

Beitrag Nr. 5, Jahrgang 2023

## Ein Gamechanger für das System der Krankenhausbehandlung?

### Zur neuen tagesstationären Behandlung im SGB V

Dr. Sören Deister, Akademischer Rat a.Z. (Universität Hamburg)

Veröffentlichung: Bochum, den 23.01.2023

Veröffentlichung auf: <https://gesundheitsrecht.blog/ein-gamechanger-fuer-das-system-der-krankenhausbehandlung/>

Bibliothekslink: <https://doi.org/10.13154/294-9596>

Empfohlene Zitierweise: *Deister*, Gesundheitsrecht.blog, Nr. 5, 2023, S.

Kurzzusammenfassung: Die neue tagesstationäre Behandlung soll Krankenhäuser und Krankenhauspersonal kurzfristig entlasten, indem Übernachtungen häufiger zu Hause und nicht mehr im Krankenhaus erfolgen. Der Beitrag untersucht Voraussetzungen und Probleme dieser neuen Behandlungsform aus rechtlicher Perspektive und versucht sie sinnvoll in das bisherige System der Krankenhausbehandlung zu integrieren. Dabei erweist sich insbesondere die Abgrenzung zur gesetzlich vorrangigen teilstationären Behandlung als Herausforderung. Hier dürfte eine gesetzgeberische Nachbesserung angezeigt sein.



Dieser Aufsatz ist lizenziert unter den CreativeCommon-Bedingungen CC BY 4.0.  
(abrufbar unter: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>)

## A. Hintergrund der Neuregelung

Die Regelungen zur neuen tagesstationären Behandlung sind zum 1.1.2023 in Kraft getreten.<sup>1</sup> Sie gehen zurück auf einen Vorschlag der von Gesundheitsminister Karl Lauterbach eingesetzten „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“.<sup>2</sup> Diese Kommission ist nicht unbedingt für die zurückhaltende Präsentation ihrer Stellungnahmen bekannt. So soll die dritte Stellungnahme zur Reform der Krankenhausfinanzierung nicht weniger als eine „Revolution“<sup>3</sup> im Krankenhaus einleiten. Die neue Tagesbehandlung wurde von Kommissionsmitglied *Karagiannidis* immerhin als ein kurzfristiger „Gamechanger“ zur Entlastung des Personals angekündigt.<sup>4</sup> Die Dringlichkeit einer zeitnahen Verbesserung der durch Unterbesetzung geprägten Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, die von Seiten der Kommission auch mittels dieser Rhetorik unterstrichen wird, dürfte nicht zweifelhaft sein.<sup>5</sup>

Die Idee der Kommission zur kurzfristigen Milderung dieses Missstandes ist dabei denkbar einfach. In geeigneten Fällen sollen Patient:innen zu Hause und nicht im Krankenhaus übernachten, wodurch das Personal in der Nacht weniger stark beansprucht wird.<sup>6</sup> So soll nach der Gesetzesbegründung das Kunststück gelingen, einerseits Krankenhäuser und Krankenhauspersonal zu entlasten und dabei andererseits weder Leistungen einzuschränken, noch Ausgaben zu erhöhen.<sup>7</sup> Der Vorschlag ist in durchaus beeindruckender Geschwindigkeit umgesetzt worden.

Im Folgenden wird zunächst überblicksartig das System der Krankenhausbehandlung im SGB V dargestellt (B.), anschließend die neue tagesstationäre Behandlung näher untersucht (C.) und abschließend der Versuch ihrer sinnvollen Integration in das bestehende System unternommen (D.). Dabei ist insbesondere die praxistaugliche Abgrenzung von ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Krankenhausbehandlung von Interesse.

---

<sup>1</sup> Krankenhauspflegelastungsgesetz vom 20.12.22, BGBI I., 2793.

<sup>2</sup>Zweite Stellungnahme der Regierungskommission vom 22.9.2022, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html>, alle Links dieses Beitrags zuletzt aufgerufen am 10.1.22.

<sup>3</sup> <https://www.tagesschau.de/inland/krankenhaus-reform-101.html>.

<sup>4</sup> <https://twitter.com/ecmocaragianni1/status/1574757118716121096>.

<sup>5</sup> Beispielhaft sei auf die unter <https://schwarzbuch-krankenhaus.net/> zusammengetragenen Berichte aus dem Krankenhausalltag verwiesen.

<sup>6</sup> Vgl. BT-Drs. 20/4708, 97.

<sup>7</sup> BT-Drs. 20/4708, 97.

## **B. Das System der Krankenhausbehandlung im SGB V**

„Früher“ – in diesem Fall bis Ende 1992 – war vielleicht nicht alles besser, aber doch vieles einfacher. In § 39 SGB V existierten nur zwei Arten von Krankenhausbehandlung: vollstationäre und teilstationäre. Diese waren wiederum schlicht gegenüber der ambulanten Behandlung nachrangig – Stichwort: „ambulant vor stationär“. Die Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung konnte regelmäßig bereits anhand der Behandlungsleistung getroffen werden, da beispielsweise Operationen außerhalb eines Krankenhauses praktisch noch nicht vorgesehen waren.<sup>8</sup>

Gegenwärtig benennt § 39 SGB V sieben<sup>9</sup> verschiedene Formen von Krankenhausbehandlung: vollstationäre, stationsäquivalente, teilstationäre, vor- und nachstationäre, ambulante sowie die hier im Fokus stehende tagesstationäre Behandlung. Diese verschiedenen Formen der Krankenhausbehandlung bedürfen der rechtlichen Abgrenzung nicht nur untereinander, sondern auch von der klassischen ambulanten Versorgung durch Vertragsärzt:innen. Diese Abgrenzung ist kein wissenschaftliches Glasperlenspiel. Sie ist notwendig, um das gesetzliche Vorrang-Nachrang-Verhältnis umzusetzen, die Zuordnung zu leistungserbringungsrechtlichen Vorschriften (beispielsweise § 135 oder § 137c SGB V) zu ermöglichen und auch um die einschlägigen Vergütungsvorschriften festzulegen.

