

# Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung Intro – Die Neuregelungen § 116b SGB V aus Sicht des Gemeinsamen Bundesausschusses: Vorgaben für die Landesebene

Stefan Wöhrmann

Abteilungsleiter Stationäre Versorgung

vdek e. V.

XV. Gesundheitspolitisches Symposium  
24./25. Oktober 2013 in Magdeburg

# 1. Was ist ASV?

## § 116b SGB V – Entwicklungsgeschichte

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

# 1. Was ist ASV?

## Schaffung eines dritten Sektors

**Hausärztliche  
sowie  
Allgemeine  
fachärztliche  
Versorgung**

**Ambulante  
Spezialfach-  
ärztliche  
Versorgung  
(ASV)  
Krankenhäuser  
und  
niedergelassene  
Fachärzte (NEU!)**

**Stationäre  
Versorgung**

# 1. Was ist ASV?

## Leistungskatalog § 116b Abs. 1 SGB V

- Die Leistungsbereiche werden in den Anlagen der Richtlinie durch den G-BA konkretisiert. Für Leistungsinhalte gilt der **Verbotsvorbehalt!**

**Anlage 1:** Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

a) **onkologische Erkrankungen**

b)-i) HIV, Rheuma, Herzinsuffizienz, MS,...

**Anlage 2:** Seltene Erkrankungen mit geringen Fallzahlen

a)-n) Tuberkulose, Hämophilie, Marfan-Syndrom,...

**Anlage 3:** Hochspezialisierte Leistungen

a)-b) interventionelle schmerztherapeutische Leistungen,...

# 1. Was ist ASV?

## Regelungsgeflecht §116b SGB V (neu)

Abs. 2:

- Teilnehmerkreis
- Zugangsvoraussetzungen
- Zugangsverfahren (als Anzeige- und Prüfverfahren)

Abs. 3:

- erweiterter Landesausschuss (als Prüfstelle)
- Beschlussfassung
- G-BA Parität



Abs. 4–5:

- GBA-Aufgaben wie Konkretisierung Behandlungsumfang, sächliche und personelle Anforderungen
- Kooperationsvereinbarungen
- Überweisungsvorbehalt

Abs. 6–9:

- Vergütung, Abrechnung, **Bereinigung**, Verordnung, Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung, Evaluation

## 2. Warum ASV? Zielrichtung

- Versorgungsoptimierung bei komplexen Krankheiten
  - ➔ multidisziplinäres Team
- Sektorverbindender Versorgungsbereich
  - ➔ Nutzung der Kompetenz von hochspezialisierten niedergelassenen Fachärzten und KH-Ärzten

### 3. Stand Umsetzung ASV Aufgaben des G-BA

- Der G-BA hat laut Gesetz „das Nähere“ zu regeln.
- Mit der Überarbeitung des Richtlinien textes („Paragraphenteil“) der „Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus“ (§ 116b SGB i. d. F. 31.12.2011) zur „Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ sind erste Eckpfeiler gesetzt worden.
- Zur ASV-Richtlinie gehören
  - ➔ Richtlinie abgeschlossen am 21.03.2013
  - ➔ Anlage 1-3
  - ➔ Appendixe (umfasst den EBM-Behandlungsumfang)

# 3. Stand Umsetzung ASV

## Aufgaben des G-BA

### Weiterer Zeitplan

- Die **Anlagen** (inkl. **Appendixe**) werden gegenwärtig vom G-BA sukzessive überarbeitet; es sind insgesamt 25 Leistungsbereiche zu konkretisieren.
- Wann die Überarbeitungen abgeschlossen sind, ist offen! Insbesondere die Festlegung der abrechnungsfähigen EBM-Positionen im Appendix nehmen einen erheblichen Zeitaufwand ein.
- Ziel ist es, bis Ende des Jahres erste Konkretisierungen abzuschließen:
  - ➔ gastrointestinale Tumore/Tumore der Bauchhöhle
  - ➔ Tuberkulose

### 3. Stand Umsetzung ASV?

#### Regelungsinhalte des Richtlinien textes

- Die ASV–Richtlinie gibt den formalen Rahmen für den neuen, sektorenübergreifenden Versorgungsbereich vor und regelt die Anforderungen an die ASV, die grundsätzlich für alle in den Anlagen zu konkretisierenden Erkrankungen sowie hochspezialisierten Leistungen gleichermaßen gelten
- Kernidee der ASV ist das **interdisziplinäre Team**, welches sich aus
  - ➔ dem **Teamleiter**,
  - ➔ **weiteren Mitgliedern des Kernteams**
  - ➔ sowie **hinzuzuziehenden Fachärzten**zusammensetzt.

