

Tagesstationäre Behandlung nach §115e SGB V

Grundsätzliche Fragen immer noch nicht beantwortet!

Kann man nicht oder will man nicht?

Auch nach 5 Monaten hat es die Selbstverwaltung immer noch nicht geschafft, Klarheit in die ohnehin schon zu spät vorgelegte „*Vereinbarung über eine Dokumentation zur tagesstationären Behandlung im Krankenhaus*“ gemäß § 115e Absatz 4 SGB V vom 22.02.2023 zu bringen. Im Gegenteil!

Jetzt liegt im Entwurf für den 05. Juni 2023 (!) die „*Vereinbarung zur Berechnung der Entgelte und der Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen durch den MD bei tagesstationärer Behandlung gem. §115e*“ vor und es bleiben zahlreiche Fragen offen, an die die Selbstverwaltung noch nicht einmal denkt – geschweige denn, diese beantwortet.

- Warum unterscheidet sich die Vereinbarung vom Gesetzeswortlaut?
- Welche Leistungen kann man dann nach §115e überhaupt abrechnen?
- Und vor allen Dingen: Welche nicht? (s. Ausschlusskriterien!)
- Was ist wie zu dokumentieren (Aufnahme/Entlassung/Pausen ...)?
- Wie werden Zeiten nachzuweisen sein? Gelten Gleichzeitigkeitsfaktoren?
- Umgang mit Aufnahme- und Entlassungstagen sowie Grenzverweildauern?
- Welche Vorteile haben Patienten, Krankenhaus und Krankenkassen von dieser neuen Behandlungsform?
- Drohen Missverständnisse und falsche Anreizsysteme auf allen Seiten?

Um Sie über die Absurdität dieser neuen Abrechnungsform zu informieren, gliedern wir die Problematik in die entscheidenden Bereiche:

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

- Zugelassenes Krankenhaus,
- Medizinisch geeignete Fälle,
- Indikation für eine vollstationäre Behandlung,
- Aufklärung und 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 (= Gesetzestext),
- Eintägige Behandlungen mit Einweisung (= Vereinbarung Selbstverwaltung),
- Ergebnis: Patienten müssen also mindestens eine Nacht zwischen 22:00 und 06:00 des nächsten Tages zuhause gewesen sein und dann wieder mindestens 6 Stunden (und > 3 Stunden behandelt) im Krankenhaus
- Behandlungen nur in der Notaufnahme (Def.: Räumlich?/Organisatorisch?),
- Versicherte mit Anspruch auf **§37** (= Häusliche Krankenpflege),
- - Leistungen nach **§ 115b** (Institutsleistung AOP/Behandlungen)
- - Leistungen nach **§115f** (Hybrid-DRGs, die 2023 Teilmenge §115b sind)
- - Leistungen nach **§ 121** (Belegärztliche Leistungen)
- - Tageskliniken
- - Leistungen auf Grundlage von Ermächtigungsregelungen:
§§116, 116a, 117, 118a, 119, 116b (ASV);
oder sonstige ambulante Ermächtigungstatbestände

* s. das krankenhaus 04/2023: A. Hauser, Rechtsabtlg DKG: Tagesstationäre Behandlung gemäß §115e SGBV

- Bei diesen zahlreichen Ausschlusskriterien stellt man sich zurecht die Frage, welche Leistungen überhaupt noch tagesstationär abrechenbar sind?
- Sind als Ausschluss der Instituts-/Ermächtigungsleistungen nur diejenigen gemeint, die ein Krankenhaus tatsächlich vor Ort angemeldet hat (z. B. §§115b/116b) oder alle Leistungen, die in diesen Katalogen enthalten sind?
- Man stelle sich vor, es wären nur die angemeldeten oder beantragten Leistungen? Wer meldet dann noch welche Institutsleistungen an? Wären es grundsätzlich alle Leistungen aus diesen Katalogen: Was bleibt dann noch tagesstationär übrig?
- Und vor allem: Welche Leistungen sind denn damit gemeint? Kernleistungen, Hauptleistungen, Nebenleistungen? Wie sind diese definiert? Wer bestimmt das? Gibt es dafür Regeln?

