

BMC-Positionspapier zum §116 SGB V (neu) - Ambulante Spezialärztliche Versorgung:

## „Wichtiges innovatives Strukturmerkmal“

Der § 116b SGB V sieht in seiner neuen Fassung des Kabinettsentwurfs des Versorgungsgesetzes vom 3.8.2011 vor, dass ambulant erbringbare, spezialisierte Leistungen in einen eigenen Versorgungssektor „ambulante spezialärztliche Versorgung“ überführt werden. Dabei sollen, so der Gesetzentwurf, die Therapie von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (zum Beispiel onkologische Erkrankungen), die Behandlung seltener Erkrankungen (zum Beispiel Tuberkulose), ausgewählte ambulante Operationen und andere stationersetzende Leistungen aus dem Katalog des § 115b SGB V sowie hochspezialisierte Leistungen (wie CT/MRT-gestützte schmerztherapeutische Leistungen) in den neuen Versorgungssektor integriert werden. Dazu hat die Projektgruppe „Ambulante Spezialärztliche Versorgung“ des Bundesverbands Managed Care e. V. unter der Leitung von Roger Jaeckel, Leiter Gesundheitspolitik, GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, ein Positionspapier entwickelt.

>> Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz dazu ermächtigt, die Leistungen bzw. Krankheitsbilder der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sowie die dafür nötigen Qualifikationsvoraussetzungen für die Leistungserbringer zu definieren. Neben persönlichen Qualifikationsvoraussetzungen kann der G-BA für einzelne Krankheitsbilder oder Therapien auch prozessuale Vorgaben erlassen, die dann durch die Leistungserbringer nachzuweisen sind. Diese umfassen:

- Vorgaben zur verpflichtenden Kooperation von Leistungserbringern; für den Bereich der Onkologie sind diese laut Gesetz verpflichtend zu definieren.
- Definition von Überweisungsvorhalten als Zugangsvoraussetzung für die ambulante spezialärztliche Versorgung.
- Entscheidungshilfen für den behandelnden Arzt, wann bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen von einem solchen besonderen Krankheitsverlauf auszugehen ist.

Neu ist, dass für den ambulanten spezialärztlichen Versorgungssektor das Prinzip des Verbotsvorbehalts aus dem stationären Bereich übernommen werden soll. Das bedeutet, dass neue, innovative Verfahren in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung grundsätzlich eingesetzt werden dürfen, sofern der G-BA diese Leistungen nicht explizit als Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen abgelehnt hat. An der ambulanten spezialärztlichen Versorgung können grundsätzlich niedergelassene Ärzte sowie zugelassene Krankenhäuser teilnehmen, sofern sie die Qualifikationsanforderungen sowie ggf. Kooperationsvorgaben des G-BA für das jeweilige Krankheitsbild bzw. die jeweilige Leistung erfüllen. Die Leistungserbringer zeigen dazu ihre Qualifikation gegenüber der zuständigen Landesbehörde an; erfolgt innerhalb von zwei Monaten kein Widerspruch, so ist der Leistungserbringer für die ambulante

spezialärztliche Versorgung zugelassen. Eine Bedarfsplanung erfolgt explizit nicht.

Für die Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung soll mittelfristig durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie den Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine eigene Gebührenordnung entwickelt werden. Übergangsweise sollen die Leistungen nach dem EBM mit den Beiträgen der jeweils gültigen, regionalen Euro-Gebührenordnung als Einzelleistungen ohne Mengenbegrenzung vergütet werden. Krankenhäuser erhalten einen fünfprozentigen Abschlag auf die EBM-Vergütung, um die Investitionsförderung im Rahmen der dualen Finanzierung auszugleichen. Die Abrechnung der Leistungen soll – wie schon beim aktuell gültigen § 116b SGB V – direkt mit den Krankenkassen erfolgen, denen auch die Prü-

fung von Wirtschaftlichkeit und Qualität obliegt. Die morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sind um den in die ambulante spezialärztliche Versorgung überführten Leistungsbedarf zu bereinigen.

### Mögliche Auswirkungen des § 116b SGB V (neu) auf das Gesundheitssystem als Ganzes

Mit der Neuordnung des Paragraphen 116b SGB V reagiert die Bundesregierung auf eine durch den medizinischen Fortschritt möglich gewordene dynamische Leistungsentwicklung.

