



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Leuchtturmsymposium zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

16. Oktober 2013

Rahmen der ASV / Vorgaben des G-BA

Renate Höchstetter

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Gemeinsamer Bundesausschuss



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Offenlegungserklärung von Interessenskonflikten

**Mitarbeiterin der G-BA-Geschäftsstelle
Zu Vorträgen zur ambulanten spezialfachärztlichen
Versorgung habe ich kein Honorar oder
Aufwandsentschädigungen erhalten.**

Renate Höchstetter

Gliederung:

- I. Historie des § 116b SGB V**
- II. Gemeinsamer Bundesausschuss**
- III. Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL)**
- IV. Zusammenfassung**

Historie des § 116b SGB V (1):

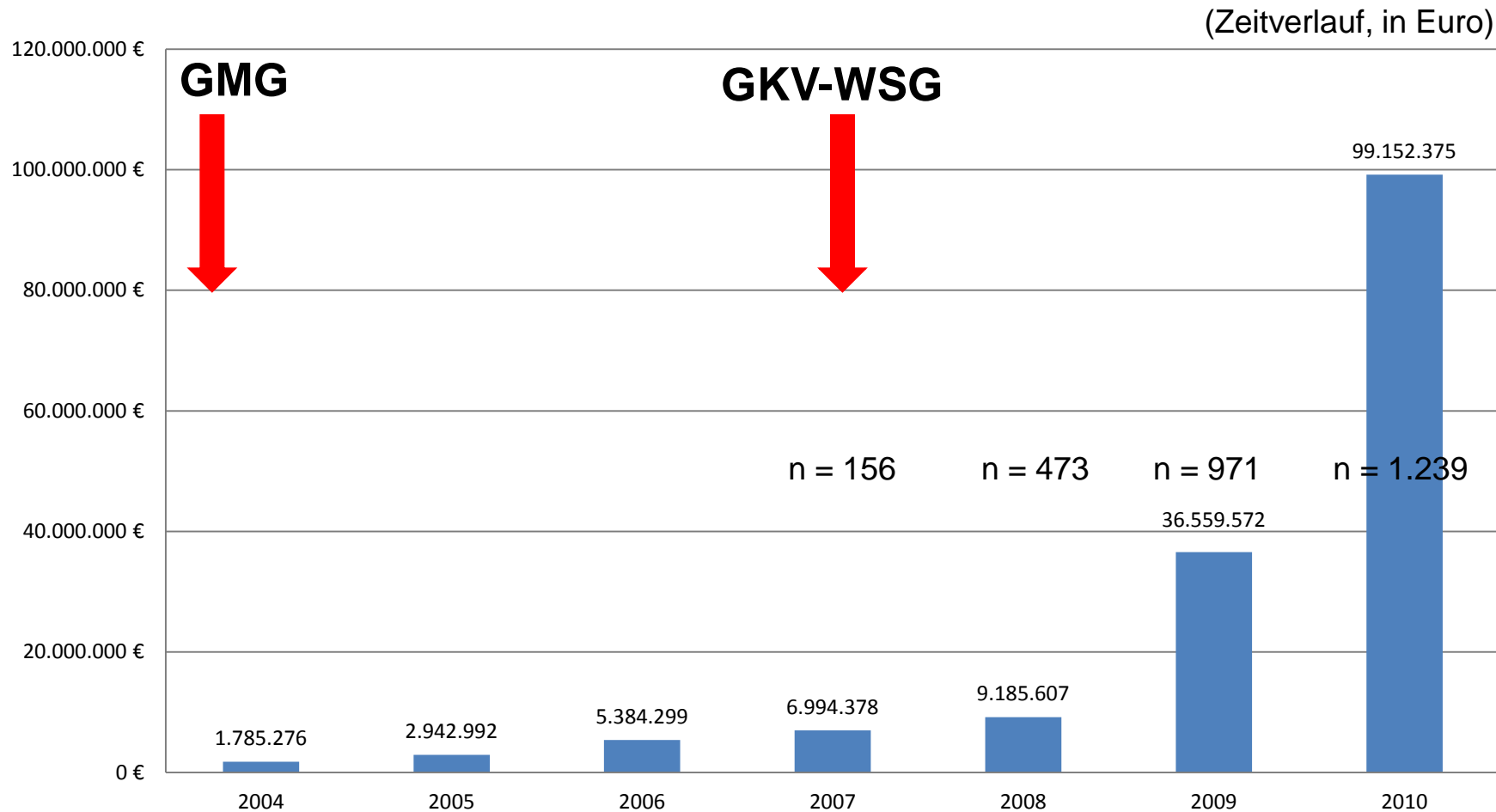
1. GKV-Modernisierungsgesetz vom 1. Januar 2004

Gesetzesbegründung: „Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen: Teilöffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung“

2. GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 1. April 2007

Gesetzesbegründung: „Mehr Wettbewerb der Leistungserbringer durch größere Vertragsfreiheit für Krankenkassen“: Vorantreiben „durch die Einführung eines Zulassungsverfahrens durch die Länder“

