

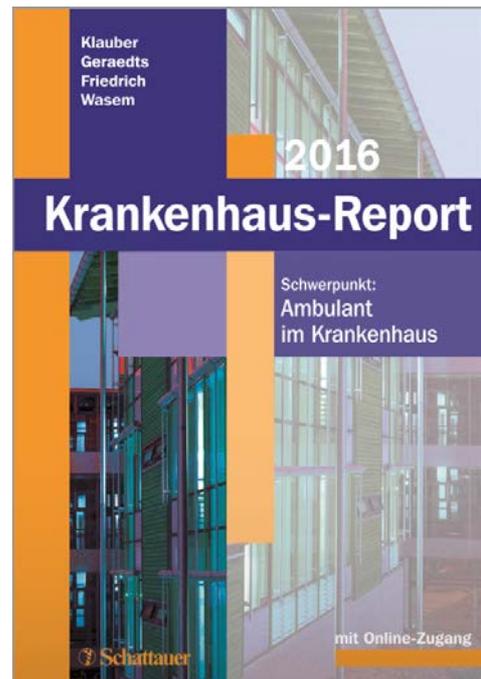
Krankenhaus-Report 2016

„Ambulant im Krankenhaus“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 97-110



6	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V	97
	<i>Regina Klakow-Franck</i>	
6.1	Historie des § 116b SGB V	98
6.2	Änderungen des § 116 SGB V durch das GKV-VStG	99
6.3	Neue Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV-RL)	101
6.4	Interdisziplinäre Teambildung durch Leistungskooperationen	102
6.5	ASV-Kooperation zur Förderung sektorenübergreifender Abstimmung	102
6.6	Kernteam- und arztbezogene Mindestmengen.....	103
6.7	Behandlungsumfang einschließlich nicht im EBM enthaltener Leistungen	104
6.8	Häufig gestellte Fragen	104
6.9	Änderungen des § 116b SGB V im GKV-VStG.....	107
6.10	Zwischenfazit und Ausblick	108

6 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V

Regina Klakow-Franck

Abstract

Das entscheidende Potenzial zur Optimierung der Patientenversorgung liegt in interdisziplinär-berufsgruppenübergreifender Abstimmung und sektorenübergreifender Strukturierung der Versorgung. Die Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) durch Neufassung des § 116b SGB V im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes aus dem Jahr 2012 stellte den einzigen gesetzgeberischen Impuls in diese Richtung in der vergangenen Legislaturperiode dar. Als untergesetzlichem Normgeber obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Ausgestaltung dieses neuen sektorenübergreifenden Leistungsbereichs. Die Umsetzung wird erschwert durch den gesetzgeberischen Zielkonflikt zwischen leistungserbringerfreundlichen Vorgaben einerseits und der Sorge vor einer unkontrollierbaren Ausgabenentwicklung andererseits. Mit dem zum 23. Juli 2015 in seinen wesentlichen Teilen in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden weitere Änderungen der ASV in Gang gesetzt. Der G-BA hat die ASV als lernendes System angelegt und die neue ASV-RL seit 2013 kontinuierlich weiterentwickelt. Die sektorunterschiedlichen Rahmenbedingungen und Besonderheiten, die für ASV-Leistungserbringer jeweils maßgeblich sind, stellen jedoch limitierende Faktoren für eine erfolgreiche Einführung dieses sektorenübergreifenden Leistungsangebots dar.

The ultimate potential for optimising patient care lies in interdisciplinary multi-professional coordination and sectoral structuring of health care supply. The introduction of outpatient specialist medical care (ASV) by the amendment of § 116b SGB V under the SHI Health Care Structure Act of 2012 represents the only recent legislative impulse in this direction. As a sub-legal setter of standards, the Federal Joint Committee (G BA) is responsible for the design of this new intersectoral area of health care supply. The implementation is complicated by the legislative conflict between supplier-friendly guidelines on the one hand and the fear of uncontrollable expenditure on the other hand. With the SHI Supply Enhancement Act which came into force in its essential parts on 23 July 2015, further changes of ASV were implemented. The G-BA has designed ASV as a learning system and continuously developed the new ASV-RL since 2013. However, the conditions and characteristics of the different sectors that are relevant for ASV providers constitute limiting factors for a successful launch of this intersectoral medical service offering.

