

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) – eine ordnungspolitische Einordnung

MDK/SEG 4 Jahrestagung 2019
Strukturen schaffen, Schnittstellen gestalten

Stuttgart, 29.01.2019
Dr. Mechtild Schmedders

Agenda

- ▶ ASV – Strukturen und Schnittstellen
- ▶ 116b – Parallelstrukturen
- ▶ ASV – Entwicklung
- ▶ ASV – Konflikte

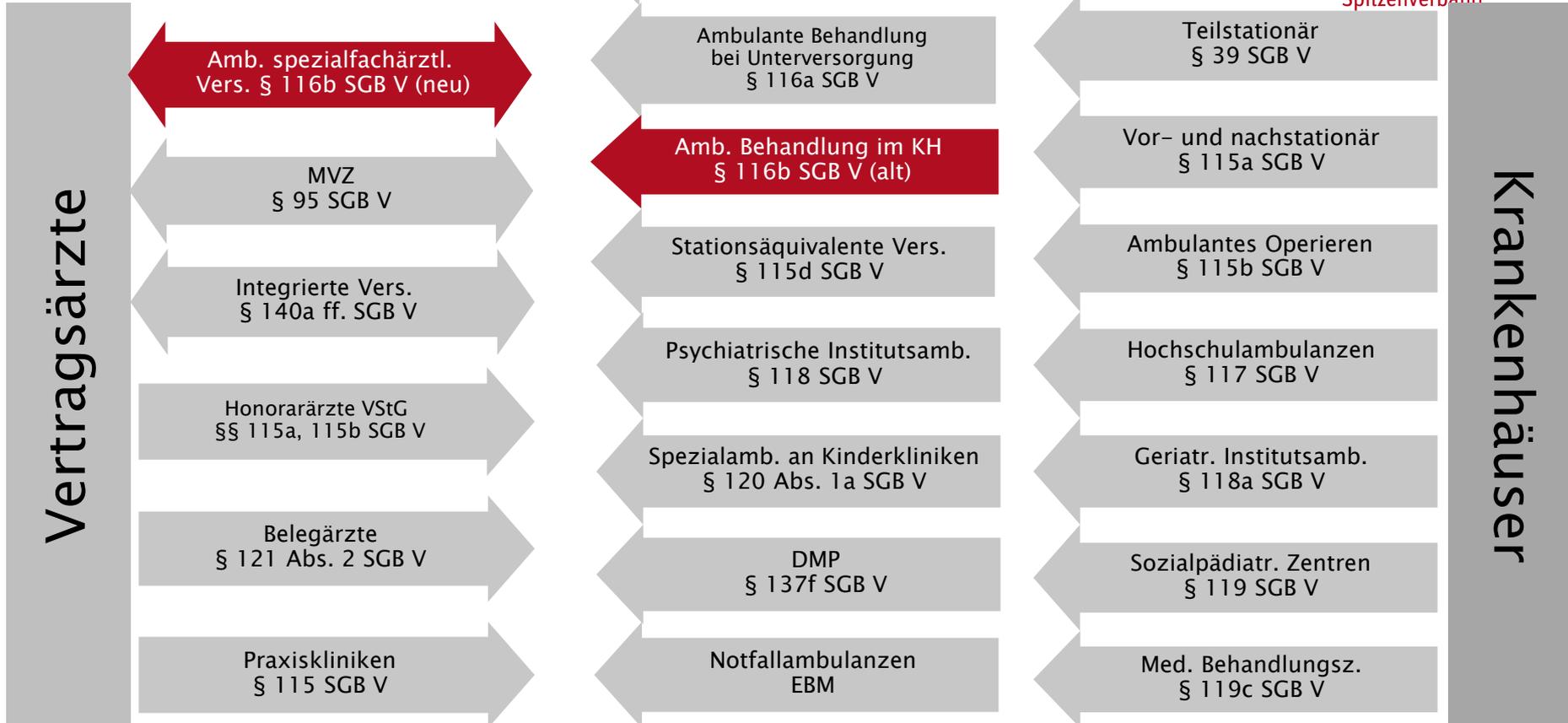
Agenda

- ▶ **ASV – Strukturen und Schnittstellen**
- ▶ 116b – Parallelstrukturen
- ▶ ASV – Entwicklung
- ▶ ASV – Konflikte

