

Tagesstationäre Versorgung für Ophthalmologie keine (wesentliche) Option

Ursula Hahn

Das am 2.12.2022 vom Deutschen Bundestag verabschiedete Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfleG) sieht einen ganzen und wirklich bunten Strauß an Regeln vor. Dazu gehören so unterschiedliche Dinge wie ein neues Pflegepersonalbemessungsinstrument (PPR 2.0) für Krankenhäuser, Herausnahme von Kinderheilkunde und Geburtshilfe aus dem DRG-System, eine monatliche Telematikinfrastrukturpauschale, paritätische Beteiligung von Frauen (und Männern) in KV-Vorständen und zwei neue Versorgungsformen im Kontinuum zwischen vollstationärer und ambulanter Versorgung: die tagesstationäre Versorgung (neuer § 115e Sozialgesetzbuch (SGB) V) und die spezielle sektorengleiche Vergütung (neuer § 115f SGB V).

Die tagesstationäre Behandlung ermöglicht (nur) Krankenhäusern im Einvernehmen mit Patientinnen und Patienten, bisher vollstationär erbrachte Behandlungen als Tagesbehandlungen erbringen zu können – über eine mehrtägige Behandlung ist der Patient tagsüber im Krankenhaus und nachts zuhause. Tagesstationäre Versorgung ist eigentlich nichts Neues, denn fachlich-inhaltlich entspricht sie der teilstationären Versorgung. Wesentlicher Unterschied: Bei teilstationärer Versorgung können Patient respektive Patientin auch tagsüber zuhause und nachts im Krankenhaus sein. Die tagesstationäre Versorgung legt sich schon per Namen fest – tagsüber im Krankenhaus, nachts zuhause.

Teilstationäre Versorgung ist in der Augenheilkunde selten

Teilstationäre Versorgung – die Blaupause und Obermenge der tagesstationären Versorgung – ist in der Augenheilkunde selten. Laut strukturierter Qualitätsberichte der Krankenhäuser mit Berichtsjahr 2020 sind nur einige wenige Universitäten (genauer 7) in diesem Versorgungssegment tätig. Auch die Fallzahl war klein, der Spitzenwert liegt bei 203 teilstationären Fällen am UKE in Hamburg.

Teilstationäre Versorgung spielt auch in anderen Fächern keine nennenswerte Rolle. Die bereits 1989 eingeführte Behandlungsform wurde laut statistischem Bundesamt 2020 insgesamt nur in 649.162 Fällen abgerechnet [1]. In einigen wenigen Fächern und Indikationen ist sie versorgungsrelevant. So bieten fast alle psychiatrischen Hauptabteilungen teilstationäre Versorgung, 69 % der geriatrischen, 65 % der nephrologischen, 39 % der hämatologischen und internistisch-onkologischen sowie 28 % der pädiatrischen Hauptabteilungen [1].

Warum kam und kommt „teilstationäre Versorgung“ nicht ans Fliegen? Indikationen und Vergütungshöhen müssen jeweils krankenhausindividuell vereinbart werden. Das ist nicht nur aufwendig. Krankenhausverwaltungsleiter berichten, dass das den Krankenkassen zu entlockende Vergütungsniveau im Vergleich zur vollstationären Diagnosis Related Group (DRG) sehr niedrig ist.

Finanzielle Anreize contra betriebswirtschaftliche Nachteile und hohen Begründungsaufwand

Sollte Unterfinanzierung der wesentliche Hemmschuh der teilstationären Versorgung sein, könnte tagesstationäre Versorgung funktionieren. Ganz im Sinne der Intention des Gesundheitsministers, damit Krankenhäuser zu entlasten, wird tagesstationäre Versorgung vergleichsweise üppig vergütet. Die jeweilige DRG soll nur um einen (kleinen) Übernachtungskostenanteil, maximal um 30 %, bereinigt werden. Betriebswirtschaftliche Nachteile bleiben: Auch ein geringer Abschlag ist ein Abschlag, Versorgungsprozesse müssen umgestellt und vollstationäre Kapazitäten trotzdem vorgehalten werden; außerdem trägt das Haus das Haftungsrisiko für die Heimschläfer. Auch wird es nicht ganz leicht sein, Patienten von der Lösung zu überzeugen – auch, weil viele der Patientinnen und Patienten die Fahrkosten selber aufbringen müssen.

Ein weiteres großes Aber: Als Wirtschaftsbetriebe müssen Krankenhäuser die besser vergütete tagesstationäre Versorgung statt der schlechter vergüteten teilstationären sowie ambulanten Versorgungsformen in den Blick nehmen. In der Augenheilkunde ist das (theoretische) Verlagerungspotenzial sogar vergleichsweise groß. So wurde laut Qualitätsbericht 2020 rund die Hälfte der von Hauptabteilungen erbrachten Kataraktoperationen ambulant durchgeführt. Der Gesetzgeber will aber eine Verteuerung der Versorgung verhindern, sprich eine Verlagerung nicht zulassen.

sen. Erwartbare Folge: Krankenhäuser respektive die behandelnden Ärzte und Ärztinnen müssen sich Begründungen einfallen lassen, die – selbstredend – vom medizinischen Dienst geprüft werden. Es muss dargelegt werden, warum ein Patient primär eine Übernachtung braucht und wegen dieser Einstufung erst für tagesstationäre Versorgung qualifiziert ist. Würde er/sie nämlich nicht primär als vollstationär eingestuft, wäre er/sie teilstationär oder ambulant zu versorgen. Absehbar wird das ein absurdes Spektakel, das viel Energie und Kosten frisst.