6.1 Historie des § 116b SGB V

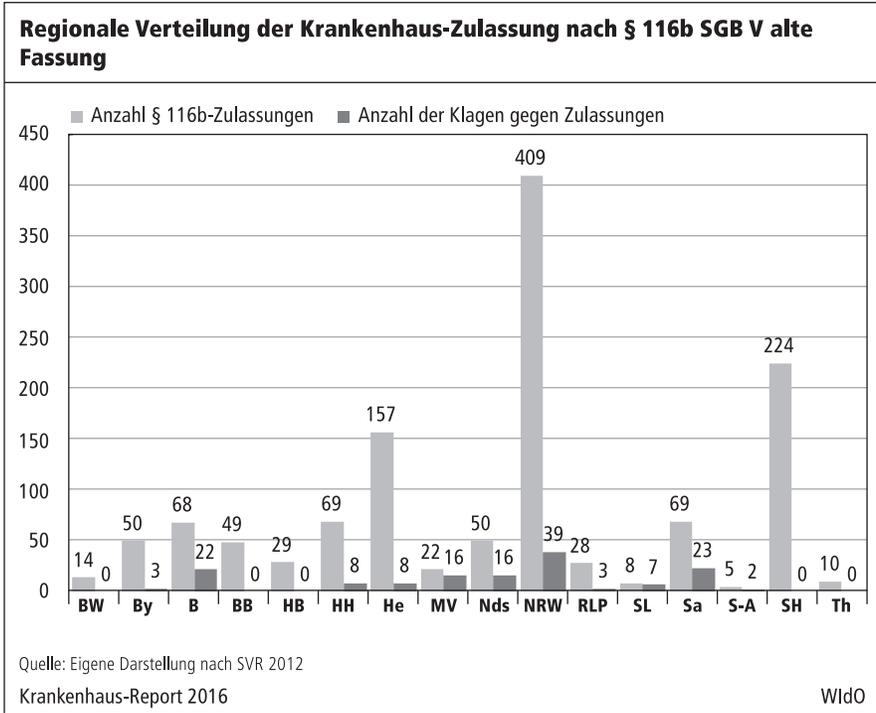
Bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) handelt es sich um eine hochspezialisierte, interdisziplinär abgestimmte Versorgung von komplexen und seltenen Erkrankungen. Sie ist als solche keine gänzlich neue Versorgungsform, sondern wurde im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) zum 1. Januar 2004 zunächst in Form eines ausschließlich von Krankenhäusern erbringbaren ambulanten Leistungsangebots neu eingeführt. Der Gesetzgeber verband hiermit die Erwartung, den Zugang der Patientinnen und Patienten zu abgestimmten Versorgungskonzepten „aus einer Hand“ zu verbessern (Deutscher Bundestag 2003, S. 97).

Die erste Fassung des § 116b SGB V im Jahr 2004 sah zunächst die Möglichkeit frei aushandelbarer Verträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vor. Ab 2007 wurde auf ein Zulassungsverfahren durch die Krankenhausplanungsbehörden der Länder umgestellt, weil die Krankenkassen die ihnen bis dahin eingeräumte Vertragskompetenz zur Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung kaum genutzt hatten. Grundlage der Zulassung bildete die Einhaltung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über ambulante Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V (ABK-RL) (G-BA 2011). Unter diesen Rahmenbedingungen wurden seither ca. 2 500 Anträge auf Zulassung zur § 116b-Versorgung von Krankenhäusern bei den Landesbehörden gestellt, wovon rund 50 Prozent bewilligt wurden.

Anträge auf Zulassung zu § 116b SGB V wurden umso eher gestellt, je größer das Krankenhaus und je dichter die das Krankenhaus umgebende Siedlungsstruktur ist. Das größte Interesse an § 116b-Zulassungen zeigten in Ballungsgebieten angesiedelte Krankenhäuser der Maximalversorgung. Im Rahmen einer Erhebung, die der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen für sein Sondergutachten „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ im Jahr 2011 hat durchführen lassen, wurde als häufigstes Motiv zur Teilnahme der fortschreitende Trend zur sogenannten „Ambulantisierung“ der Medizin genannt, wobei rund 91 Prozent der befragten Krankenhäuser bereits ambulante Leistungen (nach § 116b SGB V, § 115b SGB V, Medizinische Versorgungszentren, sonstige Formen wie beispielsweise Hochschulambulanz oder Ermächtigungen) erbringen (SVR Gesundheit 2012, S. 266).

Die meisten Zulassungen wurden für die § 116b-Behandlung onkologischer Erkrankungen erteilt (n = 697), gefolgt von den Indikationen Multiple Sklerose (n = 73) und schwere Herzinsuffizienz (n = 55) (SVR Gesundheit 2012, S. 266). Hierbei ist zu beachten, dass die Anzahl der Zulassungen sich auf die Indikationen des § 116b-Leistungskatalogs bezieht und nicht mit der Anzahl der nach § 116b SGB V zugelassenen Krankenhäuser gleichgesetzt werden darf. Im Gegensatz zu den bundesweit einheitlichen Trends, was die bevorzugten Indikationen und die Relevanz der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung aus Sicht der Krankenhäuser anbelangt, ergibt die regionale Verteilung der § 116b-Zulassungen ein sehr unterschiedliches Bild: Während beispielsweise in Schleswig-Holstein mit einer Einwohnerzahl von 2 815 955 (2013) und einer Krankenhausedichte (SVR Gesundheit 2012, S. 257) von 235 Krankenhäusern je 10 Mio. Einwohnern 224 Zulassungen erteilt wurden, waren es in Bayern (Einwohner ca. 12,6 Mio., Krankenhausedichte 254 Krankenhäuser je

Abbildung 6–1



10 Mio. Einwohner) lediglich 50, in Baden-Württemberg (Einwohner ca. 10,6 Mio., Krankenhausedichte 209 Krankenhäuser je 10 Mio. Einwohner) gar nur 14 (Stand: September 2011, Abbildung 6–1) (SVR Gesundheit 2012, S. 259).

