



Spitzenverband

Ambulantisierung unter besonderer Berücksichtigung sektorenübergreifender Konfliktlösung

Christoph Altmiks
8. November 2022

Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht
Herbstsymposium 2022



Agenda

- I. Einführung**
- II. Ambulantisierung**
 - 1. Ambulantes Operieren
 - 2. Tagesbehandlung
 - 3. Hybrid-DRG
- III. Sektorenübergreifende Konfliktlösung**
- IV. Fazit**



Agenda

- I. Einführung
- II. **Ambulantisierung**
 - 1. Ambulantes Operieren
 - 2. Tagesbehandlung
 - 3. Hybrid-DRG
- III. Sektorenübergreifende Konfliktlösung
- IV. Fazit



Ambulantes Operieren

Entwicklung

- ▶ Schaffung von § 115b SGB V durch das **GSG** m.W.v. 01.01.1993
 - Zulassung von Krankenhäusern zur ambulante Durchführung von Operationen als Teil der Krankenhausbehandlung
 - ▶ Reduzierung von vollstationärer Krankenhausbehandlung auf das erforderliche Maß
 - ▶ Im Interesse der Patienten und der Wirtschaftlichkeit

- ▶ Umsetzung durch die gemeinsame Selbstverwaltung (dreiseitiger Vertrag)

- ▶ Grundlegende Weiterentwicklung durch das **MDK-Reformgesetz** m.W.v. 01.01.2020
 - ▶ **Anlass:** Medizinischer und technischer Fortschritt im Katalog nicht hinreichend berücksichtigt
 - ▶ **Ziel:** Realisierung des ambulanten Potentials der Krankenhäuser, dadurch auch Reduzierung der Prüfung stationärer Behandlungsbedürftigkeit (primäre Fehlbelegung)

Ambulantes Operieren

Katalogerweiterung



Spitzenverband

- ▶ Neben Operationen und stationersetzenden Eingriffen auch Berücksichtigung „stationersetzender Behandlungen“
- ▶ Wissenschaftliches Gutachten zur Vorbereitung einer „substantiellen Erweiterung“ des Katalogs (§ 115b Abs. 1a SGB V)
- ▶ Empfehlungen der Gutachter:
 - ▶ Ergänzung des AOP-Katalogs um ca. **2.500 Leistungen** (+86% gegenüber dem Katalog 2019)
 - ▶ Kontextprüfung zur Begründung der stationären Durchführung einer Katalogleistung (patienten- und leistungsbezogene Merkmale)
- ▶ Gutachten ist Basis für die Vereinbarung eines neuen Katalogs



Ambulantes Operieren

Neue Vergütung?

- ▶ Beibehaltung des Grundsatzes **einheitlicher Vergütungen** (§ 115b Abs. 1 Nr. 2)
 - ▶ Zusätzliche Vorgabe (§ 115b Abs. 1 Satz 4): *Differenzierung nach Schweregrad, Kalkulation auf **betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom EBM** unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen*

- ▶ EBM bleibt Ausgangsbasis der Kalkulation
 - ▶ Anders noch die Begründung zum RefE:

„Da die gesetzliche Pflicht zur Anbindung der Vergütung an den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für den dreiseitigen Vertrag nach Satz 1 Nummer 2 zum 1. Januar 2016 aufgehoben wurde, können die Vertragsparteien sachgerechte Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte frei und unabhängig von einer bestimmten Vergütungsgrundlage vereinbaren.“
 - ▶ Keine Vergütung „frei und unabhängig“ vom EBM.
 - ▶ **Ziel:** Vermeidung eines dritten Sektors, Kongruenz zu den übrigen ambulanten Leistungen (vgl. BT-Drs. 19/13397, S. 55)
 - ▶ Heranziehung der ambulanten Kalkulationsgrundlagen ist sachgerecht: § 115b SGB V ist unverändert Zulassungsoption zur Erbringung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser

Ambulantes Operieren

Prüfung – § 115b Abs. 2 Satz 6



Spitzenverband

„Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ambulant erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.“

- ▶ Einfügung des Wortes „ambulant“ erst auf Empfehlung des Gesundheitsausschusses

