



Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V

Ingo Seip, Leiter Krankenhausfinanzierung, DGD-Stiftung
Bochum, 8. März 2023

Zur Person

Ingo Seip, Dipl.-Betriebswirt

- Leiter Zentraler Dienst Krankenhausfinanzierung, Entgelte und Verhandlungsmanagement, DGD-Stiftung, Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband, Marburg.
- Freiberuflicher Dozent unter anderem für das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI), Düsseldorf.
- Nach dem Studium Referent im Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).
- Danach Wechsel zu den Krankenhausgesellschaften nach Hessen (HKG) und Rheinland-Pfalz (KGRP) als Referent für Krankenhausfinanzierung.
- Seither in leitender Position im Management von Krankenhäusern.

Agenda

1. Grundlagen und Statistik
2. Leistungskatalog
3. Teilnahmeanzeige/Anzeige- und Prüfungsverfahren
4. ASV-Richtlinie
5. Beispiel: ASV-Team Tumore der Lunge und des Thorax
6. Vergütungssystem/Verordnungen
7. ASV-Wechselwirkungen zu anderen ambulanten Leistungen
8. Evaluation

Agenda

- 
1. Grundlagen und Statistik
 2. Leistungskatalog
 3. Teilnahmeanzeige/Anzeige- und Prüfungsverfahren
 4. ASV-Richtlinie
 5. Beispiel: ASV-Team Tumore der Lunge und des Thorax
 6. Vergütungssystem/Verordnungen
 7. ASV-Wechselwirkungen zu anderen ambulanten Leistungen
 8. Evaluation

1. Grundlagen

- **Sicherstellungsauftrag seit 1931 bzw. 1990:**
 - **Ambulante Versorgung: KVen** >> Vertragsärzte/Psychotherapeuten
 - **Stationäre Versorgung: Länder** >> öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhäuser
- **Grundprinzipien der Leistungserbringung:**
 - Ambulant: **Erlaubnisvorbehalt**
 - Stationär: **Verbotsvorbehalt**
- Seither zahlreiche Versuche zur **Öffnung der Sektorengrenze.**

1. Grundlagen

Einführung	Versorgungsangebot	SGB V
1955	Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte (Ermächtigungen)	§ 116
1955	Ambulante Notfallversorgung	§ 76 (1) S. 2
1955	Hochschulambulanzen (HSA)	§ 117
1955	Belegärztliche Leistungen	§ 121
1986	Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)	§ 118
1989	Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)	§ 119
1993; 2000	Ambulantes Operieren im Krankenhaus (AOP)	§ 115b
1993	Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	§ 115a
1993; 2019	Abgabe von ambulanten Heilmitteln (Physio, Ergo, Logo, Podo und Ernährungsberatung)	§§ 124, 125
2004	Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	§ 95
2004	Ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung	§ 116a
2004; 2007	Ambulante Behandlung im Krankenhaus (ABK)	§ 116b (alt)
2004	Krankenhausapotheke	§ 129a
2007	Spezialisierte ambulante (pädiatrische) Palliativversorgung (SAPV/SAPPV)	§§ 37b, 132d
2009	Pädiatrische Spezialambulanzen/Spezialambulanzen an Kinderkliniken	§ 120 (1a)
2012; 2015	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)	§ 116b (neu)
2013	Geriatrische Institutsambulanzen (GIA)	§ 118a
2013; 2017	Psychosomatische Institutsambulanzen (PsIA)	§ 118 (3)

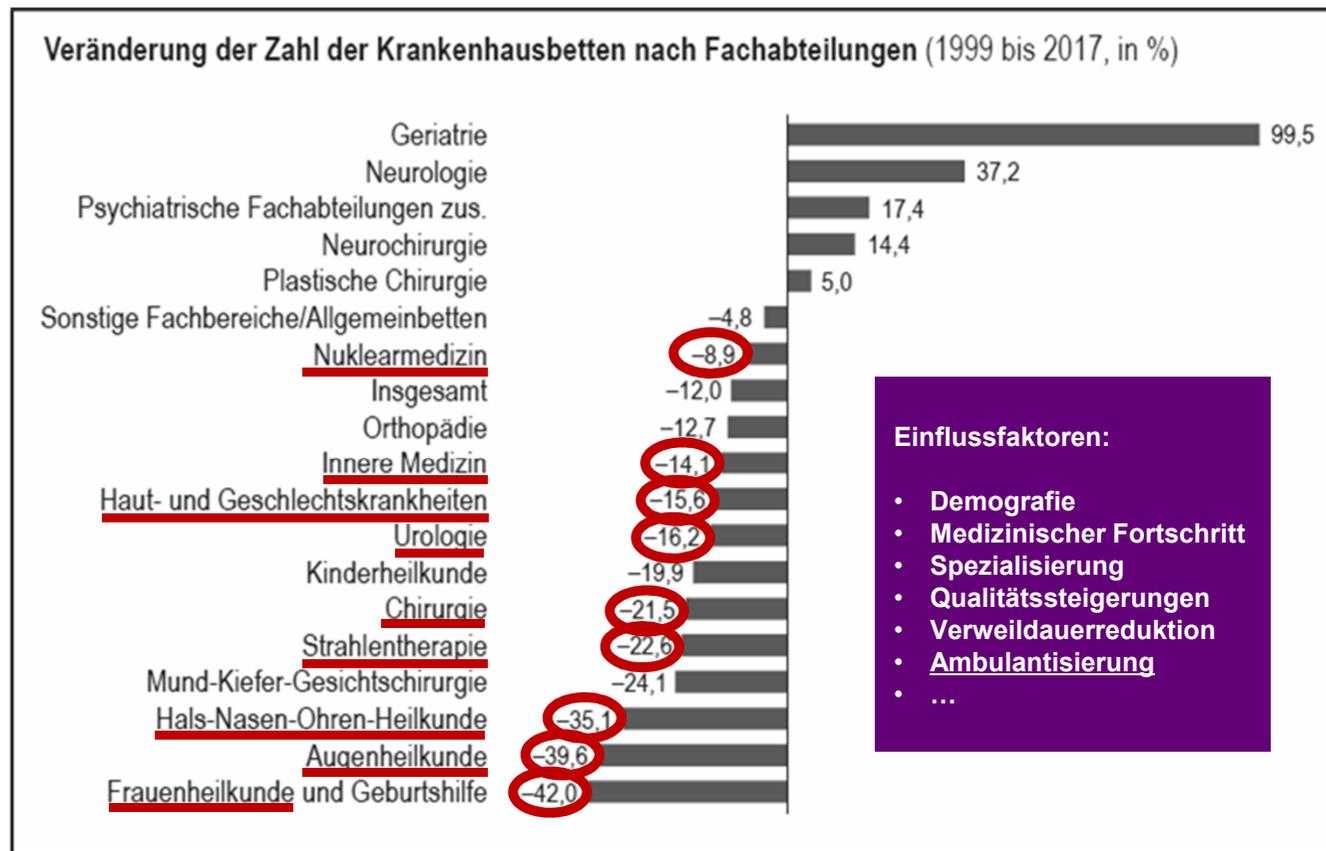
**Ambulante
Versorgungsmöglichkeiten
für Krankenhäuser**



1. Grundlagen

Einführung	Versorgungsangebot	SGB V
2015	Besondere Versorgung (Selektivverträge ersetzen Verträge nach § 73a, § 73c und § 140a-d)	§ 140a
2015	Ambulante Behandlung über Terminservicestellen	§ 75 (1a)
2017	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB)	§ 115d
2019	Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch ambulant	§ 137e
2023	Tagesstationäre Behandlung	§ 115e (neu)
2023	Spezielle sektorengleiche Vergütung	§ 115f (neu)

