



Foto: Dreaming Andy – Fotolia

Verzahnungsversuch

Chancen und Grenzen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Das Gesundheitswesen ist geprägt durch die Arbeit verschiedener Akteure. Jede Berufsgruppe wird durch unterschiedliche Interessen geleitet, alle aber verfolgen das gleiche Ziel einer qualitativen guten medizinischen Behandlung. Folglich wirkt sich die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nicht nur auf die Patienten, sondern auch auf die Niedergelassenen, das Krankenhaus und somit auf das gesamte Gesundheitssystem aus.

Einsatz für bestimmte Krankheitsbilder

Durch das Versorgungsstrukturgesetz wurde in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der § 116 b SGB V neugestaltet. Der neue Versorgungsbereich der ASV schafft die Möglichkeit einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in Krankenhäusern und im ambulanten Sektor zu gleichen Bedingungen. Dabei umfasst die ASV die Diagnostik und Behandlung von seltenen und schweren Erkrankungen.

Zum jetzigen Zeitpunkt existiert die ASV für zwei Krankheitsbilder:

der Tuberkulose/ atypischen Mykobakteriose und der gastrointestinalen Tumoren der Bauchhöhle.

Anforderungen zur Teilnahme

Die Anforderungen der Teilnahme im Besonderen, die Regelungen der Mindestmengen, gemeinsame Sprechstunden, Tumorboards, Qualitätssicherungsmaßnahmen und die Darstellungen der spezifischen Leistungen werden durch den G-BA in den Anlagen der Richtlinie konkretisiert. Die Akteure erbringen hochspezialisierte Medizin und müssen fachliche, organisatorische und personelle Anforderungen erfüllen.

Leistungen werden in einem interdisziplinären Team erbracht, sogenannte Kooperationsvereinbarungen regeln die Zusammenarbeit zwischen dem niedergelassenen und stationären Bereich. Zur Teilnahme muss die Kooperationsvereinbarung des ASV-Teams beigefügt werden. Die ist dann entbehrlich, wenn der Leistungserbringer glaubhaft versichert, dass er eine solche Kooperationsvereinbarung nicht abschließen kann, weil in seinem für die ASV relevanten Ein-

Die ambulante und stationäre Versorgung gelten nach wie vor als zwei voneinander unabhängige Sektoren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen regeln die Zulassungen im ambulanten Bereich. Dagegen sind die jeweiligen Landesbehörden für die Krankenhausplanung zuständig. Die nach § 108 SGB V ernannten Krankenhäuser werden grundsätzlich über die Krankenhausbedarfsplanung zugelassen. Aufgrund der bestehenden sektoralen Trennung werden Ressourcen nicht zweckrational genutzt. Um beide Versorgungsbereiche anzunähern, sind klar definierte Rahmenbedingungen notwendig. Erste Schritte in die Richtung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit dem aktuellen Beschluss zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) getan.

zugsbereich kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder er dort trotz ernsthaften Bemühens keine Kooperation schließen konnte.

Erweiterter Landesausschuss

Der Erweiterte Landesausschuss ist für das Anzeigeverfahren zu ►

ständig. Die bestehenden Landes-
ausschüsse nach § 90 Abs. 1 SGB V
wurden dafür erweitert. Krankenhäuser
und Niedergelassene müssen ihr
Interesse und ihre Eignung dem
Landesausschuss der Ärzte und
Krankenhäuser anzeigen. Innerhalb
von zwei Monaten muss der
Landesausschuss reagieren. Wenn
nicht, gilt die ASV als genehmigt.
Demzufolge benötigen Krankenhäuser
beispielsweise keine Ermächtigung
zur ambulanten Leistungserbringung
mehr. Zudem spielt die Bedarfsplanung
nur eine sekundäre Rolle. Beide
Akteure müssen lediglich belegen,
die Anforderungen der ASV zu erfüllen.

Perspektive der Kliniken und Ärzte

Nach dem „alten“ § 116 b SGB V
wurden kaum Krankenhäuser für
die ambulante Leistungserbringung
zugelassen. Jetzt darf jeder, der
die Bedingungen erfüllt, die
Patienten versorgen. Ein
Genehmigungsvorbehalt entfällt.
Aus Sicht der Finanzsituation
der Krankenhäuser ist der neue
§ 116 b SGB V recht lukrativ.

Kliniken können ihr Leistungs-
spektrum erweitern, ihre Wert-
schöpfungskette auslasten, über



Monika Cholewa
Fachbereich Krankenhaus
BKK Landesverband Bayern



Dr. David Matusiewicz
FOM Hochschule für Oekonomie & Management
gemeinnützige Gesellschaft mbH

die stationäre Versorgung hinaus
Leistungen erbringen und sich auf
dem Gesundheitsmarkt stabilisieren.
Folglich werden Patienten gewonnen
und an die Klinik gebunden.
Empfehlenswert für Krankenhäuser
ist eine Prüfung inwieweit

sich die ASV eignet. Eine detail-
lierte Vorbereitung, der an die ASV
gekoppelten personellen und
organisatorischen Regelungen, ist
unabdingbar. Die fehlende Budget-
tierung und die Neugestaltung der
Vergütungsstruktur stellen attraktive
Anreize dar.