- ▶ **Regelungsgehalt?**
 - Nach den Gesetzesmaterialien (BT-Drs. 19/13397, S. 45) zielt die Einschränkung auf die Prüfung der stationären Behandlungsbedürftigkeit (primäre Fehlbelegung) ab
 - ▶ Bei ohnehin ambulanter Erbringung keine Prüfung auf primäre Fehlbelegung erforderlich
 - Keine Änderung von § 115b Abs. 2 Satz 5 (Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität durch die Krankenkassen)
 - ▶ BSG (B 1 KR 1/13 R): **Spezielles Prüferegime** außerhalb von § 275 Abs. 1c a.F. (jetzt § 275c Abs. 1)
 - ▶ So auch § 2 Abs. 3 PrüfVV: Keine Geltung für ambulante Krankenhausbehandlung
 - Wirtschaftlichkeitsgebot gilt unverändert:

Ambulantes Operieren

Zeitplan

KBV, DKG und GKV–Spitzenverband haben sich auf den folgenden Stufenplan zur Umsetzung der AOP–Reform verständigt:

▶ Stufe 1 (zum 01.01.2023):

- Erste Erweiterung des AOP–Katalogs um Leistungen ohne komplexes Regelungserfordernis
 - ▶ Neukalkulation der AOP–Leistungen durch den Bewertungsausschluss als Ausgangsbasis
- Vereinbarung einer neuen einheitlichen Vergütungsregelung auf betriebswirtschaftlicher Grundlage neu bewerteter EBM–Leistungen
- Festlegung von Kontextfaktoren zur stationären Erbringung von AOP–Leistungen

▶ Stufe 2 (zum 01.01.2024):

- Erweiterung des AOP–Katalogs um konsentiertere AOP–Leistungen mit komplexerem Regelungserfordernis (Anpassungserfordernisse am G–DRG–System)
- Einführung aller AOP–Regelungen in Verbindung mit Anpassungen des EBM und des DRG–Systems

Tagesbehandlung im Krankenhaus

2. Bericht der Regierungskommission (27.09.2022)



Spitzenverband

- ▶ Erster Reformschritt (bis 01.01.2023):
 - Krankenhäusern können im Einvernehmen mit dem Patienten sämtliche Behandlungen als Tagesbehandlungen durchzuführen
 - Abrechnung über DRG mit Abzug der „Hotelkosten“ (ca. 150 €/Nacht)
 - Ziel: kurzfristige Entlastung der Krankenhäuser sowie der Mitarbeitenden
- ▶ Zweiter Reformschritt „Hybrid DRG“ (späterer Zeitpunkt)
 - Öffnung geeigneter Behandlungen für den vertragsärztlichen Bereich (identische Vergütung, Beachtung festzulegender Qualitätsstandards)



Tagesbehandlung im Krankenhaus

Bewertung

- ▶ Keine Strukturveränderung im Bereich der Krankenhausversorgung
- ▶ Keine Perspektive für eine weitergehende Ambulantisierung
 - ⇒ Versorgung findet dauerhaft im stationären Umfeld zu stationären „Preisen“ statt
- ▶ Hohe Anreizwirkung für (primäre) Fehlbelegung durch DRG–Vergütung
 - ⇒ Keine Definition eines Leistungsspektrums und Leistungskataloges
 - ⇒ Abgrenzung der Tagesbehandlung zu (geringer vergüteten) AOP– und teilstationären Leistungen kaum möglich
- ▶ Mehrausgaben, z.B. durch Transportkosten
- ▶ Erhöhung der Abrechnungskomplexität

Tagesbehandlung im Krankenhaus

Planungen des BMG zur Umsetzung (23.10.2022)



Spitzenverband

- ▶ Aufnahme der Tagesbehandlung in die Definition der Krankenhausbehandlung und sachgerechte Einordnung in die Systematik vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, ambulant (§ 39 Abs. 1 SGB V)
 - ⇒ Keine Tagesbehandlung statt teilstationär oder AOP
- ▶ Regelungen der leistungserbringerrechtlichen Voraussetzungen in einem neuen § 115e SGB V
 - ▶ Weitere Regelungen (Dokumentation) durch die Selbstverwaltung
- ▶ Abbildung der Vergütungsaspekte, Abrechnungsvoraussetzungen und Prüfvorgaben im KHEntgG, KHG und SGB V
- ▶ Evaluation



