



(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0650(8)
vom 23.09.04

15. Wahlperiode

**Stellungnahme des
Bundesverbandes Deutscher Privatkrankenanstalten e.V.
zum**

**Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung der Vorschriften
zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für
Krankenhäuser und
zur Änderung anderer Vorschriften**

(2. Fallpauschalenänderungsgesetz - 2.FPÄndG)

BT-Drucksache 15/3672

Bundesverband Deutscher
Privatkrankenanstalten e.V.
Robert-Koch-Platz 4
10115 Berlin

Tel.: 0 30 - 2 40 08 99 -0
Fax: 0 30 - 2 40 08 99 -30
<mailto:info@bdpk.de>
<http://www.bdpk.de>



A. Vorbemerkung

Allgemeine Hinweise:

Der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V. (BDPK) hat sich stets dafür eingesetzt, dass die Vergütung der Leistungen im Akutkrankenhausbereich transparenter gestaltet wird und sich an Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung orientieren muss. Deshalb hält der BDPK die Umsetzung des DRG-Systems für unverzichtbar. Um die vorgenannten politischen Zielsetzungen zu erreichen, ist es zwingend notwendig, das DRG-System tatsächlich umzusetzen. Nur so können die notwendigen Strukturveränderungen in den Krankenhäusern eingeleitet und realisiert werden. Dabei war allen Beteiligten immer klar, unter welchen Rahmenbedingungen dies erfolgen soll. Gerade die Krankenhäuser in privater Trägerschaft haben erhebliche unternehmerische Anstrengungen unternommen, um sich auf diese Situation einzustellen. Ebenso war klar, dass die Einführung des DRG-Systems nicht von Beginn an in idealtypischerweise den deutschen Versorgungsverhältnissen für alle Krankenhäuser entsprechen kann. Dieser Tatsache entspricht die von allen Akteuren gelebte Philosophie des „lernenden Systems“. Abbildungsunschärfen im DRG-System wird dabei durch regelmäßige Verbesserungen der Kalkulationsgrundlagen begegnet. Dies bedingt allerdings, dass sich alle Krankenhäuser am Kalkulations- und Vorschlagsverfahren des DIMDI und des InEK für den Fallpauschalenkatalog beteiligen. Wesentliche Verbesserungen sind auf diesem Wege in den am 16.09.2004 verabschiedeten Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2005 eingeflossen, der nun eine leistungs- und aufwandsgerechtere Abbildung der Leistungen beinhaltet. Dies ist neben der intensiven Beteiligung des BDPK auch durch die verstärkte Beteiligung der Maximal- und Schwerpunktversorger am Kalkulationsverfahren möglich geworden.

Der vermutlich unterschiedliche Vorbereitungsstand der Akteure offenbart nun trotz der Verbesserungen im Fallpauschalenkatalog 2005 erkennbare Schwierigkeiten in der Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zum Beispiel zur Konvergenzphase, um die sich eine intensive politische Diskussion über die Aufweichung der Regelungssystematik mit unterschiedlicher Akzeptanz rankt. In dieser Diskussion werden von unterschiedlichen Stellen auch Lösungsansätze vorgetragen, die das mit hohem finanziellen Aufwand und im politischem Konsens entwickelte Entgeltsystem im Krankenhaus ad absurdum führen würden. Wenn nun die gesetzlichen Vorgaben für die Konvergenzphase mit dem 2. Fallpauschalenänderungsgesetz entschärft werden sollen, muss sichergestellt sein, dass

1. der Start der Konvergenzphase nicht verschoben wird,
2. keine unterschiedlichen Landesbasisfallwerte ermittelt werden und
3. keine weiteren Sonderregelungen zugelassen werden, insbesondere solche, die Leistungen der Krankenhäuser außerhalb des DRG-Kataloges vergüten oder die Auswirkungen der Konvergenzphase zusätzlich abschwächen.



Zum Entwurf des Fallpauschalenänderungsgesetzes:

Im Rahmen der Diskussion zum 2. Fallpauschalenänderungsgesetz werden unterschiedliche Ansätze zur Umsetzung der Konvergenzphase diskutiert. Der BDPK kann unter Berücksichtigung der vorgenannten 3 Bedingungen die im Gesetzesentwurf enthaltene Regelung zur Verlängerung der Konvergenzphase im Sinne der Sache mittragen. Denn nur so kann die Systematik eines lernenden DRG-Systems gewährleistet werden. .

