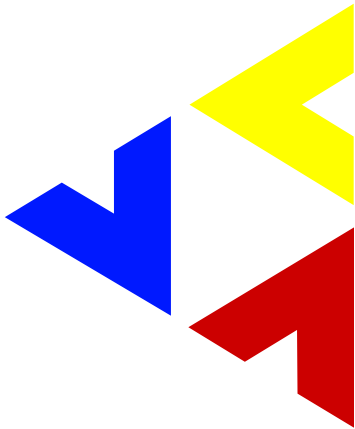


Öffnung der KH für die ambulante onkologische Versorgung

Was hindert – was würde helfen ?



Eberhard-Karls-Universität

UKT

Universitätsklinikum Tübingen

**Rüdiger Strehl
Vorstand UK Tübingen
Vorsitzender Verband
der Universitätsklinika
16.Juni 2004**

I. Ambulante Öffnung

Krebs und deutsche Sektorierung

- **Krebs als Stadienerkrankung**
- **Krebs in Diagnostik + Therapie stets verbesserungsbedürftig**
- **Folge 1: Der Patient pendelt zwischen stationärer und ambulanter Behandlung**
- **Problem1: Der Patient ist im deutschen sektorierten Gesundheitswesen in der Drehtür von stationärem und ambulanten Sektor mit ständigem Arztwechsel**
- **Folge 2: Onkologische Diagnostik + Therapie ist extrem innovationsanfällig**
- **Problem 2: Innovationen sind nach Zulässigkeit, Preisfähigkeit und Budgetierung im stationären und ambulanten Sektor unterschiedlich geregelt**

Nichtstationäres KH

- **Vor 15 Jahren ...**
- **Ausschluss durch sozialrechtliches Sicherstellungsmonopol**
- **Im KH: Umsonstleistungen, gravierende Unterfinanzierungen, Missbrauch**
- **Heute ...**
- **ambulante Öffnung + Korrekturen der Preise/Budgets**
- **2015 ...**
- **Nichtstationäres KH als zweiter Kern neben vollstationärem KH**

GMG 2003: Ambulante Öffnung

- **Für welche Aufgaben ambulante Behandlung durch KH/UK?**
- **Generelle Öffnung der KH für ambulante Behandlungen?**
- **Welche Zulassungsverfahren und -zuständigkeiten ?**
- **Kostendeckung ?**
- **Finanzierungsquelle ?**

SVR – Gutachten

24.2.2003

für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Primary care	<ul style="list-style-type: none">•Gesundheitsförderung•Gesundheitsbildung•Krankheitsprävention•Kuration•(ambulante) Reha•Förderung der Selbsthilfe•Pflege•Palliative Leistungen	<ul style="list-style-type: none">•Hausärzte in Einzelpraxen•Pfleger•Apotheker•Gesundheitshandwerker
Secondary care	höherer Spezialisierungsgrad	Fachärzte als Vertragsärzte
Tertiary care	hochspezialisiert	Fachärzte Kompetenzzentren Krankenhaus/UK