### 3. Stand Umsetzung ASV?

#### Regelungsinhalte des Richtlinien textes

- ASV-Berechtigte
  - ➔ Wie werden die Leistungserbringer zum ASV-Team?
  - ➔ Wie kommt das ASV-Team an den Patienten?
  - ➔ Was passiert, wenn das ASV-Team nicht mehr komplett ist?
- Definition der schweren Verlaufsformen
  - ➔ Wann ist das interdisziplinäre Team nicht mehr gefragt?
- Abgrenzung ASV-teilstationäre Versorgung
- Mindestmengen
- Behandlungsumfang

### 3. Stand Umsetzung ASV? Regelungsinhalte des Richtlinien textes

- **Verbotsvorbehalt**
  - ➔ Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nicht gem. § 137c SGB V ausgeschlossen wurden, können zum ASV- Behandlungsumfang gehören?
  - ➔ Geeignete Leistungen werden in den Anlagen der ASV-RL aufgeführt.

### 3. Stand Umsetzung ASV? Regelungsinhalte des Richtlinien textes

Ergänzung zum Verbotsvorbehalt:

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in einem Urteil vom 07.05.2013 festgestellt, dass Beurteilungen des G-BA aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und der stationären Behandlung wechselseitig für die Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden heranzuziehen sind. Der G-BA wird ein Verstoß gegen höherrangiges Recht vorgeworfen, da er „objektiv willkürlich das sektorenübergreifende Prüfverfahren mit Inkrafttreten der Richtlinie „Methoden Krankenhausbehandlung“ (MethodKH-RL) nicht auf eine Empfehlung der Methode bei der genannten Indikation für die vertragsärztliche Versorgung erstreckte.“

Der G-BA wird jetzt seine Verfahrensweise bei der Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die ambulante und stationäre Versorgung überprüfen müssen.



# 3. Stand Umsetzung ASV?

## Aufgaben GKV, KBV, DKG/ Bewertungsausschuss

- Bis zum Inkrafttreten eines eigenen **Vergütungssystems** ist der EBM um ein eigenes Kapitel für ambulante spezialfachärztliche Leistungen anzupassen.
- Zur Vermeidung von Doppelfinanzierung ist eine prospektive leistungsbedarfsbezogene **Bereinigung** der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorzusehen, ohne die haus- und fachärztliche Grundversorgung zu belasten.
  - ➔ Vorgaben durch den Bewertungsausschuss für Landesebene
  - ➔ Umsetzung durch die Gesamtvertragspartner auf Landesebene
- Das **Abrechnungsverfahren** ist zwischen den Vertragspartnern auf Bundesebene zu regeln. Der Gesetzgeber räumt den vertragsärztlichen Leistungserbringern die Möglichkeit ein, über Dritte (z. B. KV) abzurechnen.

## 4. Umsetzungserfordernisse auf Landesebene

### Erweiterter Landesausschuss

- Die erweiterten Landesausschüsse haben sich in allen Bundesländern konstituiert.
- Der Gesetzgeber hat die Struktur der Besetzung vorgegeben.
- In den meisten Ländern wurden die Besetzungen der ärztlichen Landesausschüsse (LA) übernommen und um Vertreter der Landeskrankengesellschaft erweitert.
- Damit wurde zumeist auch den unparteiischen Vorsitzenden der bestehenden LA die neuen Aufgaben übertragen; in wenigen Ländern ist die Besetzung noch offen.
- Problematisch gestaltet sich in einigen Ländern noch immer die Entscheidung über die Ansiedlung der „erweiterten Geschäftsstelle“.

