

ASV, IV UND BESONDERE VERSORGUNG

Nutzen – Aufwand – Organisation:
Ein Erfahrungsbericht



- Kaufmännische Leitung des Ambulanz Zentrums Landshut – MVZ mit 3,5 Sitzen
- Übergeordnetes Management der ASV im Klinikum Landshut
- ASV – Beratung u. Antragstellung

- Klinikum Landshut gGmbH – 568 Planbetten / 20 Haupt- und Belegabteilungen / ca. 1500 Mitarbeiter
- Medizinisches Diagnostik- und Versorgungszentrum
- Bisher zugelassene ASV-Teams:
 - Gastrointestinale Tumoren und Schilddrüsentumoren (Seit 2015, 50 Teammitglieder)
 - Gynäkologischen Tumoren (Seit 2017, 36 Teammitglieder)
 - Laufendes Antragsverfahren für Urologische Tumoren – kurz vor Genehmigung



BESONDERE VERSORGUNG

- Seit Juli 2015 „besondere Versorgung nach §140 a SGB V“
- Die neuen Verträge nach § 140a SGB V lösen die bisherigen Strukturverträge nach § 73a SGB V, die Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V sowie die Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V ab. (V.a. in DMP realisiert)
- Vergütung in den alten DMP-Verträgen meist über Zusatzpauschalen, Boni...
- Verträge, die aus dem IV-Bereich kommen werden eher über Fallpauschalen vergütet
- Bei neuen Verträgen: Einzelleistungsvergütung, Fallpauschalen, Gesamtbudgets für ganze Behandlungsprozesse...
- Bestandsschutz für Altverträge



ASV

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: §116 b SGB V NEU seit 2013

Ausschließlich zur „Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer“ und seltener Erkrankungen,

Bisher:

- gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (111)
- gynäkologische Tumoren (13)
- Urologische Tumoren (1)
- Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene (2)
- Rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche (0)
- Tuberkulose und atypische Mykobakteriose (33)
- Mukoviszidose (3)
- Morbus Wilson (0)
- Marfan-Syndrom (6)
- pulmonale Hypertonie (6)
- ausgewählte seltene Lebererkrankungen (0)

Nur eingeschränkter Bestandsschutz für §116b-Alt (zwei Jahre nach Verabschiedung)

Inzwischen jährliche Erweiterung

Anmeldung erst nach entsprechendem Beschluss möglich



GEMEINSAMKEITEN

Freiwilligkeit der Teilnahme für den Patienten

Sektor- und fachübergreifende Orientierung

Ziel: bessere Kommunikation zwischen den Leistungserbringern und Patient

Ziel: bessere Koordination der Leistungserbringung

Überprüfung der Wirtschaftlichkeit, Qualität und Wirksamkeit ist nach bestimmten Zeiträumen vorgesehen

Budgetbereinigung

ABGRENZUNG

ASV	IV/ Besondere Versorgung
Einzelabrechnung jedes Leistungserbringers nach festen EBM-basierten Beträgen, entweder direkt mit KK oder über KöR, (KVen)	Verhandeltes Gesamtbudget, das unter den Teilnehmern verteilt wird Oder (alt) Strukturpauschalen „on top“
Fester Leistungskatalog im Appendix	Leistungspaket wird im Vertrag vereinbart oder ist durch bestehenden Vertrag bereits definiert
Zulassung wenn kein Widerspruch vom eLA, nach 2 Monaten	Verträge zwischen KKen und den unterschiedlichen Leistungserbringern
Nur für verabschiedete Entitäten	Keine Einschränkungen auf Erkrankungen, Verläufe o.ä., sogar reine Orga-Verträge sind möglich
Vorgegebene Teamzusammensetzung nach Fachrichtungen	Team/ Netz kann selbst zusammengestellt werden Neu: Auch einzelne Leistungserbringer
Ausgestaltung durch die Richtlinien des gBa, z.B. Interdisziplinäre Therapiefestlegungen (Tumorkonferenzen etc.) vorgeschrieben	Ausgestaltung individuell durch die Vertragspartner Oder Teilnahme an bereits stehenden Verträgen
Keinen Bonus für die Teilnahme Keine Beteiligung des Patienten nötig	Häufig Boni der KK für den Patienten Häufig Eigenengagement gefordert
Behandlungen wie bisher auch üblich, qualitative Beurteilung muss nur möglich sein – keine vergleichende Ergebnisevaluierung	Definierte Behandlungspfade, Evaluierung nach Qualität, Effizienz ...
Budgetbereinigung: jeder ASV-Patient wird auf Praxisebene einzeln gemeldet, die Gesamtvergütung wird maximal um den Betrag verringert, der in den Vorjahren für die Behandlung dieser Patienten in der ambulanten Versorgung verwendet wurde	Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung nach Zahl und Morbiditätsstruktur der teilnehmenden Versicherten



NUTZEN ALLER INTERSEKTORALEN UND FACHÜBERGREIFENDEN ANGEBOTE

- Bessere Einbindung des Patienten
- Bessere Abstimmung von Behandlungsschritten
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen, mangelnde Abstimmung der Medikationen etc.
- Bindung von Kooperationspartnern
- Methoden, die noch nicht Teil des herkömmlichen Leistungskataloges sind (z.B. Ausweitung Spektrum PET/CT)
- Verbesserte Kommunikation zwischen den Leistungserbringern
- Bessere Vergütung möglich

BESONDERE VERSORGUNG - TEILNAHME

DMP: Einzelanträge auf Teilnahme am Vertrag zwischen KV und Kassen

IV-Verträge: Beteiligung an bereits bestehenden in der Region

Neue Verträge: Einzelabschlüsse oder Gesamtangebot von Teilnehmern mit den Kostenträgern



BESONDERE VERSORGUNG §140a neu

- Prinzipiell jetzt für alle Leistungen möglich, entweder besonders geeignet für häufige und gleichartige Behandlungsprozesse, z.B. Adipositas, Diabetes, Depressionen, oder aber besondere Einzelleistungen:

„Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Sie ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge“..

- Der Gesetzestext lässt sehr viel Spielraum

BESONDERE VERSORGUNG - CHANCEN

- Große Gestaltungsspielräume der Beteiligten – aber auch großer Aufwand in der Vorbereitung, Erstellung des Leistungskatalogs, Vertragsgestaltung etc.
- Auch Vertragsabschlüsse über einzelne Angebote möglich
- Einbindung vieler unterschiedlicher Leistungserbringer möglich (Medizinprodukte, Physio, Reha...)
- Auch Leistungen außerhalb des Leistungskataloges möglich – auch neue Methoden
- Gut machbar für Indikationsbezogene IV – fixe Behandlungspfade, planbare Kosten, gute Evaluierungsmöglichkeiten und für Einzelleistungen (z.B. PET/CT mit großen Kassen)

BESONDERE VERSORGUNG - NACHTEILE

- **Es muss erst mal ein Vertragspartner gefunden werden!**
- **Häufig dann nur einzelne Kassen – schwierige Steuerung**
- **Bei komplexen Erkrankungen, Therapieabläufen u.ä. große Kooperationsbereitschaft der Leistungserbringer nötig – gutes Netzwerk sollte bereits vorhanden sein**
- **Wenn ursprünglich nicht gut verhandelt kann ein dauerhaftes Minusgeschäft entstehen**
- **Aufteilung der Vergütung nicht festgeschrieben – evtl. Konfliktpotential**
- **Bei Preissteigerungen von eingekauften Leistungen keine automatische Anpassung des Budgets**
- **Schwieriger für populationsbezogene Verträge– schlechte Planbarkeit der Kosten, teils komplexe, weil variable Behandlungspfade, viele unterschiedliche Leistungserbringer**



TEILNAHME ASV– VORGABE DER RICHTLINIE

- Antragsverfahren als Team
- Je nach Bundesland teils sehr aufwändiger Antrag
- Nachweise pro Arzt für jeden Antrag neu



TEILNAHME ASV– VORGABE DER RICHTLINIE

Personelle Anforderungen

Wie stellt sich das Team zusammen?