MEHR FORTSCHRITT WAGEN

**BÜNDNIS FÜR
FREIHEIT, GERECHTIGKEIT
UND NACHHALTIGKEIT**

**KOALITIONSVERTRAG ZWISCHEN
SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN UND FDP**

„Um die Ambulantisierung bislang **unnötig stationär erbrachter Leistungen** zu fördern, setzen wir zügig für **geeignete Leistungen** eine **sektorengleiche Vergütung** durch sogenannte **Hybrid-DRG** um.“

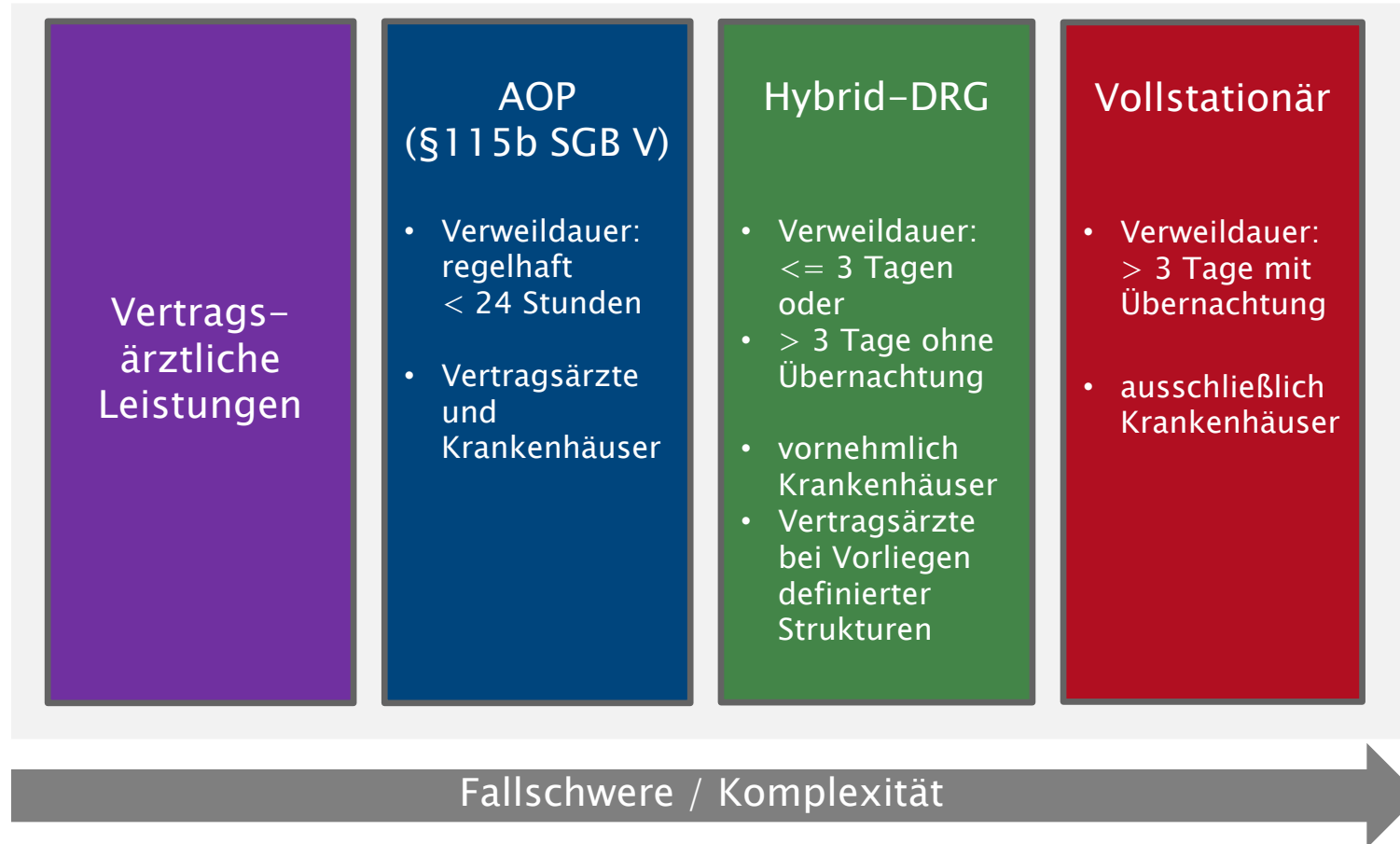
- ▶ Neues Vergütungskonstrukt für noch rein stationär erbrachte Krankenhausleistungen mit Ambulantisierungspotenzial, z.B.
 - Komplexe, operative und nichtoperative **Teamleistungen**, bei denen sich Patienten selbstständig zu Hause versorgen können, z.B. multimodale Schmerztherapie, teilstationäre Untersuchungen oder Behandlungen bei Kindern
 - AOP-Leistungen mit patienten- oder leistungsbezogenen **Kontext-Kriterien**, z.B. Tonsillektomie bei Kindern oder die Operation Bandscheibenvorfälle (längere ärztliche Nachbeobachtung notwendig)
 - Bisher vollstationäre **Notfalleleistungen**, die aufgrund eines besonders aufwendigen Abklärungs- und Beobachtungsbedarfs die Strukturen des Krankenhauses erfordern
 - Ausgewählte **kurzstationäre Behandlungen**
- ▶ Vergütung über kalkulierte Fallpauschalen unterhalb des vollstationären DRG-Preises
- ▶ Bundeseinheitliche Strukturanforderungen
 - ▶ Bei Erfüllung auch Erbringung durch Vertragsärzte
- ▶ Keine parallelen Abrechnungsmöglichkeiten für dieselbe Leistung

