



GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2014

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Regina Klakow-Franck

„Sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen am Beispiel der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)“

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2014 (Seite 14–31)

Regina Klakow-Franck

SEKTORENÜBERGREIFENDE WEITERENTWICK- LUNG DER VERSORGUNGSSTRUKTUREN AM BEISPIEL DER AMBULANTEN SPEZIAL- FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG (ASV)

Das entscheidende Potenzial zur Optimierung der Patientenversorgung liegt in interdisziplinär-berufsgruppenübergreifender Abstimmung und sektorenübergreifender Strukturierung der Versorgung. Die Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) durch Neufassung des § 116 b SGB V im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes aus dem Jahr 2012 stellte den einzigen gesetzgeberischen Impuls in diese Richtung in der vergangenen Legislaturperiode dar. Als untergesetzlichem Normgeber obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Ausgestaltung dieses neuen sektorenübergreifenden Leistungsbereichs. Die Umsetzung wird erschwert durch den gesetzgeberischen Zielkonflikt zwischen leistungserbringerfreundlichen Vorgaben einerseits und der Sorge vor einer unkontrollierbaren Ausgabenentwicklung andererseits. Trotz dieser suboptimalen Rahmenbedingungen besteht die Chance auf einen kontinuierlichen Ausbau der ASV, da der G-BA die diagnosenspezifischen Anlagen der neuen ASV-Richtlinie im Sinne eines lernenden Systems sukzessive in Kraft setzt. Unabhängig hiervon sind weitere Maßnahmen zur Förderung einer patientenzentrierten Medizin über die Sektorengrenzen hinweg wünschenswert.

Versorgungsbedarf und Historie des § 116 b SGB V

Bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) handelt es sich um eine hochspezialisierte, interdisziplinär abgestimmte Versorgung von komplexen und seltenen Erkrankungen. Sie ist als solche keine gänzlich neue Versorgungsform. Die Ersteinführung des § 116 b SGB V im Jahr 2004 sah zunächst die Möglichkeit frei aushandelbarer Verträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vor.

Ab April des Jahres 2007 wurde auf ein Zulassungsverfahren durch die Krankenhausplanungsbehörden der Länder umgestellt, weil die Krankenkassen die ihnen bis dahin eingeräumte Vertragskompetenz zur Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung kaum genutzt hatten. Grundlage der Zulassung bildete die Einhaltung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über ambulante Behandlung im Krankenhaus

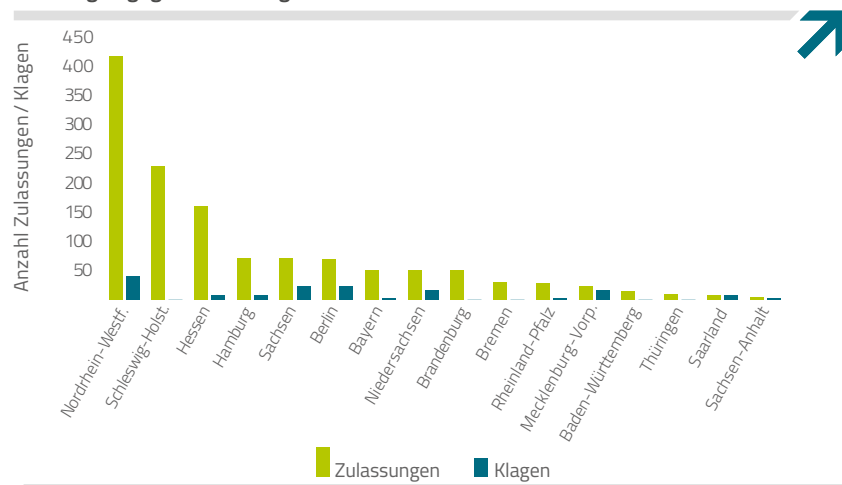
gemäß § 116 b SGB V (ABK-RL). Unter diesen Rahmenbedingungen haben seither etwa 2.500 Krankenhäuser Anträge auf Zulassung zur § 116 b-Versorgung bei den Landesbehörden gestellt, wovon rund 50 Prozent bewilligt wurden. Die meisten Zulassungen wurden für die § 116 b-Behandlung onkologischer Erkrankungen erteilt (n = 697).

Anträge auf Zulassung zu § 116 b werden umso eher gestellt, je größer das Krankenhaus und je dichter die Siedlungsstruktur ist, in der sich das Krankenhaus befindet: Das größte Interesse an § 116 b-Zulassungen zeigten in Ballungsgebieten angesiedelte Krankenhäuser der Maximalversorgung. Im Rahmen einer Erhebung, die der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen für sein Sondergutachten „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ im Jahr 2011 hat durchführen lassen (Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates), wurde als häufigstes Motiv zur Teilnahme der fortschreitende Trend zur sogenannten „Ambulantisierung“ der Medizin genannt, wobei rund 91 Prozent der befragten Krankenhäuser bereits ambulante Leistungen (nach § 116 b, § 115 b, Medizinische Versorgungszentren, sonstige Formen wie beispielsweise Hochschulambulanzen oder Ermächtigungen) erbringen.

