



Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

Zweite Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Kranken- hausversorgung

**Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen
Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens**



I. AUSGANGS-/PROBLEMLAGE

- › Aufgrund des erheblichen medizinischen Fortschritts, der unter anderem zu einer Verbesserung der Patientensicherheit führt, ist für viele Untersuchungen, Eingriffe und Behandlungen, die bislang vollstationär durchgeführt werden, eine stationäre Überwachung der Patientinnen und Patienten in der Nacht oder am Wochenende nicht immer erforderlich. Dennoch sind für viele dieser Maßnahmen umfangreiche und komplexe medizinische Strukturen notwendig, wie sie üblicherweise nur ein Krankenhaus vorhält.
- › Im europäischen Vergleich werden in Deutschland überdurchschnittlich viele vollstationäre Behandlungen durchgeführt. Im Vergleich zu den Nachbarländern hat Deutschland eine um rund 50 % höhere Bettenkapazität und eine rund 50 % über dem Durchschnitt liegende Quote von vollstationären Behandlungen¹.
- › In den europäischen Nachbarländern werden Behandlungen, die ohne Krankenhausübernachtung möglich sind, von den Krankenhäusern zunehmend ambulant durchgeführt (zum Beispiel Operationen oder onkologische Behandlungen). Dies findet aufgrund der sektoralen Trennung in Deutschland nur in geringem Maße statt.
- › Tagesklinische Behandlung ist in Deutschland im Fach Psychiatrie und ansonsten nur in wenigen Einzelbereichen etabliert, aber nicht flächendeckend möglich. Die Möglichkeit einer Tagesklinikbehandlung muss bislang vom Krankenhaus aufwendig beantragt werden, ohne Anspruch auf eine Genehmigung. In vielen Bundesländern kann nur tagesklinisch behandelt werden, wenn die tagesklinischen Behandlungsplätze im Landeskrankenhausplan ausgewiesen sind. Es existiert keine einheitliche Regelung zur Vergütung von Tagesklinikbehandlung außerhalb der Psychiatrie.
- › Die Möglichkeiten nach dem AOP-Katalog (ambulantes Operieren) werden von den Krankenhäusern nur in geringem Maße genutzt, sodass hieraus keine relevanten Auswirkungen auf das Gesundheitssystem erfolgen, insbesondere nicht in Richtung einer umfassenderen Ambulantisierung bislang stationärer Leistungen. Nach Einschätzung der Regierungskommission ist die Ursache hierfür nicht vorrangig in einer zu engen Fassung des Katalogs begründet, sondern in der Grundkonzeption der Regelung, die zu stark auf einzelne Leistungen oder Prozeduren fokussiert und für die zumeist multimorbiden Kranken zu wenig patientenzentriert ist. Zugleich erachten viele Krankenhäuser die Vergütung als nicht kostendeckend. Die Kommission begrüßt daher zwar das aktuelle, fundierte IGES-Gutachten, das sich für eine deutliche Ausweitung des AOP-Katalogs

¹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Germany: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels





ausspricht, erwartet von ihr aber keine relevante Auswirkung auf die grundsätzlichen Umsetzungsschwierigkeiten.

- › Mit regionalen und saisonalen Unterschieden berichten die Krankenhäuser von Kapazitätsengpässen auf den Normalstationen.
- › Notfall- und elektiv eingewiesene Patientinnen und Patienten können in diesen Situationen nicht aufgenommen werden. Sie müssen dann in entferntere oder weniger geeignete Krankenhäuser weitergeleitet werden, oder Patientinnen und Patienten müssen zur Schaffung freier Betten früher als medizinisch indiziert entlassen werden.
- › In Notaufnahmen von Krankenhäusern stauen sich Patientinnen und Patienten, wenn die Weiterleitung auf die Stationen wegen Überbelegung nicht möglich ist („Exit-Blocks“). Die Funktionsfähigkeit der Notaufnahmen ist dann stark beeinträchtigt, oder die Notaufnahme wird von der Versorgung abgemeldet.
- › Eine zentrale Ursache der Kapazitätsengpässe ist Personalmangel in allen Berufsgruppen, obwohl die Zahl der in der Pflege und im ärztlichen Bereich pro 1.000 Einwohner tätigen Personen im Vergleich zu anderen europäischen Ländern in Deutschland relativ hoch ist¹. Dieser relative Personalmangel im deutschen Gesundheitssystem resultiert unter anderem aus der hohen Zahl voll-stationärer Behandlungsfälle (bei sektoraler Trennung und unzureichender Koordination zwischen den Sektoren). Der relative Personalmangel schränkt die Leistungsfähigkeit vieler Krankenhäuser stark ein, reduziert die Zahl der betreibbaren Betten, führt zu Stationsperrungen und dazu, dass die Kapazitäten der Krankenhäuser nicht voll ausgeschöpft werden können.
- › Eine Verschärfung der Situation wird für den Herbst und Winter 2022/2023 erwartet, da mit einer neuen Welle an Corona- und anderen respiratorischen Infektionen zu rechnen ist. Dies wird mutmaßlich zu einem Anstieg der Patientenzahlen und zu vermehrtem Personalausfall aufgrund von Erkrankung, Quarantäne oder Isolation führen.
- › Die finanzielle Situation im stationären Gesundheitswesen ist stark angespannt. Dies betrifft sowohl Krankenkassen als auch Krankenhäuser.

¹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Germany: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

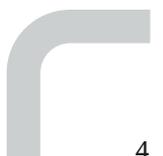




II. ZIELE

- › Kurzfristige Entlastung der Krankenhäuser sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – spätestens zum 1.1.2023 – mit dem Ziel, die Überlastungssituationen zu verringern und Personal von vermeidbaren Aufgaben zu entbinden, ...
- › ... ohne Leistungen für die Patientinnen und Patienten einzuschränken oder die Behandlungsqualität zu vermindern und ...
- › ... ohne zusätzliche Ausgaben im Gesundheitswesen zu verursachen, sondern nach Möglichkeit Einsparungen zu erzielen.

Hierzu wird den Krankenhäusern in einem ersten Reformschritt pauschal gestattet, im Einvernehmen mit der Patientin bzw. dem Patienten geeignete, bislang rund um die Uhr durchgeführte Behandlungen als Tagesbehandlungen durchzuführen. Es wird somit für die Krankenhäuser die Möglichkeit geschaffen – ohne vorherige Beantragung, Genehmigung oder Ausweisung einer Tagesklinik –, potenziell alle Behandlungen auch als Tagesbehandlungen durchzuführen, und es wird hierfür eine einheitliche Vergütungsgrundlage eingeführt. In einem zweiten, später von der Regierungskommission zu konkretisierenden Reformschritt sollen hierfür geeignete Behandlungen dafür geöffnet werden, dass sie bei identischer Vergütung und unter Beachtung festzulegender Qualitätsstandards auch im vertragsärztlichen Bereich durchgeführt werden können.





III. EMPFEHLUNGEN

- › Ab spätestens 1.1.2023 wird es den Krankenhäusern gestattet, sämtliche bislang vollstationär erbrachten Behandlungen als Tagesbehandlungen durchzuführen, soweit dies medizinisch vertretbar ist.
- › Tagesbehandlung bedeutet, dass die Behandlung mit allen Mitteln des Krankenhauses durchgeführt wird, die Patientin bzw. der Patient die Nacht aber nicht im Krankenhaus verbringt. Eine Tagesbehandlung kann über einen oder mehrere Tage erfolgen. Eine zwischenzeitliche Unterbrechung für maximal zwei Tage am Stück (zum Beispiel am Wochenende) ist möglich (auch mehrfach).
- › Den Krankenhäusern wird gestattet, gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten in eigener Kompetenz und nach medizinischen und pflegerischen Kriterien in jedem Einzelfall zu entscheiden, ob eine Tagesbehandlung in Betracht kommt. Diese Entscheidungskompetenz bewegt sich im Rahmen von Entscheidungen, die Krankenhäuser auch jetzt schon täglich nach medizinischen und pflegerischen Kriterien treffen, zum Beispiel über die Frage einer Aufnahme oder Entlassung einer Person. Für eine sachgerechte Entscheidung zu einer Tagesbehandlung haftet das Krankenhaus im üblichen Rahmen.
- › Es ist evident, dass für zahlreiche große, komplexe oder risikoreiche Behandlungen eine Tagesbehandlung nicht in Betracht kommt. Diese Behandlungen werden nicht gesondert ausgewiesen. Vielmehr obliegt es der beschriebenen Verantwortung der Krankenhäuser, im Einzelfall über die Eignung der Behandlung zur Tagesbehandlung zu entscheiden.
- › Die Entscheidung zu einer Tagesbehandlung soll im Einvernehmen mit der Patientin bzw. dem Patienten getroffen werden. Die soziale und insbesondere häusliche Versorgungssituation der betreffenden Person sind vom Krankenhaus individuell zu berücksichtigen.
- › Tagesbehandlung setzt zwingend voraus, dass am Ort der Behandlung Krankenhausstrukturen und die Möglichkeit der notfallmäßigen Behandlung sowie bei ungünstigem Verlauf eine unmittelbare Umwandlung der Tagesbehandlung in eine Behandlung über Nacht möglich sind.
- › Die Tagesbehandlung muss nicht in abgetrennten räumlichen Bereichen stattfinden, sondern ist in allen Teilen des Krankenhauses möglich.
- › Die Tagesbehandlung wird wie bisher als DRG abgerechnet. Für die nicht anfallenden Übernachtungskosten wird das Relativgewicht (Bewertungsrelation) der DRG pauschal um 0,04 pro entfallender Nacht gemindert, bei einer viertägigen Tagesbehandlung (= 3 Nächte) also zum Beispiel um 0,12. Bei eintägiger Behandlung erfolgt wie bei zweitägiger Behandlung ein Abzug von 0,04. Die wenigen expliziten Ein-Tages-DRGs (ca. 24) werden wie bisher vergütet.





- › Die Grenzverweildauern finden gleiche Anwendung wie bei Behandlung mit Übernachtung. Tage, an denen der Patient oder die Patientin nicht im Krankenhaus war, werden bei der Festlegung der Verweildauer und der Vergütung nicht berücksichtigt.
- › Vergütet (angerechnet) werden nur Tage, an denen der Patient oder die Patientin mindestens 6 Stunden im Krankenhaus war. In dieser Zeit müssen überwiegend medizinische oder pflegerische Maßnahmen durchgeführt worden sein. Tage mit kürzerer Anwesenheit werden nicht als Tagesbehandlung vergütet, sondern müssen als ambulante Behandlung abgerechnet werden (soweit das Krankenhaus hierfür eine Berechtigung besitzt).
- › Wird ein Patient, eine Patientin innerhalb desselben Behandlungsfalls sowohl mit als auch ohne Übernachtung behandelt, wird nur für die Tage ohne Übernachtung der Abzugsbetrag in Ansatz gebracht.
- › Bei mehrtägigen Tagesbehandlungen addieren sich die Abzugsbeträge. Die Höhe des Abzugs wird auf maximal 30 % der DRG gedeckelt, auch wenn die Tagesbehandlung über einen längeren Zeitraum durchgeführt wird.
- › Der Abzugsbetrag für die Übernachtungskomponente in Höhe von 0,04 des Relativgewichts wird normativ pauschal festgesetzt und nicht unterschiedlich für die verschiedenen DRGs. Dies ermöglicht eine einfache und rasche Umsetzung des Konzepts. Wie bei Pauschalen üblich, wird der Abzug im Einzelfall über oder unter den tatsächlichen Kosten liegen.
- › Tagesbehandlung soll in gleicher Weise für gesetzlich oder privat Versicherte (und Beihilfeberechtigte) eingeführt werden.
- › Eine Kombination von Tagesbehandlung mit prä- oder poststationärer Behandlung ist nicht statthaft.
- › Im Fach Psychiatrie, in dem flächendeckend Tageskliniken etabliert sind und das nicht nach DRGs abrechnet, kommt die Tagesbehandlung nicht zur Anwendung. In anderen Fächern bereits existierende Tageskliniken bleiben erhalten, werden wie bisher vergütet und können keine Tagesbehandlungen abrechnen.
- › Um eine Umwidmung von Notaufnahmebehandlungen zu vermeiden, sind eintägige Tagesbehandlungen von notfallmäßig (d. h. ohne Einweisung) aufgenommenen Patientinnen und Patienten nicht möglich. Eintägige Tagesbehandlungen sind somit nur für Personen mit Einweisung vorgesehen. Für mehrstündig in Notaufnahmen behandelte Patientinnen und Patienten wird aber zusätzlich zur bisherigen Vergütung ein nach der Betreuungsdauer gestaffelter Betreuungszuschlag gewährt. Eine Staffelung nach 3 Stunden, 4 Stunden und > 6 Stunden wird empfohlen, wobei für eine Notaufnahmebehandlung von > 6 Stunden ein Betreuungszuschlag in der Größenordnung von 400 Euro als angemessen angesehen wird.





