

Hausarzt, Facharzt, Spezialfacharzt

Chancen und Risiken der zusätzlichen Spezialisierung der Ärzte in der ambulanten Versorgung

■ Zum 1. Januar 2012 wurde durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz die ambulante spezialfachärztliche Versorgung eingeführt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, wird nun bis zum 31. Dezember 2012 die Inhalte dieses neuen Versorgungsangebotes per Richtlinie konkretisieren – dann kommt der Praxistest. In einem Gastbeitrag für *NWgesund* beleuchtet *Dirk Ruiss* vom Verband der Ersatzkassen die neuen gesetzlichen Vorschriften, die für Kassen wie Versicherte teuer werden können.

Durch die neue spezialfachärztliche Versorgung sollen die bestehenden ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen verbunden und weiterentwickelt werden. Dieser neue Versorgungsbereich soll die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten umfassen, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattung erfordern.

Dies betrifft vor allem schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (zum Beispiel Krebs oder schwere Herzinsuffizienz), seltene Erkrankungen sowie hochspezialisierte Leistungen, zum Beispiel die Brachytherapie, eine besondere Behandlungsmöglichkeit bei Krebs.

Da es schon heute ein ausge-

prägtes ambulantes fachärztliches Versorgungsangebot im Bereich der niedergelassenen Ärzte und im Krankenhaus gibt, dessen Vielfalt zumindest für Patienten schwer überschaubar ist, muss die Frage erlaubt sein, welche Auswirkungen dieses neue „spezial“-fachärztliche Versorgungssegment haben wird und welche Chancen aber auch Risiken sich für die Versicherten und Patienten ergeben.

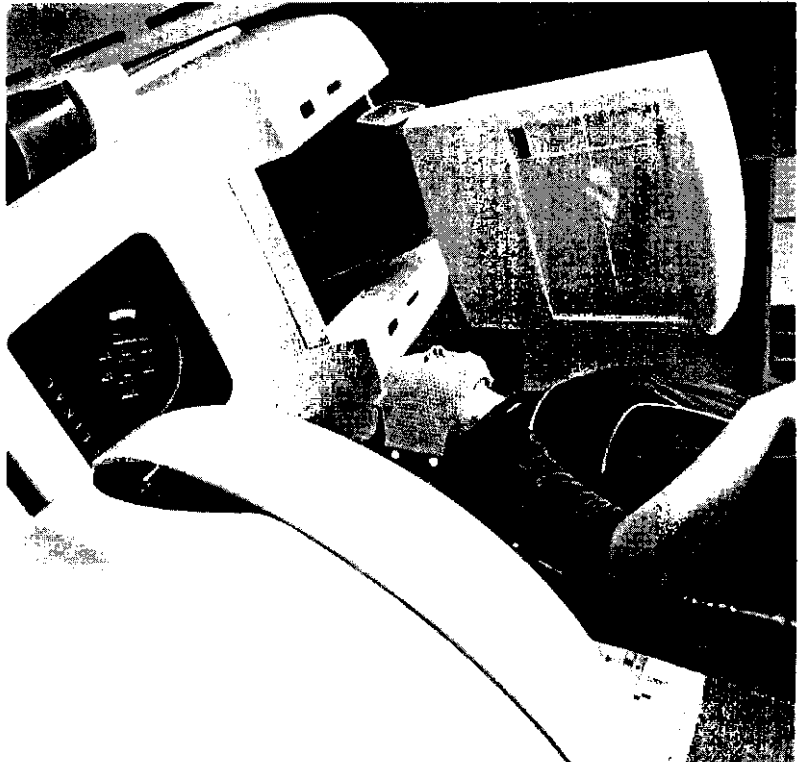
Dann kommt der Praxistest

Die Richtlinie des G-BA muss die Erkrankungen konkretisieren, Strukturvoraussetzungen formulieren, das Überweisungserfordernis regeln und Kooperationsregelungen für niedergelassene Fachärzte und für die Krankenhäuser treffen. Erst dann kann am 1. Januar 2013 das neue Versorgungsangebot starten.

