

ASV-Konkretisierung – ein Großprojekt

Dr. Wulf-Dietrich Leber

Die Formulierung konkreter Anforderungen für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116 b SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zeigt inzwischen die typischen Merkmale eines Großprojekts: Streit, Terminverschiebung und möglicherweise auch ausufernde Kosten. Ein Baustellenbericht.



Ambulante Krankenhausleistungen haben sich zu einem veritablen Paragrafendschun- gel entwickelt. In den vergangenen zwei Jahrzehnten wurde rund ein Dut- zend Rechtsformen zur ambulanten

Versorgung in Krankenhäusern ge- schaffen: Vor- und nachstationäre Be- handlung, ambulantes Operieren, psy- chiatrie Instituteambulanz und viele andere mehr. Die große Aufga- be, all diese Bereiche zu einem ein-

heitlichen Regelwerk zusammenzu- fassen („§ 115 x: Spezialärztliche Ver- sorgung“, in *f&w* 6/2010), hat der Ge- setzgeber nicht in Angriff genommen. Stattdessen wurde im GKV-Ver- sorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG,

2012) der bestehende § 116 b SGB V komplett umgestaltet und quasi ein neuer Sektor geschaffen, dessen Regularien gleichermaßen für Krankenhäuser wie für niedergelassene Fachärzte gelten.

Nicht alles im neuen § 116 b ist gelungen. Ordnungspolitisch falsch ist der bedarfsunabhängige Zulassungsanspruch nach dem Freibeutermotto „Wer kann, der darf!“ Zudem fehlt jede Form von Preis- und Mengensteuerung. Dementsprechend blühen Eldorado-Phantasien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV): Alle Leistungen unbegrenzt, ungekürzt, ungeprüft. Bedenklich ist auch, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ohne Nutznachweis Eingang in die ambulante Versorgung finden.

Die Ausweitung des § 116 b-Regelungsbereichs von Krankenhäusern auf niedergelassene Ärzte führte zu einer erheblichen Bedeutungsverschiebung. Ging es früher um die Öffnung von Krankenhäusern, so steht heute die „Ausdeckelung“ im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) im Vordergrund der Diskussion. Eine kurze Geschichte des § 116 b macht dies deutlich.

Kurze Geschichte des § 116 b

Der § 116 b ist ein vergleichsweise junger Paragraph, der gleichwohl schon eine bewegte Geschichte hat. Geburtsstunde war das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2003. Versicherten sollte der Zugang zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus ermöglicht werden, sofern hoch spezialisierte Leistungen vonnöten waren. Für diese Leistungen und in Fällen von Krankheiten mit besonderem Krankheitsverlauf sowie seltenen Erkrankungen sollten Kassen deshalb die Möglichkeit haben, außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung selektive Verträge mit Krankenhausambulanzen abzuschließen. Der Erfolg war bescheiden: Selbst nach vier Jahren gab es nicht einmal eine Handvoll Verträge. Wieso sollten Kassen auch für die ambulante Versorgung zusätzliche

Verträge abschließen, wenn sie bereits im Rahmen der Gesamtvergütung für diese Leistungen Geld an die KV gezahlt hatten? Bereinigungsregelungen für die KV-Vergütung, aber auch für die stationären Budgets fehlten.

Da die Politik grundsätzlich ambulante Krankenhausleistungen für förderungswürdig hielt, erhielten die Krankenhäuser mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) im Jahr 2007 eine Art Zulassungsanspruch – allerdings mit einem Webfehler: Die Bestimmung der Krankenhäuser sollten die Planungsbehörden der Bundesländer vornehmen. Die hatten sich eigentlich schon für die Investitionsfinanzierung als untauglich erwiesen und setzten auch diesen gesetzlichen Auftrag unzureichend und extrem uneinheitlich um. Es gab bundesweit rund 4 000 Anträge und 2 000 Bestimmungen für Krankenhausleistungen – zur Hälfte im Bereich der Onkologie. Einige Bundesländer, insbesondere Bayern und Baden-Württemberg, kamen dieser Aufgabe jedoch nicht nach – ein Vorgang, der den Tatbestand der Rechtsbeugung erfüllen dürfte. Im Ergebnis unterschied sich die Zahl der Zulassungen je Krankenhaus bundesweit fast um den Faktor 40.