SVR – Gutachten 24.2.2003

für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

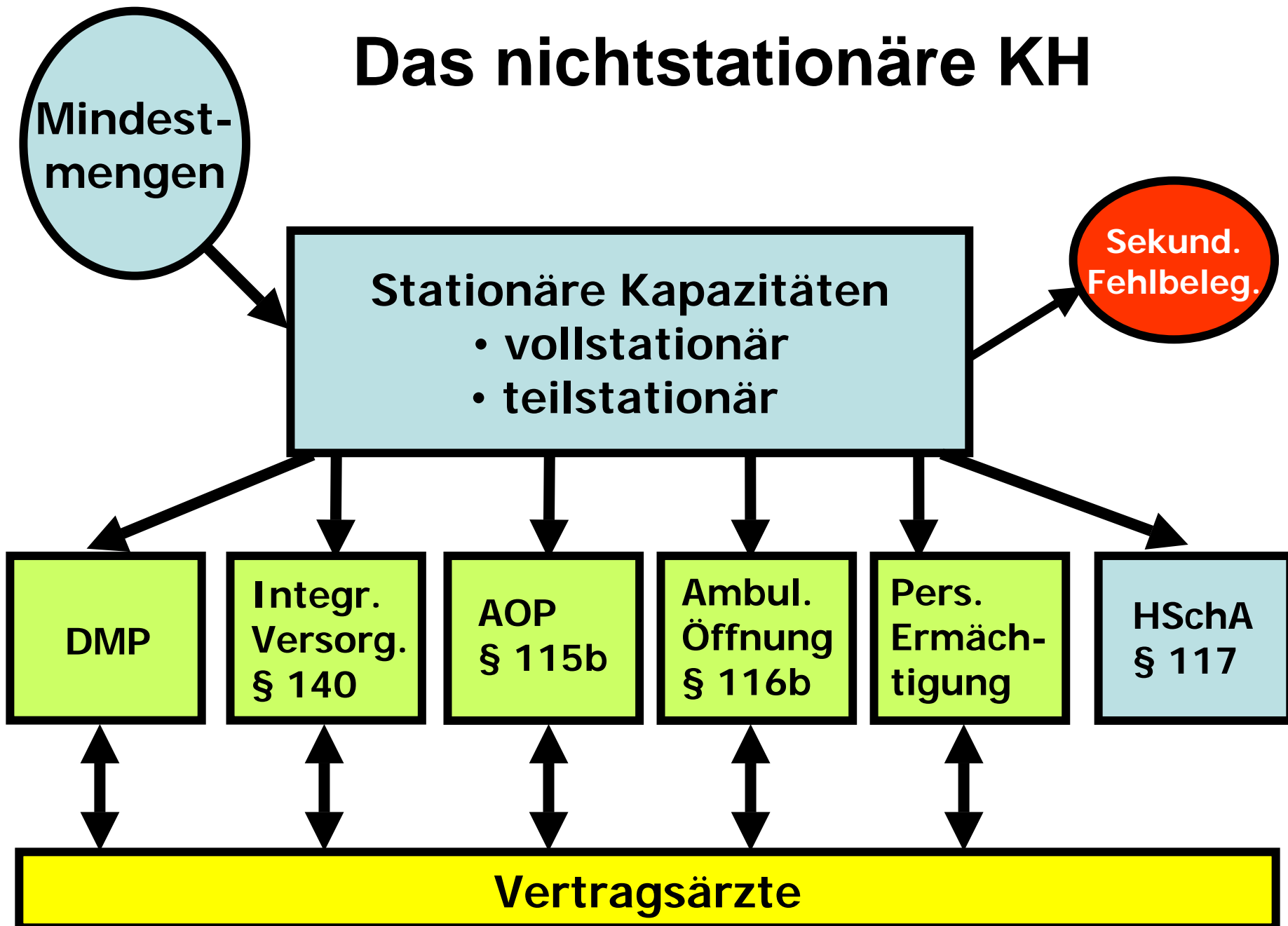
- **Tertiärversorgung – tertiary care**
- **Hochspezialisierte ambulante Leistungen**
- **Schneller Wissensfortschritt**
- **Neu: Partielle Öffnung von KH für ambulante Leistungen**
- **Problem:**
 - **Schnittstelle ambulanter Sektor**
 - **Schnittstelle tiefere KH-Stufen**

GSG 2000 und GMG 2003

Ambulante Öffnung

- **Keine generelle Öffnung**
- **Aber:**
- **Unterversorgung (§116a)**
- **DMP (§116b)**
- **Listung (§116b)**
 - **Hochspezialisierte Leistungen**
 - **seltene Erkrankungen**
 - **besondere Krankheitsverläufe**
- **Update Integrierte Versorgung**
- **Update AOP**
- **Update Hochschulambulanz**

Das nichtstationäre KH



Wirrwarr – nichtstationär Typenvielfalt

- **Teilstationär § 39 SGB V**
- **Fälle unterhalb der unteren
Grenzverweildauer**
- **AOP**
- **Tagesfälle**
- **24h Fälle**
- **§116b SGB V**
- **Hochschulambulanz § 117b SGB V**
- **Persönliche + institutionelle Ermächtigungen**