1. Ambulantisierung



1. Historie

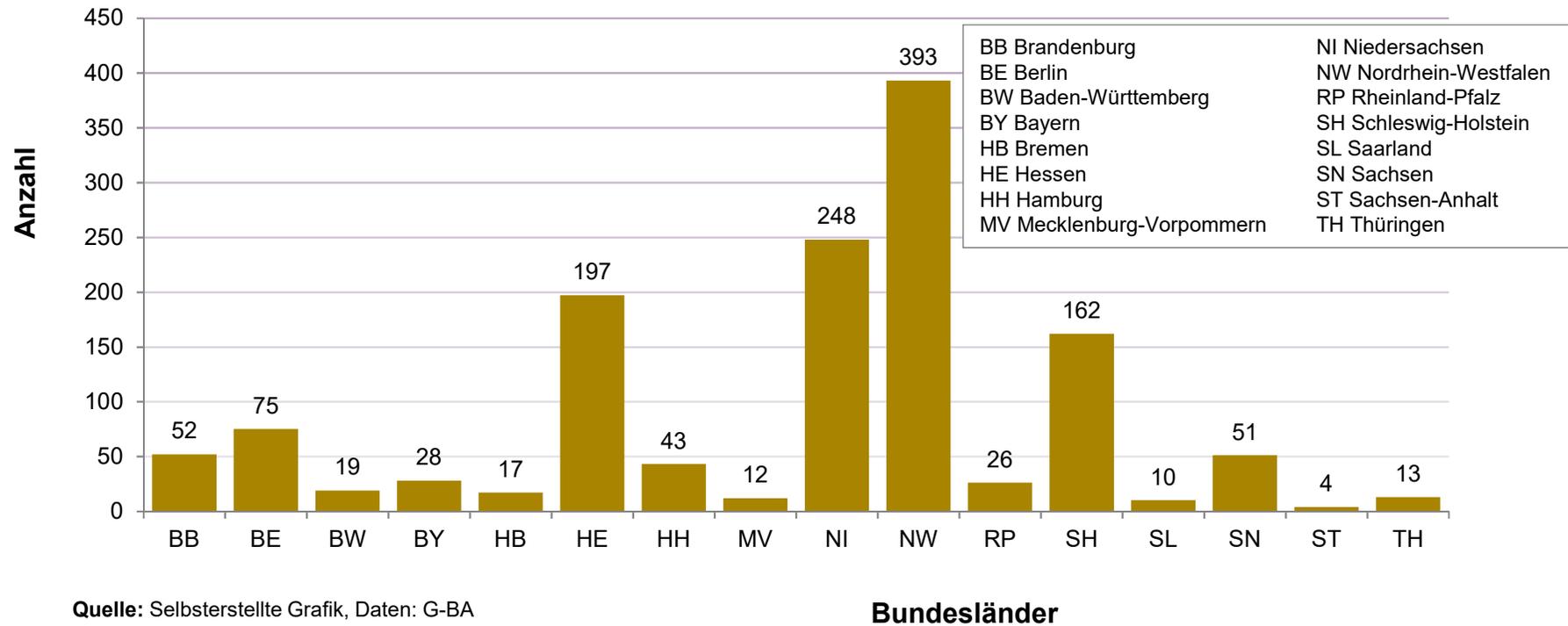
- Zum 01.01.2004 ist § 116b SGB V (Ambulante Behandlung im Krankenhaus) aufgrund einer Empfehlung des Sachverständigenrats durch das GMG in Kraft getreten.
 - **Gesetzesbegründung: „[...] hochqualifizierte Ärzte in spezialisierten Zentren für diese Behandlungsformen besonders prädestiniert.“**
 - **„Besondere Qualifikation der Krankenhausärzte und hohe Patientenfrequenz.“
>> Facharztausbildung findet im Krankenhaus statt.**
 - **„Vorhandene Struktur und Möglichkeit, Risiken in der Behandlung besser beherrschen zu können.“**
- Krankenkassen sollten Verträge mit Krankenhäusern schließen.

1. Historie

- Zum 01.04.2007 Änderung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG): Vertragskompetenz der Krankenkassen ist entfallen.
 - **Gesetzesbegründung:** „Die Krankenkassen haben die Möglichkeit zur Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung kaum genutzt.“
- Ein zugelassenes Krankenhaus war seither zur ambulanten Behandlung der Katalogleistungen nach § 116b Abs. 3 SGB V a.F. berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Landeskrankenhausplanung auf Antrag des Krankenhausträgers **unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation** von der zuständigen **Landesbehörde** dazu **bestimmt** worden ist.

1. Historie

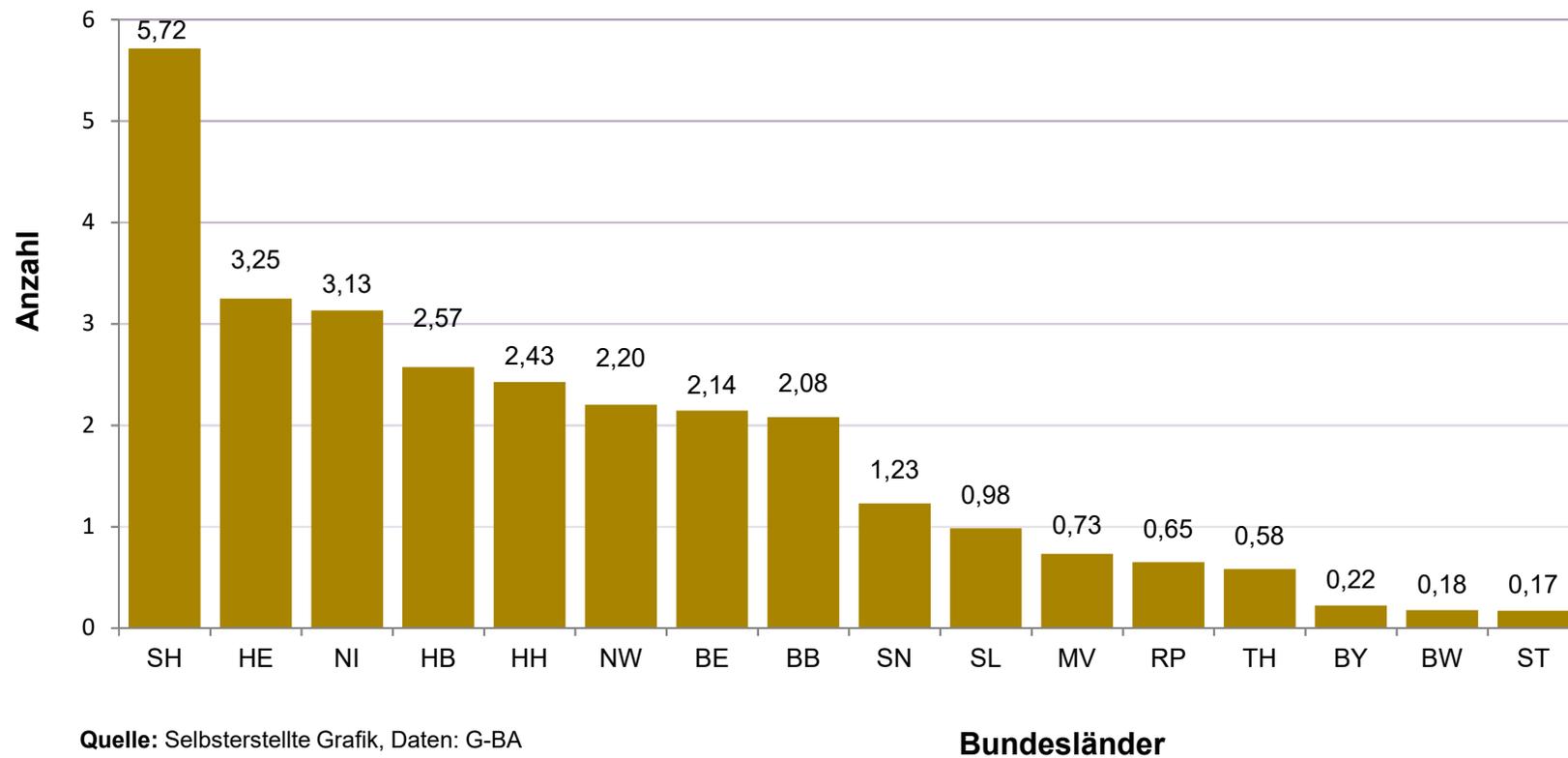
1.350 Bestimmungen nach § 116b SGB V a.F. 2007-2011



