

# Ambulante spezialfachärztliche Versorgung – ein Zukunftsmodell?

von Rainer Hess<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Die Einführung** und zweimaligen Änderungen des Paragraphen 116 b Sozialgesetzbuch (SGB) V spiegeln die sektorenbezogene Ausrichtung der ärztlichen Versorgung in Deutschland und bisher erfolglos verlaufenden Ansätze zu deren Überwindung wider. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung beinhaltet insoweit einen radikalen Schnitt, als für einen definierten Leistungsbereich Vertragsärzte und Krankenhäuser unter gleichen Bedingungen dieselben Leistungen zu denselben Vergütungssätzen erbringen können. Dies erfordert vergleichbare Leistungsstrukturen und wirft Schnittstellenprobleme auf, ist aber wegen der gesetzlich vorgeschriebenen Evaluation ein erfolgversprechender Ansatz zur Überwindung der Sektorengrenzen.

**Schlüsselwörter:** ambulante spezialfachärztliche Versorgung, Vertragswettbewerb, Krankenhausplanung, sektorenübergreifende Kooperation, Zugangsvoraussetzung

**The introduction** of paragraph 116 b of the Book of Social Law (SGB) V and the fact that it was changed twice reflect the sectoral orientation of medical care in Germany and show that approaches to overcome it were unsuccessful so far. Outpatient specialist care involves a radical cut in so far as it allows contracted physicians and hospitals to provide the same services under the same conditions at the same rates of remuneration for a defined area of medical care. This requires similar service structures and raises problems at the interface of health care sectors, but due to statutory evaluation, it is a promising approach to overcome sector boundaries.

**Keywords:** outpatient specialist care, managed competition, hospital planning, intersectoral cooperation, entry requirement

## 1 Vorgeschichte

Der zum 1. Januar 2012 in Kraft getretene Paragraph 116b Sozialgesetzbuch (SGB) V in der Fassung des Versorgungsstrukturgesetzes (VStG) hat eine interessante Vorgeschichte.

Ursprünglich waren es die Krankenkassen und deren Verbände, die gemäß Paragraph 116b SGB V gemäß GKV-Modernisierungsgesetz (GKV-GMG) vom 1. Januar 2004 mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge zur ambulanten Behandlung für die auch heute noch gültigen Katalogleistungen abschließen sollten. Zu diesem Zeitpunkt war Paragraph 116b deshalb eine den Wahlтарifen oder den Rabattverträgen vergleichbare gesetzgeberische Maßnahme zur Stärkung des Vertragswettbewerbs zwischen den Krankenkassen oder deren Verbänden mit dem Ziel einer Steigerung der Effizienz

der Versorgung (BT-Drs. 15/1525 Begr. Abschn. A-II. 3). Die in Paragraph 116b aufgelisteten seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Verläufen sind aber schon vor seinem Inkrafttreten zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ambulant oder stationär behandelt und vergütet worden. Die Krankenkassen hatten deswegen damals grundsätzlich zu Recht entweder die im GKV-GMG zur Finanzierung der integrierten Versorgung als Wahlтарif eingeräumte Ein-Prozent-Bereinigungsregelung oder eine gesetzliche Regelung zur Bereinigung der bisher hierfür geleisteten Vergütungen eingefordert. **Beides wurde ihnen nicht gewährt.** Vereinbarungen zur Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung oder der jeweiligen Krankenhausbudgets kamen **in der Folge** nicht zustande. **Hinzu kommt, dass es zu diesem Zeitpunkt noch keinen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich gab, der die überdurchschnittlich**

**hohen Ausgaben der betreffenden Patientengruppen berücksichtigt hätte. Er wurde dann 2009 eingeführt.**

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) hat der Gesetzgeber auf die nicht erfolgte Realisierung des Gesetzesauftrags durch die Krankenkassen reagiert und mit Wirkung vom 1. Juli 2008 den für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörden die Entscheidung über eine Zulassung von Krankenhäusern zur Teilnahme an der ambulanten Behandlung übertragen. **Die von Mitte 2008 bis Ende 2011 geltende Regelung und ihre Umsetzung wurden im Gutachten des Sachverständigenrats Gesundheit im Detail beschrieben (SVR-G 2012).**