- Teamleitung
- Kernteam
- Hinzuzuziehende Fachärzte

Sächlichen und organ. Voraussetzungen

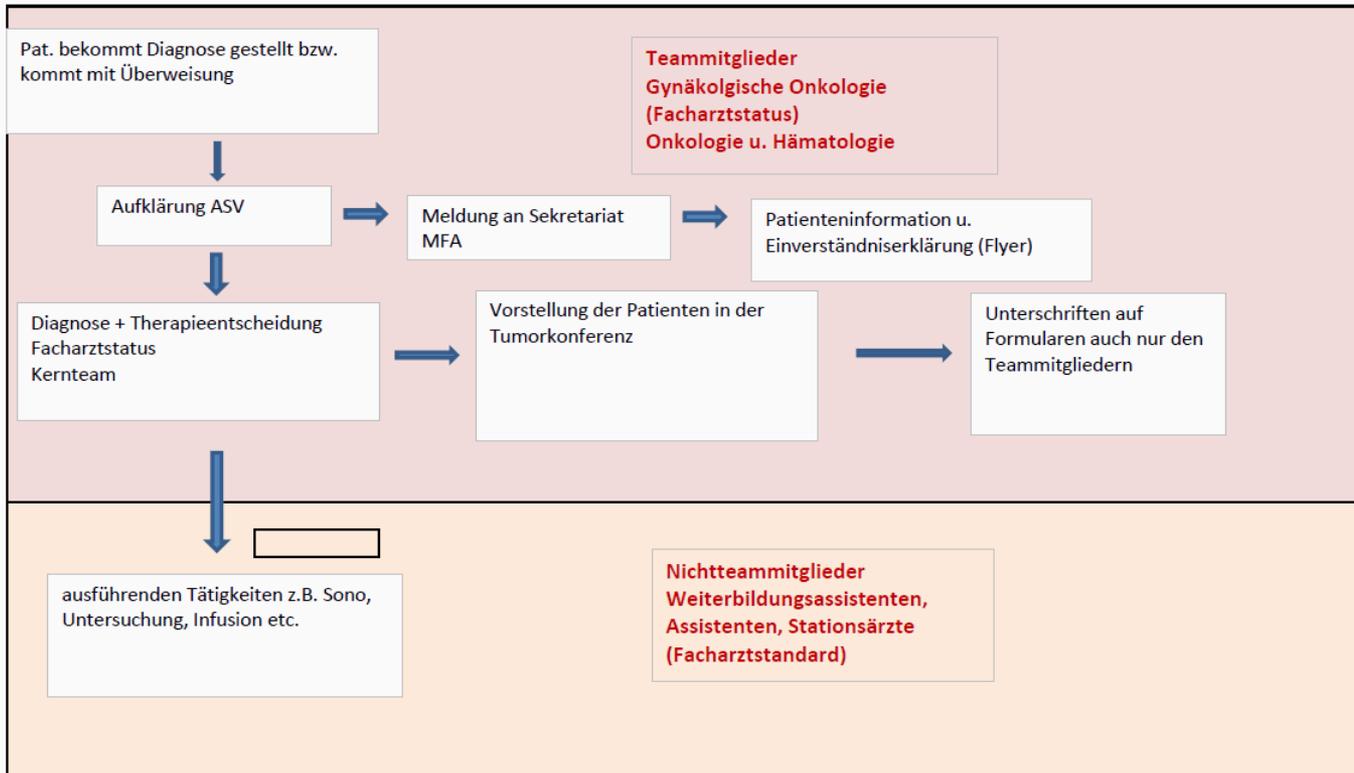
Gewährleistung des Behandlungsauftrages

- Vorstellung jedes Patienten in einer interdisziplinären Tumorkonferenz
- Aufklärung Patient – Dokumentation Arztbriefschreibung
- Gewährleistung einer zeitnahen Behandlungseinleitung
- Mind. Zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen – kritische Evaluationen der Behandlungsergebnisse in Hinblick auf Morbidität und Mortalität



BEISPIEL ABLAUF ASV

ASV - GYN



Corinna Witt, kaufm. Leitung

FORMULARE

MUSTER 16 UND DIE KENNZEICHNUNG IN DER ASV

Freigabe 02.11.2012

P Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

S Status

B Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes

Muster 16 (1.2013)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebenummer

Hilfs-Impl-Scr-Beqr-Phle-Apotheken-Nummer / IK
 BVG mittel-stoff Bedarf Pflanze

6 7 8 9

Zuzahlung Gesamt-Bonus

Arzneimittel-Gilbunzel-Nr. Faktor Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

3. Verordnung

Vertragsarztstempel

P PERSONALIEN-FELD

S STATUS-FELD
 Für ASV-Fälle wird hier an der letzten Stelle eine Kennzeichnung mit der Ziffer „1“ vorgenommen.