Quelle: Selbsterstellte Grafik, Daten: G-BA

1. Historie

1,65 Bestimmungen je 100.000 Einwohner nach § 116b SGB V a.F. 2007-2011



Quelle: Selbsterstellte Grafik, Daten: G-BA

1. GKV-Versorgungsstrukturgesetz

- Am 01.01.2012 ist das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) in Kraft getreten.
- Zielsetzungen des GKV-VStG (u.a.):
 - **Sicherung der wohnortnahen, flächendeckenden medizinischen Versorgung.**
>> gerade im ländlichen Raum können Krankenhäuser einen positiven Beitrag leisten.
 - **Reibungsloses Ineinandergreifen von stationärer und ambulanter Versorgung.**
>> aus Patientensicht erfolgt die Behandlung im Krankenhaus „aus einer Hand“.

1. GKV-Versorgungsstrukturgesetz

„Dritter Sektor“

Krankenhäuser

Vertragsärzte

Agenda

1. Grundlagen und Statistik
-  2. Leistungskatalog
3. Teilnahmeanzeige/Anzeige- und Prüfungsverfahren
4. ASV-Richtlinie
5. Beispiel: ASV-Team Tumore der Lunge und des Thorax
6. Vergütungssystem/Verordnungen
7. ASV-Wechselwirkungen zu anderen ambulanten Leistungen
8. Verordnungswesen
9. Evaluation

2. Leistungskatalog

I. Anlage 1.1.: Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

1. Onkologische Erkrankungen (11 Tumorgruppen - TG)

- TG 1: Gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
- TG 2: Gynäkologischen Tumoren
- TG 3: Urologischen Tumoren
- TG 4: Hauttumoren
- TG 5: Tumoren der Lunge und des Thorax
- TG 6: Kopf- oder Halstumoren
- TG 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven
- TG 8: Knochen- und Weichteiltumoren
- TG 9: Augentumoren
- TG 10: Tumoren des lymphatischen / Erkrankung der Blutbildung
- TG 11: Tumore bei Kindern und Jugendlichen

2. Rheumatologische Erkrankungen

3. Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) > Neu, durch G-BA

2. Leistungskatalog

I. Anlage 1.2.: Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

4. HIV/AIDS
5. Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3 - 4)
6. Multiple Sklerose
7. Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)
8. Komplexe Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie
9. Folgeschäden bei Frühgeborenen
10. Querschnittslähmung bei Komplikationen

2. Leistungskatalog

II. Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen (1/2)

11. Tuberkulose

12. Mukoviszidose

13. Hämophilie

14. Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen
und neuromuskuläre Erkrankungen

15. Schwerwiegende immunologische Erkrankungen

16. Biliäre Zirrhose

17. Primär sklerosierende Cholangitis

2. Leistungskatalog

II. Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen (2/2)

18. Morbus Wilson

19. Transsexualismus

20. Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen

21. Marfan-Syndrom

22. Pulmonale Hypertonie

23. Kurzdarmsyndrom

24. Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern

2. Leistungskatalog

III. Hochspezialisierte Leistungen

25. CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen

26. Brachytherapie

2. Leistungskatalog

§ 116b Abs. 1 u. 5 SGB V

- Keine Beschränkung auf EBM-Leistungen. Hinsichtlich der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird an die Regelung im stationären Bereich angeknüpft.
 - **Kein „Verbot mit Erlaubnisvorbehalt“ (wie im ambulanten Bereich ansonsten üblich), sondern**
 - **„Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ solange kein ausdrücklicher Ausschluss durch den G-BA gemäß §137c SGB V erfolgt.**
- Kein Regelleistungsvolumen. Kein Limitierung der Patientenzahl.
- Grundsätzlich bedarfsunabhängiger Zugang der Leistungserbringer.
- Bei der Berechnung des Versorgungsgrades der KV-Bedarfsplanung sind „116b-Leistungen“ der Vertragsärzte zu berücksichtigen.

Agenda

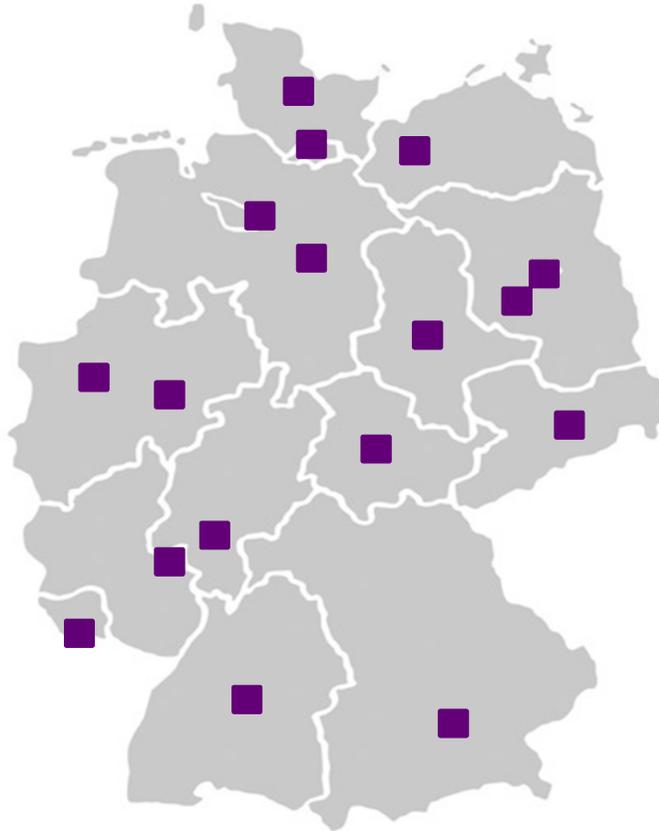
1. Grundlagen und Statistik
2. Leistungskatalog
-  3. **Teilnahmeanzeige/Anzeige- und Prüfungsverfahren**
4. ASV-Richtlinie
5. Beispiel: ASV-Team Tumore der Lunge und des Thorax
6. Vergütungssystem/Verordnungen
7. ASV-Wechselwirkungen zu anderen ambulanten Leistungen
8. Verordnungswesen
9. Evaluation

3. Erweiterter Landesausschuss

§ 116b Abs. 2 u. 3 SGB V u. § 90 Abs. 1 SGB V



3. Erweiterter Landesausschuss



- Der Landesausschuss ist i.d.R. bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) angesiedelt.
- Der erweiterte Landesausschuss (ELA) hat sich in allen Ländern (KV-Bezirken) konstituiert.

3. Teilnahmeanzeige

§ 116b Abs. 2 SGB V

- Zulassungsvoraussetzung ist die Erfüllung der vom G-BA zu definierenden Anforderungen.
 1. Paragraphenteil der ASV-Richtlinie
 2. Konkretisierungen zu den einzelnen Leistungen
- Erst danach kann die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung angezeigt werden (!)

