesstationäre Abrechnung ist gleiches zu befürchten.

Es ist schon eine Verhöhnung der Leistungserbringer durch das BMG und die Regierungskommission, dass im Zuge der Krankenhausreform sich ausgerechnet diejenigen als Retter der Krankenhäuser aufspielen, die durch ihre Aneinanderreihung von undurchdachten Abrechnungsmöglichkeiten die Notlage erst erzeugt haben.

Dr. med. H.-G. Kayzers

Krankenhausbetriebswirt (VKD)

Dr. med. Andreas Stockmanns

FA Innere Medizin, Gesundheitsökonom (ebs)

Dr. Jürgen Freitag

Geschäftsführer

Literatur und Informationen:

info@kayers-consilium.de

KAYERS CONSILIUM^{GmbH}

Schulung und Beratung im Gesundheitswesen

Marienstraße 24 - 47623 Kevelaer