B BSNR-FELD
 In ASV-Fällen wird hier anstatt der Betriebsstättennummer (BSNR) die ASV-Teamnummer eingetragen (diese beginnt immer mit „00“).

C CODIERLEISTE
 Während in der vertragsärztlichen Versorgung Rezepte mit der BSNR in der Codierleiste zu nutzen sind, werden in der ASV Arzneimittel auf Vordrucken, deren Codierleiste die Pseudoziffer „22222222“ enthält, verordnet.

ASV - CHANCEN

- Extrabudgetäre Vergütung
- Einzelleistungsvergütung
- Abrechnung zusätzlicher Ziffern möglich
- => deutlicher Ausbau des Fallwertes, (je nach Fachrichtung mehr oder weniger) möglich z.B. in der NUK bis zu 100%
- Ausweitung der PET-Indikationen
- Nutzen von benachbarten, angeschlossenen KKH-Abteilungen ohne ambulante Ermächtigung
- Versorgung durch die KKH-Apotheke analog Tageskliniken, Abrechnung der direkt verabreichten Medikamente
- Bindung von Überweisern/ Zuweisern
- Gut für bereits bestehende Einheiten, die die Leistungen und Prozesse bereits vorhalten!



ASV - NACHTEILE

- Nicht geeignet für „Neueinsteiger“ – hohe Patientenzahlen, hohe Anforderungen an die bisherigen Leistungszahlen des einzelnen Arztes
- Großer Aufwand in der Antragsstellung – und auch im laufenden Team sind alle Änderungen anzuzeigen
- Praxisbedarf – im KKH nur Pauschale, die die Kosten nicht abdeckt
- Cave: Privat institute – sind nach der RL nicht berechtigt!
- Alle Leistungen aus dem Appendix müssen vorgehalten werden – Vorsicht bei Änderungen im Team, wenn fachliche Befähigungen (z.B. Sono-Zulassungen) mit „weggehen“!
- Keine Verbesserung der Prozesse wirklich gefordert
- Keine Selbstbeteiligung des Patienten gefordert



ASV - NACHTEILE

- „Zulassung“ von KKH-Ärzten teils schwierig (Nachweise des KKHs werden teils nicht anerkannt – ganz exakte Formulierung nach Antrag!)
- Nur verabschiedete Entitäten sind möglich
- Kein Gestaltungsspielraum – alles ist festgelegt – Vorsicht bei Vorgaben, die bisher im Zentrum nicht üblich waren!!! Müssen neu implementiert werden, (z.B. Brief automatisch auch an den Patienten)
- Hohe Fallzahlen sind vorgeschrieben
- Vergütung steht und fällt mit der korrekten und kompletten Ziffernabrechnung
 - => Wichtig v.a. wenn Sie im KKH bisher keine ambulante Abrechnung hatten



ORGANISATIONSEMPFEHLUNGEN

- Anschaffung einer Online-Plattform, gemeinsame digitale Akte, o.ä. zur zeitnahen Bereitstellung von Befunden, zentralen Dokumentation, Kommunikation der Teammitglieder, Einbindung der Zuweiser...
- Fragen Sie bei Antragsstellung, Vertragsausformung etc. jemanden, der sich damit auskennt! 😊
- Legen Sie die Zuständigkeiten für Leistungserfassung, Dokumentation u.a. ganz exakt fest
- Wenn mehrere Teams oder Verträge geplant sind => Schaffung einer neuen Position sinnvoll: Netzmanager, Leitung ASV-Organisation o.ä.
- In der ASV – Versuchen Sie Institutionen zu melden, zumindest bei den hinzuzuziehenden TM



ORGANISATIONSEMPFEHLUNGEN

- In der „besonderen Versorgung“ genaue Budgetverantwortlichkeiten festlegen
- Identifikation der Patienten einfacher mit „Ausweis“
- Vor dem Start: alle Abteilungen „ins Boot holen“: EDV, Abrechnung, Patientenmanagement, Sekretärinnen... Erklären Sie den Benefit für die Einrichtung
- Abrechnung im KKH über den 301er
- Im vertragsärztlichen Bereich (angeschlossene MVZ) nur noch über die KVen möglich



Fazit

- Bessere Vergütung möglich
- Bessere Prozesse möglich

- ...gute Planung nötig
- Wohlüberlegte Wahl der Versorgungsform

