



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

gem. § 91 Abs. 5 SGB V  
zur Erstfassung der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche  
Versorgung nach § 116b SGB V

Berlin, 16.01.2013

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 19.12.2012 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich der Erstfassung der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) aufgefordert.

Der Versorgungsbereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wurde vom Gesetzgeber zum 01.01.2012 mit der Neufassung des § 116b SGB V im Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) geschaffen. In der vorher geltenden Fassung regelte der § 116b SGB V die Berechtigung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung der hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen. Als wesentliche Begründung für die Änderung wurde vom Gesetzgeber angeführt, dass die streng sektorale Aufteilung der GKV-Versorgung in eine vertragsärztliche Versorgung und eine Krankenhausversorgung der medizinischen Entwicklung und den Behandlungsnotwendigkeiten nicht mehr hinreichend gerecht wird und daher durch die Einführung des sektorenverbindenden Versorgungsbereiches der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung überwunden werden soll.

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wurde vom Gesetzgeber die Aufgabe übertragen, das Nähere zur ASV bis zum 31.12.2012 in einer Richtlinie auszugestalten (§ 116b Absatz 4 Satz 1 SGB V). Die nun vorgelegte Erstfassung der ASV-RL bzw. des allgemeinen Paragraphenteils der ASV-RL regelt die Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, die grundsätzlich für alle in den noch nicht vorgelegten Anlagen konkretisierten schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierten Leistungen gemeinsam gelten. Zu den Anlagen hat der Gemeinsame Bundesausschuss gesonderte Stellungnahmeverfahren angekündigt. Angesichts des Umfangs und der Komplexität der in den Anlagen zu regelnden Sachverhalte erwartet die Bundesärztekammer eine schrittweise Vorgehensweise.

**Anlässlich der Erstfassung der ASV-Richtlinie erlauben wir uns zunächst folgende grundsätzliche Anmerkungen:**

Die Bundesärztekammer teilt die Einschätzung des Gesetzgebers, dass in der besseren, sektorenübergreifenden Verzahnung der fachärztlichen Versorgung ein entscheidendes Optimierungspotential liegt. Nichtsdestotrotz hatte die Bundesärztekammer im Gesetzgebungsverfahren ihre Bedenken bezüglich der konkreten Ausgestaltung der ASV im GKV-VStG deutlich gemacht. U. a. fehlt eine Begründung für die Auswahl der in den § 116b SGB V aufgenommenen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen. Weiterhin hatte die Bundesärztekammer darauf hingewiesen, dass von einem zunehmenden bürokratischen Aufwand auszugehen sei, wenn etwa personelle und sachliche Anforderungen an die Durchführung von Leistungen jeweils Krankheiten-spezifisch sehr unterschiedlich gestaltet und auch nachgewiesen werden müssen. Auch das Erfordernis einer trennscharfen, da erlöswirksamen Abgrenzung einer mit der ASV quasi neugeschaffenen Versorgungsform von der Regelversorgung wird erheblichen Dokumentationsaufwand nach sich ziehen. Inwieweit die ASV als Modell zur Überwindung der sektoralen Grenzen taugt, bleibt abzuwarten. Trotz der immer wieder betonten Bedeutung der sektorenübergreifenden Versorgung entwickelt der Gesetzgeber das Gesundheitswesen sektorspezifisch weiter, wie dies u. a. gerade bei der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung geschehen ist.

**Die Bundesärztekammer nimmt zur beabsichtigten Erstfassung der ASV-Richtlinie wie folgt Stellung:**

- **§ 2 Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“)**

Die Bundesärztekammer unterstützt den Regelungsvorschlag von DKG und KBV in § 2 Absatz 1 Satz 1 der ASV-Richtlinie, wonach ASV-Berechtigte die einzelnen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sind. Der Vorschlag des GKV-SV, nur das „Kernteam“ als ASV-Berechtigte zu verstehen, sieht die Bundesärztekammer nicht von den Vorgaben des § 116b SGB V gedeckt.