Die Belange der vertragsärztlichen Versorgung sollten **laut Gesetzgeber** berücksichtigt werden. Damit **hatten** sich **gleichzeitig** die zur Durchsetzung der gesetzgeberischen Zielsetzung vorgesehenen Steuerungsinstrumente grundsätzlich verändert (Tabelle 1). Nicht mehr Effizienzsteigerungen durch den Vertragswettbewerb der Krankenkassen, sondern die Koordinierung einer Öffnung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung mit der den Ländern verfassungsrechtlich allein zustehenden Krankenhausplanung war nun das Steuerungskonzept (BT-Drs. 16/3100 zu Art. 1 Nr. 85 [§ 116b]). Aber auch dieser Gesetzesauftrag ist insbesondere als Folge von Konkurrenzschutzklagen niedergelassener Vertragsärzte nur sehr zurückhaltend und sehr unterschiedlich umgesetzt worden (LSG Sachsen, Beschl. v.3.6.2010 –L 1 KR 94/10 B ER Juris BSG SozR 4-1500 § 54 Nr. 31). Paragraph 116b Absatz 8 SGB V in der Fassung des VStG stellt deswegen zu Recht für den Fortbestand der – vor Inkrafttreten dieser Neufassung des Paragraphen bis zum 1. Januar 2012 – erteilten Berechtigungen auf die Entscheidung der jeweils zuständigen Landesbehörden ab, ob und gegebenenfalls wie lange sie die von ihnen vorgenommenen Bestimmungen für Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten Behandlung aufrecht

erhalten wollen. Dies gilt nur für eine Frist von zwei Jahren, wobei diese Frist erst mit dem Inkrafttreten einer Richtlinie des GBA zum betreffenden Krankheitsbild beziehungsweise Leistungssektor beginnen kann.

Zum 1. Januar 2011 wurde mit Paragraph 116b SGB V in der Fassung des VStG ein neuer Leistungsbereich der „ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung“ in die GKV eingeführt. Er übernimmt den bisherigen Katalog von Erkrankungen und Leistungen des Paragraphen 116b Absatz 2 in der Fassung des GMG und den Richtlinienauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) zur qualitativen Ausgestaltung der Anforderungen an die Teilnahmeberechtigung. Dieser somit nicht inhaltlich, aber rechtlich neu definierte Leistungsbereich soll jetzt unter gleichen qualitativen Voraussetzungen zu denselben Vergütungssätzen gleichberechtigt sowohl den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern als auch den zugelassenen Krankenhäusern offen stehen („jeder darf, der kann“). Dabei setzt die in Paragraph 116b Absatz 6 außerbudgetär vorgesehene Vergütung nach festen Beträgen Anreize für eine Leistungsausweitung, die durch die gesetzlich dafür vorgesehene sektorenübergreifende Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität eingegrenzt werden müsste. Mit dieser Neuregelung einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ändert sich erneut die gesetzgeberische Zielsetzung: Vertragswettbewerb und Krankenhausplanung werden als Ziel des Paragraphen 116b durch die „schrittweise“ Einführung eines sektorenübergreifenden Versorgungsbereiches mit dem Ziel eines reibungslosen Ineinandergreifens von ambulanter und stationärer Versorgung abgelöst (BT-Drs. 17/6906 Einleitung Abschn. B 4; Begr. Abschn. A II 2.4).

Für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnahmeberechtigten Leistungserbringer (Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärzte und Einrichtungen)

TABELLE 1

### Die Geschichte des 116b SGB V

Gesetz	Vorhaben des Gesetzgebers
GKV-Modernisierungsgesetz (GKV-GMG) 1. Januar 2004	Krankenkassen und deren Verbände sollen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge zur ambulanten Behandlung abschließen.
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 1. Juli 2008	Die Entscheidung über die Zulassung von Krankenhäusern zur Teilnahme an der ambulanten Behandlung wird den für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörden übertragen.
Versorgungsstrukturgesetz (VStG) 1. Januar 2012	Der neue GKV-Leistungsbereich „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ wird eingeführt.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G-G Wissenschaft 2013

<sup>1</sup>Dr. jur. Rainer Hess, Rechtsanwalt, ehemaliger Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses · Richmodstraße 10 · 50667 Köln  
Telefon: 0173 5241063 · E-Mail: rainer.hess@hotmail.de

wird diese Neuregelung zur Folge haben, dass die gemäß Paragraph 116b Absatz 2 durch die ASV-Richtlinie des GBA für die einzelnen Krankheiten und Leistungen neu zu definierenden „Katalogleistungen“ von der bisherigen vertragsärztlichen Teilnahmerechtigung nicht mehr erfasst werden. Sie bedürfen dann eines ergänzenden Berechtigungsnachweises. Die Krankenhäuser können nach wie vor eine Teilnahmerechtigung an der ambulanten Behandlung erlangen. Aber die bisherigen dafür nach Paragraph 116b Absatz 4 SGB V in der Fassung des GKV-WSG beschlossenen Richtlinien des GBA müssen zunächst auf den gleichberechtigten sektorenübergreifenden Zugang umgestellt werden.