Zudem wäre für die Praxis zu klären, welche organisatorischen Einheiten zu einer Notaufnahme zu zählen sind – und welche nicht – und wie dann dort die Zeiten zu zählen wären: Chest-Pain-Unit/Schockraum/Zentrale Patientenaufnahme usw. Außerdem interpretiert die DKG im genannten Papier zahlreiche Punkte so frei, dass aus unserer Sicht hier ein deutlicher Klärungsbedarf besteht (Dokumentationspflicht/Umgang mit belegärztlichen Patienten/Geburtshilfliche Fälle usw.).

Chronologie der Ereignisse – Wo sind jetzt die Probleme?

- Der §115e SGB V gilt seit dem 01. Januar 2023!
- Der Gesetzgeber hatte verlangt, dass die Selbstverwaltung bis zum 28. Januar 2023 eine „*Dokumentationsvereinbarung zur Tagesstationären Behandlung*“ verfasst.
- Diese wurde aber erst am 22.02.2023 veröffentlicht, ohne darin Abrechnungsdetails zu nennen. Immerhin konnte man sich auf folgenden Passus schon damals einigen, der unserer Auffassung nach nicht dem Gesetzestext entspricht:

§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.*“

Einige Kliniken haben die tagesstationäre Versorgung schon vor dem 22. Februar 2023 an einem Tag ohne Übernachtung erbracht, ohne diese bislang abgerechnet zu haben. Laut Gesetzestext war dies gestattet; allerdings nur mit Einweisung. Wie ist mit diesen Fällen retrospektiv umzugehen?

- Zudem wird diese Änderung auch in Zukunft für Ärger sorgen.

Beispiel:

- Ein Patient wird am ersten Tag mehr als 6 Stunden im Krankenhaus behandelt (alle Kriterien erfüllt s. o.). Er wird dann nach Hause geschickt und am zweiten, darauffolgenden Tag nach 06:00 Uhr wieder empfangen und für mehr als 6 Stunden stationär betreut und mehr als 3 Stunden behandelt.
- Dann dürfte das Krankenhaus nach der o. a. Vereinbarung eine DRG abrechnen. Nach unserem Kenntnisstand wäre in den meisten Fällen ein unterer Grenzverweildauerabschlag fällig. Aber was geschieht in der Praxis eigentlich am zweiten Tag? Er ist ja gleichzeitig der Entlassungstag! Müssen dann auch 6 Stunden Aufenthaltsdauer bzw. mehr als 3 Stunden Behandlung erfüllt sein? Was passiert, wenn die 6 bzw. 3 Stunden nicht erfüllt sind? Dann gibt es ja keine Übernachtung außerhalb des Krankenhauses, die den genannten Kriterien entspricht. Muss das Krankenhaus dann den Patienten verpflichten, am zweiten Tag (= Entlassungstag) so lange zu warten, bis alle Kriterien erfüllt sind? Oder wäre das eine primäre Fehlbelegung?

Dazu legt die Abrechnungsvereinbarung Tagesstationäre Behandlung im Entwurf vom 05.06.2023 in §2 Systematik der Berechnung der Entgelte in Absatz 2 fest: *„Tage, an denen tagesstationäre Behandlung stattfindet, sind keine Tage der vollständigen Abwesenheit und bei der Ermittlung der Belegungstage und bei Berechnung der verweildauerabhängigen Zu- und Abschläge zu berücksichtigen.“*

Das BSG und zahlreiche andere Gerichte haben in den letzten Jahrzehnten die vollstationäre Aufnahmeindikation auch immer an die geplante und voraussichtliche vollstationäre Aufenthaltsdauer geknüpft bzw. an die Integration in den „Krankenhausbetrieb“. Das würde sich ja nun ändern (müssen), wenn bereits bei der Aufnahme klar wäre, dass der Patient wahrscheinlich in der ersten Nacht gar nicht im Krankenhaus, sondern zuhause übernachten müsste. An diese neue Auslegung müssten sich alle Beteiligten schnellstmöglich gewöhnen.

Man stelle sich nun vor, dass der o. a. Patient an drei Behandlungs- bzw. Belegungstagen nicht nur eine Übernachtung, sondern zwei Übernachtungen zu Hause verbringt und somit keine im Krankenhaus. Dann wäre bei Erfüllung der Aufenthalts- und Behandlungskriterien in zahlreichen Fällen die volle DRG ohne Abzug der Grenzverweildauerabschläge fällig. Lediglich 2 x 0,04 Bewertungsrelationen würden für die nicht in Anspruch genommenen Übernachtungen abgezogen.