Ambulant-stationärer Grenzbereich



Spitzenverband





Reformvorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung

Positionspapier beschlossen vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 30. August 2017

Anforderungen an ein modernes Vergütungssystem für ambulante Versorgung an der Sektorengrenze

RALF HEYDER,
MARCUS FARK,
ANJA SIMON,
GABRIELE SÖNNITAG

Ralf Heyder ist Generalsekretär des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands e.V., Berlin

Marcus Fark ist Referent beim Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V., Berlin

Anja Simon ist Kaufmännische Direktorin am Universitätsklinikum Würzburg und Vorstand beim Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V., Berlin

Gabriele Sonntag ist Kaufmännische Direktorin am Universitätsklinikum Tübingen und 2. Vorsitzende des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands e.V., Berlin

Gemäß Koalitionsvertrag soll eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe Reformvorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung ausarbeiten. Auf der Agenda stehen alle Stellschrauben, die Einfluss auf die Versorgungsstrukturen an der Sektorengrenze haben: Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung. Damit aus der Reform greifbare Fortschritte für die Patienten resultieren, sollte die Förderung patientenorientierter Strukturen an der Sektorengrenze zum zentralen Leitmotiv werden. Nachfolgend werden dafür Ansatzpunkte skizziert. Betrachtet wird unter anderem, inwieweit Vergütungsreformen für einen patientenorientierten Umbau der Versorgungslandschaft erforderlich sind.

1. Einleitung

Die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung steht seit vielen Jahren auf den gesundheitspolitischen to-do-Listen weit oben. An der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wurden in der Vergangenheit viele Reformversuche gestartet – bisher ohne durchschlagenden Erfolg.

Viele Kommentatoren nennen die unterschiedlichen Vergütungssysteme zwischen den Sektoren als einen wesentlichen Grund dafür, dass die sektorenübergreifende Zusammenarbeit nicht gut funktioniert. Entsprechend wird häufig die Angleichung der Vergütungssysteme als eine wesentliche Voraussetzung für

die Entstehung sektorenübergreifender Versorgungsangebote genannt. Im Folgenden wird diese Hypothese am Beispiel der ambulanten Notfallversorgung und der spezialisierten ambulanten Versorgung kritisch hinterfragt. Im Fokus stehen dabei nicht nur die Vergütungssysteme selbst, sondern auch ihre ordnungspolitische Einbettung.