Zugleich spricht sich die Bundesärztekammer dafür aus, in § 2 Absatz 2 zunächst von „Leistungserbringern“ zu sprechen. Erst durch das in § 116b Absatz 2 SGB V beschriebene Anzeige- und Prüfverfahren werden aus Leistungsbringern „ASV-Berechtigte“.

Hinweisen möchte die Bundesärztekammer ferner darauf, dass in den bisherigen Formulierungsvorschlägen zu § 2 der Richtlinie die Begriffe „Team“ und „Kernteam“ verwendet werden, die allerdings erst in § 3 erläutert werden.

Betreffend des in § 2 Absatz 3 geregelten Ausscheidens von einzelnen Leistungserbringern sollte nach Auffassung der Bundesärztekammer zwischen Mitgliedern des Teams und des Kernteams unterschieden werden. Grundsätzlich stellt sich die Frage, wie Leistungen, die in der Regel notwendig sind, in der Übergangszeit erbracht werden. Hierzu finden sich keine Aussagen in dem Richtlinienentwurf. Bezüglich der Fristen spricht sich die Bundesärztekammer für den Vorschlag von DKG und KBV aus.

- **§ 3 Personelle Anforderungen**

§ 3 der Richtlinie regelt im Unterschied zu § 4, in dem die sächlichen und organisatorischen Anforderungen näher bestimmt werden, die personellen Anforderungen und sollte daher auch so überschrieben werden. Beide Regelungen bestimmen die Anforderungen an die Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V.

Bezüglich des § 3 Absatz 2 spricht sich die Bundesärztekammer für die Aufnahme der Formulierungen „in der Regel“ und „in angemessener Nähe“ aus. Die Nennung von 30 Minuten stellt eine zu starre Vorgabe angesichts der sehr unterschiedlichen regionalen Bedingungen dar.

Gemäß § 116b SGB V sind in der ASV-Richtlinie die Qualifikationen der teilnehmenden Ärzte zu regeln. Die Bundesärztekammer unterstützt daher den Formulierungsvorschlag von GKV-SV, DKG und KBV. Warum in § 3 Absatz 3 Satz 3 darauf hingewiesen wird, dass für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den Anlagen teilweise abweichende Qualifikationen geregelt werden, erschließt sich der Bundesärztekammer nicht; auch aus den tragenden Gründen geht eine Begründung nicht hervor.

Die in § 3 Absatz 4 dargelegte Klarstellung bezüglich der Einbeziehung von Ärzten in Weiterbildung in die ASV begrüßt die Bundesärztekammer. Die Bundesärztekammer empfiehlt allerdings, die beiden Begriffe „Facharztstatus“ und „Facharztstandard“ ersatzlos zu streichen. Der Einschub der beiden Begriffe erweckt den Eindruck, dass es sich hierbei um Legaldefinitionen handelt. Dies ist nicht der Fall.

- **§ 4 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

Hinsichtlich des § 4 Absatz 1 Satz 3 unterstützt die Bundesärztekammer den Vorschlag von DKG und KBV sowohl bezüglich der abschließenden Nennung der drei „bestimmten Bereiche“, die in angemessener Entfernung vorzuhalten sind, als auch bezüglich der Formulierung „in angemessener Entfernung“.

Ferner spricht sich die Bundesärztekammer entsprechend dem Vorschlag der PatV für die Verwendung des Begriffs „barrierefrei“ aus. Barrierefreiheit drückt aus, dass nicht nur Menschen mit Behinderung, sondern auch ältere Menschen und Personen mit Kleinkindern freie Zugänglichkeit erhalten sollen. Barrierefreiheit ist nach unserer Kenntnis die neuere und korrektere Bezeichnung. Inwieweit unterschiedliche inhaltliche Vorstellungen mit den beiden Formulierungsvorschlägen verbunden sind, ist weder dem Richtlinienentwurf noch den tragenden Gründen zu entnehmen.