Der Zunahme komplexer Krankheitsbilder und hochspezialisierter Behandlungsmethoden steht im medizinischen Versorgungsalltag eine historisch gewachsene Anbieterstruktur gegenüber, die mit der traditionellen

## Ausgangssituation

Der medizinische Fortschritt hat in den vergangenen Jahrzehnten dazu geführt, dass viele Eingriffe, die früher ausschließlich im Krankenhaus stationär durchgeführt wurden, heute ambulant erbracht werden können. In der Folge hat der Gesetzgeber zahlreiche reformpolitische Versuche unternommen, die Krankenhäuser für ambulante Leistungen zu öffnen und die starre Trennung der Sektorengrenzen zu überwinden. Hierzu zählt insbesondere Ambulantes Operieren: Der § 115b SGB V sieht vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft einen Katalog der ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationersetzenden Leistungen definieren, die dann durch niedergelassene Ärzte sowie Krankenhäuser zu einer einheitlichen Vergütung ambulant erbracht werden können.

- Ambulante Versorgung am Krankenhaus: Der § 116b SGB V ermöglicht Krankenhäusern, für hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen an der ambulanten Versorgung teilzunehmen, sofern sie dafür im Rahmen der Krankenhausplanung zugelassen wurden. Da bei dieser Zulassung keine Berücksichtigung der bestehenden ambulanten Versorgungssituation vorgesehen ist, sahen viele Vertragsärzte dieses Eindringen der Krankenhäuser in den ambulanten Bereich gerade in Ballungszentren als sehr kritisch.
- Integrierte Versorgung: Auch kooperative Modelle sind grundsätzlich möglich – der § 140a ff. SGB V ermöglicht Leistungsanbietern, fachgruppen- und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte mit Krankenkassen vertraglich zu verankern.

Es bleibt festzustellen, dass trotz zahlreicher Reformen die Überwindung der Sektorentrennung nicht zufriedenstellend gelungen ist. Die gesetzlichen Änderungen haben stattdessen zu einer höheren Komplexität und damit Intransparenz des Systems geführt, da sie oft widersprüchliche Regelungen geschaffen haben, ohne bestehende Vorgaben kritisch zu überprüfen. Mit dem Entwurf zum „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (kurz: Versorgungsstrukturgesetz) hat der Gesetzgeber nun auf diese Entwicklung reagiert und plant mit einer Neugestaltung des § 116b SGB V, einen neuen Versorgungssektor der „ambulanten spezialärztlichen Versorgung“ einzuführen. In diesem neuen Sektor sollen sowohl stationäre als auch vertragsärztliche Leistungsanbieter ohne Zugangsrestriktionen gleichberechtigt und zu identischen Konditionen tätig werden können.

Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Behandlungserfordernis keine befriedigende Antworten auf erforderliche Behandlungsstrukturen mehr zu liefern vermag. Die strukturpolitisch nach wie vor gelebte Sektorentrennung erweist sich auch als klientelbehafteter Anachronismus, der weder ökonomisch noch versorgungspolitisch zu rechtfertigen ist. Im Vordergrund der Neuordnung des §116b SGB V steht deshalb das politische Anliegen, die Versorgungsstrukturen durch Überwindung der sektoralen Grenzen zwischen ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung weiter zu entwickeln.

Mit einem hohen Maß an ordnungspolitischer Freiheit, hierzu zählt insbesondere eine nicht vorgesehene Ausgabensteuerung sowie der Verzicht auf eine dem Gesundheitswesen ansonsten traditionell innewohnende Bedarfsplanung, versucht der Gesetzgeber, einen neuen ambulanten Sektor der spezialärztlichen Versorgung zu implementieren. Dieser Ansatz erweist sich jedoch als nicht ganz unproblematisch. Beispielsweise könnte der seit Jahren zu beobachtende Trend, dass ballungsstarke Regionen durch eine ambulante fachärztliche Überversorgung gekennzeichnet sind, durch diesen neuen versorgungspolitischen Ansatz eine Fortsetzung erfahren. Dem gegenüber steht das Problem der Unterversorgung in strukturschwachen Gebieten, welches durch das Versorgungsstrukturgesetz gesundheitspolitisch eigentlich beseitigt werden soll. Hier bestehen in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung keine Anreize, dem entgegenzuwirken.

Tatsache jedenfalls bleibt, dass eine bessere Verzahnung der Sektoren überflüssige Krankenhauseinweisungen, Doppeluntersuchungen und vermeidbare Folgekomplikationen reduzieren hilft und somit Effizienzreserven im deutschen Gesundheitssystem gehoben werden können. Tatsache ist aber auch, dass das Phänomen der Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen trotz jahrelang vorhandener Bedarfsplanung im ambulanten und stationären Bereich nachweislich existiert, sonst wäre eine Nachjustierung im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes auch nicht erforderlich.