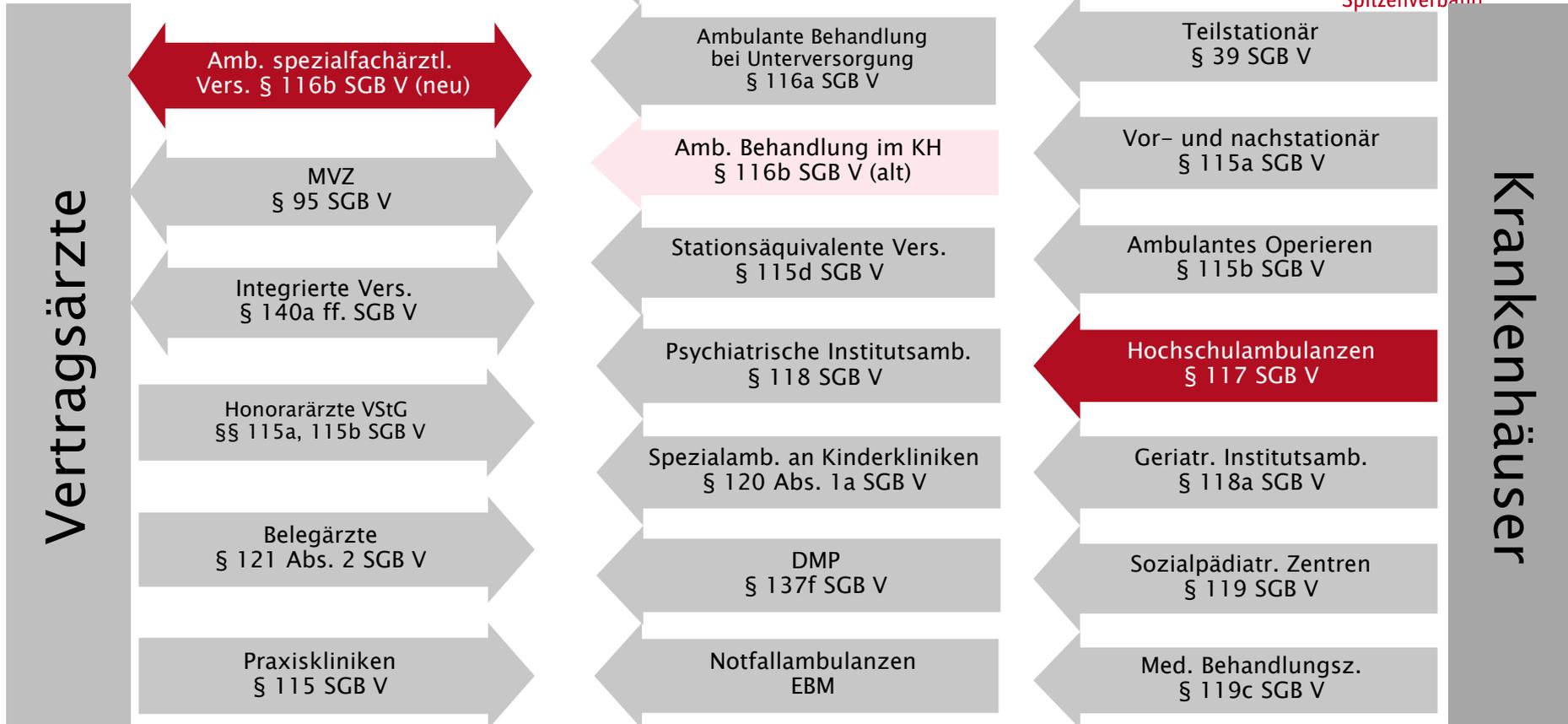
Zielbild für Versorgungsstrukturen definieren, Vergütungssysteme darauf ausrichten

Die Entwicklung eines sektorenübergreifenden Vergütungssystems ist kein Selbstzweck. Bevor eine solch weitgehende

Ambulant-stationärer Grenzbereich



Spitzenverband



Vergleich ASV und HSA

§ 116b (neu) versus § 117 SGB V

	ASV	HSA
Patientengruppen	<ul style="list-style-type: none"> mit besonderen Krankheitsverläufen mit seltenen Erkrankungen [inkludiert hochspezialisierte Leistungen] 	<ul style="list-style-type: none"> mit seltenen Erkrankungen zur Diagnosesicherung mit Erkrankungen nach § 116b SGB V mit hochspezialisiertem Versorgungsbedarf
Zugang für Leistungserbringer	Nachweis der Eignung gegenüber den erweiterten Landesausschüssen „Wer kann, der darf“	Ermächtigt per Gesetz „Wer will, der darf“
Vergütung	EBM (Ziel: diagnosebezogene Gebührenpositionen)	HSA-bezogen: Quartalspauschale je Behandlungsfall, ergänzende Vergütungen möglich
„Innovationen“	„Verbotsvorbehalt“, sofern in hochwertigen Leitlinien benannt und in Konkretisierung aufgenommen	„Verbotsverhalt“ (April 2017, HHVG)

Agenda

- ▶ ASV – Strukturen und Schnittstellen
- ▶ 116b – Parallelstrukturen
- ▶ ASV – Entwicklung
- ▶ ASV – Konflikte

116b – Entwicklungsgeschichte

- ▶ GKV-Modernisierungsgesetz (2003)
 - Selektive Verträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, ohne Bereinigung
- ▶ GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007)
 - Zulassungsanspruch, aber Bestimmung durch Länder
 - **G-BA-Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus**



Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die ambulante Behandlung im Krankenhaus
nach § 116b SGB V

