

AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG



Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V war im April Gegenstand des Symposiums der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e. V., auf dem sie von zahlreichen Referenten aus allen rechtlichen Perspektiven umfassend beleuchtet wurde. Der folgende Artikel fasst die aktuelle Rechtslage, deren Bewertung und Perspektiven sowie wesentliche noch offene beziehungsweise kontrovers diskutierte Fragen zusammen.

Zielrichtung der ASV

Potenzielle Teilnehmer in der ASV sind zum einen die zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassenen Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren sowie die ermächtigten Ärzte und Einrichtungen, zum anderen die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser.

Die ASV soll patientenzentrierte (sektorenübergreifende, kooperative) Versorgungsstrukturen schaffen, indem die (geregelten) Sektorengrenzen zwischen stationärer und vertragsärztlicher Versorgung für gesetzlich bestimmte Krankheitsbilder geöffnet werden. Damit ist sie Teil der gesundheitspolitischen Langzeitstrategie, die traditionelle Trennung der Sektoren „ambulante Versorgung“ durch niedergelassene Ärzte und „stationäre Versorgung“ durch Ärzte in Krankenhäusern aufzuheben. Sie ist ein eigenständiger und neuer, vor allem aber ein zusätzlicher – bedarfsunabhängiger – Leistungsbereich ohne Vorrang beziehungsweise Nachrang. Verfassungsrechtlich stellt sie eine unter dem Blickwinkel des Art. 12 Abs. 1 GG zulässige Berufsausübungsoption dar.

Jeder Interessent, der die gesetzlichen Zugangsvoraussetzungen zu einer Versorgungsform erfüllt, hat einen grundrechtlichen, einklagbaren (Teilhabe-) Anspruch auf Zulassung zum neuen, durch § 116b SGB V

geschaffenen (Teil-) Markt der gesetzlichen Krankenversicherung (möglicher Fall einer sogenannten offensiven Konkurrentenklage). Im Gegenzug hat der ASV-Teilnehmer, das grundsätzliche Recht auf Abwehr eines Konkurrenten, der die Zugangsvoraussetzungen nicht erfüllt (möglicher Fall einer sogenannten defensiven Konkurrentenklage). Die tatsächliche gerichtliche Durchsetzbarkeit solcher Klagen ist aber nicht absehbar.

Probleme bei der ASV-Berechtigung

Zuständig für Anzeigen zur Teilnahme an der ASV und für die Prüfung der Berechtigungsvoraussetzungen der Anzeiger ist gemäß § 116b Abs. 2 und 3 SGB V der Erweiterte Landesausschuss (eLA). Die Umsetzung der maßgeblichen Regelungen in § 116b SGB V in Verbindung mit der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wird zum Teil – je nach Interessenlage – kontrovers diskutiert.

Fest steht, dass Ärzte, die für eine bestimmte Indikation an der ASV teilnehmen wollen, dies zulässigerweise erst anzeigen können, wenn die betreffende Anlage zur ASV-RL durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft getreten ist. Grundsätzlich ist auch klar, dass nur eine zulässige und formal vollständige Anzeige die Zweimonatsfrist, nach deren Ablauf die ASV-Berechtigung erlangt wird, zum Laufen bringt. Diskutiert wird hier im Hinblick auf die Regelung des § 116b Abs. 2 Satz 5 SGB V jedoch der notwendige Grad an Vollständigkeit. Der eLA sollte dem anzeigenden Arzt daher eine entsprechende Eingangsbestätigung zukommen lassen, damit dieser den Beginn der Zweimonatsfrist feststellen kann. Schließlich bedarf der ASV-Berechtigte aufgrund der Genehmigungsfiktion gemäß § 116b Abs. 2 Satz 4 SGB V keines positiven Genehmigungsbescheids.