Agenda

1. Grundlagen und Statistik
2. Leistungskatalog
3. Teilnahmeanzeige/Anzeige- und Prüfungsverfahren
-  4. **ASV-Richtlinie**
5. Beispiel: ASV-Team Tumore der Lunge und des Thorax
6. Vergütungssystem/Verordnungen
7. ASV-Wechselwirkungen zu anderen ambulanten Leistungen
8. Verordnungswesen
9. Evaluation

4. ASV-Richtlinie

I. Struktur Paragraphenteil

- ASV-Berechtigte
- Personelle Anforderungen (Grundsatz)
- Sächliche und organisatorische Anforderungen (Grundsatz)
- Behandlungsumfang (Grundsatz)
- Studienteilnahme
- Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen
- Überweisungen (Grundsatz)
- Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung
- Überprüfung der Anforderungen der Abrechnung/Wirtschaftlichkeit/Qualität
- Mindestmengen (Grundsatz)
- Qualitätssicherung
- Evaluation
- Dokumentation
- Patienteninformation

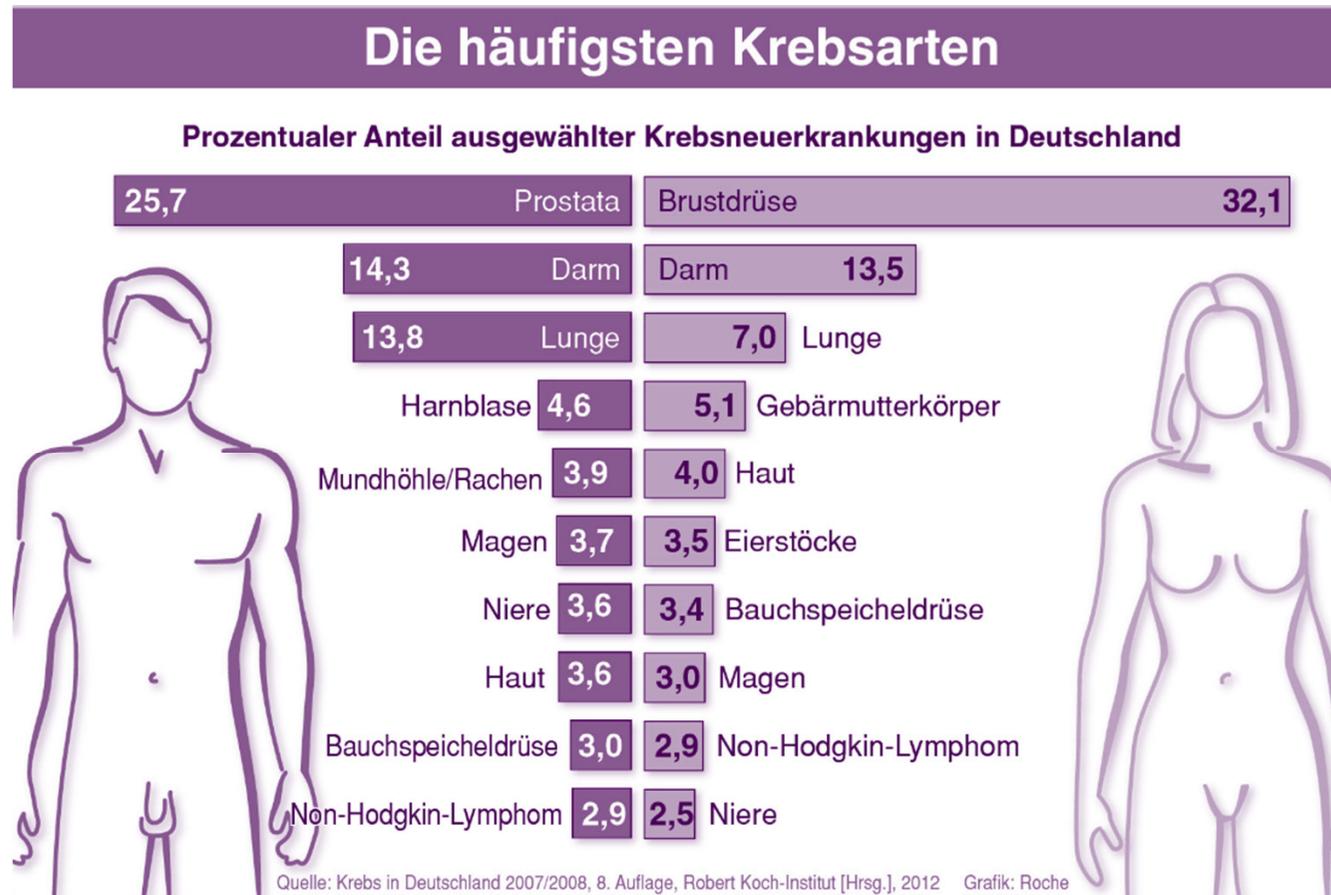
II. Struktur Konkretisierungen

- Einbezogene Erkrankungen (ICD, Leitlinien, freie Beschreibungen)
- Behandlungsumfang
- Anforderungen (personell, sächlich und Mindestmengen)
- Überweisungserfordernis
- Appendix (Spezifizierung des Behandlungsauftrags anhand von EBM)

In Kraft seit
20.07.2013

TBC (04/14)
GIT (07/14)
Marfan-S. (06/15)
Pul. Hyp. (06/16)
Gyn. (08/16)
Mukov. (03/17)
Rheuma (04/18)
Uro. (04/18)
Morbus W (06/18)
Cholangitis (08/18)
Haut (05/19)
Hämophilie (07/19)
Lunge/Thorax (04/20)
Sarkoidose (04/20)
Kopf-Hals (05/21)
Neuromusk. (05/21)
Gehirn (04/22)
CED (04/22)
Sarkome (?)
MS (?)