Konfliktpotenzial kann der ver-
stärkte Wettbewerb zwischen den
beiden Versorgungsbereichen dar-
stellen. Eine „gehemmte Zuweise-
reaktion“ könnte entstehen, wenn
das Krankenhaus einige Leistun-
gen mehr in den ambulanten Be-
reich verlagert. Der Vorteil für den
Niedergelassenen wird zum Nach-
teil der Krankenhäuser.

Aufgrund der Voraussetzung einer
Überweisung durch den Vertrags-
arzt können die Niedergelassenen
den Markt stärker regulieren. Han-
delt es sich um eine Zuweisung
eines Patienten aus dem stationären
Bereich, wird die Überweisungser-
fordernis des Vertragsarztes obso-
let. Die Anlagen der Richtlinien re-
geln, welcher Vertragsarzt derjenige
ist, der eine Überweisung aus-
stellt.

Ambulante Leistungen

Im Vergleich zum ambulanten Sek-
tor standen Kliniken bereits vor
der Neugestaltung des § 116 b
SGB V mehrere Optionen offen,
um ambulant tätig zu werden. Nie-
dergelassene dagegen haben geringe
Möglichkeiten an der stationären
Versorgung teilzunehmen.

Betrachtet man den vertragsärzt-
lichen Bereich, kann festgestellt
werden, dass die ambulanten Lei-
stungen bereits erbracht werden
konnten. Für die niedergelassenen
Ärzte kommen weitere Anfor-
derungen hinzu, wie die Arbeit im
multidisziplinären Team, erweite-
te Voraussetzungen und eine neue
Art der Abrechnung sowie ein wei-
terer Leistungserbringer auf dem
Markt: das Krankenhaus.

Zudem kann es in Ballungsräumen
durch den offenen Zugang zu ei-
nem verstärkten Wettbewerb unter
den Vertragsärzten kommen. Es
liegt nahe, dass Patienten nach ei-
nem stationären Aufenthalt Ver-
trauen zu den behandelnden Ärz-
ten aufgebaut haben und sich

dann für die weitere Versorgung in
der Klinik entscheiden. Niederge-
lassene Ärzte befürchten eine star-
ke Verlagerung der Kliniken in den
ambulanten Sektor.

Hierbei wird vor „einigen profitori-
entierten Klinikkonzernen“ ge-
warnt, die versuchen die komplet-
te Versorgungskette aus einer
Hand anzubieten. Es ist zwingend
notwendig, dass der Gesetzgeber
Kriterien für einen fairen und glei-
chen Wettbewerb schafft.

Perspektive der Patienten

Der Patient als Leistungsempfänger
mit einem seltenen oder
schwerwiegenden Krankheits-
bild profitiert durch die multi-
professionelle und sektoren-
übergreifende Versorgung. Zu-
dem können neue Behandlungs-
und Untersuchungsmethoden,
die noch nicht im Leistungskata-
log der GKV enthalten sind, zum
Einsatz kommen.

Einerseits eröffnet sich dem Pati-
enten die Chance durch eine In-
novation besser geheilt zu wer-
den. Andererseits besteht das Ri-
siko der Anwendung von nicht
validierten Behandlungsmetho-
den.

Die Deutsche Krankenhausgesell-
schaft äußert ihre Bedenken. Be-
gründet sind diese dadurch, dass
der Zugang zu dieser Art von Ver-
sorgung nur bei Patienten mit pro-
gredientem Krankheitsverlauf vor-
behalten ist, während einige be-
stimmte Handlungsgebiete der
Mediziner massiv eingeschränkt
werden.

Eine große Herausforderung für
Menschen mit schweren oder sel-
tenen Erkrankungen ist es zudem
einen qualifizierten Arzt in
Wohnortnähe zu finden. Kran-
kenhäuser hatten bislang oft kei-
ne oder nur eine eingeschränkte
Erlaubnis, ambulante Leistungen
für gesetzlich Versicherte
durchzuführen.

Gesellschaftliche Perspektive

Der medizinisch-technische Fort-
schritt erlaubt durch die verbes-
serten technischen Möglichkei-
ten zunehmend eine ambulante
Leistungserbringung. Insgesamt

muss durch den demografischen Wandel und der damit verbundenen steigenden Lebenserwartung das Versorgungssystem angepasst werden.

Eine Chance ist die Schließung der Versorgungslücke im Bereich der spezialisierten Leistungen in ländlichen Gebieten.

Perspektive der Krankenkassen

Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellen dar, dass der Gesetzgeber klar gefordert hat, die ASV nur für Schwerkranke zu öffnen, da der Gesetzgeber eine enorme Kostensteigerung befürchtete.

