„Tagespauschalen“ aus juristischer und prozessualer Sicht

DGfM
Deutsche Gesellschaft
für Medizincontrolling e.V.

§ 115e Tagesstationäre Behandlung

Änderungsantrag 15

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPflEG)

BT-Drs. 20/3876

DGfM

§ 115e Abs. 1 Satz 1 SGB V

- 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** mit einer **täglich mindestens sechsstündigen ärztlichen oder pflegerischen Behandlung** ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen.
- Aus der Begründung:
  - Mit den Änderungen in den Sätzen 4 und 5 werden die **beiden Voraussetzung** der tagesstationären Behandlung geregelt: dies ist **einerseits eine täglich mindestens sechsstündige ärztliche oder pflegerische Behandlung** ohne Übernachtung im Krankenhaus, und **andererseits, dass die Behandlung hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung entspricht.**

DGfM

Stand Änderungsanträge 25.11.2022

> Grundlage für die Abrechnung einer Tagespauschale soll nun ein täglich **mindestens sechsstündiger Aufenthalt** der Patienten im Krankenhaus sein, währenddem „**überwiegend**“ ärztliche und pflegerische Behandlung zu erbringen ist.

Lauterbach weicht Pflicht zur sechsstündigen Behandlung auf

DRG-System / 29.11.2022

DGfM

Exklusiva

- Leistungen nach den §§ 115b (ambulantes Operieren) und 121 (belegärztliche Leistungen),
- 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.
- Bei Versicherten, die einen Anspruch auf Leistungen nach § 37 haben, kann eine tagesstationäre Behandlung nicht erbracht werden.

Das Kleingedruckte in der Gesetzesbegründung:

Um aufgrund der ohnehin bestehenden Vorrangsystematik in § 39 zu vermeiden, dass Leistungen, die **bisher** **ambulant im Krankenhaus erbracht werden und nach dem EBM vergütet werden können …**

DGfM

Das Kleingedruckte in der Gesetzesbegründung

Aufklärung

- Bei der Entscheidung darüber, ob im Einzelfall eine tagesstationäre Behandlung in Betracht kommt, hat das Krankenhaus zum einen medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. So wird für **große, komplexe oder risikoreiche Behandlungen** eine tagesstationäre Behandlung von vorneherein regelhaft nicht in Betracht kommen.

Haftung

- Zum anderen hat das Krankenhaus auch die soziale, insbesondere **häusliche Versorgungssituation** der Patientin oder des Patienten zu berücksichtigen.
  - Patientinnen oder Patienten, bei denen **die erforderliche häusliche Versorgung über Nacht nicht sichergestellt ist**, werden daher nicht tagesstationär behandelt werden können.
- Entscheidet sich das Krankenhaus **in medizinisch nicht geeigneten Fällen** für die Erbringung von tagesstationärer Behandlung, **haftet** es für hierdurch entstandene Schäden der Patientin oder des Patienten in gleicher Weise, **wie wenn** es die Behandlung ambulant oder teilstationär erbringt, obwohl **aus medizinischer Sicht eine vollstationäre Behandlung erforderlich** gewesen wäre.
- Da die tagesstationäre Behandlung anstelle einer vollstationären Behandlung erbracht werden kann, gelten hierfür **die gleichen Qualitätsanforderungen** wie für eine vollstationäre Behandlung.

DGfM

Dokumentationsanforderungen (I)

- **Akutstationäre Notwendigkeit**: medizinisch geeigneter Fall mit Indikation für eine stationäre Behandlung
  - Akutstationäre Behandlungsnotwendigkeit am „Wiederaufnahmetag“
- **Einwilligung der Patienten**
  - Risikoaufklärung
  - Fahrtkostenaufklärung
  - Sicherstellung häusliche Versorgung
- ***Erforderlichkeit einer mindestens sechsstündigen*** *ärztliche oder pflegerische* ***Behandlung (oder neu: überwiegend ärztliche und pflegerische Tätigkeit bei einem Aufenthalt von mindestens 6 Stunden)***
  - ***Unbestimmter Rechtsbegriff:*** *nur am Wiederaufnahmetag und/oder auch am „Übernachtungsentlasstag“*
- **Durchführung** überwiegend medizinischer oder pflegerischer Maßnahmen von mindestens **3 Stunden**
  - **Unbestimmter Rechtsbegriff:** *überwiegend* = Dauer insgesamt oder Addition aller Einzelmaßnahmen nach Dauer?
  - Cave: Kürzere ambulante Behandlungen werden nicht als Tagesbehandlung vergütet, sondern sind als ambulante Behandlung abzurechnen.
    - Abgrenzung zum EBM => Also Geltung nicht nur EBM-Ziffern des AOP-Kataloges, sondern des gesamten EBM?