Im Gegensatz zu diesen bundesweit einheitlichen Trends ergibt die regionale Verteilung der § 116 b-Zulassungen ein sehr unterschiedliches Bild: Während beispielsweise in Schleswig-Holstein 224 Zulassungen erteilt wurden, waren es in Bayern lediglich 50, in Baden-Württemberg gar nur 14 (Stand: September 2011, Abbildung 1).

Diese regionale Heterogenität erscheint weder mit der strategischen Bedeutung vereinbar, die die Krankenhäuser dem § 116 b einhellig beimessen, noch passt sie mit der Prävalenz komplexer Erkrankungen zusammen. Demografiebedingt ist selbst bei nicht ansteigender Inzidenz mit einem Anstieg der Prävalenz sowohl für onkologische Erkrankungen zu rechnen, die im Jahr 2010 mit 1,15 Millionen Frauen und 1,08 Millionen Männern beziffert wurde (Robert Koch-Institut 2010), als auch für weitere vom § 116-Katalog umfasste komplexe Erkrankungen, wie beispielsweise die rheumatoide Arthritis, deren Prävalenz mit 0,5 bis 0,8 Prozent der erwachsenen Bevölkerung angegeben wird (Fuchs et al. 2013).

Abbildung 1: Krankenhaus-Zulassungen nach § 116 b SGB V alte Fassung und Klagen gegen Zulassung



Erläuterung: Bis zum Jahr 2011 war eine Vielzahl von Gerichtsverfahren mit Klagen aus dem niedergelassenen Bereich bezüglich der Interpretation der laut Gesetzgeber erforderlichen „Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation“ anhängig (Fußnote 175, S. 246).

Quelle: Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Abbildung 23. S. 259.

Änderungen des § 116 SGB V durch das GKV-VStG

Nicht nur das Drängen von vertragsärztlicher Seite auf Teilnahme an der § 116 b-Versorgung als einem ambulant erbringbaren Versorgungsbereich, sondern auch der trotz steigendem Versorgungsbedarf entstandene „Zulassungstau“ auf stationärer Seite dürfte einer der maßgeblichen Gründe für den Gesetzgeber gewesen sein, die Regelungen in § 116 b SGB V neu zu fassen.

Zu den wesentlichen Änderungen im Rahmen des GKV-Versorgungsstruktur-Gesetzes (GKV-VStG) zählt neben der Einbeziehung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer insbesondere die Umstellung des Zulassungsverfahrens durch die Planungsbehörden der Länder auf ein Anzeigeverfahren bei den erweiterten Landesausschüssen gemäß § 90 Absatz 1 i. V. m. § 116 b Absatz 3 Satz 1 SGB V. Der amtlichen Begründung ist als übergeordnetes Ziel zu entnehmen, dass der bereits

bestehende Leistungsbereich auf Basis der ABK-RL nicht lediglich für Vertragsärzte geöffnet, sondern in einen sektorenübergreifenden Versorgungsbereich mit neu zu definierenden einheitlichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und niedergelassene Spezialisten umgestaltet werden soll.

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als untergesetzlichem Normgeber kommt dabei die Aufgabe zu, einheitliche Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer im Sinne neuer „Zulassungskriterien“ festzulegen sowie den Behandlungsumfang zu definieren. Die Vergütung der ASV-Leistungen erfolgt zunächst auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die vertragsärztliche Versorgung (EBM). Perspektivisch soll sie jedoch durch eine von den Vertragspartnern noch zu entwickelnde einheitliche, betriebswirtschaftlich kalkulierte Vergütungssystematik abgelöst werden.

Die ASV ist vom Gesetzgeber außerhalb der Bedarfsplanung angesiedelt, kann neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden umfassen, die bislang nicht in der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, und soll extrabudgetär vergütet werden. Die erste Konzeption des neuen Versorgungsbereichs sah darüber hinaus eine Integration der ambulanten Operationen gemäß § 115 b SGB V sowie weiterer ambulant erbringbarer Krankenhausleistungen in den § 116 b-Leistungskatalog vor.

Die insgesamt marktoffen-leistungserbringerfreundliche Ursprungskonzeption der ASV, für die die Lösung „jeder darf, der kann“ sprichwörtlich wurde, wurde im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens jedoch teilweise wieder revidiert. Die nicht nur vonseiten der gesetzlichen Krankenkassen geäußerten Warnungen vor einer Kostenexplosion in diesem extrabudgetär „angereizten“ und von der Bedarfsplanung ausgeklammerten Versorgungsbereich, aber auch die gemischte Interessenlage innerhalb der Vertragsärzteschaft hatten unter anderem zur Folge, dass der neue § 116 b-Leistungskatalog nicht erweitert, sondern im Ergebnis durch die vom Gesetzgeber vorgegebene Begrenzung der onkologischen Erkrankungen auf die schweren Verlaufsformen sogar reduziert werden musste.

