

## Ambulantisierung von Krankenhausleistungen: AOP-Vertrag, Hybrid-DRGs und tagesstationäre Behandlungen

23. Frühjahrstagung der AG Medizinrecht  
am 18. März 2023 in Düsseldorf

SEUFERT RECHTSANWÄLTE  
RA Prof. Dr. Thomas Vollmüller

www.seufert-law.de

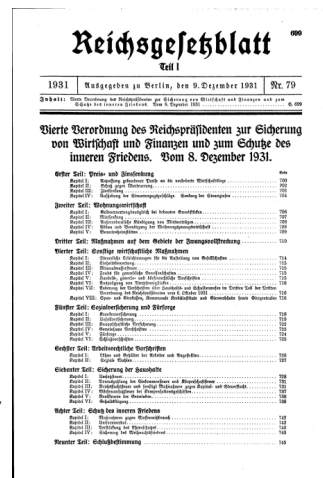
1

## Begriff und Entwicklung der Ambulantisierung

- Grundsatz der Sektorentrennung seit 1931
- Ambulantisierung als Einbindung von Krankenhäusern in die ambulante Versorgung
- Wichtige Schritte der Ambulantisierung:
  - 1955: - Ermächtigungen, § 116 SGB V  
- Ambulante Notfallversorgung, § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V  
- Hochschulambulanzen (HSA), § 117 SGB V  
- Belegärztliche Leistungen, § 121 SGB V
  - 1986 - Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA), § 118 SGB V
  - 1989 - Sozialpädiatrische Zentren (SPZ), § 119 SGB V
  - 1993: - **Ambulantes Operieren (AOP), § 115b SGB V**  
- Vor- und nachstationäre Behandlung, § 115a SGB V
  - 2004: - Medizinische Versorgungszentren (MVZ), § 95 SGB V  
- Institutsermächtigung, § 116a SGB V
  - 2007: - Spez. amb. Palliativversorgung (SAPV), §§ 37b, 132d SGB V
  - 2012: - Amb. spezialfachärztliche Versorgung (ASV), § 116b SGB V
  - 2015: - Besondere Versorgung, § 140a SGB V

Quelle: Seip, Das Krankenhaus 2022, 658/659.

www.seufert-law.de



2

**MDK-Reformgesetz, BT-Drs. 19/13397, S. 55:**

„Deutschland gehört zu den Ländern, in denen **im internationalen Vergleich Operationen überdurchschnittlich häufig stationär** durchgeführt werden. Einer der Gründe hierfür dürfte sein, dass der AOP-Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in den Jahren seit 2005 nur marginal überarbeitet worden ist (vgl. Friedrich/Tillmanns, Krankenhaus-Report 2016, Seite 131). Das deutet darauf hin, dass das Potenzial für ambulante Operationen derzeit in Deutschland nur unzureichend ausgeschöpft wird. Zur Vorbereitung einer substanziellen Erweiterung des AOP-Katalogs werden die Vertragsparteien verpflichtet, kurzfristig ein **wissenschaftliches Gutachten** in Auftrag zu geben, in dem untersucht wird, welche Operationen, stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Erkenntnisse ambulant erbracht werden können. Dabei sind Erkenntnisse aus bereits vorliegenden Studien zu ambulant-sensitiven Diagnosen und vermeidbaren Krankenhausfällen zu berücksichtigen. Um zu gewährleisten, dass das Gutachten eine wissenschaftlich fundierte und nachvollziehbare Grundlage für die Entwicklung von Kriterien für ambulante Eingriffe und Behandlungen bildet, soll das Gutachten bestehende Leitlinien der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften einbeziehen. Da in der Vergangenheit ein Umsetzungsdefizit im Hinblick auf den AOP-Katalog bestand, soll das Gutachten die untersuchten Operationen, Eingriffe und Behandlungen konkret benennen. Darüber hinaus sollen in Verbindung mit der differenzierten Ausgestaltung des AOP-Kataloges auch verschiedene Maßnahmen zur **Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad** analysiert werden. Hintergrund ist die bereits heute zum Teil differenzierte Ausgestaltung der Leistungen in sieben Kategorien sowie mit Zuschlagspositionen. Die im Gutachten benannten Operationen, Eingriffe und Behandlungen haben die Vertragsparteien anschließend als erweiterter AOP-Katalog zu vereinbaren. In diesem ist über den derzeitigen AOP-Katalog hinaus auch zu vereinbaren, welche **stationsersetzenden Behandlungen** künftig ambulant erbracht werden können. Hierdurch soll einerseits der Grundsatz „ambulant vor stationär“ besser als bisher umgesetzt werden und eine **möglichst umfassende Ambulantisierung** erreicht werden. Andererseits soll durch die verbesserte Realisierung des ambulanten Potenzials seitens der Krankenhäuser zugleich der **Entstehung eines der häufigsten Prüfanlässe entgegengewirkt werden**. Das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a soll den Inhalt des Gutachtensauftrages (insbesondere dessen Leistungsbeschreibung) festlegen für den Fall, dass eine Beauftragung durch die Vertragspartner nicht fristgemäß zustande kommt.“

