

Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

116b-Umsetzung aus Sicht der GKV

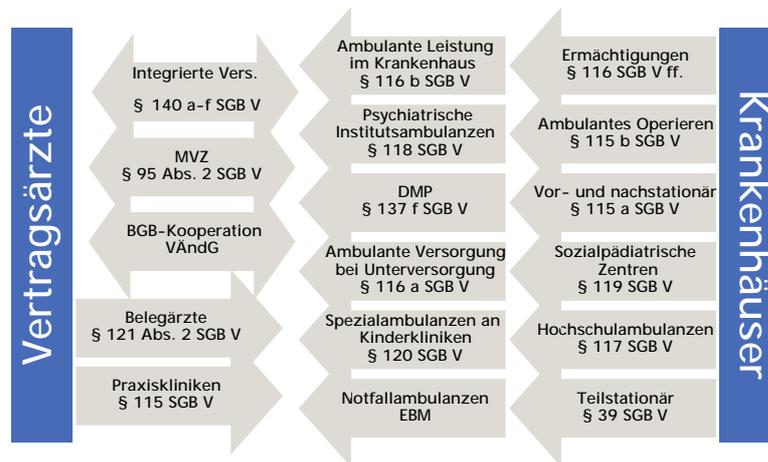
DRG-Forum
Berlin, 15.03.2013

GKV-Spitzenverband
Dr. Wulf-Dietrich Leber

Gang der Handlung

- 1 Spezialärztliche Versorgung
- 2 Neuregelung des § 116b im GKV-VStG
- 3 § 116b im G-BA: Zwei Dutzend Konflikte
- 4 Vergütungsfragen
- 5 Wie weiter?

Ambulant-stationärer Grenzbereich



Ambulante Krankenhausleistungen Ein Jahrhundertthema

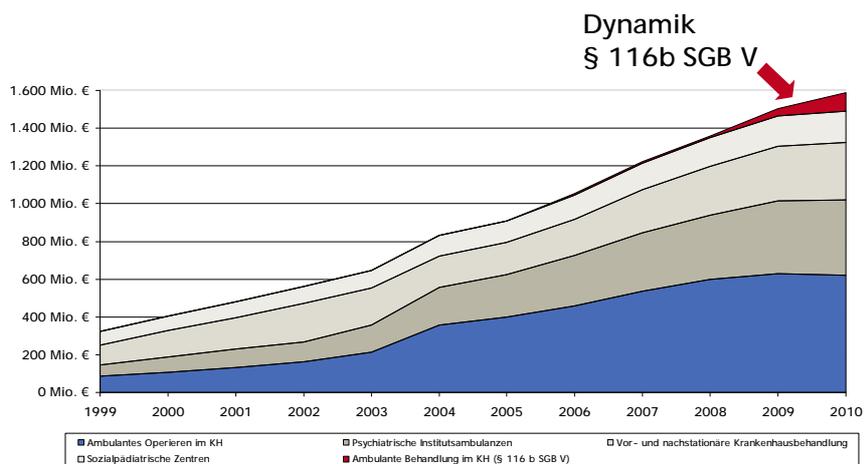
- è zunächst wenig Beschränkungen für ambulante Krankenhausleistungen
- è ab 1930: Kassenarztmonopol
 - Brüningssche Notverordnung
 - Aufbaugesetzgebung
 - Kassenarztrecht 1955
- è ab 1989: Reconquista
Rückeroberung der ambulanten Versorgung durch das Krankenhaus - fast jährlich neue Rechtsformen für ambulante Krankenhausleistungen
- è ab 2012: erstmals gleicher Rechtsrahmen für Krankenhäuser und Niedergelassene bei 116b-Leistungen

Reconquista-Erfolge seit 1989



- 1989:
 - Teilstationäre Versorgung
 - Hochschulambulanzen
 - Sozialpädiatrische Zentren
 - Psychiatrische Institutsambulanzen
- 1993:
 - Ambulantes Operieren
 - vor- und nachstationär
 - Integrierte Versorgung
- 2004:
 - Disease-Management-Programme (DMP)
 - Hochspezialisierte Leistungen
- 2009:
 - Spezialambulanzen an Kinderkliniken
- 2013:
 - Psychosomatische Institutsambulanzen
 - Geriatrische Institutsambulanzen (beides im PsychEntg)