Hybrid-DRG

Abgrenzung



Spitzenverband



Agenda

- I. Einführung
- II. Ambulantisierung
 - 1. Ambulantes Operieren
 - 2. Tagesbehandlung
 - 3. Hybrid-DRG
- III. Sektorenübergreifende Konfliktlösung**
- IV. Fazit

Sektorenübergreifende Konfliktlösung

Schiedswesen und gemeinsame Selbstverwaltung



Spitzenverband

- ▶ Das Schiedswesen ist ein wesentlicher Bestandteil der gemeinsamen Selbstverwaltung im SGB V
- ▶ Konfliktlösungsmechanismus für den Fall, dass eine Einigung der Selbstverwaltungspartner nicht zustande kommt
 - ▶ Vermeidung eines vertragslosen Zustandes
 - ▶ Sicherung der Funktionsfähigkeit des GKV-Systems
- ▶ Ausgleich divergierender Interessen, Kompromisscharakter durch die **Einschaltung neutraler Unparteiischer**
- ▶ In zweiseitigen Sachverhalten bewährtes Mittel zur Überwindung von Entscheidungsblockaden
- ▶ Sektorenübergreifende, dreiseitige Sachverhalte sind jedoch komplexer

Sektorenübergreifende Konfliktlösung

Rechtslage vor Inkrafttreten des TSVG

- ▶ Erweiterung bestehender zweiseitiger Gremien für dreiseitige Sachverhalte
- ▶ **Beispiel – Erweitertes Bundesschiedsamt:** Erweiterung des Bundesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung nach § 89 Abs. 4 SGB V a.F.:

	Drittel-Besetzung	„G-BA-Parität“
(Stamm-)Mitglieder des Bundesschiedsamts	1 unparteiischer Vorsitzender 2 unparteiische Mitglieder 4 Vertreter der KBV 4 Vertreter der KKen	
Erweiterung um	4 Vertreter der DKG	4 Vertreter der DKG 4 Vertreter der KKen
Zahl der Mitglieder	15	19
Mehrheitserfordernis	Zwei-Drittel-Mehrheit = 10 Stimmen	Einfache Mehrheit = 10 Stimmen
Zuständigkeit	§§ 115b, 117, 118 SGB V	§§ 116b Abs. 6, 118a, 39 Abs. 1a SGB V

Sektorenübergreifende Konfliktlösung

Neustrukturierung durch das TSVG



Spitzenverband

- ▶ Schaffung sektorenübergreifender Schiedsgremien auf Bundes- und Landesebene in § 89a SGB V
 - ▶ Bündelung der Kompetenzen
 - ▶ Vereinheitlichung
 - ▶ sachgemäße, interessengerechte und zügige Konfliktlösung