4. Konkretisierungen



4. ASV-Teams seit 2014

681 ASV-Teams, rd. 36.000 Ärztinnen/Ärzte

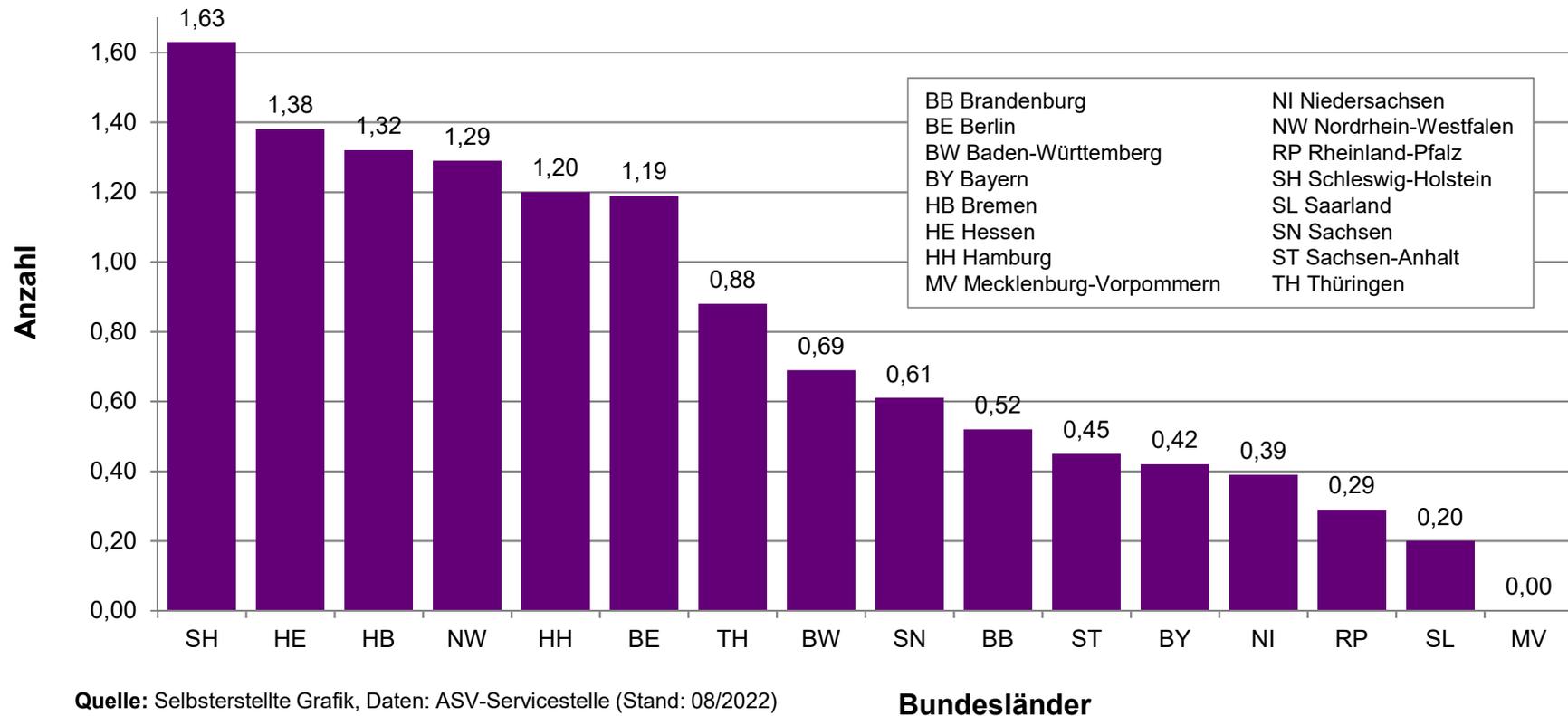
53 Ärztinnen/Ärzte je ASV-Team

BB Brandenburg	NI Niedersachsen
BE Berlin	NW Nordrhein-Westfalen
BW Baden-Württemberg	RP Rheinland-Pfalz
BY Bayern	SH Schleswig-Holstein
HB Bremen	SL Saarland
HE Hessen	SN Sachsen
HH Hamburg	ST Sachsen-Anhalt
MV Mecklenburg-Vorpommern	TH Thüringen

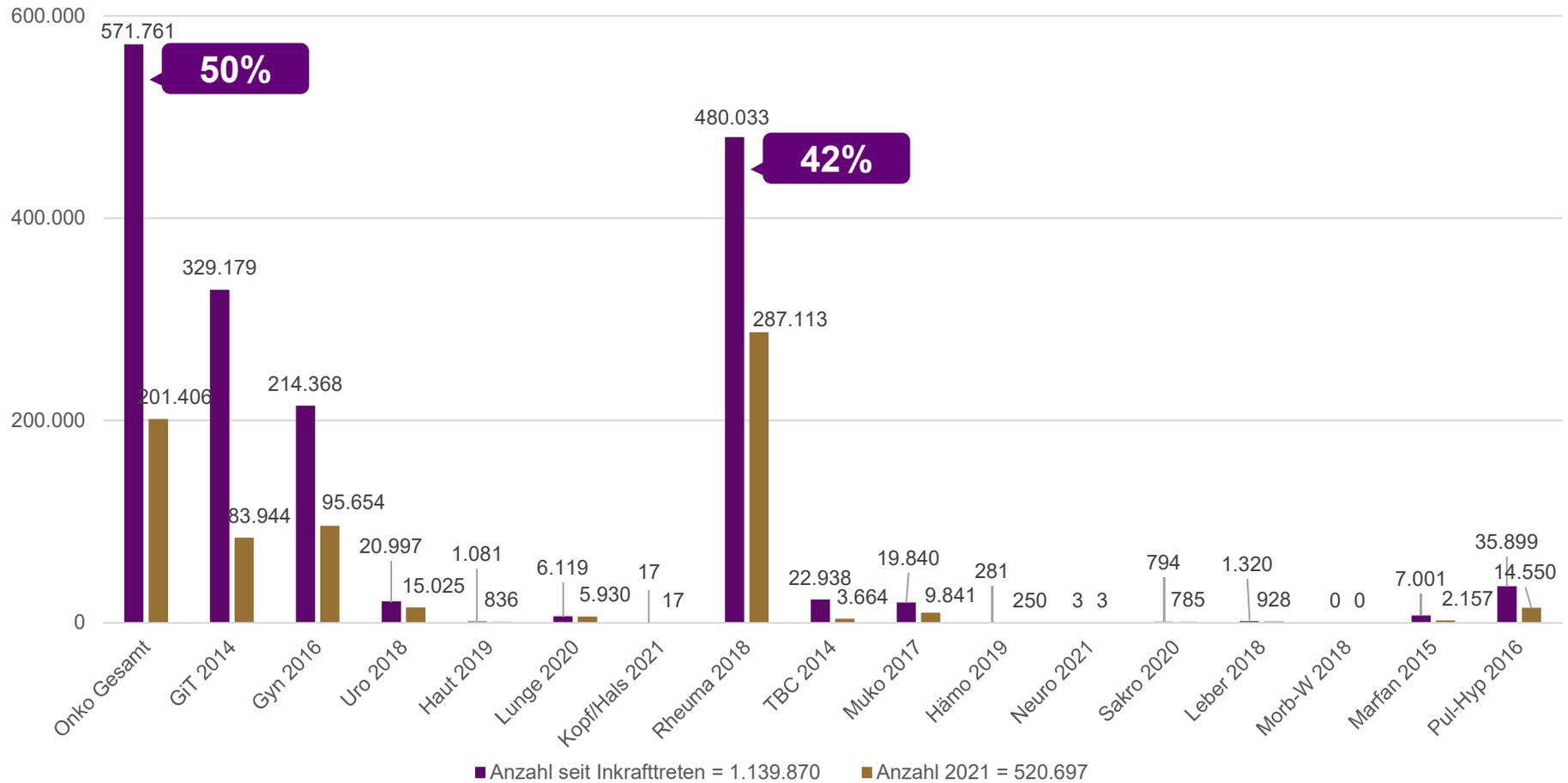
Bereich / BL	NW	HE	BW	BY	SH	BE	NI	SN	HH	TH	BB	RP	ST	HB	SL	MV	Ges.
TG 1) GiT	59	24	19	12	12	11	6	4	5	5	3	4	4	1	1		170
TG 2) Gyn	40	16	12	10	11	6	9	4	2	2	3	2		1			118
TG 3) Uro	27	16	6	8	7	3	3	1	4	2		2	1	1	1		82
TG 4) Haut	12	7	2	4	4	1	1	1		1	1			1			35
TG 5) Lunge	14	4	8	2	2		3	2		1			1				37
TG 6) Kopf	3	1	1														5
TG 7) Gehirn			1														1
1 b) Rheuma	20	8	7	7	4	5	4	6	3	1	1	4	1	2			73
1 c) CED	1																1
2 a) TBC	17	4	7	3	2	5		1	3	1	1		2				46
2 b) Muko	5	2	3	2	1	4		1	1	1	2			1			23
2 c) Hämo	1	1			1		1	1		1	1			1			8
2 d) Neuro	2	1								1							4
2 e) Sakro	10		3		1	1			1	1							17
2 g) Leber	4	1	3	1		1			1					1			12
2 h) Morb W	1							1									2
2 k) Marfan	2		2			1		1	1	1							8
2 l) Pul Hyp	13	1	2	6	2	5	4	2	1	1	1		1				39
Summe	231	86	76	55	47	43	31	25	22	19	13	12	10	9	2	0	681

4. ASV-Teams seit 2014

0,82 ASV-Teams je 100.000 Einwohner



4. ASV-Patient*innen



Agenda

1. Grundlagen und Statistik
2. Leistungskatalog
3. Teilnahmeanzeige/Anzeige- und Prüfungsverfahren
4. ASV-Richtlinie
-  5. **Beispiel: ASV-Team Tumore der Lunge und des Thorax**
6. Vergütungssystem/Verordnungen
7. ASV-Wechselwirkungen zu anderen ambulanten Leistungen
8. Verordnungswesen
9. Evaluation

5. TG 5: Lunge und Thorax



5. TG 5: Lunge und Thorax

Einbezogene Diagnosen

- C33 Bösartige Neubildung der Trachea
- C34.- Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
- C37.- Bösartige Neubildung des Thymus
- C38.- Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura
- C39.- Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen des Atmungssystems und sonstiger intrathorakaler Organe
- C45.0 Mesotheliom der Pleura
- C45.2 Mesotheliom des Perikards
- C47.3 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems, Periphere Nerven des Thorax
- C49.3 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe, Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax
- C75.5 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen, Glomus aorticum und sonstige Paraganglien
- C76.1 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen, Thorax
- C76.8 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen, Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
- C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

5. TG 5: Lunge und Thorax

- Überweisungserfordernis nach zwei Quartalen
- Da „besondere Erkrankung“ nach § 116b Abs. 1 Satz 2 Nr. 1, keine Verdachtsdiagnostik, sondern nur noch gesicherte Diagnosen.