Diese regionale Heterogenität erscheint weder mit der strategischen Bedeutung vereinbar, die die Krankenhäuser einhellig dem § 116b SGB V beimessen, noch passt sie mit der Versorgungsrelevanz beziehungsweise Prävalenz komplexer Erkrankungen zusammen. Demografiebedingt ist mit einem Anstieg der Prävalenz sowohl für onkologische Erkrankungen zu rechnen, die im Jahr 2010 mit 1,15 Millionen Frauen und 1,08 Millionen Männern beziffert wurde (Robert Koch-Institut 2010), als auch für weitere vom § 116-Katalog umfasste komplexe Erkrankungen wie beispielsweise die rheumatoide Arthritis, deren Prävalenz mit 0,5 bis 0,8 Prozent der erwachsenen Bevölkerung angegeben wird (Fuchs et al. 2013).

6.2 Änderungen des § 116 SGB V durch das GKV-VStG

Die Gründe für den „Zulassungsstau“ in einigen Bundesländern dürften weniger an etwaigen regionalen Unterschieden hinsichtlich der Morbidität der Bevölkerung liegen als an mangelnder Kooperationsbereitschaft zwischen den Sektoren. So war

im Jahr 2011 noch eine Vielzahl von Gerichtsverfahren mit Klagen aus dem niedergelassenen Bereich bzgl. der Interpretation der laut Gesetzgeber erforderlichen „Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation“ anhängig (SVR Gesundheit 2012, Fußnote 175, S. 246).

Vor diesem Hintergrund unternahm der Gesetzgeber im Jahr 2012 den dritten Anlauf, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung als sowohl von Experten und den Patientinnen und Patienten als auch von den Krankenhäusern und – zumindest seinerzeit – von der Mehrheit der Vertragsärzte grundsätzlich für gut befundenes Versorgungsangebot zu fördern.

Zu den wesentlichen Änderungen im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) zählte neben der Einbeziehung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer insbesondere die Umstellung des Zulassungsverfahrens durch die Planungsbehörden der Länder auf ein Anzeigeverfahren bei den erweiterten Landesausschüssen (eLA) gemäß § 90 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 116b Absatz 3, Satz 1 SGB V. Der amtlichen Begründung ist als übergeordnetes Ziel zu entnehmen, dass der bereits bestehende Leistungsbereich auf Basis der ABK-RL nicht lediglich für Vertragsärzte geöffnet, sondern in einen sektorenübergreifenden Versorgungsbereich mit neu zu definierenden einheitlichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und niedergelassene Spezialisten umgestaltet werden soll (Deutscher Bundestag 2011a, S. 132).

Dem G-BA als untergesetzlichem Normgeber wurde dabei die Aufgabe zugewiesen, einheitliche Teilnahmevoraussetzungen und Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer im Sinne neuer „Zulassungskriterien“ festzulegen sowie den Behandlungsumfang zu definieren. Die Vergütung der ASV-Leistungen soll perspektivisch auf Basis einer von den Vertragspartnern im ergänzten Bewertungsausschuss, der um die Vertreter der Krankenhäuser erweitert wurde, noch zu entwickelnden sektorenübergreifend einheitlichen betriebswirtschaftlich kalkulierten Vergütungssystematik erfolgen. Bis diese Systematik entwickelt ist, wird die Vergütung – den gesetzlichen Vorgaben entsprechend – nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die vertragsärztliche Versorgung (EBM) vorgenommen werden (§ 116b Abs. 6 SGB V).

Im Zuge des dritten Implementierungsversuchs war der Gesetzgeber durchaus zur Schaffung von Anreizen für die Leistungserbringer bereit: Die ASV ist ausdrücklich außerhalb der Bedarfsplanung angesiedelt, unmittelbar von den Krankenkassen zu vergüten und kann neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden umfassen, die bislang nicht in der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind. Die erste Konzeption des neuen Versorgungsbereichs sah darüber hinaus eine Integration der ambulanten Operationen gemäß § 115b SGB V sowie weiterer ambulant erbringbarer Krankenhausleistungen in den § 116b-Leistungskatalog vor (Deutscher Bundestag 2011a, S. 33). Die insgesamt marktoffen-leistungserbringerfreundliche Ursprungskonzeption der ASV, für die die Lösung „Wer kann, der darf“ sprichwörtlich wurde, wurde im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens jedoch teilweise wieder revidiert. Die nicht nur von Seiten der gesetzlichen Krankenkassen geäußerten Warnungen vor einer Kostenexplosion in diesem extrabudgetär „angereizten“ und von der Bedarfsplanung ausgeklammerten Versorgungsbereich, aber auch die gemischte Interessenlage innerhalb der Vertragsärzteschaft hatte unter anderem zur Folge, dass der neue § 116b-Leistungskatalog nicht erweitert, sondern durch die Eingrenzung

auf die schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen im Vergleich zum alten § 116b-Leistungskatalog eingeschränkt wurde. Darüber hinaus wurde – um den Bedenken innerhalb der Vertragsärzteschaft Rechnung zu tragen – gesetzlich verankert, dass sich die Bereinigung der vertragsärztlichen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nicht zu Lasten der haus- und fachärztlichen Grundversorgung auswirken dürfe (§ 116b Abs. 6 Satz 13 und 14 SGB V).

6.3 Neue Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV-RL)

Seit Inkrafttreten des GKV-VStG hat der G-BA eine neue Rahmenrichtlinie (ASV-RL) mit indikationsübergreifenden allgemeinen Anforderungen sowie vier indikationsspezifische Anlagen beschlossen, und zwar die „Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“ (Anlage GiT), „Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“ (Anlage Tbc), „Anlage 2 – Buchstabe k Marfan-Syndrom“ (Anlage Marfan) und die „Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren“ (Anlage Gyn), die um Zusatz-Beschlüsse zur Subspezialisierung auf die Diagnose „Mammakarzinom“ bzw. „andere gynäkologische Tumore“ ergänzt wurde (G-BA2013). Zurzeit berät der G-BA – immer parallel sowohl zu einer komplexen und einer seltenen Erkrankung – über die Anlagen zu rheumatologischen Erkrankungen (Anlage Rheuma) sowie zur pulmonalen arteriellen Hypertonie (Anlage PAH) (Abbildung 6–2).

Abbildung 6–2

Beratungsstand zur ASV	
<p>Anlage 1: Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen</p>	<p>Anlage 2: Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen</p>
1. Onkologischen Erkrankungen: GI-Tumoren	1. Tuberkulose
2. Onkologischen Erkrankungen: gynäkologische Tumoren	2. Marfan-Syndrom
3. Rheumatologischen Erkrankungen	3. Pulmonale Hypertonie
4. Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3–4)	4. Mukoviszidose
	5. PSC (primär sklerosierende Cholangitis) Hier soll geprüft werden, ob die seltenen Lebererkrankungen (primär sklerosierende Cholangitis, biliäre Zirrhose und Morbus Wilson) zusammenfassend zu beraten sind. Die Lebertransplantationen bedürfen einer gesonderten Beratung.

6.4 Interdisziplinäre Teambildung durch Leistungs-kooperationen

Die wichtigste in der neuen ASV-RL verankerte Strukturqualitätsanforderung ist die Bildung eines interdisziplinären Teams. Schon in der ABK-RL stellte die interdisziplinäre Abstimmung ein hervorstechendes Prozessqualitätsmerkmal dar. Das ASV-Team ist in drei Ebenen untergliedert: Teamleiter, in der Regel in die Behandlung einzubindende Kernteam-Mitglieder sowie bei Bedarf auf Überweisung hinzuziehende Fachärzte (§ 3 Abs. 2 ASV-RL). Während die gebotene interdisziplinäre Abstimmung in der ABK-RL durch Vorhalten der diagnosenspezifisch jeweils erforderlichen Fachabteilungen im Krankenhaus gewährleistet wurde, ist nach der ASV-RL eine namentliche Benennung der Kernteammitglieder erforderlich, auch wenn es sich dabei um Krankenhausärzte handelt. Für die Indikationsstellung und therapeutische Entscheidungen gilt – auch im Krankenhaus – der Facharztstatus.

Da seit dem GKV-VStG auch niedergelassene Spezialisten an der ASV teilnehmen können, hat der G-BA die Möglichkeit zur Bildung von Leistungskooperationen zur Erfüllung der personellen, sächlichen und organisatorischen Voraussetzungen geschaffen (§ 2 ff ASV-RL). Anders als in der Vergangenheit ist die Bildung eines ASV-Teams zukünftig nicht ausschließlich „unter einem Dach“ – des Krankenhauses –, sondern auch durch Vernetzung möglich: sei es durch Kooperation vertragsärztlicher Spezialisten untereinander, sei es durch gemischte Kooperationen zwischen Vertragsärzten und einem Krankenhaus oder durch Kooperation zwischen Krankenhäusern. Vertragsärztliche Spezialisten müssen für ASV-Zwecke kein Medizinisches Versorgungszentrum oder eine (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft gründen, sondern vergleichsweise niederschwellig eine Leistungskooperation gemäß § 2 ASV-RL mit den erforderlichen Teammitgliedern in Gestalt eines privatrechtlichen Vertrags eigener Art vereinbaren. Im Rahmen dieser Leistungskooperation bleibt der einzelne Vertragsarzt beziehungsweise das einzelne Krankenhaus eigenständiger Leistungserbringer und rechnet seine ASV-Leistungen individuell ab.

6.5 ASV-Kooperation zur Förderung sektorenübergreifender Abstimmung

Von der Leistungskooperation gemäß § 3 Absatz 1 Satz 2 ASV-RL zu trennen ist die sogenannte ASV-Kooperation gemäß § 10 ASV-RL. Diese stellt ein zusätzliches, bei der ASV von onkologischen Erkrankungen vom Gesetzgeber vorgegebenes Kooperationserfordernis zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Sektoren dar, das nicht nur zwischen zwei unterschiedlichen ASV-Teams, sondern auch im Rahmen einer bereits sektorenübergreifend gebildeten Leistungskooperation zwischen zwei ASV-Berechtigten vereinbart werden kann. Wesentlicher Inhalt der ASV-Kooperation ist die sektorenübergreifende Abstimmung der Eckpunkte der onkologischen Diagnostik und Therapie sowie die Durchführung einer wenigstens zweimal jährlich stattfindenden gemeinsamen Qualitätskonferenz in Anlehnung an die Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen der Krankenhäuser.

6.6 Kernteam- und arztbezogene Mindestmengen

Ein weiteres Kernelement der ASV ist die Festlegung von Mindestmengen, die jeweils in den indikationsspezifischen Anlagen konkretisiert werden (§ 11 ASV-RL). Bereits die ABK-RL sah den Nachweis einer Mindestmenge an behandelten Patienten pro Jahr als Zulassungsvoraussetzung vor, die von der § 116b-Einrichtung zu erfüllen waren. Gemäß ASV-RL werden die Mindestmengen auf das Kernteam bezogen, das heißt, Behandlungsfälle der dritten Teamebene werden bei der Summierung der Mindestmenge nicht mitgerechnet.

Während in der vom G-BA am 19. Dezember 2013 beschlossenen neuen Anlage Tuberkulose die bis dato schon geltende Mindestmenge von 20 Patienten mit Tuberkulose pro Jahr fortgeschrieben wurde, musste die im Frühjahr 2014 beschlossene Anlage GiT infolge des GKV-VStG bzw. aufgrund der bei onkologischen Erkrankungen vom Gesetzgeber vorgegebenen Einschränkung auf die schweren Verlaufsformen angepasst werden. Da onkologische Erkrankungen anders als zum Beispiel die Herzinsuffizienz nicht nach Schweregraden klassifiziert werden und somit etablierte medizinische Kriterien zur Berechnung der Prävalenz schwerer Verlaufsformen fehlen, musste der G-BA einen eigenen Kriterienkatalog zur Unterscheidung schwerer und nicht schwerer Verlaufsformen entwickeln. Bei seiner Definition der schweren Verlaufsform einer onkologischen Erkrankung hat der G-BA sowohl Besonderheiten der Erkrankung – wie zum Beispiel ein fortgeschrittenes Stadium oder schlechte Prognosefaktoren – als auch Besonderheiten der Behandlung berücksichtigt. Aus Sicht des G-BA ist bei der ASV von schweren Verlaufsformen einer onkologischen Erkrankung typischerweise eine interdisziplinär abgestimmte multimodale Therapie oder Kombinationschemotherapie erforderlich, das heißt, „es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante Therapie oder neoadjuvante Therapie eine systemische Therapie und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf“ (G-BA 2014). Hierbei handelt es sich um eine weite Definition der schweren Verlaufsform, auf deren Basis – unter der Voraussetzung einer gesicherten Erstdiagnose eines Tumors – die Mehrheit der onkologischen Patientinnen und Patienten in die ASV eingeschlossen werden kann.

Zu den erwähnenswerten weiteren Änderungen einzelner Regelungen in der ASV-RL gegenüber der ABK-RL zählen neben dem bereits erwähnten Erfordernis einer gesicherten Diagnose die Einführung einer arztbezogenen Mindestmenge in Anlehnung an die ambulante Onkologievereinbarung (GKV-Spitzenverband und KBV 2013), die Reduzierung der vormaligen Überweisungsdauer in die ASV von drei Jahren auf vier Quartale sowie die Einschränkung der Mitbehandlung von Begleiterkrankungen.

6.7 Behandlungsumfang einschließlich nicht im EBM enthaltener Leistungen

Neben der Festlegung der Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität sowie Pflege des § 116b-Katalogs einschließlich Definition der schweren Verlaufsformen von onkologischen Erkrankungen ist der G-BA außerdem für die Festlegung des Behandlungsumfanges zuständig (§ 116b Absatz 4, Satz 2 SGB V). Während die Beschreibung des Behandlungsumfanges in der ABK-RL ohne jeglichen Bezug zu einem Prozedurenschlüssel oder sonstigem Klassifikationsschema erfolgte, werden in der ASV-RL die Leistungen in einem zusätzlichen Appendix zur diagnosespezifischen Anlage jeweils fachgebietsspezifisch auf die Leistungsbeschreibungen des EBM heruntergebrochen, wofür sich die Bezeichnung „EBM-Ziffernkranz“ eingebürgert hat.

Hintergrund dieser Vorgehensweise ist, dass die Vergütung der ASV zunächst einzelleistungsbezogen auf Basis des EBM erfolgen wird. Der Appendix zur Anlage ist mehr oder weniger einer Abrechnungsscheckliste gleichzusetzen, aus welcher der jeweils an der ASV beteiligte Facharzt beziehungsweise das Krankenhaus ersehen kann, welche EBM-Leistungen im Rahmen der ASV abrechnungsfähig sind oder nicht. Nach § 116b SGB V neue Fassung können außerdem neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, in die ASV eingeschlossen werden (§ 116b Absatz 1, Satz 3 SGB V). Im Rahmen seines Gestaltungsspielraums hat der G-BA beschlossen, jeweils diagnosespezifisch in den Anlagen abschließend festzulegen, um welche Leistungen es sich dabei handelt. Diese werden in einem zweiten Abschnitt des Appendix zur Anlage abgebildet. Im Falle der Anlage GiT wurden beispielsweise PET/PET-CT, aber auch die Koordination der ASV durch den Teamleiter und die Teilnahme der ASV-Kernteam-Mitglieder an interdisziplinären Tumorkonferenzen in den Behandlungsumfang eingeschlossen (Tabelle 6–1).