Anzahl der § 116b-Bestimmungen der Krankenhäuser und deren GKV-Ausgaben



Quellen: GKV-Ausgabe aus Sondergutachten 2012 des SVR im Gesundheitswesen

Anzahl der KH mit § 116b Bestimmungen: IGES-Gutachten 2012 im Auftrag des G-BA

Anzahl der § 116b SGB V-Zulassungen und Klagen nach Bundesländern

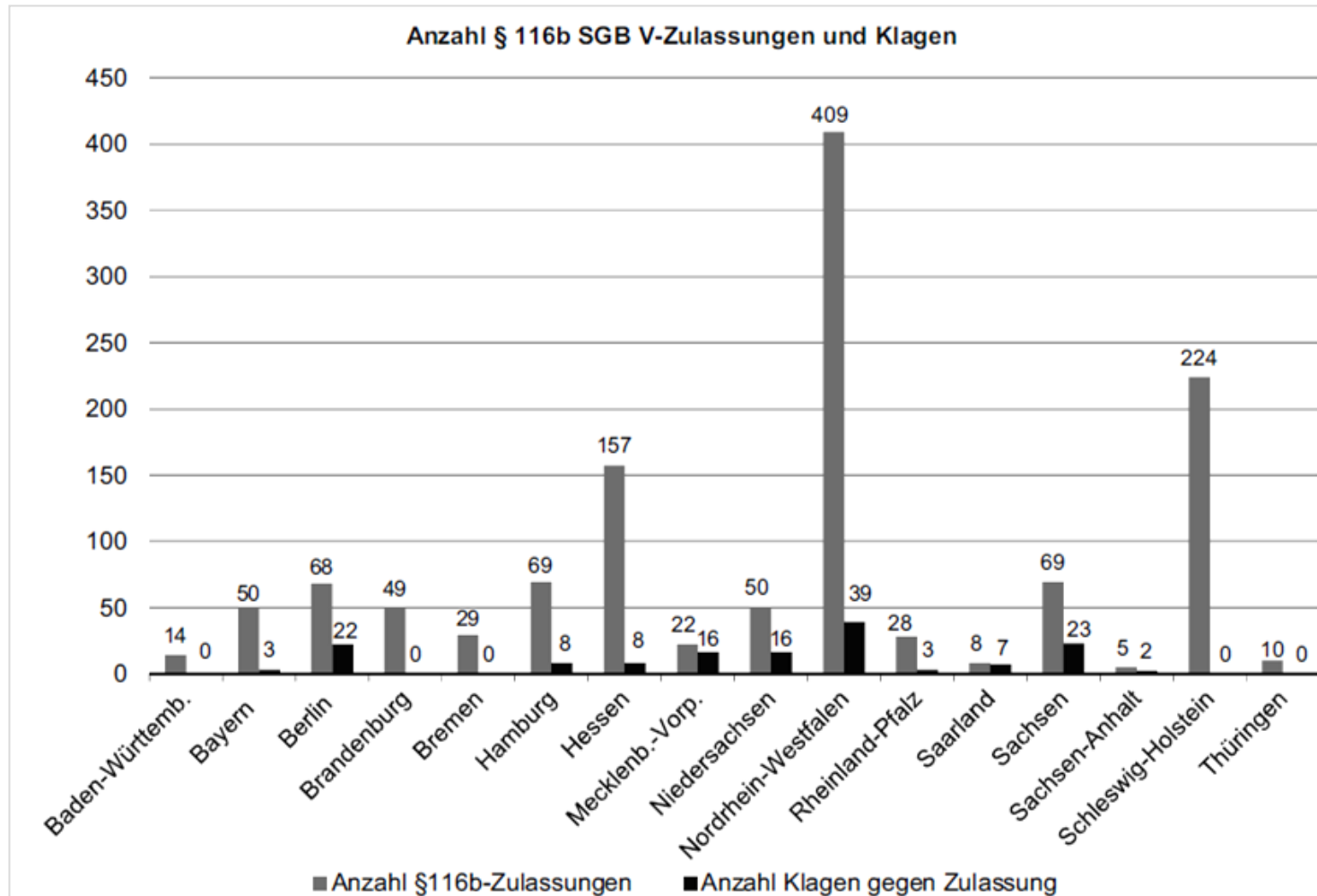


Abbildung 23: Anzahl § 116b SGB V-Zulassungen und Anzahl anhängiger Klagen nach Bundesländern (Stand 09/2011)

Quelle: Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung; Abb. 23, Seite 259