Üblicherweise wird im Ausgangspunkt zwischen den Sektoren der ambulanten Versorgung im Sinne einer vertragsärztlichen Behandlung und der stationären Versorgung im Sinne einer Krankenhausbehandlung differenziert. Das ist im Versorgungssystem des SGB V nicht ganz falsch, aber auch nicht ganz richtig, wie bereits die in § 39 Abs. 1 S. 1 SGB V benannte ambulante Krankenhausbehandlung verdeutlicht.<sup>10</sup> In den vergangenen Jahren sind die zuvor starren Sektorengrenzen durch eine Vielzahl neuer Vorschriften an verschiedenen Stellen aufgeweicht worden, typischerweise im Sinne einer umfassenderen ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser.<sup>11</sup> Letztlich lassen sich mit Blick auf die hier vorrangig interessierende Einordnung der tagesstationären Behandlung vier Kategorien voneinander abgrenzen.

Erstens existieren Formen der Krankenhausbehandlung erster Stufe, die gegenüber allen anderen Behandlungsformen nachrangig sind. Dies ist insbesondere die vollstationäre

---

<sup>8</sup> Vgl. BSG, Urt. v. 4.3.2004 – B 3 KR 4/03 R, Rn. 20 – alle Gerichtsentscheidungen zitiert nach juris.

<sup>9</sup> Die zählweise hängt davon ab, ob man vor- und nachstationäre Behandlung als eine oder zwei Formen werten möchte, wie hier *Noftz* in Hauck/Noftz, SGB V, EL 11/22, § 39 Rn. 43.

<sup>10</sup> Dazu *Wahl* in JurisPK-SGB V, Stand 3/21, § 39 Rn. 34.

<sup>11</sup> Dazu *Felix*, MedR 2017, 517.

Krankenhausbehandlung. Der vollstationären Krankenhausbehandlung rechtlich gleichgestellt sind nach § 39 Abs. 1 S. 2, S. 5 SGB V die nur im psychiatrischen Bereich existierende stationsäquivalente<sup>12</sup> und nunmehr auch die tagesstationäre Versorgung.

Diesen gegenüber gesetzlich nachrangig sind Krankenhausbehandlungen zweiter Stufe, die aber dennoch Krankenhausbehandlungen im Sinne von § 39 SGB V sind. Es handelt sich um gegenüber der vollstationären Behandlung auf unterschiedliche Art und Weise „abgeschwächte“ Formen, die primär aus Kostengründen vorrangig vor dieser zu erbringen sind. Hierunter fallen nach § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V die teilstationäre, vor- und nachstationäre<sup>13</sup> sowie die ambulante Krankenhausbehandlung. Ambulante Krankenhausbehandlung in diesem Sinne ist primär das „ambulante Operieren im Krankenhaus“ nach § 115b SGB V.<sup>14</sup> Das zwischen den Krankenhausbehandlungen zweiter Stufe und zwischen diesen und der vertragsärztlichen Behandlung existierende Rangverhältnis ist strittig.<sup>15</sup> Das Bundessozialgericht (BSG) geht von einem Nachrang der teilstationären Behandlung gegenüber den beiden anderen Behandlungsformen und gegenüber der vertragsärztlichen Behandlung aus.<sup>16</sup> Zwischen ambulanter Krankenhausbehandlung und ambulanter vertragsärztlicher Behandlung wird kein Vorrang-Nachrang-Verhältnis angenommen, sie sind gleichrangig.<sup>17</sup>

Von den Krankenhausbehandlungen erster und zweiter Stufe abzugrenzen sind in einer dritten Kategorie Behandlungsleistungen durch Krankenhäuser, die keine Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 SGB V sind. Hierunter fallen sämtliche Formen der Behandlung aufgrund einer Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 116, 116a, 117, 118a, 119 SGB V, beispielsweise durch Hochschulambulanzen. Es handelt sich um vertragsärztliche Versorgung – letztlich „echte ambulante Behandlung“ – die schlicht aus unterschiedlichen Gründen für Krankenhäuser bzw. Krankenhausärzte eröffnet wird. Keine Krankenhausbehandlung, sondern vertragsärztliche Versorgung ist schließlich die Behandlung in Medizinischen Versorgungszentren, die in der Trägerschaft eines Krankenhauses stehen („Krankenhaus-MVZ“).

---

<sup>12</sup> Die stationsäquivalente Versorgung nach § 115d SGB V ist eine spezifisch psychiatrische Versorgungsform die im häuslichen Umfeld erfolgt, mithin „Krankenhausbehandlung ohne Bett“ (BT-Drs. 18/9528, 24).

<sup>13</sup> § 115a SGB V.

<sup>14</sup> Wahl zählt auch die besondere Versorgung nach § 140a SGB V dazu, JurisPK-SGB V, Stand 3/21, § 39 Rn. 46.

<sup>15</sup> Vgl. Felix, MedR 2017, 525 f.

<sup>16</sup> BSG, Urt. v. 19.6.2018 – B 1 KR 26/17 R, Rn. 16.

<sup>17</sup> Wahl in JurisPK-SGB V, Stand 3/21, § 39 Rn. 59 mwN.

Schließlich existieren neuartige sektorenüberschreitende Versorgungsformen, innerhalb derer Krankenhäuser nach eigenen, nur für diese Versorgungsformen geltenden Regelungen tätig werden, zu nennen sind § 116b SGB V (ambulante spezialfachärztliche Versorgung) und § 140a SGB V (besondere bzw. integrierte Versorgung).<sup>18</sup>

### **C. Voraussetzungen und Inhalt der tagesstationären Behandlung**

Zunächst das Wesentliche: Bei der tagesstationären Behandlung handelt es sich nach der gesetzlichen Konzeption um eine vollwertige stationäre Krankenhausbehandlung. Sie kann, so der Gesetzeswortlaut, „anstelle“<sup>19</sup> einer vollstationären Behandlung erbracht werden und ist dieser rechtlich nach § 39 Abs. 1 Satz 2 und Satz 4 SGB V gleichgestellt. Dementsprechend ist sie nachrangig nicht nur gegenüber einer ambulanten vertragsärztlichen Behandlung, sondern auch gegenüber allen anderen Formen der Krankenhausbehandlung mit Ausnahme der vollstationären. Im Rahmen der tagesstationären Behandlung dürfen also nicht solche Leistungen, die eigentlich ambulant erbracht werden könnten, als Tagesbehandlungen im Krankenhaus durchgeführt werden. Vielmehr können diejenigen Behandlungen, die zuvor vollstationär, d.h. mit nächtlicher Unterbringung, durchgeführt worden sind, bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ohne Übernachtung im Krankenhaus erfolgen. Das ist die zentrale gesetzliche Zuordnung.

