

ASV wächst mit ihren Aufgaben

dgd (es) – Die gute Nachricht zuerst: die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) kommt! Zumindest arbeitet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) offenbar mit Hochdruck daran, die Umsetzung des mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz beschlossenen neuen Versorgungssektors mit konkreten Verfahrensregeln in Gang zu bringen. Die Erstfassung einer ASV-Richtlinie (ASV-RL) wurde vom G-BA am 21. März 2013 beschlossen. Die nicht ganz so gute Nachricht: Von der überaus smarten und liberalen Grundidee der ASV „*wer kann, der darf*“ ist im Zuge der bisherigen Umsetzung so gut wie nichts übrig geblieben. Das Ziel „weniger regulieren“ mündete in einem sehr komplexen Regelungswerk. Zu groß waren wohl insbesondere die Ängste der Krankenkassen vor einer Mengenausweitung in diesem neuen und teuren Versorgungssektor. Eine Flut mehr oder weniger restriktiver Detailregelungen in der ASV-Richtlinie stemmt sich gegen jeden Ansatz einer unkomplizierten Realisierung der Grundidee. So ist leider das im Titel genannte „Wachstum“ nicht als Größe, sondern eher als Bauchumfang der ASV-Umsetzung zu begreifen.

Wegen seiner Bedeutung für zukünftige Versorgungsstrukturen war die ASV natürlich auch beim Kongress für Gesundheitsnetzwerker ein Thema. Der Ehrenvorsitzende der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), **Dr. Rudolf Kösters**, gab sich in seiner Moderation des Themas skeptisch, ob mit der ASV wirklich ein neuer Versorgungssektor entstehen wird. Er sieht die Neufassung des § 116 SGB V als Fortsetzung der - bisher nicht sehr erfolgreichen - Bemühungen, die strengen Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufzulösen. Auf diese Vorgeschichte der ASV verwies auch **Dr. Regina Klakow-Franck**, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des für die ASV zuständigen G-BA – Unterausschusses. Die ASV sei eine Erweiterung der bisherigen Richtlinie für ambulante Behandlung im Krankenhaus (ABK-RL) und öffne diese nun auch für niedergelassene Vertragsärzte. Die einbezogenen Diagnosen sind die gleichen wie beim „alten“ § 116b, allerdings bei der ASV beschränkt auf „schwere Verlaufsformen“, was noch zu definieren wäre. Ein Qualitätswettbewerb unter den ASV-Teilnehmern soll durch den Anreiz einer extrabudgetären Vergütung unterstützt werden. Neben der ASV-Richtlinie wurde ein Eckpunktepapier zur Überarbeitung der diagnosebezogenen Anlagen der ASV-RL erstellt. Engagiert und transparent zeichnete Klakow-Franck die weitere Entwicklung der ASV auf und kündigte an, dass bis zum Jahresende zwei bis drei Anlagen für spezielle Diagnosen fertiggestellt sein könnten. Zweifel an der ASV bleiben allerdings insbesondere bei den niedergelassenen Ärzten. Zwar gibt es etablierte und ausgereifte Ärztenetze, die schon lange auf diese Chance gewartet haben und nun bereits auf Zulassung zur ASV drängen, um die extrabudgetäre Honorierung in Anspruch nehmen zu können. Aber für das Gros der ambulanten Fachärzte ist die Hürde zum Einstieg in die ASV sehr hoch angelegt, auch wenn sie bezüglich ihrer Qualifikation die gebotene Versorgung durchaus

leisten könnten. So sind im Abschnitt „berechtigte Teilnehmer“ der ASV-RL insbesondere für die „interdisziplinäre Kooperation“ hohe Ansprüche an die Organisation einer ASV gestellt. Feste vertragliche Vereinbarungen werden ebenso gefordert wie nicht zu große Entfernungen der Praxispartner und die Erreichbarkeit einer intensivmedizinischen Betreuung. Innerhalb von 30 Minuten muss jedes Teammitglied erreicht werden können. Vernetzungen sollen räumlich konkret und nicht nur virtuell bestehen. Mindestens an einem Tag pro Woche soll für ASV-Patienten eine gemeinsame Sprechstunde des gesamten Teams angeboten werden. Für manche Diagnosen werden wohl auch eher seltene Facharztgruppen mit einzubeziehen sein, was dann ohne die Einbindung einer Klinik kaum möglich sein wird. Insbesondere für größere Krankenhäuser und Universitätskliniken sind diese Voraussetzungen leicht zu erfüllen, für niedergelassene Fachärzte können sie dagegen turmhohe Hürden bedeuten. Auch bestehende vernetzte Praxisstrukturen werden je nach Zusammensetzung damit wohl ihre Probleme haben. Insgesamt ergibt sich damit ein erheblicher Startvorteil für Kliniken in der ASV, die sich schnell in diesem neuen Sektor etablieren können, während niedergelassene Fachärzte sich zunächst mit dem Aufbau entsprechender neuer, den Anforderungen angepasster Netzstrukturen zu befassen haben – und in vielen Fällen wohl auch auf das Wohlwollen einer kooperierenden Klinik angewiesen sein werden. Es steht also zu erwarten, dass die ASV – zumindest vorläufig – weitgehend von Kliniken gesteuert und geleistet werden wird. Die beabsichtigte Öffnung dieses Sektors für niedergelassene Vertragsärzte könnte dann eine Fiktion bleiben. Das wäre nicht ganz fair, wenn man bedenkt, dass für die Finanzierung dieser Leistungen der Honorartopf der niedergelassenen Fachärzte herangezogen wird. Das mindert letztlich die Honorare der Fachärzte, zumindest jener, die nicht die Chance haben, sich in der ASV zu etablieren. Vieles wird nun davon abhängen, wie die ASV-RL dann durch Anlagen ergänzt wird, in denen die speziellen Verfahrensweisen für jede Erkrankung im ASL-Katalog ausgeführt werden. Dann wird sich konkret zeigen, ob diese Ansprüche von niedergelassenen Fachärzten erfüllbar sind oder eher nicht.

Einige Punkte blieben noch offen, zum Beispiel die Frage, wer denn einen Patienten in die ASV-Versorgung überweisen darf, der Hausarzt oder nur ein Facharzt? Oder anhand welcher grundsätzlichen Kriterien eine „schwere Verlaufsform“ einer Krankheit zu definieren wäre? Oder ob und wie die Aufteilung des ASV-Honorars unter niedergelassenen Teammitgliedern rechtssicher zu gestalten sei?

Klakow-Franck forderte dazu auf, neben den noch zu lösenden Fragen und Aufgaben die Chancen der ASV nicht aus den Augen zu verlieren: das Etablieren eines neuen Versorgungsbereichs abgestimmt auf die Behandlung schwerer Erkrankungen, das Überwinden der bestehenden Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, die Gestaltung eines Qualitätswettbewerbs und schließlich eine Verbesserung der medizinischen Versorgungssituation. Wenn auch der aktuelle Stand der ASV-RL nicht ganz so liberal ausgefallen ist wie anfangs angekündigt, dann sei doch zu bedenken, dass es sich bei dem Projekt ASV um hochkomplexe Vorgänge handele.