Wirrwarr – nichtstationär Rückwirkung auf DRG-System

- **Begründet höheren Basisfallwert für Restleistungen**
- **Unklare Fragen der Preisfindung, Budgetierung und Innovationen**
- **Segmentieren ...**
- **Separieren ...**
- **Für HM: § 116b in § 117 SGB V integrieren**

II.
Ambulante Öffnung
§ 116b SGB V

Nichtstationäres KH:

§ 116b Abs.2ff

- **Abschließende Liste ambulanter Behandlung durch KH:**
 - **TB 1: hochspezialisierte Leistungen**
 - **TB 2: seltene + besonders verlaufende Erkrankungen**
- **Nur hierfür – nicht für jede Leistung**
- **Zugelassenes KH als Antragsteller**
- **Einzelne Kassen und Verbände**
- **Nicht zwingend alle gemeinsam und einheitlich**
- **Ermessen bei Kassen (Einkaufsmodell)**

Nichtstationäres KH:

§ 116b Abs.2ff

Hochspezialisierte Leistungen

- nur 2 Leistungen
- u.a. Brachytherapie

Seltene + besonders verlaufende Erkrankungen

- 13 Erkrankungen
- wenig systematisch
- u.a.
- Diagnostik + Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen

Ergänzung durch BA erstmals bis zum 31.3.04

Nichtstationäres KH:

§ 116b Abs.2ff

- **Ergänzung durch BA**
- **Beleg 1: diagnostischer oder therapeutischer Nutzen**
- **Beleg 2: medizinische Notwendigkeit**
- **Beleg 3: Wirtschaftlichkeit**
- **Beleg 4: Leistungserbringung im KH im Vergleich zur Vertragsärztlichen Versorgung**

Nichtstationäres KH:

§ 116b Abs.2ff

- **BA – Regelung:**
- **Ob und in welchen Fällen**
- **Überweisung durch Haus- oder Facharzt**
- **Sächliche + personelle Anforderungen bei Erbringung durch KH**
- **Mindestanforderungen: § 135 entsprechend**
- **BA:**
 - **Katalog**
 - **Qualifikationsanforderungen**
 - **Richtlinien**
- **Alle 2 Jahre Überprüfung + Ergänzungen**

Finanzen

- **Vergütung (§ 116b Abs.5)**
- **Nicht aus Gesamtvergütung**
- **Sondern unmittelbar von Kassen**
- **Entsprechung zur Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen**
- **Prüfung von Wirtschaftlichkeit + Qualität durch Krankenkassen**

Arzneimittel

- **Gilt vertragsärztliches Arzneimittelbudget gemäß § 84 ?**
- **Vereinbart zwischen Kassen + KV zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung**
- **Ermächtigungen + HSchAmbulanzen fielen unter § 84**
- **In jedem Fall schwer kontrollierbar und durchsetzbar**

Innovationen

- **Problem § 135: Verbot mit Erlaubnisvorbehalt + EBM**
- **Dies widerspricht z.T. dem Konzept der ambulanten tertiary care**
- **Andererseits „entsprechend“**
- **Wo nichts entspricht: Verhandlungsfreiheit**
- **Nagelprobe für Krankenkassen:**
- **Wenn sie wollen ...,... können sie**
- **Illusorisch: schrankenlos + budgetfrei alles zahlen, was eingesetzt wird**

Reservoir

1. Lücken im vertragsärztlichen Bereich
2. Stationäre, gewollte Fehlbelegung
 - Vollstationär
 - teilstationär
3. Hochschulambulanzen
4. Aber die Kassen sind bis dato nicht vorbereitet + verhandlungsbereit

III.

