

Thema: Mit dem reformierten § 116b SGB V hat der Gesetzgeber den Weg für eine sektorübergreifende Versorgung freigemacht. Zielsetzung ist die interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung von Menschen mit Erkrankungen wie Tuberkulose oder Krebs. Noch sind allerdings viele Fragen offen. **von Bülent Erdogan-Griese**

Ambulante spezialärztliche Versorgung: Aufbruch oder Abrissbirne?



Für die einen ist sie ein Frontalangriff auf die ambulante, wohnortnahe fachärztliche Versorgung – für andere nicht weniger als eine überfällige Öffnung der Kliniken mit ihren Kompetenzen und Kapazitäten im Sinne des Patienten. Wiederum andere halten sie für einen Papiertiger und sprechen ihr höchstens eine Existenz unter ferner liefen zu. Wie auch immer die Beurteilung ausfallen mag, Fakt ist: Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nimmt Konturen an. Seit dem 1. April, zwei Jahre und drei Monate nach Inkrafttreten des § 116b SGB V am 1. Januar 2012, können an der ASV interessierte Ärztinnen und Ärzte, die sich bereits als Behandlungsteam formiert haben, nun auf der Internetseite www.asv-servicestelle.de anzeigen, dass sie an dieser Versorgungsform teilnehmen möchten. Bisher einzige Indikation in der ASV ist die Behandlung der Tuberkulose. Im Juli nun könnte die Richtlinie für die gastrointestinalen Tumoren, Tumoren der Bauchhöhle und das Schilddrüsenkarzinom (GiT-Richtlinie) in Kraft treten.

Die ASV ist der Rahmen für die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten durch interdisziplinäre Teams aus Niederlassung und Krankenhaus. Der Gesetzgeber hat drei Bereiche identifiziert, die diese Kriterien erfüllen, dies sind

- a) schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, zum Beispiel Rheuma, Herzinsuffizienz und onkologische Erkrankungen,
- b) seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen, zum Beispiel Tuberkulose, Marfan-Syndrom, Mukoviszidose,

- c) hochspezialisierte Leistungen, zum Beispiel CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen.

Interdisziplinäre Behandlungsteams

Eine weitere Besonderheit des § 116b SGB V: Die Leistungen werden zu festen Preisen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der jeweiligen KV-Region vergütet, und das extrabudgetär, also ohne Mengenbegrenzung (wir berichteten). Die konkrete Ausgestaltung der ASV erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die ASV kann direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Alternativ können Ärzte ihre Kassenärztliche Vereinigung mit der Abrechnung beauftragen. Die Teilnahme an der ASV ist für die Patienten freiwillig.

Die vom Gesetzgeber vorgesehene interdisziplinäre „Leistungskooperation“ kann sowohl zwischen Niedergelassenen und Kliniken als auch innerhalb eines Sektors erfolgen, sagte Dr. Regina Klakow-Franck, Unparteiisches Mitglied des G-BA, auf einem Symposium der Unternehmensberatung RS Medical Consult in Berlin. Ein solches Team besteht aus einem Teamleiter, einem Kernteam und hinzuzuziehenden Ärztinnen und Ärzte: „Auch die Leistungen dieser auf Überweisung hinzugezogenen Ärzte sind extrabudgetär abrechenbar“, sagte Klakow-Franck. Alle Teammitglieder sind namentlich zu benennen, auch jene im Krankenhaus, außerdem sind Stellvertreter anzugeben. Es reicht also nicht aus, wenn eine Klinik lediglich die Abteilung benennt, führte Klakow-Franck aus. Sektorübergreifend muss die „ASV-Kooperation“ erfolgen. Mindestanforderung an diese Kooperation sind zwei Konferenzen im Jahr. Die ASV ermögliche einen Qualitäts- statt eines Preiswettbewerbs, sagte Klakow-Franck. Sie stelle zudem keine Konkurrenz zu bestehenden Tumor- und Organzentren dar.

In einem Appendix hat der G-BA für die Gastrointestinal-Tumoren alle abrechenbaren Leistungen der Teams zusammengefasst, dieser Appendix wird auch als Blaupause für andere Indikationen dienen. „Das sind fertige Abrechnungs-Checklisten“, sagte Klakow-Franck zur Liste, die intern auch „EBM-Ziffernkranz“ genannt wird. „Es ist genau aufgeführt, wer was abrechnen kann.“

Mit dem neuen Versorgungsbereich ergeben sich nach Ansicht von Dr. Ulrich Casser, Honorardezernent

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung

informiert in einer Broschüre über die ASV.
www.kbv.de/asv

nent der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), grundsätzliche Fragen zur Vergütung. Ein Ergebnis könnte die Entwicklung einer eigenständigen Systematik für die ASV sein. Fest steht: Für einige Leistungen, die bisher nur in Kliniken erbracht werden dürfen, gibt es schlichtweg keine EBM-Ziffern. KBV, GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft befinden sich derzeit in Verhandlungen über die Vergütungssystematik im Allgemeinen und die Aufnahme solcher „ziffernloser“ Leistungen im Besonderen, führte Casser aus. Bis zu einer Einigung kann es aber noch eine Weile dauern.

Einmalige Vergütungsvereinbarung

Ein weiterer Verhandlungspunkt: Die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung ist um die ASV-Leistungen zu bereinigen. Der hausärztliche Vergütungstopf ist dabei tabu, ebenso das Budget für die fachärztliche Grundversorgung. Casser stellte aus Sicht der KBV klar, dass die Bereinigung nur einmal erfolgen darf und das Morbiditätsrisiko dann an die Krankenkassen übergehen muss. In den Verhandlungen wird es auch über den Zeitraum für diese Honorar-Bereinigung gehen. Die GKV hat bislang einen Zeitraum von fünf Jahren im Blick, die KBV hat zwei Jahre vorgeschlagen.

Als „gigantische Herausforderung“ für die Krankenkassen bezeichnete Dr. Mechthild Schmedders vom GKV-Spitzenverband die Abrechnung von ASV-Leistungen. Die Krankenkassen treibt die Sorge um, dass Leistungen zum Beispiel doppelt abgerechnet werden könnten und der Versorgungssektor „Eldorado-Phantasien“ auslöst. So könne jeder Arzt und jedes Krankenhaus in mehreren Teams tätig sein, und das auch zur gleichen Indikation. Schmedders bezweifelt, dass die ASV zu einer Qualitätsverbesserung in der Versorgung führen wird. Die bisherige Ausgestaltung von § 116b SGB V sei von einem Konkurrenzkampf der Sektoren geprägt gewesen. Ihr Fazit: „Für die Solidargemeinschaft wird die ambulante spezialfachärztliche Versorgung teurer, ohne dass sich dies qualitativ bemerkbar macht.“

Auf circa eine Milliarde Euro beziffert Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), das Vergütungsvolumen der ASV. Für die Kliniken, die inzwischen einen Umsatz von 80 Milliarden Euro machten, stelle die ASV also mitnichten das von Schmedders als Schreckensszenario an die Wand gemalte „Eldorado“ dar, zumal die Leistungen (zunächst) auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs und damit in der Währung der vertragsärztlich niedergelassenen Ärzteschaft entgolten werden sollen. Hinzu kommt: Die Kliniken müssen auf ihre Leistungen nach derzeitigem Stand einen fünfprozentigen Vergütungsabschlag hinnehmen, der die Investitionshilfen der Bundesländer für die Kliniken berücksichtigen soll, die Niedergelassene eben nicht erhalten. Baum forderte die Gesundheitspolitiker dazu auf, diesen Abschlag abzuschaffen, da die Länder ihrer Investitionsverpflichtung nur unzureichend nachkämen.

§ 116b SGB V ermögliche auch gesetzlich Versicherten einen leichteren Zugang zur Krankenhausmedizin, stellte Baum fest. Für Privatpatienten sei dies ohnehin der Fall, so Baum. Geht es nach ihm, sollte für Kliniken in puncto Teilnahmeberechtigung an der ASV eine „A priori-Vermutung“ gelten, da die Kliniken bei den infrage kommenden Indikationen ihre Qualität seit Jahr und Tag nachgewiesen hätten. Laut Gesetz sollen die Erweiterten Landesausschüsse während des Antragsverfahrens ein Auge auf die Qualität werfen. Baum warnte davor, dass mit dem Auslaufen der bisherigen Zulassungen für Kliniken für die ambulante Behandlung in bestimmten Indikationen, in NRW sind es 409 an der Zahl (*zum Vergleich Bayern: 50*), wieder Schluss sein könnte mit dem erleichterten Zugang von Patienten zur stationären Spitzenmedizin. Denn die Bestimmung, wonach die ASV auf schwere Verlaufsformen der Erkrankungen abzielen soll, warnte Baum, werde zu einer starken Einschränkung des Zugangs von Patienten zu Kliniken führen. Für die Indikation gastrointestinaler Tumoren rechnet er damit, dass von derzeit 280.000 Patienten künftig nur noch die Hälfte ambulant in Krankenhäusern behandelt werden könnten.

Droht eine Konfrontation?

Fraglich ist für die Klinikvertreter zudem, ob sie in der Lage sein werden, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als „ASV-Kooperationspartner“ zu gewinnen. Falls dies nicht der Fall ist, müssen die Kliniken gegenüber dem jeweiligen Erweiterten Landesausschuss glaubhaft darlegen, dass sie sich erfolglos um solche Partner bemüht haben.

Einen unfairen Wettbewerb durch finanzstarke Krankenhauskonzerne befürchtet der Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO). So verfügten Krankenhäuser über weitaus ausgeprägtere Möglichkeiten der Wertschöpfung als niedergelassene spezialisierte Fachärzte, sagte BNHO-Vorstandsvorsitzender Professor Dr. Stephan Schmitz. Die Politik müsse sich entscheiden, ob sie Akteure wie die Investmentbank Goldman Sachs, die kürzlich bei den Rhön-Kliniken eingestiegen ist, als geeigneten Akteur in der Patientenversorgung betrachte.

Renate Pfeifer, Sprecherin der Patientenvertretung im Unterausschuss „Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung“ im G-BA und Bundesvorstandsmitglied in der BAG Selbsthilfe, forderte auf dem Symposium, dass die Selbstverwaltung künftig schneller vorankommt, wenn es um die Aufnahme neuer Indikationen in die ASV geht. Die BAG Selbsthilfe ist die Dachorganisation von 116 Organisationen für Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen und ihren Angehörigen. Wie Baum kritisierte auch Pfeifer, dass schwere Verläufe eine Bedingung für die ASV-Behandlung sind. Eine solche Regelung verhindere aber einen von Anfang an interdisziplinären Ansatz bei der Behandlung von Menschen mit einer entsprechenden Indikation.

ASV-Mindestmenge für Gastrointestinal-Tumoren

Der G-BA hat, mit einer Übergangszeit von zwei Jahren, eine Mindestmenge von 140 (bisher 280) Patienten in der Behandlung von gastrointestinalen Tumoren durch Kernteams festgelegt. Flankierend dazu hat der G-BA eine arztbezogene Mindestmenge eingeführt. Ein Mitglied des Kernteams muss durchschnittlich pro Quartal wenigstens 120 Patienten mit einer Krebserkrankung behandeln, davon durchschnittlich 30 Patienten, die eine Chemotherapie erhalten.