Die Leistungsberechtigung der Krankenhäuser auf Grundlage des neuen Paragraphen 116b SGB V ist davon abhängig, dass die für die einzelne Erkrankung oder Leistung maßgeblichen Anlagen zu der am 21. März 2013 vom GBA beschlossenen ASV-Richtlinie in Kraft getreten sind. Der Gesetzgeber hatte dem GBA dafür eine Frist bis zum 31. Dezember 2012 gesetzt. Es war aber abzusehen, dass diese Frist nicht eingehalten werden konnte. Die zum 20. Juli 2013 in Kraft getretene ASV-Richtlinie (*BAnz. AT 19. 7. 2013 B 1*) enthält die grundsätzlichen Anforderungen an die Teilnahmerechtigung und dafür maßgebende Verfahrensvorschriften. Erst die krankheits- und leistungsbezogenen Anlagen sind für den Beginn der Teilnahmerechtigung der Krankenhäuser maßgebend. Mit einer ersten krankheitsbezogenen Anlage zur ASV-Richtlinie ist frühestens zum 1. Januar 2014 zu rechnen.

## 2 Beibehaltung des Krankheiten- und Leistungskatalogs

Trotz der aufgezeigten dreimaligen Veränderung der Zielrichtung des Paragraphen 116b SGB V (Stärkung des Wettbewerbs, Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, Einführung eines sektorenübergreifenden Versorgungsbereichs) ist der Katalog der Krankheitsbilder und Leistungen nunmehr über zehn Jahre nahezu identisch geblieben, beziehungsweise nur systemimmanent um weitere Krankheitsbilder durch Richtlinien des GBA ergänzt worden. In Paragraph 116b in der Fassung des VStG ist als Ergebnis der Beratungen im Bundestagsgesundheitsausschuss die Schwere der Verlaufsform für Krankheiten mit besonderen Verläufen und – lediglich zur Klarstellung, bei seltenen Erkrankungen insbesondere wegen der prä- und poststationären Versorgung von Organtransplantierten – die zusätzliche Einbeziehung von Erkrankungen mit geringer Fallzahl erfolgt (*BT-Drs. 17/8005 zu Art. 1 Nr.44 [§ 116b]*).

Jenseits der geänderten Zielsetzung beschreibt dieser Katalog daher unverändert komplexe, schwer therapierbare Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifi-

kation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und (insbesondere bezogen auf hoch spezialisierte Leistungen) eine besondere Ausstattung erfordern. Von Anfang an gab es auch die Dreiteilung in seltene Erkrankungen, Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen und hoch spezialisierte Leistungen. Von diesem Leistungskatalog geht daher eine eigenständige Bedeutung aus, die auch für seine Weiterentwicklung relevant ist. Dabei haben die drei bereits in Paragraph 116b Absatz 2 in der Fassung des GKV-WSG getrennten Kataloge durchaus unterschiedliche Zielsetzungen (Tabelle 2).

### 2.1 Seltene Erkrankungen

Bei den in Absatz 2 aufgelisteten seltenen Erkrankungen mit einer Häufigkeit von maximal 5 auf 50.000 Krankheitsfällen steht eindeutig das Ziel einer Verdichtung des Leistungsangebotes auf Behandlungszentren im Vordergrund, die aufgrund fachlicher Expertise und Erfahrung ein umfassendes ambulantes und (soweit medizinisch erforderlich) stationäres Versorgungsangebot an die betreffenden Patienten richten. Insoweit steht der Gesichtspunkt einer spezialfachärztlichen Versorgung aus einer Hand im Vordergrund der Zielsetzung dieses Kataloges.