Quelle: Auskunft der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG

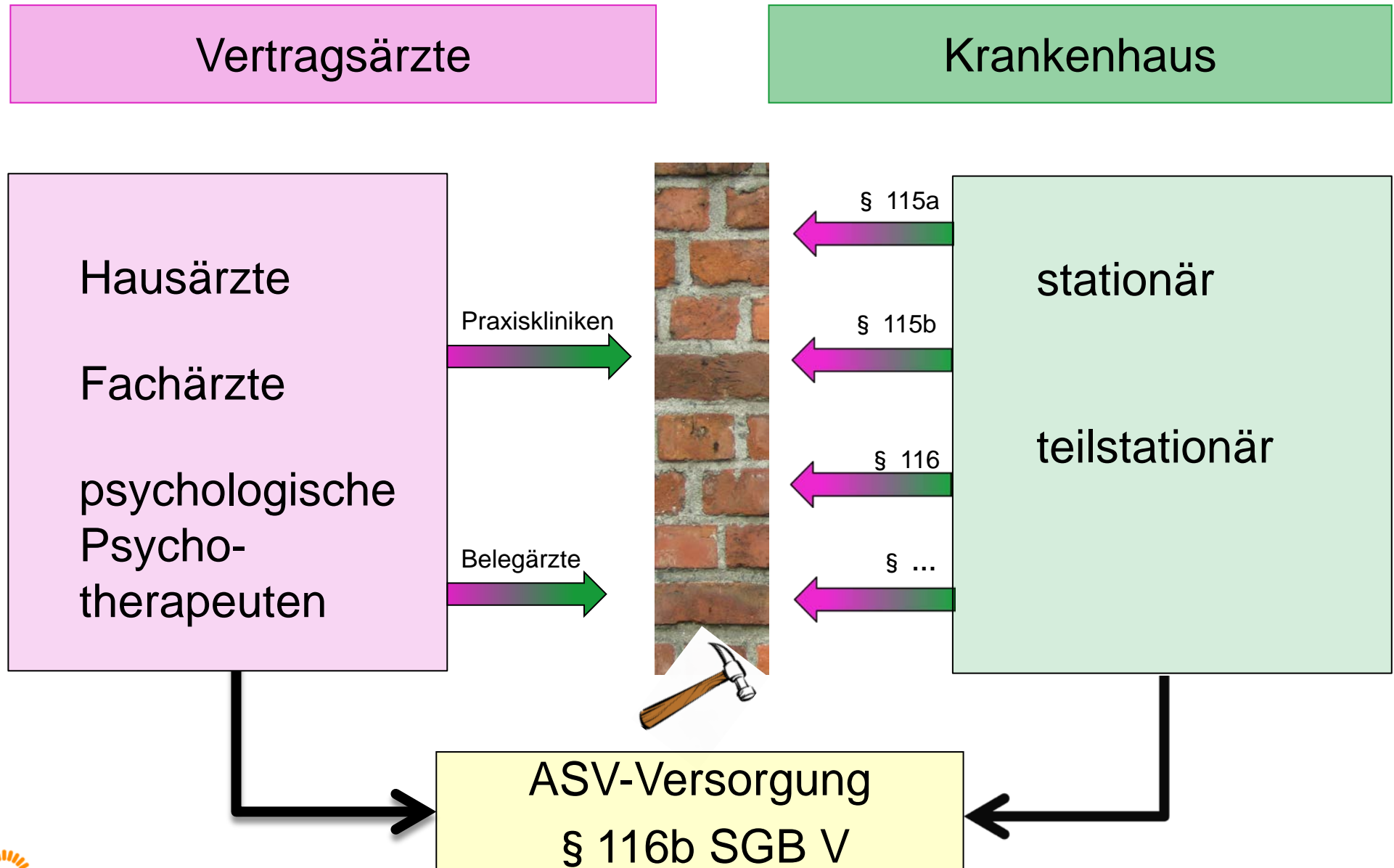
Historie von § 116b SGB V (2):

3. GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 1. Januar 2012

Gesetzesbegründung: „Verzahnung der Leistungssektoren verbessern: ambulante spezialfachärztliche Versorgung“

„Freier Zugang für Leistungserbringer, wenn die Erfüllung der Anforderungen nachgewiesen werden kann“

Überwindung der Sektorengrenze



§ 116b Abs. 1 SGB V:

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die **Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten**, die je nach Krankheit eine **spezielle Qualifikation**, eine **interdisziplinäre Zusammenarbeit** und **besondere Ausstattungen** erfordern. ...

3 Fallgruppen erfasster Erkrankungen/Leistungen:

1. Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen
2. Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen
3. Hochspezialisierte Leistungen

§ 116b Abs. 4 SGB V

- Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt „das Nähere“
- Konkretisierung der Erkrankungen nach ICD und nach weiteren Merkmalen
- Bestimmung des Behandlungsumfangs
- Abgrenzung ambulant versus stationär/teilstationär
- Festlegung der sächlichen und personellen Anforderungen sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung
- Regelungen zum Überweisungserfordernis
- Regelung zu verpflichtenden Kooperationen
- Ergänzung des gesetzlichen Katalogs

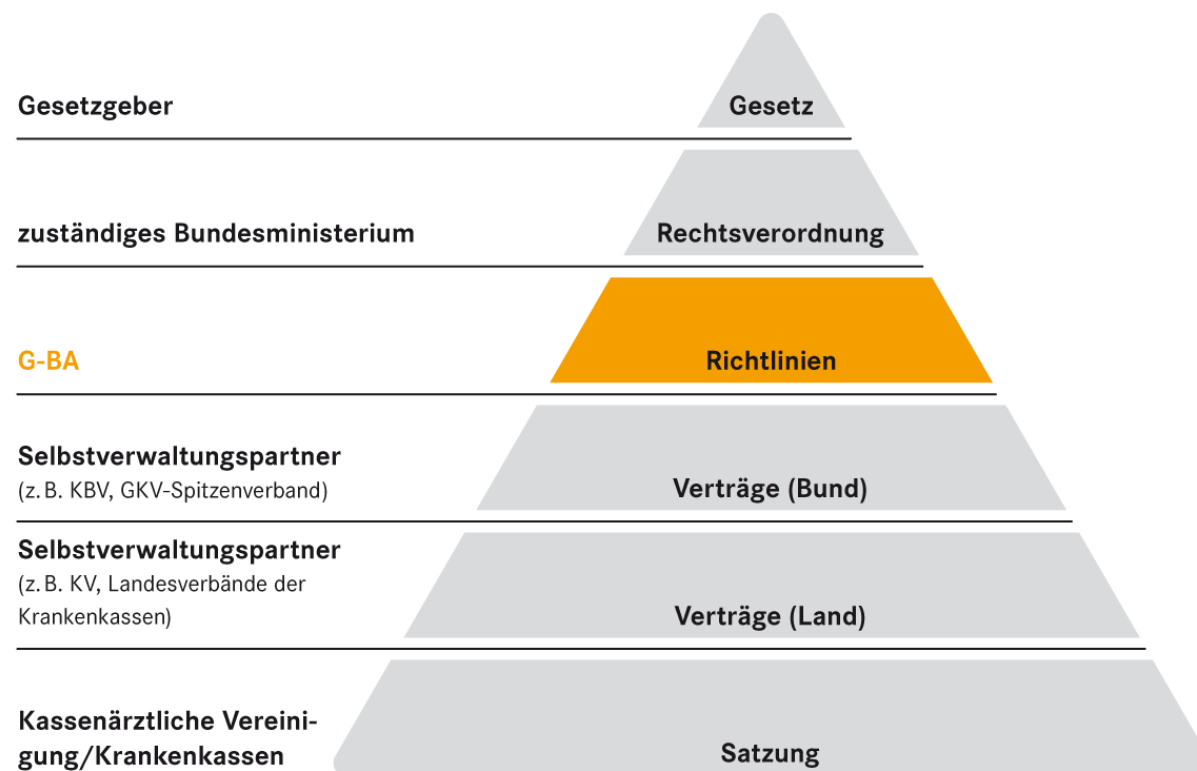
Gliederung:

- I. Historie des § 116b SGB V
- II. Gemeinsamer Bundesausschuss**
- III. Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL)
- IV. Zusammenfassung

Träger des G-BA



Rechtsstellung des G-BA: Richtlinien und Regelungen



Stand: November 2011

Stimmrechte des G-BA

Gemeinsamer Bundesausschuss nach § 91 SGB V

13 stimmberechtigte Mitglieder

**Vorsitzender
2 unparteiische Mitglieder**

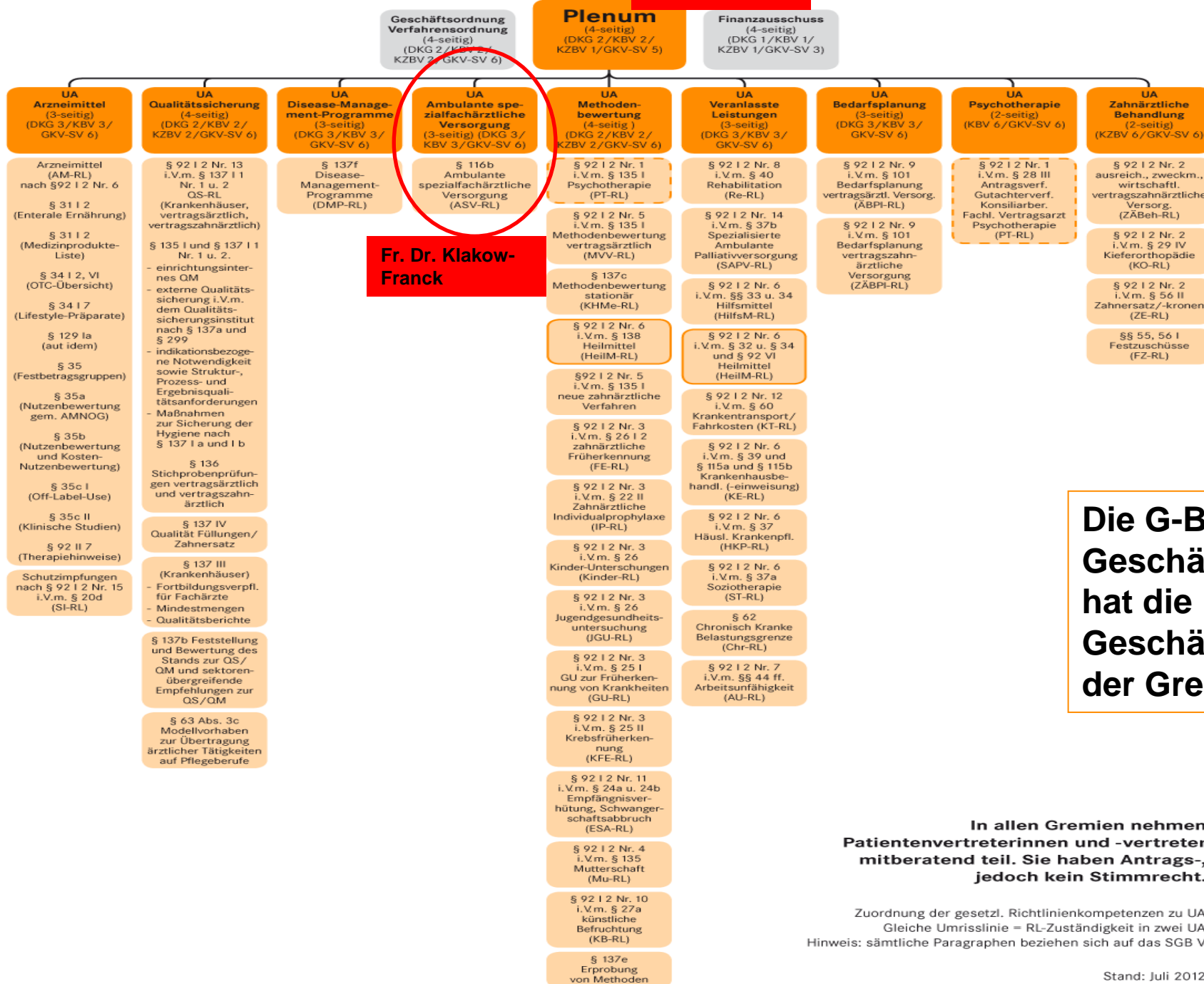
5 Vertreter der GKV
GKV-Spitzenverband

**5 Vertreter
der Leistungserbringer:**
DKG, KBV, KZBV

5 Patientenvertreter
(Mitberatungs- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht)

Gremienstruktur des G-BA

Hr. Hecken



Die G-BA-Geschäftsstelle hat die Geschäftsführung der Gremien.

In allen Gremien nehmen Patientenvertreterinnen und -vertreter mitberatend teil. Sie haben Antrags-, jedoch kein Stimmrecht.