Die daraus resultierenden Auslegungsvarianten der Krankenhäuser, Krankenkassen sowie der Medizinischen Dienste können wir hier nur erraten, befürchten aber das Schlimmste.

Ob diese Aufnahmeindikation, die Notwendigkeit, die Dauer und die Begründung für den MD nachvollziehbar sein werden, wird sich in der Prüfpraxis zeigen müssen. Dieser anrechenbare Aufenthalt muss zwischen 06:00 Uhr und 22:00 Uhr liegen; ab wann aber die Aufnahme- und Entlassungszeitpunkte zählen (Pforte/Ambulanz/Station?) und wer, wann und wie valide die Zeiterfassung vornimmt wird u. E. noch spannend.

§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.“

§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 Abrechnungsstreitereien zu vermeiden.

Berechnung der Entgelte

Die formalen Punkte zur 30 Prozent Berechnung der maximalen Abzüge (Welche Entgelte zählen; welche nicht?) führen wir an dieser Stelle nicht weiter aus, da u. E. angesichts der angesprochenen Probleme diese Frage eher theoretischer Natur sein dürfte. Dennoch dürfte es auch hier bei hohen Zusatzentgeltewerten durchaus interessante Konstellationen geben.

Elektronische Datenübermittlung:

Die technische Umsetzung der Datenübermittlung nach §301 SGB V sollte bereits zeitnah geregelt werden, obwohl die Abrechnungsregeln noch nicht klar waren bzw. auch zum heutigen Zeitpunkt noch nicht sind. Denn ohne §301-Vorgaben können KIS-Anbieter nichts umsetzen. Dazu gibt es in den letzten 5 Monaten zahlreiche Vereinbarungen, Nachträge und Regelungen mit Wirkung ab dem 01.08.2023, durch die kaum noch jemand durchblickt. Aus unserer Sicht dient dieses Chaos lediglich zur Absicherung der Verantwortlichen, damit „die Abschlüsse ab dem 01.08.2023, in Verbindung mit §6 Absatz 1 auch rückwirkend für Aufnahmen ab dem 28.01.2023, bei denen auf Grundlage der Dokumentationsvereinbarung bereits eine tagesstationäre Behandlung erfolgt ist,“ berücksichtigt werden können. Aber auch diese technische Umsetzung der Abrechnungsformalia kann die Beantwortung der o. a. grundsätzlichen Fragen nicht ersetzen.

Einige Beispiele, die wir bereits im Februar 2023 publiziert haben, sollen die Problematik und die Fragen schrittweise verdeutlichen¹:

Tagesstationäre Behandlung?

Beispiel 1: Kein tagesstationärer Fall!

1

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

Rot = Kein Berechnungstag
 Grün = Berechnungstag

Abrechnung Ein-Tages-Fall im Krankenhaus oder alternative Abrechnung:

- Vollstationäre Indikation + Einweisung liegen zwar vor; aber die Dauer reicht nicht!
- Medizinische/ pflegerische Maßnahmen > 3 Stunden und/ oder Aufenthalt > 6 Std.
- Alternative Abrechnung:
 - Nur vorstationär? Vollstationäre Indikation; Nicht tagesstationär = Vollstationär?
 - Teilstationär bzw. Tagesklinik
 - Ambulant? Notfall? Ermächtigung?
 - Bei Tod am 1. Tag = vollstationär; Umgang mit Verlegungen ...

Ohne Gewähr!

Beispiel 1: Der Patient ist nicht tagesstationär, sondern vollstationär. Er übernachtet nicht zuhause und kommt nicht wieder.

Tagesstationäre Behandlung? Nein!

Beispiel 2: Unterschreitung UGVWD mit ÜN

2

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

Rot = Kein Berechnungstag
 Grün = Berechnungstag

Keine tagesstationäre Abrechnung, da keine Übernachtung außerhalb!

- Vollstationäre Indikation + Einweisung liegen vor; eine Übernachtung im KH.
- Am 1. Tag anzurechnende Aufenthalt/Maßnahmen > 6 Stunden bzw. > 3 Stunden!
- DRG aus dem FP-Katalog ansteuern - Relativgewicht ermitteln
- Verweildauer: Ein vollständig erfüllter Behandlungstag; aber UGVWD nicht erreicht!
- Abrechnung: Kürzung durch den UGVWD-Abschlag
- 2. Tag = Entlassungstag = „zählt nicht“

Ohne Gewähr!

