

Tagesstationäre Behandlung in Krankenhäusern nach § 115e SGB V Evaluationsbericht 2024

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

an das Bundesministerium für Gesundheit

03.07.2024



Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	3
2. Stand der Umsetzung im Jahr 2023	5
2.1 Inanspruchnahme der tagesstationären Behandlung	5
2.2 Umsetzung der tagesstationären Behandlung aus Sicht der Krankenhäuser	9
2.3 Finanzielle Auswirkungen	9
3. Fazit und Ausblick.....	10

1. Vorwort

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (KHPfLEG) vom 20.12.2022 wurde als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung die „Tagesstationäre Behandlung im Krankenhaus“ eingeführt. Infolgedessen können seit Januar 2023 nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser in medizinisch geeigneten Fällen und im Einvernehmen mit den zu behandelnden Personen anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen. Voraussetzung dafür ist, dass eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt und die Behandlung einen mindestens sechsstündigen Aufenthalt pro Tag im Krankenhaus erfordert, währenddessen überwiegend eine ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird.

Mit der Einführung der tagesstationären Behandlung als neue Behandlungsform werden die Empfehlungen und Vorschläge der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser umgesetzt. Das primäre Ziel dieser gesetzlichen Neuerung liegt insbesondere darin, die Überlastungssituationen des Krankenhauspersonals zu verringern und das Krankenhauspersonal von vermeidbaren Aufgaben zu entbinden, ohne gleichzeitig die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten einzuschränken. Gleichzeitig sollen laut der Gesetzesbegründung keine zusätzlichen Ausgaben im Gesundheitswesen verursacht, sondern Einsparungen erzielt werden.

Gemäß den Vorgaben nach § 115e Absatz 5 SGB V sind der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (im Folgenden: Vertragsparteien) beauftragt, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zwei Berichte über das Ausmaß der tagesstationären Behandlung und ihre Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vorzulegen.

Der erste gemeinsame Evaluationsbericht wurde zum 30.07.2023 durch die Vertragsparteien verfasst und dem BMG ordnungsgemäß vorgelegt. Im Bericht wurde überwiegend zum Stand der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags ausgeführt. Eine detaillierte Datenauswertung zur Inanspruchnahme sowie zu den weiteren Auswirkungen waren im Rahmen dieses ersten Berichts nicht möglich, da aufgrund der kurzen gesetzlichen Umsetzungsfrist zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch keine auswertbaren Daten vorlagen.

Der Evaluationsbericht 2024 fokussiert sich auf das erste Jahr der Inanspruchnahme der tagesstationären Behandlung und die Auswirkungen auf die Versorgung der zu behandelnden Personen. Der vorliegende Bericht ist in drei Teile gegliedert. Der erste Teil des Berichts beinhaltet eine deskriptive Statistik, die unter anderem aufzeigt, in welchem Ausmaß und bei welchen Diagnosen tagesstationäre Behandlungen durchgeführt werden sowie wie viele Tage die

Behandlung durchschnittlich andauert. Der zweite Teil befasst sich mit der Umsetzung der tagesstationären Behandlung aus Sicht der Krankenhäuser. Der dritte Teil des Berichts fokussiert sich auf die finanziellen Auswirkungen der tagesstationären Behandlung im Krankenhaus und leitet über in das Fazit und den weiteren Ausblick.

2. Stand der Umsetzung im Jahr 2023

2.1 Inanspruchnahme der tagesstationären Behandlung

Datenmeldungen und Datengrundlage

Zur Umsetzung der Berichtspflicht hat der GKV-Spitzenverband anhand einer vorgegebenen Datenerfassungsvorlage, die von den Krankenkassen zu übermittelnden Daten und die zu Grunde zu legenden Aufgreifkriterien für die Identifikation der tagesstationären Behandlungsfälle definiert. Es wurden alle gesetzlichen Krankenkassen als auch der PKV-Verband zur Datenübermittlung aufgefordert. Das Verfahren und der zeitliche Ablauf zur Datenlieferung wurden in Abstimmung mit den Krankenkassen geregelt.