Zuordnung der gesetzl. Richtlinienkompetenzen zu UA
Gleiche Umrisslinie = RL-Zuständigkeit in zwei UA
Hinweis: sämtliche Paragraphen beziehen sich auf das SGB V

Stand: Juli 2012

Gemeinsamer Bundesausschuss: Entscheidungsfindung im Bereich ASV

Gemeinsamer Bundesausschuss
Beschlussfassung im Beschlussgremium:
5 GKV, 2,5 KBV, 2,5 DKG

3. Ebene

Unterausschuss ASV
Beschlussvorbereitung
Besetzung: 6 Kostenträger - 6 Leistungserbringer (3 DKG, 3 KBV)

2. Ebene

AG ASV
Aufbereitung für den UA
Besetzung durch Unterausschuss

AG ASV-RL-Appendix
Aufbereitung für den UA
Besetzung durch Unterausschuss

1. Ebene

Gliederung:

- I. Historie des § 116b SGB V
- II. Gemeinsamer Bundesausschuss
- III. Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL)**
- IV. Zusammenfassung

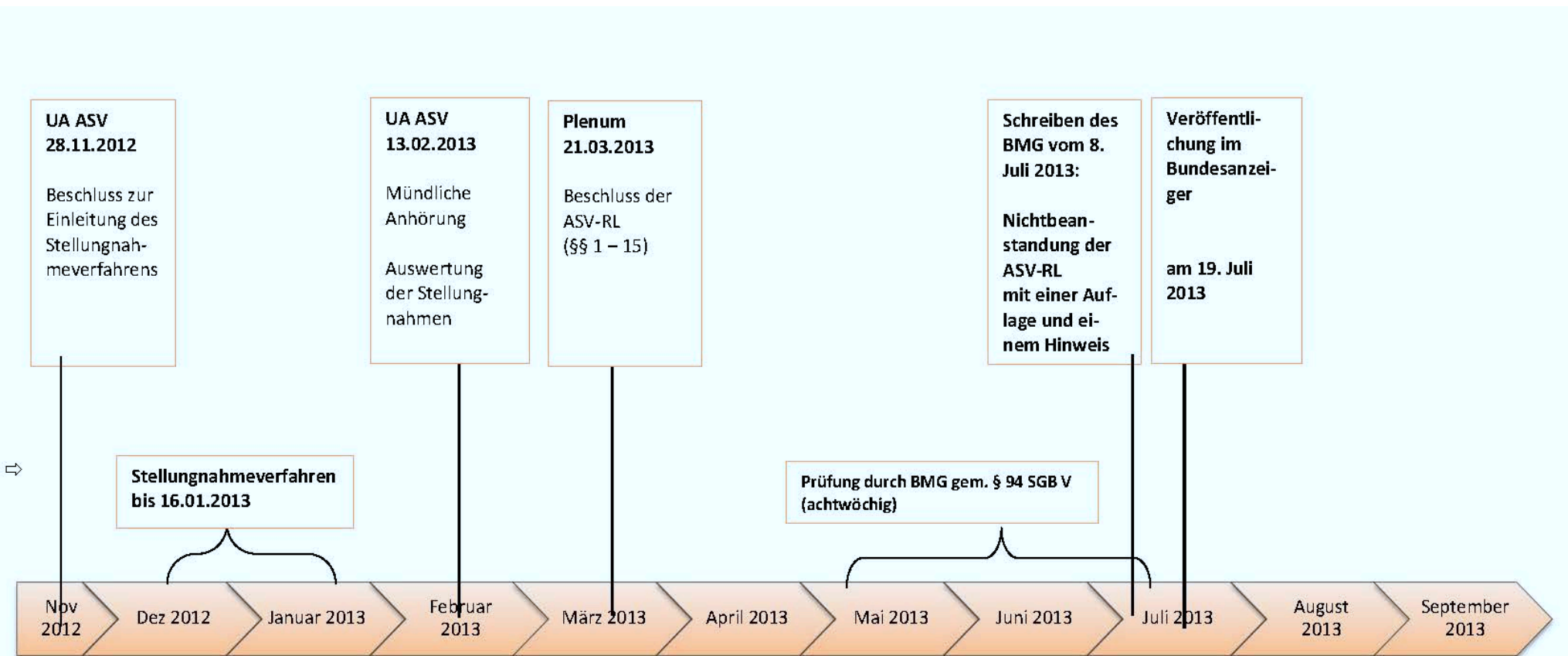
Beschluss des Plenums vom 21. März 2013 zur ASV-RL

ASV-RL § 1 - § 15		
Anlage 1 Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheits- verläufen	Anlage 2 Seltene Erkrankungen und Erkrankungs- zustände mit entsprechend geringen Fallzahlen	Anlage 3 Hochspezialisierte Leistungen

Plenum



Wichtige Meilensteine zur Erstellung der ASV-RL



Vergleich ASV-Richtlinie und ABK-Richtlinie

ABK-Richtlinie

- § 1 Gesetzliche Grundlage und Regelungsgegenstand
- § 2 Bestimmung geeigneter Krankenhäuser nach § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V
- § 3 Qualitätssicherung
- § 4 Überweisungserfordernis
- § 5 Inhalt der Bestimmung nach § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V
- § 6 Mindestmengen

Anlagestruktur

- Konkretisierung der Erkrankung und des Behandlungsauftrages mit diagnostischen und therapeutischen Prozeduren
- Sächliche und personelle Anforderungen
 - Mindestanzahl
 - Studienteilnahme
 - Patienten- und Selbsthilfeorganisationen
- Überweisungserfordernis

ASV-Richtlinie

- § 1 Rechtsgrundlage und Geltungsbereich
- § 2 Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“)
- § 3 Personelle Anforderungen
- § 4 Sächliche und organisatorische Anforderungen
- § 5 Behandlungsumfang
- § 6 Studienteilnahme
- § 7 Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen
- § 8 Überweisungen
- § 9 Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung
- § 10 Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V
- § 11 Mindestmengen
- § 12 Qualitätssicherung
- § 13 Evaluation
- § 14 Dokumentation
- § 15 Patienteninformation

Anlagenstruktur der ASV-RL „gesetzlicher Katalog“ und Eckpunktepapier

1. schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bei

- a) **onkologischen Erkrankungen, (gastrointestinale Tumoren)**
- b) HIV/AIDS,
- c) **rheumatologischen Erkrankungen,**
- d) **Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3–4),**
- e) Multipler Sklerose,
- f) zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie),
- g) komplexen Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie,
- h) der Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden oder
- i) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen;

2. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen wie

- a) **Tuberkulose,**
- b) **Mukoviszidose,**
- c) Hämophilie,
- d) Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen,
- e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen,
- f) **biliäre Zirrhose,**
- g) **primär sklerosierende Cholangitis,**
- h) Morbus Wilson,
- i) Transsexualismus,
- j) Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen,
- k) **Marfan-Syndrom,**
- l) **pulmonale Hypertonie,**
- m) Kurzdarmsyndrom oder
- n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern sowie

§ 2 ASV-RL

Berechtigte Leistungserbringer

- nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
- einzelne an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer

Die ASV erfordert regelmäßig die Zusammenarbeit im **interdisziplinären Team**,

Bildung eines interdisziplinären Teams:

- „unter einem Dach“:

- Krankenhaus
- MVZ

oder

- durch „Vernetzung“ (sog. „Leistungskooperationen“)

- zwischen ASV-berechtigten einzelnen Vertragsärzten,
- zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten oder
- zwischen Krankenhäusern

§ 3 ASV-RL

Personelle Anforderungen

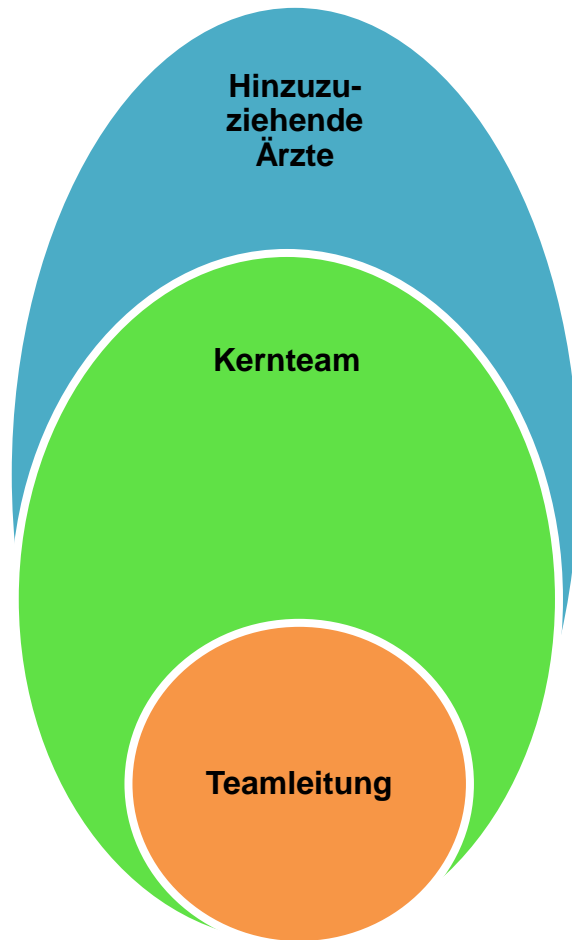
Das **interdisziplinäre Team** besteht aus einer **Teamleitung**, dem **Kernteam** und bei medizinischer Notwendigkeit **zeitnah hinzuzuziehenden Fachärzten**. Die **Teamleitung** hat die Aufgabe, die ASV fachlich und organisatorisch zu koordinieren.

Die Mitglieder des **Kernteams** sind Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung i.d.R. eingebunden werden müssen. Sie müssen die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung erbringen.

Die **hinzuziehenden Fachärzte** sind solche, deren Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patienten ergänzend benötigt wird.

§ 3 ASV-RL

Personelle Anforderungen



Präsenzpflicht des Kernteams:

am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung

Facharztstatus:

für Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidung

Distanzen der Leistungskooperation:

Für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen: i.d.R. 30 Minuten

Erreichbarkeit von Intensivstation, Notfalllabor oder 24-h-Notfallversorgung: max. 30 Minuten

Ausnahme:

an immobile Apparate gebundene Leistungen, Aufbereitung und Untersuchung von Untersuchungsmaterial

§ 5 ASV-RL

Behandlungsumfang

Der **Behandlungsumfang** der ASV ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus den Anlagen. **Leistungen, die i.R. der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können**, werden im Appendix der jeweiligen Konkretisierung dieser Richtlinie **abschließend definiert**. Die Behandlung soll sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien orientieren, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.

§ 8 ASV-RL

Überweisungen

Bei **schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen** setzt die ambulante spezialfachärztliche Versorgung die **Überweisung durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt voraus.**

Für **seltene Erkrankungen** und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen **regeln die Anlagen 2 und 3, in welchen Fällen** die spezialfachärztliche Leistungserbringung **die Überweisung durch den behandelnden Vertragsarzt voraussetzt....**