Begrüßt wird aus Sicht des BDPK die Verbesserung der Regelungen der Ausbildungsfinanzierung und die Weiterentwicklung des DRG-Systems auf der Basis von einer „sachgerechten Auswahl von Leistungsbereichen“.

Der BDPK lehnt nach wie vor die Festschreibung von „Abschlägen bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer“ ausdrücklich ab, weil sie die Entwicklung und Umsetzung medizinisch hochwertiger Innovationen in der Krankenhausbehandlung hemmt.

Bedenklich ist aus Sicht des BDPK, dass die ursprünglich im Referentenentwurf zum 2. Fallpauschalenänderungsgesetz enthaltenen Regelungen zur teilstationären Versorgung zwischenzeitlich wieder aus dem Gesetzesentwurf herausgenommen wurden. Die teilstationäre Behandlung in Krankenhäusern muss neben der ambulanten und stationären Versorgung weiter gestärkt werden. Ansonsten wird eine Chance für den Aufbau effizienter Versorgungsstrukturen mit qualitativ hochwertigen, innovativen und ökonomisch interessanten Leistungen verhindert. Die Regelungen, die im Referentenentwurf zu teilstationärer Versorgung enthalten waren, müssen dringend wieder in das Gesetzesvorhaben aufgenommen werden.



B. Einzelne Regelungen des Referentenentwurfs

Im folgenden nimmt der BDPK zu den einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs Stellung:

I. Artikel 1: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Nr. 3: § 17 a KHG

Der BDPK begrüßt, dass die Regelungen des Gesetzentwurfs zu einer flexibleren Handhabung der Ausbildungsfinanzierung führen und Wettbewerbsverzerrungen durch Rechtsverordnungen auf Landesebene ausgeglichen werden können.

Zu Nr. 3 a): § 17 a Abs. 2 u. 3 KHG

Bei der Ermittlung von Richtwerten für die Ausbildungskosten können nach Ansicht des BDPK Probleme entstehen, wenn die Richtwerte für den zukünftigen Zeitraum auf einer prospektiven Basis vereinbart werden und die Vereinbarung des tatsächlichen Ausbildungsbudgets auf einer retrospektiven Datenlage erfolgt.

Der BDPK schlägt daher vor, dass sowohl die Richtwerte als auch das tatsächliche Ausbildungsbudget auf der Basis der Vorjahres-Ist-Kosten ermittelt werden.

Zu Nr. 3 a): § 17 a Abs. 5 Satz 4 KHG

Bedenken bestehen aus Sicht des BDPK, dass zur Festlegung des Ausbildungsfonds bei fehlenden Meldungen von Krankenhäusern die entsprechenden Beträge geschätzt werden sollen, ohne das im Gesetz entsprechende Kriterien festgelegt werden.

Nach Auffassung des BDPK sind zur Konkretisierung im Gesetz Kriterien, wie z.B. Strukturmerkmale der Ausbildungsstätte, aufzunehmen, die der Schätzung zu Grunde gelegt werden.

Zu Nr. 3 a): § 17 a Abs. 5 Satz 5 KHG

Der BDPK lehnt die vorgesehene monatliche Zahlung der Landeskrankenhausgesellschaften aus dem Ausgleichsfond an das ausbildende Krankenhaus ab. Monatliche Zahlungen können die notwendige finanzielle Planungssicherheit für den jeweils auf 3 Jahre angelegten Betrieb der Ausbildungsstätten gefährdet werden.

Erforderlich ist mindestens eine jährliche Zahlungsweise. Des Weiteren empfiehlt der BDPK im Hinblick auf die Vorhaltung von notwendigen Ausbildungsplätzen die Einführung eines Ausbildungsrahmenplanes auf Bundesebene.



Zu Nr. 4 b): § 17 b Abs. 3 KHG

Der BDPK unterstützt ausdrücklich die Weiterentwicklung des DRG-Systems auf der Basis einer „sachgerechten Auswahl“. Diese Konkretisierung entspricht den bisherigen Forderungen des BDPK.

Nach Auffassung des BDPK muss die im Gesetzentwurf vorgesehene Formulierung „Repräsentativität ist anzustreben“ jedoch eindeutig definiert werden.