Die Anforderungen, die daran geknüpft sind, sind hoch. Sie betreffen insbesondere die fachli-

chen, Strukturvoraussetzungen formulieren, das Überweisungserfordernis regeln und Kooperationsregelungen für niedergelassene Fachärzte und für die Krankenhäuser treffen. Erst dann kann am 1. Januar 2013 das neue Versorgungsangebot starten.

Die Anforderungen, die daran geknüpft sind, sind hoch. Sie betreffen insbesondere die fachli-



Spezialfachärztliche Versorgung: Eine Krebspatientin kurz vor der Strahlentherapie.

FOTO: DPA

che Qualifikation der Ärzte, organisatorische, bauliche, apparativ-technische und hygienische Voraussetzungen. Schon die Herausforderungen an die Vorarbeiten sind also groß. Anbieten können diese Leistungen dann niedergelassene Fachärzte und Krankenhäuser – wenn sie die Voraussetzungen erfüllen und dies dem Landesausschuss, einem Gremium, in dem Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen vertreten sind, anzeigen.

Hat dieses Gremium der Anzeige nach Ablauf von zwei Monaten nicht widersprochen, dürfen Arzt oder Krankenhaus loslegen. Vergütet werden die deren Leistungen unmittelbar von den Krankenkassen. Hierzu werden auf Bundesebene diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro kalkuliert, die dann den neuen Versorgungsanbietern zufließen – und zwar ungedeckt.

Die Ersatzkassen begrüßen das Grundanliegen, die Versorgung seltener, komplexer und schwieriger Erkrankungen zu verbessern zu wollen. Die qualitativ hochwertige Diagnostik und Behandlung solcher Erkrankungen erfordern spezielles medizinisches Wissen, interdisziplinäre Kooperation und oftmals besondere Ausstattungen. Zudem kann es medizinisch sinn-

voll sein, nach Entlassung aus dem Krankenhaus eine dort stationär begonnene komplexe Behandlung ambulant – unter Wahrung der Behandlungskontinuität – weiterzuführen. Ein sektorverbindender Versorgungsbereich kann helfen, die Versorgung der Patienten nachhaltig zu verbessern.

Jedoch ist es unter Qualitätsgesichtspunkten für den Patienten problematisch, dass in dieser Versorgung alle medizinischen Leistungen erlaubt werden, die

Finanzielle Mehrbelastung?

der gBA nicht ausdrücklich verbietet. Die letzten Erfahrungen zum Beispiel mit beschichteten Stents, die verwachsen sind und Schlaganfälle ausgelöst haben, oder Hüftendoprothesen, die Probleme machen, zeigen, dass nicht alle Innovationen ein Fortschritt für den Patienten sind.

Zudem ist derzeit nicht abzusehen, ob die zu erwartenden finanziellen Mehrbelastungen der Krankenkassen und dadurch der Beitragszahler in einem angemessenen Verhältnis zur Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung ste-

hen. Denn leider hat es der Gesetzgeber versäumt, für diesen Bereich eine Mengensteuerung und Bedarfsplanungsinstrumente vorzusehen.

Das heißt: Das Angebot erfolgt nach dem Prinzip „Wer kann, der darf und so oft er will“. Vor allem die fehlende Bedarfsplanung, also eine Steuerung der Anzahl der zur Versorgung berechtigten Fachärzte und Krankenhäuser kann zu einer erheblichen, nicht mehr am Bedarf orientierten Ausweitung des Leistungsangebots gerade in ohnehin gut versorgten Ballungsgebieten führen.

Auch besteht die Gefahr, dass durch diesen Versorgungssektor eine Sogwirkung auf Vertragsärzte und Krankenhäuser entsteht, im neuen „Selbstbedienungsladen“ zu ungedeckelten und festen Euro-Preisen tätig zu werden, was bei perspektivisch begrenzten ärztlichen Kapazitäten zu Lasten der Basisversorgung auch in ländlichen Regionen geht. Ärzte und Krankenhäuser sind somit aufgefordert, verantwortungsvoll und versorgungsorientiert die Umsetzung der spezialfachärztlichen Versorgung mit zu gestalten und die Kooperationsmöglichkeiten zum Wohle des Patienten auszuloten.

Quelle:

Westfälische Nachrichten, Bielefeld

v. 17.5.2012