GKV-Ausgaben für ambulante Leistungen im Krankenhaus



Quelle: KJ1, eigene Darstellung

Deutsches Ärzteblatt

12



Die Zeitschrift der Ärzteschaft | Gegründet 1872 | Ausgabe A | 20. März 2009



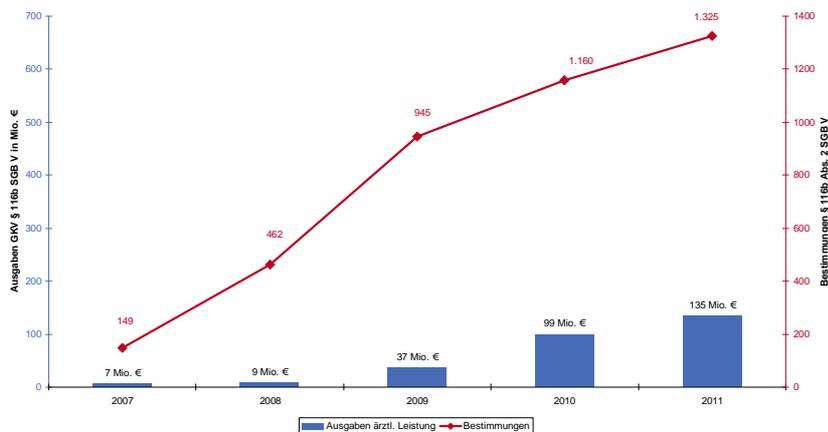
Öffnung der Krankenhäuser nach § 116 b
Ungleicher Kampf

GKV-Spitzenverband
Dr. Wulf-Dietrich Leber

15.03.2013

7

116b-Bestimmungen und Ausgabenvolumen



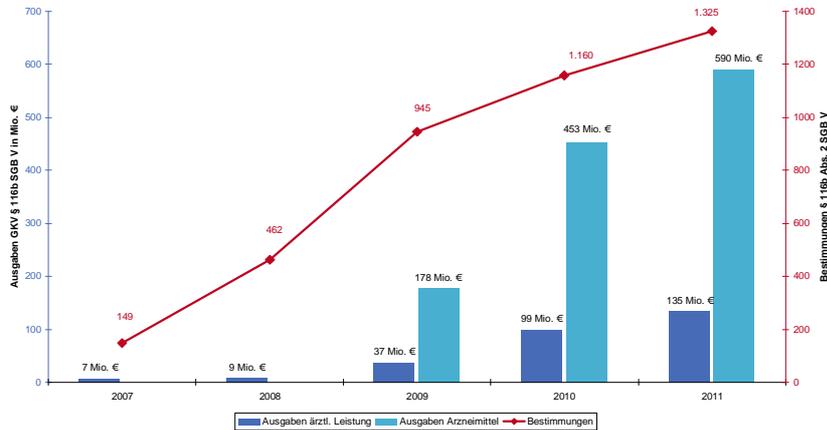
Quelle: Ausgaben ärztl. Leistung 2007 bis 2010 lt. KJ 1, 2011 lt. KV 45; Ausgaben Arzneimittel: Hochrechnung des GKV-SV;
Bestimmungen: Umfrage des GKV-SV 01/2012

GKV-Spitzenverband
Dr. Wulf-Dietrich Leber

15.03.2013

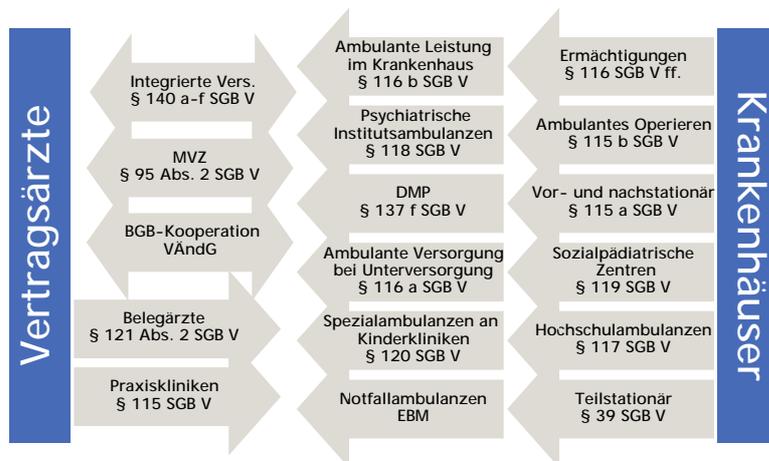
8

116b-Bestimmungen und Ausgabenvolumen (inkl. Arzneimittel)



Quelle: Ausgaben ärztl. Leistung 2007 bis 2010 lt. KJ 1, 2011 lt. KV 45; Ausgaben Arzneimittel: Hochrechnung des GKV-SV;
Bestimmungen: Umfrage des GKV-SV 01/2012

Projekt: 115x ?