Des Weiteren sind Kriterien für eine Teilnahme an einer „sachgerechten Auswahl“ zu benennen, wie beispielsweise Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser, Querschnitt der Versorgungsstufen, das Vorhandensein einer differenzierten Kosten- und Leistungsrechnung und inhaltliche Anforderungen an die zu übermittelnden Daten, um die Qualität der einfließenden Daten zu gewährleisten.

Zu Nr. 4 c) bb): § 17 b Abs. 5 KHG

In den Gesetzentwurf neu aufgenommen ist die Abhängigkeit der Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation von der Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze.

Diese Regelung wird vom BDPK begrüßt.

II. Zu Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Nr. 2 b) u. g): § 4 Abs. 1 und Abs. 6 KHEntgG

Aufgrund der in der Vorbemerkung beschriebenen Entwicklungen kann der BDPK die im Entwurf geregelte Verlängerung der Konvergenzphase von ursprünglich 3 Jahre auf nun 4 Jahre nur unter folgenden Bedingungen mittragen:

1. der Start der Konvergenzphase wird nicht verschoben,
2. es werden keine unterschiedlichen Landesbasisfallwerte ermittelt und
3. es werden keine weiteren Sonderregelungen zugelassen, insbesondere solche, die Leistungen der Krankenhäuser außerhalb des DRG-Kataloges vergüten oder die die Auswirkungen der Konvergenzphase zusätzlich abschwächen.

Nach Auffassung des BDPK verhindert jede zusätzliche Ausnahmeregelung die weitere Ausgestaltung und Umsetzung des DRG-Systems. Das lernende DRG-System muss weiter unterstützt werden und dessen zügige Implementierung das vorrangige Ziel sein.



Zu Nr. 2 e): § 4 Abs. 4 neu KHEntgG

Die prospektive Berücksichtigung von zusätzlichen Leistungen ab den Jahren 2005 und 2006 zu den bisher vorgesehenen Finanzierungsquoten von 33% bzw. 50%, und im Jahre 2007 zu 75% wird vom BDPK begrüßt, da nur so annähernd die Kosten für sinnvoll erachtete zusätzliche Leistungen finanzierbar sind.

Zu Nr. 5 a): § 7 Satz 1 KHEntgG

Die pauschale Betrachtung von im System hinterlegten Abschlägen bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer konterkariert alle innovativen medizinisch hochwertigen Leistungen.

Der BPPK tritt entschieden für eine generelle Abschaffung dieser Abschlagsregelung ein. Für die Übergangszeit bis zur Abschaffung der Abschlagsregelung sind Ausnahmefälle für besonders betroffene Bereiche (minimalinvasive Eingriffe) zu formulieren.

Die vorgesehene Änderung a) des 1. Satzes in Nummer 3 des Gesetzestextes zu § 7 ist zu streichen. Die vom BDPK für notwendig erachteten Ausnahmefälle liegen dieser Stellungnahme als **Anlage 1** bei.

Zu Nr. 7 a): § 10 Abs. 1 und 8 KHEntgG

Der BDPK begrüßt die Aufnahme der Regelung zum Korrekturausgleich von Fehleinschätzungen.

Nach Auffassung des BDPK darf die Berichtigung der Fehleinschätzungen des Basisfallwertes nicht in das Ermessen der Vertragsparteien auf der Landesebene gestellt werden. Fehleinschätzungen des Basisfallwertes müssen grundsätzlich bei der Vereinbarung für das Folgejahr berichtigt werden.

Daher ist in § 10 Abs. 1 Satz 2 das Wort „können“ zu streichen.

Gegen den in § 10 Abs. 8 vorgesehenen Klageausschluss hat der BDPK im Hinblick auf den grundsätzlich zu gewährenden Rechtsschutz gegen öffentlich-rechtliche Maßnahmen verfassungsrechtliche Bedenken.

III. Zu Artikel 5: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 1: § 39 Abs. 1 SGB V

Bedauerlich ist aus Sicht des BDPK, dass die ursprünglich im Referentenentwurf zum 2. Fallpauschalenänderungsgesetz enthaltenen Regelungen zur teilstationären Versorgung zwischenzeitlich wieder aus Gesetzentwurf herausgenommen wurden. Damit wird eine



Chance für den Aufbau effizienter Versorgungsstrukturen mit qualitativ hochwertigen, innovativen und ökonomisch interessanten Leistungen verhindert.