Integrierte Versorgung

§ 140a: Integrierte Versorgung

Gegenstand

- **Verschiedene Leistungssektoren
übergreifende Versorgung**
 - z.B. ambulant-stationär
 - Z.B. stationär-Reha
- **oder**
- **Interdisziplinär – fachübergreifende
Versorgung**
 - Z.B. Innere, Chirurgie, Radioonkologie
 - z.B. Neurochirurgie, Neurologie

§ 140a: Integrierte Versorgung

Vertragspartner-Einkaufsmodell

- **Einzelne Krankenkassen**
- **Krankenkassengemeinschaften**
- **Einzelne Krankenhäuser oder Gemeinschaften von Krankenhäusern**
- **Einzelne niedergelassene Ärzte, Versorgungszentren oder Gemeinschaften**
- **Einzelne Reha - Einrichtungen oder Gemeinschaften**
- **Gemeinschaften von Leistungserbringern**

§ 140a: Integrierte Versorgung Rahmenbedingungen

- **Abweichungen von §§ 69 – 140 zulässig**
- **Man muß wohl besser formulieren:**
 - **gewollt und**
 - **Erwünscht**
- **Explizite Einschränkung des
Sicherstellungsauftrages nach § 75 I**
- **Vertrag regelt Versorgungsangebot + die
Voraussetzungen der Inanspruchnahme**

Finanzen

- **Preis frei vereinbar**
- **Keine Bindung an EBM**
 - **Weder Punktwerte**
 - **Noch Listung**
- **Vergütung direkt durch Kassen – Vertragsparteien**
- **Anschubbudgets durch GMG 2003**

Finanzen

- 1% Kürzung durch Kassen bei Budgets der Vertragsärzte + KHer, **wenn Bedarf von Kassen nachgewiesen**
- Ausgenommen:
 - Zahnärzte
 - Arzneimittel
 - Heilmittel
- 2004 bis 2006
- Verwendung für Vorhaben der Integrierten Versorgung
- Ortsprinzip bei Abschöpfung + Verwendung
- Bei Nichtnutzung: Rückzahlung ab 2007

Innovationen - Budgetierungen

- **§ 135 kann durch Vertrag ausgeschlossen und ersetzt werden**
- **Vertraglicher Spielraum für alle Innovationen**
- **Auch Budgetierungen und Abweichungen sind frei vereinbar**
- **Arzneimittel können, müssen aber nicht in den Vertrag eingeschlossen werden**

§ 140a: Integrierte Versorgung

- **Große KH**
- **Konzentration auf hochspezialisierte Leistungen**
- **Onkologie**
- **Therapeutische Radiologie**
- **Innovative Bildgebung**
- **Kleine KH**
- **Kooperation mit Vertragsärzten**
- **Keine Verprellung der Zuweiser**

IV.