Solche Behandlungszentren sind den betreffenden Selbsthilfegruppen und Patientenverbänden in der Regel auch bereits bekannt und werden – trotz der Inkaufnahme längerer Wege – schon bisher in Anspruch genommen. Die bisherigen Richtlinien des GBA haben hierfür qualitative Anforderungen einschließlich adäquater Mindestmengen definiert. Der Gesetzgeber des neuen Paragraphen 116b folgt dieser Zielsetzung ausdrücklich auch, indem er auf das gesetzliche Erfordernis der Überweisung bei seltenen Erkrankungen grundsätzlich verzichtet, an die Überweisung zur Behandlung höhere Anforderungen stellt. Deswegen sind auch Verdachtsdiagnosen ausreichend für den Zugang zur ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung seltener Erkrankungen.

Die Neuregelung der Zugangsberechtigung für vertragsärztliche Leistungserbringer erfordert die Überprüfung bisheriger vergleichbar qualifizierter vertragsärztlicher Versorgungsangebote und deren Einbeziehung in die Anforderungen an die Strukturqualität der ASV. Erfordert die Versorgung aus einer Hand (insbesondere wegen einer medizinisch indizierten ambulanten/stationären Intervallbehandlung) ein sektorenübergreifendes ambulantes/stationäres Leistungsangebot, müssen die qualitativen Anforderungen für die Teilnahmerechtigung daran ausgerichtet werden. Der Zugang vertragsärztlich tätiger Leistungserbringer ist dann auf den Nachweis einer Kooperation mit entsprechend qualifizierten zugelassenen Krankenhäusern begrenzt.

TABELLE 2

### Der Leistungskatalog zu Paragraph 116b SGB V

#### Katalog zu: Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach GKV-Modernisierungsgesetz (GKV-MGM), 2004

##### 1. Hochspezialisierte Leistungen

- CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen
- Brachytherapie

##### 2. Seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit HIV/Aids
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen
- Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3–4)
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Tuberkulose
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Mukoviszidose
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Hämophilie
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskulären Erkrankungen
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Multipler Sklerose
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Anfallsleiden
- Diagnostik und Versorgung von Patienten im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie
- Diagnostik und Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden

#### Katalog zu: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach Versorgungsstrukturgesetz (VStG), 2012

##### 1. schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bei

- |                                        |                                                                                                        |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) onkologischen Erkrankungen          | f) zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie)                                                                |
| b) HIV/Aids                            | g) komplexen Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie                                      |
| c) rheumatologischen Erkrankungen      | h) der Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden oder                                              |
| d) Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3–4) | i) Querschnittslähmungen bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen |
| e) Multipler Sklerose                  |                                                                                                        |

##### 2. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen wie

- |                                                                                         |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) Tuberkulose                                                                          | h) Morbus Wilson                                                                               |
| b) Mukoviszidose                                                                        | i) Transsexualismus                                                                            |
| c) Hämophilie                                                                           | j) Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen                                |
| d) Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen | k) Marfan-Syndrom                                                                              |
| e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen                                           | l) pulmonale Hypertonie                                                                        |
| f) biliäre Zirrhose                                                                     | m) Kurzdarmsyndrom oder                                                                        |
| g) primär sklerosierende Cholangitis                                                    | n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern sowie |

##### 3. hochspezialisierte Leistungen wie

- a) CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder
- b) Brachytherapie

## 2.2 Hoch spezialisierte Leistungen

Der Katalog hoch spezialisierter Leistungen enthält die bereits bisher bestehenden beiden Leistungsbereiche der Brachytherapie und der CT/MRT-gestützten interventionellen Schmerztherapie. Ziel ist die sektorenübergreifende Nutzung einer kostenaufwendigen Medizintechnik und der damit verbundenen besonderen Erfahrungen der damit betrauten Ärzte. Beide Leistungsbereiche sind in ihrem medizinischen Nutzen nicht unumstritten und daher schlechte Repräsentanten für diesen Leistungsbereich. Zur interstitiellen Brachytherapie beim Prostatakarzinom hat der GBA im Vorgriff auf die erst danach in Kraft getretene Erprobungsregelung nach Paragraph 137e SGB V eine Studie zur Klärung der Evidenz in Auftrag gegeben ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

