



Universität Hamburg  
DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG

**DR. SÖREN DEISTER**

---

# **DIE TAGESSTATIONÄRE BEHANDLUNG**

## Worum geht es?

- Zum 1.1.2023 eingeführte neue Form der Krankenhausbehandlung, §§ 39 Abs. 1 S. 1, 5; 115e SGB V
- Geht zurück auf die 2. Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung
- Ziel: Kurzfristige Entlastung der Krankenhäuser und des Personals durch Einführung einer (vollwertigen) Krankenhausbehandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus
- Gefahr: „Ent-Ambulantisierung“
- Zentral: Die Behandlung tritt an die Stelle einer (erforderlichen) vollstationären Behandlung, nicht einer ambulanten oder teilstationären Behandlung
- Hoffnung der Regierungskommission: Soll bis zu 25 % aller Behandlungen erfassen – „Gamechanger“

# Gegenstand des Vortrags

- I. Voraussetzungen und Probleme der tagesstationären Behandlung
- II. Einordnung in das System der Krankenhausbehandlungsformen im SGB V

## Leitfragen:

- Voraussichtliche rechtliche Probleme?
- Sinnvolle Integration in SGB V System möglich?
- „Rohrkrepieler“ oder Gamechanger?



# I. Voraussetzungen und Probleme der tagesstationären Behandlung

# Rechtliche Grundlagen

- §§ 39 Abs. 1 SGB V, 115e SGB V
- Dokumentationsvereinbarung Tagesstationäre Behandlung auf Grundlage von § 115e Abs. 4 SGB V vom 22.2.2023
- Abrechnungsvereinbarung Tagesstationäre Behandlung auf Grundlage von § 115e Abs. 3 S. 4 SGB V vom 5.6.2023 (gültig ab 28.1.2023)
- Struktur der Norm und zum Teil auch Voraussetzungen orientiert an stationsäquivalenter Behandlung aus § 115d SGB V

## Voraussetzungen im Überblick (§ 115e Abs. 1 SGB V)

1. Stationäre somatische Indikation
2. Medizinisch geeigneter Fall
3. Einwilligung der Patientin/des Patienten
4. Täglich mindestens sechstündiger Aufenthalt im Krankenhaus „währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird“
5. Vorhalt notwendiger Kapazitäten für vollstationäre Behandlung (Abs. 1 S. 5)
6. Keine vom Anwendungsbereich ausgeschlossene Leistung (insbes. alle Formen ambulanter Leistungserbringung)

## Medizinisch geeigneter Fall

- Abgrenzung zu Fällen, die weiterhin mit Übernachtung (vollstationär) erbracht werden müssen
- Entscheidung obliegt „behandelnden Ärztinnen und Ärzten (BT-Drs. 20/4708, 98)
- Aber wohl gerichtlich vollständig überprüfbarer unbestimmter Rechtsbegriff wie bei Erforderlichkeitsprüfung?
- Orientiert an medizinischer Komplexität und Risiko aber auch sozialer Versorgungssituation der behandelten Person (BT-Drs. 20/4708, 97 f.) → Paradigmenwechsel?
- Rechtlich letztlich gut handelbar, aber Haftungsrisiko für Krankenhaus bei Fehleinschätzung sozialer Versorgungssituation

# Mindestbehandlungsumfang

- § 115e Abs. 1 S. 2 SGB V: „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“
- Hier umfangreiche Streitigkeiten wahrscheinlich
- „Überwiegend“ = 50 % plus X? Ist das sachfremd?
- Droht „Minutenzählen“ der Behandlungsleistung?
- Dokumentationsvereinbarung sieht dies (zu Recht) nicht vor: Dauer der Behandlung je Behandlungstag muss sich aus Dokumentation „nachvollziehbar ableiten“ lassen, § 3 Abs. 1 S. 3 DokVereinbarung
- Ebenso tendenziell großzügige Definition dessen, was als tagesstationäre Behandlung zählt in § 1 Abs. 3 DokVereinbarung