Die teilstationäre Behandlung in Krankenhäusern muss weiter gefördert werden und als in § 39 Abs. 1 SGB V vorgesehene Regelleistung für die Umsetzung in die Versorgungspraxis definiert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den teilstationären Leistungen nicht um Leistungen handelt, die ansonsten ambulant durchgeführt werden könnten. Für die teilstationären Leistungen wird aus medizinischen Gründen der Background des Krankenhauses benötigt.

Der BDPK fordert, dass die Regelungen wieder in das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz aufgenommen werden.

Eine differenzierte Betrachtung seitens des BDPK liegt dieser Stellungnahme als **Anlage 2** bei.



Anlage 1 : Zu Nr. 5 a): § 7 Satz 1 KHEntgG

Die praktische Auswirkung der unteren Grenzverweildauer führt besonders bei Leistungsgebieten zu Problemen, die - aufgrund effizienter Technik in der Leistungserbringung - zu Verweildauern unterhalb der festgelegten Grenzverweildauer führen. Derartige Verweildauerreduktionen müssen im Sinne des Gesetzgebers sein, weil sie patientenfreundlich und volkswirtschaftlich sinnvoll sind. Deshalb kann nicht akzeptiert werden, dass spezielle operative Leistungen, wie beispielsweise der minimal-invasiven Chirurgie der effiziente Ressourceneinsatz mit monetären Abschlägen bestraft werden.

Eine Herausnahme der unteren Grenzverweildauer für spezielle DRG hätte kaum maßgebliche Auswirkungen auf deren Erlössituation. Die unter www.g-drg.de publizierten Kalkulationsdaten („G-DRG-Report-Browsers 2003/2004“), zeigen, dass die tangierten DRGs zu einem sehr geringen Prozentsatz, teilweise unter 1 %, Kurzlieger beinhalten. Ein Wegfall der festgelegten unteren Grenzverweildauer für spezielle Leistungsbereiche würde die innovative mikroinvasive Technik fördern und belegen, dass die Preisdefinition in einem pauschalitem Vergütungssystem nicht etwa verweildauer- sondern leistungsabhängig ist.

Zudem regen wir an, dass die Kalkulationsdaten der Kurzlieger in der monetären Berechnung mitberücksichtigt werden. Eine alleinige Verwendung von Kostendaten der Inlier führt zu einer monetären Verzerrung des betrachteten Leistungsspektrums. Die endoskopischen Eingriffe betragen häufig ca. 1/3 der Gesamtleistungen.

Nachfolgend sind die DRG aufgelistet, die durch effizienten Einsatz mikroinvasiver Technik von Unterschreitungen der unteren Grenzverweildauern betroffen sind

DRG:	Beschreibung:	Prozent anteil – Kurzlieger:	Änderungsvorschlag:
G04B	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre ohne äußerst schwere ohne schwere CC	7,26%	Herausnahme der unteren Grenzverweildauer
G09A	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre	3,46%	Splitt dieser DRG in eine endoskopische und nicht endoskopische DRG
G09B	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre und < 56 Jahre	10,11%	Splitt dieser DRG in eine endoskopische und nicht endoskopische DRG
G09Z aus den	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien	11,99%	Splitt dieser DRG in eine endoskopische und nicht endoskopische DRG



§ 301 Daten			
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,90%	Herausnahme der unteren Grenzverweildauer
N04B	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne aufwändigen Eingriff	0,08%	Herausnahme der unteren Grenzverweildauer
N06A	Rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen mit komplexem Eingriff	1,19%	Herausnahme der unteren Grenzverweildauer
N06B	Rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen ohne komplexen Eingriff	1,19%	Herausnahme der unteren Grenzverweildauer
N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung	11,23%	Herausnahme der unteren Grenzverweildauer
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	13,58	Herausnahme der unteren Grenzverweildauer



Anlage 2: Zu Nr. 1: § 39 Abs. 1 SGB V

**Positionspapier des
Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten
zur Umsetzung von teilstationären Leistungen
basierend auf zwei Gutachten
von Herrn Prof. Dr. Dr. Lauterbach und Herrn Prof. Dr. Neubauer**

Ausgangssituation:

Die an die Selbstverwaltung geknüpfte Hoffnung zur Regelung und Integration der teilstationären Leistungen ist durch das am 02.07.2003 erklärte Scheitern der Selbstverwaltung nicht erfüllt worden. Somit gibt es derzeit keine Regelungen zur künftigen Systemausgestaltung von teilstationären Leistungen. Es gilt weiterhin das Bedingungsfeld der gesetzlichen Grundlagen für teilstationäre Leistungen nach dem § 39 Abs. 1 SGB V, wonach die teilstationären Leistungen gleichberechtigt zu anderen Behandlungsformen stehen und vollstationären Leistung vorzuziehen sind. Die Vergütungsregelung erfolgt nach § 1 BpflV in Verbindung mit § 12 BpflV.

Problemdarstellung mit Lösungsansätzen:

I. Teilstationäre Leistungen sind nicht definiert

Durch das Fehlen einer Definition von teilstationären Leistungen ist die Implementation in die DRG-Systematik zwar möglich aber nicht sachgerecht. Es besteht zwar die Möglichkeit der Einordnung für diesen Leistungsbereich, doch führt die Anwendung der vollstationären DRG's auf eine teilstationäre Prozedur sowohl bei Eintagesfällen als auch bei Mehrtagesfällen an nicht hintereinanderliegenden Leistungstagen zu teilweise nicht sachgerechten Ergebnissen.

Wenn die im Bereich der teilstationären Leistungen liegenden Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven sachgerecht genutzt werden sollen, müssen die teilstationären Leistungen klar definiert werden, wobei nicht davon ausgegangen werden darf, dass die teilstationären Fälle auch ambulant behandelt werden können. In dieser Definition muss die teilstationäre Leistung eindeutig von stationärer und ambulanter Leistungserbringung abgegrenzt werden und es muss klargestellt werden, dass teilstationäre Leistungen als Bedingungsgefüge den back up eines Krankenhauses benötigen. Eine Definition, die diesen Anforderungen gerecht wird, lautet wie folgt:

„Medizinische Leistungen, die aufgrund ihrer Komplexität, Risiken oder individuelle soziale Belange des Patienten die Hintergrundesicherheit oder Infrastruktur des



Krankenhauses benötigen und keine vollstationäre Aufnahme (rund um die Uhr Überwachung und Pflege) des Patienten erfordern.“¹

Die Qualität der Leistung und die Sicherheit durch die Infrastruktur eines Krankenhauses stehen bei dieser Definition im Vordergrund. Für die praktische Ausgestaltung sind weitere Argumente und Kriterien zu beachten, die gleichzeitig das Bedingungsgefüge für diesen Leistungskomplex festlegen.

II. Voraussetzungen zur Leistungserbringung sind nicht festgelegt

Zur Zeit ist eine eindeutige Leistungsabgrenzung von teilstationären Leistungen aufgrund fehlender Definition (s. o.) und fehlender Festschreibung von Voraussetzungen zur Leistungserbringung nicht möglich.

Ansätze zur Festlegung von Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zur Leistungserbringung teilstationärer Leistungen bietet die Analyse des Leistungsspektrums basierend auf obiger Definition.

Die teilstationären Leistungen benötigen ein interdisziplinäres Leistungsspektrum, somit können teilstationäre Leistungen grundsätzlich nicht in einer ambulanten Einzelpraxis erbracht werden. Hinsichtlich der medizinischen Hauptleistung sollte kein Unterschied zwischen einer teilstationären und stationären Leistung gemacht werden. So ist die DRG-Systematik ohne größeren Aufwand übertragbar und die Hauptleistung wie im System implementiert weiterhin geschützt.

Bei der zeitlichen Dimension der Leistung kann das Leistungsspektrum über mehrere Tage ohne Übernachtung im Krankenhaus notwendig sein. Das Leistungsspektrum erstreckt sich über einen Tag und ist somit nicht als ambulante Leistung des Krankenhauses anzusehen. Aus medizinischer Sicht können vielfältige vollstationäre Behandlungen auf Unterkunftsleistungen verzichten, wodurch sich erhebliche monetäre Einsparungen für das Gesundheitssystem ableiten lassen. Durch konsequente Ausschöpfung des teilstationären Patientenpotenzials lassen sich je nach Schätzansatz zwischen 14, 9 % und 29,7 % der GKV-Ausgaben für vollstationäre Versorgung einsparen².

