

Konzept für eine Struktur und Vergütung ärztlich intersektoraler Leistungen

Nach dem Koalitionsvertrag der Bundesregierung ist eine Bund-Länder-Kommission eingerichtet worden, die sich mit der Neuordnung der Grenze ambulant/ stationär beschäftigt. Das dort erstellte Arbeitspapier der Länder ist Grundlage der Diskussion im SpiFa und gab Anlass, einen Vorschlag für die zukünftige Struktur und Vergütung intersektoraler Leistungen zu erstellen.

1. Mit Hilfe der §§ 115 bis 122 im SGB V soll die Grenze ambulant/stationär durchlässiger gemacht werden. Aus verschiedenen Gründen sind all diese Vorgaben mehr oder weniger gescheitert. Es wird der Versuch unternommen, diese Regelungen unter einen § 115 neu mit der Überschrift „Intersektorale Leistungen“ zusammenzufassen.

- Eine intersektorale Leistung wird definiert, wenn sie seither nach den §§ 115, 115 a, 115 b, 115 c, 115 d, 116, 116 a, 116 b, 118, 118 a, 119 c, 120, 121 und 122 abgewickelt wurde.
- Zusätzlich sollen alle Krankheiten, die im G-DRG-System mit einer mittleren Verweildauer von weniger als vier Krankenhaustagen aufgeführt sind, auch alternativ intersektoral erbracht werden können. Die Leistung wird auf eine Behandlungsdauer von einem Kalendermonat oder alternativ auf einen Monat entsprechend der DRG-Regelung begrenzt.

2. Das Prinzip ambulant vor stationär wird konsequent dadurch umgesetzt, dass die Erkrankungen zunächst grundsätzlich ambulant behandelt werden müssen. Eine stationäre Behandlung erfordert eine medizinische Begründung. Überprüft wird der Vorgang vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

3. Entsprechend der seitherigen stationären Behandlung gilt für die intersektorale Leistung der Verbotsvorbehalt. Damit wird gesichert, dass die Verschiebung von stationär nach ambulant wegen fehlender Abrechnungsziffern im EBM nicht behindert wird.

4. Das DIMDI erstellt gemeinsam mit dem G-BA und seinen Regelungen bezüglich Umsetzung und Qualitätsvorgaben aus der stationären Versorgungsebene einen Katalog intersektoraler Leistungen, der über Erkrankungen entsprechend dem DRG-System und nicht über Leistungen definiert wird.

5. Der Krankheitsbezug der intersektoralen Leistung macht es erforderlich, dass mehrere Fachgebiete zusammenarbeiten. Zugelassene Kooperationen sind deshalb eine Voraussetzung zur Erbringung intersektoraler Leistungen. Dabei ist an Praxisnetze, an Berufsausübungsgemeinschaften mit einer gemeinsamen Betriebsstätte, an Medizinische Versorgungszentren, Praxiskliniken und seitherige Belegabteilungen gedacht. Eine vertragliche Regelung für eine vollstationäre Leistung ist als „back up“ erforderlich. Die Vergütung erfolgt entsprechend dem DRG-System an die Leistungserbringer, die die Verteilung des Honorars untereinander regeln müssen.

6. Die Vergütung übernimmt unmittelbar die Krankenkasse an den Leistungserbringer. Sie wird zwischen dem Spitzenverband Bund, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach einer einheitlichen Kalkulationssystematik vereinbart. In der Übergangsphase bis zur endgültigen Vergütungsregelung werden intersektorale Leistungserbringungen mit 90 % und bei belegärztlicher Leistungserbringung mit 95 % der seitherigen G-DRG der Hauptabteilung vergütet.

7. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung muss bei der vertragsärztlichen Versorgung bereinigt werden. Da jetzt bereits das ambulante Operieren und die belegärztlichen Leistungen extrabudgetär bezahlt werden, erübrigt sich eine Bereinigung im großen Stil.

8. In der intersektoralen Vergütung wird für die ambulante Leistungserbringung wie bisher geregelt, dass Arznei-, Heil- und Hilfsmittel den Krankenkassen gesondert in Rechnung gestellt werden können.

Als Addendum zu diesem Eckpunktepapier wird auf die belegärztliche Versorgung sowie auf den Inhalt der durch den § 115 neu ersetzten seitherigen Regelungen im SGB V hingewiesen.

Addendum:

Belegärztliche Versorgung:

In der Diskussion im Ausschuss ambulant/ stationär wurde insbesondere durch diejenigen Fachgruppen, welche stationäre Behandlungen durchführen darauf Wert gelegt, dass man weiter stationäre Leistungen erbringen kann, auch wenn sie nicht intersektoral vorgesehen sind. Eine umfängliche Leistungserbringung scheitert seither an dem Erlaubnisvorbehalt des EBM, nach dem die ärztliche Leistung vergütet wird. Die Neuordnung des § 115 b kann die Versorgung stationärer Fälle durch am Krankenhaus tätige Vertragsärzte nicht regeln.

