

„DIE ASV BIETET VERTRAGS- ÄRZTEN VIELE CHANCEN“

Am 21. März 2013 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Erstfassung der Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) beschlossen. Die Richtlinie gibt den formalen Rahmen für den neuen, sektorenübergreifenden Versorgungsbereich vor und definiert erstmals einheitliche Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Gesetzliche Grundlage hierfür ist Paragraph 116b SGB V, der im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes neu gefasst wurde. KVB FORUM sprach dazu mit Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied im G-BA und Vorsitzende des zuständigen Unterausschusses.

Seit Juli 2012 ist Dr. Regina Klakow-Franck als unparteiisches Mitglied des G-BA für die Themen ASV, Qualitätssicherung und Disease Management-Programme zuständig.

Frau Dr. Klakow-Franck, die ASV enthält viele komplexe Regelungen und es ist schwer, hier den Überblick zu behalten. Glauben Sie trotzdem an den Erfolg der ASV in der jetzigen Form oder könnte der neue Sektor eine „Totgeburt“ werden?

Die ASV hat dann eine echte Erfolgchance, wenn sie nicht schon vor dem eigentlichen Start kaputt geredet oder gar durch politische Schnellschüsse nach der Bundestagswahl „verschlimmbessert“ wird, bevor überhaupt erste Erfahrungen mit diesem gänzlich neuen, sektorenübergreifenden Versorgungsbereich gesammelt werden konnten. Dass die ASV nach und nach – also eine indikationsspezifische Anlage nach der anderen – in Kraft treten soll, ist nicht als Schwäche, sondern vielmehr als Stärke der von uns gewählten Vorgehensweise zu sehen. Unsere im März 2013 zusammen mit dem allgemeinen Paragrafenteil beschlossenen Eckpunkte zur Überarbeitung der Anlagen sehen einen Beschluss über die ersten beiden Konkretisierungen binnen Jahresfrist vor. Wenn der G-BA mit der gebo-



tenen Sachlichkeit und Sorgfalt weiter beraten kann, werden die ersten Anlagen – zu gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle sowie zu Tuberkulose – im ersten Halbjahr 2014 in Kraft treten.

Die Vorgaben aus der ASV-Richtlinie gelten erst dann, wenn sie in den Anlagen krankheitsspezifisch konkretisiert werden. Diese Anlagen können aber von den Vorgaben abweichen. Ist damit die Richtlinie im Grunde nicht überflüssig?

Der allgemeine Teil der ASV-Richtlinie regelt grundsätzliche Anforderungen, die unabhängig von der jeweiligen Indikation zwingend von den an einer Teilnahme an der ASV interessierten Krankenhäusern sowie von Vertragsärzten erfüllt werden müssen. Ein Kernelement dieser grundsätzlichen Anforderungen ist zum Beispiel die Bildung eines interdisziplinären Teams. Im Beratungsprozess war lange Zeit strittig, ob dieses Team zwingend „unter einem Dach“ vorgehalten werden muss, also wenn nicht in einem Krankenhaus, dann

in einem MVZ oder durch Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft. Am Ende haben alle Beteiligten im G-BA entschieden, auch die Bildung von Kooperationsgemeinschaften zwischen Vertragsärzten oder mit Krankenhäusern zuzulassen, in denen der einzelne Vertragsarzt seine ASV-Leistungen im Rahmen der Kooperation eigenständig erbringt. Solche und ähnliche Grundsatzfragen sind mit dem allgemeinen Teil der ASV-Richtlinie nun bereits gelöst und verbindlich festgelegt worden.

Die Politik hat versprochen, keine Mengenbegrenzung oder Budgetierung bei der ASV einzuführen. Wie groß ist die Gefahr, dass die ASV teurer wird als erwartet?