Beispiel 2: Der Patient ist nicht tagesstationär abzurechnen. Er übernachtet im Krankenhaus; der 2. Tag zählt als Entlassungstag nicht!

Tagesstationäre Behandlung? Ja!

Beispiel 3: Unterschreitung UGVWD ohne ÜN

Untere GVWD					
Rot = Kein Berechnungstag Grün = Berechnungstag					
B. = Behandlung	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5
	Einweisung	Behandlung ja	Behandlung keine	Behandlung keine	Behandlung keine
	Aufnahme				
	Aufenthalt > 6 Stunden B: > 3 Stunden	Aufenthalt > 6 Stunden B: > 3 Stunden	Aufenthalt -	Aufenthalt -	Aufenthalt -
	Übernachtung Zuhause	Übernachtung Zuhause	Übernachtung Nein	Übernachtung Nein	Übernachtung Nein

Tagesstationäre Abrechnung, da eine Übernachtung außerhalb KH!

- Vollstationäre Indikation + Einweisung liegen vor; aber keine Übernachtung im KH.
- Am 1. Tag anzurechnende Aufenthalt/Maßnahmen > 6 Stunden bzw. > 3 Stunden!
- DRG aus dem FP-Katalog ansteuern - Relativgewicht ermitteln
- Ein vollständig erfüllter Behandlungstag; aber **UGVWD-Abschlag** zzgl. **– (0,04 x LBFW)**
- Nach Dokumentationsvereinbarung: Tagesstationäre Versorgung, da der Patient außerhalb des Krankenhauses übernachtet hat und zurückkehrt!
- **Frage: Was passiert, wenn Tag 2 Aufenthalt < 6 Stunden/ Behandlung < 3 Stunden?**

KAYERS **Ohne Gewähr!**

Beispiel 3: Der Patient wäre ein tagesstationärer Fall mit Kürzung UGVWD, da er zuhause übernachtet und am zweiten Tag wiederkommt und dabei die Kriterien tagesstationär erfüllt, obwohl der 2. Tag als Entlassungstag (= Berechnungstag) nicht zählt!

Tagesstationäre Behandlung? Ja!

Beispiel 4: Erreichung der UGVWD ohne ÜN im KH

Untere GVWD					
Rot = Kein Berechnungstag Grün = Berechnungstag					
B. = Behandlung	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5
	Einweisung	Behandlung ja	Behandlung ja	Behandlung keine	Behandlung keine
	Aufnahme				
	Aufenthalt > 6 Stunden B: > 3 Stunden	Aufenthalt > 6 Stunden B: > 3 Stunden	Aufenthalt > 6 Stunden B: > 3 Stunden	Aufenthalt -	Aufenthalt -
	Übernachtung Zuhause	Übernachtung Zuhause	Übernachtung Zuhause	Übernachtung Nein	Übernachtung Nein

Tagesstationäre Abrechnung, da mindestens eine Übernachtung außerhalb KH!

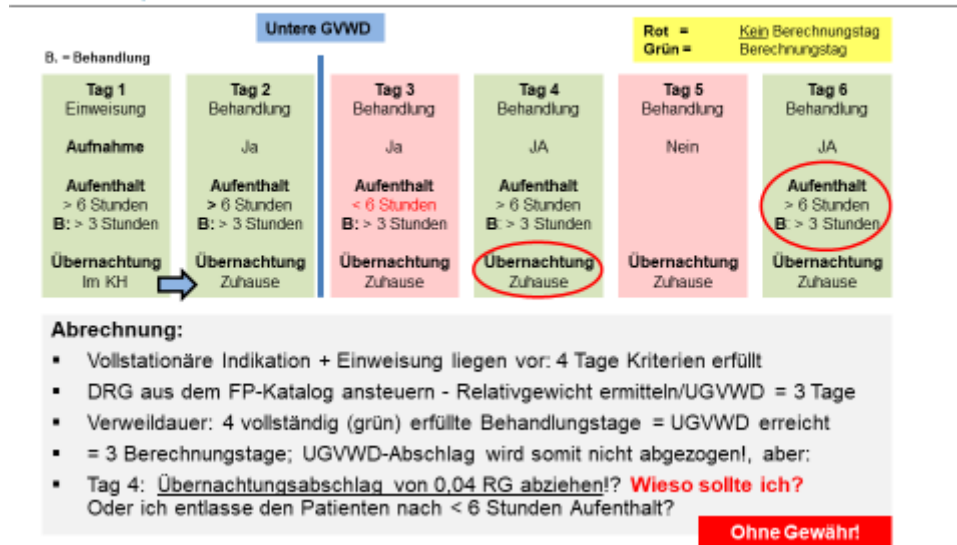
- Vollstationäre Indikation + Einweisung liegen vor; aber keine Übernachtung im KH.
- Am 1. Tag anzurechnende Aufenthalt/Maßnahmen > 6 Stunden bzw. > 3 Stunden!
- DRG aus dem FP-Katalog ansteuern - Relativgewicht ermitteln
- Drei vollständig erfüllter Behandlungstage = Volle DRG
- **Abschläge 2 x 0,04 x LBFW ca. 320 €**
- **Frage: Was passiert, wenn am Tag 3 Aufenthalt < 6 Stunden/ Behandlung < 3 Stunden?**