DGfM

Dokumentationsanforderungen (II)

- **Vorrangprüfung**: Vorrang der ambulanten Behandlung in allen Fällen, in den der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) **Abrechnungsmöglichkeiten für die Behandlung von mehr als sechs Stunden vorsieht.**

- **Vorhaltenachweis**:
  - Vorhaltung von **Krankenhausstrukturen** und Nachweis der bestehenden **Möglichkeit der notfallmäßigen Behandlung** sowie bei ungünstigem Verlauf einer **unmittelbaren Umwandlung der tagesstationären Behandlung in eine Behandlung über Nacht**
  - Notwendigen Leistungen stehen bei Bedarf **jederzeit** zur Verfügung insbesondere, dass bei Komplikationen im Rahmen der tagesstationären Behandlung die erforderlichen **Ärztinnen und Ärzte, nichtärztlichen Fachkräfte und Bettenkapazitäten auch nachts** zur Verfügung stehen.
    - Tagesaktuelle Nachweispflicht (Dienstpläne, Verfügbarkeiten => vgl. StrOPS)?

DGfM

§ 115 e Abs. 2 SGB V

- 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. **Das Krankenhaus ist verpflichtet, die Patientinnen und Patienten hierauf gesondert und in geeigneter Weise hinzuweisen.**

DGfM

§ 115 e Abs. 3 SGB V - Abrechnung

- 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.
- 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.
  - Rechenvergleiche => Kurzlieger unterhalb der unteren Grenzverweildauer; AOP mit mehr als sechsstündiger Überwachung; DRG mit Liegedauer knapp über der unteren Grenzverweildauer abzüglich Übernachtungen…

Steigerung der Komplexität!

DGfM

§ 115 e Abs. 3 SGB V

- 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**.
- 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 … [einsetzen: 180. Tag nach Inkrafttreten gemäß Artikel 9 Absatz 1].
- 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.

Die Fehlbelegungsprüfung (akutstationäre Notwendigkeit) ist nicht ausgeschlossen worden => Erhöhung des Detaillierungsgrades der Dokumentationsanforderungen!

DGfM

§ 115 e Abs 4 SGB V - Dokumentationsvereinbarung

- Gesetzestext:
  - Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum … [einsetzen: 30. Tag nach Inkrafttreten] die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass für die tagesstationäre Behandlung die **Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit**, die **Diagnose**, die **tägliche Behandlungsdauer** und die **Inhalte der Behandlung** dokumentiert werden. 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**.

DGfM

Was bedeutet es für das Prozessmanagement? (I)

- „**Übernachtungsentlasstag**“
  - **Arzt-Patientengespräch**
    - Aufklärung: Medizinische Eignung, Einschränkungen (z.B. Treppensteigen) Risiken (Hygiene!), Sicherstellung der häuslichen Versorgung, Behandlungsplan Folgetag
    - Dokumentation
      - Sicherstellung häusliche Versorgung
      - Akutstationäre Behandlungsnotwendigkeit
      - Fahrtkosten
      - Einwilligung
      - Risikoaufklärung /Komplikationsmanagement
      - Aktueller Gesundheitszustand im Entlasszeitpunkt
      - Vorliegen der Strukturmerkmale analog StrOPS
  - **Administration**
    - Bettenmanagement
    - „Entlassdokumentation“
    - Wiederaufnahmeplanung
  - **Hygiene**
    - Betten- und Zimmerreinigung

DGfM

Was bedeutet es für das Prozessmanagement? (II)

- **Wiederaufnahmetag**
  - **Administration**
    - Wiederaufnahme des Patienten
    - Belegungsmanagement
    - Wiedereingliederung in den Stationsbetrieb entsprechend der Rechtsprechung des BSG
  - **Arzt-Patientengespräch**
    - Dokumentation aktueller Zustand des Patienten
    - Prüfung akutstationäre Notwendigkeit
    - Behandlungsplan
  - **Dokumentation**
    - Aufnahmezustand
    - Behandlungsplan
    - Inhalte der Behandlung
    - Behandlungsdauer
    - Entscheidung für/gegen ambulante Behandlungsmöglichkeit

Ziel

- Mit dem Vorschlag wird das Ziel verfolgt, 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. Gleichzeitig sollen keine zusätzlichen Ausgaben im Gesundheitswesen verursacht, sondern **Einsparungen** erzielt werden.

