Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

§ 116 b: Zeitplan gerät aus den Fugen

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) gilt als die eigentliche Innovation des Versorgungsstrukturgesetzes. Die große Hoffnung: eine Versorgung von Patienten mit schweren und komplexen Krankheiten wie Krebs, aus einer Hand, ambulant und für Vertragsärzte und Kliniken zu gleichen Bedingungen. Doch die Materie ist komplex. Vor 2014 ist nicht mit einer Realisierung zu rechnen.

Noch im Juli war der neue Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Josef Hecken, optimistisch: Mit einem „erheblichen Kraftakt“ sei es wohl zu schaffen, bis Ende 2012 den Gesetzesauftrag zu erfüllen und zu definieren, was eine schwere Krankheit mit einer besonders schweren Verlaufsform ist. Mit der Onkologie sollte begonnen werden, dem wahrscheinlich wichtigsten, aber auch wohl komplexesten Teil der mit dem Versorgungsstrukturgesetz geschaffenen neuen ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.

Das wird nach neuestem Stand wohl nicht zu schaffen sein, wie bei einem Symposium der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden deutlich wurde. Einigkeit bestand unter den Symposionsteilnehmern – Dr. Hans Friedrich Spies, Kardiologe, Belegarzt und BDI-Vorstand, Ingo Seip von der Hessischen Krankenhausgesellschaft, Dr. Mechthild Schmedders vom GKV-Spitzenverband und Walter Plassmann von der KV Hamburg – darin, dass der neue Paragraph 116 b im Vergleich zu seinen Vorgänger-Regelungen einen echten Fortschritt darstellt. Charakteristisch für den neuen Versorgungssektor ist:

- Gleiche Zugangsvoraussetzungen für hochspezialisierte Vertragsärzte und Krankenhäuser: das sind insbesondere die persönliche Qualifikation, die Ausstattung des Krankenhauses oder der Praxis sowie Kooperations- und Teamfähigkeit, die zur Behandlung komplexer Krankheiten erforderlich sind.
- Gleiche Vergütungsbedingungen, die zunächst hilfsweise im Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildet werden, für die auf mittlere bis längere Sicht jedoch eine eigene Vergütungssystematik zwischen KBV, Kranken-

hausgesellschaft und GKV-Spitzenverband vereinbart werden soll. Ein wesentlicher Fortschritt: Budgets oder Mengenbegrenzungen sind nicht vorgesehen, das Morbiditätsrisiko liegt bei den Krankenkassen.

- Geltung des Verbotsvorbehalts für innovative Leistungen: Damit wird dieser hochspezialisierte Teil der ambulanten Medizin, in dem sich ein großer Teil des medizinischen Fortschritts realisiert, rechtlich den Krankenhäusern und ihren stationären Leistungen gleichgestellt. Will sagen: Das System wird auch für ambulante Patienten innovationsoffen, neue Leistungen bedürfen nicht mehr der ausdrücklichen Zulassung durch den Bundesausschuss, der sich bislang als Fortschrittschürde erwiesen hat. Allerdings müssen die Leistungserbringer damit rechnen, dass der Bundesausschuss sie auffordern wird, Innovationen zu evaluieren. Neu ist ebenfalls nach dem Versorgungsstrukturgesetz, dass sich die Krankenkassen an der Finanzierung der Evaluationskosten beteiligen müssen.

Aus der Sicht von BDI-Vorstandsmitglied Spies ist diese Reform ein wirklicher Fortschritt: „Ordnungspolitische Forderungen der verfassten Ärzteschaft sind komplett erfüllt worden.“ Seiner Auffassung nach wird es zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern nicht zu einer Konfrontation, sondern eher zu einer Kooperation kommen. „Eine Chance für die niedergelassenen Spezialisten.“

Allerdings sind dafür noch Hürden zu nehmen, die nicht zuletzt in der Natur der komplexen Krankheiten liegen. Einige Sorge machen sich die niedergelassenen Spezialisten, dass für sie ein rigoroser Facharzt-Status als Eingangsvoraussetzung gilt, während bei der ambulanten

Behandlung im Krankenhaus zwar der Spezialist die Supervision hat, aber Nicht-Fachärzte mitbehandeln könnten.

Ein weiterer Knackpunkt ist die Definition des ASV-Teams. Dazu gehört in der Onkologie federführend der Onkologe/Hämatologe, der aber, je nach Krankheit, auf ein ihn begleitendes Team von Gynäkologen, Chirurgen und Strahlentherapeuten zurückgreifen muss und in einer weiteren Versorgungsebene der Unterstützung von Laborärzten, Pathologen, Radiologen und Psychotherapeuten bedarf. Dabei muss sich der Bundesausschuss bei der Festlegung seiner Richtlinien darüber verständigen, ob und inwieweit solche dreischichtigen Teams räumlich eng zusammenarbeiten müssen oder ob dies auch dezentral geschehen kann. Und für die Vergütung ist entscheidend, ob die Leistungen aller drei Ebenen im Rahmen der ASV vergütet werden sollen. Einer Regelung bedarf es auch, wie Patienten in die ASV überwiesen werden und welche Kooperationsverpflichtungen die ASV-Ärzte mit den Kollegen in der Grundversorgung erfüllen müssen.

Naturngemäß sieht der GKV-Spitzenverband längerfristig Kostenrisiken für die Krankenkassen, obgleich die Leistungen nach dem bisherigen Paragraphen 116 b gerade die 100-Millionen-Euro-Grenze (nur für Ärzte-Vergütung) überschritten haben. Vorsorglich hat der GKV-Spitzenverband schon einmal zwei Dutzend Konfliktthemen ausfindig gemacht und im Bundesausschuss auf den Verhandlungstisch gelegt. Schnelle Erfolge sind daher nicht erwarten. Die Vorstellung des Gesetzgebers, so Dr. Mechthild Schmedders vom Kassenverband, bis zum Jahresende könne der GBA mit den Richtlinien fertig sein, wird sich nicht erfüllen.

Helmut Laschet