- ▶ Umfassende Zuständigkeit auf Bundesebene u.a.
 - Rahmenvertrag zum Entlassmanagement (§ 39 Abs. 1a SGB V)
 - **Katalog und Vergütung für ambulantes Operieren** (§ 115b Abs. 1 SGB V)
 - **Vergütung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung** (§ 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V)
 - Vereinbarung über die Patientengruppen in Hochschulambulanzen (§ 117 Abs. 1 Satz 5),
 - Vereinbarung über psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 Abs. 2 SGB V)
 - Vereinbarung über geriatrische Institutsambulanzen (§ 118a Abs. 2 SGB V)

Konfliktlösungsinstrumente
bei dreiseitigen Verträgen und Beschlüssen
der Selbstverwaltung
im System der gesetzlichen Krankenversicherung

Bestandsaufnahme, Problemanalyse und Weiterentwicklung

Prof. Dr. Dagmar Felix
Universität Hamburg

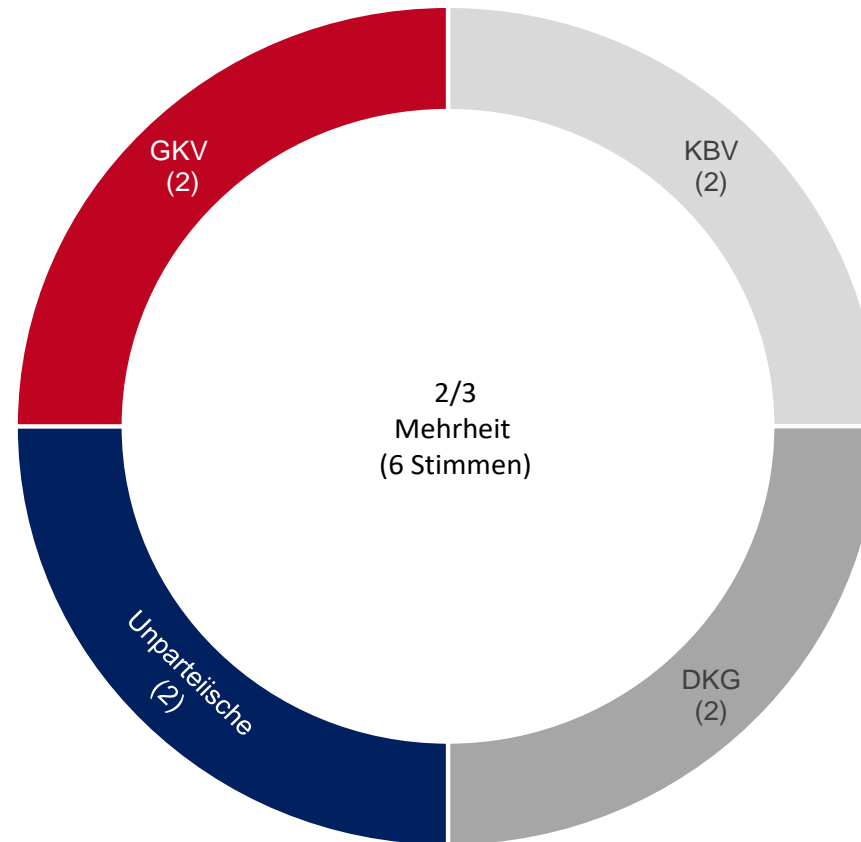
(Gutachten, erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit)

Sektorenübergreifende Konfliktlösung

Neustrukturierung durch das TSVG



Spitzenverband



Die Vertragsparteien müssen sich über die Unparteiischen einigen, ansonsten Bestellung durch das BMG.

Wird die erforderliche 2/3-Mehrheit nicht erreicht, entscheiden – nach Fristsetzung durch das BMG – allein die beiden Unparteiischen, wobei bei Uneinigkeit die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag gibt (§ 89a Abs. 9 Satz 2 und 3 SGB V).