# Ausgeschlossene Leistungen (§ 115e Abs. 1 S. 3)

## 1) Ambulante Leistungen

- Grundsatz ambulant vor stationär gilt unverändert
- Explizit ausgeschlossen werden:
  - „Leistungen nach §§ 115b, 115f und 121“
  - „Ambulante erbringbare“ Ermächtigungsleistungen nach §§ 116, 116a, 117, 118a 119 SGB V
  - Nach § 116b ambulant erbringbare Leistungen
- Unterschied zwischen den Formulierungen im Gesetzeswortlaut auch rechtlich relevant? Einerseits umfassender Katalogausschluss/andererseits letztlich nur Klarstellung?
- In Theorie einfach; in Praxis wohl schwierig

# Ausgeschlossene Leistungen (§ 115e Abs. 1 S. 3)

## 2) Eintägige Behandlungen

- Gesetz: Ausschluss von „eintägigen Behandlungen ohne Einweisung“ (§ 115e Abs. 1 S. 3 SGB V)
- Aber Verschärfung durch § 1 Abs. 2 S. 1 Dok. Vereinbarung: Zwischen Aufnahme- und Entlasstag muss mindestens eine Übernachtung außerhalb des Krankenhauses erfolgen = danach sind alle eintägigen Behandlungen ausgeschlossen
- Durften die Vertragspartner das?
- § 115e Abs. 4 SGB V: „vereinbaren die Anforderungen an die Dokumentation“
- Abweichung von gesetzlichen Voraussetzungen hier nicht vorgesehen → m.E. eindeutig nichtige Vereinbarung

# Ausgeschlossene Leistungen (§ 115e Abs. 1 S. 3)

## 3) Behandlungen in Tageskliniken

- Weitere nicht im Gesetz enthaltene Vorgabe der Dok. Vereinbarung, § 1 Abs. 1 S. 2: Behandlungen in Tageskliniken können keine tagesstationäre Behandlung sein
- Möglicherweise hier nur Klarstellung des gesetzlich ohnehin bestehenden Vorrangs der teilstationären Behandlung aus § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V
- Andererseits: Genereller Ausschluss der tagesstationären Behandlung für Tageskliniken könnte gesetzliche Ermächtigung erfordern
- Unabhängig davon wäre eine solche Regelung zur Abgrenzung in der Sache sinnvoll

## 4) „Behandlungen in der Notaufnahme eines Krankenhauses“

- Ergibt sich unmittelbar aus § 115e Abs. 1 S. 3 SGB V

## 5) Bei Anspruch nach § 37 SGB V

# Rechtsfolge

- Bei Vorliegen der Voraussetzungen „können“ Krankenhäuser „anstelle“ einer vollstationären Behandlung tagesstationäre Behandlung erbringen
- Es besteht also Wahlmöglichkeit des KH → Keine Pflicht zur tagesstationären Behandlung und kein Wahlrecht der Versicherten
- So jedenfalls auch das Verständnis des insoweit inhaltsgleich konstruierten § 115d SGB V (stationsäquivalente Behandlung)
- Dies entspricht auch dem gesetzlichen Regelungszweck der Entlastung von Krankenhäusern/Krankenhauspersonal

## Abrechnung und Rechnungskontrolle - § 115e Abs. 3

- Vergütung erfolgt über DRGs im Grundsatz wie vollstationär
- Abzug von „0,04 Bewertungsrelationen“ je Nacht außerhalb des Krankenhauses (durchschnittlich ca. 160 € pro Nacht)
- Maximaler Abzug von 30 % der Entgelte für Gesamtaufenthalt
- Wichtig: MD darf nicht die Notwendigkeit einer Übernachtung im Krankenhaus prüfen, § 115e Abs. 3 S. 3 SGB V → Weder, ob es legitim war auf Übernachtung zu verzichten, noch, ob Übernachtung hätte erfolgen müssen (so eindeutig BT-Drs. 20/4708, S. 99)
- Im Übrigen bleibt MD-Kontrolle unberührt = insbesondere hinsichtlich möglicher ambulanter Leistungserbringung
- Bezüglich Rechnungsprüfung und Entgeltberechnung besteht Kompetenz „Näheres oder Abweichendes“ zu vereinbaren (Abs. S. 4)
- Vereinbarung wurde im Kern Wiederholung des Gesetzes