Die Ausgestaltung des Leistungskataloges der spezialärztlichen Versorgung liegt in den Händen des G-BA. Auf Antrag Dritter, beispielsweise Interessenvertretungen von Patienten, kann der Leistungsumfang jedoch erweitert werden. Zu den Regelungskompetenzen des G-BA gehört auch die Schaffung eines einheitlichen Ordnungsrahmens zwischen dem ambulanten und stationären Sek-

tor im Hinblick auf die erforderlichen Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen.

Die eigentliche gesundheitspolitische Herausforderung des neuen § 116b SGB V besteht folglich weniger darin zu klären, ob ein neuer ambulanter spezialärztlicher Versorgungssektor zwingend erforderlich ist, sondern ob und wie es gelingt, für den ambulanten und stationären Leistungssektor gleichberechtigte Teilnahmevoraussetzungen zu schaffen.

Der vom Gesetzgeber vorgegebene und in sich inhomogene Leistungskatalog, der vom ambulanten Operieren bis hin zur Behandlung seltener Krankheiten reicht, sollte aus diesem Grund und unter Berücksichtigung dieser Zielsetzung einer nochmaligen fachlichen Überprüfung unterzogen werden.

Darüber hinaus sollte das Zusammenwirken des neuen, weitgehend unreglementierten Sektors mit den angrenzenden, etablierten Sektoren der klassisch ambulanten sowie stationären Versorgung beobachtet werden, um unerwünschten Auswirkungen frühzeitig entgegenwirken zu können.

### ... auf die Patienten

Aus Patientenperspektive bietet die ambulante spezialärztliche Versorgung die Chance einer Verbesserung der Versorgungssituation gerade bei seltenen oder schwierigen Erkrankungen, da die Zulassung von Leistungserbringern zur Versorgung deutlich erleichtert wird. Jedoch besteht das Risiko, dass in ländlichen Regionen weiterhin eine Unterversorgung mit diesen Leistungen bestehen bleibt bzw. teilweise noch mit einer Verschärfung gerechnet werden muss.

Da keine Mengenbegrenzung der Leistungen vorgesehen ist, könnte die durch Budgets bedingte, künstliche Rationierung von Leistungen gerade zum Ende eines Abrechnungsquartals künftig entfallen. Das Prinzip des Verbotsvorbehalts bietet aus Sicht des Patienten einerseits die Chance auf einen rascheren Zugang zu Innovationen, auf der anderen Seite aber auch das Risiko, dass nicht validierte Verfahren angewandt werden. Schwierig erscheint aus Patientenperspektive die Transparenz über das Leistungsangebot, da derzeit noch unklar ist, ob, durch wen und in welcher Weise über zugelassene Leistungserbringer der spezialärztlichen Versorgung und deren Leistungsspektrum informiert wird.

### ... auf niedergelassene Ärzte

Die aktuelle Honorarsystematik mit den Regelleistungsvolumen bietet für viele nieder-

gelassene Ärzte schwierige Voraussetzungen, hochspezialisierte Leistungen wirtschaftlich anbieten zu können. Die perspektivische Erarbeitung einer eigenen Gebührenordnung für diese Leistungen sowie die kurzfristige Abschaffung von Mengenbegrenzungen ist aus Sicht der niedergelassenen Ärzte als Chance zu sehen.

Die Vorgabe einheitlicher Teilnahmevoraussetzungen und Rahmenbedingungen für ambulante wie stationäre Leistungsanbieter in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung ist aus Sicht der niedergelassenen Ärzte grundsätzlich positiv zu sehen, auch wenn die aktuelle Gesetzesformulierung dies noch nicht in konsequenter Weise umsetzt. So ist derzeit im Bereich des Krankenhauses das Prinzip der persönlichen Leistungserbringung nicht vorgesehen. Durch die Möglichkeit der Delegation von Leistungen können sich für Krankenhäuser wettbewerbliche Vorteile ergeben, die dem Grundgedanken einheitlicher Voraussetzungen widersprechen.

Durch den nicht reglementierten Zugang zum neuen Versorgungssektor wird der durch die Bedarfsplanung existierende wirtschaftliche Schutz bestehender Praxen in diesem Leistungsbereich aufgehoben. Damit könnte es insbesondere in Ballungszentren zu einem höheren Angebot und damit zu einer verschärften Wettbewerbssituation aus Sicht der Vertragsärzte kommen.