Für den Bericht liegen Auswertungsdaten für das Jahr 2023 vor. Der Auswertungszeitraum umfasst den 28.01.2023 bis zum 31.12.2023. Zur Sicherstellung der Erfassung aller relevanten tagesstationären Behandlungsfälle auf Grundlage der über § 301 Absatz 3 SGB V erfassten Abrechnungen wurden für die Datenerhebung und -übermittlung folgende Aufgreifkriterien definiert:

- ETL-Segment mit 0006 Pseudo-Fachabteilung für Rückkehr in das Krankenhaus bei tagesstationärer Behandlung ODER
- ETL-Segment mit dem Entlassungs-/Verlegungsgrund 31 – Beginn eines externen Aufenthalts (tagesstationäre Behandlung) ODER
- Abrechnung eines tagesstationären Entgeltes (Entgeltschlüssel 47200047)

Bei der Datenabfrage wurden Alter, Geschlecht, DRG, Hauptdiagnose, Verweildauer, „ungeplante Rückkehr“ und Krankenhausstandort der durchgeführten tagesstationären Behandlungsfälle abgefragt. Die von den Krankenkassen gelieferten Daten wurden vom GKV-Spitzenverband hinsichtlich ihrer Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Im Ergebnis wurde festgestellt, dass die übermittelten Daten der Innungskrankenkassen, der SVLFG sowie der privaten Krankenkassen aufgrund fehlender Vollständigkeit für die weiteren Auswertungen nicht herangezogen werden können. Dementsprechend beziehen sich die folgenden Auswertungen auf ca. 90 % der GKV-Versicherten. Weiterhin ist davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt der Datenabfrage noch nicht alle tagesstationären Behandlungsfälle abgerechnet wurden.

Datenauswertungen zur Inanspruchnahme

Im Jahr 2023 wurden bislang insgesamt 775 Fälle mit tagesstationärer Behandlung laut den zugrunde liegenden Daten abgerechnet. Bei der Inanspruchnahme lässt sich keine klare Tendenz hinsichtlich der Verteilung der Geschlechter erkennen (vgl. Tabelle 1). Bei der Altersverteilung zeigt sich mit 12 % ein geringer Anteil bei der Inanspruchnahme von Personen unter 18 Jahren. Der Hauptanteil mit knapp drei Viertel aller Fälle liegt in der Altersgruppe der 18- bis 80-jährigen zu behandelnden Personen.

Tabelle 1: Inanspruchnahme der tagesstationären Behandlung nach Geschlecht und Alter

Inanspruchnahme	Anzahl Fälle	Anzahl in Prozent (%)
nach Geschlecht		
weiblich	411	53
männlich	364	47
divers	0	0
nach Alter		
unter 18 Jahre	94	12
18 bis unter 60 Jahre	321	41
60 bis unter 80 Jahre	266	34
80 Jahre und älter	94	12

Quelle: GKV-Spitzenverband (Meldestand: 31.05.2024).

Tabelle 2 zeigt die zehn häufigsten Diagnosen, für die die tagesstationäre Behandlung in den Krankenhäusern als Behandlungsform abgerechnet wurden. Zu den Top 3 der Hauptdiagnosen zählen dabei Rückenschmerzen, Vorhofflimmern und Vorhofflattern sowie somatoforme Störungen. Hierbei ist auffällig, dass fast alle Rückenschmerz-Patientinnen und -Patienten an zwei Krankenhausstandorten behandelt wurden. Des Weiteren sind in der Aufzählung auch die Diagnose Multiple Sklerose sowie Magen-Darmerkrankungen erkennbar.

Tabelle 2: Die zehn häufigsten Diagnosen nach ICD-Dreisteller im Überblick

ICD	Bezeichnung ICD	Fallzahl
M54	Rückenschmerzen	81
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	73
F45	Somatoforme Störungen	29
G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	24
K29	Gastritis und Duodenitis	23
T86	Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben	19
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	16
R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	12
G62	Sonstige Polyneuropathien	10
K58	Reizdarmsyndrom	10

Quelle: GKV-Spitzenverband (Meldestand: 31.05.2024).

Die zehn häufigsten DRG-Fallpauschalen, die im Rahmen der tagesstationären Behandlung abgerechnet wurden, sind in Tabelle 3 dargestellt. Im Vergleich zu den Hauptdiagnosen aus Tabelle 2 ergeben sich keine Auffälligkeiten. Die abgerechneten DRGs stehen im Einklang zu den angegebenen Hauptdiagnosen. In Bezug auf die DRG-Partition zeigen die Auswertungen, dass gut 75 % der abgerechneten Fälle einer medizinischen Fallpauschale und ca. 10 % der Fälle einer operativen Fallpauschale zu Grunde liegen.

Tabelle 3: Die zehn häufigsten DRG-Fallpauschalen im Überblick

DRG	Bezeichnung DRG	Fallzahl
I68F	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel	75
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung	66
	ohne Angabe bzw. ohne Abrechnung einer DRG	60
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC	43
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose	24
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	22
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung	21
A61C	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre	18
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC	14
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus	13

Quelle: GKV-Spitzenverband (Meldestand: 31.05.2024).

Die neue Behandlungsform wurde im Jahr 2023 bundesweit eingeführt. Abbildung 1 zeigt die Verteilung der abgerechneten Fälle nach Krankenhausstandorten und Bundesländern. Der Farbverlauf von blau nach rot zeigt die Häufigkeit der Fälle. Das bedeutet: Je dunkler die dargestellte Farbe ist, desto mehr Patienten wurden am jeweiligen Krankenhausstandort behandelt. Auffällig ist, dass knapp 50 % aller Fälle an lediglich fünf Krankenhausstandorten erbracht worden sind. 50 Krankenhäuser bzw. einzelne Standorte haben maximal fünf tagesstationäre Behandlungen im beobachteten Zeitraum abgerechnet.

Abbildung 1: Inanspruchnahme nach Bundesländern



Quelle: GKV-Spitzenverband (Meldestand: 31.05.2024).

Darüber hinaus zeigen die Daten, dass knapp 50 % der Fälle eine Verweildauer von einem Tag und 65 % aller Fälle eine Verweildauer von maximal zwei Tagen aufweisen. Insgesamt waren ca. 20 % der betroffenen Patientinnen und Patienten mehr als fünf Tage in Behandlung. Wenige Patientinnen und Patienten haben die tagesstationäre Behandlung vorzeitig¹ beendet: lediglich sieben zu behandelnde Personen sind aufgrund eines medizinischen Behandlungsbedarfs und 13 Personen aufgrund eines Notfalls vorzeitig in das Krankenhaus zurückgekehrt.

2.2 Umsetzung der tagesstationären Behandlung aus Sicht der Krankenhäuser

Die Vertragsparteien haben das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) damit beauftragt, eine Befragung von Stichprobenkrankenhäusern durchzuführen, um Anhaltspunkte für die Umsetzung der tagesstationären Behandlung aus Sicht der Krankenhäuser zu erhalten. Gegenstand der Befragung war unter anderem, inwieweit die Stichprobenkrankenhäuser tagesstationäre Behandlungen durchführen, worin aus Sicht der Krankenhäuser die maßgeblichen Hindernisse für die Umsetzung der tagesstationären Behandlung bestehen, wie viel Prozent der zu behandelnden Personen, denen eine tagesstationäre Behandlung angeboten wurde, diese abgelehnt haben, und inwieweit eine Entlastung des Krankenhauspersonals durch die tagesstationäre Behandlung zu verzeichnen ist. Die Ergebnisse der Befragung sind der als **Anlage** beigefügten Auswertung des DKI zu entnehmen.

2.3 Finanzielle Auswirkungen

Anhand der vorliegenden Daten zur tagesstationären Behandlung im Jahr 2023 können keine Auswertungen zu den finanziellen Auswirkungen vorgenommen werden. Aufgrund der bisher nur geringen Inanspruchnahme dieser neuen Behandlungsform ist davon auszugehen, dass sich die finanziellen Einsparungen für die Krankenkassen im geringen Bereich bewegen.

¹ Eine „vorzeitige Rückkehr“ liegt laut Dokumentationsvereinbarung dann vor, wenn der Patient oder die Patientin ungeplant vor 6:00 Uhr des Folgetages in das Krankenhaus zurückkehrt (vgl. § 2 der Vereinbarung über eine Dokumentation zur tagesstationären Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115e Absatz 4 SGB V vom 22.02.2023).