## Freie Fahrt für Freie Bürger? Die Fahrtkosten

- Nach § 115e Abs. 2 SGB V grundsätzlich keine Übernahme von Fahrtkosten
- Folge: Umsetzbarkeit außerhalb von Ballungsräumen fraglich, soziale Selektivität
- Ausnahmen für Rettungsfahren und solche Fahrten, die auch zu ambulanter Behandlung nach § 60 Abs. 1 S. 3 SGB V iVm G-BA Krankentransport-RL übernahmefähig wären
- Hochfrequente Behandlungen über längeren Zeitraum (z.B. Dialyse, onk. Strahlentherapie) sowie Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“
- Krankenhaus kann Fahrt selbst verordnen, § 115e Abs. 2 S. 3 SGB V

## Zusammenfassung

- Rechtlich echte stationäre Behandlung, lediglich ohne Übernachtung im Krankenhaus → Keine Ambulantisierung, sondern Modifikation vollstationärer Behandlung
- Krankenhaus „kann“ bei Vorliegen der Voraussetzungen tagesstationär behandeln, muss es aber nicht → Dementsprechend auch keine MD Prüfung zur Notwendigkeit einer Übernachtung
- Streit anfällig werden vermutlich Abgrenzung zu ambulanten Behandlungsformen und die Bestimmung der Mindestbehandlungsdauer sein
- Dok. Vereinbarung ist nichtig, soweit sie Voraussetzungen entgegen Gesetz vorsieht
- Stärkere Bedeutung des „subjektiven Faktors“ → Einwilligung, häusliche Situation
- Faktisch wird ein Teil der vorherigen Behandlungsleistung in die private Sphäre verschoben



## II. Einfügung in das System der Krankenhausbehandlungsformen des SGB V



## Formen der Krankenhausbehandlung in § 39 SGB V

- § 39 Abs. 1 SGB V: Aus ursprünglich 2 sind inzwischen 6-7 verschiedene Formen der Krankenhausbehandlung geworden
- Vollstationäre, stationsäquivalente, tagesstationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre sowie ambulante
- Im Kern Ausdruck der Entwicklungstendenz, Krankenhäuser zunehmend ambulantes Behandeln zu ermöglichen
- Unterscheidung ist von erheblicher Relevanz:
  - Vorrang-Nachrang-Verhältnis (für Anspruch/Abrechnung)
  - Zuordnung zu Vergütungsregime und §§ 135/137c SGB V

# Vorrang-Nachrang-Verhältnis im § 39 SGB V

## Vereinfachte Darstellung (im Detail umstritten)

Stufe 1: Vollstationäre Behandlungsformen und Äquivalente

Nachrangig ggü:

Stufe 2: Teilstationäre Behandlung

Nachrangig ggü:

Stufe 3: Vor- und nachstationärer Behandlung

Nachrangig ggü (strittig):

Stufe 4: Ambulanter KH-Behandlung und vertragsärztliche Behandlung, besondere Versorgungsbereiche wie § 116b, § 140a SGB V

Wichtig für folgende Überlegungen:

Tagesstationäre Behandlung jedenfalls nachrangig gegenüber allen anderen Behandlungsformen, auch teilstationärer (§ 39 I 2 SGB V)

# Definitionsansätze der Behandlungsformen

- Im Folgenden im Fokus:  
ambulant/teilstationär/vollstationär
- Keine gesetzliche oder untergesetzliche Definition:
  - Ermächtigung des BMG aus § 16 Nr. 2 KHG bislang nicht genutzt
  - § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V ist nie umgesetzt worden
  - KE-RL des G-BA hat nur begrenzte Bedeutung und wiederholt im Kern Rechtsprechung
  - Abgrenzung erfolgte durch Rechtsprechung

# Allgemeine Abgrenzungskriterien

- Grundlegende Abgrenzung  
**stationär (Bett) vs ambulant (kein Bett):**
  - Stationäre Behandlung wird durch Rückgriff auf besondere Mittel eines Krankenhauses (Apparatur, Personal; vgl. § 107 Abs. 1 Nr. 2, 3 SGB V) charakterisiert; Abgrenzung anhand Intensität der Behandlung in sachlicher (Apparatur, Personal) und zeitlicher Hinsicht
- **Vollstationär** (nach BSG):
  - Setzt jedenfalls Aufnahme = „organisatorische Eingliederung des Patienten in spezifisches Versorgungssystem des KH voraus“ (B 1 KR 11/20 R, „Schockraum“)
  - Primäres (einfaches) Abgrenzungskriterium nach wie vor zeitlich:  
Jedenfalls (+), wenn nach Behandlungsplan „mindestens **einen Tag und eine Nacht** ununterbrochen im Krankenhaus versorgt werden soll“ (B 1 KR 11/20 R, „Schockraum“)