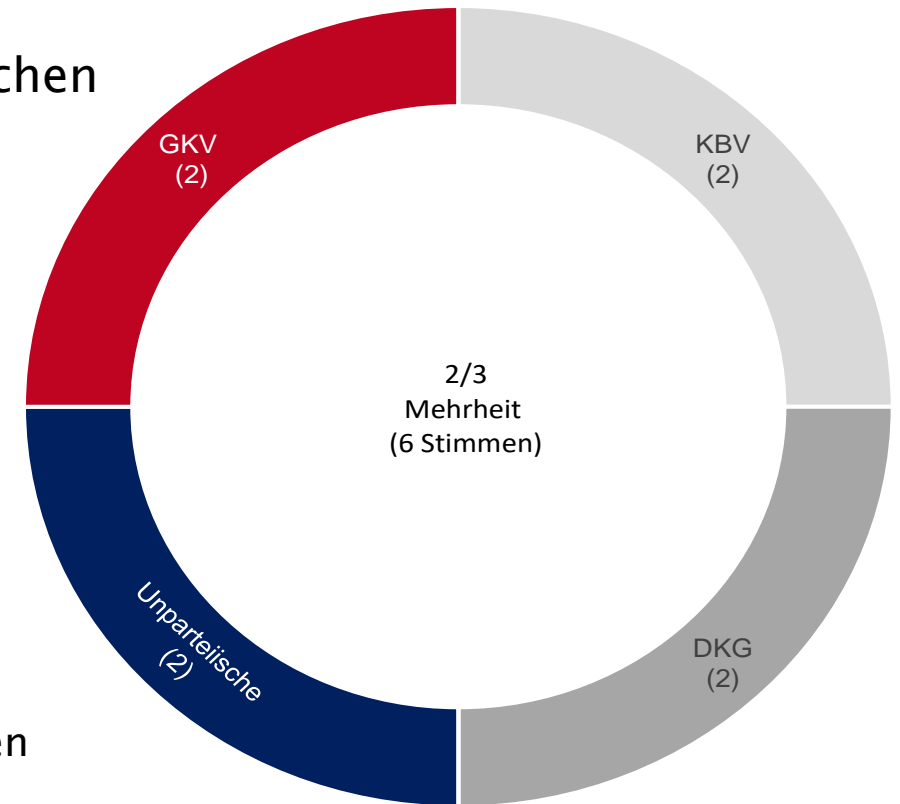
Sektorenübergreifende Konfliktlösung

Bewertung



Spitzenverband

- ▶ Sinnvolle Bündelung von Kompetenzen und Vereinheitlichung der zuvor unterschiedlichen Regelungen
- ▶ Gleichberechtigte Beteiligung an der Auswahl der Unparteiischen
- ▶ **Aber:** keine sachgerechte Konfliktlösung
 - ▶ Zuständigkeit für vergütungsrelevante Fragen (AOP, § 116b SGB V)
 - ▶ Gleichgerichtetes Interesse der Leistungserbringer an möglichst hoher Vergütung
 - ▶ Kostenträgerseite kann sich im regulären Verfahren auch mit den Unparteiischen nicht gegen die Leistungserbringer durchsetzen
 - ▶ „Alleinentscheidung“ der Unparteiischen erforderlich
 - ▶ Zwei-Drittel-Mehrheit nicht sachgerecht
 - ▶ Unparteiische sind nicht darauf angewiesen, eine Mehrheit zu finden