KAYERS **Ohne Gewähr!**

Beispiel 4: Der Patient ist ein tagesstationärer Fall ohne Kürzung UGVWD, da er zuhause übernachtet und am dritten Tag wiederkommt und dabei die Kriterien tagesstationär erfüllt, obwohl der 3. Tag als Entlassungstag (=Berechnungstag) nicht zählt!

Tagesstationäre Behandlung? Ja!

Beispiel 5: Volle DRG – Wieso 1 x ÜN abziehen?



Beispiel 5: Der Patient wird mehrfach tagesstationär behandelt;
erreicht die UGVWD und kommt danach mehrfach wieder.

Somit offenbart dieses letzte Beispiel das vollständige Dilemma um die tagesstationäre Versorgung:

- Wem nutzt diese tagesstationäre Abrechnung?
- Hat ein Krankenhaus erst einmal die volle DRG erreicht (ab Erreichen der Unteren Grenz-VWD), nutzen ihm die tagesstationären Abrechnungsmöglichkeiten nichts mehr – im Gegenteil!
- Die tagesstationäre Variante 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 darstellen.
- Dazu kommt der Erlösverlust von ca. 160 Euro pro tagesstationärem Versorgungstag (bis zur maximalen Grenze von 30 Prozent der Erlöse).
- Einfacher wäre es, den Patienten zu beurlauben, nachstationär einzubestellen oder ggf. Fallzusammenführungen auszulösen.

Aktuell zeichnet sich bei der Umsetzung des AOP-Kataloges für das Jahr 2023 bereits ein Abrechnungs- und Umsetzungschaos für Krankenhäuser und Krankenkassen ab, das sowohl von dem Gesundheitsministerium als auch von der Selbstverwaltung verursacht wurde (z. B. Kontextfaktoren²). Leider sieht es zurzeit für die tagesstationäre Abrechnung nicht anders aus.

Es ist schon erstaunlich, dass diese einst sehr positiv aufgenommene Idee der Regierungskommission durch die Mühlen der Politik³ und der Selbstverwaltung so entstellt wird, dass am Ende des Tages nicht nur die Grundintention verloren gegangen ist, sondern ein neues bürokratisches Monster geschaffen wurde, das keiner ernsthaft gebrauchen kann.

Dr. med. Heinz-Georg Kayzers

Krankenhausbetriebswirt (VKD)

Dr. Jürgen Freitag

Geschäftsführer KC GmbH

Dr. med. Andreas Stockmanns

Facharzt für Innere Medizin, Gesundheitsökonom (ebs)

KAYSERS **CONSILIUM**^{GmbH}
Schulung und Beratung im Gesundheitswesen
Marienstraße 24 - 47623 Kevelaer

Literatur und Informationen:

info@kaysers-consilium.de

- 1) https://www.kaysers-consilium.de/dwnld/Tagesstationaer_UEB_2023_Dokuvvereinbarung.pdf
- 2) https://www.kaysers-consilium.de/dwnld/AOP_2023_KC_Kontextfaktoren.pdf
- 3) <https://www.kaysers-consilium.de/dwnld/lauterbachs-neue-kleider-einmaerchen.pdf>