Die Versorgungsrealität in der belegärztlichen Struktur ist schon jetzt durch die Nähe zum ambulanten Operieren gekennzeichnet. Dazu passt auch das seitherige EBM-Kapitel der belegärztlichen Leistungen, das sich an die ambulanten Operationen anlehnt. Hier ist unter anderem bekannt, dass eine Neuordnung der Bewertungen von den Krankenkassen gefordert wird, die wahrscheinlich zu einer Minderung der EBM-Vergütung in diesem Sektor führen wird.

Sehr viele Belegärzte sind zusätzlich ambulant operativ tätig. Durch die Neuordnung des § 115 als intersektorale Leistung finden sie wieder eine gesicherte Arbeits- und Vergütungsgrundlage in diesem Teil ihrer Tätigkeit. Ein wesentlicher Teil der zurzeit erbrachten belegärztlichen Leistungen wird zudem intersektoral abbildbar sein.

Für die gewünschte stationäre Versorgung durch Vertragsärzte muss eine neue Lösung gefunden werden, die sich an den seitherigen Konsiliararztverträgen orientiert (unter Beachtung der strafrechtlichen Vorschriften bei Überweisung gegen Entgelt). Hier sind die Überlegungen von Prof. Wasem mit einer Vergütung des Vertragsarztes aus dem DRG-System eine Alternative. Für den seitherigen Belegarzt muss bei stationärer Leistungserbringung aber eine neue Bezeichnung gefunden werden. Hier könnte man die Bezeichnung Kooperationsarzt aufgreifen, die bei dem BSG-Urteil zur Sozialversicherungspflicht von Konsiliarärzten verwendet wird. Das Gericht hat die Versicherungspflicht seither nur für Vertretungsärzte bejaht und sogenannte Kooperationsärzte (Vertragsärzte mit zusätzlicher stationärer Versorgung) von dem Urteil ausgenommen und zur weiteren Beratung an die zuständigen Landessozialgerichte zurückverwiesen. Man könnte den Begriff Kooperationsarzt für den seither stationär tätigen Belegarzt übernehmen und ihn ordnungspolitisch ausfüllen.

Ersatz seitheriger gesetzlicher Regelungen an der Grenze ambulant/ stationär:

- § 115 – dreiseitige Verträge zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen, Deutscher Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.
 - a) Vor- und nachstationäre Behandlung (findet nicht statt, da die Krankenhäuser eine Korrektur der stationären DRG-Abrechnung nicht durchführen wollen)
 - b) ambulantes Operieren (der Leistungskatalog wird durch die intersektoralen Leistungen erheblich erweitert und die Vergütung vermutlich verbessert)
 - c) Arzneimitteltherapie nach stationärer Behandlung (unstrittig)
 - d) stationäre psychiatrische Behandlung (nach Rücksprache mit Psychiatern umsetzbar)

- § 116 – ambulante Behandlung durch Krankenhäuser und Krankenhausärzte. Bei den Krankenhausärzten geht es um die Ermächtigung im Einzelfall (könnte noch strittig sein, grundsätzlich wird aber eine Übernahme durch intersektorale Leistungen für möglich gehalten).
 - a) Institutsermächtigung (problemlos)
 - b) ambulante spezialfachärztliche Versorgung (spielt keine wesentliche Rolle)

- § 118 – psychiatrische Institutsambulanzen
 - a) geriatrische Institutsambulanzen (sowohl psychiatrische als auch geriatrische Institutsambulanzen würden unverändert bestehen bleiben. die Einbindung ambulant tätiger Psychiater würde jedoch erleichtert)

- § 119 c – Medizinische Behandlungszentren für geistig Behinderte (analog § 118)

- § 120 – Vergütungsregeln (Neuordnung durch intersektorale Leistungen)

- § 121 – Belegarztversorgung (siehe Addendum)

- § 122 – Praxiskliniken (sind als Institution für intersektorale Leistungen in § 115 neu vorgesehen)

Vorbemerkung:

Ausgehend vom Arbeitspapier des Eckpunktepapiers „sektorenübergreifende Versorgung“ der Bund-Länder-Arbeitsgruppe wurde die Analyse desselben verknüpft mit den Erfahrungen aus dreiseitigen Verträgen, insbesondere § 115b, den Institutsregelungen sowie der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Die gesetzlichen, strukturellen und bürokratischen Hürden werden mit dem untenstehenden Vorschlag beseitigt, wobei mit der Verschlinkung des Vierten Abschnittes des 4. Kapitels des SGB V eine Verbesserung der Patientenversorgung einhergeht. Die Einhaltung der Struktur- und Qualitätsanforderungen vorausgesetzt, ist die Augenhöhe zwischen qualifizierten niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern gewahrt. Das Konzept versteht sich insofern als zielführende Ergänzung des Eckpunktepapiers, wobei es insbesondere die fehlenden Regelungen zur Vergütung, Qualität und Zulassung betont.