6.8 Häufig gestellte Fragen

Seit Inkrafttreten der ASV-Rahmenrichtlinie am 20. Juli 2013 und der Anlagen Tbc am 24. April 2014 und GiT am 26. Juli 2014 erreichen den G-BA Auslegungsfragen zu den von ihm getroffenen Regelungen sowohl von Leistungserbringerseite als auch von den erweiterten Landesausschüssen (eLAs), denen die Operationalisierung des Anzeigeverfahrens gemäß § 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V obliegt. Die eLAs können von dem anzeigenden Leistungserbringer zusätzliche Informationen zur Prüfung der Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen anfordern (§ 116b Abs. 2 Satz 5 SGB V); bis zum Eingang der Auskünfte ist die Zweimonatsfrist, innerhalb der ein eLA der Teilnahmeberechtigung widersprechen kann (§ 116b Abs. 2 Satz 4 SGB V), unterbrochen.

Besonders strittig ist, wie die Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die betriebsstätten- und insbesondere auch arztbezogene Anforderungen an die Erbringung hochspezialisierter Leistungen im vertragsärztlichen Bereich festlegen, entsprechend auf an der ASV teilnehmende Krankenhäuser bzw.

Tabelle 6–1

Appendix, Abschnitt 2: nicht im EBM enthaltene Leistungen

Lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Allgemeinchirurgie	Viszeralchirurgie	HNO-Heilkunde	Nuklearmedizin (Kernteam)
1	PET/PET-CT – bei Patienten mit Ösophagus-Karzinom zur Detektion von Fernmetastasen – bei Patienten mit resektablen Lebermetastasen eines kolorektalen Karzinoms mit dem Ziel der Vermeidung einer unnötigen Laparotomie Im Zusammenhang mit § 137 e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.	0	0	0	0	0	0	1
2	Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung eines Patienten mit gastrointestinalem Tumor und/oder einem Tumor der Bauchhöhle unter tumorspezifischer, insbesondere zytostatischer, Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])	1	1	1	1	1	1	1
3	Zusätzlicher Aufwand für Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie (entsprechend der Zusatzpauschalen für die onkologische Behandlung und/oder Betreuung für andere Fachgebiete im Abschnitt 1, etwa GOP 07345 des EBM)	0	1	0	0	0	0	1
4	Zusätzlicher Aufwand für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86516 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])	1	1	1	1	1	1	1
5	Zusätzlicher Aufwand für die Teilnahme an einer Tumorkonferenz mit Vorstellung eines Patienten	1	1	1	1	1	1	1
6	Zusätzlicher Aufwand für die Durchführung von und Teilnahme an Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c) ASV-RL	1	1	1	1	1	1	1

Tabelle 6–1

Fortsetzung

Lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Allgemeinchirurgie	Viszeralchirurgie	HNO-Heilkunde	Nuklearmedizin (Kernteam)
7.1	Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (etwa Hospize, SAPV)	1	0	1	1	1	1	0
7.2	Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (etwa Hospize, SAPV)	1	1	1	1	1	1	1
8	Vorhaltung einer 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft	1	1	1	1	1	1	1

0 = Die mit der Gebührenordnungspositionen (GOP) beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 gehören für die jeweilige Arztgruppe nicht zum Behandlungsumfang.

1 = Die mit der Gebührenordnungspositionen (GOP) beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 gehören für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang.

deren Ärzte zu übertragen sind (§ 3 Abs. 5 Satz 2 ASV-RL). Bei der Neufassung des § 116b SGB V im GKV-VStG wurde der Querverweis auf die entsprechende Geltung der QS-Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V vor dem Hintergrund, dass der G-BA sektorenübergreifend einheitliche Qualitätsanforderungen neu definieren soll, bereits gestrichen.

Ein von Seiten der eLAs thematisierter Aspekt von besonderer Bedeutung betrifft den im Appendix zur jeweiligen ASV-Anlage auf Basis der EBM-Leistungsbeschreibungen indikationsspezifisch festgelegten Umfang von Untersuchungs- und Behandlungsleistungen. Hierbei ist derzeit noch strittig, ob es sich um eine abschließende Beschreibung des maximal möglichen Behandlungsumfanges im Rahmen der ASV handelt oder es zur Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen für die ASV erforderlich ist, sämtliche Leistungen vorzuhalten bzw. ein Nachweis des Vorhaltens sämtlicher Leistungen zwingend erforderlich ist.

Weitere Probleme aus Sicht der eLAs, die jedoch nicht an den G-BA, sondern an den Gesetzgeber zu adressieren sind, betreffen insbesondere die Regelung in § 116b Abs. 2 Satz 5 SGB V, die sowohl eine Hemmung der Zweimonats-Frist im Sinne von § 209 BGB als auch eine Unterbrechung im Sinne von § 217 BGB (a. F.) zulässt sowie die grundsätzliche Problematik, dass das Anzeigeverfahren verwaltungsrechtlich nicht hinreichend geregelt ist.

6.9 Änderungen des § 116b SGB V im GKV-VSG

Die im Referentenentwurf zum GKV-VSG noch vorgeschlagene Dauer-Bestandsschutzregelung für Krankenhäuser, die bereits nach § 116b SGB V a. F. zugelassen waren, wurde nicht umgesetzt, stattdessen wurde die Übergangsregelung für alte, nach der ABK-RL beschlossene Anlagen von zwei auf drei Jahren verlängert (Deutscher Bundestag 2015, S. 54f). Die zentrale Änderung des GKV-VSG am § 116b SGB V aus Sicht des G-BA stellt jedoch die mit dem Änderungsantrag Nr. 33 eingebrachte und in die Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses aufgenommene Streichung der Eingrenzung auf die schweren Verlaufsformen bei onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen dar (Deutscher Bundestag 2015, S. 53ff). Die Neuregelung ist medizinisch sachgerechter als die artifizielle Trennung in schwere und einfache Verlaufsformen bei ohnehin komplexen Erkrankungen, lässt jedoch nicht den Umkehrschluss zu, dass nun jedwede Erkrankung in die ASV eingeschlossen werden könnte. Schon in der Begründung zum Änderungsantrag Nr. 33 wird darauf hingewiesen, dass auch nach Streichung der schweren Verlaufsformen „das generelle Merkmal, dass die ambulante spezialfachärztliche Versorgung bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen eine interdisziplinäre Abstimmung und Koordination der Patientenversorgung erfordert, auch für onkologische und rheumatologische Erkrankungen bestehen bleibt. Dies war auch bereits in den bisherigen konkretisierenden Richtlinienbeschlüssen des G-BA zu Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b alter und neuer Fassung ein wichtiger Bestandteil“ (Deutscher Bundestag 2015, S. 131)

Laut Begründung zum Regierungsentwurf des GKV-VStG kann sich der besondere Krankheitsverlauf einer Erkrankung sowohl durch die Krankheit selbst (z. B.

bestimmte Formen, Stadien oder Phasen) als auch durch die Merkmale der Patienten im individuellen Fall (z.B. Begleiterkrankungen, Komplikationen) ergeben (Deutscher Bundestag 2011a, S. 82). Der G-BA hatte Kriterien für einen besonderen Krankheitsverlauf einer Erkrankung definiert, und zwar im Zusammenhang mit Aufnahme und Verbleib als Kataloginhalt nach § 116b SGB V in der bis zum 1. Januar 2012 geltenden Fassung seiner Verfahrensordnung. Deshalb dürfte unstrittig sein, dass auch nach Aufhebung der Eingrenzung auf die schweren Verlaufsformen vergleichsweise einfach therapierbare, wenig komplexe Krankheiten, die keiner spezialfachärztlichen Versorgung bedürfen, nicht in die ASV gehören, sondern – neben seltenen Erkrankungen – nur Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in die ASV eingeschlossen werden können.

Als Konsequenz aus dem GKV-VSG wird der G-BA zu prüfen haben, ob er auf eine jeweils indikationsspezifische Konkretisierung des besonderen Krankheitsverlaufs oder gar auf eine allgemeine Definition des besonderen Krankheitsverlaufs in der ASV-RL verzichten kann. Des Weiteren dürfte die Streichung der schweren Verlaufsformen insbesondere Konsequenzen für die Höhe der Mindestmengen sowie gegebenenfalls für die Regelung des Überweisungsvorbehalts einschließlich der Dignität der Diagnose – gesicherte oder Verdachtsdiagnose – und der Überweisungsdauer haben. Änderungen am jeweils indikationsspezifisch festgelegten Behandlungsumfang dürften nach vorläufiger Einschätzung eigentlich nur marginal sein, da die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen von onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen unverändert – nunmehr jedoch als Teilmenge – zum Leistungsumfang der ASV zählt.

6.10 Zwischenfazit und Ausblick

Der im GKV-VStG offenbar gewordene gesetzgeberische Zielkonflikt zwischen Ausweitung oder Eingrenzung der ASV stellte für den G-BA eine schwierige Ausgangsbasis bei der Entwicklung der neuen ASV-RL dar. Angesichts der Szenarien einer Kostenexplosion oder einer zu weitgehenden Budgetbereinigung erhielten die vom G-BA zu definierenden Qualitätsvorgaben sowie die Festlegung des Behandlungsumfangs faktisch den Charakter von Zulassungskriterien und Instrumenten zur Mengensteuerung. Die hieraus resultierende Regelungsdichte stellt sich für viele an der ASV grundsätzlich interessierte Leistungserbringer als hohe Barriere dar.

Zudem haben Interpretationsspielräume verschiedener Regelungen in der ASV-RL sowie die in verwaltungsrechtlicher Hinsicht offenen Fragen zur Umsetzung des Anzeigeverfahrens aus Absicherungsgründen in nicht wenigen Bundesländern zu besonders hohen Anforderungen der eLAs an die Nachweise der zu erfüllenden Teilnahmevoraussetzungen geführt.