- Ziel erreichbar?
  - Hoher bürokratischer Aufwand
    - Begründungs- und Dokumentationsaufwand für alle am Prozess beteiligten Berufsgruppen steigt
  - Erhebliches Haftungsrisiko für Klinik
    - Cave: Häusliche Krankenpflege ist bei stationärer Einordnung nicht verordnungsfähig!
  - Verdichtung der Arbeitssituation für Pflegekräfte
    - Komplexe und pflegebedürftige Patienten verbleiben
  - Dienstplanung?
  - Qualitätssicherung
    - Nosokomiale Infektionen?
  - Streitpotential zwischen KH und KK steigt
    - Kriterien zu unbestimmt: Begriff der Behandlung? *Anwesenheit* von mehr als 6 h ausreichend? Erhöhung pflegerischer Aufwand? Fehlbelegungsprüfung?

DGfM

Ambulantisierung – Quo vadis?

Fakt ist, das Thema Ambulantisierung bleibt.

Fakt ist auch, dass gerade kleine Kliniken sich aktiv mit dem Thema auseinandersetzen müssen.

Aber wie?

Wenn es mal wieder um Ambulantisierung geht …

Problemstellung

- **Krankenhausdaten**
  - Intern verfügbar: Belegungsdaten, Fallportfolio, Prüfdaten des MD, Qualitätsdaten, Einweiserdaten
  - Extern: Statistisches Landesamt; Wettbewerbsumfeld, Benchmarkdaten, Marktanalyse

- **Daten der Kassenärztlichen Vereinigung?**
  - Händische Auswertung
  - Keine freie Verfügbarkeit von Angaben zur Altersstruktur, Behandlungsportfolio, Sicherstellungsangeboten

- **Hohe Dynamik der rechtlichen Rahmenbedingungen**
  - AOP-Katalog
  - „Tagesbehandlungen“
  - Sektorgleiche Vergütung

DGfM

Beispiel Groß-Gerau

> Eignung als Intersektorales Versorgungszentrum

Zielbild:
Regionales intersektorales Gesundheitszentrum

Stationäre Basisversorgung nach definierten Leistungsgruppen und Leistungsbereichen
Belegärztliche Versorgungsangebote

Kernleistung für regionale ambulante intersektorale Versorgung

- Regionale Versorgung mit Schwerpunkt auf allgemeinärztlichen und internistischen Behandlungen
- Stationsersetzende Leistungen (§ 115b SGB V)

Ambulantes Operationszentrum

Weitere Leistungserbringer nach dem Prinzip der kurzen Wege

- Physiotherapie
- Casemanagement / Hometreatment
- Hospiz /Palliativangebote
- Sozialberatung
- Präventionsangebote

