

# AMBULANTE SPEZIALFACH- ÄRZTLICHE VERSORGUNG

Mit Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) hält ein neuer Versorgungsbereich im deutschen Gesundheitswesen Einzug. Wir stellen Ihnen in KVB FORUM die wichtigsten Eckpunkte der sogenannten ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) vor.

## Grundgedanken des Gesetzgebers

Menschen, die zum Beispiel an einer seltenen Erkrankung oder an schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (Krebserkrankungen, schwere Herzinsuffizienz, HIV/Aids etc.) leiden, sind auf eine besonders qualifizierte medizinische Versorgung angewiesen. Die qualitativ hochwertige Diagnostik und Behandlung komplexer, häufig schwer therapierbarer Krankheitsbilder erfordern Expertise von Spezialisten beziehungsweise spezielles medizinisches Wissen, interdisziplinäre Kooperation und oftmals besondere Ausstattungen. Zudem kann es medizinisch auch sinnvoll sein, nach Entlassung aus dem Krankenhaus eine dort stationär begonnene komplexe Behandlung ambulant – unter Wahrung der Behandlungskontinuität – weiterzuführen. Das war der Hintergrund, vor dem der Gesetzgeber beschlossen hat, einen neuen sektorenverbindenden Versorgungsbereich, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, zu etablieren.

## Zielsetzung des Gesetzgebers

Hinter der Einführung der ASV steht das Ziel, die Versorgung von schwerkranken Patienten zu verbessern. Die neue Regelung soll einem besseren Ineinandergreifen von statio-

närer und ambulanter fachärztlicher Versorgung dienen und ein wesentlicher Baustein sein, um auch künftig für die Bevölkerung eine wohnortnahe fachärztliche Versorgung zu gewährleisten.

## Tauziehen um die ASV

Bei Weitem nicht alle Beteiligten und Betroffenen – seien es Ärzte, Krankenkassen, Patientenvertreter oder gar die Länder – haben die Meinung der Bundesregierung geteilt. Es wurde äußerst kontrovers über die ASV als solche und die Ausgestaltung im Rahmen des GKV-VStG diskutiert. In der Tat war der Gesetzentwurf an vielen Stellen nicht zu Ende gedacht und wies erhebliche Mängel auf. Schließlich gab der Bundesrat die Empfehlung ab, die Einführung der ASV in einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren, losgelöst vom GKV-VStG, vorzunehmen, um Mängel zu beseitigen und genügend Zeit für eine sinnvolle Ausgestaltung zu haben. Dieser Empfehlung ist die Bundesregierung zwar nicht gefolgt, sie hat sie aber dennoch zum Anlass genommen, um das Gesetz an einigen wichtigen Stellen nachzubessern.

## Einflussnahme der KVB

Auch die KVB hat sich verstärkt dafür eingesetzt, die für die Niedergelassenen kritischen Punkte

bei der Einführung der ASV abzuwenden oder zumindest abzumildern. In zahlreichen Stellungnahmen sowie Pressestatements im Rahmen der Freien Allianz der Länder-KVen (FALK), aber auch in persönlichen Terminen mit verantwortlichen Politikern hat der KVB-Vorstand seine Standpunkte gegenüber den Entscheidern klar gemacht. Ein Vergleich des ersten Entwurfs zur ASV mit dem letztlich verabschiedeten Gesetz zeigt: In einigen zentralen Punkten konnte der Vorstand seine Forderungen durchaus durchsetzen.

## Die nächsten Schritte

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) muss die vielen noch offenen Punkte in einer Richtlinie bis zum 31. Dezember 2012 festlegen und präzisieren. Bis dieser Richtlinienbeschluss in Kraft tritt, gelten die von einer Landesbehörde nach Paragraph 116b (alt) SGB V getroffenen Bestimmungen weiter. Die Bundesländer müssen spätestens zwei Jahre nach dem Inkrafttreten des Richtlinienbeschlusses des G-BA nach altem Recht ausgesprochene Bestimmungen aufheben. Den Krankenhäusern wird durch diese Frist ein größerer Spielraum eingeräumt, um sich auf die veränderten Anforderungen einzustellen und gegebenenfalls die hierfür erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen.

## Der neue Versorgungsbereich im Überblick

### Zugang

- „Jeder darf, der kann“: Alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassenen Krankenhäuser, die die vom G-BA festzulegenden Anforderungen erfüllen, sind grundsätzlich zur Teilnahme an der ASV berechtigt. Dazu notwendig ist eine Anzeige bei dem um Krankenhausvertreter erweiterten Landesausschuss. Dieser prüft die Eignung innerhalb von zwei Monaten. Läuft die Frist ohne Beanstandung ab, ist die Erlaubnis zur Teilnahme automatisch gegeben.
- Für die Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen ist die Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern eine verpflichtende Voraussetzung zur Teilnahme an der ASV.
- Bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen setzt die ASV eine Überweisung durch einen Vertragsarzt voraus.

Hier muss der G-BA noch aktiv werden:

- Der G-BA muss die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung innerhalb der ASV regeln.
- Außerdem legt er fest, in welchen weiteren als den oben genannten Fällen eine Überweisung durch den behandelnden Arzt in die ASV notwendig ist.
- Für die Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen kann der G-BA Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern in der ASV fördern.

### Leistungen und Erkrankungen

- hoch spezialisierte Leistungen
- seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen
- schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

Hier muss der G-BA noch aktiv werden:

- Der G-BA konkretisiert in einer Richtlinie die Erkrankungen und bestimmt den Behandlungsumfang.
- Außerdem ergänzt der G-BA auf Antrag den Leistungskatalog, zum Beispiel um weitere Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen oder seltene Erkrankungen.
- Der G-BA kann Empfehlungen als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt abgeben, in welchen medizinischen Fallkonstellationen bei der jeweiligen Krankheit von einem besonderen Verlauf auszugehen ist.

### Bereinigung, Abrechnung und Vergütung

- Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ASV sind. Die Bereinigung darf jedoch nicht zulasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen.
- Die Leistungen der ASV werden unmittelbar mit den Krankenkassen abgerechnet. Vertragsärzte haben die Möglichkeit, die KV gegen einen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung zu beauftragen.
- Die Vergütung der Leistungen innerhalb der ASV soll künftig anhand diagnosebezogener Gebührenpositionen erfolgen, die noch festzulegen sind. Bis dahin erfolgt die Vergütung auf Basis des EBM mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung.
- Die Vergütung der öffentlich geförderten Krankenhäuser wird um einen Investitionskostenabschlag in Höhe von fünf Prozent gekürzt.

### Qualität

- Es obliegt dem G-BA, die sächlichen und personellen Anforderungen sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung festzulegen.
- Bei der Anzeige ihrer Teilnahmebereitschaft am neuen Versorgungsbereich sind die potenziellen Teilnehmer verpflichtet, die erforderlichen Qualifikationsnachweise vorzulegen. Der erweiterte Landesausschuss hat nach Eingang der Anzeige zwei Monate Zeit, die Nachweise zu prüfen und gegebenenfalls ergänzende Informationen oder Stellungnahmen zu verlangen.

Hier kann der G-BA noch aktiv werden:

- Die Prüfung der Qualität – aber auch der Abrechnung und Wirtschaftlichkeit – erfolgt durch die Krankenkassen. Der G-BA kann jedoch in seiner Richtlinie abweichende Regelungen treffen.

*Janina Bär (KVB)*