Ich halte das Risiko einer solchen „Kostenexplosion“ für nicht wahrscheinlich. Der G-BA hat zahlreiche Regelungen getroffen, die einer medizinisch nicht notwendigen Mengenausweitung entgegenwirken. So wird zum Beispiel der Behandlungsumfang zu jeder einzelnen ASV-Indikation jeweils abschließend in einem sogenannten Appendix zur Anlage auf Ebene der EBM-Gebührenpositionen festgelegt. Die Krankenkassen befürchten allerdings eine Erhöhung bei den Arzneimittelausgaben. Die Auswirkungen auf das Ordnungsverhalten müssen beobachtet werden.

Viele Regelungen der Richtlinie, wie zum Beispiel die regelmäßige Überprüfung des Fortbestehens einer Indikation, sind sehr offen gehalten. Warum wurde der Unterausschuss hier nicht konkreter?

In der Tat haben wir beschlossen, weitere Details in den Anlagen zu regeln. Das hat gute Gründe und betrifft zum Beispiel die Eingrenzung der onkologischen Erkran-

kungen auf schwere Verlaufsformen, die Festlegung von Mindestmengen oder die Frage, welcher Vertragsarzt – Hausarzt oder Facharzt – Patienten in die ASV überweisen soll. Mit dieser Vorgehensweise wollen wir indikationsspezifischen Besonderheiten gerecht werden. Eine einzige allgemeingültige Formel, zum Beispiel für die Festlegung von Mindestmengen für die ASV von schweren Verlaufsformen der verschiedensten Tumorerkrankungen, ist schlichtweg nicht machbar und auch unter dem Gesichtspunkt der Erreichbarkeit der Versorgung für die Patienten nicht sinnvoll.

Gibt es Überlegungen, dass bei der ASV-Bereinigung nicht nur der ambulante, sondern auch der stationäre Bereich „zur Kasse gebeten“ wird?

Es ist nicht so, dass bei der ASV-Vergütung für Krankenhäuser bei doppelt vergüteten Anteilen gar keine Kürzungen vorgesehen sind. Ein Krankenhaus, das bereits schon jetzt Leistungen nach Paragraph 116 b SGB V in der alten Fassung auf Basis des EBM erbringt, wird künftig nach dem Willen des Gesetzgebers bei derselben Leistung einen Investitionskostenabschlag von fünf Prozent hinnehmen müssen. Sie sprechen allerdings die grundsätzliche Problematik an, dass ambulante Leistungen für Krankenhäuser ein „add on“ zum stationären Erlösbudget darstellen, während im vertragsärztlichen Bereich eine Budgetbereinigung stattfinden muss. Ob dieses Problem im Rahmen der bereits angekündigten Reform der Krankenhausfinanzierung in der nächsten Legislaturperiode angegangen wird, bleibt abzuwarten. Ich halte es allerdings nicht für zielführend herauszurechnen, wie viele stationäre Leistungen durch ASV ersetzt werden. Per definitionem ist ASV keine Al-

ternative zur stationären Versorgung, sondern ein zusätzliches ambulantes Versorgungsangebot, das auch durch Krankenhäuser erbracht werden darf.



Welche Chancen und Risiken hat die ASV für die Vertragsärzte?

Ich sehe keine Risiken für Vertragsärzte, sondern nur Chancen. Der Trend zur „Ambulantisierung“ des Versorgungsgeschehens wird sich aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts unaufhaltsam fortsetzen – mit oder ohne ASV. Bereits jetzt kooperieren viele Vertragsärzte mit Krankenhäusern, und das ist gut so. Die ASV bietet den Vertragsärzten eine zusätzliche Möglichkeit, die Entwicklung im Schnittstellenbereich von ambulanter und stationärer Behandlung nicht allein den Krankenhäusern zu überlassen, sondern gleichberechtigt mitzugestalten. Eine proaktive vertragsärztliche Beteiligung an der ASV ist eine gute Investition in den freien Arztberuf. Davon bin ich überzeugt.

Frau Dr. Klakow-Franck, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Janina Bär (KVB)

Vertragsärzte können über die ASV den Schnittstellenbereich von ambulanter und stationärer Versorgung zukünftig besser mitgestalten.