Überweisungsschein		06		
<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	Q J J
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der SP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		Geschlecht	
Überweisung an		T T M M J J	W M	
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis	
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V		T T M M J J		

Diagnose/verdachtsdiagnose

- Bei „zuvor“ stationären Fällen ist keine Überweisung notwendig.

5. TG 5: Lunge und Thorax

- Leistungsbeschreibung/Abrechnung über EBM (Ziffern werden im Appendix der einzelnen Konkretisierungen aufgeführt) zuzüglich „Verbotsvorbehaltsleistungen“.
 - **Abschnitt 1 (EBM)**
 - **Abschnitt 2 (Verbotsvorbehaltsleistungen)**

5. TG 5: Lunge und Thorax

Appendix

Legende



0

Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 gehören für die jeweilige Arztgruppe nicht zum Behandlungsumfang.

1

Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 gehören für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang.

Quelle: G-BA

5. Appendix

Abschnitt 2: TG 5 Lunge

Nr.	Bezeichnung der Leistung	Tarifwerk	Wert	EBM VI Anhang 6: Fachgruppe
1	PET; PET/CT 1.1 1.2 1.3 1.4 1.5	bundeseinheitliche Pseudoziffer 88500 ÄB Heft Nr. 46/2018 Ganzkörper: GOÄ 5369 x 1,2 GOÄ 5489 x 1,2 Teilkörper: GOÄ 5369 x 1,2 GOÄ 5371 x 1,2	734,41 € 370,70 €	Nuklearmedizin Radiologie
2	Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung eines Patienten mit gastrointestinalem Tumor und/oder einem Tumor der Bauchhöhle unter tumorspezifischer, insbesondere zytostatischer, Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	86512 (reg. Onkologievereinbarung)	Ø 26,80 €	
3	Zusatzpauschale für die Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie	51040 (EBM-Abschnitt VII)	21,95 €	Strahlentherapie Nuklearmediziner (nur Mitglieder des Kernteams)
4	Zusätzlicher Aufwand für die intravenös oder intraarteriell oder intracavitär applizierte zytostatische Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	86516 (reg. Onkologievereinbarung)	Ø 197,20 €	
5	Vorstellung eines Patienten in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams	51041 (EBM-Abschnitt VII)	23,10 €	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie Strahlentherapie Haut- und Geschlechtskrankheiten
<p>Sofern die Gebührenordnungsposition 51041 im Kalendervierteljahr aufgrund der Regelung gemäß Nr. 9 der Bestimmung zu Bereich VII EBM neben der Kostenpauschale 86512 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) berechnet wird, ist ein Abschlag in Höhe von 64 Punkten (= 7,21 €) auf die Gebührenordnungsposition 51041 vorzunehmen.</p>				
6	Zusätzlicher Aufwand für die Durchführung von und Teilnahme an Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c) ASV-RL	51011 (EBM-Abschnitt VII)	1,72 €	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie Strahlentherapie Haut- und Geschlechtskrankheiten

5. Appendix

Abschnitt 2: TG 5 Lunge

Nr.	Bezeichnung der Leistung	Tarifwerk	Wert	EBM VI Anhang 6: Fachgruppe
7.1	Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z.B. Hospize, SAPV)	86518 (reg. Onkologievereinbarung)	Ø 197,20 €	
7.2	Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z.B. Hospize, SAPV)	86518 (reg. Onkologievereinbarung)	Ø 197,20 €	
8	Vorhaltung einer 24-h-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft	51010 (EBM-Abschnitt VII)	26,43 €	
9.1	Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung	51030 (EBM-Abschnitt VII)	17,70 €	
9.2	Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung Erwachsene (je 40 min)	51032 (EBM-Abschnitt VII)	19,08 €	
10	Zusätzlicher Aufwand für die orale zytostatische Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologiereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	86520 (reg. Onkologievereinbarung)	Ø 97,15 €	
11	Beobachtung und Betreuung bei (Radio-) Chemotherapie für Strahlentherapeut (analog der Zusatzpauschalen im EBM)	bundeseinheitliche Pseudoziffer 88516 > 30 min (2 h) GOÄ 272 x 1,5 x 3 > 30 min (4 h) GOÄ 272 x 1,5 x 6 > 6 h GOÄ 276 x 1,5 x 3	47,22 € 94,44 € 141,66 €	Strahlentherapie

01.10.2019 bis 30.09.2020, danach 01510-12 auch für Strahlentherapie

[22.03.2019] auch FA Psychosomatik. Mehr als 15 mal berechenbar; 22220 entfällt (Abschnitt 1)

**Ab 01.10.2019
Übriges Kernteam:
01510: > 2h 50,91 €
01511: > 4h 100,21 €
01512: > 6h 149,27 €**

5. Appendix

Abschnitt 2: TG 5 Lunge

Nr.	Bezeichnung der Leistung	Tarifwerk	Wert	EBM VI Anhang 6: Fachgruppe
12.1	Erstellung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL (je Krankheitsfall)	51020 (EBM-Abschnitt VII)	4,48 €	
12.2	Aktualisierung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL (je Behandlungsfall)	51021 (EBM-Abschnitt VII)	0,92 €	