Notfallpraxis/Notaufnahme in Abhängigkeit vom lokalen Versorgungsbedarf

Einzelhandel

- Patienten als Zielgruppe
  - Apotheke
  - Sanitätshaus
  - Reformhaus

Pflegerische Versorgungskonzepte in Abhängigkeit des regionalen Bedarfs

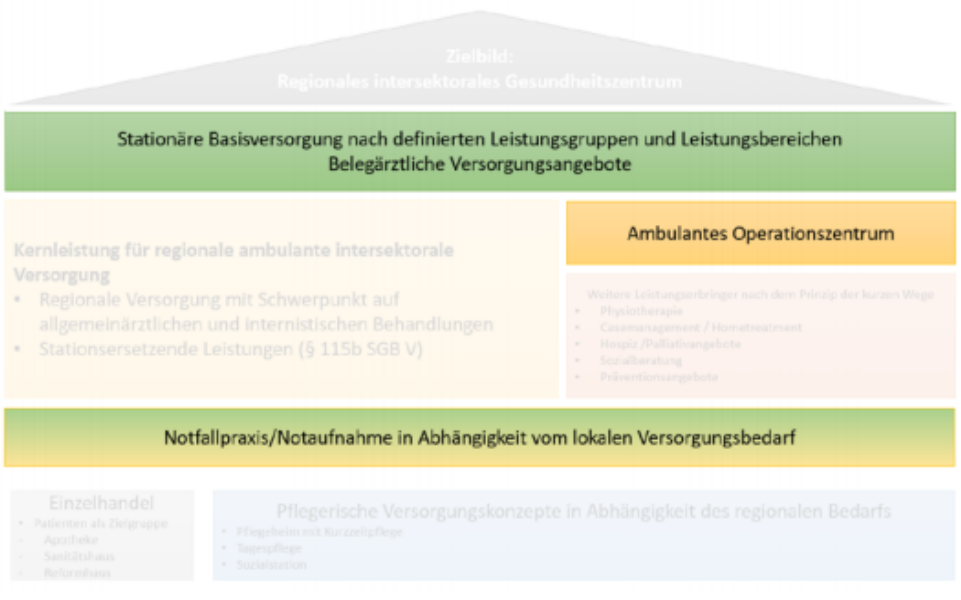
- Pflegeheim mit Kurzzeitpflege
- Tagespflege
- Sozialstation

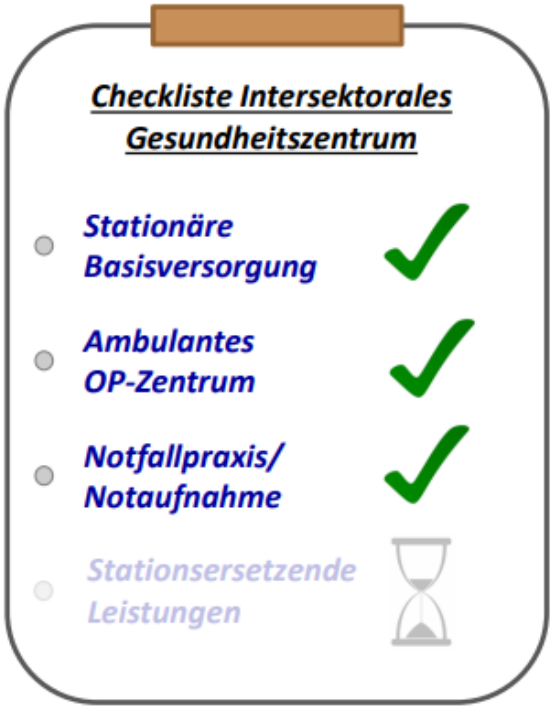
DGfM

Vorgehen

Fazit Teilschritt 1:
Modul „Krankenhaus 2020“

Kreisklinik Groß-Gerau
Nah und immer da.