Gesetzlicher Rahmen:

- 1. Neubenennung und Neuordnung des vierten Kapitels, vierter Abschnitt des SGB V:**

„Vierter Abschnitt

**Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten,
Intersektorale Leistungen, Integrierte Notfallzentren“**

- 2. Streichen der §§ 115, 115a, 115b, 115c, 115d, 116, 116a, 116b, 118, 118a, 119c, 120, 121, 122.**
(Streichung erfolgt ab dem Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens von Ziffer 3. (§ 115 neu)

3. Neufassung des § 115 neu:

§ 115

Intersektorale Leistungen

(1) Die intersektorale fachärztliche Versorgung umfasst die ambulant oder belegärztlich erbringbare Behandlung und Diagnostik von Krankheiten, die nur bei Vorliegen allgemeiner Tatbestände stationär erbracht werden können. Hierzu gehören nach Maßgabe von Absatz 3 insbesondere:

1. Alle Leistungen, die bisher für die Krankheitsversorgung in den §§ 115, 115a, 115b, 115c, 115d, 116a, 116b, 118, 118a, 119c, 120, 121, 122 geregelt sind und
2. Alle Krankheiten, die im G-DRG - System eine mittlere Verweildauer von weniger als 4 Krankenhaustagen haben,

wenn die Behandlung für diese Erkrankung mit diesen Leistungen innerhalb eines Kalendermonats (4 Wochen) voraussichtlich erfolgreich abgeschlossen ist.

Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen eine vollstationäre Durchführung der in der Regel intersektoral durchzuführenden Leistungen erforderlich ist, sind der Anlage 2 zu den Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c Absatz 4 Satz 9 KHG (mit Ausnahme des Kriteriums C) zu entnehmen. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der intersektoralen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

(2) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser sind zugelassen, intersektorale Leistungen nach Absatz 1 zu erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach Absatz 3 erfüllen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss (§ 96).

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt ergänzend nach In-Kraft-Treten in einer Richtlinie bis zum xx.xx.xxxx das Nähere zur Versorgung nach Absatz 1. Er konkretisiert die Erkrankungen für Absatz 1, Nr. 1. und 2. nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten

in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung oder nach weiteren von ihm festzulegenden Merkmalen und bestimmt den Behandlungsumfang innerhalb der genannten Behandlungsdauer des Kalendermonats. In der Richtlinie sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Absatz 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzt den Katalog nach Absatz 1 auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Absatz 2 Satz 1, einer Trägerorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses oder der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach § 140f. Zudem hat der Gemeinsame Bundesausschuss für die Versorgung nach Absatz 1 in der Richtlinie nach Satz 1 eine Regelung zu treffen, dass an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer intersektorale Leistungen nur in einem anerkannten Praxisnetz gemäß § 87 Absatz 4, in einer geeigneten (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft mit einer gemeinsamen Betriebsstätte, in einem medizinischen Versorgungszentrum, Praxisklinik gemäß § 122 oder in einer Belegabteilung erbringen können. Zudem hat er Regelungen zu Vereinbarungen zu treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 vorsehen. Das Krankenhaus kann für die intersektorale (auch belegärztliche) Leistungserbringung auch ausdrücklich niedergelassene Vertragsärzte beauftragen.

(4) Intersektorale Leistungen werden unmittelbar von der Krankenkasse an das Krankenhaus nach § 108, an das Praxisnetz, die Praxisklinik, das Medizinische Versorgungszentrum oder an die gemeinsame Betriebsstätte vergütet. Bis zu einer weiteren endgültigen Vereinbarung zur Vergütung werden für die intersektorale Leistungserbringung 90 von 100, in Form der belegärztlichen Leistungserbringung 95 von 100 der zutreffenden Vergütungshöhe der entsprechenden gültigen G-DRG für Hauptabteilungen vergütet. Für die weitere Vereinbarung zur Vergütung intersektoraler Leistungen vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro sowie deren jeweiligen verbindlichen Einführungszeitpunkte. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 3 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a innerhalb von drei

Monaten festgesetzt. Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen können; ihnen sind die für die Prüfungen erforderlichen Belege und Berechtigungsdaten auf Verlangen vorzulegen. Für die Abrechnung gilt § 295 Absatz 1b Satz 1 entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke wird von den Vertragsparteien vereinbart. Die Prüfung der Qualität erfolgt durch die jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ergänzt hierzu die Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 i. V. m. § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die intersektoralen Leistungen, die innerhalb des Zeitraumes nach Absatz 1 erbracht werden, zu bereinigen. In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden.

(5) Die intersektorale Versorgung nach Absatz 1 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 14 ein. Die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend. Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Absatz 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Absatz 7 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. Verordnungen im Rahmen der Versorgung nach Absatz 1 sind auf den Vordrucken gesondert zu kennzeichnen. Leistungserbringer nach Absatz 2 erhalten ein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 und Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglicht, und tragen dieses auf die Vordrucke auf. Das Nähere zu Form und Zuweisung der Kennzeichen nach den Sätzen 4 und 5, zur Bereitstellung der Vordrucke sowie zur Auftragung der Kennzeichen auf die Vordrucke ist in der Vereinbarung nach Absatz 4 zu regeln.