

Tagesstationäre Behandlung in Krankenhäusern nach § 115e SGB V Evaluationsbericht 2023

**des GKV–Spitzenverbandes,
des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.
und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V.**

an das Bundesministerium für Gesundheit

14.07.2023



Inhaltsverzeichnis

I. Vorwort	3
II. Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften	4
III. Stand der Umsetzung im ersten Halbjahr 2023	5
IV. Ausblick auf den Evaluationsbericht 2024	5

I. Vorwort

Mit dem Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (KHPfIEG) vom 20.12.2022 wurde die Tagesbehandlung im Krankenhaus (§ 115e SGB V) als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Gemäß den gesetzlichen Neuerungen können nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser in medizinisch geeigneten Fällen, sofern eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, im Einvernehmen mit den Patientinnen und Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen. Voraussetzung dafür ist, dass die Behandlung einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erfordert, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird.

Mit der Einführung der tagesstationären Behandlung werden gemäß der Gesetzesbegründung die Vorschläge der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser umgesetzt. Dabei sollen insbesondere die Überlastungssituationen des Krankenhauspersonals verringert und das Personal von vermeidbaren Aufgaben entbunden werden, ohne Leistungen einzuschränken. Gleichzeitig sollen laut der Gesetzesbegründung keine zusätzlichen Ausgaben im Gesundheitswesen verursacht, sondern Einsparungen erzielt werden.

Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (im Folgenden: Vertragsparteien) sind nach § 115e Absatz 5 SGB V beauftragt, dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 30.07.2023 sowie zum 30.07.2024 einen gemeinsamen Bericht über das Ausmaß der tagesstationären Behandlung und ihre Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vorzulegen. Im Rahmen des ersten Evaluationsberichts für das Jahr 2023 werden die Vertragsparteien insbesondere zum Stand der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags ausführen. Eine detaillierte Datenauswertung zur Inanspruchnahme sowie zu den weiteren Auswirkungen kann in diesem Berichtsjahr nicht erfolgen, da aufgrund der kurzen gesetzlichen Frist zur Umsetzung zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch keine auswertbaren Daten vorliegen. In einem Ausblick werden die Vertragsparteien berichten, wie der Evaluierungsauftrag im Folgejahr umgesetzt werden soll.

II. Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften

Der GKV-Spitzenverband wurde zusammen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) beauftragt, bis zum 28.01.2023 eine Dokumentationsvereinbarung zur tagesstationären Behandlung im Krankenhaus (§ 115e Absatz 4 Satz 1 SGB V) sowie bis zum 27.06.2023 eine Vereinbarung zur Berechnung der Entgelte und der Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen durch den Medizinischen Dienst bei tagesstationären Behandlungen (§ 115e Absatz 3 Satz 4 SGB V) zu schließen.

Direkt nach Inkrafttreten des Gesetzes wurden die Verhandlungen durch die Vertragsparteien aufgenommen, um die Anforderungen an die Dokumentation zu diskutieren. Im Rahmen dieser intensiven Beratungen haben sich die Vertragspartner auf eine Dokumentationsvereinbarung verständigt, die zum 28.01.2023 in Kraft getreten ist. Diese Vereinbarung beinhaltet neben den Dokumentationsanforderungen auch Klarstellungen zum gemeinsamen Verständnis von DKG, PKV-Verband und GKV-Spitzenverband zur Mindestdauer der tagesstationären Behandlung, zum Zeitrahmen und zur ungeplanten Rückkehr. Die Kernelemente der Dokumentationsvereinbarung lauten wie folgt:

- **Mindestdauer sowie Abgrenzung gegenüber vor- und teilstationären Leistungen:**
Die Erbringung der tagesstationären Behandlung setzt die Notwendigkeit der vollstationären Behandlung sowie zwischen Aufnahme- und Entlasstag mindestens eine Übernachtung außerhalb des Krankenhauses voraus.
- **Zeitrahmen:**
Der für die tagesstationäre Behandlung erforderliche mindestens sechsstündige Aufenthalt der Patientinnen und Patienten, innerhalb dessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird, liegt zwischen 6:00 Uhr und 22:00 Uhr.
- **Ungeplante Rückkehr:**
Sofern die Patientin oder der Patient ungeplant vor 6:00 Uhr des Folgetages in das Krankenhaus zurückkehrt, liegt keine tagesstationäre Behandlung mehr vor. Gründe für eine ungeplante Rückkehr können ein Notfall, ein weiterer medizinischer Behandlungsbedarf oder der Wunsch der Patientin oder des Patienten sein.
- **Dokumentation eines tagesstationären Behandlungsfalles:**
Jeder einzelne tagesstationäre Behandlungstag, jede ungeplante Rückkehr sowie die jeweiligen Zeitpunkte des Beginns und des Endes des Aufenthaltes sind im Rahmen des vollstationären Behandlungsfalles anhand der Daten nach § 301 Absatz 1 SGB V zu übermitteln. Darüber hinaus sind in der Patientenakte zusätzliche Aspekte (z. B. Einwilligung der Patientin oder des Patienten zur Durchführung der tagesstationären Behandlung,

Voraussetzungen für einen ausnahmsweise bestehenden Fahrtkostenanspruch der Patientin oder des Patienten) zu dokumentieren.