Ablösung der ABK-RL durch die ASV-RL

Der gesetzgeberische Zielkonflikt zwischen Förderung von Wettbewerb an der Schnittstelle ambulant-stationär einerseits und fehlendem Vertrauen in die Möglichkeiten des Qualitätswettbewerbs andererseits stellte für den G-BA eine schwierige Ausgangsbasis bei der Entwicklung der neuen ASV-Richtlinie dar (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses 2013).

Angesichts der Szenarien einer Kostenexplosion oder einer zu weitgehenden Budgetbereinigung erhielt zwangsläufig jedes einzelne Strukturqualitätsmerkmal – nicht nur die Festlegung von Mindestmengen – und die abschließende Festlegung des Behandlungsumfangs (hierbei speziell die Definition der schweren Verlaufsformen) faktisch den Charakter und die Funktion von Kriterien und Instrumenten für die Zulassung zum ASV-Markt beziehungsweise zur Steuerung des Vergütungsvolumens.

Interdisziplinäre Teambildung durch Leistungskooperationen

Schon in der ABK-RL stellte die interdisziplinäre Abstimmung ein hervorstechendes Merkmal für die Prozessqualität dar. Während die dargebotene Interdisziplinarität bis dato durch Vorhalten der diagnosenspezifisch jeweils erforderlichen Fachabteilungen im Krankenhaus gewährleistet wurde, wird zukünftig die Bildung interdisziplinärer Teams erforderlich sein, die in drei Ebenen untergliedert sind: Teamleiter, obligatorische Kernteam-Mitglieder sowie fakultativ auf Überweisung hinzuziehende Fachärzte.

Interdisziplinarität ist im Rahmen der ASV zum wichtigsten Strukturqualitätsmerkmal avanciert. Die Mitglieder des Kernteams, auch wenn es sich um Krankenhaus-ASV-Teams handelt, werden zukünftig namentlich benannt werden müssen. Für die Indikationsstellung und therapieleitende Entscheidungen in der ASV gilt der Facharztstatus, auch im Krankenhaus.

Anders als in der Vergangenheit wird die Bildung eines ASV-Teams zukünftig nicht ausschließlich „unter einem Dach“ – des Krankenhauses –, sondern auch durch Vernetzung möglich sein, sei es durch Kooperation vertragsärztlicher Spezialisten untereinander, sei es durch gemischte Kooperationen zwischen Vertragsärzten und

einem Krankenhaus oder durch Kooperation zwischen Krankenhäusern. Vertragsärztliche Spezialisten müssen für ASV-Zwecke also kein Medizinisches Versorgungszentrum oder eine (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft gründen, sondern vergleichsweise niederschwellig eine Leistungskooperation gemäß § 2 ASV-RL mit den erforderlichen Teammitgliedern in Gestalt eines privatrechtlichen Vertrags eigener Art vereinbaren. Im Rahmen dieser Leistungskooperation bleibt der einzelne Vertragsarzt beziehungsweise das einzelne Krankenhaus eigenständiger Leistungserbringer und rechnet seine ASV-Leistungen individuell ab. Auch die Erfüllung der vom G-BA jeweils diagnosenspezifisch in den Anlagen festgelegten sächlichen und organisatorischen Anforderungen gemäß § 4 ASV-RL können durch Abschluss einer Leistungskooperation gewährleistet werden.

ASV-Kooperation zur Förderung sektorenübergreifender Abstimmung

Von der Leistungskooperation gemäß § 2 ASV-RL zu trennen ist die sogenannte ASV-Kooperation gemäß § 10 ASV-RL. Diese Kooperation stellt ein zusätzliches, bei der ASV von onkologischen Erkrankungen vom Gesetzgeber vorgegebenes Erfordernis zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Sektoren dar. Eine solche Vereinbarung kann nicht nur zwischen zwei unterschiedlichen ASV-Teams, sondern auch im Rahmen einer bereits sektorenübergreifend gebildeten Leistungskooperation zusätzlich zwischen zwei ASV-Berechtigten getroffen werden. Wesentlicher Inhalt der ASV-Kooperation ist die sektorenübergreifende Abstimmung der Eckpunkte der onkologischen Diagnostik und Therapie sowie die Durchführung einer wenigstens zweimal jährlich stattfindenden gemeinsamen Qualitätskonferenz in Anlehnung an die Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen der Krankenhäuser.

Kernteam- und arztbezogene Mindestmengen

Bereits die ABK-RL sah den Nachweis einer Mindestmenge an behandelten Patienten pro Jahr als Zulassungsvoraussetzung vor, die von der ASV-Einrichtung zu erfüllen war. Zukünftig werden die Mindestmengen auf das Kernteam bezogen, das heißt Behandlungsfälle der dritten Teamebene werden bei der Summierung der Mindestmenge nicht mitgerechnet.