In der Fassung vom 18. Oktober 2005
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 7 (S. 88) vom 11. Januar 2006
In Kraft getreten am 12. Januar 2006

zuletzt geändert am 15. Dezember 2011
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 197 (S. 4 655) vom 30. Dezember 2011
In Kraft getreten am 31. Dezember 2011

116b – Entwicklungsgeschichte

- ▶ GKV-Modernisierungsgesetz (2003)
 - Selektive Verträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, ohne Bereinigung
- ▶ GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007)
 - Zulassungsanspruch, aber Bestimmung durch Länder
 - G-BA-Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus
- ▶ GKV-Versorgungsstrukturgesetz (2012)
 - Einheitlicher Rechtsrahmen
 - Zulassungsmotto „Wer kann, der darf.“
 - **G-BA-Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung**

Richtlinie



des **Gemeinsamen Bundesausschusses**
über die ambulante spezialfachärztliche
Versorgung nach § 116b SGB V

in der Fassung vom 21. März 2013
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 19.07.2013 B1)
in Kraft getreten am 20. Juli 2013

zuletzt geändert am 17. Mai 2018
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.08.2018 B1)
in Kraft getreten am 16. August 2018

Die Zeitschrift der Ärzteschaft

Gegründet 1872

Ausgabe A

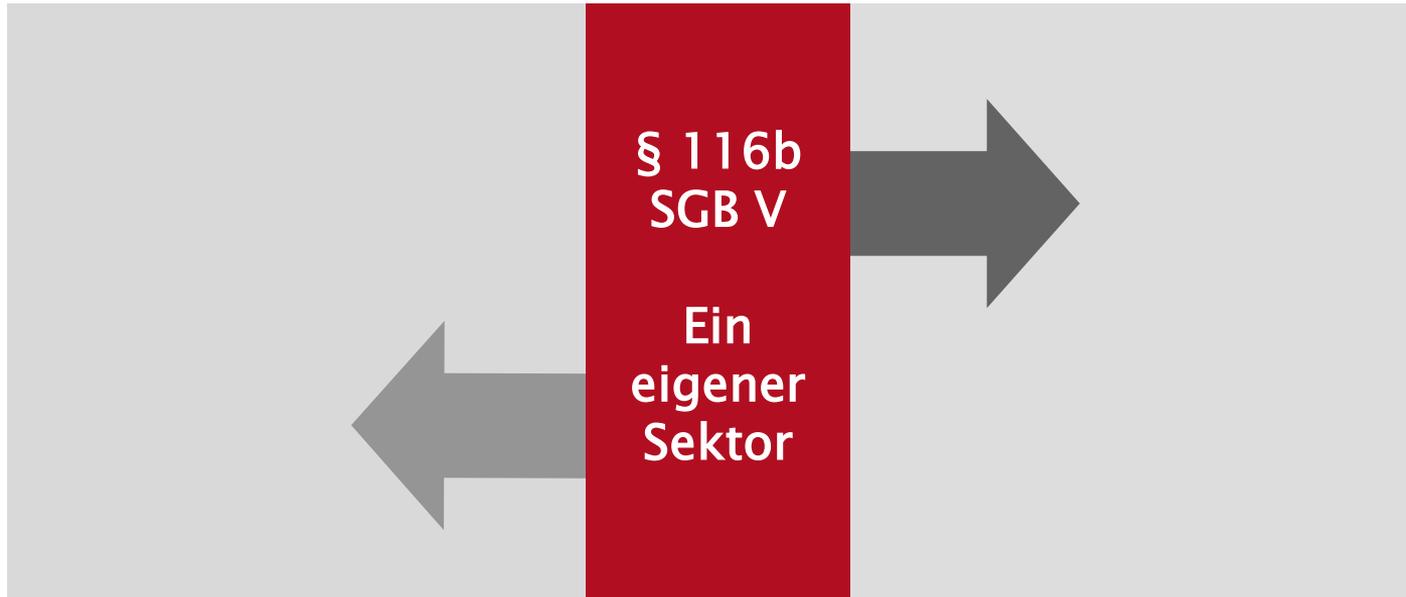