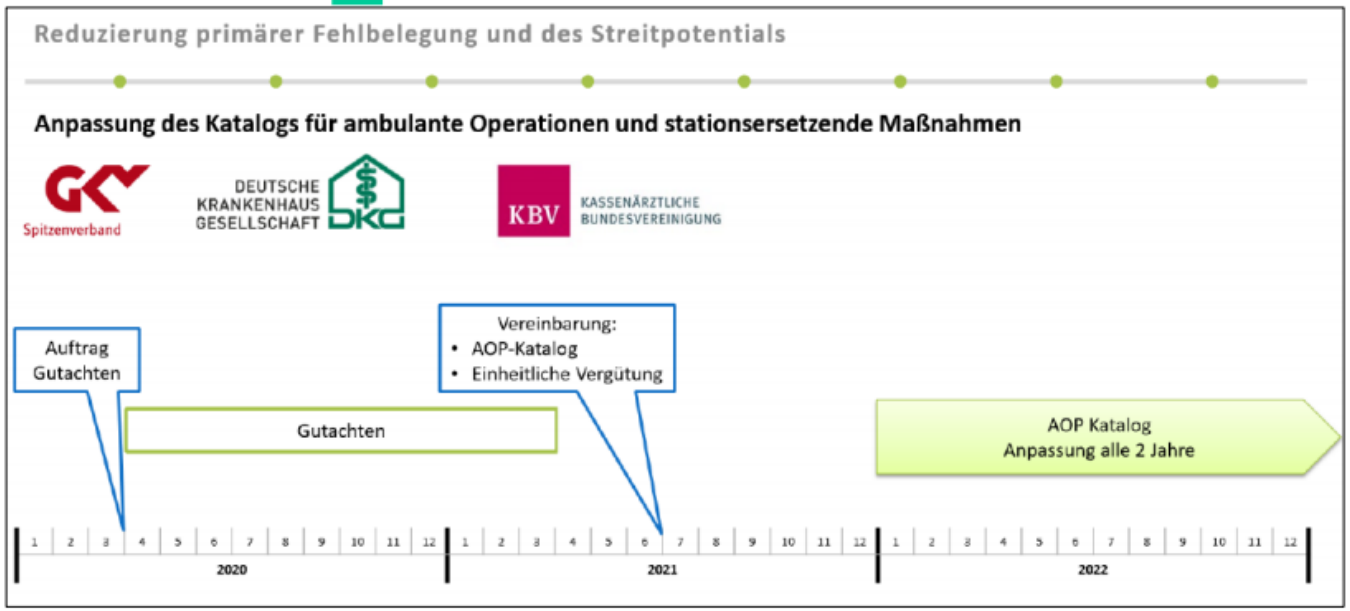
Der erste Teilschritt auf dem Weg zum intersektoralen Gesundheitszentrum wurde absolviert.

DGfM

Herausforderung: Stationsersetzende Leistungen

Teilschritt 2:
Modul „Stationsersetzende Leistungen“

Kreisklinik Groß-Gerau
Nah und immer da.