### **I. Allgemeine Voraussetzungen der Krankenhausbehandlung**

Für eine tagesstationäre Behandlung müssen zunächst die allgemeinen Voraussetzungen einer Krankenhausbehandlung vorliegen. Es muss also insbesondere eine behandlungsbedürftige Krankheit gegeben sein, und die Behandlung muss in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus erfolgen, das die in § 107 Abs. 1 SGB V benannten Eigenschaften eines Krankenhauses erfüllt und dessen Versorgungsauftrag auch die konkrete Behandlung erfasst.<sup>20</sup> Der Versorgungsauftrag bestimmt sich (bei Plankrankenhäusern) nach den Festlegungen des Landeskrankenhausplanes i.V.m. den Bescheiden zu seiner Durchführung.<sup>21</sup> Ferner muss die Behandlung nach § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V in dem Sinne erforderlich sein, dass das Behandlungsziel nicht durch jeweils nachrangige (insbesondere ambulante) Behandlungsformen erreicht werden kann (sogenannte Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit). Maßgeblich für die Beurteilung der Erforderlichkeit ist der „im Behandlungszeitpunkt verfügbare Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen

---

<sup>18</sup> Einordnung hier nach *Felix*, MedR 2017, 522, 524.

<sup>19</sup> § 115e Abs. 1 S. 1 SGB V.

<sup>20</sup> Vgl. *Wahl* in *JurisPK-SGB V*, Stand 3/21, § 39 Rn. 52.

<sup>21</sup> BSG, Urt. v. 9.4.2019 – B 1 KR 2/18 R, Rn. 12.

Krankenhausarztes“.<sup>22</sup> Wie bei einer vollstationären Behandlung dürfte ferner eine Aufnahme in das Krankenhaus erforderlich, die nach außen hin regelmäßig durch die Einweisung auf eine bestimmte Station, die Zuweisung eines Bettes oder das Erstellen entsprechender Aufnahmeunterlagen dokumentiert wird.<sup>23</sup> Das Vorliegen einer vertragsärztlichen Verordnung („Krankenhauseinweisung“) ist hingegen eigentlich keine formale Voraussetzung der Krankenhausbehandlung – und auch nicht der Vergütung. Der Verordnung kommt nach der Rechtsprechung des BSG eine bloße Ordnungsfunktion zu.<sup>24</sup> Allerdings schließt § 115e Abs. 1 S. 3 SGB V „eintägige Behandlungen ohne Einweisung“ von der tagesstationären Behandlung aus.<sup>25</sup>

## **II. Spezifische Voraussetzungen der tagesstationären Behandlung**

§ 115e SGB V benennt insgesamt fünf spezifische Voraussetzungen der tagesstationären Behandlung (dazu 1. – 5.). Zusätzlich zu diesen fünf Voraussetzungen werden einige Leistungen explizit gesetzlich von der tagesstationären Behandlung ausgeschlossen (dazu 6.).

### **1. Indikation einer stationären somatischen Behandlung**

Zunächst muss nach § 115e Abs. 1 S. 1 SGB V die Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegen. Dies dürfte in rechtlicher Hinsicht keine Probleme aufwerfen, die nicht ohnehin im Rahmen der Prüfung der Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung zu klären wären. Die besondere Bedeutung liegt hier letztlich nur in der Ausgrenzung aller psychiatrischen Indikationen vom Anwendungsbereich der tagesstationären Behandlung.

### **2. Mindestbehandlungsdauer**

Durch die Vorgabe einer klaren zeitlichen Mindestbehandlungsdauer von 6 Stunden je Tag (§ 115e Abs. 1 S. 2 SGB V) wollte der Gesetzgeber offenbar handhabbare Kriterien für die Praxis formulieren. Was mit dem Zusatz „währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird“, gemeint ist, ist sprachlich allerdings nicht ganz klar. Daraus zu folgern, in zeitlicher Hinsicht müssten innerhalb der 6 Stunden mindestens 180 Minuten mit tatsächlicher Behandlungstätigkeit liegen, wäre angesichts der üblichen Wartezeiten bei Krankenhausbehandlungen jedenfalls wenig sinnvoll. Schlimmstenfalls sind hier sinnfreie Auseinandersetzungen über am Bett verbrachte Minuten zu befürchten, die den gesetzszweckwidrigen Anreiz setzen, künstlich zusätzliche Behandlungszeit zu generieren.<sup>26</sup>

---

<sup>22</sup> BSG, Urt. v. 26.4.2022 – B 1 KR 5/21 R, Rn. 29.

<sup>23</sup> Vgl. zur vollstationären Behandlung BSG, Urt. v. 18.5.2021 – B 1 KR 11/20 R, Rn. 10 ff.

<sup>24</sup> BSG, Urt. v. 19.6.2018 – B 1 KR 26/17 R, Rn. 18 ff., anders bei § 115a SGB V.

<sup>25</sup> Dazu unter C. II. 6.

<sup>26</sup> Kritisch auch die Stellungnahme der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA, S. 5, [https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5339/2022-08-18-PA-BMG\\_G-BA\\_SN\\_Referentenentwurf\\_KHPfIEG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5339/2022-08-18-PA-BMG_G-BA_SN_Referentenentwurf_KHPfIEG.pdf).

Letztlich geht es – wie stets bei der rechtlichen Kontrolle der Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung – auch hier um eine Prognoseentscheidung der behandelnden Ärzt:innen auf Grundlage des im Entscheidungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstandes.<sup>27</sup> In rechtlicher Hinsicht erfolgt eine ex-ante und keine ex-post Kontrolle.<sup>28</sup> Nach dem im Entscheidungszeitpunkt verfügbaren Wissensstand muss die Einbindung in die spezifische Infrastruktur des Krankenhauses bei einem Krankheitsfall der konkret vorliegenden Art für voraussichtlich mindestens sechs Stunden täglich erforderlich sein, was Wartezeiten, in denen keine konkrete Behandlung erfolgt, die Infrastruktur aber dennoch „greifbar“ sein muss, impliziert. Die Anforderungen an eine Dokumentation der täglichen Behandlungsdauer sind nach § 115e Abs. 4 S. 1 SGB V bis zum 28.1.2023 durch die Spitzenverbände auf Bundesebene zu vereinbaren.