5. Appendix

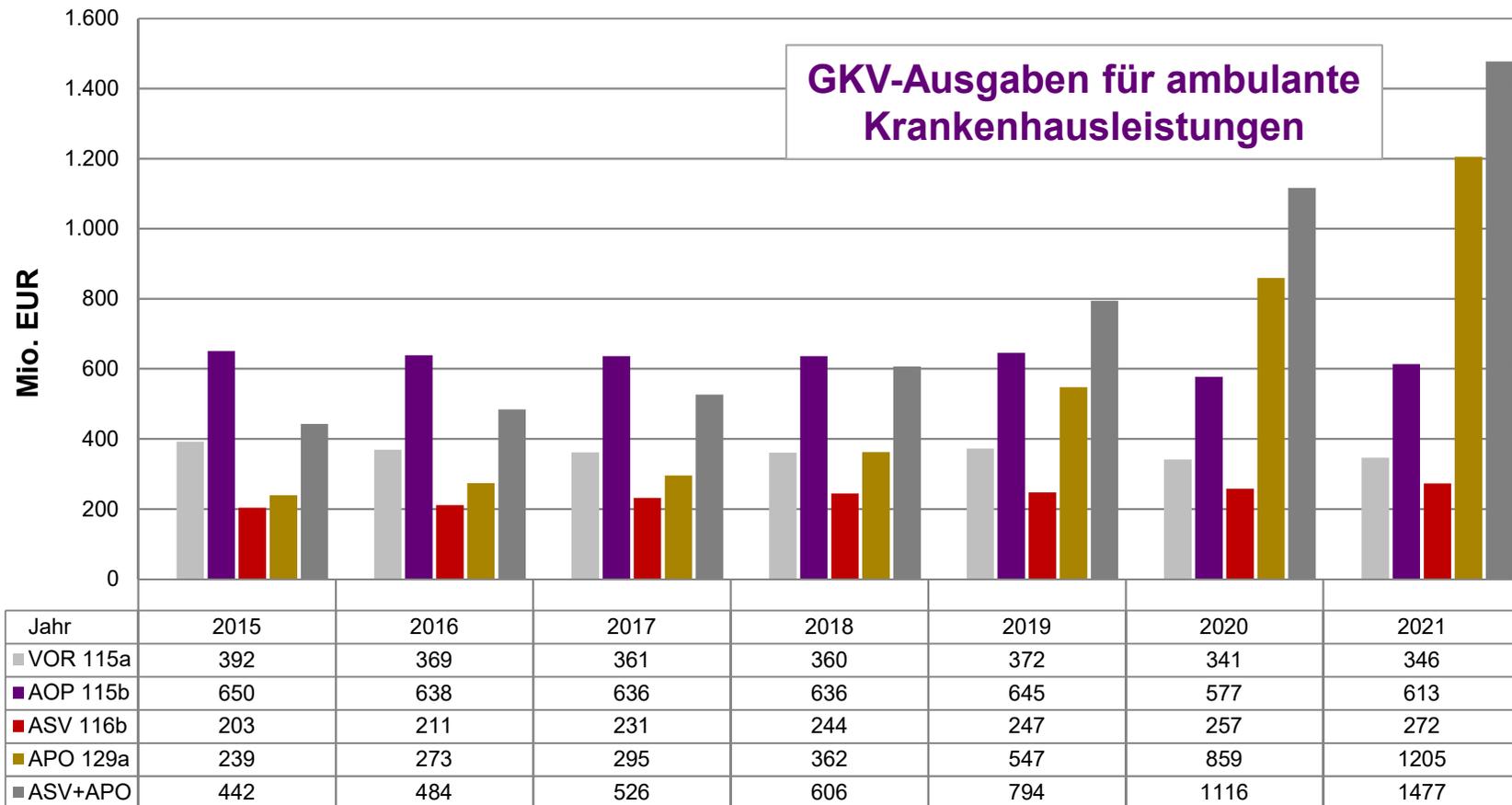
Vergütungssätze regionale Onkologievereinbarungen (absteigend sortiert)

KV-Bezirk / Ziffer	86512 Behandlung solider Tumor	86516 Intravasale zytostatische Tumorthherapie	86518 Palliativ- versorgung	86520 Orale Tumorthherapie
* abweichende Leistungsziffern				
Hamburg	25,56 €	256,65 €	256,65 €	127,83 €
Nordrhein	25,56 €	256,65 €	256,65 €	127,83 €
Rheinland-Pfalz	25,56 €	256,65 €	256,65 €	127,83 €
Saarland	25,56 €	256,65 €	256,65 €	127,83 €
Meckl.-Vorpommern	25,56 €	256,65 €	256,65 €	127,83 €
Schleswig-Holstein	24,69 €	224,45 €	224,45 €	112,23 €
Baden-Württemberg	29,16 €	196,16 €	196,16 €	98,08 €
Bremen	28,37 €	185,27 €	185,27 €	92,64 €
Thüringen*	28,09 €	177,17 €	177,17 €	88,59 €
Sachsen-Anhalt	24,36 €	175,22 €	175,22 €	87,61 €
Berlin	27,97 €	170,11 €	170,11 €	85,06 €
Westfalen-Lippe	28,37 €	168,62 €	168,62 €	84,31 €
Sachsen*	28,05 €	176,90 €	176,90 €	66,33 €
Hessen	28,42 €	167,52 €	167,52 €	83,76 €
Brandenburg	25,37 €	150,46 €	150,46 €	75,23 €
Bayern	28,36 €	141,27 €	141,27 €	70,64 €
Niedersachsen	26,54 €	135,93 €	135,93 €	67,97 €
Durchschnitt	26,80 €	197,20 €	197,20 €	97,15 €

Agenda

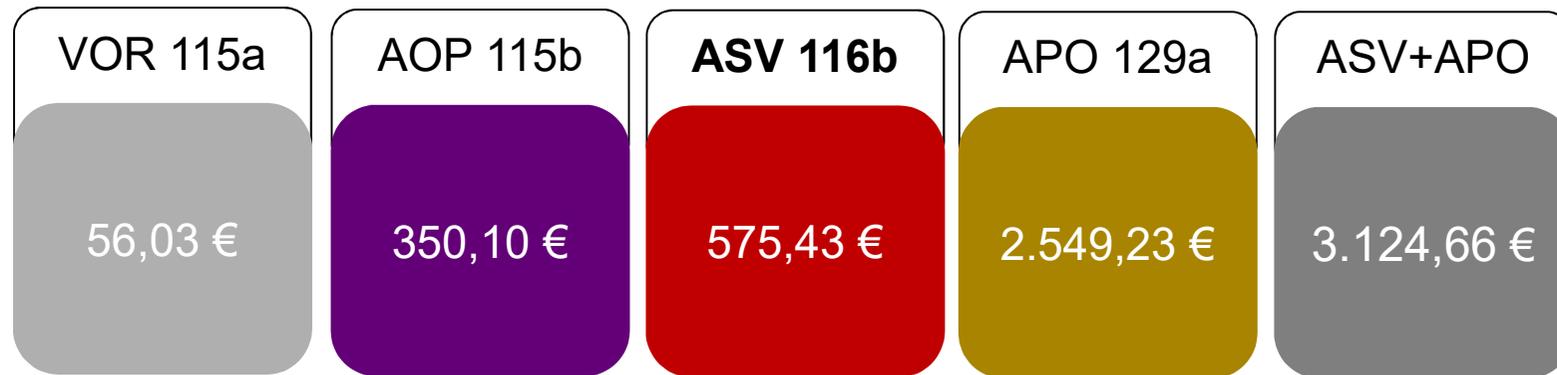
1. Grundlagen und Statistik
2. Leistungskatalog
3. Teilnahmeanzeige/Anzeige- und Prüfungsverfahren
4. ASV-Richtlinie
5. Beispiel: ASV-Team Tumore der Lunge und des Thorax
-  6. Vergütungssystem/Verordnungen
7. ASV-Wechselwirkungen zu anderen ambulanten Leistungen
8. Verordnungswesen
9. Evaluation

6. Vergütungssystem



Quelle: Selbsterstellte Grafik, Daten: BMG, KJ1 Statistik, 2022

6. Erlös je Behandlungsfall



6. Vergütungssystem

§ 116b Abs. 6 u. § 87 Abs. 2e S. 1 Nr. 1 SGB V

- Keine Limitierung bei der Anzahl der zu behandelnden Patienten.
>> Motto: „Wer kann, der darf (so oft man will)“
- Die Vergütung erfolgt für Krankenhäuser weiterhin unmittelbar durch die Krankenkassen.
- Auf Basis des „Appendix“:
 - **Abschnitt 1 - EBM**
 - **Abschnitt 2 - „Verbotsvorbehaltsleistungen“ (EBM-Kapitel VII (neu), u.a.)**
 - » Kein „**Verbot mit Erlaubnisvorbehalt**“ (wie im ambulanten Bereich ansonsten üblich), sondern
 - » „**Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt**“ solange kein ausdrücklicher Ausschluss durch den G-BA gemäß §137c SGB V erfolgt.

6. Vergütungssystem

§ 116b Abs. 6 SGB V

- Die Gesamtvergütung der KV wird um „116b-Leistungen“ (der Vertragsärzte) bereinigt. Dies darf nicht zulasten der Hausärzte oder der fachärztlichen Grundversorgung erfolgen.
- „Dilemma“ der KV:
 - Einerseits Anreiz für einzelne Vertragsärzte, da keine Limitierung für „116b-Leistungen“.
 - Andererseits kein Anreiz für übrige Ärzteschaft, da Kürzung der Gesamtvergütung.
- Abstimmungsverhalten der KV im Landesausschuss oft unklar.