## 2.3 Erkrankungen mit besonderen Verläufen

Die im Katalog aufgelisteten Erkrankungen mit besonderen Verläufen sind sämtlich dem bisher in Paragraph 116b Absatz 3 Nr. 2 in der Fassung des GKV-WSG enthaltenen einheitlichen Katalog entnommen und um die vom GBA bereits eingeführte interdisziplinäre Behandlung von Komplikationen bei Querschnittslähmungen ergänzt worden. Zentrales Problem der Umsetzung des neuen Gesetzesauftrags für sektorenübergreifende Anforderungen ist die erst aufgrund der im Gesundheitsausschuss zur Beratung des VStG vorgenommene Ergänzung um schwere Verlaufsformen (*BT-Drs. 17/8005 zu § 116b*). Die Konkretisierung durch die ASV-Richtlinie wird dadurch erheblich erschwert. Schon der bisherige Katalog war auf komplexe, schwer therapierbare Erkrankungen ausgerichtet. Bereits bisher war die Einbeziehung rheumatologischer Erkrankungen ausdrücklich auf schwere Verlaufsformen und die Einbeziehung der Herzinsuffizienz ausdrücklich auf die spezialisierte Behandlung der schweren NYHA-Stadien 3 und 4 begrenzt. Insoweit bedarf es keiner gegenüber der bisherigen GBA-Richtlinie weitergehenden inhaltlichen Einschränkung, da schwere Verlaufsformen bereits Gegenstand der bisherigen Richtlinie sind. Für die pädiatrische Kardiologie enthält die Neufassung zusätzlich zur Begrenzung auf schwere Verlaufsformen eine Einschränkung auf komplexe Erkrankungen, obwohl gerade die Komplexität einer Erkrankung der Beleg für eine schwere Verlaufsform ist.

a) Gemäß der Begründung des Gesundheitsausschusses soll durch die Bindung an eine schwere Verlaufsform zusammen mit dem insoweit geltenden Überweisungserfordernis eine gezielte auf Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren Erkrankungen bezogene ambulante spezialärztliche Behandlung erfolgen. Als Beispiele werden Begleit- oder Mehrfacherkrankungen, Komplikationen, Verschlimmerungen und Therapienebenwirkungen genannt (*BT-Drucks. 17/8005 aaO*).

b) Paragraph 8 der ASV-Richtlinie des GBA hat auf diese Begründung mit dem Erfordernis einer gesicherten Diagnose zum Zeitpunkt der Überweisung reagiert. Vorbehaltlich einschränkender Vorgaben in den krankheitsspezifischen Anlagen zur ASV-Richtlinie entscheidet zunächst der überweisende Arzt mit seiner Überweisung darüber, ob eine schwere Verlaufsform einer Erkrankung mit besonderen Krankheitsverläufen besteht. Er hat deswegen die genaue Indikation und die Dauer der Überweisung in Quartalen auf dem Überweisungsschein anzugeben. Die aufgrund einer solchen Überweisung in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung tätigen Ärzte und Einrichtungen sind in ihrer Leistungsberechtigung daher zunächst durch die auf dieser Grundlage erfolgte Überweisung abgesichert. Der aufgrund einer solchen Überweisung leistungsberechtigte Arzt muss aber in regelmäßigen Abständen das Fortbestehen der Indikation überprüfen und gegebenenfalls den Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder stationäre Krankenhausbehandlung zurück- oder weiterüberweisen (§ 8 S.9 ASV-RL).

c) Gerade wegen dieser Anknüpfung an eine gesicherte Diagnosestellung durch den überweisenden Arzt reicht es nicht, ihm den zitierten Begründungstext als Basis für eine Überweisung in die ASV anzubieten. Es bedarf vielmehr einer Konkretisierung der Indikation für eine entsprechende Überweisung in den jeweiligen krankheitsbezogenen Anlagen der ASV-RL. Dabei sollten diese Indikationen zur Vermeidung von Auseinandersetzungen in der Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung möglichst so eindeutig sein, dass sie nicht nur auf einer Einzelfallbeurteilung des überweisenden Arztes basieren. Indikationen könnten zum Beispiel für die onkologischen Erkrankungen sein:

- die nach Diagnose einer malignen Erkrankung erforderliche Vorbereitung auf eine operative Behandlung,
- die mit der Diagnose einer Erkrankung bereits verbundene erschwerte Erfolgsaussicht einer Behandlung (zum Beispiel Pankreaskarzinom),
- das Zusammentreffen einer schweren akuten Erkrankung mit einer chronischen Erkrankung (zum Beispiel akute Lebererkrankung eines Diabetikers) oder
- das diagnostizierte Rezidiv einer schwerwiegenden Erkrankung.