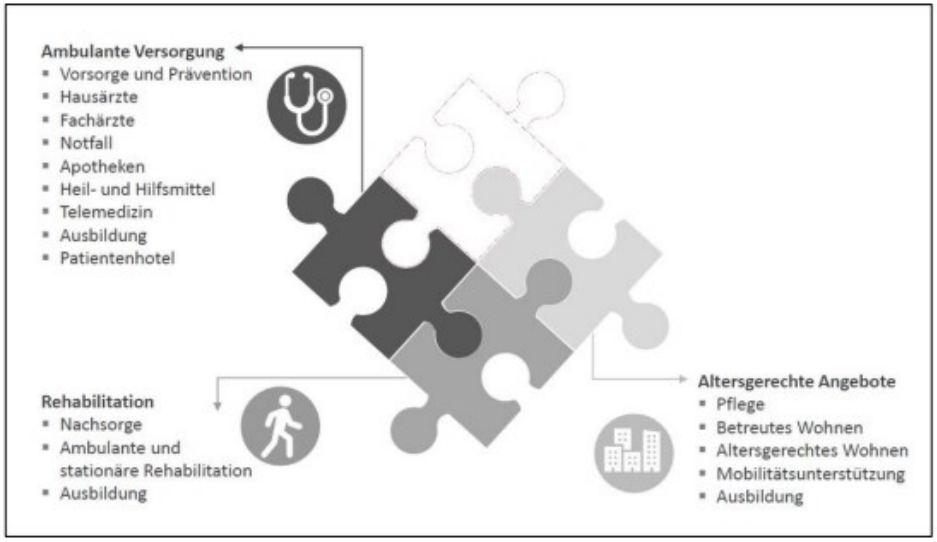


DGfM

Campusmodell

Teilschritt 3:
Verhandlungen mit Kooperationspartnern
für ein Campus-Modell

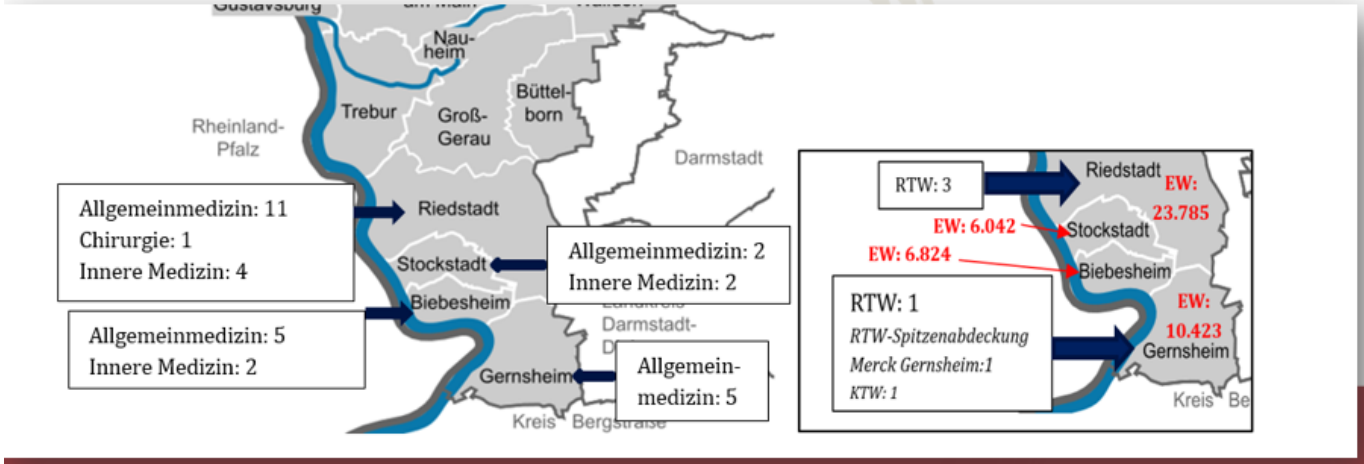
Kreisklinik Groß-Gerau
Nah und immer da.



DGfM

Händische Datenanalysen zur Versorgungssituation

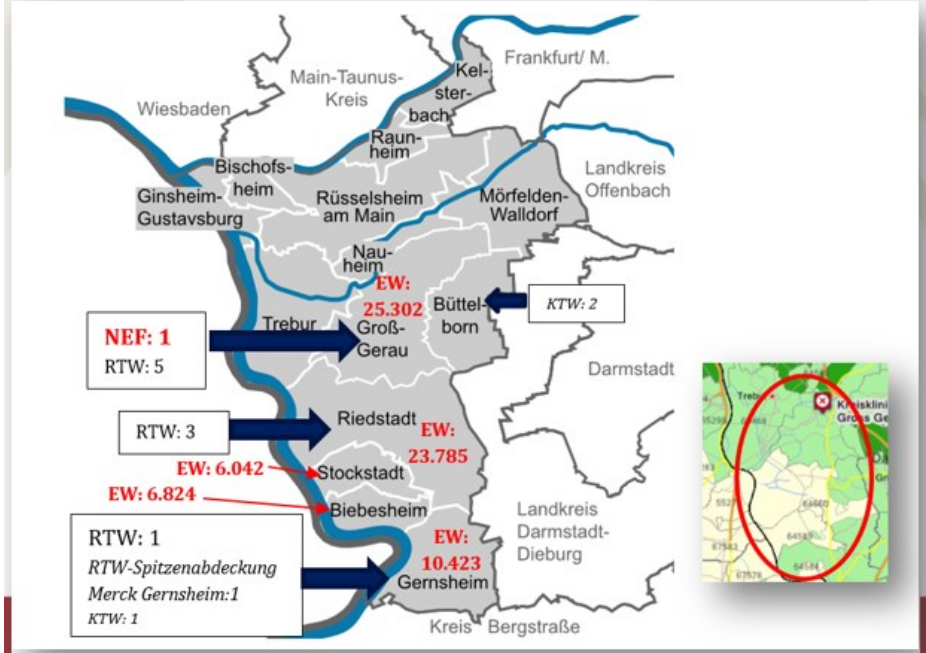
Verteilung niedergelassener Ärzte / Rettungsmittel im Einzugsgebiet – Versorgungsgrad 93,71%. Tendenz sinkend.