[www.seufert-law.de](http://www.seufert-law.de)

3

**§ 115a SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus**

(1) <sup>1</sup>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 31. Januar 2022

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und **stationsersetzender Behandlungen**,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

<sup>2</sup>Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. <sup>3</sup>In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. <sup>4</sup>Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. <sup>5</sup>In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. <sup>6</sup>In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. <sup>7</sup>Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. <sup>8</sup>Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(1a) <sup>1</sup>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen leiten bis zum 30. Juni 2020 das Verfahren für die Vergabe eines gemeinsamen Gutachtens ein, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen untersucht wird. <sup>2</sup>Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. <sup>3</sup>Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nachdem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.

[www.seufert-law.de](http://www.seufert-law.de)

4

(2) <sup>1</sup>Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen, stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen zugelassen. <sup>2</sup>Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankehausgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. <sup>3</sup>Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. <sup>4</sup>Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. <sup>5</sup>Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist. <sup>6</sup>**Leistungen, die Krankenhäuser** auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 **ambulant erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst** nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.

(3) <sup>1</sup>Kommt eine der Vereinbarungen nach Absatz 1 nicht fristgerecht zustande oder wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. <sup>2</sup>**Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend für** die Festsetzung nach Satz 1 durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

(4) <sup>1</sup>In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. <sup>2</sup>Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.

## IGES-Gutachten

### Ergebnisse:

- Verdoppelung der AOP-Leistungen (ca. 2.500 zusätzliche Leistungen);
- Neue AOP-Leistungen wurden 2019 ca. 15 Mio. Mal vollstationär erbracht (= ¼ aller Leistungen, v.a. diagnostische Maßnahmen (Endoskopien);
- Zwar Potenzialansatz, aber: Prüfverfahren für fallindividuelle stationäre Behandlungsbedürftigkeit;
- Vermeidung unnötiger MD-Prüfungen (in 2019 > 0,5 Mio.);
- Schrittweise Implementierung (AOP-Katalog als lernendes System).

### Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V



### Kontextprüfung gem. IGES Gutachten

#### Leistungskontextbezogene Faktoren:

- ❖ Bestimmte DRGs;
- ❖ Kombination mit Nicht-AOP-Leistung;
- ❖ Beatmung (unabhängig von Narkoseführung);
- ❖ Komplexe Kombination von AOP-Leistungen.

#### Patientenbezogene Kontextfaktoren:

- ❖ Besonderer Betreuungsbedarf (zB psychiatrische Erkrankung) – Kategorisierung im ICD-Katalog;
- ❖ Diagnosekontext: AOP-Leistung wird bei Patienten mit stationärer Haupt- oder Nebendiagnose durchgeführt – Kategorisierung im ICD-Katalog;
- ❖ Komplexe Komorbidität (PCCL-Werte);
- ❖ Frailty: altersbedingt erhöhte Vulnerabilität (neben Frailty-Status ggfs. Pflegegrad (>3) oder Grad der Behinderung (mind. 50));
- ❖ Soziale Begleitumstände (u.a. keine ausreichende Überwachung und Nachbetreuung im häuslichen Umfeld).