Eine Vorgabe hinsichtlich der Anzahl an Tagen, an denen eine Tagesbehandlung hintereinander erfolgen kann, enthält das Gesetz im Übrigen nicht. Nicht explizit geregelt ist auch, inwiefern zwischen einzelnen Tagen der Behandlung auch ganze Tage – naheliegend sind insbesondere Wochenenden – ohne Behandlungsleistung liegen dürfen.<sup>29</sup> Dementsprechend besteht gesetzlich weder eine starre Höchst- noch eine starre Mindestdauer der jeweils mindestens sechsstündigen Behandlungstage, was auch durch die Geltung der üblichen Grenzverweildauern im Rahmen der Vergütung bestätigt wird.<sup>30</sup>

### **3. Medizinisch geeigneter Fall**

Die dritte Voraussetzung eines „medizinisch geeigneten Falls“ (§ 115e Abs. 1 S. 1 SGB V) erfordert eine Abgrenzung der vollstationären Fälle, die mit Übernachtung zu erbringen sind, von denen, bei denen eine Übernachtung auch zu Hause erfolgen kann. Dies ist in der Tat eine neue Abgrenzungsfrage. Dabei stehen medizinische Gesichtspunkte, insbesondere Komplexität und Risiko der Behandlung, im Vordergrund.<sup>31</sup> Untechnisch gesagt: Es muss sich um Fälle handeln, bei denen nachts nicht mit dem Auftreten von Problemen zu rechnen ist. Bemerkenswert ist, dass dabei nach den Gesetzmaterialien auch das soziale Umfeld der behandelten Person, konkret die häusliche Versorgungssituation in der Nacht, zu berücksichtigen ist.<sup>32</sup> Ist eine erforderliche häusliche Versorgung über Nacht nicht

---

<sup>27</sup> Ständige Rechtsprechung seit BSG, Beschl. v. 25.9.2007 – GS 1/06, Rn. 27 ff.

<sup>28</sup> Vgl. zur Erforderlichkeit *Knispel* in BeckOK, Stand 12/2022, § 39 SGB V Rn. 30.

<sup>29</sup> Vgl. die Begründung: „Tage, an denen der Patient oder die Patientin nicht im Krankenhaus war, werden bei der Ermittlung der Verweildauer und der Vergütung nicht berücksichtigt“, BT-Drs. 20/4708, 99.

<sup>30</sup> Vgl. unter. C. III.

<sup>31</sup> Vgl. BT-Drs. 20/4708, 98.

<sup>32</sup> BT-Drs. 20/4708, 98.

sichergestellt, soll dies die tagesstationäre Behandlung ausschließen.<sup>33</sup> Das hat zwar keinen Niederschlag im Gesetzeswortlaut gefunden, ergibt sich aber auch aus der notwendigen Risikoabwägung: Ist keine Person zu Hause, die notwendige Unterstützung leisten kann, steigt das Risiko. Zu beachten ist, dass die Frage der Übernachtungsnotwendigkeit einer Rechnungskontrolle durch den Medizinischen Dienst entzogen ist.<sup>34</sup> Dies spricht dafür, dass der Gesetzgeber den Krankenhäusern bei der Bestimmung eines geeigneten Falls einen gewissen Entscheidungsspielraum belassen wollte, was auch die Begründung nahelegt.<sup>35</sup>

#### **4. Einwilligung**

Eine weitere Besonderheit stellt die vierte in § 115e Abs. 1 S. 1 SGB V genannte Voraussetzung, die Einwilligung der Patient:innen, dar. Danach entscheiden nicht mehr nur objektive medizinische Kriterien über die einschlägige Form der Krankenhausbehandlung, sondern auch der subjektive Patientenwille. Bereits bislang durfte selbstredend zivil- und strafrechtlich keine Behandlung erbracht werden, in die nicht eingewilligt worden ist. Die Bestimmung des sozialversicherungsrechtlich notwendigen Umfangs einer Krankenhausbehandlung richtete sich aber seit einer Entscheidung des Großen Senates des BSG im Jahr 2007 allein nach den (objektiven) medizinischen Erfordernissen.<sup>36</sup> Eine objektiv ausreichende ambulante vertragsärztliche Behandlung ist auch dann vorrangig, wenn eine Krankenhausbehandlung subjektiv gewünscht wird. Die rein objektive-medizinische Beurteilung wird durch die Neuregelung zumindest ein Stück weit verlassen, allerdings nur im Hinblick auf die Differenzierung zwischen tagesstationärer und vollstationärer Behandlung.

#### **5. Sicherstellungspflicht**

Schließlich enthält § 115e Abs. 1 S. 5 SGB V als fünfte Voraussetzung eine Art Qualitätssicherungsvorgabe. Der Krankenhausträger hat sicherzustellen, dass notwendige Krankenhausleistungen „bei Bedarf jederzeit zur Verfügung stehen“. Auch das dürfte nicht unproblematisch sein. Denn die tagesstationäre Behandlung ist gerade dadurch definiert, die besonderen Mittel des Krankenhauses nicht mehr „jederzeit“, sondern nur tagsüber, einzusetzen. Wie das Krankenhaus einerseits aufgrund der tagesstationären Behandlung nächtliche Kapazitäten abbauen, andererseits aber sicherstellen soll, „dass bei Komplikationen im Rahmen der tagesstationären Behandlung die erforderlichen Ärztinnen und Ärzte, nichtärztlichen Fachkräfte und Bettenkapazitäten auch nachts zur Verfügung stehen“<sup>37</sup> bleibt

---

<sup>33</sup> BT-Drs. 20/4708, 98.

<sup>34</sup> Dazu unter C. III.

<sup>35</sup> BT-Drs. 20/4708, 98.

<sup>36</sup> BSG, Beschl. v. 25.9.2007 – GS 1/06, Rn. 15 ff.

<sup>37</sup> BT-Drs. 20/4708, 98.



ein Geheimnis des Gesetzgebers. Jedenfalls dürfte es in der gegenwärtigen Versorgungspraxis mit ihrer erheblichen personellen Unterbesetzung schwer realisierbar sein.