Gang der Handlung



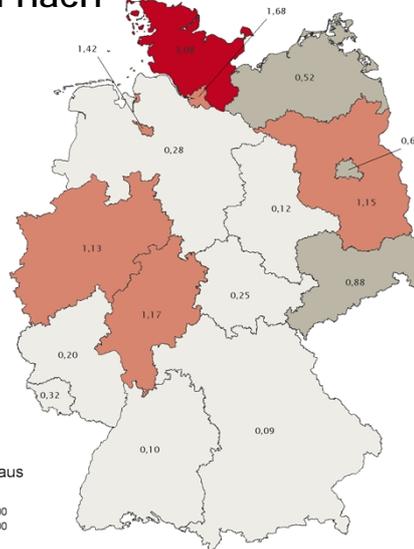
- 1 Spezialärztliche Versorgung
- 2 Neuregelung des § 116b im GKV-VStG
- 3 § 116b im G-BA: Zwei Dutzend Konflikte
- 4 Vergütungsfragen
- 5 Wie weiter?

§ 116b - Entwicklungsgeschichte



- è GKV-Modernisierungsgesetz (2003):
 - selektive Verträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, ohne Bereinigungen
- è GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz (2007):
 - Zulassungsanspruch, aber Bestimmung durch Länder
- è GKV-Versorgungsstrukturgesetz (2012):
 - einheitlicher Rechtsrahmen
 - Zulassung „Wer kann, der darf.“

Anzahl von 116b-Bestimmungen nach Bundesland



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

■ ≥ 0,00 - < 0,50 ■ ≥ 1,00 - < 2,00
 ■ ≥ 0,50 - < 1,00 ■ ≥ 2,00 - < 4,00

Quelle: Umfrage des GKV-Spitzenverbandes (2011), eigene Darstellung

GKV-Spitzenverband
Dr. Wulf-Dietrich Leber

15.03.2013

13

116b-Krankheiten



Anlage 1	Anlage 3
CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen	Onkologische Erkrankungen gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle Tumoren der Lunge und des Thorax Knochen- und Weichteiltumoren Hauttumoren Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven Kopf- oder Halstumoren Augentumoren gynäkologischen Tumoren urologischen Tumoren Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung Tumore bei Kindern und Jugendlichen
Anlage 2 Mukoviszidose Gerinnungsstörungen (Hämophilie) Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen Teil 1 angeborene Skelettsystemfehlbildungen Teil 2 Fehlbildungen (leer) schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen Swyer-James- /McLeod-Syndrom (spezielle Form des Lungenemphysems) (gestrichen) biliärer Zirrhose primär sklerosierender Cholangitis Morbus Wilson Transsexualismus (leer) Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen (leer) Marfan-Syndrom Pulmonaler Hypertonie Tuberkulose neuromuskulären Erkrankungen Kurzdarmsyndrom vor oder nach Lebertransplantation	HIV/AIDS schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen Teil Erwachsene Teil Kinder und Jugendliche schweren Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3 - 4) Tuberkulose: umgruppiert in Anlage 2 Nr. 13 (leer) Multipler Sklerose Anfallsleiden pädiatrischen Kardiologie Frühgeborenen mit Folgeschäden: k. K. (leer) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen: k. K. (leer)

GKV-Spitzenverband
Dr. Wulf-Dietrich Leber

15.03.2013

14

116b-Neuregelung Bewertung aus GKV-Sicht



è Richtig ist:

- einheitlicher Regelungsbereich für Krankenhäuser und niedergelassene Fachärzte
- G-BA-paritätische Zulassung

è Falsch ist:

- bedarfsunabhängige Zulassung
- keinerlei Mengenverhandlungen
- Verbotsvorbehalt

GKV-Position: Keine doppelte Überversorgung!



- è Die bestehende Überversorgung in Ballungsräumen (niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser) darf nicht zementiert werden.
- è Freibeuterprinzip („Wer kann, der darf.“) ist ein ordnungspolitischer Fehler.
- è Die GKV will nicht, dass kranke Menschen im ländlichen Raum ohne ärztliche Versorgung dahinsiechen, während in den Ballungsräumen die Gesunden operiert werden.

§ 116b im G-BA Zwei Dutzend 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“
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

§ 116b im G-BA Zwei Dutzend 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“
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

Konfliktfeld 1: „Schwere Verlaufsformen“



- è Einschränkung ist gesetzlich vorgegeben.
- è Fachlich schwierig: Was sind denn die leichten Krebsfälle?
- è Eingrenzungsmöglichkeiten:
 - Streichung von ICDs
 - ICD-Kombinationen
 - ICD-Kodes und andere Kriterien (Klassifikationen wie TNM)
 - Verlaufsphasen
- è Bislang noch keinerlei Konsens.