- **§ 5 Behandlungsumfang**

Obleich der Behandlungsumfang der ASV in den Anlagen – abschließend – geregelt werden kann, weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass sich auch für an der ASV teilnehmende Patienten der Behandlungsumfang grundsätzlich aus der medizinischen Notwendigkeit ergibt und durch § 12 SGB V bestimmt wird. Die Therapiefreiheit kann und darf nicht weiter über die ASV-RL eingeschränkt werden.

Den Regelungsvorschlag von DKG und KBV, dass für die ASV geeignete Leistungen, die nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, in den Anlagen aufgeführt werden, sieht die Bundesärztekammer als ausreichend an.

- **§ 8 Überweisungen**

Die Bundesärztekammer spricht sich hinsichtlich der Regelung des Überweisungsvorbehaltes für die Vorschläge von GKV-SV, KBV und PatV in § 8 Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 und im Folgenden für die von der KBV vorgeschlagenen Sätze 8 bis 11 aus.

Bezüglich der Informationspflichten sieht die Bundesärztekammer die ASV-Berechtigten in der Pflicht, Versicherte und einweisende Vertragsärzte über Aufnahme und Abschluss der ASV zu informieren. Weshalb der GKV-SV fordert, dass auch die Krankenkasse zu informieren sei, erschließt sich nicht. Krankenkassen erhalten im Rahmen des Anzeigeverfahrens gemäß § 116b Absatz 2 SGB V und die Tatsache, dass nach § 116b Absatz 6 SGB V die Leistungen der ASV unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden, ohnehin einen umfassenden Überblick über diese Versorgung.

Nicht ausreichend ist nach Auffassung der Bundesärztekammer der Formulierungsvorschlag in § 8 Absatz 1 Satz 4 bzw. 5. Patienten sind nicht „nur“ darüber zu informieren, dass sie sich in der ASV befinden. Vielmehr ist zu prüfen, ob auf der Grundlage des bestehenden Arzt- und Berufsrechtes bzw. demnächst auch des Patientenrechtegesetzes nicht weitergehende Rechte der Patienten bestehen. Die Bundesärztekammer verweist daher insbesondere auf die Regelungen zur Informations- und Aufklärungspflicht sowie zur Einwilligung.

Da der Gesetzgeber die Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen auf schwere Verlaufsformen begrenzt hat, geht die Bundesärztekammer davon aus, dass für diese Erkrankungen eine gesicherte Diagnose vorliegen muss. Die Bundesärztekammer unterstützt daher den Vorschlag von GKV-SV und KBV in § 8 Absatz 1 Sätze 11 bzw. 12 bis 12 bzw. 13.

- **§ 9 Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung**

Der Gesetzgeber hat in § 116b Absatz 4 Satz 3 SGB V dem Gemeinsamen Bundesausschuss den Auftrag erteilt, in Bezug auf Krankenhäuser zu bestimmen, bei welchen Tatbeständen eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung ausnahmsweise nicht ausreichend ist und eine teilstationäre oder stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Wenngleich somit der Gesetzgeber davon ausgeht, dass eine teilstationäre oder stationäre Durchführung nur ausnahmsweise erforderlich sein wird, schließt er die

teilstationäre Leistungserbringung nicht aus. Die Bundesärztekammer spricht sich daher gegen den Formulierungsvorschlag des GKV-SV aus.

- **§ 10 Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V**

Der Gesetzgeber ist davon ausgegangen, dass insbesondere Patienten mit schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen von Kooperationen zwischen Leistungserbringern der verschiedenen Versorgungsbereiche profitieren. Die Festlegung eines Kooperationserfordernisses zwischen zwei Kernteams, wie vom GKV-SV gefordert, die jeweils sämtliche Kernleistungen selbst bereitstellen und ggf. bereits sektorenübergreifend zusammengesetzt sind, erschließt sich der Bundesärztekammer nicht. Nach Auffassung der Bundesärztekammer geht es um eine sektorenübergreifende Kooperation zwischen einzelnen Leistungserbringern.

- **§ 12 Mindestmengen**

Die Bundesärztekammer befürwortet, dass Vorgaben zu Mindestmengen – sofern überhaupt notwendig – jeweils spezifisch in die Anlagen aufgenommen werden und keine grundsätzliche Regelung in den allgemeinen Paragrafenteil aufgenommen wird.

- **§ 13 Qualitätssicherung**

Die Bundesärztekammer erkennt in der differenzierteren Formulierung von DKG und KBV in § 13 Satz 3, wonach es getrennte Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für den Krankenhausbereich einerseits und den vertragsärztlichen Bereich andererseits gibt, eine zutreffende Abbildung der derzeitigen Situation, hält diese Differenzierung aber durch den Verweis auf die geltende gesetzliche Grundlage nach § 135a und 137 SGB V für verzichtbar und unterstützt daher den knapperen Formulierungsvorschlag von GKV-SV und PatV.

- **§ 14 Evaluation**

Die Bundesärztekammer unterstützt die Forderung der PatV, dass die Ergebnisse der nach § 116b Absatz 9 SGB V vorgeschriebenen Bewertung nicht nur dem Bundesministerium für Gesundheit, sondern auch dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorgelegt werden. Wenngleich dies vom Gesetzgeber nicht vorgesehen wurde, sollte auch der Gemeinsame Bundesausschuss Gelegenheit erhalten, im Sinne eines lernenden Systems die Auswirkungen der von ihm erarbeiteten Richtlinie zu beraten und ggf. Handlungsbedarf für die Anpassung der Richtlinie zu identifizieren. Darüber hinausgehend wäre im Interesse einer umfassenden Transparenz die Veröffentlichung der Ergebnisse wünschenswert.

- **§ 15 Dokumentationsanforderungen und -regeln**

Der Umfang der Dokumentationspflichten von Ärzten ist grundsätzlich durch gesetzliche Normen des Arzt- und Berufsrechtes geregelt und wird zudem durch das Patientenrechtegesetz geregelt werden. Von daher können in den Anlagen der ASV-Richtlinie nur ergänzende, konkretisierende Regelungen aufgenommen werden. Ansonsten stimmt die Bundesärztekammer dem Vorschlag von DKG und KBV zu.

- **§ 16 Patienteninformation**

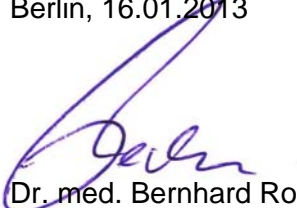
Die Bundesärztekammer unterstützt den gemeinsamen Vorschlag von GKV-SV, DKG und KBV, spricht sich aber dafür aus, die Regelung weiter vorne einzufügen. Inhaltlich besteht ein Zusammenhang zu der entsprechenden Regelung in § 8 des Richtlinienentwurfs.

**Fazit:**

Die Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung stellt ein wesentliches Kernelement des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes dar. Unabhängig von der geäußerten (Detail-)Kritik an dem konkreten Richtlinienentwurf sieht die Bundesärztekammer die Notwendigkeit einer guten Abstimmung und Kooperation zwischen den behandelnden Ärzten gerade für Patienten mit den in § 116b SGB V genannten Erkrankungen. Von daher ist mit Hilfe der ASV die Versorgung für Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren Krankheiten zu verbessern. Auf der Grundlage der vorliegenden Regelungen ist aber noch nicht auszumachen, inwieweit sich dies auch einstellen wird. Entscheidend wird sein, welche Konkretisierungen in den Anlagen vorgenommen werden. Hier wird insbesondere darauf zu achten sein, dass die notwendige Definition schwerer Verlaufsformen allein medizinischen Maßstäben und nicht ökonomischen Interessen entspringt oder zur reinen Mengensteuerung benutzt wird.

Grundsätzlich sieht die Bundesärztekammer in dem vorgelegten Richtlinienentwurf unter Berücksichtigung der voranstehenden Anmerkungen eine weitgehend umsetzungsfähige Lösung des gesetzlichen Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Berlin, 16.01.2013



Dr. med. Bernhard Rochell  
Hauptgeschäftsführer