Durch die nicht existierende Mengen- und Honorarbegrenzung wurde angenommen, dass viele Fachärzte sich diesem Gebiet zuwenden und so die Versorgung der Patienten gefährdet sei. Die nicht vorhandene Mengenbegrenzung und der Verbotsvorbehalt stellen attraktive Möglichkeiten für die Niedergelassenen dar. Dennoch ist die ASV extrabudgetär und es muss bedacht werden, dass dies im Rahmen der Budgetbereinigung wieder ausgeglichen wird.

Der Leistungsträger wird durch die ASV eine Ausweitung des Leistungsangebotes spüren und mit neuen Herausforderungen konfrontiert werden. Die Krankenkasse kommt für Leistungen unter dem Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgebot auf. Wichtig ist zu wissen, dass die Messung von Qualität komplex und Qualität vielschichtig ist.

Die Krankenkassen können über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen den Fall begutachten. Für die Prüfung erforderliche Dokumente bzw. Qualitäts- und Qualifizierungsnachweise nach § 116 b Abs. 2 SGB V sind bei Verlangen der Kassen vorzulegen.

Eine weitere Herausforderung für die Leistungsträger könnte die Doppelabrechnung sein. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Leistung genau der ASV zugeordnet werden kann und in der Regelversorgung nicht aufschlägt, ist

gering. Eine gleichzeitige Abrechnung innerhalb der spezialärztlichen Versorgung direkt mit dem Leistungserbringer und der KV sind daher gegeben. Die Krankenkassen müssen die Abrechnungsprozesse verstärkt festlegen und detailliert prüfen. Für die Kassen, aber auch für den Leistungserbringer wird es zu vermehrten Direktabrechnungen kommen und der Personalbedarf möglicherweise steigen.

Forderung eines Miteinanders im Wettbewerb

Generell liegt die Herausforderung darin, dass es sich um die zwei klassischen Versorgungsbereiche handelt. Die ASV versucht die beiden Bereiche zu verbinden und so auch ihre Vergütungssysteme. Krankenhäuser müssen weiterhin bei der gleichen Leistung einen fünfprozentigen Investitionskostensatz zahlen.

Die Leistungen werden nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) durch die Krankenkasse vergütet, die Anlagen der Richtlinien regeln die jeweiligen EBM-Positionen. Die Vergütung ist noch nicht bei allen Leistungen geklärt.

Ziel der neuen gesetzlichen Regelungen ist nicht die Schaffung einer Konkurrenzsituation, sondern die Verbesserung der Behandlung von Patienten mit seltenen und schwerwiegenden Erkrankungen, die eine Behandlung in einem hochspezialisierten Team erforderlich machen.

Auf der einen Seite wird durch die ASV der Wettbewerb unter den Niedergelassenen erhöht, auf der anderen Seite entfällt er innerhalb der beiden Sektoren. Durch ein Miteinander kann die Versorgung der Patienten optimiert werden, u. a. wird eine Kontinuität der Patienten-Arzt-Beziehung gewährleistet und die bestehende Schnittstellenproblematik minimiert.

Ausblick

Neben der Umsetzung im zweiten Quartal 2014 für die vorgestellten Indikationen folgen weitere Krebs-erkrankungen des Magen-Darm-Trakts und der Bauchhöhle. Die

sektorale Trennung ist nach wie vor präsent und prägt den Gesundheitsmarkt. Es gibt allerdings aktuelle Entwicklungen, die gegen die bestehende Splittung sprechen und sich an den Grundsatz ambulant vor stationär anlehnen bzw. die Verbindung der beiden Bereiche ermöglichen.

Erste Schritte sind durch die ASV erbracht. Für die einzelnen Akteure entstehen Chancen und Risiken, die abzuwägen sind. Die Antragstellung für Krankenhäuser wurde erleichtert. Auf der anderen Seite erschwert die Bürokratie die Abrechnung oder die Überweisungspflicht. Dennoch erscheint der neue Bereich für Krankenhäuser interessant zu sein, da die Möglichkeit der ambulanten Behandlung weiter geöffnet werden.

Positiv ist die aktive Mitgestaltung der Vernetzung der beiden bisher voneinander getrennten Versorgungsbereiche, sowohl seitens der Niedergelassenen als auch der Kliniken. Wie genau die ASV sich finanziert, wie das Budget bereinigt wird und welche weiteren finanziellen Regelungen für die beiden Bereiche entstehen – trotz der existierenden Eckpunkte – bleibt abzuwarten.

Sowohl Fachärzte als auch Krankenhäuser müssen hohe Qualitätsvoraussetzungen erfüllen, um an der ASV teilnehmen zu dürfen. Es ist geplant, ein bundesweites Verzeichnis der an der ASV teilnehmenden Ärzte und Kliniken zu veröffentlichen. Die technischen Voraussetzungen dafür werden gerade geschaffen. ■

Literaturstellen bei den Verfassern.

Monika Cholewa, M.A.
BKK Landesverband Bayern
Züricher Str. 25
81476 München

Dr. David Matusiewicz
FOM Hochschule für
Oekonomie & Management
gemeinnützige Gesellschaft mbH
KCG KompetenzCentrum für Management
im Gesundheits- und Sozialwesen
Fachbereich Wirtschaft
Leimkugelstraße 6
45141 Essen