Konfliktfeld 9: Facharztstatus



- è Bislang Facharztstandard; Begründung zu 116b (neu) spricht aber stark für Facharztstatus:

„Die durchgängige Umstellung des Begriffs "ambulante spezialärztliche Versorgung" auf "ambulante spezialfachärztliche Versorgung" verdeutlicht, dass die Versorgung in diesem speziellen Leistungsbereich fachärztliche Qualifikationen voraussetzt und deshalb Fachärzten vorbehalten ist.“
- è Präferenzen: KBV: Facharztstatus
DKG: Facharztstandard
- è Einigung: „Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen erfolgen durch einen Facharzt (Facharztstatus). Ansonsten gilt der Facharztstandard.“

Konfliktfeld 10: Intensivstation



- è 12 von 21 Konkretisierungen verlangen eine Intensivstation als Strukturanforderung.
- è Die Anzahl von niedergelassenen Ärzten mit Intensivstation im Hinterzimmer ist gering.
- è Intensivstation wird in Kooperation ermöglicht.
- è Wahrscheinliche Entfernungsregel: maximal 30 Minuten.

Konfliktfeld 12: Mindestmengen



- è Klassiker unter den 116b-Konflikten (DKG in Fundamentalopposition)
- è Neuberechnung der Prävalenz, bei Eingrenzung auf schwere Verlaufsformen
- è Neue Positionierung?

CT/MRT	50
Mukoviszidose	50
Gerinnungsstörungen	40
schwere immun. Erkrankungen	50 (nur für Erwachsene)
billäre Zirrhose	50
Morbus-Wilson	explizit keine
Marfan-Syndrom	50
Pulmonale Hypertonie	50 (mit Stafflung in Abhängigkeit der Qualifikation des Teamleiters)
TB	20
neuromuskuläre Erkrankung	50 (gilt nicht für pädiatrische Einrichtungen)
vor und nach Lebertransplantation	50
gastrointestinale Tumore	280
Lungen- und Thoraxtumore	70
Knochentumore	50
Hauttumore	50
Gehirntumore, periphere Nerventumore	50
Kopftumore	70
gynäkologische Tumore	330
urologische Tumore	320
lymphatische Tumore, Blutbildung	90
HIV/ AIDS	60
Rheuma	240 (nur für Erwachsene)
schwere Herzinsuffizienz	500
MS	120
Anfallsleiden	330 (nur für Erwachsene)

Konfliktfeld 13: „Schalenmodell“



- è Ebene 1 (Experte)
„Die Betreuung der Patienten mit ... erfolgt unter Koordination eines Facharztes für ...“
- è Ebene 2 (Team)
„Folgende Fachärzte bzw. Disziplinen gehören zum Behandlungsteam und müssen der 116b-Einrichtung angehören oder dort zu festgelegten Zeiten anwesend sein: ...“
- è Ebene 3 (Hinzugezogene)
„Folgende Fachärzte bzw. Disziplinen sind bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehen: ...“

„Schalenmodell“ Neubestimmung notwendig



Krankheit	Experte	Team	Hinzugezogen
Pulmonale Hypertonie	Pneumologen oder Kardiologen; sofern auch Kinder behandelt werden, zusätzlich Kinder- und Jugendmedizin		<ul style="list-style-type: none"> • Kardiologie • Pneumologie • Labormedizin • Radiologie • Physiotherapie • Psychologie oder Psychosomatik • Thoraxchirurgie • Gastroenterologie • Tx-Medizin • Rheumatologe
Tuberkulose	Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie oder Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	<ul style="list-style-type: none"> • Ophthalmologie • HNO • Gastroenterologie • Urologie • Orthopädie • Neurologie ggf. Pädiatrie 	

Konfliktfeld 17: Ort der Leistungserbringung



- è Die Grundidee ist ein Ort der Leistungserbringung – so wie alle Experten in einer Krankenhausambulanz. Das Pendant zur Krankenhausambulanz ist das MVZ.
- è Gefahr bei Übertragung auf vertragsärztliche Versorgung: Virtuelle 116b-Abrechnungsgemeinschaften aus verstreuten Facharztpraxen.
- è (Wahrscheinliche) Regel in 116b-Richtlinie zur Leistungserbringung:
 - ... am Ort der Teamleitung oder dort zu festgelegten Zeiten mindestens einen Tag in der Woche
 - bei Großgeräten und hinzugezogenen Ärzten „in angemessene Entfernung (in der Regel 30 Minuten)“

Gang der Handlung



- 1 Spezialärztliche Versorgung
- 2 Neuregelung des § 116b im GKV-VStG
- 3 § 116b im G-BA: Zwei Dutzend Konflikte
- 4 Vergütungsfragen
- 5 Wie weiter?