## 2.4 Behandlungsumfang der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Zum Behandlungsumfang der ASV verweisen die ASV-Richtlinien auf die noch ausstehenden Anlagen und einen zur Konkretisierung vorgesehenen Appendix, in dem Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, abschließend definiert werden sollen. Zur ASV berechnete Krankenhäuser dürfen darüber hinaus fachärzt-

liche Leistungen erbringen, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang zur Erkrankung nach Paragraph 116b SGB V stehen, diese in demselben Krankenhaus erbracht werden und dem Patienten eine gesonderte Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung nicht zuzumuten ist.

## 3 Rechtliche Einordnung

Für die Teilnahmeberechtigung an der ASV besteht eine strenge rechtliche Akzessorietät. Nur wer über eine öffentlich-rechtliche Zulassung oder Ermächtigung verfügt und sie auch wahrnimmt, kann an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen. Es gibt demnach nicht den „Spezialfacharzt“, mit einer exklusiv auf die ASV begrenzten Teilnahmeberechtigung. Die für die Teilnahme an der ASV zu erfüllenden Voraussetzungen und Anforderungen sind zusätzlich zur Zulassung oder Ermächtigung als Leistungserbringer der GKV zu erbringen. Daraus folgt auch: Entfällt die Teilnahmeberechtigung zur Leistungserbringung in der GKV, erlischt automatisch auch die Teilnahmeberechtigung an der ASV.

Potenzielle Leistungserbringer der ASV sind daher zunächst alle bereits zur Leistungserbringung in der GKV berechtigten Leistungserbringer einer fachärztlichen Versorgung. Diesen potenziellen Leistungserbringern eröffnet Paragraph 116b die Möglichkeit, die Erfüllung der zusätzlichen Anforderungen an die Teilnahmeberechtigung zur ASV unter Beifügung entsprechender Belege dem um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft erweiterten Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen (erweiterter Landesausschuss) anzuzeigen. Mit dieser Anzeige erhalten die potenziellen Leistungserbringer – nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten für eine Intervention des Landesausschusses – die Teilnahmeberechtigung.

Die rechtliche Einordnung dieses Anzeigeverfahrens ist umstritten und in seiner Umsetzung schwierig (*Behnsen 2013*). Ihm kommt eine dem Zulassungsstatus vergleichbare Rechtswirkung zu, die daher rechtlich als ein verkürztes Verwaltungsverfahren zu bewerten ist. Das Schweigen des Landesausschusses auf die erfolgte Anzeige hat nach Ablauf von zwei Monaten die Rechtswirkung eines begünstigenden Verwaltungsaktes. Reichen die eingereichten Belege nicht aus, muss der Landesausschuss zur Vermeidung dieser Rechtswirkung intervenieren. Der mangels Intervention zur Teilnahme an der ASV berechnete Leistungserbringer hat seinerseits diese Teilnahmeberechtigung den regional für die Sicherstellung der Versorgung bisher maßgeblichen Organisationen (Landesverbände der Krankenkassen, Ersatzkassen, Kassenärztliche Vereinigung, Landeskrankenhausgesellschaft) unter Angabe der in die Berechtigung einbezogenen

Leistungsbereiche zu melden. Ein nachträglicher Wegfall seiner Leistungsberechtigung ist dem Landesausschuss und den genannten Organisationen mitzuteilen.

## 3.1 Sächliche und personelle Anforderungen

Die bisherigen Richtlinien nach Paragraph 116b in der Fassung GMG haben für Krankenhäuser jeweils bezogen auf die einzelnen Katalog-Erkrankungen und -Leistungen differenzierte qualitative Anforderungen an die ambulante Behandlung definiert. Sie sind deswegen inhaltlich nicht ohne Weiteres auf die ASV-Richtlinie übertragbar, weil sie auf Krankenhausstrukturen zugeschnitten sind, zukünftig aber auch für vertragsärztliche Praxisstrukturen erfüllbar sein müssen. Es bedarf daher einer Adaptierung der bestehenden Richtlinie an die Organisationsstrukturen der vertragsärztlichen Versorgung, um die geforderten gleichen Chancen im Wettbewerb zu gewährleisten (*BT-Drs. 17/8005 zu Nr. 11*). Zusätzlich muss für Erkrankungen mit besonderen Verläufen die Beschränkung auf schwere Verlaufsformen berücksichtigt werden. Das zu fordernde Qualitätsniveau der Versorgung ist dabei durch die gesetzliche Neuregelung nicht zur Disposition gestellt worden. Es werden vielmehr im Gegenteil weitergehende Maßnahmen der Qualitätssicherung ausdrücklich angeregt (*BT-Drs. aaO*). Sie sollten insbesondere der Sicherung der Ergebnisqualität dienen.