Organisatorisch könnte die Abrechnung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung schwierig für die niedergelassenen Praxen werden, da diese bilateral direkt mit den einzelnen Krankenkassen erfolgen soll. Hier wäre eine Bündelung beispielsweise über die regionale Kassenärztliche Vereinigung von Vorteil.

Konfliktpotenzial bietet die Vorgabe, lediglich die ambulante Gesamtvergütung um die Leistungen der spezialärztlichen Versorgung zu bereinigen. Eine Verknappung der Mittel zur Sicherung der ambulanten Grundversorgung kann nicht ausgeschlossen werden. Eine Förderung der spezialärztlichen Versorgung zu Lasten der ambulanten Grundversorgung stellt daher keinen geeigneten Lösungsansatz dar.

### ... auf die Krankenhäuser

Die Neufassung des § 116b SGB V erleichtert den Krankenhäusern den Zugang zu ausgewählten ambulanten Leistungen, weil der bisher vorgeschriebene staatliche Genehmigungsvorbehalt künftig entfällt. Das bietet Krankenhäusern generell die Chance, ihr Tätigkeitsfeld zu erweitern und damit die Versorgungskette über die rein statio-

näre Betreuung hinaus auf weitere Therapie-schritte auszuweiten. Angesichts sinkender Bettenauslastungen könnte dies ein zunehmend wichtiger Beitrag zur Rentabilität von Kliniken generell sowie im speziellen von kostenintensiven Einrichtungen und Großgeräten sein.

Auch im ländlichen Bereich könnte diese Erweiterung des Tätigkeitsfeldes für Krankenhäuser attraktiv sein. Denn gerade diese Regionen sind hinsichtlich hochspezialisierter Leistungen oder der Betreuung seltener Erkrankungen vertragsärztlich oft nicht oder nicht ausreichend versorgt. Die Einführung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung könnte es Krankenhäusern erleichtern, diese Versorgungslücken zu schließen.

Auf der anderen Seite besteht aus Sicht der Kliniken das Risiko, dass eine weitere Expansion der Krankenhäuser in den ambulanten Bereich hinein den Konflikt zu den niedergelassenen Ärzten verschärft. Zuweiserboykotts könnten die Folge sein – gerade in Ballungszentren, in denen mehrere Krankenhäuser im Wettbewerb stehen. Sollte es für einzelne Leistungsbereiche der spezialärztlichen Versorgung Überweisungskriterien geben, die durch niedergelassene Ärzte definiert werden, ist ein Konflikt der Krankenhäuser mit Vertragsärzten sogar noch kritischer zu werten.

### ... auf die Krankenkassen

Aus Sicht der Krankenkassen wird die Einführung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung grundsätzlich kritisch betrachtet werden.

Der einfache Zugang von Leistungsanbietern zum neuen Versorgungssektor könnte zu einer erheblichen Ausweitung des Leistungsangebots – gerade auch in den ohnehin schon gut versorgten Ballungszentren – führen. Dies könnte in einer signifikanten Mengenausweitung resultieren. Verstärkt wird dieses Risiko noch durch die Tatsache, dass in der spezialärztlichen Versorgung keinerlei Regelungen zur Budgetierung oder zur anderweitigen Mengensteuerung vorgesehen sind. Obwohl die Krankenkassen im Rahmen der spezialärztlichen Versorgung die Prüfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit übernehmen sollen, fehlen ihnen letztlich wirksame Instrumentarien, um einer nicht indizierten Mengenausweitung entgegenzuwirken.

Selektivverträge, die auch im Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung grundsätzlich möglich sind, werden kaum ein geeignetes Instrument zur Steuerung der Mengenentwicklung sein. Da Selektivverträge

für Leistungserbringer freiwillig sind, müssten die Kassen signifikante finanzielle Anreize für eine Teilnahme bieten, die zu einer weiteren Kostensteigerung für diese Leistungen führen würden.