Sektorenübergreifende Konfliktlösung

Reformvorschlag

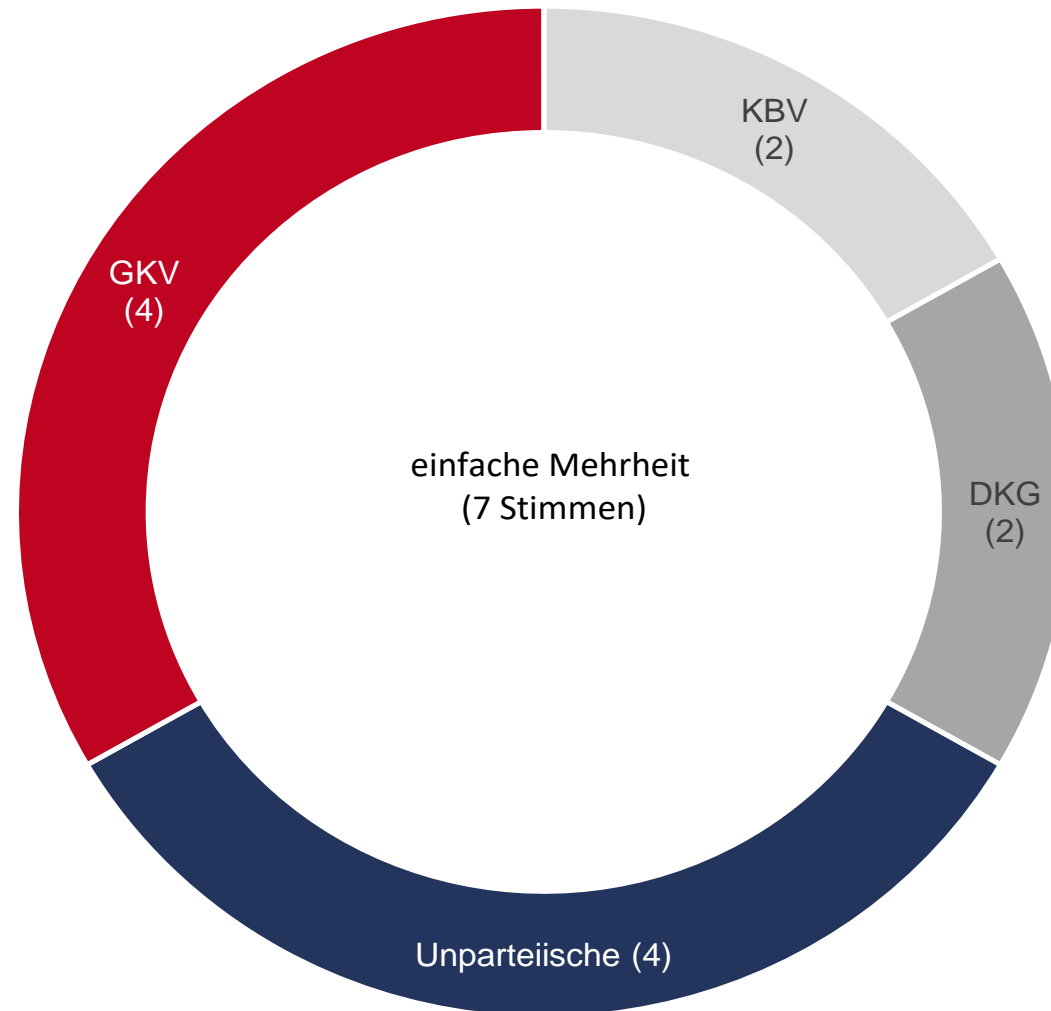
- ▶ Paritätische Besetzung des Gremiums mit Vertretern der Kostenträger und der Leistungserbringerseite
 - ▶ Verdoppelung der Zahl der kassenseitigen Mitglieder von 2 auf 4
 - ▶ Insgesamt 10 Mitglieder (2 Unparteiische, 2 KBV, 2 DKG, 4 KKen)
- ▶ Stärkung der Position der Unparteiischen durch Verdoppelung ihres Stimmgewichts
 - ▶ Insgesamt 12 Stimmen
- ▶ Entscheidung mit einfacher Mehrheit (7 Stimmen)
 - ▶ Keine Enthaltung, bei Stimmengleichheit (6:6) gibt Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag

Sektorenübergreifende Konfliktlösung

Reformvorschlag



Spitzenverband



Agenda

- I. Einführung
- II. Ambulantisierung
 - 1. Ambulantes Operieren
 - 2. Tagesbehandlung
 - 3. Hybrid-DRG
- III. Sektorenübergreifende Konfliktlösung
- IV. **Fazit**



- ▶ Ambulantisierung dient der Verbesserung der Gesundheitsversorgung, dem effektiven Einsatz knapper (Personal-)Ressourcen und der Wirtschaftlichkeit
- ▶ Der für eine Ambulantisierung erforderliche Strukturwandel verwirklicht sich nicht von allein, sondern muss aktiv gestaltet werden
 - ▶ Nicht nur Vergütung ambulanter Leistungen auf stationärem Niveau
- ▶ Erforderlich ist ein Rechtsrahmen, der unter anderem auch festlegt, welche Leistungen grundsätzlich ambulant zu erbringen sind
 - ▶ Keine parallelen Abrechnungsmöglichkeiten für dieselbe Leistung
- ▶ Für eine nähere Ausgestaltung durch die Selbstverwaltung sind sachgerechte Konfliktlösungsmechanismen erforderlich, die gewährleisten, dass auch die Interessen der Versichertengemeinschaft angemessen berücksichtigt werden
 - ▶ Reformbedarf beim sektorenübergreifenden Schiedsgremium

Viele Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Christoph Altmiks
GKV-Spitzenverband
Stabsbereich Justitiariat
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

christoph.altmiks@gkv-spitzenverband.de