Die Paragraphen 3 und 4 der ASV-Richtlinie führen als personelle Anforderung an die Leistungsberechtigung zur ASV eine dreistufige interdisziplinäre Teamstruktur ein. Sie lässt sich unmittelbar aus den bisherigen Anforderungen an die Krankenhausstrukturen in den Richtlinien nach Paragraph 116b GMG ableiten. Diese gehen ebenfalls von einem für die ambulante Behandlung verantwortlichen Arzt des Krankenhauses, im Krankenhaus selbst interdisziplinär vorzuhaltenden Einrichtungen und ergänzend hinzuziehender externer Einrichtungen als notwendige Organisationsstruktur aus. Dem entspricht es, auch für die ASV ein interdisziplinäres Team, bestehend aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärzten auszugehen. Diese Anforderungen werden dementsprechend von den bisher zur Teilnahme an der ambulanten Behandlung berechtigten Krankenhäusern bereits erfüllt und bedürfen für vertragsärztliche Leistungserbringer der Bildung entsprechend kooperativer Strukturen. Eine sektorenübergreifende Bildung dieser Strukturen durch vertraglich vereinbarte Kooperationen ist möglich.

Die ASV-Richtlinien regeln in ihren grundsätzlichen Strukturen auch bereits die Aufgabenstellung des interdisziplinären Teams und die sich jeweils für die einzelnen Stufen ergebenden qualitativen Anforderungen und Verantwortungsbereiche. Grundlegend ist der durchgehend geforderte Facharztstandard, insbesondere für Diagnoseentscheidung

und leitende Therapieentscheidungen und die Verfügbarkeit zuziehbarer Einrichtungen und Ärzte (in der Regel innerhalb von 30 Minuten). Im Anzeigeverfahren sind die nach Maßgabe der Anlage zu den ASV-Richtlinien gestellten Teamanforderungen gegebenenfalls durch den potenziellen Leistungserbringer nachzuweisen. Scheidet ein Mitglied des Teams aus, ist dies dem Landesausschuss mitzuteilen und unter Gewährleistung einer Vertretung ein neues Mitglied zu benennen, soweit dies zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist. Ist dies nicht erfolgt, muss der Landesausschuss die Leistungsberechtigung gegenüber allen Teammitgliedern wegen Wegfalls der qualitativen personellen Anforderungen entziehen.

Maßgebend für die sächlichen Anforderungen sind die noch zu erarbeitenden Anlagen. Vorbehaltlich abweichender Regelung in den Anlagen gelten die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V. Soweit in den Anlagen das Vorhalten bestimmter Bereiche (zum Beispiel Intensivstation, Notfalllabor, bildgebende Diagnostik, 24-Stunden-Notfallversorgung) vorausgesetzt wird, wird die Erbringung im Rahmen einer vertraglich vereinbarten Kooperation ausdrücklich erlaubt. Auch dabei wird eine 30-minütige Erreichbarkeit zur Gewährleistung eines zeitgerechten Einsatzes gefordert. Die Leistungsberechtigung zur ASV von Erkrankungen im Krankenhaus ist nach Maßgabe der ASV-Richtlinie zusätzlich daran gebunden, dass das Krankenhaus aufgrund seiner Zulassung berechtigt ist, diese Erkrankungen auch stationär zu behandeln. Vertragsärzte dürfen dementsprechend auch nur in dem Fachgebiet beziehungsweise Schwerpunkt in der ASV tätig werden, mit dem sie auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

## 4 Kooperationsvereinbarung

Für onkologische Erkrankungen macht Paragraph 116b Absatz 4 den Abschluss einer Kooperationsvereinbarung für die Teilnahme an der ASV grundsätzlich zur Voraussetzung der Teilnahmeberechtigung an der ASV. Sie ist gegenüber dem Landesausschuss im Rahmen des Anzeigeverfahrens nachzuweisen. Anders als für die Teambildung als Teil der personellen Anforderung wird eine sektorenübergreifende Kooperation zwischen dem vertragsärztlichen und dem stationären Leistungssektor gefordert (*BT-Drs. 17/8005 zu Nr. 6*). Unbeschadet einer solchen Kooperation können beziehungsweise müssen interdisziplinäre Teams zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen gebildet werden. Überschneidungen, insbesondere für die Hinzuziehung von Fachärzten, die nicht zum Kernteam gehören, sind möglich. Die Teilnahme an mehreren solcher Kooperationen soll auch möglich sein. Notwendiger Bestandteil einer solchen Kooperationsvereinbarung ist danach die Abstimmung über Eck-

punkte der Versorgung, die Abstimmung der Arbeitsteilung und die Verpflichtung zu regelmäßigen qualitätsorientierten Tumorkonferenzen.