Im Rahmen des GKV-VStG wurde dann ein eigenständiger, von den Länderbehörden unabhängiger Zulassungsanspruch geschaffen, allerdings nicht nur für Krankenhäuser, sondern auch für spezialisierte niedergelassene Fachärzte. Die KBV hatte dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Feder geführt. Es entstand ein Rechtsrahmen, der Zulassung und Vergütung einheitlich für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser regelt.

Aus der ersten Phase ist vor allem die gesetzliche Definition des Krankheitsspektrums geblieben. Eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) konkretisierte dieses Spektrum. Diese regelte für inzwischen 20 Krankheiten und eine hoch spezialisierte Leistung den einbezogenen Personenkreis, die Grundzüge des Leistungsspektrums, die grundlegenden Strukturanforderungen sowie die Überweisungserfordernisse.

Insgesamt wurden über die Jahre rund 100 Seiten Konkretisierungen verabschiedet und vom BMG genehmigt – nachlesbar auf den Internetseiten des G-BA.

Zwei Dutzend Konflikte

Das GKV-VStG gibt eine Überarbeitung von Richtlinie und Konkretisierungen bis zum 31. Dezember 2012 vor. Das, was bislang an Strukturanforderungen zur Öffnung von Krankenhäusern formuliert worden war, sollte nunmehr so formuliert werden, dass es gleichermaßen für Krankenhäuser wie für niedergelassene Ärzte anwendbar ist. Eine Bestandsaufnahme des G-BA führte zu rund zwei Dutzend Konfliktbereichen, von denen einige exemplarisch genannt seien:

■ **Schwere Verlaufsformen.** Das GKV-VStG begrenzt die ambulante spezialfachärztliche Versorgung von Krankheiten mit besonderem Krankheitsverlauf auf „schwere Verlaufsformen“ – ein nicht ganz triviales Unterfangen. Was sind die leichten Krebsfälle? Die Grenzziehung ist umstritten, nicht zuletzt deshalb, weil zusätzliche Informationen über den Fall einbezogen werden müssen und vielleicht zwischen verschiedenen Krankheitsstadien, wie dem Tumorstatus, unterschieden werden muss.

■ **Facharztstatus.** Die Gesetzesformulierung „spezialfachärztlich“ legt eine Behandlung durch Fachärzte nahe (so auch die KBV-Forderung). Dies aber entspricht nicht der Behandlungswirklichkeit in Krankenhausambulanzen, in denen auch Ärzte in Weiterbildung unter Aufsicht von Fachärzten tätig sind (Facharztstandard). Es scheint sich für die ASV eine Einigung herauszubilden, derzufolge grundsätzliche Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen von Fachärzten zu treffen sind, sonstige Leistungen aber auch von Ärzten in Weiterbildung erbracht werden können.

■ **Intensivstation.** Knapp die Hälfte aller Konkretisierungen verlangt bei der Zulassung des Krankenhauses eine Intensivstation. Nun haben ausgesprochen wenige niedergelassene Ärzte eine Intensivstation in ihrer Pra-

GOP-genaue Abgrenzung der ASV-Vergütung im Drei-Schalen-Modell

Schale	Spezialfachärztliche Behandlung	Allgemeine fachärztliche Behandlung
Teamleiter	ASV	MGV/EGV/sonstige
Team	ASV	MGV/EGV/sonstige
Hinzugezogene	ASV	MGV/EGV/sonstige
Sonstige	MGV/EGV/sonstige	MGV/EGV/sonstige

Legende:

ASV: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

EGV: Extradudgetäre Gesamtvergütung

MGV: Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung

Rote Umrandung: Behandlung durch das Kernteam

Blaue Felder: Behandlung durch das Kernteam plus regelhaft Hinzugezogene

Abb.

xis, sodass sinnvollerweise nur eine Kooperation mit einem nahe gelegenen Krankenhaus gefordert werden kann. Wie nahe dies sein muss (GKV-Vorschlag: 30 Minuten), ist naturgemäß strittig. Ähnliches gilt für eine 24-Stunden-Notfallversorgung.

