

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung aus dem Blickwinkel der Industrie

Vom Drei- zum Vier-Säulen-Modell

Mit dem „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-VStG) und der damit einhergehenden Novellierung des §116b SGB V hat die schwarz-gelbe Bundesregierung das politische Ziel formuliert, die festen Sektorengrenzen durch die Implementierung eines neuen Versorgungssektors – der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) – zu überwinden. Damit soll ein neuer Rechts- und Organisationsrahmen geschaffen werden, indem dieser Sektor als vierte Säule zwischen vertragshaus- und vertragsfachärztlicher sowie stationärer Versorgung etabliert wird und somit den Leistungsanbietergruppen aus beiden Leistungssektoren einen gleichberechtigten Zugang zur ASV ermöglicht (siehe Abb. 1). Der Reformbedarf resultiert unter anderem aus der bisherigen Rechtskonstruktion, die insbesondere einen notwendigen Kontrahierungszwang vermissen ließ, selbst wenn die fachlichen Voraussetzungen im Einzelfall vorgelegen hätten. Im Ergebnis hat dieser Umstand zu einer regional sehr unterschiedlichen Angebotsstruktur in der Fläche geführt. Dieser Beitrag gibt den Inhalt eines Vortrages anlässlich der BMC-Fachtagung „Regionalisierung der Gesundheitsversorgung. Das Versorgungsstrukturgesetz: Motor oder Bremse für regionale Versorgungskonzepte?“ wieder. Darüber hinaus wurden die beschlossenen Nachbesserungen zum §116b SGB V im Rahmen des dritten Änderungspaketes zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz redaktionell übernommen und geben damit die ab 2012 geltende aktuelle Rechtslage wider.

>> Grundsätzlich sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und die zugelassenen Krankenhäuser berechtigt, spezialfachärztliche Leistungen zu erbringen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erhält im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz den Auftrag, sowohl die Leistungen und Krankheitsbilder der ASV als auch die nötigen Qualifikations- und Qualitätsvoraussetzungen für die Leistungserbringer bis spätestens zum 31. Dezember 2012 zu definieren. Dabei sind die teilnahmeberechtigten Fachärzte und Krankenhäuser angehalten, beim erweiterten Landesausschuss (§90 Abs. 1 SGB V) im Rahmen des sogenannten Anzeigeverfahrens die geforderten Belege und Qualifikationsnachweise vorzulegen. Die Prüfung der Anerkennungsvoraussetzung hat innerhalb von zwei Monaten zu erfolgen. Wird während dieses Zeitraums vom erweiterten Landesausschuss nicht widersprochen, darf der antragstellende Vertragsarzt oder das antragstellende Krankenhaus an der ASV teilnehmen.

Mit der Anwendung des sogenannten Verbotsvorbehaltsprinzips, welches den raschen Zugang und damit auch die Erstattung

§ 116b SGB V

Die neue gesetzliche Regelung zum §116b SGB V umfasst insbesondere folgende Leistungen:

- Hochspezialisierte Leistungen (z.B. CT/MRT-gestützte schmerztherapeutische Leistungen),
- Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (z.B. onkologische Erkrankungen)
- Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen (z.B. Mukoviszidose)

neuer und innovativer Diagnostik- und Therapieverfahren ermöglicht, wird der bisher nur dem stationären Bereich vorbehaltene Grundsatz auf den neuen Versorgungssektor angewandt. Folglich können innovative Verfahren in der spezialfachärztlichen Versorgung grundsätzlich eingesetzt werden, sofern der G-BA diese Leistungen nicht ausdrücklich aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse ausgeschlossen hat.

Die Vergütung der ASV erfolgt auf Basis eines eigenen leistungs- und diagnosebezogenen Vergütungssystems (ambulantes Fallpauschalensystem), das durch

die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) zu entwickeln ist. In der Übergangsphase sind die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach dem EBM als Einzelleistungen ohne Mengenbegrenzung abzurechnen, wobei Krankenhäuser aus Gründen der Investitionsförderung im Rahmen der dualen Finanzierung einen fünfprozentigen Abschlag auf die EBM-Vergütung hinnehmen müssen. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt direkt mit den Krankenkassen, die auch zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität verantwortlich sind. Eine Bedarfsplanung und Mengensteuerung innerhalb dieses neuen Versorgungssektors sind explizit nicht vorgesehen.