Kreisklinik Groß-Gerau

DGfM

Angaben zur Versorgungssituation mit Rettungsmitteln



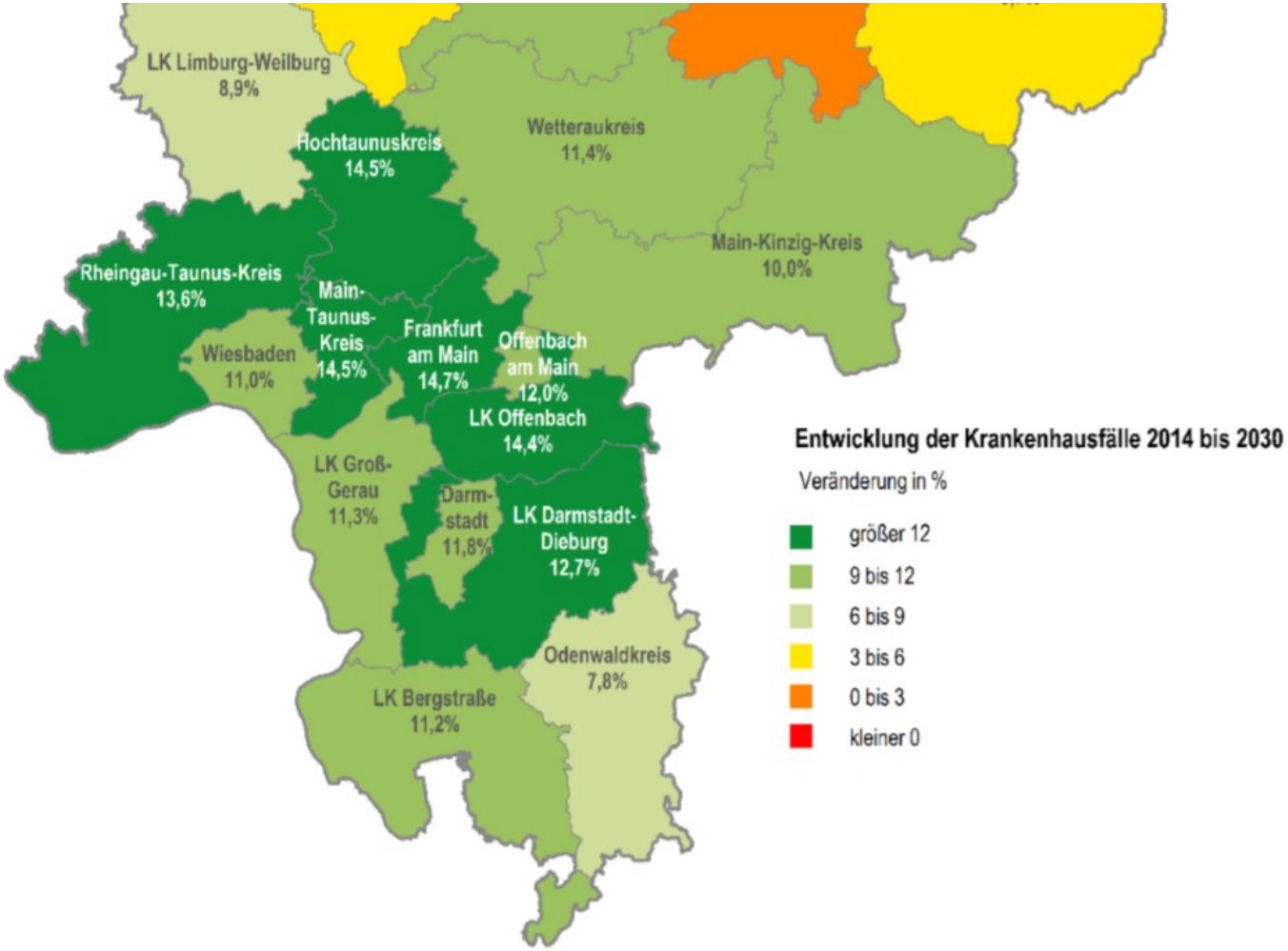
RTW: Rettungswagen
KTW: Krankentransportwagen
NEF: Notarzteinsatzfahrzeug

Verteilung bestehender Rettungsmittel hauptamtlicher Standorte im Haupteinzugsgebiet der Kreisklinik

Kreisklinik Groß-Gerau

DGfM

Einberechnung des Demographiefaktors



DGfM

Herausforderung

Dynamisierung der Daten

Vergleichsanalysen

Sektorübergreifende Planung

Potentialanalysen bei veränderter Gesetzeslage

DGfM

Wie kann man den Ambulantisierungsbedarf dynamischer berechnen?

DGfM