20. März 2009



Öffnung der Krankenhäuser nach § 116 b

Ungleicher Kampf

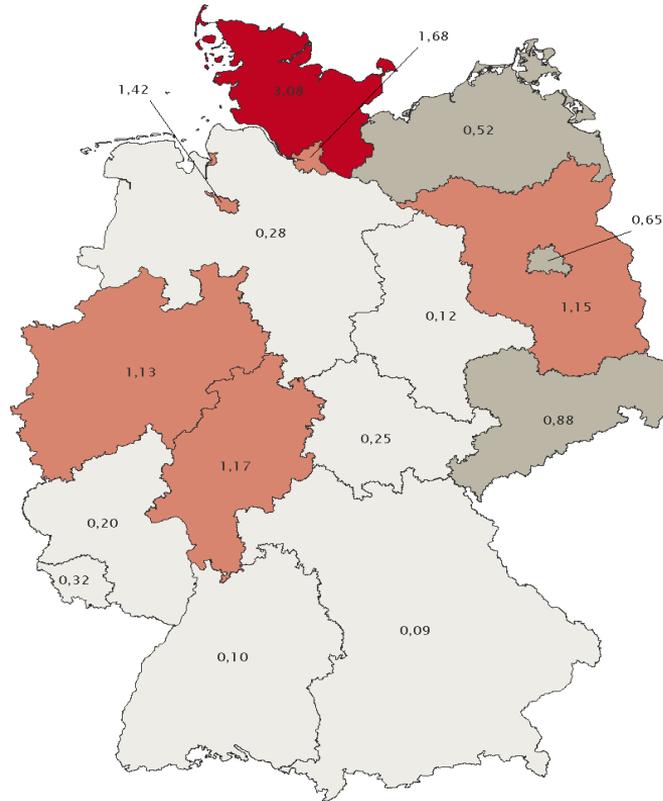
ASV: Gleiche Regeln für Krankenhäuser und Niedergelassene



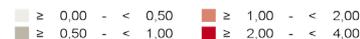
ASV auf Bundesebene

§ 116b SGB V	G-BA 116b (4)	Überarbeitung der RL nach § 116b
		Überarbeitung der Konkretisierungen der RL nach §116b
		Anpassung der Verfahrensordnung
	Dreiseitig 116b (6)	Abrechnung
		Vergütung
	Zwei seitig	Bereinigung

ABK-Richtlinie



Durchschnittliche Anzahl an
116b-Bestimmungen pro Krankenhaus
(allgemeine Krankenhäuser)



37 Indikationen



Anzahl Bestimmungen:

- Bremen / 17
- Schleswig-Holstein / 219
- NRW / 395
- Sachsen / 63
- Hamburg / 74
- Saarland / 8
- Hessen / 184
- Brandenburg / 53
- Thüringen / 10
- Rheinland-Pfalz / 17
- Niedersachsen / 49
- Berlin / 42
- Baden-Württemberg / 24
- Bayern / 28
- Mecklenburg-Vorp. / 17
- Sachsen-Anhalt / 5

Überarbeitung der Konkretisierungen / § 116b SGB V

Konkretisierung	In Kraft seit	Beschlossen
Tuberkulose	24.04.2014	
Gastrointestinale T.	26.07.2014	
Marfan	30.06.2015	
Gynäkologische T.	10.08.2016	
Pulmonale Hypertonie	01.06.2016	
Mukoviszidose	18.03.2017	
Rheumatologische Erk.	19.04.2018	
Urologische T.	26.04.2018	
Morbus Wilson	12.06.2018	
ausgewählte seltene Lebererk.	16.08.2018	
Hauttumoren		20.12.2018
Hämophilie		voraussichtlich 1.Q 2019