III. Die Qualität der Leistungserbringung ist nicht definiert:

Die Qualität zur Leistungserbringung teilstationärer Leistungen ist nicht festgeschrieben. Die Qualität als ein wesentlicher Faktor muss ebenso wie bei den stationären Leistungen sichergestellt sein. Die Schwerpunkte sind hier die Festlegung von Prozess- und Ergebnisqualität, sowie die Vereinbarung von Mindestmengen und geeigneter Strukturqualität.

IV. Es gibt keine Einordnung in ein Vergütungssystem:

¹ Prof. Dr. Dr. Lauterbach, Dr. M. Lungen, Gutachten „Teilstationären Leistungserbringung im Krankenhaus“, November 2003

² Prof. Dr. G. Neubauer, Dipl.-Volksw. C. Lindl, Gutachten „Integration teilstationärer Behandlungen in die G-DRG-Vergütung: Diskussionsstand und Handlungsempfehlungen“, August 2003



Nach der definitorischen Komponente fehlt ein adäquates Vergütungssystem für die teilstationären Leistungen. Die derzeitige Handhabung über den § 6 Abs. 1 KHEntgG nach fall-/tagesbezogenen Entgelten entspricht nicht einer einheitlichen Bewertung der Leistung und wird auch nicht der gesetzlichen Forderung, im Sinne einer Regelversorgung, gleichgestellt den stationären und ambulanten Versorgungsformen nach § 39 SGB V gerecht.

Der Einfachheit und Schnelligkeit halber sollten die vollstationären DRG's um einsparbare Aufwendungen gekürzt und keinesfalls eine Neukalkulation durchgeführt werden. Es ist eine Vergütung zu finden, die dem Patientenbedarf und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung gerecht wird. Zudem sollte die Vergütung innerhalb des DRG-Systems mit Bereinigung von Kostenträgerarten bspw. um die Hotelleistungen erfolgen.

Zur Ausgestaltung des Vergütungssystems gibt es mehrere Optionen, die dem obergeordneten Ziel, Abbildung der teilstationären Leistungen innerhalb des DRG-Systems, gerecht werden soll.

- Die Entgelte sollten generell den initialen vollstationären Aufenthalt und den nachfolgenden teilstationären Leistungskomplex trennen. Somit wäre der Leistungsbereich „Teilstationär“ auch abrechenbar, wenn nicht unmittelbar ein stationärer Aufenthalt voraus ging.
- Der DRG-Systematik folgend könnten eigene teilstationäre DRGs ausgewiesen werden, ähnlich der Analogie belegärztlicher Leistungen. Hierzu müsste eine Kriterienliste für medizinische Indikationen erarbeitet werden, die auch definitionsgemäß die erforderliche Hintergrundsicherheit „Krankenhaus“ aus sozialer und medizinischer Sicht impliziert.
- Die Zuzahlungsregelung für die Patienten könnte analog zum ambulanten Leistungssektor einmal pro Quartal erfolgen.
- Um den Krankenhäusern einen Anreiz zu bieten, teilstationäre Leistungen zu erbringen, müsste sichergestellt werden, dass die freierwerdenden Budgetanteile nicht gekürzt, sondern in Form höherer Mengen zur Verfügung gestellt werden. Damit hätten die Krankenhäuser, die verstärkt teilstationäre Leistungen anbieten, die Chance, mehr Patienten zu behandeln. Dies würde den aufgrund der demografischen Entwicklung zunehmenden Druck aus dem System herausnehmen.

Resümee:

Die teilstationäre Behandlung in Krankenhäusern muss weiter gefördert werden und einen Übertrag in die Regelversorgung erfahren. Ansonsten wird wichtiges Innovationspotential für qualitativ wertvolle und ökonomisch interessante Leistungen verschenkt und der Aufbau effizienter Versorgungsstrukturen verhindert.



Handlungsempfehlung:

Zur weiteren praxisorientierten Ausgestaltung der teilstationären Leistung wird empfohlen die medizinisch – strukturellen Voraussetzungen, sowie die sozialen Patientenkriterien zu definieren. Es muss schnellstmöglich ein einfaches und von der vollstationären DRG-Struktur abgeleitetes Vergütungssystem für teilstationäre Leistungen entwickelt werden.