## **6. Konkretisierungen zum Nachrang ambulanter Leistungen**

Die tagesstationäre Behandlung ist als „vollwertige“ Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V ohnehin nachrangig gegenüber allen Formen ambulanter Leistungserbringung. Das Verhältnis zu ambulanten Leistungen wird in § 115e Abs. 1 S. 3 SGB V sinnvollerweise noch einmal konkretisiert. Damit soll die Umetikettierung eigentlich ambulant erbringbarer Leistungen als „tagesstationär“ durch die Krankenhäuser verhindert werden.<sup>38</sup> Nach der Vorschrift können zunächst Leistungen nach den §§ 115b (Ambulantes Operieren im Krankenhaus), 115f (spezielle sektorengleiche Vergütung) und 121 (belegärztliche Leistungen) SGB V nicht als tagesstationäre Leistungen erbracht werden. Ferner können sämtliche Leistungen, die auf Grundlage einer Ermächtigung des Krankenhauses ambulant erbracht werden können (§§ 116, 116a, 117, 118a, 119) nicht als tagesstationäre Behandlung erbracht werden. Gleiches gilt auch für nach § 116b SGB V (ambulante spezialfachärztliche Versorgung) ambulant erbringbare Leistungen. Letztlich ändert sich damit wohl nichts am bisherigen System des Nachrangs stationärer Behandlung. Was ambulant möglich ist, muss ambulant erbracht werden. Die oben bereits dargelegten Kriterien der Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlung bleiben hier unverändert für die Abwägung im Einzelfall gültig.

Um eine Umwandlung von Notaufnahmebehandlungen in tagesstationäre Behandlungen zu verhindern,<sup>39</sup> werden in § 115e Abs. 1 S. 3 SGB V ferner explizit „eintägige Behandlungen ohne Einweisung“ und „Behandlungen in der Notaufnahme eines Krankenhauses“ ausgeschlossen. Die Einweisung, also die vertragsärztliche Verordnung der Krankenhausbehandlung, ist wie bereits dargelegt eigentlich keine Voraussetzung (voll-)stationärer Behandlung. Sie wird nun im Rahmen der tagesstationären Behandlung zur relevanten Voraussetzung, nach dem klaren Gesetzeswortlaut allerdings nur bei einer bloß eintägigen Behandlung. Bei mehrtägigen tagesstationären Behandlungen bleibt die Einweisung rechtlich nicht zwingend erforderlich. Die tagesstationäre Behandlung ist ferner nach § 115e Abs. 1 S. 4 SGB V bei Versicherten, die einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V haben, ausgeschlossen.

---

<sup>38</sup> Vgl. BT-Drs. 20/4708, 98.

<sup>39</sup> Vgl. die Stellungnahme der Regierungskommission (Fn 2), S. 6.

Auch wenn sicherlich einzelfallbezogene Abgrenzungsprobleme auftreten werden, ist das Nachrangverhältnis von tagesstationärer zu ambulanter Behandlung damit im Grundsatz eindeutig und systematisch – auch in Anbetracht der kurzen Gesetzgebungszeit – durchaus gelungen geregelt worden. Manche Krankenhäuser mögen sich dennoch durch die Neuregelung dazu veranlasst sehen, bislang beispielsweise in ihrem „Krankenhaus-MVZ“ erbrachte ambulante Behandlungen mit einer mehr als sechsständigen Dauer zukünftig im benachbarten Gebäudeteil als „tagesstationäre Behandlung“ zu erbringen und abzurechnen. Dies ist aber klar gesetzeswidrig und unterliegt auch einer Kontrolle durch den Medizinischen Dienst.

### **III. Abrechnung und Rechnungskontrolle**

Hinsichtlich der Vergütung enthält § 115e Abs. 3 SGB V selbst explizite Vorgaben. Die Abrechnung erfolgt mit den Entgelten, die für eine vollstationäre Behandlung des jeweiligen Falls vorgesehen sind, also den Fallpauschalen und ggf. Zusatzentgelten nach dem KHEntgG. Für jede nicht im Krankenhaus verbrachte Nacht ist ein pauschaler Abzug von 0,04 Bewertungsrelationen vorzunehmen. Dieser Abzug soll die dem Krankenhaus nicht zur Last fallenden Übernachtungskosten abbilden. Insgesamt darf der Abzug einen Anteil von 30 Prozent der Entgelte für den Aufenthalt nicht überschreiten. Eine Differenzierung des Abzugs nach den verschiedenen DRGs erfolgt nicht.<sup>40</sup> Es gilt ferner dieselbe Grenzverweildauer wie bei vollstationärer Krankenhausbehandlung.<sup>41</sup> Nach Einschätzung der Regierungskommission ist der Abzug niedrig genug, um einen wirtschaftlichen Anreiz für tagesstationäre Behandlungen zu setzen.<sup>42</sup>

Wichtig ist die in § 115e Abs. 3 S. 3 SGB V gesetzlich vorgesehene Beschränkung der Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst: „Bei Erbringung einer tagesstationären Behandlung ist eine Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus“ durch den MD nach § 275c SGB V nicht zulässig. Das klingt zunächst so, als dürfe der MD lediglich nicht prüfen, ob bei einer tagesstationären Behandlung vielleicht doch eine Übernachtung notwendig gewesen wäre. Gemeint ist – und der Wortlaut gibt dieses Verständnis her – aber ebenso ein Verbot, zu prüfen, ob statt einer vollstationären Behandlung die günstigere tagesstationäre Behandlung möglich gewesen wäre. Dies ergibt sich unzweideutig aus den Gesetzesmaterialien<sup>43</sup> und im Übrigen auch aus dem Regelungszweck. Der MD darf also in keiner Hinsicht überprüfen, ob eine Übernachtung notwendig gewesen ist.

---

<sup>40</sup> Vgl. BT-Drs. 20/4708, 99.

<sup>41</sup> Vgl. BT-Drs. 20/4708, 99.

<sup>42</sup> Zweite Stellungnahme, S. 7 (Fn 2).

<sup>43</sup> BT-Drs. 20/4708, 99.

Seine Möglichkeiten, die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung insgesamt (primäre Fehlbelegung) sowie deren Dauer (sekundäre Fehlbelegung) zu überprüfen, bleiben unberührt.<sup>44</sup> Insbesondere kann also geprüft werden, ob statt einer tagesstationären Behandlung ambulante Behandlung ausreichend gewesen wäre. Sowohl hinsichtlich der Vergütung als auch hinsichtlich der MD-Kontrolle können Ergänzungen, aber auch Abweichungen vom Gesetz durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene<sup>45</sup> vereinbart bzw. durch Schiedsstellenbeschluss<sup>46</sup> festgesetzt werden.<sup>47</sup>