Abgrenzung von ASV-Vergütung und KV-Vergütung



Vergütung	ASV	normaler FA
Spezialist	ASV	?
Team	ASV	?
Hinzugezogene	?	MGV/EGV/Sonst.
Sonstige	?	MGV/EGV/Sonst.

Variante 1: Patientenbezug und GOP-genaue Abgrenzung



Vergütung	ASV	normaler FA
Spezialist	ASV	?
Team	ASV	?
Hinzugezogene	?	MGV/EGV/Sonst.
Sonstige	?	MGV/EGV/Sonst.

Variante 2:
Keine „Doppelabrechnung“ im
Quartal („entweder ... oder“)



Vergütung	ASV	normaler FA
Spezialist	ASV	?
Team	ASV	?
Hinzugezogene	?	MGV/EGV/Sonst.
Sonstige	?	MGV/EGV/Sonst.

Variante 3:
GOP-genaue Abgrenzung
mit 3-Schalenmodell



Vergütung	ASV	normaler FA
Spezialist	ASV	MGV/EGV/Sonst.
Team	ASV	MGV/EGV/Sonst.
Hinzugezogene	ASV	MGV/EGV/Sonst.
Sonstige	MGV/EGV/Sonst.	MGV/EGV/Sonst.

Konfliktfeld 22: Behandlungsumfang



- è Behandlungsumfang nicht nur als verbale Beschreibung in der Konkretisierung, sondern als Abgrenzung der abrechenbaren Gebührenordnung des EBM:

GOP-genaue Abgrenzung
in einem Appendix der Konkretisierung

- è Ergänzende Abrechnungsmöglichkeit für Krankenhäuser?
GKV-Position:
„ASV-Berechtigte in Krankenhäusern dürfen darüber hinaus fachärztliche Leistungen erbringen, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang zur 116b-Erkrankung stehen und den Patienten eine gesonderte Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung nicht zuzumuten ist.“

§ 116b Abs. 7 SGB V: Arznei- und Heilmittelverordnung



- è Arzneimittel- und Heilmittel-Richtlinien des G-BA:
 - weiterhin gültig bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln im Rahmen der ASV
 - impliziert gleichen Leistungskatalog wie in der vertragsärztlichen Versorgung
- è Kennzeichnung:
 - adäquate Kennzeichnung als Voraussetzung für Trennung von ASV und vertragsärztliche Versorgung
(Vertragskennzeichen, LANR)
- è Wirtschaftlichkeitsprüfung

El Dorado-Phantasien der KBV



è Alles ungedeckt.

è Alles ungekürzt.

è Alles ungeprüft.

... aber alles über die Konten der KVen.

Gang der Handlung



- 1 Spezialärztliche Versorgung
- 2 Neuregelung des § 116b im GKV-VStG
- 3 § 116b im G-BA: Zwei Dutzend Konflikte
- 4 Vergütungsfragen
- 5 Wie weiter?

Vorgehen im G-BA



è Beschluss im März-Plenum (geplant)

Paragrafenteil der ASV-Richtlinie

- Facharztstandard
- Intensivstation (Erreichbarkeit)
- ...

Eckpunkte für die Überarbeitungsgrundsätze für Konkretisierungen

- Konsekutive Abarbeitung
- Struktur der Anlagen
- ...

GKV-Positionen



1. Ambulante Krankenhausleistungen sind sinnvoll.
2. Ein einheitlicher Ordnungsrahmen für spezialärztliche Leistungen ist sinnvoll (115x).
3. Man hätte mit 115b anfangen sollen, nicht mit 116b.
4. Innovationen ohne Nutznachweis im ambulanten Bereich sind ein Fehler.
5. Der Grundgedanke des 116b ist die Behandlung im Team (und zwar echte Teams, keine virtuellen Abrechnungsgemeinschaften).
6. Doppelt bezahlen kann gesundheitspolitisch nicht gewollt sein. Es bedarf einer vollumfänglichen Bereinigung der KV-Vergütung.

Prognostische Andeutungen

1. Die Überarbeitung der 116b-Konkretisierungen ist ein Großprojekt.
2. Regelungen zu ambulanten Krankenhausleistungen werden weiterhin Bestandteil vieler Omnibus-Gesetzgebungen sein.
3. Die 116b-Diskussion über ambulante Krankenhausbehandlung hat sich zu einer Ausdeckelungsdiskussion im KV-Bereich gewandelt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.