„Geborene“ tagesstationäre Indikationen in der Ophthalmologie nur mit Fantasie

Für einige Indikationen passt die teil- oder tagesstationäre Versorgung. Konkret sind das sequenzielle Mehrtagesfälle und Intervallfälle wie psychiatrische und geriatrische Tagesfälle, Chemotherapie und Dialyse. Ophthalmologische Versorgungsfälle haben diese Charakteristika eher nicht. Ophthalmochirurgische Patientinnen und Patienten, bei denen postoperativer Verlauf und Allgemeinzustand eine Übernachtung in der Häuslichkeit zulässt, brauchen am nächsten Tag in aller Regel keine Behandlung „mit mindestens sechsstündigem Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus ..., während dessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird“. Stationäre Druckprofile können zwar über mehrere Tage hinweg erhoben werden, dienen aber explizit der Erfassung von tages- und nachzeitlichen Schwankungen des Augen drucks, was einer Heimkehr nach Hause entgegensteht.

Ein systematischer blinder Fleck: belegärztliche Versorgung

Im Gesetz ist die tagesstationäre Versorgung für belegärztliche Fälle

explizit ausgenommen. Bei einem Gespräch zwischen dem Bundesverband der Belegärzte und dem Bundesministerium für Gesundheit hörten wir zu unserer Überraschung folgende Begründung: Von Vertragsärzten bereits ambulantisierbare Leistungen sollten nicht in die stationäre (belegärztliche) Versorgung zurück verlagert werden. Entlarvend dabei ist, dass diese Vorsichtsmaßnahme nur mit Blick auf Praxen und MVZ, nicht jedoch für Krankenhäuser ergriffen wird, für beide gilt aber der potenziell verlagerungsanfällige § 115b. Der Bundesverband der Belegärzte forderte, die Ausgrenzung des Belegarztwesens rückgängig zu machen. Dabei ging es um ein Signal aus dem Ministerium, Versorgung in Beleg- und Hauptabteilungen gleichrangig zu behandeln. Dass die tagesstationäre Versorgung ans Fliegen kommt, halten wir für unwahrscheinlich.

Tagesstationäre Versorgung kein Ausweg aus dem Versorgungsdilemma zwischen vollstationär und ambulant

Die sogenannten Fachkreise – außerhalb des Ministeriums – halten unisono wenig von der ausschließlich krankenhausexklusiven tagesstationären Versorgung. Absehbar werden damit nicht die Versorgungsprobleme an der Sektorengrenze zu lösen sein. Primäre Fehlbelegungsprüfungen erschweren eine stationäre Versorgung, zugleich ist eine ambulante Versorgung nach § 115b SGB V oft auch dann keine Alternative, wenn die jeweilige Operation und Prozedur (OPS) im AOP-Katalog enthalten ist. Die wichtigsten Probleme sind, dass Verbrauchsartikel, Medikamente und Implantate nicht oder unzureichend erstattet werden, für viele Indikationen die Honorare schlicht viel zu gering sind (pars pro toto seien hier strabologische Operationen genannt), OPS, die für

eine sinnvolle chirurgische Versorgung notwendig sind, im AOP-Katalog fehlen oder nicht alle im Rahmen einer Intervention durchgeführten OPS auch zur Abrechnung gebracht werden können. Das Ergebnis sind Versorgungslücken – eine für Ophthalmologen und Ophthalmologinnen wie Patienten und Patientinnen hoch unbefriedigende Situation.

Ambulantisierung muss richtig umgesetzt werden – mit vernünftigem Leistungsspektrum, mit auskömmlicher Finanzierung für Sachkosten und Honorare, als sektorenübergreifendes Versorgungsangebot mit versorgungsgleichen Konditionen. Potemkinsche Dörfer helfen nicht nur nicht, sie schaden, denn so werden Energien gebunden, die für eine richtige Reform gebraucht werden. Aktuell richtet sich die Hoffnung auf den im KHPfleG ebenfalls neu eingefügten § 115f SGBV „Spezielle sektorengleiche Vergütung“. Ob er eine Perspektive aufmacht, wird die nächste nähere Zukunft zeigen.

Literatur:

1. Statistisches Bundesamt. (2022). Grunddaten der Krankenhäuser 2020; Fachserie 12 Reihe 6.1. Retrieved from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publicationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611207004.html>

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. rer. medic. Ursula Hahn
Geschäftsführerin der
OcuNet Verwaltungs GmbH
Friedrichstr. 47
40217 Düsseldorf
zentrale@ocunet.de

Priv.-Doz. Dr. rer.
medic. Ursula Hahn