Vor- und Nachteile aus der Perspektive der Leistungserbringer

Ausgehend von einer Stärken-Schwächen-Analyse können für die beiden unterschiedlichen Leistungsbereiche jeweils spezifische Merkmale ermittelt werden, die zu Vor- aber auch Nachteilen der in

diesem neuen Versorgungssektor spezialfachärztlich tätigen Leistungserbringer führen können (siehe Abb. 2). So bestehen beispielsweise für die Vertragsärzte Probleme darin, im Gegensatz zu den Krankenhäusern eine „rund um die Uhr Versorgung“ anbieten zu können. Ein Vorteil hingegen liegt in der persönlichen Leistungserbringung und dem daraus resultierenden festen Patientenstamm. Für die Krankenhäuser bedeutet eine ambulante Leistungserbringung oftmals eine organisatorische, aber auch infrastrukturelle Herausforderung, da der Klinikalltag überwiegend durch stationäre Behandlungsabläufe geprägt ist. Andererseits verfügen Krankenhäuser, die den Status eines §116b-Vertrages in der Vergangenheit schon erworben haben, bereits über einen längeren Erfahrungshorizont im Umgang mit diesem neuen Leistungssektor.

Kompromiss bei umstrittenen Kritikpunkten

Obwohl eine Novellierung des §116b-Paragraphen von fast allen Akteuren grundsätzlich positiv gesehen wurde, gab es nach der ersten Lesung im Bundestag

sowie dem ersten Durchgang im Bundesrat weiterhin gravierende Kritikpunkte und divergierende Zielinteressen zwischen Bund und Ländern bei der Ausgestaltung dieses Versorgungssektors; bis hin zur Forderung des Bundesrates, die spezialfachärztliche Versorgung ganz aus dem GKV-VStG herauszunehmen und in einem eigenen

Zur Entstehungsgeschichte der ASV

Der enorme medizinische Fortschritt hat in den letzten Jahren dazu geführt, dass traditionell stationär durchgeführte Behandlungsmaßnahmen zunehmend im Rahmen ambulanter Leistungsstrukturen durchgeführt werden können. Von Seiten des Gesetzgebers gibt es daher schon langjährige Reformbestrebungen, diese historisch gewachsenen sektoralen Grenzen zwischen ambulant und stationär weiter zu entwickeln und den „Einstieg in eine ärztliche Versorgung ohne Sektorengrenzen“ als erklärtes politisches Ziel zu verfolgen. Bisherige und auch parteiübergreifende Bemühungen der Legislative zur Überwindung der Sektorengrenzen haben zwar ein differenziertes, aber strukturpolitisch dennoch einseitiges Leistungsangebot zu Gunsten einer Öffnung der Krankenhäuser hervorgebracht:

- Ambulantes Operieren (§115b SGB V) und
- Ambulante Versorgung am Krankenhaus (§116b SGB V).

Auch die Bemühungen zur Verbesserung von Behandlungsabläufen im Sinne der integrierten Versorgung haben im Ergebnis nicht zu einer nachhaltigen Überwindung der starren Sektorengrenzen geführt. Ganz im Gegenteil: Komplexität und Intransparenz des Systems wurden verstärkt. Dem Trend zur Dynamisierung der Leistungsentwicklung steht nach wie vor eine gelebte Sektorentrennung gegenüber, die weder ökonomisch noch versorgungspolitisch zu rechtfertigen ist. Dazu ist eine Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen trotz vorhandener Bedarfsplanung im ambulanten und stationären Bereich seit Jahren nachweislich existent. Quo vadis Reformpolitik?

Gesetz zu regeln, da die Länder ganz offensichtlich einen Kompetenzverlust und Beschränkung der Einflussnahmemöglichkeiten insbesondere bei der Krankenhausplanung befürchteten. Im Wege der Kompromissfindung wurden daher im Verlauf des Gesetzgebungsprozesses folgende wichtigen Regelungsdetails noch zusätzlich beschlossen:

- Umbenennung des neuen Versorgungssektors in „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“
- Herausnahme von ambulant durchführbaren Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen aus dem Leistungskatalog,
- Begrenzung des Kataloges der §116b-Leistungen bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen auf schwere Verlaufsformen sowie die Vorgabe eines vertragsärztlichen Überweisungsvorbehalts,
- Überprüfung der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen (Anzeigeverfahren) durch den erweiterten Landesausschuss anstelle der zuständigen Landesbehörde,
- Präzisierung der Bindungswirkung von Kooperationsverpflichtungen bei Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen,
- Regelung zur Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung sowie
- Verankerung einer Evaluations- und Berichtspflicht fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes, die gemeinsam dem GKV-SV, der KBV und der DKG obliegen.