Im Anschluss an die Verhandlungen zur Dokumentationsvereinbarung wurden direkt die Beratungen zur Abrechnungsvereinbarung aufgenommen, die zum 01.05.2023 und damit vor der gesetzlichen Frist vom 28.06.2023 in Kraft getreten ist. Diese vorfristig geschlossene Vereinbarung war erforderlich, damit eine verbindliche Abrechnung ab dem 01.08.2023, auch rückwirkend für alle Patientenaufnahmen ab dem 28.01.2023, möglich ist. Eine technische Operationalisierung in der Datenübermittlung erfolgte unter einem dafür notwendigen Mindestvorlauf zum 01.08.2023.

Diese zweite Vereinbarung regelt die Abrechnung der tagesstationären Behandlung, die auf Grundlage der gemäß Krankenhausentgeltgesetz abrechenbaren Entgelte für vollstationäre Krankenhausleistungen erfolgt. Das Gesetz sah hierbei vor, wie die Abrechnung der nicht angefallenen Übernachtungskosten geregelt werden soll: Sofern Patientinnen und Patienten zwischen ihrer Aufnahme in das Krankenhaus und ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus für eine tagesstationäre Behandlung nicht über Nacht im Krankenhaus versorgt werden, ist für die nicht anfallenden Übernachtungskosten pauschal ein Abzug von den für den vollstationären Aufenthalt insgesamt berechneten Entgelten vorzunehmen, der 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht entspricht. Die Höhe des Abzugs soll dabei auf maximal 30 Prozent der Entgelte für den Aufenthalt begrenzt werden, auch wenn die tagesstationäre Behandlung über einen längeren Zeitraum durchgeführt wird.

Ein weiterer Regelungstatbestand der Abrechnungsvereinbarung ist die Prüfung durch den Medizinischen Dienst. Hierbei wurden keine weiteren Ausnahmen vereinbart.

III. Stand der Umsetzung im ersten Halbjahr 2023

Da eine Abrechnung der tagesstationären Behandlung erst ab dem 01.08.2023, auch rückwirkend für alle Patientenaufnahmen ab dem 28.01.2023, möglich ist, liegen für das erste Halbjahr 2023 keine Abrechnungsdaten vor, um eine deskriptive Auswertung zur Inanspruchnahme der tagesstationären Behandlung durchzuführen. Gleiches gilt für datenbasierte Auswertungen zu den Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen.

IV. Ausblick auf den Evaluationsbericht 2024

Die Vertragsparteien haben sich in einem fachlichen Austausch darauf verständigt, wie der Prozess zur Umsetzung des gesetzlichen Evaluierungsauftrags im weiteren Verlauf ausgestaltet werden kann und bereits erste Überlegungen zu einem datenbasierten Evaluationsbericht für das Jahr 2024 ausgetauscht. Diese Überlegungen sollen im Folgenden skizziert werden:

Der erste Teil des Berichts soll eine deskriptive Statistik umfassen, die darlegt, in welchem Ausmaß und für welche DRG Tagesbehandlungen durchgeführt werden, wie viele Tage die Tagesbehandlung durchschnittlich andauert und inwieweit die Ausgaben der Krankenkassen verringert werden. Als Datengrundlage sollen dabei Routinedaten der GKV herangezogen werden. Im zweiten Teil des Berichts könnten ergänzende Datenauswertungen vorgenommen werden, um weitere Informationen über die zu berichtenden Auswirkungen dieser Versorgungsform (z. B. Gründe für die Inanspruchnahme und/oder die ungeplante Rückkehr) zu erhalten. Der dritte Teil des Evaluationsberichts soll einen Berichtsteil mit Informationen über die Personalentlastung in den Krankenhäusern enthalten. Im Rahmen dieses Berichtsteils soll unter anderem evaluiert werden, inwieweit sich die Belastung des Personals für die Versorgung der verbliebenen Patientinnen und Patienten verändert hat. Hintergrund ist dabei die Annahme, dass potenziell vorrangig leichter erkrankte Patientinnen und Patienten für eine tagesstationäre Behandlung in Frage kommen. Um insbesondere die Entwicklungen für das Krankenhauspersonal aufzuzeigen, ist beispielsweise eine Mitgliederbefragung durch die DKG denkbar.

Die oben dargelegten Ausführungen zum Evaluationsbericht 2024 stellen eine Skizze an den gewünschten Auswertungsinhalt aus heutiger Sicht dar. Die Vertragsparteien weisen darauf hin, dass die Inhalte im Verlauf der Beratungen noch angepasst werden, sofern sich abzeichnen sollte, dass die jeweils benötigten Datengrundlagen nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung gestellt werden können und/oder die ersten Datenauswertungen zeigen, dass die Schwerpunkte des Berichts entsprechend geändert werden müssen. Die Vertragsparteien sind sich ihres gesetzlichen Auftrags zur Evaluierung der tagesstationären Behandlung bewusst und werden diesen unter Berücksichtigung der gesetzlichen Anforderungen vollumfänglich nachkommen.