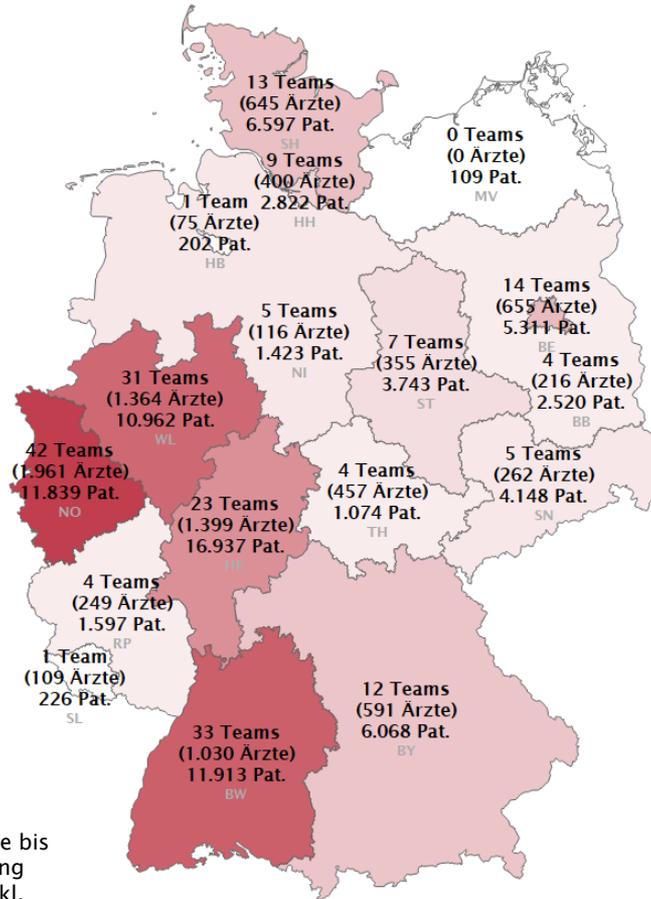
Agenda

- ▶ ASV – Strukturen und Schnittstellen
- ▶ 116b – Parallelstrukturen
- ▶ ASV – Entwicklung
- ▶ ASV – Konflikte

ASV-Teams und -Patienten gesamt



Spitzenverband



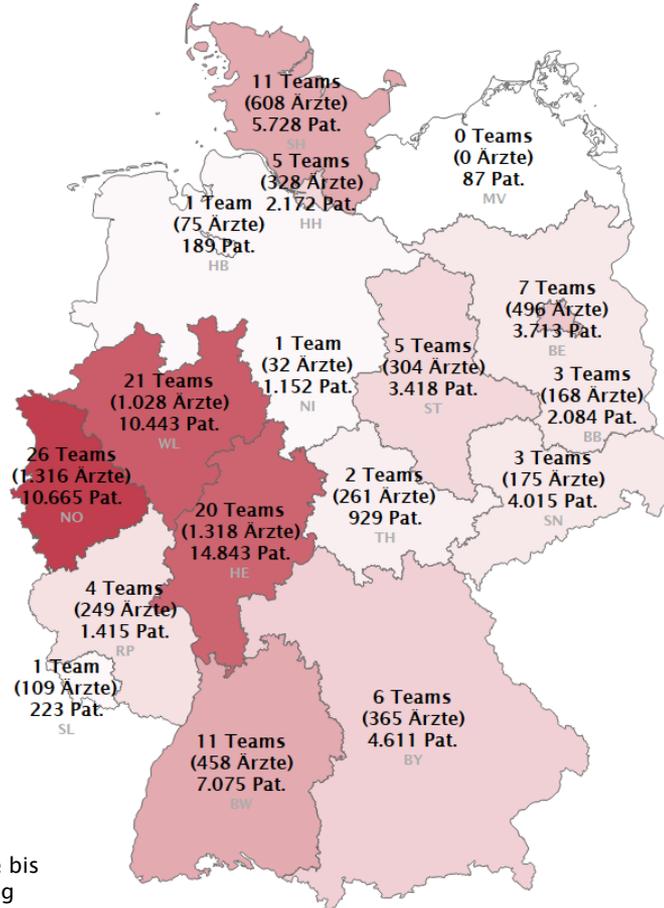
Stand der Teams: 16.01.2019

Stand der Patienten: 27.12.2018 (Abrechnungen, die bis zum 15.12.2018 von den Krankenkassen zur Zahlung freigegeben wurden); bei seltenen Erkrankungen inkl. Verdachtsdiagnosen

ASV-Teams und -Patienten für GiT



Spitzenverband



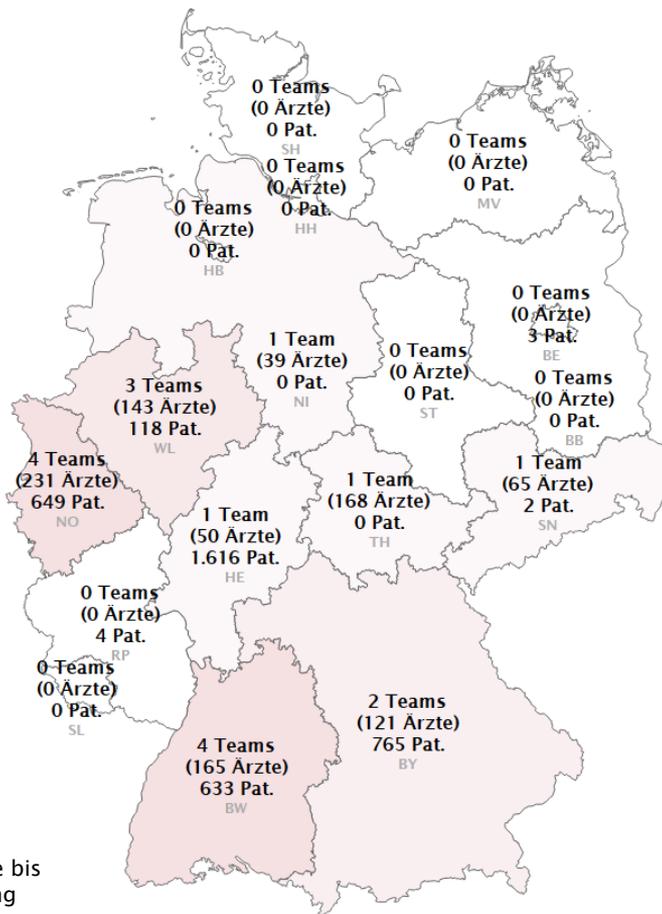
Stand der Teams: 16.01.2019

Stand der Patienten: 27.12.2018 (Abrechnungen, die bis zum 15.12.2018 von den Krankenkassen zur Zahlung freigegeben wurden)

ASV-Teams und -Patienten für GynT (o. Subsp.)