#### **IV. Freie Fahrt für freie Bürger? Die Fahrtkostenfrage**

Nach § 115e Abs. 2 SGB V werden Fahrtkosten, die nach Aufnahme in das Krankenhaus für die An- oder Abreise anfallen, nicht von den Krankenkassen übernommen. Die Patient:innen müssen ihre An- und Abreise, die sich ggf. mehrfach wiederholen kann, selbst finanzieren. Damit ist, wie bei jeder Verpflichtung zur Selbstzahlung im Rahmen einer Krankenbehandlung, unweigerlich eine soziale Selektion verbunden: Den Komfort einer Tagesbehandlung muss man sich leisten können. Neben den Fahrtkosten bzw. der Leistungsfähigkeit des familiären Umfeldes wird dabei natürlich auch die Nähe des Wohnortes zum Krankenhaus eine Rolle spielen. Dementsprechend wird die tagesstationäre Behandlung wohl primär für Krankenhäuser in Ballungsräumen realisierbar sein, da weite Anfahrtswege einer Einwilligung tendenziell entgegenstehen. Ausnahmen vom Ausschluss der Fahrtkostentragung gelten sinnvollerweise für Rettungsfahrten zum Krankenhaus und Krankenfahrten, die auch zu ambulanten Behandlungen übernahmefähig wären. Letztlich verlagert die tagesstationäre Behandlung – auch durch die notwendige Einbeziehung des familiären Umfeldes in die nächtliche Versorgung – insgesamt einen Teil der zuvor durch die Solidargemeinschaft getragenen Kosten in die private Sphäre.

#### **D. Abgrenzung zu anderen Formen der Krankenhausbehandlung**

Schließlich stellt sich die Frage, wie die tagesstationäre Behandlung von den anderen Formen der Krankenhausbehandlung abgegrenzt werden kann. Zur Erinnerung: Diese Abgrenzung ist keine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme für Jurist:innen, sondern notwendig, da einerseits ein Vorrang-Nachrang-Verhältnis besteht und andererseits die Zuordnung zu einem Vergütungssystem erfolgen muss. Die Bestimmung, was eine bestimmte Form der Krankenhausbehandlung kennzeichnet, ist systematisch von der daran anknüpfenden Prüfung

---

<sup>44</sup> BT-Drs. 20/4708, 99.

<sup>45</sup> Nach § 17b Abs. 2 KHG: Der GKV-Spitzenverband, der Verband der PKV und die DKG.

<sup>46</sup> Nach § 18a Abs. 6 KHG.

<sup>47</sup> § 115e Abs. 3 S. 4, 5 SGB V.

zu trennen, ob die durchgeführte Form der Behandlung auch im Sinne von § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V als solche erforderlich war.<sup>48</sup> Die dabei verwendeten Kriterien, die letztlich den Kern von Krankenhausbehandlung beschreiben, können aber identisch sein.<sup>49</sup>

## **I. Relevante Abgrenzungskriterien**

Krankenhausbehandlung wird durch den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses bei der medizinischen Versorgung charakterisiert.<sup>50</sup> Was diese besonderen Mittel ausmacht, lässt sich aus § 107 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB V herleiten<sup>51</sup>: Eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und jederzeit präsen- te bzw. rufbereite Ärzte.<sup>52</sup> Bei der Abgrenzung der verschiedenen Formen von Krankenhausbehandlung untereinander wird regelmäßig auf die Intensität der Betreuung und Behandlung abgestellt.<sup>53</sup> Diese hat einerseits eine zeitliche Komponente – die Dauer der Unterbringung – aber auch eine sachliche, die sich in der Intensität des Rückgriffs auf die dargestellten Mittel des Krankenhauses, beispielsweise bei Behandlung auf einer Intensivstation – dem „Prototyp der stationären Behandlung“<sup>54</sup> – ausdrückt.<sup>55</sup>

Bei all dem ist wiederum zu berücksichtigen, dass es sich um eine prognostische Entscheidung handelt. Maßgeblich für die Abgrenzung ist nach der Rechtsprechung des BSG der ärztliche Behandlungsplan im Zeitpunkt der Aufnahme.<sup>56</sup>

## **II. Voll- und teilstationäre Behandlung**

Die hier besonders interessierenden Formen der voll- und teilstationären Krankenhausbehandlung werden im Gesetz nicht näher bestimmt. Die Bundesregierung ist in § 16 Nr. 2 KHG zwar ermächtigt worden, die verschiedenen Formen der Krankenhausbehandlung voneinander und von der ambulanten Behandlung abzugrenzen, hat von dieser Ermächtigung aber bislang keinen Gebrauch gemacht.

Die vollstationäre Behandlung ist die klassische Form der Krankenhausbehandlung. Ob sie vorliegt wird vom BSG primär nach der zeitlichen Behandlungsdauer<sup>57</sup> bestimmt: „Von einer vollstationären Krankenhausbehandlung ist jedenfalls dann auszugehen, wenn der Patient nach der Entscheidung des Krankenhausarztes mindestens einen Tag und eine Nacht ununterbrochen

---

<sup>48</sup> Vgl. *Noftz* in Hauck/Noftz, SGB V, EL 11/22, § 39 Rn. 45.

<sup>49</sup> Vgl. *Noftz* (Fn 48).

<sup>50</sup> BSG, Urt. v. 26.4.2022 – B 1 KR 5/21 R, Rn. 13 mwN.

<sup>51</sup> BSG, Urt. v. 19.9.2013 – B 3 KR 34/12 R, Rn. 13.

<sup>52</sup> Vgl. BSG, Urt. v. 13.12.2016 – B 1 KR 1/16 R, Rn. 28.

<sup>53</sup> *Wahl* in *JurisPK-SGB V*, Stand 3/21, § 39 Rn. 37

<sup>54</sup> BSG, Urt. v. 19.9.2013 - B 3 KR 34/12 R, Rn. 14

<sup>55</sup> *Wahl* in *JurisPK-SGB V*, Stand 3/21, § 39 Rn. 37, 39;

<sup>56</sup> BSG, Urt. v. 18.5.2021 – B 1 KR 11/20 R, Rn. 11.

<sup>57</sup> Grundlegend BSG, Urt. v. 4.3.2004 – B 3 KR 4/03 R.

im Krankenhaus versorgt werden soll.“<sup>58</sup> Eine ambulante Operation liegt nach diesem Verständnis im Gegensatz dazu nur dann vor, wenn der Patient weder die Nacht vor noch nach dem Eingriff in einem Krankenhaus verbringt.<sup>59</sup> Bei einer kürzeren Behandlung kann aber durch den besonders intensiven Rückgriff auf die besonderen Mittel des Krankenhauses ebenfalls eine vollstationäre Behandlung gegeben sein, insbesondere wird die bereits genannte Behandlung auf einer Intensivstation, unabhängig von ihrer Dauer, stets als vollstationär eingestuft.<sup>60</sup> Im Wesentlichen verbleibt es aber bei der Abgrenzung nach der ununterbrochenen Aufenthaltsdauer von einem Tag und einer Nacht.