Bisher (Stand 14. Juli 2015) sind bei der zentralen ASV-Servicestelle nur 18 Berechtigungen zur Teilnahme an der ASV gelistet. Davon haben acht ASV-Teams zur Anlage Tbc und zehn zur Anlage GiT eine Teilnahmeberechtigung erhalten (ASV-Servicestelle 2015). Diese Zwischenbilanz kann nur als enttäuschend bezeichnet werden und sollte Anlass zu einer Verschlankung sowohl der derzeitigen ASV-Regelungsdichte beim G-BA als auch der Nachweispflichten bei den eLAs sein.

Der G-BA beabsichtigt, die aus dem GKV-VSG resultierenden Änderungen sowie zusätzlich notwendige Präzisierungen bisheriger Regelungen in der ASV-RL bis Ende 2015 zu beschließen, sodass die Beschlüsse zur Anlage Gyn Anfang 2016 in einer konsolidierten, der neuen Gesetzeslage entsprechenden Fassung in Kraft treten können. An den Zusatzbeschlüssen zur Anlage Gyn vom 18. Juni 2015 wurde von allen Seiten positiv hervorgehoben, dass sich der G-BA durch Einführung von Subspezialisierungen zum Beispiel für die ASV von Patientinnen mit Mammakarzinom um die Vermeidung von Doppelstrukturen bzw. um eine möglichst unbürokratische Integration bereits bestehender sektorenübergreifend-interdisziplinärer Kooperationsstrukturen, wie es zum Beispiel die Brustzentren darstellen, in die ASV bemüht.

Auch wenn mit dem GKV-VSG Einschränkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung wieder revidiert wurden – der Durchbruch dieses Versorgungsangebots bleibt dennoch abzuwarten. Ebenfalls im GKV-VSG wurde für die Hochschulambulanzen durch Änderung des Versorgungsauftrags in § 117 SGB V n. F. ein der ASV vergleichbares Leistungsangebot geschaffen, das für die Universitätskliniken bzw. die Vertragspartner gegebenenfalls anstelle der ASV favorisiert werden wird.

Ein Unsicherheitsfaktor im Hinblick auf die Zukunft der ASV bleibt außerdem die unentschiedene Haltung der Vertragsärzteschaft zu diesem Leistungsangebot. Anlass hierfür ist die Budgetbereinigungsproblematik. Zwischenzeitlich haben die Vertragspartner im ergänzten Bewertungsausschuss die durchschnittlichen Leistungsmengen zu den Anlagen Tbc und GiT beschlossen. Um welche Gesamtsumme die Gesamtvergütung am Ende bereinigt wird, wird von der Anzahl der ASV-Patienten abhängen (Ärzte Zeitung 2015).

Der G-BA hat die ASV als lernendes System angelegt und die ASV-RL seit Inkrafttreten des ersten Beschlusses vom 20. Juli 2013 konsequent weiterentwickelt. Die sektorspezifisch völlig unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Besonderheiten, in denen die Leistungserbringer jeweils verbleiben bzw. die von diesen bestimmt werden, stellen jedoch relevante Limitationen für eine erfolgreiche Einführung dieses sektorenübergreifenden Leistungsangebots dar.

Literatur

- Ärzte Zeitung. Bereinigung des Budgets für ASV festgelegt. 06. Juli 2015. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/asv/article/889979/honorar-bereinigung-des-budgets-asv-festgelegt.html (16. Juli 2015).
- ASV-Servicestelle. ASV-Verzeichnis. 2015. <https://www.asv-servicestelle.de/Home/ASVVerzeichnis> (14. Juli 2015).
- Deutscher Bundestag. Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG). 2003. Drucksache 15/1170, S. 97. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/011/1501170.pdf> (14. Juli 2015).
- Deutscher Bundestag. Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG). 2011a. Drucksache 17/6906. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/069/1706906.pdf> (14. Juli 2015).

- Deutscher Bundestag. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 18/4095 – [...]. 2015. Drucksache 18/5123, S. 54f. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/051/1805123.pdf> (14. Juli 2015).
- Fuchs J, Rabenberg M, Scheidt-Nave C. Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut: Prävalenz ausgewählter muskuloskelettaler Erkrankungen – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Berlin 2013. In: Bundesgesundheitsblatt 2013 56: 678–86. DOI 10.1007/s00103-013-1687-4. Online publiziert: 27. Mai 2013.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116b SGB V). 2011. <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/43/> (14. Juli 2015).
- Gemeinsamer Bundesausschuss. Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung § 116b SGB V – ASV-RL. 2013. <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/80/> (14. Juli 2015).
- Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle. 2014. <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1941/> (14. Juli 2015).
- GKV-Spitzenverband und KBV. Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag Ärzte) zwischen dem GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Juli 2009. Zuletzt geändert am 10. Dezember 2013, in Kraft getreten am 1. Januar 2014.
- Robert Koch-Institut. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Eine Veröffentlichung des Zentrums für Krebsregisterdaten am Robert Koch-Institut (RKI). Berlin 2010.
- SVR Gesundheit. Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag 2012, Drucksache 17/10323. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/103/1710323.pdf> (14. Juli 2015).