Spitzenverband



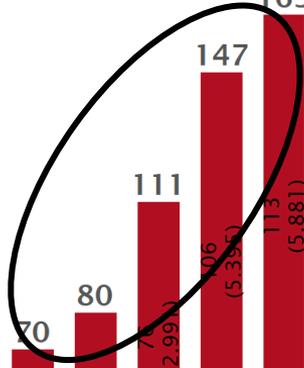
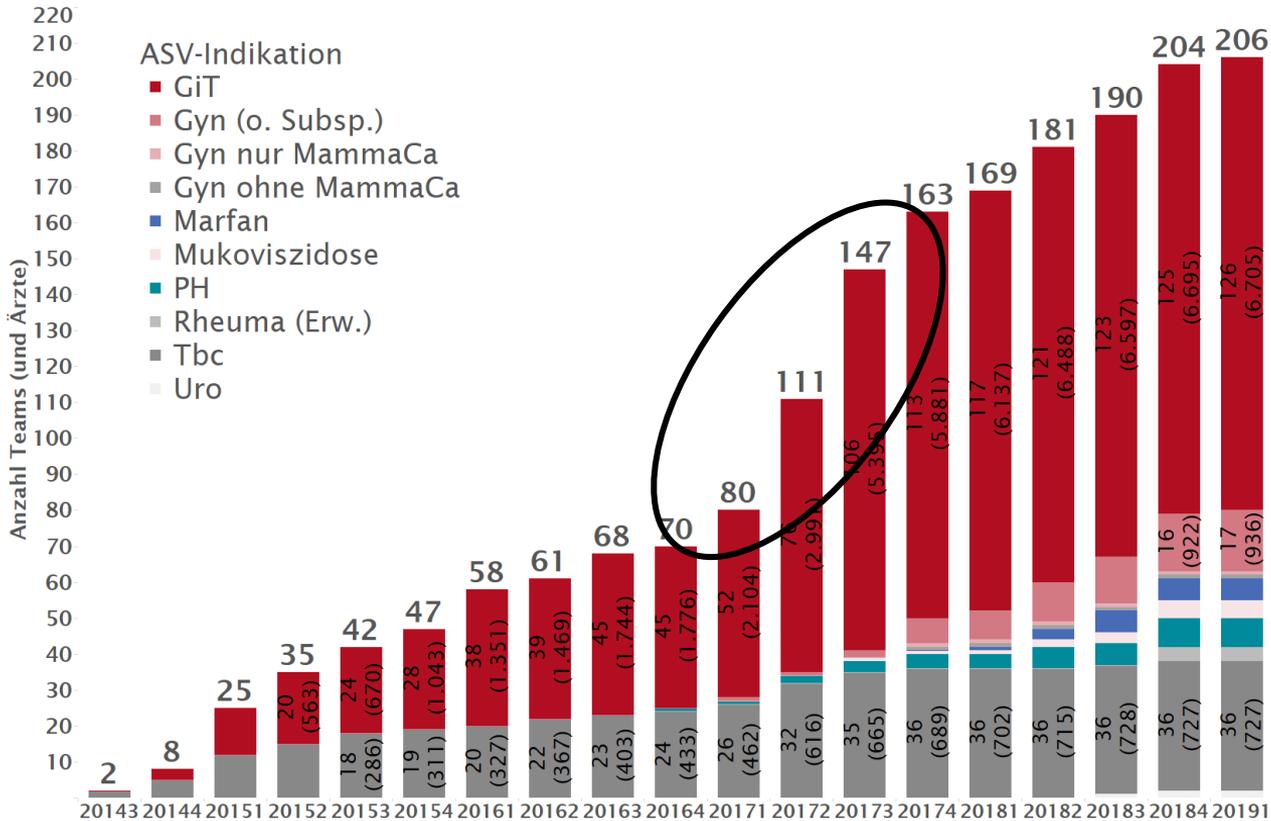
Stand der Teams: 16.01.2019

Stand der Patienten: 27.12.2018 (Abrechnungen, die bis zum 15.12.2018 von den Krankenkassen zur Zahlung freigegeben wurden)

Entwicklung der ASV-Teamzahlen



Spitzenverband



Stand der Teams: 16.01.2019



116b-Übergangsregelung

Bestimmungen, die von einem Land nach § 116b in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung getroffen wurden, gelten weiter.

Sie werden unwirksam, wenn das Krankenhaus zu dieser Erkrankung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt ist,

spätestens jedoch **drei Jahre nach Inkrafttreten** des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses.

(vgl. § 116b Abs. 8 SGB V)

Agenda

- ▶ ASV – Strukturen und Schnittstellen
- ▶ 116b – Parallelstrukturen
- ▶ ASV – Entwicklung
- ▶ **ASV – Konflikte**

„Nostalgiefolie“ aus 2012: Zweidutzend Konflikte

1. „Schwere Verlaufsformen“
2. „Seltene Erkrankungen“
3. Behandlungserfahrung
4. Leitlinienorientierte Behandlung
5. Studienteilnahme
6. Dokumentation
7. Kooperation mit Selbsthilfe
8. Räumliche Ausstattung
9. Facharztstatus
10. Intensivstation
11. 24-Stunden-Notfallversorgung
12. Mindestmengen
13. Schalenmodell / Team
14. Andere Berufsgruppen
15. Verweis aus QS 135 Abs. 2 SGB V
16. „Kooperationen“
17. Ort der Leistungserbringung
18. Überweisungserfordernis
19. Gesicherte Diagnose
20. Abgrenzung zu „teilstationär“
21. Methoden: „Verbotsvorbehalt“
22. Behandlungsumfang
23. Katalogentwicklung
24. Kodierrichtlinien

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