Die teilstationäre Krankenhausbehandlung wird durch das BSG ebenfalls anhand ihres zeitlichen Umfangs von der vollstationären abgegrenzt: „Teilstationäre Behandlung unterscheidet sich nach der gesetzlichen Gesamtkonzeption von vollstationärer Behandlung im Krankenhaus im Wesentlichen dadurch, dass sie nicht auf eine Aufnahme rund um die Uhr ausgerichtet ist, sondern nur jeweils einen Teil eines Tages umfasst.“<sup>61</sup> Sie existiert typischerweise als tagsüber erfolgende Behandlung in einer Tagesklinik oder als Behandlung in einer Nachtambulanz, die abends bzw. nachts erfolgt. Nach dieser Konzeption ist teilstationäre Behandlung eine „wesensgleiche Teilleistung“ der vollstationären Behandlung.<sup>62</sup> Praktisch erfolgt teilstationäre Behandlung insbesondere im Bereich der Psychiatrie, aber auch in der Geriatrie sowie in der Onkologie, z.B. bei Chemotherapien.<sup>63</sup> Sie kann nach der neueren Rechtsprechung des BSG auch in Form von mehrstündigen „Intervallbehandlungen“ an einzelnen getrennten Tagen erfolgen und muss sich auch nicht zwingend über einen mehrtägigen Zeitraum erstrecken.<sup>64</sup> Von der ambulanten Behandlung unterscheidet sich die teilstationäre daher nicht durch ihre Dauer<sup>65</sup> – beide können bei einer mehrstündigen Behandlung im Krankenhaus gegeben sein – sondern durch den notwendigen Rückgriff auf die Krankenhausinfrastruktur, mithin die sachliche Intensität der Behandlung.

### **III. Einordnung der tagesstationären Behandlung**

Wie lässt sich nun die tagesstationäre Behandlung einordnen? Wie die teilstationäre unterscheidet sie sich von der vollstationären Behandlung dadurch, dass keine ununterbrochene Anwesenheit für mindestens einen Tag und eine Nacht im Krankenhaus vorgesehen ist.

---

<sup>58</sup> BSG, Urt. v. 18.5.2021 – B 1 KR 11/20 R, Rn. 11.

<sup>59</sup> BSG, Urt. v. 8.9.2004 – B 6 KA 14/03 R, Rn. 19.

<sup>60</sup> BSG, Urt. v. 28.7.2007 – B 3 KR 17/06 R.

<sup>61</sup> BSG, Urt. v. 19.4.2016 – B 1 KR 21/15 R, Rn. 12.

<sup>62</sup> BSG, Urt. v. 19.4.2016 – B 1 KR 21/15 R, Rn. 14.

<sup>63</sup> Vgl. *Quaas* in: *Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht*, 3. Auflage 2018, § 27 Rn. 33.

<sup>64</sup> BSG, Urt. v. 19.4.2016 – B 1 KR 21/15 R, Rn. 12 ff.

<sup>65</sup> Vgl. *Becker* in *Becker/Kingreen, SGB V*, 8. Aufl. 2022, § 39 Rn. 17.

Vielmehr ist eine mindestens sechs Stunden umfassende Anwesenheit ohne Übernachtung vorgesehen. Der Unterschied zur ambulanten Behandlung besteht im Rückgriff auf die besondere Infrastruktur des Krankenhauses.

Bereits anhand dieser Abgrenzung wird die Ähnlichkeit zur teilstationären Behandlung deutlich. Das SGB V benennt explizit lediglich zwei konkrete Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsformen: Die tagesstationäre Behandlung muss erstens mindestens sechs Stunden täglich und zweitens ohne Übernachtung erfolgen. Die teilstationäre Behandlung kennt hingegen keine Mindestdauer und ist auch als Behandlung in einer Nachtambulanz möglich. Danach bestünde aber ein ganz erheblicher Überschneidungsbereich von teilstationärer Behandlung und tagesstationärer Behandlung. Jede Tagesbehandlung mit über sechsstündiger Dauer ließe sich dann sowohl als tagesstationäre wie auch als teilstationäre Behandlung einordnen. Da das Gesetz den Vorrang der teilstationären vor der tagesstationären Behandlung explizit anordnet, wäre die tagesstationäre Behandlung dann überhaupt nicht erbringbar.

Möglicherweise geht der Gesetzgeber davon aus, die Abgrenzungsfrage erübrige sich in der Praxis, da teilstationäre Behandlung primär im psychiatrischen Bereich erfolge und die tagesstationäre Behandlung in § 115e Abs. 1 S. 1 SGB V auf den somatischen Bereich beschränkt ist. Diese Annahme würde aber den Regelungsgehalt von § 39 SGB V verkennen. Einerseits gibt es sehr wohl auch außerhalb der Psychiatrie, beispielsweise in der Onkologie, teilstationäre Behandlungen. Andererseits – und das ist entscheidend – besteht der vorrangige gesetzliche Anspruch auf teilstationäre Behandlung unabhängig davon, in welchen Bereichen diese Behandlung aktuell praktisch bereits etabliert ist. Richtig ist, dass der Anspruch auf Krankenhausbehandlung eine Zulassung des behandelnden Krankenhauses voraussetzt. Dies wird so verstanden, dass auch die konkret erbrachte Leistung vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses erfasst sein muss,<sup>66</sup> der wiederum nach dem Krankenhausplan und den zugehörigen Bescheiden zu bestimmen ist.<sup>67</sup> Dann erfordert eine teilstationäre Behandlung auch die Zuweisung von teilstationären Behandlungsplätzen.<sup>68</sup> Ist diese nicht erfolgt, verbliebe dem Krankenhaus jeweils nur die Möglichkeit, tagesstationär und nicht teilstationär zu behandeln. Mit anderen Worten: Krankenhäuser, die bislang keine Tages- oder Nachtambulanzen betreiben, könnten jetzt tagesstationär behandeln. Dies entspricht aber nicht dem Inhalt des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V. Wenn die vorrangige teilstationäre Behandlung grundsätzlich medizinisch möglich ist, das behandelnde

---

<sup>66</sup> Wahl in JurisPK-SGB V, Stand 3/21, Rn. 52.