3. Fazit und Ausblick

Mit der zum 01.01.2023 eingeführten „tagesstationären Behandlung“, bei der die Patientin oder der Patient auf eigenen Wunsch das Krankenhaus über Nacht verlässt, um am Folgetag die Behandlung fortzuführen, wurde eine neue Behandlungsform in das SGB V aufgenommen. Unmittelbar nach Inkrafttreten der gesetzlichen Neuerung in § 115e SGB V wurden die Verhandlungen zwischen den Vertragsparteien aufgenommen, um die Dokumentationsanforderungen und Rahmenbedingungen der tagesstationären Behandlung festzulegen. Aufgrund der zügigen Umsetzung war eine technische Operationalisierung und damit einhergehend die Möglichkeit zur verbindlichen Abrechnung bereits zum 01.08.2023 möglich.

Dieser zeitliche Versatz in der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags ist auch in der zugrundeliegenden Datenauswertung erkennbar. Trotz der Möglichkeit zur rückwirkenden Abrechnung von Patientenaufnahmen ab dem 28.01.2023 wird erst ab der zweiten Jahreshälfte eine monatliche Fallzahl von gut 100 zu behandelnden Personen erreicht.

Insgesamt konnten die Daten von 775 abgerechneten Fällen für das Jahr 2023 in der Auswertung berücksichtigt werden. Diese bisher sehr geringe Inanspruchnahme der tagesstationären Behandlung ermöglicht zwar eine deskriptive Darstellung (vgl. Kapitel 2.1.), eine tiefergehende Analyse oder Interpretation der obigen Ergebnisse kann jedoch an dieser Stelle nicht vorgenommen werden. Diese wäre nur spekulativ durchzuführen. Gleiches gilt auch für die gesetzlich geforderte Auswertung zu den Auswirkungen dieser neuen Behandlungsform auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Auffällig ist, dass die tagesstationäre Behandlung bislang an 74 Krankenhausstandorten eingeführt worden ist. Jedoch hat die Mehrheit der Krankenhäuser nur im einstelligen Bereich Fälle abgerechnet. Auch im Bereich der Hauptdiagnosen zeigt sich kein einheitliches Bild beziehungsweise ist nicht erkennbar, dass die tagesstationäre Behandlung für ein bestimmtes Krankheitsbild ein favorisiertes Behandlungskonzept darstellt.

Auch die Befragung der Krankenhäuser hat ergeben, dass die tagesstationäre Behandlung bisher nur in geringem Maße umgesetzt wird und momentan noch wenige Entlastungseffekte feststellbar sind. Krankenhausseitig sind unter anderem der hohe bürokratische und Dokumentationsaufwand und mögliche Haftungsrisiken Hindernisse für die Umsetzung der tagesstationären Behandlung. Auf Seiten der zu behandelnden Personen sind beispielsweise ein zu hoher Organisationsaufwand sowie eine unzureichende häusliche Versorgungssituation maßgebliche Umsetzungshindernisse für die tagesstationäre Behandlung.

Die bisherigen Auswertungen der Krankenkassendaten sowie die Ergebnisse der Krankenhausbefragung zeigen, dass die neue Behandlungsform bisher nur sehr zögerlich und nur für ausgewählte Erkrankungen in Anspruch genommen wird. Auf Seiten der Leistungserbringer

bringt die neue Behandlungsform durch die zusätzlichen Dokumentations- und Organisationsabläufe steigenden (Zeit-)Aufwand mit sich. Zudem müssen Betten und das Personal im Falle einer ungeplanten Rückkehr weiterhin vorgehalten werden. Dies stellt das mit der Behandlungsform in Verbindung stehende Ziel, die personalbedingten Belastungen zu reduzieren, doch merklich in Frage. Auch aus Sicht der Krankenkassen lassen sich mit Blick auf die behandelten Personen keine spürbaren Vorteile erkennen.

Um ein klareres Bild zur Inanspruchnahme und weiteren Entwicklung der tagesstationären Behandlung als alternative Behandlungsform zur vollstationären Versorgung zu bekommen, wäre es daher sinnvoll, nach einem Ablauf von zwei Jahren eine erneute Evaluation durchzuführen. Erst nach einer längeren Laufzeit wird erkennbar sein, ob das Ziel dieser neuen Behandlungsform, unter anderem die Überlastungssituationen des Krankenhauspersonals zu verringern und das Krankenhauspersonal von vermeidbaren Aufgaben zu entbinden, tatsächlich erreicht werden kann oder ob hierfür andere Maßnahmen besser geeignet sind.