Während in der vom G-BA am 19. Dezember 2013 beschlossenen neuen Anlage zu Tuberkulose gemäß § 116 b SGB V neue Fassung die bis dato schon geltende Mindestmenge von 20 Patienten mit Tbc pro Jahr fortgeschrieben wurde (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116 b SGB V, Anlage 2 a, 2013), musste bei der im Frühjahr 2014 beschlossenen Anlage zu „Gastrointestinal-Tumoren und anderen Tumoren der Bauchhöhle“ (GiT) aufgrund der bei onkologischen Erkrankungen vom Gesetzgeber vorgegebenen Einschränkung auf die schweren Verlaufsformen eine Anpassung erfolgen (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116 b SGB V, Anlage 1 a, 2014).

Da onkologische Erkrankungen anders als zum Beispiel die Herzinsuffizienz nicht nach Schweregraden klassifiziert werden und somit eindeutige Kriterien zur Berechnung der Prävalenz schwerer Verlaufsformen fehlten, wurde vom G-BA im Ergebnis eine pragmatische Entscheidung getroffen, indem die nach der ABK-RL erforderliche Mindestmenge von 280 Patienten mit GiT pro ASV-Einrichtung und Jahr in der ASV-RL auf 140 Patienten mit schwerer Verlaufsform von GiT pro Kernteam und Jahr halbiert wurde. Zudem gilt (auch für die Anlage Tbc) in den ersten beiden Jahren eine Übergangsregelung, wonach die Mindestanzahl der behandelten Patienten um bis zu 50 Prozent unterschritten werden kann.

Als im Vergleich zur ABK-RL völlig neues Strukturqualitätsmerkmal wurde mit Beschluss über die Anlage GiT vom 17. April 2014 eine flankierende arztbezogene Mindestmenge eingeführt. Diese muss mindestens ein Mitglied des Kernteams erfüllen. Es handelt sich mehr oder weniger um die Eins-zu-eins-Übernahme der Mindestmengenregelung aus der ambulanten Onkologie-Vereinbarung (Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ 2014).

Im Unterschied zur kernteambezogenen Mindestmenge bezieht sich die arztbezogene Mindestmenge nicht auf die Patienten mit schweren Verlaufsformen von GiT pro Jahr, sondern auf die durchschnittlich pro Quartal behandelte Anzahl aller von diesem Facharzt behandelten onkologischen Patienten unabhängig von der konkreten Tumordiagnose. Hintergrund der Einführung dieser arztbezogenen Mindestmenge war einerseits die Absicht, die notwendige Behandlungsroutine insbesondere im Hinblick auf die Durchführung

von Chemotherapien zu gewährleisten, andererseits durch diese Qualifikationsanforderungen Voraussetzungen für die Abrechnung der Leistungen zu schaffen, die in Abschnitt 2 des Appendix in Anlehnung an die Kostenpauschalen der ambulanten Onkologie-Vereinbarung aufgenommen wurden.

Operationalisierung der „schweren Verlaufsform“ onkologischer Erkrankungen

Im Zusammenhang mit den Beratungen über die Anlage zu GiT hat der G-BA einen Algorithmus zur Unterscheidung schwerer und nicht schwerer Verlaufsformen entwickelt, der die Grundlage für alle weiteren onkologischen Konkretisierungen bilden soll. Die Verläufe onkologischer Erkrankungen variieren abhängig von der Art des Tumors und patientenseitigen Prognosefaktoren individuell sehr stark. Die Definition der schweren Verlaufsform einer onkologischen Erkrankung im Rahmen der ASV-RL basiert deshalb nicht ausschließlich auf patientenseitigen Faktoren, sondern bezieht die Aspekte des Behandlungsbedarfs mit ein.

Im Sinne der ASV-RL ist eine schwere Verlaufsform einer onkologischen Erkrankung dann gegeben, wenn zur Behandlung des Patienten nicht nur eine spezielle Qualifikation des einzelnen Facharztes oder eine besondere apparative Ausstattung geboten ist, sondern darüber hinaus ein interdisziplinär abgestimmtes Behandlungskonzept – eine multimodale Therapie – indiziert ist. Wie in der Anlage GiT erstmals beschlossen, wird der G-BA zukünftig unterscheiden, ob ein solches interdisziplinär abgestimmtes Behandlungserfordernis bereits zum Zeitpunkt der Erstdiagnose gegeben ist, weil bestimmte Tumore, wie beispielsweise Krebserkrankungen der Bauchspeicheldrüse, wegen ihrer besonderen anatomischen Lage sich häufig nicht mehr in einem Frühstadium befinden. Für diese Tumore wird eine als „regelmäßig schwere Verlaufsformen“ bezeichnete ICD-Liste gebildet. Hiervon zu unterscheiden sind die „im Einzelfall schweren Verlaufsformen“, für die eine gesonderte ICD-Liste gebildet wird und die erst dann als schwere Verlaufsform im Sinne der ASV-RL gilt, wenn ein weiteres Zusatzkriterium (beispielsweise Vorliegen schwerer Grunderkrankungen oder Schwangerschaft, Rezidiv oder Progression der Tumorerkrankung) erfüllt ist.

Zu den erwähnenswerten weiteren Änderungen einzelner Regelungen in der ASV-RL gegenüber der ABK-RL zählen neben dem bereits erwähnten Erfordernis einer gesicherten Diagnose die Reduzierung der vormaligen Überweisungsdauer eines Patienten von einem Haus- oder Facharzt in die Versorgung durch ein ASV-Team von drei Jahren auf vier Quartale oder weniger sowie die Einschränkung der Mitbehandlung von Begleiterkrankungen.

Behandlungsumfang einschließlich nicht im EBM enthaltener Leistungen

Neben der Festlegung der Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität sowie Pflege des § 116 b-Katalogs einschließlich Definition der schweren Verlaufsformen von onkologischen Erkrankungen ist der G-BA außerdem für die Festlegung des Behandlungsumfangs zuständig (§ 116 b Absatz 4 Satz 2 SGB V). Während die Beschreibung des Behandlungsumfangs in der ABK-RL ohne jeglichen Bezug zu einem Prozedurenschlüssel oder sonstigem Klassifikationsschema erfolgte, werden in der ASV-RL die Leistungen in einem zusätzlichen Appendix zur diagnosenspezifischen Anlage jeweils fachgebietsspezifisch auf die Leistungsbeschreibungen des EBM heruntergebrochen, wofür sich die Bezeichnung „EBM-Ziffernkranz“ eingebürgert hat.

Hintergrund dieser Vorgehensweise ist, dass die Vergütung der ASV zunächst einzelleistungsbezogen auf Basis des EBM erfolgen wird. Der Appendix zur Anlage ist mehr oder weniger einer Abrechnungs-Checkliste gleichzusetzen, aus der der jeweils an der ASV beteiligte Facharzt beziehungsweise das Krankenhaus ersehen kann, welche EBM-Leistungen im Rahmen der ASV abrechnungsfähig sind oder nicht. Nach § 116 b SGB V neue Fassung können außerdem neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, in die ASV eingeschlossen werden (§ 116 b Absatz 1 Satz 3 SGB V). Im Rahmen seines Gestaltungsspielraums hat der G-BA beschlossen, jeweils diagnosenspezifisch in den Anlagen abschließend festzulegen, um welche Leistungen es sich dabei handelt. Diese werden in einem zweiten Abschnitt des Appendix zur Anlage abgebildet. Im Falle der Anlage GiT wurden beispielsweise PET/PET-CT, aber auch die Koordination der ASV durch den Teamleiter und die Teilnahme der ASV-Kernteam-Mitglieder an interdisziplinären Tumorkonferenzen in den Behandlungsumfang eingeschlossen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Appendix, Abschnitt 2 – nicht im EBM enthaltene Leistungen

lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Innere Medizin & Hämatologie & Onkol.	Strahlentherapie	Innere Medizin & Gastroenterologie	Allgemeinchirurgie	Viszeralchirurgie	HNO-Heilkunde	Nuklearmedizin (Kernteam)
1	PET/PET-CT - bei Patienten mit Ösophagus-Karzinom zur Detektion von Fernmetastasen - bei Patienten mit resektablen Lebermetastasen eines kolorektalen Karzinoms mit dem Ziel der Vermeidung einer unnötigen Laparotomie Im Zusammenhang mit § 137 e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.	○	○	○	○	○	○	⊙
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])	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
3	zusätzlicher Aufwand für Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie (entsprechend der Zusatzpauschalen für die onkologische Behandlung und/oder Betreuung für andere Fachgebiete im Abschnitt 1, etwa GOP 07345 des EBM)	○	⊙	○	○	○	○	⊙
4	zusätzlicher Aufwand für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86516 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
5	zusätzlicher Aufwand für die Teilnahme an einer Tumorkonferenz mit Vorstellung eines Patienten	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
6	zusätzlicher Aufwand für die Durchführung von und Teilnahme an Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙

ifd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Innere Medizin & Hämatologie & Onkol.	Strahlentherapie	Innere Medizin & Gastroenterologie	Allgemeinchirurgie	Viszeralchirurgie	HNO-Heilkunde	Nuklearmedizin (Kernteam)
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 (etwa Hospize, SAPV)	⊙	○	⊙	⊙	⊙	⊙	○
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 (etwa Hospize, SAPV)	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
8	Vorhaltung einer 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙

Legende:

- Die mit den Gebührenordnungspositionen (GOP) beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 beziehungsweise die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 gehören für die jeweilige Arztgruppe nicht zum Behandlungsumfang.
- ⊙ Die mit den Gebührenordnungspositionen (GOP) beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 beziehungsweise die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 gehören für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang.