Fraglich ist auch, ob und mit welchem Aufwand eine Doppelabrechnung von Leistungen vermieden werden kann. Denn es ist unwahrscheinlich, dass Leistungen, die der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zugeordnet werden, im allgemeinen Leistungskatalog komplett entfallen und damit weiterhin über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden. Es besteht also das Risiko, dass Leistungen sowohl als spezialärztliche Leistungen direkt mit Krankenkassen als auch als vertragsärztliche Leistungen über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden. Eine Abrechnungsprüfung ist letztlich nur den Krankenkassen möglich, da nur sie in beide Abrechnungsprozesse eingebunden sind. Die Neufassung des § 116b SGB V führt auch zu organisatorischen Herausforderungen bei den Krankenkassen: Sollte die Abrechnung aller Leistungserbringer der spezialärztlichen Versorgung direkt mit den Kassen erfolgen, so müssten die Kassen eine weit größere Anzahl an Direktabrechnungspartnern bewältigen als bisher. Diese Feststellung gilt gleichermaßen auch für die spezialärztlich tätigen Leistungserbringer.

### ... auf die Industrie

Für die Industrie ergibt sich aus den neuen Bestimmungen des § 116b SGB V grundsätzlich eine mittelbare Betroffenheit. Als positiver Effekt kann eine frühzeitige Bereitstellung innovativer Diagnostik- und Therapieverfahren aufgrund des geltenden Verbotsvorbehalts angesehen werden. Gerade in strukturschwachen und unterversorgten Gebieten dürfte sich dies positiv auf die Investitionsbereitschaft solcher spezialisierter Einrichtungen auswirken. Ein weiterer positiver Effekt ergibt sich aus dem Sachverhalt, dass in einem wesentlich größeren Umfang Patienten auch ohne stationären Aufenthalt direkten Zugang zu neuen Verfahren erlangen und damit valide Daten direkt aus der ambulanten Versorgung generiert werden können. Aufgrund der fehlenden Mengengrenzung für spezialärztliche Leistungen steht jedoch auch die Industrie vor der Herausforderung, diesen neuen Leistungssektor ökonomisch nicht zu übersteuern und damit unkontrollierte Mengensteigerungen billigend in Kauf zu nehmen. Die Erfahrung lehrt, dass in solchen Fällen die politischen Akteure ihre Handlungsbereitschaft schon mehrfach unter Beweis gestellt haben, ggf. auch kurzfristig

wirksame Gegenmaßnahmen zu ergreifen (mehr dazu in der kommenden Ausgabe von „Market Access & Health Policy“ 01/12).

### Positionierung des BMC

Für den BMC als pluralistisch ausgerichteter Interessenverband entspricht ein markt- und leistungsorientierter Wettbewerb im Gesundheitswesen auf der Basis eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems den ordnungspolitischen Zielvorstellungen. Die Realisierung des Effizienzgebotes wird vor allem darin gesehen, die Schnittstellenproblematik zwischen ambulanter und stationärer Versorgung nachhaltig zu überwinden.

Der BMC befürwortet deshalb grundsätzlich den von der Gesundheitspolitik vorgeschlagenen Weg, einen ambulanten spezialärztlichen Versorgungssektor mit einem sektorübergreifenden Versorgungsansatz einzuführen. Damit wird einerseits dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen. Zum anderen beinhaltet die vorgeschlagene gesetzliche Regelung gute Ansätze, ambulante spezialärztliche Leistungen nachhaltig zu fördern und bestehende Widersprüche an der Sektorengrenze aufzulösen. Denn die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte haben gezeigt, dass vergangene Reformversuche zu Inkonsistenzen und damit zu Reibungsverlusten an den Schnittstellen zwischen den Sektoren geführt haben. Deshalb bedarf es neuer Versorgungsformen, die eine Gesundheitsversorgung über alle Versorgungssektoren hinweg mit identischen Voraussetzungen für alle qualifizierten Leistungsanbieter garantieren. In diesem Zusammenhang ist auch die Etablierung und Weiterentwicklung qualitäts- und ergebnisorientierter Vergütungssysteme notwendig, um dem Prinzip der Leistungsorientierung stärker gerecht zu werden.

Schließlich kann mit einer besseren Förderung interprofessioneller Kooperationen auch ein positiver Anreiz zur Sicherung der Personalressourcen geschaffen werden. Ein stärkerer Ausbau institutioneller und personeller Verzahnungen durch Ausweitung vertraglicher Möglichkeiten und intersektoraler Kooperationen ist dabei unumgänglich.

Die ambulante spezialärztliche Versorgung kann künftig ein wichtiges innovatives Strukturmerkmal in der Gesundheitsversorgung darstellen. Es ist jedoch zwingend nötig, zahlreiche strukturelle Aspekte noch genauer auszugestalten, um funktionale versorgungsrelevante Behandlungsprozesse unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu implementieren. <<