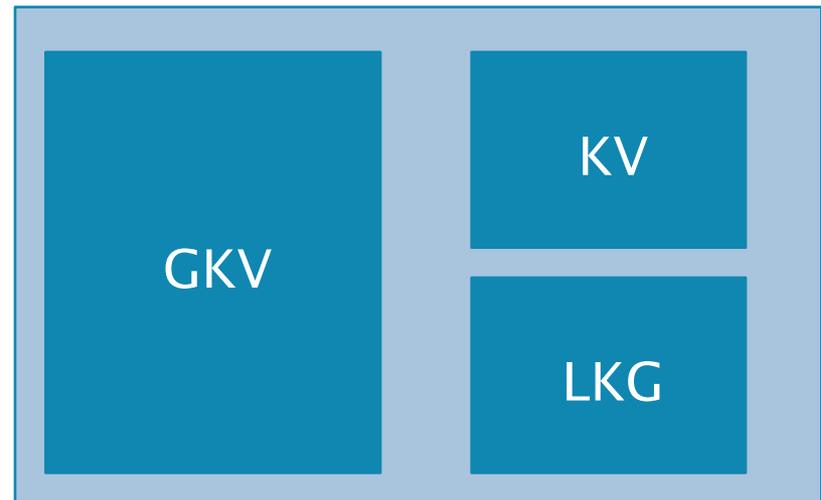
# 4. Umsetzungserfordernisse auf Landesebene

## Erweiterter Landesausschuss – G-BA Parität

unparteiischer  
Vorsitzender  
(stimmberechtigt)



stimmberechtigte  
Mitglieder



Beteiligte  
(nicht stimmberechtigt)



Beratung weicht einem Prüfverfahren!

## 4. Umsetzungserfordernisse auf Landesebene

### Aufgaben des Erweiterten Landesausschusses

- Der erweiterte Landesausschuss hat **innerhalb von zwei Monaten** zu **prüfen**, ob die anzeigenden Teams die Voraussetzungen der G-BA-Richtlinie erfüllen; sonst gilt die Berechtigung als erteilt. Bei unvollständigen Unterlagen wird die Frist unterbrochen.
- **Die Teilnahmeberechtigung** kann aus „gegebenem Anlass“ ansonsten turnusmäßig alle fünf Jahre überprüft werden.
- Es besteht die Möglichkeit **Externe** (Gesetzesbegründung: KV, MDK...) mit der Prüfung ganz oder teilweise zu beauftragen.
- Eine **Bedarfsplanung** ist für Leistungen nach § 116b SGB V gegenwärtig nicht vorgesehen.

## 5. ASV – Vieles ist noch unklar

- Mit der Etablierung der ASV treffen nicht nur verschiedene medizinische Versorgungsbereiche aufeinander, sondern auch völlig entgegen gesetzte Organisationsstrukturen:
  - Insbesondere die Zulassungs- und Abrechnungswege unterscheiden sich
    - ➔ KH: Zulassung bei Aufnahme in den Krankenhausplan; Direktabrechnung nach § 301 SGB V (auch AMBO-Leistungen) über das Institutskennzeichen (IK) des KH
    - ➔ Vertragsarzt: Zulassung über Zulassungsausschuss der Ärzte; Abrechnung über die KV (§ 295 SGB V – Einzelfallnachweis (EFN))
- ➔ Dies ist eine Herkulesaufgabe für den Datenaustausch!

## 5. ASV – Vieles ist noch unklar

- Zwar hat der Gesetzgeber eine neues gemeinsames Zulassungsverfahren vorgeschrieben, jedoch können die bestehenden Melde- und Abrechnungswege nicht ohne Weiteres von den ASV-Teams genutzt werden.
- Insbesondere ist eine Datenbank erforderlich, die über die aktuellen Berechtigungen der Teams Auskunft gibt. Angedacht seitens der Vertragspartner (DKG, KBV und GKV-SV) ist eine bundesweite Teamnummervergabestelle.
- Den erweiterten Landesausschüssen kommt damit zwangsläufig die unabdingbare Verpflichtung zu, diese Vergabestelle unmittelbar über den Beginn und das Ende von ASV-Berechtigungen zu informieren. Aus Sicht der GKV wäre es wünschenswert dies als Aufgabe des eLA in der Geschäftsordnung zu verankern.