Quelle: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/80/

Vergütung und Abrechnung

Mit der eindeutigen und abschließenden Definition des Behandlungsumfangs in Gestalt des EBM-Ziffernkranzes hat der G-BA unter maximaler Ausschöpfung seines Gestaltungsspielraums für die Konkretisierung des Behandlungsumfangs die bestmöglichen Voraussetzungen für die sich nun anschließenden Umsetzungsschritte der ASV geschaffen. Für die Festlegung der Vergütungshöhe, die jeweils spätestens sechs Monate nach

Inkrafttreten einer Anlage erfolgen muss, ist der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5 a SGB V zuständig, für die Operationalisierung der Abrechnung die Vertragspartner. So wird für Abrechnungszwecke gegenwärtig die Vergabe einer ASV-Team-Nummer durch eine zentrale ASV-Servicestelle sowie die Einführung einer patientenbezogenen ASV-Fallnummer vorbereitet (Vereinbarung gemäß § 116 b Absatz 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens, 2014).

Es ist davon auszugehen, dass der EBM noch für längere Zeit die Basis für die ASV-Vergütung sein wird, da die vom Gesetzgeber grundsätzlich richtig angestrebte neue sektorenübergreifend einheitliche Vergütungssystematik mit „diagnosebezogenen Gebührenpositionen in Euro“ (§ 116 b Absatz 6 Satz 2 SGB V), worunter DRG-ähnliche Fallpauschalen für die ASV verstanden werden, noch durch die Vertragspartner zu entwickeln und anschließend im Hinblick auf die Vergütungshöhe auszuhandeln ist.

Diskussion

Harmonisierung der Zentrumsförderung für komplexe und seltene Erkrankungen

Speziell aus Sicht von Krankenhäusern mit Tumorzentren, die bereits Leistungen nach § 116 b SGB V alte Fassung erbringen, wird die neue ASV-Richtlinie als überflüssig kritisiert. Andererseits zählt die Refinanzierung des für eine Zentrumsbildung erforderlichen Mehraufwands zu den seit Langem gehegten Forderungen der Krankenhäuser. Mit der ASV-RL wurde erstmals die Grundlage für eine nicht etwa aus der stationären Vergütung quersubventionierte, sondern eigenständige Vergütung der ambulant erbrachten typischen „Zentrumsleistungen“ (wie beispielsweise die interdisziplinäre Koordination der onkologischen Behandlung und die Teilnahme an Tumorkonferenzen) geschaffen, und zwar auf kollektivvertraglicher Basis durch Anlehnung an die ambulante Onkologie-Vereinbarung. Die Alternative hierzu wäre die Ermöglichung von Pay-for-Performance oder qualitätsorientierten Selektivvertragsmöglichkeiten für die gesetzlichen Krankenkassen gewesen, was krankenhausesseitig jedoch unter anderem aus ordnungspolitischen Gesichtspunkten abgelehnt wird.

Die ASV sollte nicht als Konkurrenz zu der für einige Tumorerkrankungen bereits weit vorangeschrittenen Zentrenbildung, sondern als zusätzlicher Impuls für eine patientenzentrierte Vernetzung der Versorgung – nicht nur von Krebspatienten – verstanden werden. Es ist nicht zu erwarten, dass bereits etablierte, beispielsweise nach landesgesetzlichen Regelungen aufgebaute oder nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierte Tumorzentren den Mindestanforderungen der ASV-RL nicht gerecht werden könnten. Allenfalls wäre darauf zu achten, dass medizinisch nicht begründbare Inkompatibilitäten bei den Zentrumsanforderungen vermieden werden, weil dies die Bildung eigentlich überflüssiger Parallelstrukturen provozieren würde.

So wäre es beispielsweise nicht nachvollziehbar, wenn Radiologen, die nach bereits bestehenden Regelungen in einem Brustzentrum auch die Funktion des Teamleiters übernehmen können, diese Funktion im Rahmen der ASV nicht ausüben könnten, sollten sie – wie die Pathologen und Laborfachärzte – regelhaft der dritten Ebene der auf Überweisung hinzuziehenden Fachärzte zugeordnet werden. Der G-BA hat es hier selbst in der Hand, indikationsspezifische Modifikationen seiner ASV-Konzeption vorzunehmen, mit der eine Harmonisierung der Zentrumsförderung erreicht werden könnte.

Noch völlig ausstehend ist die Harmonisierung der Bildung von interdisziplinären Teams beziehungsweise von Zentren für die Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen im Rahmen der ASV einerseits und auf Basis des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit seltenen Erkrankungen (NAMSE) andererseits.