Im Fall entsprechender Regelungen des GBA für andere Indikationen ist der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung auch für diese Voraussetzung der Teilnahmeberechtigung. Eine Ausnahme besteht dann, wenn der Leistungserbringer gegenüber dem Landesausschuss glaubhaft machen kann, dass kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist (Grundlage hierfür kann der Bedarfsplan nach Paragraph 99 SGB V und der Krankenhausplan nach dem jeweiligen Landeskrankenhausgesetz sein) oder trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten kein zur Kooperation mit ihm bereiter geeigneter Leistungserbringer zu finden war (Grundlage hierfür können Gesprächsprotokolle über Verhandlungen mit in Frage kommenden Leistungserbringern sein).

## 5 Gesamtbewertung und Fazit

Paragraph 116b in der Fassung des Versorgungsstrukturgesetzes ist als ein möglicher Pilot für die künftige Entwicklung von Versorgungsstrukturen novelliert worden (*BT-Drs. 17/6906 Begründung A II*). Ob dies gelingt und dann die zunächst zurückgestellte Einbeziehung operativer Leistungen erfolgt, wird im Wesentlichen davon abhängen, wie sich die in Paragraph 116b Absatz 6 damit verbundene nichtbudgetierte Vergütung zu festen Beträgen auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der ASV auswirken wird. Der Erfolg oder Misserfolg der ASV in ihrer jetzigen gesetzlichen Ausprägung wird daher im Wesentlichen davon abhängen, ob es gelingt, im Interessenwiderstreit der im GBA vertretenen Organisationen der Leistungserbringer (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung) den gesetzgeberisch angestrebten Ansatz sektorenübergreifender Kooperationen zu fördern und einen zulasten der Qualität der Versorgung gehenden Verdrängungswettbewerb konkurrierender Leistungserbringer soweit als möglich zu vermeiden. Die Richtlinien des GBA müssen dabei die Unterschiede in den regionalen ländlichen und städtischen Versorgungsstrukturen berücksichtigen und vor allem die Schnittstellen zu den Bereichen der nicht spezialärztlichen, aber fachärztlichen ambulanten Versorgung einerseits und zur stationären Versorgung andererseits möglichst eindeutig definieren. Gelingt dies nicht, dürfte auch dieser dritte gesetzgeberische Anlauf zu einer schrittweisen Überwindung des „Grabens“ zwischen ambulanter und stationärer fachärztlicher Versorgung zum Scheitern verurteilt sein. Besonders wichtig ist daher auch die in Paragraph 116b Absatz 9 vorgesehene Evaluation, die aber nicht erst nach fünf Jahren erfolgen sollte.

## Literatur

**Behnen E (2013):** Der erweiterte Landesausschuss nach § 116b SGB V – das unbekanntes Wesen. In: Schiller H, Tsambikakis M (Hrsg.). Kriminologie und Medizinrecht – Festschrift für Gernot Steinhilper. Heidelberg, München, Landsberg: C.F. Müller, 3–10  
**Greiner W, Hodek JM (2013):** Solidarverträgliche Wettbewerbsfelder und -potenziale am Beispiel der ambulanten spezialfach-

ärztlichen Versorgung (ASV). In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart, 197–223  
**SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012):** Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Bern: Huber

## DER AUTOR



Fotos: G-BA

**Dr. jur. Rainer Hess,** Jahrgang 1940, von 1962 bis 1965 Studium der Rechtswissenschaft, 1969 Referendarausbildung und zweites Staatsexamen, 1972 Promotion. Von 1969 bis 1971 Justiziar des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte, im Anschluss bis 1988 Justiziar der gemeinsamen Rechtsabteilung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung.

Von 1988 bis 2004 Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Von April 2004 bis Juni 2012 unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses. Seit Januar 2013 im Vorstand der Deutschen Stiftung für Organtransplantation (DSO). Autor juristischer Kommentare zum Sozialversicherungsrecht und zum ärztlichen Berufsrecht.