6. Verordnungen

§ 116b Abs. 6 u. 7 SGB V u. § 73 Abs. 2 Nr. 5, 6, 7, 8, 9, 12 SGB V

Muster 1:	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
Muster 2:	Verordnung von Krankenhausbehandlung
Muster 4:	Verordnung einer Krankenförderung
Muster 12:	Verordnung häuslicher Krankenpflege
Muster 13:	Heilmittelverordnung (Physikalische Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, ab 2021 Podologische Therapie, Ergotherapie und Ernährungstherapie) <i>gem. G-BA-HeilM-RL</i>
Muster 14:	Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)
bis 2020	
Muster 16:	Arzneiverordnungsblatt (auch für enterale Ernährung, Hilfsmittel und Stomaversorgung)
Muster 18:	Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie)
bis 2020	
Muster 26:	Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V
Muster 27:	Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V
Muster 28:	Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie
Muster 63:	<i>SAPV (gem. G-BA-RL SAPV)</i>

Agenda

1. Grundlagen und Statistik
2. Leistungskatalog
3. Teilnahmeanzeige/Anzeige- und Prüfungsverfahren
4. ASV-Richtlinie
5. Beispiel: ASV-Team Tumore der Lunge und des Thorax
6. Vergütungssystem/Verordnungen
-  7. ASV-Wechselwirkungen zu anderen ambulanten Leistungen
8. Evaluation

7. ASV-Wechselwirkungen zu anderen Bereichen

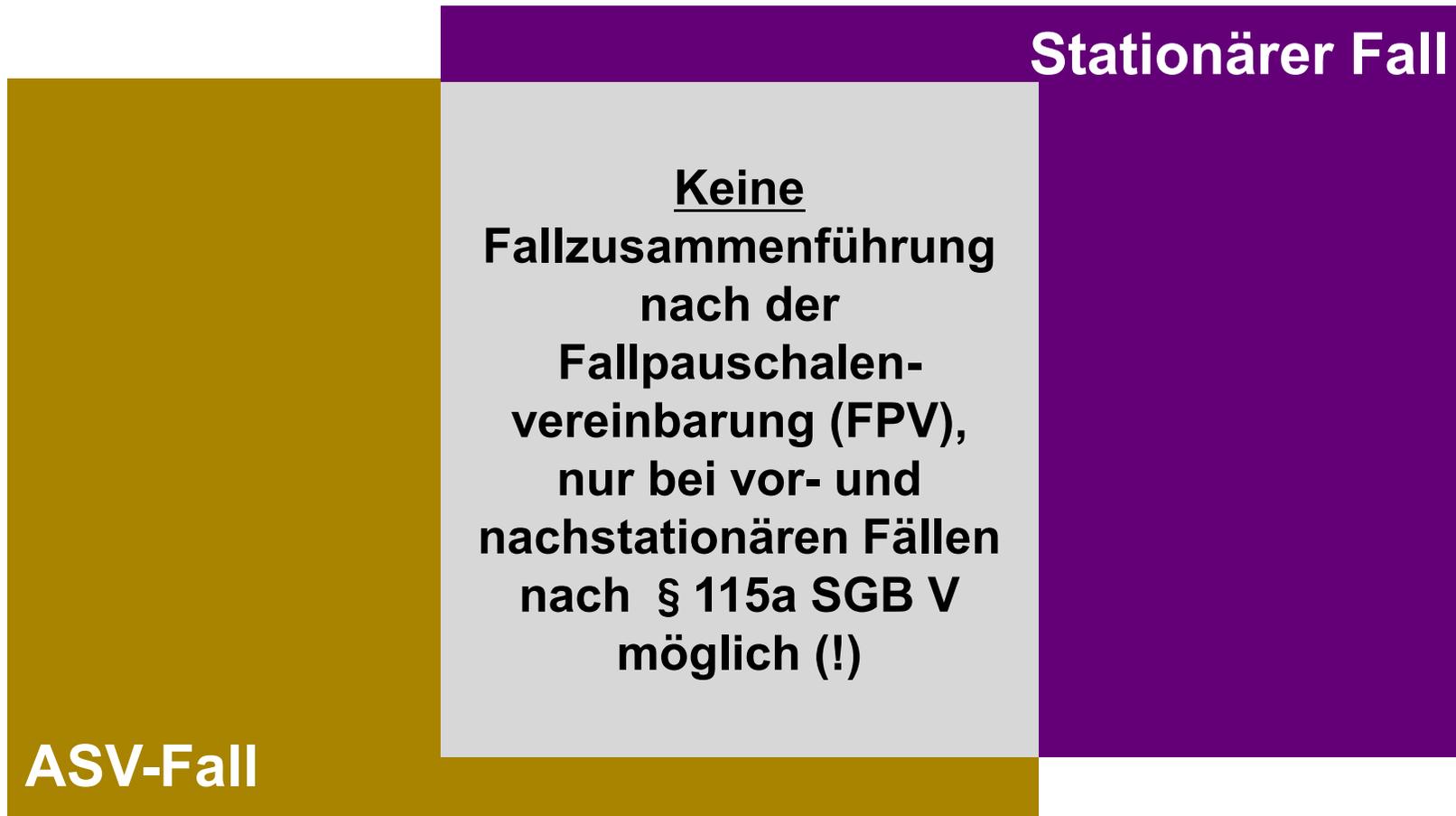


7. ASV-Wechselwirkungen zu anderen Bereichen

Freie Arztwahl nach § 76 SGB V

„Die Versicherten können unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den medizinischen Versorgungszentren, den ermächtigten Ärzten, den ermächtigten oder nach § 116b an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Einrichtungen, [...] den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern [...] frei wählen.“

7. ASV-Wechselwirkungen zu anderen Bereichen



Agenda

1. Grundlagen und Statistik
2. Leistungskatalog
3. Teilnahmeanzeige/Anzeige- und Prüfungsverfahren
4. ASV-Richtlinie
5. Beispiel: ASV-Team Tumore der Lunge und des Thorax
6. Vergütungssystem/Verordnungen
7. ASV-Wechselwirkungen zu anderen ambulanten Leistungen



8. Evaluation

8. Evaluation

Stärken

- Die Chancen liegen in der Verbesserung der Versorgung.
- Ineinandergreifen von stationärer und ambulanter Versorgung.
- Spitzenmedizin bei Anwendung neuester Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, inkl. stationärer Medikation und Studien.
- Keine Limitierung der Leistung.
- Attraktive zusätzliche Vergütung.
- Umfängliches Verordnungsrecht.
- Keine Überweisungsnotwendigkeit bei zuvor stationären Fällen.
- Freie Arztwahl bleibt erhalten.
- Juristisch einwandfreie Kooperationsform zwischen den Sektoren.

8. Evaluation

Schwächen

- Die Einengung der Leistungen auf zum Teil „schwere Verlaufsformen“ und auf „gesicherte Diagnosen“ ist nur schwer operationalisierbar und nur schwer umsetzbar. Der Versorgungszugang wird dadurch erheblich eingeschränkt.
- Unsicheres (Abstimmungs-) Verhalten der KV in den verschiedenen Gremien der Selbstverwaltung aufgrund ihrer heterogenen Struktur.
- Geringe Akzeptanz der Krankenkassen zur Finanzierung der (zusätzlichen) Leistungen, da aus Sicht der Krankenkassen bereits mit der Gesamtvergütung der KV abgegolten.



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

Kontakt:
(0 64 21) 188 133
ingo.seip@dgd-stiftung.de

Hinweise Urheberrecht

Sämtliches Informationsmaterial wird im Rahmen der urheberrechtlichen Bestimmungen übergeben. Es wird in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, dass die überlassenen Unterlagen entsprechend dem Urheberrechtsgesetz vom 09.09.1965 (BGBL I S. 1273) nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt sind und für gewerbliche Zwecke nur genutzt werden dürfen, wenn entsprechende Gebühren gezahlt werden.