Gemischtes Interesse auf der Seite der Vertragsärzteschaft

Eine weitaus größere Herausforderung als die Integration der Krankenhäuser dürfte die Beteiligung der Vertragsärzteschaft an der ASV sein. Konzeptionelle Überlegungen zur Neugestaltung der Versorgung im Schnittstellenbereich ambulant-stationär wurden zwar speziell von der Ärzteschaft vorangetrieben (Korzilius 2008; Deutscher Ärztetag 2009), ohne jedoch zu einem einheitlichen Meinungsbild geführt zu haben. Die Akzeptanz der ASV innerhalb der Vertragsärzteschaft ist dabei nicht nur durch die Grenzziehung zur haus- und fachärztlichen Grundversorgung auf der einen Seite und zur stationären Versorgung auf der anderen Seite belastet, sondern auch durch unterschiedliche

Interessen innerhalb des spezialfachärztlichen Lagers, unter anderem abhängig davon, ob mit der ambulanten Onkologie-Vereinbarung bereits gute oder schlechte Erfahrungen gemacht wurden.

Es bleibt zu hoffen, dass die Skepsis innerhalb der Vertragsärzteschaft abnimmt, da der Zugang zur ASV für die betroffenen Patienten außerhalb von Ballungsgebieten durch eine rege Beteiligung niedergelassener Spezialisten in der Fläche – sofern sie noch vorhanden sind – verbessert werden könnte. In diesem Zusammenhang bedarf es zusätzlich einer stärkeren Berücksichtigung von Versorgungsgesichtspunkten bei der Festlegung von Mindestmengen oder der Definition von regionalen Ausnahmetatbeständen, was bislang im Rahmen der ASV, anders als bei den Mindestmengen-Regelungen gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V, nicht vorgesehen ist.

Öffnung eines Versorgungssektors versus sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Ein weiterer Kritikpunkt vonseiten der Krankenhäuser betrifft die Verschmälerung des Leistungsspektrums. In der Tat haben die vom Gesetzgeber vorgegebenen Einschränkungen, wie beispielsweise die Eingrenzung auf die schweren Verlaufsformen, die Streichung der Überweisungsdauer von drei Jahren sowie der vom G-BA geforderte Nachweis einer gesicherten Diagnose und die Einschränkung der Mitbehandlung von Begleiterkrankungen faktisch eine Verschmälerung des Leistungsspektrums für die Krankenhäuser zur Folge, die bereits Leistungen nach § 116 SGB V alte Fassung erbracht haben.

Dem steht gegenüber, dass nicht nur für die Vertragsärzte, sondern auch für die weitaus meisten Krankenhäuser durch die Neufassung des § 116 b SGB V mit der Umstellung vom Zulassungs- auf ein Anzeigeverfahren überhaupt erst eine realistische Chance auf Teilnahme am ASV-Leistungsbereich geschaffen wurde.

Pikanterweise erfolgt die teilweise Revision der ambulanten Öffnung der Krankenhäuser im Rahmen der ASV, also im Bereich der hoch spezialisierten Versorgung, just zu einem Zeitpunkt, da für den Bereich der ambulanten Notfall- und Grundversorgung in

Anbetracht der Versorgungsengpässe in ländlichen Regionen eine weitergehende ambulante Öffnung der Krankenhäuser diskutiert wird. Ungeachtet der Frage, ob Krankenhäuser in ländlichen Regionen aufgrund des hier auch bestehenden Ärzte- und sonstigen Fachpersonalmangels diesen Versorgungsauftrag überhaupt, auch wenn nur anteilig, mit übernehmen könnten, offenbart sich an der Frage der ambulanten Öffnung der Krankenhäuser ein Vakuum an alternativen, innovativen, sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten. Nachdem zehn Jahre integrierte Versorgungsverträge nach § 140 a ff. SGB V aus verschiedenen Gründen zu einer ernüchternden Zwischenbilanz geführt haben (Gersch 2012), wird ein neuer Impuls zur sektorenübergreifenden Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen von dem im Koalitionsvertrag von 2013 angekündigten Innovationsfonds erwartet (Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD 2013).

Da die hoch spezialisierte ASV interdisziplinäre und sektorenübergreifende Kooperation lediglich in einem vergleichsweise kleinen Versorgungsbereich am Ende des Versorgungspfads abbildet, sind zusätzliche Impulse zur Förderung einer interdisziplinär-berufgruppenübergreifend abgestimmten Strukturierung der Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg unbedingt zu begrüßen. Die ASV hat zwar das Potenzial für einen neuen, sektorenunabhängigen Versorgungssektor, da sie über ein komplett eigenständiges Leistungserbringerrecht verfügt. Bei näherer Betrachtung erweist sich die ASV jedoch „lediglich“ als neues, die Regelversorgung punktuell ergänzendes Versorgungsangebot (Roters 2014).

Fazit zum Status quo

Nicht zuletzt aufgrund der Einschränkung der Behandlung von Begleiterkrankungen bleibt abzuwarten, ob sich Patienten mit onkologischen oder anderen komplexen, chronischen Erkrankungen im Rahmen der ASV „wie aus einer Hand“ versorgt fühlen werden. Ob das neue Versorgungsangebot bei den Leistungserbringern auf Interesse stößt, wird von den jeweiligen Strategien zur Positionierung im Versorgungsmarkt, von der Vergütung der ASV-Leistungen und vom bürokratischen Aufwand im Zusammenhang mit dem Anzeigeverfahren sowie bei der Abrechnung abhängen.

Trotz der begrenzten Möglichkeiten des § 116 b SGB V wäre es schade, wenn die Möglichkeit der Förderung einer patientenzentrierten Vernetzung der Versorgung vertan würde. Die ASV ist als lernendes System angelegt. Indem die einzelnen Anlagen nacheinander beraten werden, beziehungsweise in Kraft treten, ist Gelegenheit zu Korrekturen und Nachjustierungen gegeben. Durch eine kontinuierliche Weiterentwicklung der ASV im Rahmen des G-BA-eigenen Gestaltungsspielraums könnte eine stabile Basis für weitergehende Maßnahmen zur sektorenübergreifenden Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen geschaffen werden. Denkbar wäre, zu gegebener Zeit die Einschränkung auf schwere Verlaufsformen bei den onkologischen Erkrankungen wieder aufzuheben und zusätzlich gegebenenfalls wie ursprünglich intendiert weitere Leistungsbereiche wie die ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V in die ASV aufzunehmen. Sollte sich die Abrechnungspraxis als zu kompliziert oder kontrollbedürftig erweisen, könnte alternativ über ein Einschreibeverfahren diskutiert werden.

Unabdingbar für die Zukunftsperspektive der ASV ist jedoch, dass es dem G-BA gelingt, trotz der unterschiedlichen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte möglichst „gleich lange Spieße“, was die Qualitätsanforderung als Marktzugangsvoraussetzungen betrifft, sowie eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung zu etablieren. Als kritischer Erfolgsfaktor bleibt dann immer noch die strategisch richtige, aber äußerst schwierige Entwicklung einer neuen, sektorenübergreifend-einheitlichen, diagnosebezogenen Vergütungssystematik durch die Vertragspartner.

Literatur

- Deutscher Ärztetag (2009): Positionen zur Zukunft der fachärztlichen Versorgung. 112. Deutscher Ärztetag 2009, www.bundesaerztekammer.de/downloads/Top05Folien-Wenker.pdf
- Fuchs, J., M. Rabenberg und C. Scheidt-Nave, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut (2013): Prävalenz ausgewählter muskuloskelettaler Erkrankungen – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), Berlin. In: Bundesgesundheitsblatt 2013 56: 678–686 DOI 10.1007/s00103-013-1687-4 online publiziert: 27. Mai 2013.

- Gersch, M. (2012): Besondere Versorgungsformen: (kein) Wachstum in Sicht? Ergebnisse der zweiten Runde der Vollerhebung zu den besonderen Versorgungsformen bei Gesetzlichen Krankenversicherungen („M-IV II“), Monitoring Integrierte Versorgung. www.dgiv.org/cmsMedia/Downloads/Publikationen/Monitoring_IV-Ergebnisse.pdf
- Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), Deutscher Bundestag. Drucksache 16/3100.
- Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG), Deutscher Bundestag. Drucksache 17/6906.
- Koalitionsvertrag 2013 zwischen CDU, CSU und SPD: Deutschlands Zukunft gestalten. 18. Legislaturperiode.
- Korzilius, H., Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008): Stille Revolution. In: Deutsches Ärzteblatt (105) 14: A-713/B-623/C-611.
- Nationaler Aktionsplan für Menschen mit seltenen Erkrankungen – Handlungsfelder, Empfehlungen und Maßnahmenvorschläge. www.namse.de/images/stories/Dokumente/nationaler_aktionsplan_.pdf
- Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116 b SGB V. Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose vom 19. Dezember 2013.
- Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116 b SGB V. Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle vom 20. Februar 2014.
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V. Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116 b SGB V – ASV-RL vom 21. März 2013.
- Robert Koch-Institut (2010): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Eine Veröffentlichung des Zentrums für Krebsregisterdaten am Robert Koch-Institut (RKI). Berlin.
- Roters, D. (2014): Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V – Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Deutsche Gesellschaft für Kassenartzrecht e.V., Symposium am 10. April 2014. Berlin.

- Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag. Drucksache 17/10323.
- Vereinbarung gemäß § 116 b Absatz 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV) zwischen dem GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Kassen) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 17. März 2014.
- Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) zwischen dem GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Juli 2009. Zuletzt geändert am 10. Dezember 2013, in Kraft getreten am 1. Januar 2014.