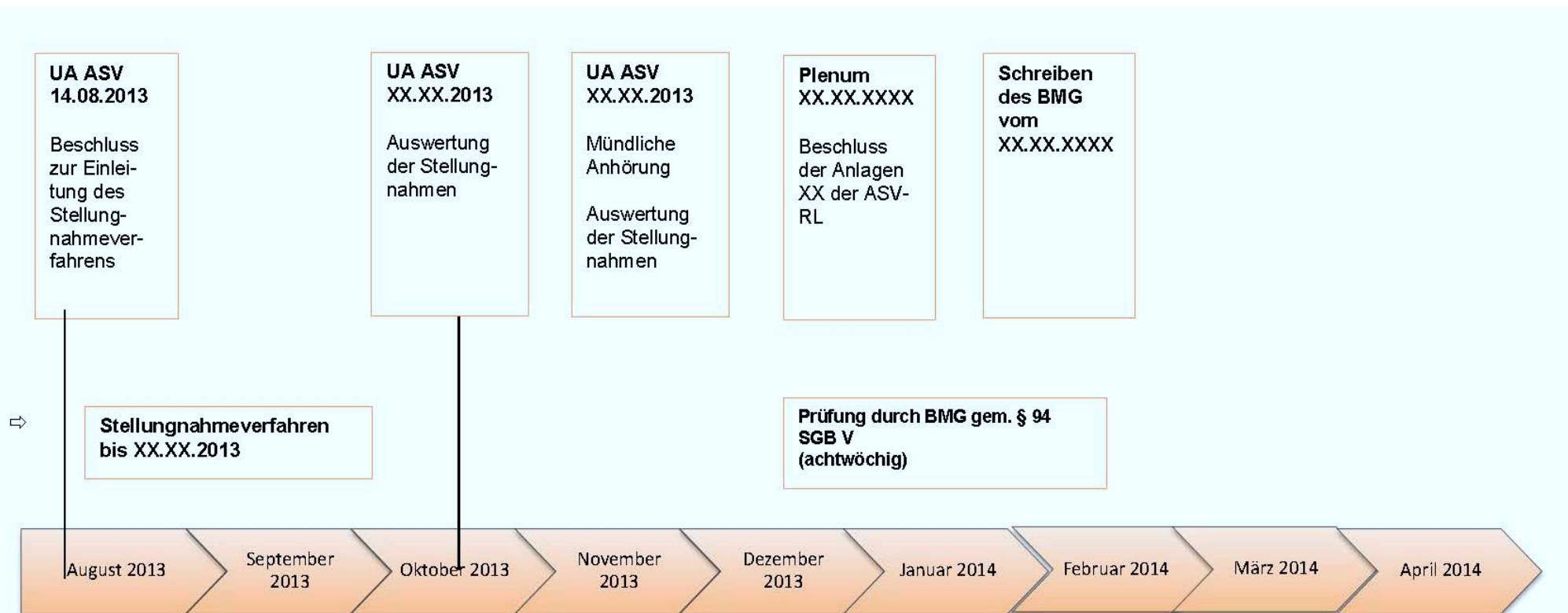
Welche Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V überweisen können, regeln die Anlagen.

§ 10 ASV-RL

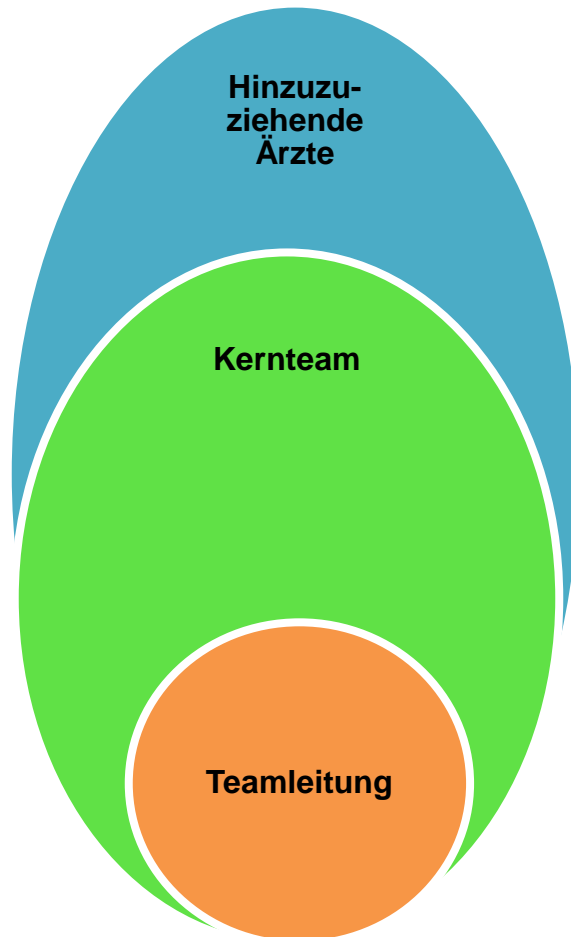
Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V

- Erforderliche Voraussetzung bei onkologischen Erkrankungen
- Zwingend intersektoral zwischen Leistungserbringern der ASV (zum Zweck der Förderung der intersektoralen Kooperation)
 - D.h. sektorenübergreifend zwischen ASV-berechtigten einzelnen Vertragsärzten einerseits und Krankenhäusern andererseits
- Gegenstand der ASV-Kooperationsvereinbarungen u.a.:
 - sektorenübergreifende Abstimmung der Eckpunkte der Versorgung
 - sektorenübergreifende gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen mind. zweimal pro Jahr
- Mehrere ASV-Kooperationen möglich

Wichtige Meilensteine zur Erstellung der Anlagen gastrointestinale Tumoren und Tbc der ASV-RL



Anlage 2 der ASV-RL: Zusammensetzung des interdisziplinären Teams bei Tuberkulose (hypothetisch)



Teamleitung

- Innere Medizin und Pneumologie oder
- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie

Kernteam

- Sofern Teamleitung Innere Medizin und Pneumologie:
 - Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie oder
 - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Sofern Teamleitung Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Infektiologie:
 - Innere Medizin und Pneumologie
- Laboratoriumsmedizin
- Radiologie
- Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden zusätzlich:
 - Kinder- und Jugendmedizin