www.seufert-law.de

7

### Neuer AOP-Vertrag vom 21.12.2022

- Nur 208 zusätzliche OPS-Kodes. Möglicher Grund: Tagesstationäre Behandlung.
- Zuschläge für Rezidiv- und Reoperationen.
- Kontextfaktoren statt G-AEP-Kriterien:
  - Vorliegen bestimmter ICD-Kodes;
  - Vorliegen bestimmter OPS-Kodes;
  - Bestimmte Funktionseinschränkungen des Patienten;
  - Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 und 5;
  - Beatmungszeit gem. DKR > 0;
  - Patienten < 1 Lebensjahr;
  - Übergangsregelungen für bestimmte OPS-Kodes.
- Außerdem: Versorgung in der Häuslichkeit gefährdet?
- Streitpotential bei vollstationärer Behandlung bleibt!

www.seufert-law.de

8

## Hybrid-DRGs im Koalitionsvertrag

„Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte **Hybrid-DRG** um. Durch den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren stellen wir eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurz-stationäre Versorgung sicher und fördern diese durch spezifische Vergütungsstrukturen. Zudem erhöhen wir die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen) und weiten den gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aus, um innovative Versorgungsformen zu stärken. In besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen (5 Prozent) errichten wir niedrigschwellige Beratungsangebote (z.B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention. Im ländlichen Raum bauen wir Angebote durch Gemeindefachkräften und Gesundheitslotsen aus. Die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung entwickeln wir gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiter.“



www.seufert-law.de

9

## Hybrid-DRGs: Was ist das eigentlich?

**Beivers, Äpfel und Birnen, GuP 2018, S. 161 (162):** „Wie auch im IGES-Gutachten [Perspektiven einer sektorenübergreifenden Versorgung 2018] dargestellt hat die Techniker Krankenkasse (TK) bereits im Jahr 2016 mit ihrem Positionspapier „Krankenhausversorgung 2020“ die Idee der Hybrid-DRGs ins Spiel gebracht und damit die Diskussion befeuert. Gemäß diesem neuen Vergütungsmodell sollen zunächst im operativen Bereich ambulante und stationäre Leistungen gleich vergütet werden. Grundlagen für die neuen „Hybrid-DRG“ sollen die DRGs und der EBM sein. In dem derzeit noch laufenden **Modellprojekt der TK** beteiligen sich acht Thüringer Kliniken, wie auch niedergelassene Operateure und die Kaufmännische Krankenkasse (KKH), um **Mischpreise** für operative Eingriffe zu kalkulieren. Begleitleistungen, Nachbehandlung und Qualitätssicherung würden gemäß der von der TK angedachten Logik nun gleichgestellt. Das Modellprojekt beschränkt sich dabei zunächst nur auf Kreuzbandverletzungen, Leistenbrüchen, Krampfadern und dem Karpaltunnelsyndrom. Ziel ist, dass vergleichbare Leistungen und Eingriffe gleich bezahlt werden sollen, unabhängig davon, ob sie in Kliniken oder Praxen erbracht werden. Zentraler Bestandteil des Hybrid-DRG-Modells sind hingegen nicht nur identische Vergütungshöhen, sondern auch identische Qualitätsparameter inklusive gleichartiger Dokumentation und Prüfung vor. Die Kalkulation soll – der Idee der TK folgend – vom **Institut für Entgeltfinanzierung im Krankenhaus (InEK)** übernommen werden. Die Hybrid-DRG wären dann jährlich in einem separaten DRG-Katalog abgebildet. Neben besseren Anreizen für eine effizientere und ressourcenschonendere Behandlung – orientiert an der medizinischen Notwendigkeit und am Bedarf des Patienten – erhofft man sich dadurch auch einen **Abbau von Bürokratie**. U.a. könnte dadurch die heute leider oft stattfindende Abrechnungsprüfung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen wegfallen.“

**Wöhrmann/Kübler, f & w 2022, S. 416/418:** „Fast jeder hat eine andere Vorstellung davon, was unter Hybrid-DRG zu verstehen ist.“

www.seufert-law.de

10

**§ 115 f SGB V Spezielle sektorengleiche Vergütung; Verordnungsermächtigung:**

(1) <sup>1</sup>Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 vereinbaren bis zum 31. März 2023

1. eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, und

2. für welche der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen die Vergütung nach Nummer 1 erfolgt.

<sup>2</sup>Die nach Satz 1 Nummer 1 vereinbarte Vergütung ist für jede nach Satz 1 Nummer 2 vereinbarte Leistung individuell als Fallpauschale zu kalkulieren. <sup>3</sup>Unterschiede nach dem Schweregrad der Fälle sind dabei durch die Bildung von Stufen zu berücksichtigen. <sup>4</sup>Bei der erstmaligen Kalkulation sind die für die jeweilige Leistung im stationären und ambulanten Bereich für das zum Zeitpunkt der Kalkulation letzte Abrechnungsjahr gezahlten Vergütungsvolumina sowie die Anzahl der erbrachten Fälle zu berücksichtigen. <sup>5</sup>Berücksichtigt werden können auch die jeweiligen Anteile der ambulanten und stationären Fälle an der Gesamtzahl der Fälle und die Kosten der ausschließlich stationären Behandlung. <sup>6</sup>Spätestens ab dem Jahr 2026 ist die Fallpauschale auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs zu kalkulieren und anzupassen.

(2) <sup>1</sup>Als Kriterien bei der Auswahl von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind insbesondere eine hohe Fallzahl im Krankenhaus, eine kurze Verweildauer und ein geringer klinischer Komplexitätsgrad zu berücksichtigen. <sup>2</sup>Die Auswahl von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist im Abstand von jeweils zwei Jahren zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen, erstmals spätestens bis zum 31. März 2025.

[www.seufert-law.de](http://www.seufert-law.de)

11

(3) <sup>1</sup>Zur Erbringung der nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Rechtsverordnung nach Absatz 4 bestimmten Leistungen und zur Abrechnung der nach Absatz 1 Satz 2 kalkulierten Fallpauschale berechtigt sind die nach § 95 Absatz 1 Satz 1 sowie § 108 an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen. <sup>2</sup>Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. <sup>3</sup>Die in Satz 1 genannten Leistungserbringer können die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung oder Dritte gegen Aufwandsersatz mit der Abrechnung von nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Rechtsverordnung nach Absatz 4 bestimmten Leistungen beauftragen. <sup>4</sup>Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität der Leistungserbringung erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst beauftragen können. <sup>5</sup>§ 295 Absatz 1b Satz 1, § 295a und § 301 Absatz 1 und 2 gelten für die jeweiligen in Satz 1 genannten Leistungserbringer entsprechend

(4) <sup>1</sup>Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die spezielle sektorengleiche Vergütung und die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu vereinbarenden Leistungen zu bestimmen, soweit eine Vereinbarung der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 oder eine Anpassung nach Absatz 2 Satz 2 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande gekommen ist. <sup>2</sup>Zur Vorbereitung einer Regelung nach Satz 1 sind die einzelnen in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien, der Bewertungsausschuss für die in § 87 Absatz 1 Satz 1 genannten ärztlichen Leistungen, der nach § 87 Absatz 5a Satz 1 ergänzte Bewertungsausschuss, das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten.

(5) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien evaluieren die Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen auf der Grundlage nicht personenbezogener Leistungsdaten in einem Abstand von jeweils 18 Monaten und legen dem Bundesministerium für Gesundheit, erstmals am 1. April 2024, einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.

[www.seufert-law.de](http://www.seufert-law.de)

12

## Zweite Stellungnahme der Reformkommission: Tagesbehandlung

### Eckpunktepapier des BMG v. 23.10.22:

Die Regierungskommission Krankenhaus hat am 27. September 2022 Empfehlungen zur Einführung einer neuen Behandlungsform „Tagesbehandlung“ veröffentlicht. Danach soll den Krankenhäusern gestattet werden, im Einvernehmen mit den Patientinnen und Patienten geeignete, bisher vollstationär erbrachte Behandlungen als sog. Tagesbehandlungen durchzuführen. Diese Behandlungen sollen „mit allen Mitteln des Krankenhauses durchgeführt“ werden, die Patientinnen und Patienten aber nicht über Nacht im Krankenhaus verbleiben. Die Tagesbehandlungen sollen bei mehr als sechsstündiger Behandlung als DRG abgerechnet werden, die um die nicht angefallenen „Hotelkosten“ pauschal gemindert werden. Die Tagesbehandlung setzt 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. **Mit dem Vorschlag verfolgt die Regierungskommission das Ziel, die Krankenhäuser kurzfristig zu entlasten, die Überlastungssituationen des Krankenhauspersonals zu verringern und das Personal von vermeidbaren Aufgaben zu entbinden, ohne Leistungen für Patientinnen und Patienten einzuschränken. Der Vorschlag soll dabei keine zusätzlichen Ausgaben im Gesundheitswesen verursachen, sondern möglichst Einsparungen erzielen.**



www.seufert-law.de

13

## § 115 e SGB V Tagesstationäre Behandlung

1) <sup>1</sup>Zugelassene Krankenhäuser können in medizinisch geeigneten Fällen, **wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, mit Einwilligung** der Patientin oder des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen. <sup>2</sup>Voraussetzung ist, dass die Behandlung einen **täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt** der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erfordert, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird. <sup>3</sup>Leistungen nach den §§ 115b, 115f und 121, Leistungen, die auf der Grundlage der §§ 116, 116a, 117, 118a, 119 oder sonstiger Ermächtigungen **ambulant** erbracht werden können, nach § 116b ambulant erbringbare Leistungen, eintägige Behandlungen **ohne Einweisung** und Behandlungen in der Notaufnahme eines Krankenhauses können nicht als tagesstationäre Behandlung erbracht werden. <sup>4</sup>Bei Versicherten, die einen Anspruch auf Leistungen nach § 37 haben, kann eine tagesstationäre Behandlung nicht erbracht werden. <sup>5</sup>Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die notwendigen Leistungen nach § 39 Absatz 1 Satz 3 bei Bedarf **jederzeit** zur Verfügung stehen.

(2) <sup>1</sup>Im Rahmen der tagesstationären Behandlung besteht ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus **kein Anspruch auf Fahrkosten** nach § 60; ausgenommen sind Rettungsfahrten zum Krankenhaus nach § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und Krankenfahrten, die nach § 60 Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 auch zu ambulanten Behandlungen übernahmefähig wären. <sup>2</sup>Das Krankenhaus ist verpflichtet, die Patientinnen und Patienten hierauf gesondert und in geeigneter Weise hinzuweisen.

(3) <sup>1</sup>Die Abrechnung der tagesstationären Behandlung erfolgt mit den auf der Grundlage des Krankenhausentgeltgesetzes abrechenbaren Entgelten für vollstationäre Krankenhausleistungen, die für alle Benutzerinnen und Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen sind. <sup>2</sup>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, wobei der Abzug einen Anteil von 30 Prozent der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt nicht überschreiten darf. <sup>3</sup>**Bei Erbringung einer tagesstationären Behandlung ist eine Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus durch den Medizinischen Dienst nach § 275c während des Krankenhausaufenthalts nicht zulässig.** <sup>4</sup>Näheres oder Abweichendes zur Berechnung der Entgelte und der Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen durch den Medizinischen Dienst vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bis zum 27. Juni 2023. <sup>5</sup>Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.

www.seufert-law.de

14

(4) <sup>1</sup>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum 28. Januar 2023 die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass die tägliche Behandlungsdauer dokumentiert wird. <sup>2</sup>Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.

(5) <sup>1</sup>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juli 2023 und zum 30. Juli 2024 jeweils einen gemeinsamen Bericht über das Ausmaß der tagesstationären Behandlung und ihre Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. <sup>2</sup>Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.

www.seufert-law.de

15

## Voraussetzungen der tagesstationären Behandlung

- ✓ Notwendigkeit (somatische) vollstationäre Behandlung: überprüfbar durch MD.
- ✓ Keine Notwendigkeit für Übernachtung: nicht überprüfbar durch MD.
  - >P: Kann der MD prüfen, ob tagesstationär ausgereicht hätte? Gesetzesbegründung (-) (BT-Drs. 20/4708, 99). Aber Wirtschaftlichkeitsgebot?
- ✓ Mindestbehandlungsdauer: 6 h (s. Dokumentationsvereinbarung vom 22.02.2023).
- ✓ Einweisung durch Vertragsarzt nur bei 1-Tages-Fall.
  - >P: Gibt es 1-Tages-Fälle überhaupt? Siehe § 1 Abs. 2 S. 1 Dokumentationsvereinbarung!
- ✓ Einwilligung: Beachte Anforderungen an Aufklärung!
- ✓ Sicherstellungspflicht auch nachts (siehe BT-Drs. 20/4708, 98).

www.seufert-law.de

16



## Problem: Vorrang der teilstationären Behandlung

- Ausgangspunkt: Vorrangprinzip in § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V.
- Wodurch unterscheidet sich aber die tages- von der teilstationären Behandlung?
  - Keine Unterscheidungsmerkmale sind fehlende Übernachtung, Notwendigkeit Krankenhaus-Infrastruktur und mehrtägige Behandlungsdauer.
  - Teilstationäre Behandlung als „aliud“ zur vollstationären Behandlung (so LSG Hamburg, Urt. v. 21.1.2021 – L 1 KR 106/19, Rn. 42, aufgehoben)? Fraglich, eigentlich nur bei PSY denkbar.
  - Damit bleiben als Unterschiede nur:
    - Tagesstationäre Behandlung setzt 6 h Mindestbehandlungsdauer voraus.
    - Teilstationäre Behandlung setzt Versorgungsauftrag voraus. Damit tagesstationäre Versorgung nur mgl., wenn keine teilstationäre Behandlung zulässig.

Vgl. zum Ganzen: *Deister, Gesundheitsrechtsblog Nr. 5, 2023.*

[www.seufert-law.de](http://www.seufert-law.de)

17

## Tagesstationäre Behandlung als „Gamechanger“?

Dagegen:

- MD-Risiko: Notwendigkeit stationärer Behandlung fraglich, wenn keine Übernachtung möglich.
- Vorrang teilstationärer Behandlung bei vorhandenem Versorgungsauftrag.
- Problem Einwilligung und Haftungsrisiko.
- Transportkosten stehen tagesstationärer Behandlung „auf dem Land“ entgegen.
- Fraglich, ob und wie Wahlleistungen abgerechnet werden können.

[www.seufert-law.de](http://www.seufert-law.de)

18

## Ergebnis: Verkomplizierung statt Revolution!

- Durch die Neuregelungen wird das bestehende System der Krankenhausbehandlung weiter verkompliziert.
- Das Nebeneinander von Behandlungsformen erschwert die Ambulantisierung mehr, als dass es sie befördert (siehe stark eingeschränkte Übernahme des IGES-Gutachtens).
- Gesundheitskioske, integrierte Gesundheitszentren und Level I i-Kliniken werden das System noch komplexer machen.
- Sinnvoll wäre: Weitere Ausdehnung des AOP-Katalogs und Verschmelzung teil- und tagesstationäre Behandlung in der Somatik!

[www.seufert-law.de](http://www.seufert-law.de)


19

## Kontakt:

**Prof. Dr. Thomas Vollmöller**

T: +49 89 29033-129

E: [vollmoeller@seufert-law.de](mailto:vollmoeller@seufert-law.de)

 @vollmoller

**SEUFERT RECHTSANWÄLTE**

Residenzstraße 12 | 80333 München

*Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!*

[www.seufert-law.de](http://www.seufert-law.de)

20