■ **Mindestmengen.** Der § 116 b sollte die stationäre Behandlungserfahrung der Krankenhausärzte für die ambulante Versorgung nutzbar machen. Die Operationalisierung dieser Behandlungserfahrung geschah unter anderem über Mindestmengen. Bei seltenen Krankheiten müssen zumindest 50 Fälle im Jahr nachgewiesen werden (Richtwert: ein Fall pro Woche, außer Weihnachten und Ostern), bei Krankheiten mit besonderem Verlauf liegt die Mindestmenge bei einem Promille der bundesweiten Prävalenz (beispielsweise 330 Fälle mit gynäkologischen Tumoren und 120 mit multipler Sklerose). Über die Fortgeltung dieser von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) nachhaltig bekämpften, aber gleichwohl sinnvollen Mindestmengen wurde noch keine Einigung erzielt.

■ **Ort der Leistungserbringung.** Im Krankenhaus findet der Patient im Wesentlichen einen Ort der Leistungserbringung vor. Dies will die KBV in ihrem Bereich verhindern und fordert, dass auch Kooperationen räumlich

nicht zusammenliegender Praxen zur ASV zugelassen werden.

Gerade der letzte Konflikt wirft die Frage auf, wodurch sich denn die spezialfachärztliche Versorgung eigentlich von der allgemeinen fachärztlichen Versorgung unterscheidet. Die Antwort lautet: Behandlung durch ein Team von Spezialisten. Das führt zum Kern der ASV-Konkretisierungen.

Das Drei-Schalenmodell

Alle Konkretisierungen enthalten eine Art abgestuftes Teammodell als Zulassungsvoraussetzung. Es werden ein leitender Arzt, ein Kernteam und weitere hinzuzuziehende Ärzte definiert. Die Eingangsformulierungen sind bislang nicht ganz einheitlich, aber im Kern ist für alle Krankheiten ein solches „Drei-Schalen-Modell“ formuliert. Gemeinsames Ziel der G-BA-Verhandlungspartner ist es, diese Strukturanforderungen einheitlicher zu fassen, möglicherweise mit folgenden Formulierungen:

■ Erste Schale: „Die Betreuung der Patienten mit ... erfolgt unter Koordination eines Facharztes für ...“

■ Zweite Schale: „Folgende Fachärzte beziehungsweise Disziplinen gehören zum Behandlungsteam und müssen der § 116 b-Einrichtung angehören oder dort zu festgelegten Zeiten anwesend sein: ...“

■ Dritte Schale: „Folgende Fachärzte beziehungsweise Disziplinen sind bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehen: ...“

Unstrittig – und auch in den bisherigen Konkretisierungen schon formuliert – ist die Tatsache, dass die dritte Schale auch über Kooperationen abgesichert werden kann. Ist zum Beispiel bei bestimmten Krankheiten ein Humangenetiker hinzuzuziehen, dann kann das Krankenhaus dies auch mittels eines Kooperationsvertrags mit einem niedergelassenen Arzt oder Kooperation mit einem Nachbar-Krankenhaus sicherstellen. Die Anträge der Krankenhäuser zwecks Zulassung hatten aufgrund der Nachweispflicht für solche Kooperationen bisweilen ein beträchtliches Volumen.