Europapolitischer Stellenwert der ASV

Mit der Novellierung des §116b SGB V und der damit einhergehenden spezialfachärztlichen Versorgung folgt Deutschland schließlich einer europäischen Entwicklung, die in anderen EU-Mitgliedsstaaten bereits praktiziert wird. Gleichzeitig wurde im März dieses Jahres eine EU-Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsver-

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Vom Drei- zum Vier-Säulen-Versorgungsmodell

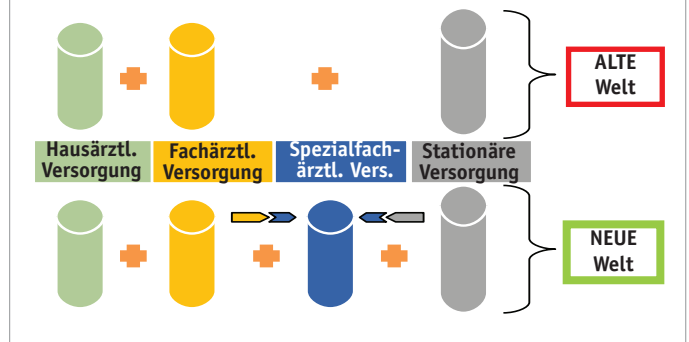


Abb. 1: Vom Drei- zum Vier-Säulen-Versorgungsmodell.

sorgung verabschiedet, um damit einen europaweit einheitlich geltenden Rechtsrahmen zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu schaffen. Laut der Richtlinie muss – im Gegensatz zu ambulanten Behandlungen ohne Übernachtung – bei „hochspezi-

alisierten und kostenintensiven“ Leistungen, eine Vorabgenehmigung des Kostenträgers eingeholt werden. Welche Leistungen unter diese neue EU-Regelung fallen, obliegt dem nationalen Gesetzgeber.

Aus deutscher Sicht wäre damit

Stärken und Schwächen aus Vertragsarzt- und Krankenhausperspektive

STÄRKEN

SCHWÄCHEN

Krankenhäuser

- Vorhandene Infrastruktur-, Ressourcen- und Know-how-Vorteile jederzeit verfügbar
- Rückgriff auf bisherige §116b SGB V – Erfahrungen
- Erkennbare Vorteile bei MVZ-Strukturen
- Institutionelle Leistungserbringung

- Schwerpunkt liegt auf stationärer Behandlung
- Mangel an optimierten Prozessabläufen
- Keine ausreichende „Patientennähe“
- Keine Behandlungskontinuität gewährleistet

Niedergelassene Vertragsärzte

- Spezialisiertes fachärztliches Know-how
- Vorteil „Mischpraxis“
- Nutzung der Erfahrung bei Verträgen der Integrierten Versorgung
- Behandlungskontinuität und persönliche Leistungserbringung (örtliche und räumliche Nähe)

- Notwendiger Aufbau einer erforderlichen Infrastruktur
- Patientenkontinuität setzt sich nicht nur aus §116b SGB V-Indikationen zusammen
- Keine Präsenz bzw. Behandlung „rund um die Uhr“
- Zulassung erfolgt nur für den einzelnen Arzt

Abb. 2: Stärken und Schwächen aus Vertragsarzt- und Krankenhausperspektive

künftig die Frage zu beantworten, ob der gesamte §116b-Leistungskatalog diesem Genehmigungsvorbehalt ausgesetzt oder ob beispielsweise eine vorab definierte Jahrestherapiekostengrenze als mögliche Entscheidungsregel herangezogen wird.

Industriepolitische Bewertung und Ausblick

Zur Behandlung komplexer Krankheitsbilder und als Reaktion auf eine Dynamisierung der Leistungsentwicklung stellt die Novellierung des §116b SGB V und die Schaffung eines neuen spezialfachärztlichen Versorgungsektors einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung dar, die Schnittstellenproblematik zwischen ambulanter und stationärer Versorgung nachhaltig zu überwinden. Als positives Hauptaugenmerk lässt sich aus Industrieperspektive der direkte und rasche Zugang zu innovativen Diagnostik- und Therapieverfahren aufgrund des angewandten Verbotsvorbehalts hervorheben. Das wiederum unterstützt die Generierung von validen Daten unmittelbar aus der ambulanten Versorgung und ermöglicht

im Rahmen der Versorgungsforschung neue Erkenntnisgewinne. Dazu lassen sich aus der gesetzlichen Regelung weitere Punkte unterstreichen, die positiv auf das Gesamtsystem wirken:

- Optimierung der Versorgungssituation, da keine Einschränkungen bei der Bedarfsplanung und Zulassung der Leistungserbringer vorgesehen sind
- Keine verdeckte Rationierung von medizinischen Leistungen aufgrund der Nichtanwendung von Budgetierungsmaßnahmen und Mengenbegrenzungsregelungen
- Verbesserung der Versorgungsqualität durch eine effizientere Auslastung und Nutzung vorhandener Einrichtungen und Infrastrukturen.