## Abgrenzung zur teilstationären Behandlung

- Nach BSG ist **teilstationäre Behandlung** eine bloß zeitlich begrenzte „wesensgleiche Teilleistung“ zur vollstationären Behandlung
- Genau dies ist aber auch die tagesstationäre Behandlung
- Es muss eine Abgrenzung möglich sein, denn die teilstationäre Behandlung ist vorrangig → Wenn die Behandlungsleistungen identisch sind, dürfte tagesstationäre Behandlung rechtlich nie erbracht werden
- Ausschluss der Tageskliniken von tagesstationärer Versorgung in Dok.Vereinbarung löst das Problem nur zum Teil → Tagesstationärer Behandlung könnte trotzdem fehlende Erforderlichkeit vorgeworfen werden
- Abgrenzung psychiatrisch/somatisch löst das Problem nicht

# Abgrenzung zur teilstationären Behandlung

## Möglichkeit a. (LSG HH):

- Teilstationäre Behandlung ist „aluid“ und nicht wesensgleiche Teilleistung zu vollstationärer Behandlung
- Setzt eigenen spezifischen Behandlungsplan voraus, der von vollstationärem abweicht (z.B. bestimmtes Setting)

## Möglichkeit b. (A. Hauser, DKG):

- Bei teilstationärer Behandlung ist von vornherein nach Behandlungsplan (aus medizinischen Gründen) nur Tages- oder Nachtbehandlung vorgesehen
- Bei tagesstationärer Behandlung ist eigentlich vollstationäre Behandlung erforderlich und auch geschuldet, von dieser kann nur aufgrund Einwilligung im Einzelfall (auch später) abgewichen werden

# Abgrenzung zur teilstationären Behandlung

## Möglichkeit c. de lege ferenda

- Untergesetzliche Festlegung der teilstationären Behandlung auf Katalog von Leistungen o. bestimmte Leistungsgruppen, die in Tages- oder Nachtkliniken zu erbringen sind → Einfache Abgrenzung → Durch G-BA oder BMG
- Alle anderen stationären Behandlungen ohne Übernachtung sind tagesstationär

# Abgrenzung zur ambulanten Behandlung

- Ändert sich im Grundsatz nicht
- Allerdings: „1 Tag und 1 Nacht Kriterium“ kann bei tagesstationärer Behandlung nicht mehr zur einfachen Abgrenzung herangezogen werden
- Vermutlich im Einzelfall praktisch schwierigere Abgrenzung
- Kriterium war aber ohnehin auch vorher schon nicht streng schematisch anwendbar (vgl. z.B. LSG HH, Urt. v. 19.12.2009 – L 1 KR 62/18, Wendung bei Beckenendlage Fötus).



# Fazit: „Rohrkrepierer“ oder „Gamechanger“?

## Vorteil aus Sicht von Krankenhäusern/Patient:innen

- Rein freiwilligkeitsbasiert
- Medizinisch nicht zwingend notwendige Übernachtung entfällt
- Finanziell der Intention nach nicht unattraktiv (Realität?)
- Wahrscheinlich bei großen Häusern in Ballungsgebieten für Patient:innen und Häuser gut umsetzbar

## Probleme und Hindernisse

- Schwierige Abgrenzung zu vorrangigen Leistungen = was kommt überhaupt noch in Betracht?
- Komplikationsrisiko
- Streit anfälligkeit der „3h-Behandlungs-Regel“
- Zusätzlicher Aufwand und zusätzliche Haftungsrisiken für Krankenhäuser wegen Bedeutung der häuslichen Versorgungssituation
- Soziale Selektivität und partielle Verlagerung der Krankenhausbehandlung in private Risikosphäre



Universität Hamburg  
DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG

SOEREN.DEISTER@UNI-HAMBURG.DE

**HERZLICHEN DANK FÜR IHRE  
AUFMERKSAMKEIT**