Umstritten ist die Wirkung der „Unterbrechung der Zweimonatsfrist“ gemäß § 116b Abs. 2 Satz 5 2. Halbsatz SGB V, wenn der eLA

vom Anzeiger zusätzliche Informationen oder ergänzende Stellungnahmen anfordert. Es wird die Meinung vertreten, der Gesetzgeber habe mit dem Anzeigeverfahren die Beschleunigung des Verfahrens verfolgt. Deshalb sei die Unterbrechung im Sinne einer Hemmung zu verstehen, sodass lediglich der Zeitraum zwischen der Nachforderung und dem Einreichen der nachgeforderten Unterlagen bei der Berechnung der Zweimonatsfrist unberücksichtigt bleibt. Die wohl überwiegende Meinung versteht die Unterbrechung dahingehend, dass die Zweimonatsfrist nach Eingang der nachgeforderten Unterlagen von vorne beginnt, und begründet dies mit gesetzestechnischen Überlegungen sowie der Gesetzesbegründung zu § 116b SGB V, wonach die Unterbrechung der Prüffrist sicherstellen soll, dass die Prüfung mit der gebotenen Sorgfalt abgeschlossen werden kann.

Die ASV-RL konkretisiert die Voraussetzungen für eine Leistungsberechtigung, die Leistungsinhalte für die gesetzlich vorgegebenen Indikationen und hoch spezialisierten Leistungen und regelt die Anforderungen an die Qualität. Die ASV-Leistungsberechtigung ist jeweils akzessorisch zur Leistungsberechtigung im Rahmen der originären ärztlichen Tätigkeit. Diskutiert wird, ob für die Anzeige der Mitglieder des interdisziplinären Teams hinsichtlich der fachlichen Befähigung (§ 3 Abs. 5 Satz 2 ASV-RL) entsprechende Qualitätserklärungen genügen können. Dies ist nach der überwiegenden Meinung zu verneinen. Unabhängig davon, ob der ASV-Interessent im ambulanten oder stationären Bereich tätig ist, muss er den Nachweis über die Erfüllung der Qualitätsanforderungen erbringen.

Die ASV soll im Zusammenwirken mit Kooperationspartnern durchgeführt werden. Ungeachtet des-

sen ist ASV-Berechtigter immer der „einzelne Leistungserbringer“, der seine ASV-Leistungen im Rahmen der Kooperation eigenständig erbringt (§ 2 Abs. 1 Satz 3 ASV-RL), sodass jeder seine eigene Anzeige tätigen muss.

Zu unterscheiden sind die „Leistungskooperation“ und die „ASV-Kooperation“. Die Leistungskooperation kann zum Zwecke der Erfüllung der personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen gemäß §§ 3 und 4 ASV-RL gebildet werden. Die sogenannte ASV-Kooperation ist in § 10 Abs. 1 Satz 1 ASV-RL definiert. Sie bezieht sich auf die ambulante spezialfachärztliche Versorgung bei onkologischen Erkrankungen nach Anlage 1, ist grundsätzlich unabdingbar, muss zwingend sektorübergreifend sein und bedarf einer eigenen Vereinbarung.

Abrechnungsfähige ASV-Leistungen und deren Vergütung

Die Regelung erfolgt in einem komplizierten Verhandlungs- und Vereinbarungsgeflecht, das noch nicht abgeschlossen ist: Der Gemeinsame Bundesausschuss legt die Konkretisierungen der Krankheitsbilder und die arztgruppenspezifisch abrechenbaren Gebührenordnungspositionen in einem Appendix zur ASV-RL fest und der Ergänzende Bewertungsausschuss (§ 87 Abs. 5a SGB V) entscheidet über die Vergütung dieser Leistungen. Auch die Abrechnung von ASV-Leistungen ist noch nicht abschließend vereinbart. Bislang sind erst die Grundlagen zu Form und Inhalt des für alle Leistungsberechtigten einheitlichen Abrechnungsverfahrens geregelt. Danach steht fest, dass jeder ASV-Berechtigte seine Leistungen selbst abrechnet.



Behandlungsvertrag und Haftung

ASV-Berechtigter ist – wie ausgeführt – immer der einzelne Teilnehmer. Ungeachtet des kooperativen ASV-Versorgungsauftrags kommt daher der Behandlungsvertrag zwischen dem GKV-Versicherten und jedem einzelnen ASV-Berechtigten mit der Folge zustande, dass grundsätzlich auch nur der jeweilige ASV-Berechtigte für seine etwaigen schuldhaften Pflichtverletzungen einzustehen haben wird.

*Dorothea Preuße
(Rechtsabteilung der KVB)*