<sup>67</sup> Vgl. BSG, Urt. v. 9.4.2019 – B 1 KR 2/18 R, Rn. 12.

<sup>68</sup> Vgl. BSG, Urt. v. 26.4.2022 – B 1 KR 5/21 R, Rn. 27.

Krankenhaus diese aber mangels Versorgungsauftrag nicht erbringen darf, müsste die Behandlung schlicht in einem anderen Krankenhaus erfolgen, das über einen entsprechenden Versorgungsauftrag verfügt.

Ein Rettungsanker für die Abgrenzung könnte aus der Hansestadt Hamburg kommen. Das dortige LSG vertritt die Auffassung, teilstationäre Behandlung sei kein bloßes „Minus“ gegenüber der vollstationären, sondern ein aluid im Sinne einer auch inhaltlich anderen Behandlungsform.<sup>69</sup> Die teilstationäre Behandlung „folgt [...] einem grundsätzlich anderen Behandlungskonzept und findet in der Regel in gesonderten, räumlich getrennten Abteilungen des Krankenhauses statt.“<sup>70</sup> Grenzt man die teilstationäre Behandlung in diesem Sinne nicht lediglich zeitlich, sondern auch qualitativ-sachlich von der vollstationären Behandlung ab, verbliebe Raum für einen eigenen Anwendungsbereich auch der tagesstationären Behandlung. Folgt man dem Hamburger Modell, könnte wie folgt differenziert werden:

- Vollstationäre Behandlung liegt vor, wenn mindestens einen Tag und eine Nacht ununterbrochen im Krankenhaus versorgt werden soll.
- Tagesstationäre Behandlung liegt als „wesensgleiche Teilleistung“ der vollstationären Behandlung vor, wenn mindestens sechs Stunden täglich ohne Übernachtung im Krankenhaus versorgt werden soll.
- Teilstationäre Tagesbehandlung liegt als „aluid“ zur vollstationären Versorgung vor, wenn aufgrund eines besonderen Versorgungskonzepts in auf dieses Konzept spezifisch ausgerichteten und dafür zugelassenen Tageskliniken tagsüber versorgt werden soll.

Die Begründung des LSG Hamburg ist plausibel, aber stark auf die psychiatrische Versorgung bezogen. Abgestellt wird insbesondere auf die bewusste Konfrontation der Tagespatient:innen mit den Konfliktsituationen des Alltags als Teil des therapeutischen Konzepts.<sup>71</sup> Ob die teilstationäre Behandlung auch im somatischen Bereich wirklich einem grundlegend anderen Behandlungskonzept folgt als die vollstationäre, müsste bereichsspezifisch untersucht werden.<sup>72</sup> Das BSG hat die Hamburger Entscheidung aus anderen Gründen aufgehoben, dabei aber offengelassen, ob die dortige Einordnung der teilstationären Behandlung tragfähig ist.<sup>73</sup>

Die Abgrenzung von teil- und tagesstationärer Behandlung bleibt damit nach den gegenwärtigen gesetzlichen Regelungen unklar, die potentielle Schnittmenge ist sehr groß. Die

---

<sup>69</sup> LSG HH, Ur. v. 21.1.2021 – L 1 KR 106/19, Rn. 42.

<sup>70</sup> LSG HH (Fn 69).

<sup>71</sup> LSG HH (Fn 69).

<sup>72</sup> So *Starzer* in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Auflage 2022, § 1 KHEntgG Rn. 5.

<sup>73</sup> BSG, Ur. v. 26.4.22 – B 1 KR 5/21, Rn. 23.

Praxis mag sich damit behelfen, schlicht diejenigen Leistungen, die bislang in entsprechenden Tageskliniken als teilstationär erbracht worden sind, vom Anwendungsbereich der tagesstationären Versorgung auszunehmen. Eine gesetzgeberische Klarstellung, ob dies der gewünschte Umgang ist, wäre nicht zuletzt aus Gründen der Rechtssicherheit geboten.

### **E. Fazit und rechtspolitische Einordnung**

Die neue tagesstationäre Behandlung erweist sich als Herausforderung für das etablierte System der Krankenhausbehandlung. Das muss nicht schlecht sein, denn dieses System hat zuletzt nicht besonders gut funktioniert. Durch den Einbezug von Einwilligung und häuslicher Umgebung erhalten Kriterien, die nicht „medizinisch-objektiv“ sind, eine größere Bedeutung. Ein wesentliches rechtliches Problem ist die Abgrenzung zur gesetzlich vorrangigen teilstationären Behandlung. Hier sollte der Gesetzgeber im Sinne der Rechtssicherheit nachbessern und klarstellen, was eigentlich unter teilstationärer Behandlung zu verstehen ist. Die Abgrenzung zur ambulanten Behandlung ist hingegen klarer gelungen. Ob sich viele medizinisch geeignete Fälle finden lassen und ob rechtswidrige Verlagerungen von der ambulanten in die stationäre Behandlung stattfinden werden, wird die Praxis zeigen. Zeitnahe Evaluationen sind vorgesehen.

Wenn mit Hilfe der neuen Regelung unnötige Krankenhausübernachtungen entfallen, die von den Patient:innen nicht gewollt sind, ist dies zu begrüßen. Insgesamt führt die neue Behandlungsform zu einer partiellen Privatisierung der Behandlungsleistung durch Verlagerung der Betreuung in den häuslichen Bereich. Die fehlende Übernahme von Fahrtkosten wirkt sozial selektiv. Krankenhäuser außerhalb von Ballungsgebieten sind tendenziell weniger gut für eine tagesstationäre Behandlung geeignet. Ob auf diesem Weg eine merkliche Entlastung des Personals erreicht werden wird, bleibt abzuwarten. Im Krankenhaus, wie auch in allen anderen Bereichen der Arbeitswelt, sind jedenfalls arbeitsrechtlich verbindliche und einklagbare Ansprüche der Beschäftigten notwendig, wenn annehmbare Arbeitsbedingungen tatsächlich erreicht werden sollen. In diese Richtung weisen die jüngst in NRW und an der Charité verhandelten Entlastungstarifverträge. Wer gute Arbeitsbedingungen will, braucht verbindliche arbeitsrechtliche Vorgaben. Die auch in diesem Beitrag deutlich werdende Komplexität der Verschränkung ambulanter, stationärer und sektorengleicher Behandlung verlangt hingegen auf lange Sicht nach einer deutlichen Vereinfachung und Neugestaltung.