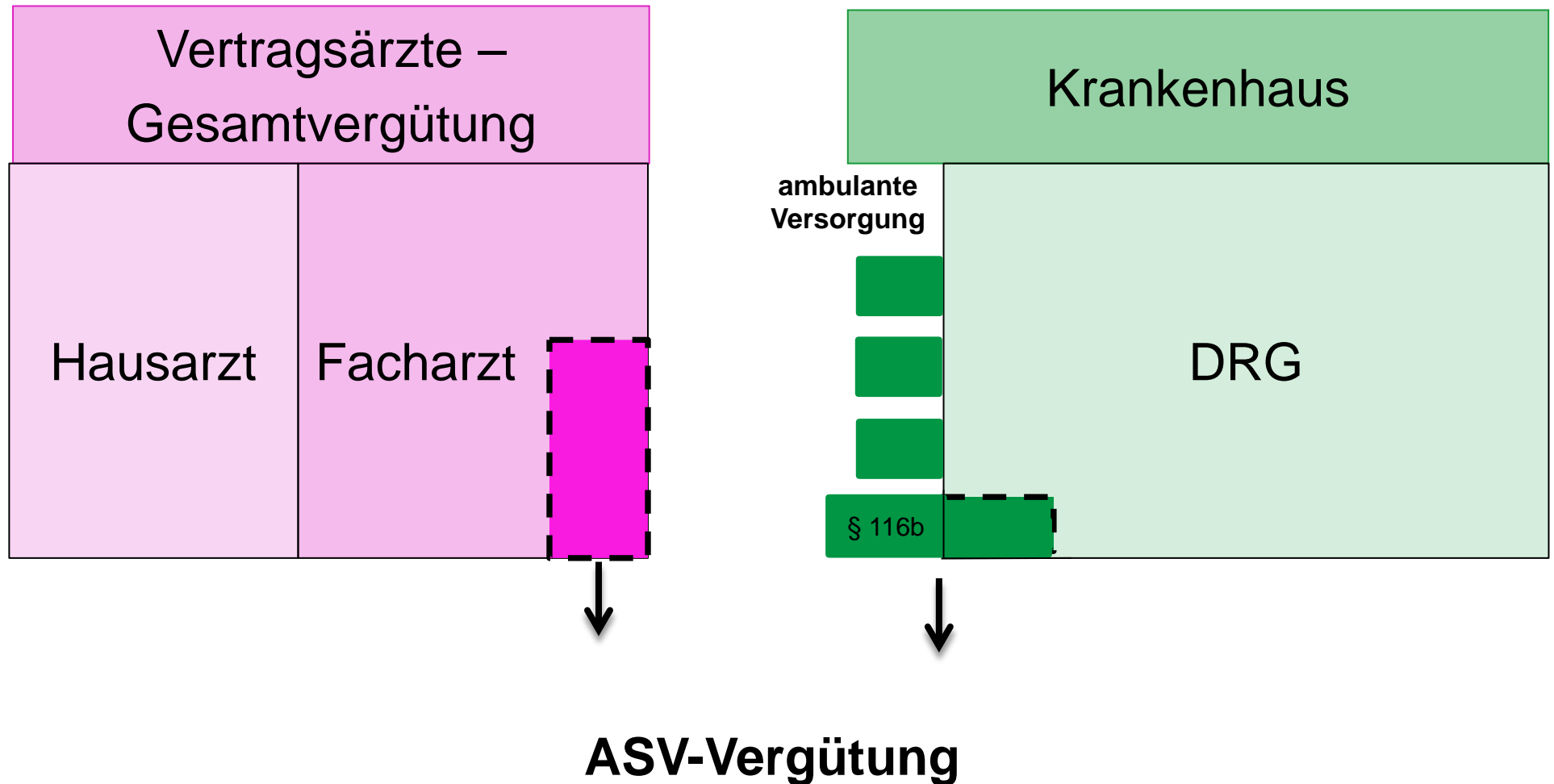
Hinzuziehende Ärzte

- Augenheilkunde
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Gastroenterologie
- Urologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Neurologie
- Pathologie

Struktur der Anlagen gemäß Eckpunktepapier

1. Konkretisierung der Erkrankung
2. Behandlungsumfang
3. Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität
 - Personelle Anforderungen
 - Sächliche und organisatorische Anforderungen
4. Dokumentation
5. Mindestmengen
6. Überweisungserfordernis
7. Appendix (Spezifizierung des Behandlungsauftrags anhand der EBM-GOP)

Finanzierung und Vergütung der ASV (1)



Finanzierung und Vergütung der ASV (2)

Extrabudgetäre ASV-Vergütung:

- Stufe 1:** nach EBM (erste 6 Monate nach Inkrafttreten der jeweiligen Anlage der ASV-RL des G-BA)
- Stufe 2:** modifizierter EBM (erweiterter Bewertungsausschuss muss spätestens 6 Monate nach Inkrafttreten der jeweiligen Anlage der ASV-RL EBM anpassen)
- Stufe 3:** Erweiterter Bewertungsausschuss vereinbart diagnosebezogene GOP

IV. Zusammenfassung

Chancen der ASV:

- **Verbesserung der Versorgung von Patienten mit komplexen oder seltenen Erkrankungen durch interdisziplinäre Behandlung**
- **Versorgung näher am Wohnort im interdisziplinären Team**
- **Überwindung von Sektorengrenzen**
- **(sektorenübergreifenden) Qualitätswettbewerb**

Vielen Dank!

**Renate Höchstetter MPH MBA
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)**

**Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystr. 8
10623 Berlin**

**E-Mail: renate.hoechstetter@g-ba.de
Internet: <http://www.g-ba.de>**