Trotz einer positiven Grundhaltung zu der vorgesehenen gesetzlichen Regelung dürfen folgende kritische Punkte nicht aus dem Blickfeld geraten:

- Ausgewogenheit des durch den G-BA vorgegebenen Gestaltungsrahmens
- Schaffung gleichberechtigter Teilnahmevoraussetzungen für Vertragsärzte und Krankenhäuser
- Angemessenheit des vorgege-

benen Leistungskataloges

- Vermeidung von Überversorgung im Bereich der ASV, insbesondere in ballungsstarken Regionen und damit zum Nachteil des ländlichen Raumes
- Bedarfsorientiertes spezialfachärztliches Leistungsangebot.

Mit der Etablierung der spezialfachärztlichen Versorgung im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes wird eine neue strukturpolitische Maßnahme verfolgt, die sich wohltuend von vielen anderen Regelungen abhebt. So sehr der Grundgedanke breite Unterstützung erfahren sollte, gibt es bei der konkreten Umsetzung in die Versorgungspraxis noch eine Fülle wichtiger Detailfragen zu klären, die im Rahmen dieses Gesetzgebungsprozesses schon aus zeitlichen Gründen überhaupt nicht auf der Agenda standen. Um-

so mehr kommt es folglich darauf an, dass die weiteren Implementierungsprozesse zügig ausgestaltet werden.

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss kommt dabei eine Schlüsselrolle zu, ob und mit welcher Qualität dieser neue Versorgungssektor sich etablieren wird. Der erforderliche Strukturwandel im deutschen Gesundheitswesen ist unabdingbar, wenn man den Anschluss an den medizinischen Fortschritt nicht verlieren möchte. Aber auch im europäischen Kontext wird der Aspekt der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sich zunehmend auf die Angebotsqualität des deutschen Gesundheitswesens auswirken. Der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ist daher aus vielerlei Gründen eine große, aber auch positive Aufmerksamkeit zu schenken. <<

Autor:

Roger Jaeckel ist Leiter Gesundheitspolitik bei GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG Dipl. Verw.wiss., European Master in Social Security, Lehrbeauftragter der Hochschule Neu-Ulm.
Kontakt: roger.r.jaekel@gsk.com.



News & Facts

>> Am 19. März findet wieder in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften am Gendarmenmarkt der nächste Fachkongress von **Monitor Versorgungsforschung** (MVF) in Kooperation mit dem **Bundesversicherungsamt** (BVA) statt. Das Thema des Kongresses lautet „**Versorgung 2.0 - Konzepte – Empirische Fakten - Folgerungen**“. Den Kongressvorsitz übernehmen Prof. Dr. Reinhold **Roski**, Herausgeber Monitor Versorgungsforschung, und Prof. Dr. Axel **Holzgreve**, Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Berlin.

Mit den Teilnehmern aus Politik, Kassen, Institutionen und Pharmaindustrie sollen diesmal regionale Unterschiede diskutiert

werden, die zu unterschiedlicher Versorgung führen, aber auch neue Versorgungsformen, und wie diese künftig mit DMP verschränkt werden müssten. Weitere Infos und Buchung: www.m-vf.de. <<



>> Seit März 2010 ermöglicht das geschützte Versorgungsportal **AmbulanzPartner.de** die Verbesserung und Optimierung der Versorgung chronisch kranker Patienten. Chronisch kranke Patienten haben häufig einen komplexen Versorgungsbedarf, der die koordinativen Möglichkeiten der etablierten Regelversorgung übersteigt. Diese Patienten sind daher häufig unterversorgt. Durch fachkundige Koordinatorinnen werden

auf die Krankheitsbilder spezialisierte Versorger in regionaler Nähe der Patienten kontaktiert und in Abstimmung mit Ärzten und Patienten die Versorgung veranlasst. Wesentliche Grundlage für diese für Patienten und medizinische Partner kostenlose Dienstleistung ist das Internetportal AmbulanzPartner.de. Alle Versorgungsabläufe werden dort als elektronische Versorgungsakte für alle Beteiligten transparent abgebildet. Patienten und von ihnen autorisierte Angehörige haben zusätzlich die Möglichkeit, die bestehenden Hilfsmittel, ihre Nutzbarkeit und die medizinischen Dienstleistungen zu bewerten. Damit kann ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Versorgung erreicht werden. AmbulanzPartner.

de ist ausschliesslich für autorisierte Nutzer zugänglich. Die patientenbezogenen Daten werden in einer gesicherten Datenbank innerhalb der **Charité** gespeichert. Das AmbulanzPartner-Konzept finanziert sich durch Projekte der Versorgungsforschung und durch ein Lizenzmodell. <<



Wir lieben Fakten

Nachrichten und Fakten rund um **Gesundheitspolitik, Market Access, Versorgungsforschung, Versorgungsmanagement sowie Rabatt- und IV-Verträge** senden Sie bitte an: redaktion@marketaccess-online.de