Die Regierungskommission wird in Kürze in einer Stellungnahme zur Notfallversorgung die Vergütungsproblematik noch einmal aufgreifen.

- › Die Kostenträger haben unverändert das Recht, über den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen, ob bei einem Fall (mit oder ohne Übernachtung) die generelle Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung gegeben war (Prüfung einer primären Fehlbelegung). Wenn das Erfordernis einer Behandlung im Krankenhaus zu bejahen ist, entscheiden die Krankenhäuser zusammen mit dem Patienten oder der Patientin aber unabhängig, ob sie diese Behandlung mit Übernachtung oder bei Eignung als Tagesbehandlung durchführen. Ein Zwang zur Tagesbehandlung besteht nicht. Prüfungen des Medizinischen Dienstes dürfen nicht auf die Frage abzielen, ob ein Krankenhausaufenthalt auch ohne Übernachtung hätte durchgeführt werden können.
- › Vielmehr werden Anreize für die Krankenhäuser geschaffen, Tagesbehandlungen durchzuführen:
 - Die eingesparten Kosten müssen größer sein als der Abzug von der Vergütung.
 - In verschiedenen Berufsgruppen reduzieren sich Nacht- und Wochenenddienste, was die individuelle Belastung des Personals merklich senkt. Das frei werdende Personal kann an anderer Stelle im Krankenhaus eingesetzt werden, zum Beispiel zur Verbesserung des Patienten-/Personalschlüssels.
 - Wenn Stationen ganz oder teilweise nicht mehr vollstationär, sondern für Tagesbehandlung genutzt werden, werden Räume frei, die anderweitig zur Verfügung stehen.
- › Zwischen Krankenhaus und Kostenträgern ist unverändert ein Budget zu vereinbaren, das Begrenzungen der Leistungen und/oder der Gesamtvergütung enthält. Bereits vereinbarte Budgets sind weiterhin gültig. Die Möglichkeit der Tagesbehandlung darf nicht zu einer Leistungsausweitung durch das Krankenhaus führen. Als Tagesbehandlung dürfen nur Leistungen erbracht werden, die bislang stationär durchgeführt wurden und für die die Infrastruktur eines Krankenhauses erforderlich ist.
- › Die Neuerung ist nach 12 und nach 24 Monaten quantitativ und qualitativ zu evaluieren. Hierbei ist unter Verwendung von GKV-Routinedaten insbesondere festzustellen, in welchem Ausmaß und für welche DRGs Tagesbehandlungen durchgeführt werden, wie viel Tage (für die verschiedenen DRGs) die Tagesbehandlung durchschnittlich andauert, inwieweit Kosteneinsparungen erzielt werden und ob es zu einem Rückgang oder zu einer Ausweitung von Behandlungen in den Krankenhäusern kommt. Zu evaluieren ist auch, inwieweit sich Komplexität oder Schwere der verbleibenden vollstationären Behandlungsfälle und damit die Belastung des vollstationären Bereichs ändern (wenn potenziell vorrangig schwer erkrankte Patientinnen und Patienten weiterhin über Nacht behandelt werden). Bei unerwünschten Entwicklungen sind kurzfristig Anpassungen der Rahmenbedingungen vorzunehmen.





Zweite Reformstufe: In einer zweiten Reformstufe, zu der sich die Regierungskommission in einer späteren Stellungnahme differenziert äußern wird, soll geprüft werden, inwieweit hierfür geeignete DRGs im Sinne von Hybrid-DRGs auch für die Erbringung im vertragsärztlichen Bereich geöffnet werden können. Die Erfahrungen aus der ersten Reformstufe sollen genutzt werden, um zu prüfen, welche Behandlungen bzw. DRGs hierfür in Betracht kommen und welche Qualitätsanforderungen Leistungserbringer aus dem vertragsärztlichen Bereich für die Erbringung welcher Tagesbehandlungen bzw. DRGs erfüllen müssen. Die Vergütung für Tagesbehandlung erfolgt in identischer Höhe, unabhängig davon, ob die Leistung durch das Krankenhaus oder Vertragsärztinnen oder -ärzte erbracht wurde.





Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung



IMPRESSUM:

**Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung**

Leiter und Koordinator:

Professor Dr. med. Tom Bschor
c/o Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

Postanschrift: 11055 Berlin

Krankenhauskommission@bmg.bund.de

Veröffentlichung: 22. September 2022