Strittig ist, wie eng die Kooperation im Kernteam, also Schale eins und zwei, sein sollte. Die KBV hat noch Vorbehalte gegen die obligatorische Leistungserbringung an einem Ort (Formulierung zweite Schale), um möglichst vielen Fachärzten den Weg in die ASV zu ebnet. Aus Sicht der Patienten – und gleichsinnig auch aus Sicht von Krankenkassen und Krankenhäusern – würde die dezentrale Behandlung in Einzelpraxen den Grundgedanken des § 116 b verletzen. Patienten mit schwerwiegenden Krankheiten sollen einen Ort der Behandlung mit routinemäßig zusammenarbeitenden Ärzten vorfinden. Das Leitbild ist so etwas wie eine Tumorkonferenz.

Die Heftigkeit der Auseinandersetzung ist letztlich in einer schwierigen Abgrenzung der ASV-Vergütung begründet.

Abgrenzung der ASV-Vergütung

Im Krankenhaus liegen die Dinge einfach: Die § 116 b-Ambulanz ist ASV und wird jenseits aller Budgets vergütet. Im niedergelassenen Bereich sind die Dinge komplex, weil künftig der gleiche Facharzt im selben Quartal denselben Patienten sowohl spezialfachärztlich als auch allgemein-fachärztlich behandeln kann. Der Gynäkologe wird möglicherweise einen Tumor im Rahmen der ASV als auch

weitere gynäkologische Erkrankungen im Rahmen der normalen fachärztlichen Versorgung behandeln. Die ASV-Vergütung erfolgt extrabudgetär, die sonstige fachärztliche Versorgung hingegen über die kassenärztliche Gesamtvergütung – teils im Rahmen der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV), teils im Rahmen der extrabudgetären Vergütung (EGV). Für die ASV sieht § 116b Absatz 6 eine Bereinigung der Gesamtvergütung vor. Letztlich hantiert der niedergelassene Facharzt künftig mit zwei Behandlungsscheinen.

Was aber ist auf welchem Schein abzurechnen? Welches Volumen ist zu bereinigen? Sofern eine leistungsbezogene Abgrenzung erfolgt, ist weiter zu fragen, ob diese nur für den Teamleiter, für das gesamte Kernteam, für die regelhaft hinzugezogenen oder auch für sonstige Ärzte gilt, die an der ASV per Überweisung beteiligt sind. In den Diskussionen wurde zunehmend deutlich, dass für die regelhaft am ASV-Behandlungsprozess Beteiligten eine scharfe Abgrenzung notwendig ist, soll nicht das gesamte Konstrukt der MGV aufgegeben werden. Wahrscheinlich wird deshalb in den künftigen Konkretisierungen nicht nur eine vage Beschreibung des Behandlungsumfanges erfolgen, sondern es wird für alle drei Schalen in einem Appendix auch eine exakte Benennung der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen geben (GOP-genaue Abgrenzung). Die Abbildung zeigt die acht Vergütungsfelder. Sonstige Ärzte, die quasi im Ausnahmefall an der Behandlung eines ASV-Patienten mitwirken, bleiben außerhalb der ASV-Vergütung. Drei dieser acht Felder würden in diesem Modell als ASV-Vergütung abgegrenzt werden. Insofern ist die Definition der Schalen von hoher ökonomischer Relevanz (Abb.).

Unklar sind im Moment noch die Methodik zur Abgrenzung der GOP, die Frage, wie patientenferne Delegationsleistungen (zum Beispiel Labor) zu verorten sind, und die Frage, ob Krankenhäusern in bestimmten Fällen auch die Abrechnung von „Allgemein-GOP“ ermöglicht wird, wenn dies im direkten Zusammenhang mit einer

ASV-Behandlung steht (zum Beispiel Durchfall bei gastrointestinalem Tumor). Für den G-BA bedeutet die Festlegung tausender GOP auf alle Fälle Neuland.

Im engen Zusammenhang mit dieser Vergütungsabgrenzung steht auch das Problem der Überweisungsregelungen. Innerhalb eines Krankenhauses sind keine Überweisungen üblich, im niedergelassenen Bereich sind sie die Regel. Für die ASV könnte sich ein vermittelndes Modell anbieten, in dem innerhalb des Kernteams keine Überweisung erfolgt, für alle hinzugezogenen Ärzte jedoch ein Überweisungsschein erforderlich ist.