**Barrieren für Innovationen
im System der GKV**

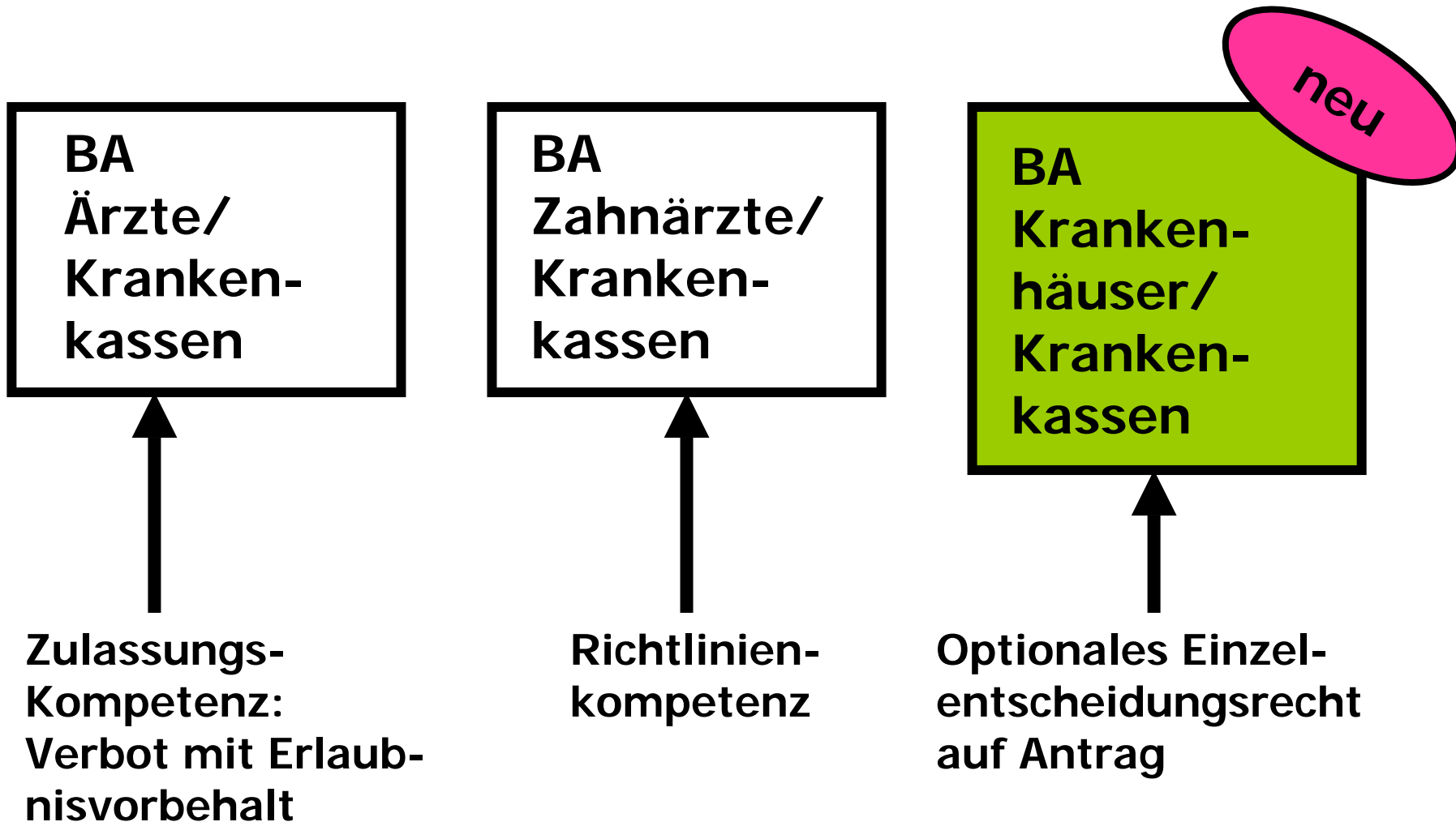
Innovationsfähigkeit eines Finanzierungssystems

- 1. Finanziert + budgetiert**
- 2. Zulässig als GKV-Leistung**
- 3. Preisfähig (EBM oder DRG)**

Prüfkriterien

- **Zulässig**
- **Zulässig - Innovationen**
- **Preisfähig**
- **Preisfähig – Innovationen**
- **Budgetiert**
- **Budgetiert – Innovationen**
- **Weitere Anforderungen (Daten/QS)**
- **Weitere Anforderungen**

System Bundesausschüsse



GSM 2003 – Mega BA

- **Gemeinsamer Bundesausschuss § 91**
- **Bisher beispiellose Zentralisierung der Selbstverwaltung**
- **3 Neutrale/9 Kassen/5KV/4DKG für sechs Jahre**
- **Wechselnde Zusammensetzungen je nach Thema**
- **Übergeordneter Mega-BA mit Mehrheitsentscheidungen**

- **Verbindliche Definitionsmacht für alle medizinischen Leistungen im GKV-System gegenüber**
 - **Versicherten**
 - **Krankenkassen**
 - **Zugelassenen Krankenhäusern**
 - **Beteiligten an ambulanter Leistungserbringung**

Lücken

Forschung und GKV-Finanzierung

- **Die klinische Forschung benötigt nicht nur für stationäre Behandlungen und Probanden Regelungen**
- **Hochschulambulanzregelungen allein reicht nicht**
- **auch für AOP, ambulante Öffnung nach § 116b SGB V, DMP und Integrierte Versorgung jeweils durch KH**
- **und auch für ambulante Patienten in der Vertragsärztlichen Versorgung**