## 5. ASV – Vieles ist noch unklar

- Auch die Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtung zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Verordnungen durch die Krankenkassen gestaltet sich in der Praxis schwierig. Um dieser Verpflichtung nachkommen zu können, muss insbesondere die Zuordnung der verordneten ASV-Leistung und der verordnende Arzt kennzeichenbar sein.
- Hierzu wäre eine lebenslange Arztnummer auch für am Krankenhaus tätige Ärzte zwingend. Das BMG sieht diese Notwendigkeit nicht. Bei einer „Zulassung“ des Krankenhauses sei das Institutskennzeichen ausreichend.

## 6. Perspektive ASV

ASV Ansatz könnte Erfolg haben, wenn...

- Partikularinteressen zurückgenommen werden
  - ➔ Kooperation statt Konfrontation
- Patient im Mittelpunkt
  - ➔ Definition des Behandlungsumfangs muss in sich schlüssig sein ohne Wechsel zwischen ASV und Regelversorgung

Aber...

- Die ASV hat zu viele Konstruktionsfehler, die ohne Anpassung des Gesetzgebers zu unausweichlichen Eskalationen zwischen den Vertragspartnern führen werden.

## 7. Gesetzliche Konstruktionsfehler?

- Verbotsvorbehalt
- fehlende Mengenbegrenzung
- keine „qualitativen“ Zugangsvoraussetzungen
- keine Bedarfsplanung (Ansiedlung der ASV in ohnehin überversorgten Gebieten)

## 8. Mögliche Sichtweisen

- Krankenhäuser sehen die Kompetenz für die ASV ohnehin nur bei den Kliniken.
- Niedergelassene Ärzte wollen vermutlich nur eine extrabudgetäre Abrechnungsmöglichkeit.
- Krankenkassen sehen einen additiven Sektor, der zu Ausgabensteigerung führen wird, ohne dass sich die Qualität der Versorgung signifikant verbessern wird (Patienten wurden früher auch behandelt).
- Gesetzgeber
  - ➔ Verzahnung der Sektoren oder
  - ➔ Öffnung der Krankenhäuser?

## 9. Was ist gut an der ASV?

- Ansatz der Kooperation (Onkologie) und interdisziplinären Teamarbeit
- Perspektivisches einheitliches Vergütungssystem

## 10. Was muss noch getan werden?

- Gesetzgeber ist gefordert, die Regelungen zu präzisieren
- selektive Qualitätsverträge ermöglichen (Motivation für Krankenkassen?)
- Leistungserbringer müssten ihr sektorales Blockadedenken verlassen

## Exkurs: Anzahl der Bestimmungen (§ 116b-alt)

Baden-Württemberg	43
Bayern	59
Berlin	50
Brandenburg	67
Bremen	17
Hamburg	79
Hessen	199
Mecklenburg-Vorpommern	19
Niedersachsen	52
Nordrhein-Westfalen	422
Rheinland-Pfalz	32
Saarland	8
Sachsen	67
Sachsen-Anhalt	5
Schleswig-Holstein	244
Thüringen	10

Stand 31.12.2011

Mögliche Ursachen der unterschiedlichen Verteilung:

- Konkurrentenschutzklagen niedergelassener Ärzte
- Wettbewerb zw. den KH
- unterschiedliche Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation durch die Planungsbehörden

## 11. Was erwartet Sachsen Anhalt?

- Anträge und Zulassung hängen auch vom Marktumfeld und der Konkurrenzsituation ab.
- Zuweisungsproblematik könnte entstehen, wenn nur Krankenhäuser sich an der ASV beteiligen.
- Es gibt bereits Kooperationen zwischen den Sektoren, so dass hier kein Quantensprung zu erwarten ist.

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

Stefan Wöhrmann  
Abteilungsleiter „Stationäre Versorgung“  
vdek  
Askanischer Platz 1  
10963 Berlin  
Tel.: 030/26931-1800