Details der Abrechnung werden übrigens nicht im G-BA geregelt, sondern gemäß § 116b Absatz 6 in dreiseitigen Verhandlungen zwischen DKG, KBV und GKV-Spitzenverband. Die Verhandlungen sind noch nicht allzu weit fortgeschritten. Sie werden künftig noch an Bedeutung zunehmen, wenn der gesetzliche Auftrag umgesetzt wird, für die ASV eine eigene Gebührenordnung zu schaffen. In der Anfangsphase wird ausschließlich nach EBM abgerechnet, in einer zweiten Phase wird es Ergänzungen zu den bestehenden EBM-Positionen geben, und in einer dritten Phase wird auf Basis einer eigenen Gebührenordnung abgerechnet, die möglicherweise dem Charakter von Teamleistungen mit arztgruppenübergreifenden Pauschalen stärker Rechnung trägt. Das ist für die DRG-gewohnten Krankenhäuser kein Problem, bedeutet aber für die auf den einzelnen Arzt abgestellte EBM-Welt der Niedergelassenen eine mittlere Revolution.

Paragrafenteil und Umsetzungseckpunkte

Die kurze Problemskizze mag verdeutlichen, warum die Überarbeitung der G-BA-Richtlinie und der Konkretisierungen mit Recht als Großprojekt einzustufen ist. Die Arbeitsgruppen haben in hoher Taktfrequenz getagt, gleichwohl ist trotz der Terminüberschreitung von einer halbwegs konsentierten Überarbeitung noch nichts zu sehen.

Im G-BA zeichnet sich eine mehrstufige Vorgehensweise ab. Zunächst wird der sogenannte Paragrafenteil verabschiedet, also die Richtlinie im engeren Sinne. Danach erfolgt die Überarbeitung der Konkretisierungen aller Krankheiten. Erst wenn diese verabschiedet sind, kann auf neuer Rechtsgrundlage eine Zulassung von Leistungserbringern erfolgen.

Angesichts der Zeitverzögerungen ist der Druck der Politik groß, zumindest einige „wichtige“ Konkretisierungen zu verabschieden. Das aber birgt erhebliche Gefahren. Eine Sichtung der bisherigen Konkretisierungen zeigt schwer vermittelbare Inkonsistenzen. So finden sich zum Beispiel für das Krankheitsbild Pulmonale Hypertonie alle Facharztefordernisse in der dritten Schale (unter anderem Kardiologie, Pneumologie, Labormedizin, Radiologie, Thoraxchirurgie, Gastroenterologie), für das Krankheitsbild Tuberkulose hingegen alle Fachärzte in der zweiten Schale (unter anderem Ophthalmologie, HNO, Gastroenterologie, Urologie). Als Grund geben die Beteiligten an: „Da waren wir anders drauf.“ Die konsekutive Abarbeitung mit wechselnden Gefechtslagen hat offenbar zu höchst widersprüchlichen Ergebnissen geführt. Wird sich nun wiederum für den konsekutiven Weg entschieden, dann wäre das Ergebnis wahrscheinlich wieder eine wenig überzeugende Sammlung an Inkonsistenzen.

Ein vermittelnder Weg wäre die Verabschiedung von verbindlichen Umsetzungseckpunkten, die von allen Seiten – auch der jeweils unterlegenen – als verbindliche Arbeitsgrundlage für die Formulierung der Konkretisierungen akzeptiert werden. Auf eines allerdings ist nicht zu hoffen: auf konsensuale Entscheidungen. Es gehört zu den großen Traditionen des § 116b, dass noch nie eine Richtlinie konsentiert ins G-BA-Plenum gegangen ist. Es gibt bislang keine Anzeichen dafür, dass sich dies ändern wird.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Wulf-Dietrich Leber
Leiter
Abteilung Krankenhäuser
GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin