Dr. Thomas Starke

Potentiale zur Optimierung der Versorgung krebskranker Patienten im Kontext der ASV nach § 116b SGB V („neu“)

Zusammenfassung

Die zum 1.1.2012 im deutschen Gesundheitswesen neu eingeführte „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)“ wird bislang in Deutschland nur ausgesprochen zögernd umgesetzt. Von den einzelnen Akteuren der ASV werden hierzu unterschiedliche Umsetzungshemmnisse benannt und entsprechende Entwicklungsziele für die neue ASV formuliert. Der Beitrag untersucht diese Entwicklungsziele auf ihre Zielkongruenz mit den ursprünglichen gesundheitspolitischen Zielen der ASV. Für zielkongruente Entwicklungsziele werden entsprechende Handlungsfelder skizziert.

Schlüsselwörter

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung, ASV, Onkologie, Sektorengrenzen, Weiterentwicklung, Gesundheitspolitik, Versorgungsforschung

Der Gesetzgeber hat zum 1.1.2012 mit dem GKV-VStG den Grundstein für den Aufbau einer neuen Versorgungsstruktur gelegt, der „Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung“ (ASV). Mit der Neufassung des § 116b SGB V (§ 116b SGB V „neu“) wurden seit Anfang 2012 neben Krankenhäusern nun auch niedergelassene Vertragsärzte in die Regelungen einbezogen. Die ASV verfolgt im Wesentlichen zwei Ziele: Sie soll erstens einen Beitrag zur Überwindung der Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitswesen leisten und zweitens eine verbesserte interdisziplinäre Abstimmung von Diagnostik und Therapie unter den Leistungserbringern erreichen. Dabei soll die ASV erstmals im deutschen Gesundheitswesen die Möglichkeit eröffnen, dass niedergelassene Vertragsärzte und Krankenhäuser sektorenübergreifend zu denselben Bedingungen tätig werden und zusammenarbeiten können (vgl. z.B. G-BA 2015a; Klakow-Franck 2014b: 154 u. 2015: 6). Die Einführung der ASV lag nicht zuletzt im Interesse der Vertragsärzte (vgl. z.B. Klakow-Franck 2014b: 153), denn unter den bis dahin bestehenden Regelungen (§116b SGB V „alt“) mussten diese befürchten, dass ihnen durch die vergleichsweise finanzstarken Krankenhäuser eine zunehmende Konkurrenz mit einer entsprechend verschärften Wettbewerbssituation im Gesundheitsmarkt erwächst. Vertragsärzte hatten außerdem mehrfach Klage gegen Krankenhauszulassungen nach § 116b SGB V „alt“ eingereicht (vgl. SVR 2012: 259).

>> Vor diesem Hintergrund – aber auch angesichts verschiedener potentieller Vorteile der neuen ASV für Vertragsärzte – erscheint es überraschend, dass die ASV von niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern bislang nur sehr zurückhaltend und zögernd angenommen und umgesetzt wird (vgl. z.B. Klakow-Franck 2015: 5). Offenbar bestehen derzeit auf verschiedenen Ebenen erhebliche Hemmnisse, die neugeschaffenenen Versorgungsmöglichkeiten in die Tat umzusetzen.

Zielsetzung dieses Beitrags

Der vorliegende Beitrag fokussiert auf die Versorgung krebskranker Patienten, denn insbesondere hier fehlt es bislang an einem „einheitlichen Ordnungsrahmen“ für alle Leistungsanbieter (Jahn et al., 2012: 70 f.). Es wird zunächst eine Übersichtsdarstellung über diejenigen Entwicklungsziele der ASV geliefert, die in der Fachliteratur von den einzelnen Akteuren der ASV formuliert werden.

Anschließend werden diese den ursprünglichen, gesundheitspolitisch intendierten Zielen der ASV gegenübergestellt und auf Zielkongruenz hin untersucht. Für zielkongruente Weiterentwicklungsziele werden schließlich konkrete Handlungsfelder für die einzelnen Akteure der ASV abgeleitet, deren Umsetzung dazu beitragen kann, die Potenziale der ASV zur Optimierung der Versorgung krebskranker Patienten besser nutzbar zu machen.

Die ASV bei onkologischen Erkrankungen

Um das Ziel einer Verbesserung der Patientenversorgung zu erreichen, sind vom Gesetzgeber hohe Anforderungen an die ASV gestellt worden, die § 116b Abs.1 S.1 SGB V als „spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen“ zusammenfasst. Im März 2013 hat der G-BA weiterhin die „Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)“ beschlossen, welche mit § 3 ASV-RL die Anforderungen an die ASV weiter spezifiziert. Die konkretisierende „Anlage 1 a“ ist seit dem 26.7.2014 in Kraft (vgl. G-BA 2014; G-BA 2015a).

Bislang kann die ASV bei den onkologischen Erkrankungen für die Entitäten „Gastrointestinale Tumoren/Tumoren der Bauchhöhle“ als Erkrankungen mit schweren Verlaufsformen umgesetzt werden[2]. Die „ASV-Servicestelle“ weist knapp ein Jahr nach Beginn der grundsätzlichen Umsetzbarkeit bundesweit derzeit lediglich elf für die ASV-Abrechnung berechtigte Teams für den Leistungsbereich „Gastrointestinale Tumoren“ aus[3].

Die verschiedenen ASV-Akteure in der Onkologie

Gesetzgeber

Der Deutsche Bundestag und der G-BA als untergesetzliche Normgeber tragen ihrem Auftrag entsprechend eine besondere Verantwortung für die rahmengebenden und konkreten Möglichkeiten zur realen Ausgestaltung der ASV. Dementsprechend werden verschiedene Forderungen nach notwendigen Anpassungen der bestehenden Gesetzeslage an diese adressiert.

Onkologische Vertragsärzte

Die Teilnahme an der ASV kann für onkologische Vertragsärzte eine Reihe von Vorteilen bieten. Der Wichtigste aus Sicht des BNHO liegt darin, über die ASV künftig in einen „fairen Wettbewerb mit den Kliniken“ (Schmitz 2013: 1) eintreten zu können. Weitere Vorteile liegen in der Abrechenbarkeit bestimmter Leistungen sowie den entsprechenden Rahmenbedingungen dazu, so im Zusammenhang mit möglichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen, da innerhalb der ASV kein

— — —

1. german abbrev.: ASV
2. Stand: August 2015, vgl. ASV-RL Anlage 1 i. Verb. mit G-BA, 2014: S. 1 f., Ziff. I a). Die Begrenzung auf schwere Verlaufsformen dürfte in der ASV-RL infolge der Rechtskraft des GKV-VSG zum 16.7.15 zeitnah angepasst werden.
3. vgl. Swiss Post Solutions GmbH, 2015; Stand: 2.9.15

Regressrisiko besteht (vgl. KBV 2014: 7 u. 17; s.a. Korn 2014b: 46, Orlowski 2014: 523). Bei bestimmten Behandlungen sind innerhalb der ASV nun auch Diagnoseverfahren wie PET- oder PET-CT abrechenbar. Leistungen, die nicht über den EBM abrechenbar sind, wie z.B. die Teilnahme an Tumor- und Qualitätskonferenzen, können nun innerhalb der ASV für den Vertragsarzt vergütet werden (vgl. G-BA 2014: 4; Korn 2014a: 43).

Nachteile können onkologischen Vertragsärzten im Zuge der ASV-Teilnahme durch den zu leistenden bürokratischen Aufwand im Zuge des ASV-Anzeigeverfahrens entstehen, aber auch z.B. durch veränderte administrative Prozesse im Zuge der späteren ASV-Abrechnung nach § 116b Abs.6 SGB V „neu". Hinzu kommen u.U. grundsätzliche Nachteile, die Ärztekooperationen nach sich ziehen können, so z.B. Flexibilitätsverluste durch vertragliche Fixierungen oder Verluste an Souveränität und Entscheidungsfreiheit (vgl. z.B. Koller 2011: 347 ff.).

Krankenhäuser und Tumorzentren

Krankenhäusern wurde bereits seit 2004 mit § 116b SGB V „alt" die Möglichkeit gegeben, unter bestimmten Voraussetzungen an der ambulanten Versorgung teilzunehmen. Bundesweit wurden knapp 700 Krankenhäuser für die Behandlung onkologischer Erkrankungen zugelassen. Es ergab sich hierbei eine ausgesprochen heterogene Verteilung der Krankenhäuser mit den sog. § 116b-Ambulanzen im Bundesgebiet (vgl. Klakow-Franck 2014b: 153, SVR 2012: 265; Leber 2014: 525).

In einer ASV-Teilnahme liegen zum Einen wirtschaftliche Potenziale für Krankenhäuser durch Ausweitung ihres Spektrums ambulanter Leistungen, zum Anderen bestehen Möglichkeiten, z.B. Zuweiserbindungen noch zu verstärken und eine noch weiter verbesserte Lenkung von Patientenströmen erzielen. Weiterhin können Großgeräte wie MRT-, CT- und PET-Diagnostik u.U. besser ausgelastet und wirtschaftlicher betrieben werden. Von besonderer Bedeutung sind u.U. zusätzliche Einnahmen für Krankenhäuser i. Zus. mit der onkologischen Zytostatikatherapie (vgl. z.B. Korn 2014b: 46; Makoski 2014: 467 f.; Wigge u. v. Leoprechting 2011: 44). Krankenhäuser weiten im Zuge der ASV prinzipiell das Spektrum und den Umfang ihrer Leistungserbringung im ambulanten Bereich weiter aus. Dies kann allerdings ein Konkurrenzdenken unter niedergelassenen Fachärzten befördern und entsprechende Gegenreaktionen auslösen. Ggf. sind weiterhin nicht unerhebliche datenschutzrechtliche Probleme bei einer Beteiligung an der ASV zu lösen, es ergeben sich außerdem zusätzliche Verwaltungs- bzw. Abrechnungsaufwände. Im Hinblick auf das ASV-Anzeigeverfahren sowie den Abschluss notwendiger Kooperationsverträge entsteht für Krankenhäuser ein nicht unerheblicher juristischer Beratungsbedarf (vgl. Makoski 2014: 468 f.; Köchling 2012: 28; Biller 2012: 39).

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Leistungen der ASV werden mit § 116b Abs.6 S.1 SGB V „neu" direkt mit den Krankenkassen abgerechnet und unmittelbar von diesen vergütet. Mit § 116b Abs.6 S.10 SGB V „neu" obliegt die Prüfung der ASV-Abrechnungen sowie der Wirtschaftlichkeit den Krankenkassen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Krankenkassen im Hinblick auf die Kosteneffizienz mittelfristig die ASV-Versorgung eingehenden Prüfungen unterziehen werden (vgl. z.B. Stuppardt 2013: 463). § 11 Abs.4 SGB V fordert die Krankenkassen dazu auf, entsprechende von den Leistungserbringern eingeleitete Prozesse zur Überwindung der Sektorengrenzen zu unterstützen. Nicht zuletzt aus diesem Grund betrachten die meisten Krankenkassen das Versorgungsmanagement als ein zentrales Zukunftsthema (vgl. Müller u. Engelmeyer 2013: 294).

Weiterentwicklungsziele der ASV aus Sicht verschiedener Akteure

Für eine umfassendere Umsetzung der ASV als bisher müssen von den Akteuren der ASV verschiedene Hürden überwunden werden. Einige dieser Umsetzungshemmnisse können sicherlich als normaler Zusatzaufwand bei der operativen Anpassung an neue gesetzliche Regelungen aufgefasst werden. Ein bestimmter Anteil der benannten Umsetzungshemmnisse wird jedoch auf bestimmte Regelungsgehalte im Geflecht der unterschiedlichen Beziehungen zwischen den Akteuren der ASV bzw. zum Aufbau des neuen Versorgungssektors zurückgeführt.

Für diesen Anteil der Umsetzungshemmnisse wurden in der Vergangenheit von den einzelnen Akteuren der ASV verschiedene Weiterentwicklungsziele formuliert und entsprechend adressiert. Diese seien im Folgenden skizziert.

Onkologische Vertragsärzte

Unter onkologischen Vertragsärzten besteht gegenüber der ASV eine verbreitete Skepsis. Diese gründet u.a. auf der nicht unproblematischen neu gezogenen Grenze zwischen der ASV und der haus- und fachärztlichen Grundversorgung über die für die ASV geltenden speziellen Qualifikationsanforderungen bzw. auf u.U. negative Erfahrungen im Zusammenhang mit Qualitätsvorgaben des § 3 der Onkologie-Vereinbarung (vgl. Klakow-Franck 2014a: 26 f.; GKV-SV u. KBV 2009: 4 f.; BÄK 2011: 14 f.). Es ist davon auszugehen, dass für onkologische Vertragsärzte mittel- und langfristig echte Anreize für eine Umsetzung der ASV erst dann bestehen, wenn die Vergütung der ASV-Leistungen die in der Onkologievereinbarung festgelegte Vergütung übersteigt (vgl. Korn 2014b: 45). Eine entsprechende Anpassung der Vergütung von ASV-Leistungen stellt insofern ein wichtiges von Vertragsärzten formuliertes Entwicklungsziel für die ASV dar.

Deutlich geäußert wird von vertragsärztlichen Onkologen die Forderung nach einer Verringerung des bürokratischen Aufwandes, der mit der Anzeige zur Teilnahme an der ASV für die Teams verbunden ist (vgl. z.B. Laschet 2014: 60).

Als wichtiges Umsetzungshemmnis der ASV betont der BNG, dass Erkrankungen, die aus fachärztlicher Sicht besonders dringlich innerhalb von ASV-Strukturen behandelt werden sollten, bislang nicht zum Therapiespektrum der ASV gehören – so z.B. die chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen und Leberentzündungen und fordert eine entsprechende Erweiterungen des ASV-Therapiespektrums (vgl. Heil 2013: 1039; Klakow-Franck 2015: 5 f.).

Die BÄK sieht die Gefahr einer geografischen Konzentration des ASV-Leistungsangebots in Ballungsräumen mit einer weiteren Vernachlässigung ländlicher Räume. Konsequent fordert die BÄK, die Zulassung von Krankenhäusern zwar von der eigentlichen Bedarfsplanung nach § 99 SGB V weiterhin auszunehmen, ihre Zulassung jedoch an die „Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation" und „regional-populationsbezogenen Versorgungsgesichtspunkten" zu knüpfen (BÄK 2011: 149).

Angemahnt wird das Fehlen einer Verpflichtung zum Führen von „elektronischen Fallakten" innerhalb der ASV-Teams. Dies kann die Abstimmung der Therapie untereinander im ASV-Team gefährden und erschwert ein zeitnahes therapeutisches Reagieren (vgl. Munte 2014; 72 u. 76). Dieser Forderung ist der G-BA für die Gynäkologischen Tumoren bereits nachgekommen (vgl. BV ASV 2015; G-BA 2015b: 7 Nr. 3.2 Buchst. q). Es verbleibt hieraus die Forderung, dies beizubehalten und die bereits verabschiedeten Beschlüsse für die übrigen ASV-Leistungsbereiche entsprechend anzupassen.

Krankenhäuser

Aus der Perspektive von Krankenhäusern und insbesondere solcher mit onkologischen Ambulanzen entspr. § 116 b SGB V „alt" wird die ASV häufig generell als überflüssig betrachtet. Angeführt wird dabei z.B. der Aspekt, die in der ASV vorgesehene sektorenübergreifende Kooperation sei bereits jetzt Realität und die Neuregelungen der ASV führten vor allen Dingen zu einer Zunahme bürokratischer Aufwände (vgl. Klakow-Franck 2014a: 25; Schlingensiepen 2014: 7). Das Weiterbestehen der Zulassungen von Krankenhausambulanzen nach § 116b SGB V „alt" stellt insofern bereits jetzt ein wichtiges Hemmnis für die Umsetzung der ASV dar, da die entsprechenden Krankenhäuser kaum einen Anreiz darin sehen, die neuartigen ASV-Strukturen aufzubauen (vgl. Ärzte-Zeitung Verlags GmbH 2014). Durch das ASV-Anzeigeverfahren selbst sowie den Abschluss notwendiger Koopera- tionsverträge innerhalb des Leistungsbereiches der GI-Tumoren entsteht für Krankenhäuser erheblicher bürokratischer Aufwand sowie juristische Unsicherheiten (vgl. Makoski 2014: 468 f.).

Gesetzliche Krankenversicherung

Jedwedes Versorgungsmanagement muss zwingend bestehende Limitationen durch die verfügbaren finanziellen Ressourcen als rahmengebend beachten (vgl. z.B. Ulrich 2013: 60). Mit § 116b Abs.6 S.1 SGB V „neu" werden die Leistungen der ASV extrabudgetär direkt und unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Aus Perspektive der Krankenkassen wird durch die Einführung der ASV eine erhebliche Kostensteigerung für die GKV befürchtet, weil für diesen neuen Versorgungssektor bislang keinerlei Steuerungsmechanismen im Sinne von Leistungsbeschränkungen, Leistungsbudgetierung und Leistungsprüfungen vorgesehen sind (vgl. GKV-SV 2011: 137 u. 2013: 14).

Die Krankenkassen sehen weiterhin eine adäquate Bedarfsplanung und entsprechende Zulassungsmechanismen im Vorfeld einer ASV-Teilnahme als wichtige Voraussetzung für ein funktionierendes und flächendeckendes Angebot von ASV-Leistungen. Andernfalls könnte es zu großen Differenzen in der ASV-Versorgung zwischen Ballungsraum und ländlichem Raum kommen, da sich die Aktivitäten, ASV-Strukturen aufzubauen, aller Erwartung nach auf die Ballungsräume konzentrieren werden (vgl. GKV-SV 2011: 136; Müller u. Engelmeyer 2013: 303).

Formaljuristische Einwände

Unter formaljuristischen Aspekten werden Vorschläge für die weitere juristische Ausgestaltung der ASV formuliert, in deren Folge v.a. mehr Rechtssicherheit für die Akteure der ASV erlangt werden könnte. So verzichtet die ASV auf ein spezifisches Zulassungsverfahren der ASV-Teams. Nur wenn die Voraussetzungen zur Teilnahme an der ASV nicht von einem Team erfüllt werden, ergeht ein ablehnender Bescheid. Diesem kann grundsätzlich widersprochen und er kann im Weiteren beklagt werden, allerdings mit noch unklaren Folgen für eine evtl. aufschiebende Wirkung. Weiterhin wird auf einige Unklarheiten bzgl. möglicher Haftungsrisiken infolge von Behandlungsfehlern durch Mitglieder des ASV-Teams hingewiesen. Darüberhinaus besteht Klärungsbedarf zur Abgrenzung der ASV-Leistungen von denen der SAPV. Derzeit offene Verfahrensfragen berühren weiterhin z.B. Fragen zur korrekten ASV-Anzeigeerstellung, etwa wenn Teamleiter und ASV-Kernteam unterschiedlichen KV-Bezirken angehören (vgl. Korn 2014b: 44 f.).

Gesundheitspolitisch intendierte Ziele der ASV

Die Regelungen zur ASV sind im Zuge des GKV-VStG zum 1.1.2012 in Kraft getreten. Insofern werden hier die gesundheitspolitischen Ziele der Regierungskoalition der 17. Legislaturperiode sowie Begründungen und Erläuterungen zum entsprechenden Gesetzentwurf der damaligen Bundesregierung als maßgeblich betrachtet (s. BMI 2009 u. Deutscher Bundestag 2011).

Die Regierungskoalition aus CDU, CSU und FDP hob in ihrem Koalitionsvertrag zur 17. Legislaturperiode als wichtiges gesundheitspolitisches Ziel hervor, eine mittel- und langfristige Finanzierbarkeit des Krankenversicherungsschutzes zu gewährleisten. Weiterhin wird die „Sicherstellung der flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung" als weiteres Ziel definiert sowie der Anspruch, den Prozess einer besseren Verzahnung der Sektoren fortzusetzen (vgl. BMI 2009: 85 u. 88 f.).

Der Gesetzentwurf zum GKV-VStG hebt in seinem allgemeinen Teil als zentrales gesundheitspolitisches Ziel der Bundesregierung zunächst die „Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung" hervor. Durch die zu treffenden Maßnahmen sollen u.a. die „Behandlungsabläufe zwischen Krankenhäusern, Ärzten und anderen Einrichtungen" besser aufeinander abgestimmt werden, wozu u.a. die „Verzahnung der Leistungssektoren" verbessert werden und durch den neuen sektorenverbindenden Versorgungsbereich der ASV die „strenge sektorale Aufteilung der GKV-Versorgung" überwunden werden soll (Deutscher Bundestag 2011: 42 + 80). Dieser sektorenverbindende Versorgungsbereich soll schritt- bzw. stufenweise aufgebaut und es soll ein freier Zugang für die Leistungserbringer bestehen, sofern von diesen die Erfüllung jeweils festgelegter Qualifikations- und Qualitätsanforderungen nachgewiesen werden kann. Für die ASV-Leistungserbringer sollen einheitliche Rahmenbedingungen gelten, so auch hinsichtlich der Leistungsvergütung (vgl. Deutscher Bundestag 2011: 44 f. u. 81 ff.). Zusammengefasst aus den o.g. Angaben können die gesundheitspolitischen Ziele der ASV in Tab. 1 dargestellt werden.

Gesundheitspolitisch intendierte Ziele der ASV	
1	Finanzierbarkeit sicherstellen
2	Flächendeckende ASV-Versorgung gewährleisten
3	Schrittweise Errichtung eines eigenen sektorenübergreifenden Versorgungsbereichs
4	Einheitliche Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer
5	Freier Zugang für die Leistungserbringer

Tab. 1: Gesundheitspolitisch intendierte Ziele der ASV.

Handlungsfelder für die Akteure der ASV im Kontext onkologischer Erkrankungen

In diesem Beitrag können sieben Entwicklungsziele, die von den verschiedenen Akteuren der ASV formuliert wurden, voneinander abgegrenzt werden (s. Tab. 2). Diese weisen Zielbezüge zu den gesundheitspolitischen Zielen der ASV (s. Tab.1) auf. Bei zwei Entwicklungszielen bestehen mit diesen jedoch Zielkonflikte. Für diejenigen fünf Entwicklungsziele, die mit den gesundheitspolitischen Zielen der ASV zielkongruent sind, werden im Folgenden entsprechende Handlungsfelder skizziert. Diese werden im Kontext dieses Beitrags als zielführende und damit sinnvolle Weiterentwicklungen der ASV verstanden.

Bürokratische Aufwände verringern

Ein reduzierter bürokratischer Aufwand im Rahmen der Anzeige von

Literatur

Ärzte-Zeitung Verlags GmbH (Hg.), 2014: „Ambulante Spezialfachärzte. Kliniken und Politiker stehen auf der Bremse“, Ärzte Zeitung online, Neu-Isenburg, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/asv/article/874118/ambulante-spezialfachaerzte-kliniken-politiker-stehen-bremse.html?sh=23&h=1707800968 (abgerufen am 7.4.15)

BÄK, 2011: „Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ Bundestagsdrucksache 17/6906 (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG), der Stellungnahme des Bundesrates (Bundesratsdrucksache 456/11 Beschluss), den Änderungsanträgen der Regierungsfraktionen (Ausschussdrucksache 17(14)0190)“, Hrsg.v.
Bundesärztekammer, Berlin, http://www.bundesaerztekammer.de/politik/stellungnahmengesetzgebung/stellungnahmen/ , 29 S.

BÄK u. KBV (Hg.), 2015: „KBV-Vertreterversammlung: Positionierung zur ASV im Mittelpunkt“, Beitrag v. 10.12.14, http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61167/Onkologen-besorgt-ueber-Plaene-zur-spezialfachaerztlichen-Versorgung, Hrsg.: Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) und KBV (abgerufen am 5.4.15)

Biller, M., et al., 2012: „Rahmenbedingungen und Stellschrauben im Strategie- prozess von Krankenhäusern“, in: KUNTZ, L., BAZAN, M. (Hg.): Management im Gesundheitswesen, Gabler Verlag, Springer Fachmedien, Wiesbaden, S. 3-48

BMI (Hg.), 2009: „Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode“, Hrsg. v. Bundesministerium des Innern - Referat Presse; Öffentlichkeitsarbeit; Internet, Berlin, 132 S., http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Ministerium/koalitionsvertrag.html (abgerufen am 15.5.15)

BV ASV, 2015: „GBA setzt Zeichen: Fallakte endlich Pflicht in der ASV“, Pressemeldung, Hrsg.: Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V., Grünwald, http://www.qualidoc.org/gba-setzt-zeichen-fallakte-endlich-pflicht-in- der-asv/ (abgerufen am 19.5.15)

Deutscher Bundestag (Hg.), 2011: „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)“, BT-Drs. 17/6906 v. 05.09.2011

Enquete-Kommission, 1990: „Endbericht der Enquete-Kommission. Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages, Bonn: Deutscher Bundestag, BT-Drucks. 11/6380 v. 12.2.90

G-BA, 2015 (a): „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V“, Hrsg.: Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin, https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/116b/#footer (abgerufen am 5.4.15)

G-BA, 2015 (c): „Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt sich vor“, Hrsg.: Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin, https://www.g-ba.de/institution/struktur/ (abgerufen am 21.5.15)

GKV-SV (Hg.), 2011: „Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)“, Hrsg. v. GKV Spitzenverband, Berlin, Selbstverlag, 282 S.

GKV-SV (Hg.), 2013: „14 Positionen für 2014. Reform der Krankenhausversorgung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes“, Beschlossen vom Verwaltungsrat am 4.9.2013, Hrsg. v. GKV Spitzenverband, Berlin, Selbstverlag, 19 S.

GKV-SV u. KBV, 2009: „Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte)“, http://www.kbv.de/media/sp/07_Onkologie.pdf (abgerufen am 7.5.15)

Heil, F., J., 2013: „Chancen der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)“, Editorial i.d. Zeitschrift für Gastroenterologie, Z Gastroenterol, Vol. 51, S. 1039

Institut-BA (Hg.), 2015: „Ergänzter Bewertungsausschuss“, Hrsg.: Institut des Bewertungsausschusses, Berlin, https://institut-ba.de/ergaenzterbewertungsausschuss.html (abgerufen am 8.5.15)

Jahn, R. et al., 2012: „Neuordnung der ambulanten Onkologie“. Gutachten im Auftrag des Berufsverbandes der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen e.V., der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. und der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., IBES Diskussionsbeitrag Nr. 193, Hrsg. v. Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES) a.d. Universität Duisburg-Essen, Selbstverlag, Essen, 94 S.

KBV (Hg.), 2014: „ASV - Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung. Interdisziplinär in Praxen und Kliniken“, PraxisWissen, Ausgabe März 2014, Hrsg. v.d. Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin, 22 S.

Klakow-Franck, R., 2014 (a): „Sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen am Beispiel der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)“, BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2014, S. 14-31

Klakow-Franck, R., 2014 (b): „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“, Gastroenterologe, Vol. 9, H.2, S. 153-158

Klakow-Franck, R., 2015: „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Aktueller Zwischenstand“, Hessisches Ärzteblatt, H.4, S. 4-6

Köchling, S., 2012: „Bindeglied zwischen ambulant und stationär. Medizinische Versorgungszentren - Rechtsstand, Cancen und Risiken für Krankenhäuser“, KU Gesundheitsmanagement, H. 12, S. 26-28

Koller, I., F., 2011: „Ärztliche Kooperationsformen“, in: Kunhardt, H. (Hg.), 2011: „Systemisches Management im Gesundheitswesen. Innovative Konzepte und Praxisbeispiele“, Gabler Verlag, Springer Fachmedien GmbH, Wiesbaden, S. 347- 357

Korn, H., 2014 (a): „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116 b SGB V“, InFo Onkologie, Vol. 17, H. 6, S. 42-44

Korn, H., 2014 (b): „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Nachbesserungsbedarf in einigen Bereichen“, InFo Onkologie, Vol. 17, H. 7, S. 44-46

Laschet, H., 2014: „ASV birgt Hürden und Stolperfallen für Spezialfachärzte“, Im Focus Onkologie, Vol. 17. H. 12, S. 60

Leber, W.- D., 2014: „Vergütung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung“, GesR, H.9, S. 524-529

Makoski, K. et al., 2014: „ASV in der anwaltlichen Beratung eines Krankenhauses“, GesR, H.8, S. 466-470

Müller, H.-J., Engelmeyer, A., 2013: „Anforderungen an ein Schnittstellenmanagement in der GKV“ in: Rebscher, H., Kaufmann, S. (Hg.): „Versorgungsmanagement in Gesundheitssystemen“, medhochzwei-Verlag, Heidelberg, S. 291- 305

Munte, A. et al., 2014: „ASV-Blaupause für die Überwindung von Sektorengrenzen?“, Recht und Politik im Gesundheitswesen - RPG, Vol. 22, H.3, S. 72-76

Orlowski, U., 2014: „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V - Ziele des Gesetzgebers“, GesR, H.9, S. 522-524

Schlingensiepen, I., 2014: „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Kontroverse um den Versorgungswert“, Im Focus Onkologie, Vol. 17, H.5, S. 67

Schmitz, S., 2013: „Können wir durchstarten? Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“, in: best practice onkologie, H.5, Editorial, S. 1

Stuppardt, R., 2013: „Gibt es erste empirische Evidenz für den Nutzen von Versorgungsmanagementkonzepten?“, in: Rebscher, H., Kaufmann, S, S. (Hg.): „Versorgungsmanagement in Gesundheitssystemen“, medhochzwei-Verlag, Heidelberg, S. 447-465

SVR, 2005: „Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“, Bonn, BT-Drucks. 15/5670 v. 09.06.2005

SVR, 2012: „Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“, BT-Drucksache 17/10323 v. 10.7.2012, 437 S.

SVR KAiG, 2001: „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“, Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Ausführliche Zusammenfassung“, Hrsg.: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheits- wesen, Bonn, 232 S., http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=164 (abgerufen am 27.4.15)

Swiss Post Solutions GmbH, 2015: „ASV-Verzeichnis“, Veröffentlicht i. Auftrag v. GKV-Spitzenvenverband, KBV u. DKG, https://www.asv-servicestelle.de/Home/ASVVerzeichnis (abgerufen am 4.4.15)

Ulrich, V., 2013: „Ökonomische Notwendigkeit aktiver Steuerung des Versorgungsprozesses“, in: Rebscher, H., Kaufmann, S. (Hg.): „Versorgungsmanagement in Gesundheitssystemen“, medhochzwei-Verlag, Heidelberg, S. 45-62

Wigge, P., v. Leoprechting, G., (Hg.), 2011: „Handbuch Medizinische Versorgungszentren“, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 303 S.

Gesetze, Verordnungen, Richtlinien

ASV-RL: „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezial fachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL) in der Fassung vom 21. März 2013, zuletzt geändert am 19. Dezember 2013, veröffentlicht im Bundes-anzeiger (BAnz AT 07.03.2014 B2), in Kraft getreten am 8. März 2014

G-BA, 2014: „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Ände- rung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“, BAnz AT 25.07.2014 B1

G-BA, 2015 (b): „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V: Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäko- logische Tumoren, vom 22. Januar 2015

GKV-VSG: „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)“, Bundesgesetzblatt Jg. 2015, Teil I, Nr. 30, ausgegeben zu Bonn am 16.07.2015, S. 1211-1244

GKV-VStG: „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetz- lichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG), Bundesgesetzblatt Jahrgang 2011 Teil I Nr. 70, ausgegeben zu Bonn am 28. Dezember 2011

SGB V: „Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung“ – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zul. geänd. d. Art. 1 und 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368)

Vergleich formulierter ASV-Weiterentwicklungsziele mit den gesundheitspolitischen Zielen der ASV[1]					
Nr.	**ASV-Entwicklungsziel**	**formuliert von**	**Ziel-Nr.**	**Zielkonflikt**	**Erläuterung**
1	Vergütung für ASV-Leistungen unzureichend, sie soll künftig die der Onkologievereinbarung übersteigen	Onkologische Vertragsärzte	1	ja	Die Forderung nach Vergütungssteigerung ist nachvollziehbar, aber Zielkonflikt mit Ziel Nr.1. Kein Handlungsfeld
2	Bürokratischer Aufwand für die Anzeige zur ASV-Teilnahme zu hoch, dieser muss reduziert werden	Onkologische Vertragsärzte, Krankenhäuser	4	nein	Die Fordeung nach Reduktion des bürokratischen Aufwandes steht dem Ziel einheitlicher Rahmenbedingungen nicht entgegen. Eine entsprechende Weiterentwicklung wurde wohl generell akzeptiert
3	ASV-Indikationen gehen bislang am Interesse vorbei, es sollten weitere hinzukommen	Onkologische Vertragsärzte	3	nein	Forderung unproblematisch, da es beabsichtigt ist, die ASV-Versorgung schrittweise aufzubauen. Der Aufbau ist im Prozess
4	Ohne eigene Bedarfsplanung für die ASV ist eine flächendeckende Versorgung gefährdet, eine eigene Bedarfsplanung sollte eingeführt werden	BÄK, Krankenhäuser	2+5	nein ja	Forderung im Hinblick auf Ziel 2 zielkongruent, da eine Bedarfsplanung die Voraussetzung für eine flächendeckende Versorgung darstellt. Forderung im Hinblick auf Ziel 5 nicht zielkongruent, da Zugang zur ASV für Leistungserbringer nicht mehr alleine von der Qualifikation des Teams abhängt
5	Derzeit ist für ASV-Teams nicht die Verwendung einer elektronischen Fallakte vorgesehen. Eine obligate Verwendung sollte eingeführt werden	Bundesverband ASV	4	nein	Die Forderung nach Einführung einer elektronischen Fallakte ist nachvollziehbar. Kein Zielkonfikt mit Ziel 4. Zwischenzeitlich wurde dieser Forderung bereits entsprochen, daher kein Handlungsfeld
6	Das Fehlen von Leistungsbegrenzungen provoziert eine Kostenexploslon. Entsprechende Steuerungsmechanismen sollten eingeführt werden	Krankenkassen	1	nein	Kein Zielkonflikt mit Ziel 1. Leistungs- und Kostenbegrenzungen können der Sicherung der Finanzierbarkeit der ASV dienen
7	Die ASV ist als ordnungspolitisches Instrument noch nicht ausgereift. Es sollten zeitnah verschiedene Anpassungen im Regelwerk erfolgen	Formalistische Einwände	4	nein	Die Forderung nach Präzisierung des ASV-Regelwerks steht dem Ziel einheitlicher Rahmenbedingungen nicht entgegen. Eine entsprechende Weiterentwicklung würde wohl generell akzeptiert

Tab. 2: Vergleich formulierter ASV-Weiterentwicklungsziele mit den gesundheitspolitischen Zielen der ASV. Legende: 1) Es bedeuten: „formuliert von" = diese ASV-Akteure haben die entsprechende Position bezogen und Weiterentwicklungsoptionen dazu gefordert; „Ziel-Nr." = Nr. des verglichenen gesundheitspolitischen Ziels nach Tab.1; „Zielkonkonflikt ja/nein" = jeweils ob ein Zielkonflikt zwischen Spalte 1 und gesundheitspolitischen Zielen der ASV besteht.

ASV-Teams und des Abschlusses von Kooperationsverträgen könnte eine sinnvolle „einheitliche Rahmenbedingung" für sämtliche ASV-Akteure sein. Hier wären in erster Linie die konkretisierenden Anlagen des G-BA zu den jeweiligen ASV-Leistungsbereichen sinnvoll anzupassen. Dies kann einerseits durch politische Einflussnahme seitens der ärztlichen Interessensvertretungen geschehen, aber auch durch entsprechende Gremienarbeit innerhalb des G-BA, da dieser paritätisch besetzt ist. Weiterhin wäre durch den G-BA die Umsetzung der Richtlinien-Inhalte durch die erweiterten Landesausschüsse zu überprüfen, denn hier ist es zu einer uneinheitlichen Umsetzung hinsichtlich des Detailierungsgrades der Qualifikationsnachweise durch die einzelnen erweiterten Landesausschüsse gekommen (vgl. G-BA 2015c; Klakow-Franck 2015: 6).

Katalog der ASV-Leistungsbereiche sinnvoll erweitern

Die Erweiterung des ASV-Leistungskatalogs um relevante Indikationen gehört zu den Kernaufgaben des G-BA. Die Notwendigkeit, hier entsprechend tätig zu werden, wird im G-BA bereits gesehen (vgl. Klakow-Franck 2015: 5 f.). Da es ein bewusst gesetztes gesundheitspolitisches Ziel ist, die ASV schrittweise aufzubauen, bedarf es keiner Änderung der etablierten Prozesse, sondern ihrer entsprechend fokussierten Weiterführung durch den G-BA.

Einführung einer adäquaten ASV-Bedarfsplanung

Es besteht bei der Forderung der BÄK nach Einführung einer Bedarfsplanung für die ASV sowohl Zielkongruenz als auch ein Zielkonflikt mit den gesundheitspolitischen Zielen der ASV. Einerseits unterstützt diese Forderung das Ziel einer flächendeckenden Versorgung, andererseits konterkariert sie das Ziel eines freien Zugangs für Ärzte zur ASV. Hier wäre in einer intensiven gesundheitspolitischen Diskussion politisch abzuwägen, welches Ziel das Wichtigere ist und ggf. zu entscheiden. Wenn auch das Ziel des freien Zugangs zur ASV für die Leistungserbringer sinnvoll erscheint und generell akzeptiert werden dürfte, erscheint hier die Einführung einer Bedarfsplanung das wichtigere Ziel zu sein. Dies vor allem deshalb, weil diese die Voraussetzung für eine flächendeckend gleichmäßige ASV-Versorgung im Bundesgebiet wäre. Dadurch könnten u.U. auch die von der Bundesregierung seinerzeit befürchteten Versorgungslücken innerhalb der ambulanten Krankenhausleistungen vermieden werden (vgl. Deutscher Bundestag 2011: 85).

Hier wären v.a. die fachübergreifenden Verbände wie BÄK und SpiFa als Interessensvertretung aller Fachärzte angehalten, ihre Positionen in die politischen Entscheidungsprozesse intensiv einzubringen.

Mechanismen zur Leistungssteuerung einführen

Die Befürchtungen der Krankenkassen, ohne entsprechende Mechanismen zur Beschränkung, Budgetierung und Überprüfung der ASV-Leistungen könne es zu erheblichen Kostensteigerungen kommen, erscheint nicht unberechtigt. Zwar wurde hierzu mit § 116b Abs.6 S. 14 SGB V „neu" bereits eine Regelung zur Budgetbereinigung in den Gesetzestext aufgenommen und es war mit dem Ziel einer Kostenbegrenzung bis zur Einführung des GKV-VSG zum 16.7.15 eine Begrenzung der ASV u.a. auf die „schweren Verlaufsformen" festgeschrieben worden (vgl. Klakow-Franck 2014b: 154 u. 2014a: 17), doch bleiben die tatsächlichen Auswirkungen auf die gesamte Kostenentwicklung

abzuwarten. Da der GKV-SV mit drei Mitgliedern im ergänzten Bewertungsausschuss vertreten ist, (vgl. Institut-BA 2015), kann hier eine Einflussnahme auf die Vergütung der ASV-Leistungen erfolgen. Zusätzlich kann der GKV-SV über seine fünf Vertreter im G-BA unmittelbaren Einfluss auf dessen Arbeit ausüben (vgl. G-BA 2015c).

Das ordnungspolitische Instrumentarium der ASV optimieren

Die Umsetzung der von juristischer Seite erhobenen Einwände in gesetzliche Vorgaben kann hier als weiteres sinnvolles Handlungsfeld definiert werden. Über juristisch beratenden Input an die Interessensvertretungen der ASV-Akteure können diese Einwände Eingang in den politischen Prozess finden, der schließlich zu entsprechenden gesetzlichen Vorgaben führen kann.

Fazit und Ausblick

Kompromisse werden notwendig sein

Die Umsetzung der in diesem Beitrag herausgearbeiteten Handlungsfelder wird politisch nicht ohne das Suchen und Eingehen von Kompromissen möglich sein. Beispielhaft sei hier eine Annäherung zwischen KBV und der DKG angeführt. Es wurde hier die Frage eines geplanten Bestandsschutzes für Krankenhauszulassungen nach § 116b SGB V „alt" mit der bis zur Rechtskraft des GKV-VSG geltenden Eingrenzung der ASV auf schwere Verlaufsformen verknüpft. Beide Kompromisspartner vertraten im Grundsatz in beiden Fragen konträre Positionen, die im GKV-VSG zum 16.7.15 verankerte Kompromisslösung war die Folgende: Für die Krankenhauszulassungen nach § 116 b SGB V „alt" blieb es bei einer Befristung, diese wurde lediglich von zwei auf drei Jahre verlängert. Durch diese Befristung bleiben Krankenhäuser gezwungen, sich dem Thema ASV in absehbarer Zeit zuzuwenden. Im Ausgleich dafür wurde die Eingrenzung der ASV nach § 116b SGB V „neu" auf „schwere Verlaufsformen" bestimmter Erkrankungen wieder zurückgenommen (vgl. BÄK u. KBV 2015). So konnten zwei wesentliche Umsetzungshemmnise der ASV beseitigt werden.

Beitrag der Versorgungsforschung

Betrachtet man die ASV als ein Konzept des Versorgungsmanagements, muss davon ausgegangen werden, dass sich ihr gesundheitsökonomischer Erfolg mit empirischer Evidenz frühestens 2-3 Jahre nach Umsetzungsbeginn wird beurteilen lassen (vgl. Stuppardt 2013: 463). In diesem Sinne werden die Auswirkungen der ASV fünf Jahre nach Inkrafttreten des § 116b SGB V „neu" bewertet und die Ergebnisse dem BMG bis 31.3.2017 zugeführt (s. § 116b Abs.9 SGB V „neu"). Aus den Ergebnissen können dann weitere Anpassungsvorschläge abgeleitet werden, die dem G-BA als Grundlage für weitere Richtlinienbeschlüsse dienen können (vgl. Korn 2014b: 46). Aus Sicht der Versorgungsforschung dürften v.a. solche Untersuchungen von besonderem Interesse sein, die ihr Augenmerk bei der Evaluation nicht ausschließlich auf die Kosteneffizienz, sondern vielmehr auf die Gesamteffizienz der ASV im Kontext des Gesundheitswesens richten (vgl. Stuppardt 2013: 463).

Potentials for Optimizing the care for cancer patients in the context of the outpatient specialist focussed medical healthcare (ASV) in accordance with § 116b SGB V („new")

The „outpatient specialist focussed medical healthcare[1]" was introduced in the German public health service on January 1, 2012. So far it has been translated into practice only marked hesitatingly. Regarding this, the respective actors of the ASV name various obstacles and corresponding development objectives for the new ASV. This article examines these development objectives regarding to their conformity with initially health policy-aimed objectives regarding the ASV. For those development objectives, which are in conformity with those health policy-aimed objectives, appropriate fields of action are outlined.

Keywords

Outpatient specialist focussed medical healthcare, ASV, Oncology, Sectoral borders, Advancement, Health-care policy, Healthcare Research

Vergegenwärtigt man sich die seit mittlerweile mehr als zwei Dekaden andauernden Versuche, die strikte Sektorentrennung im deutschen Gesundheitswesen schrittweise aufzuheben (vgl. Enquete-Kommission 1990: 72 u. 79; SVR KAiG 2001: 74; SVR 2005: 37), so kann an die Versorgungsforschung der Auftrag gehen, künftig zu klären, inwieweit die ASV diesen gestellten Anspruch erfüllen konnte.

Ziele weiterverfolgen und die neuen Pozentiale der ASV nutzen

Mittel- und langfristig kann die ASV im deutschen Gesundheitswesen wohl vor allem dann erfolgreich sein, wenn die ursprünglichen Ziele der ASV nicht aus dem Blickfeld geraten. Werden ihre Ziele dagegen aufrecht erhalten und im Sinne einer Vision konsequent weiterverfolgt, wird die ASV ihre Rolle als neuartiger, sektorenverbindender Versorgungsbereich sicherlich ausfüllen können. Der Rückblick auf die ursprünglichen gesundheitspolitischen Ziele der ASV muss sich auch auf Fragen der ASV-Vergütung beziehen. Eine gute Voraussetzung ist die Tatsache, dass die ASV mit ihren sukzessive zu beschliessenden, indikationsspezifischen Anlagen bewusst als ein „lernendes System" angelegt wurde (vgl. G-BA 2015a; Klakow-Franck 2014a: 29) und dadurch ein gewisser, sich im Zeitverlauf ergebender Anpassungs- und Optimierungsbedarf vom Gesetzgeber bereits antizipiert wurde.

Die Konzipierung der ASV stellt den einzigen Anstoß des Gesetzgebers innerhalb der vergangenen Legislaturperiode dar, der klar auf eine weitere Überwindung der Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitswesens abzielt (vgl. z.B. Klakow-Franck 2014b: 158). Alleine aus diesem Grund sollten die entsprechenden Potenziale der ASV von allen daran beteiligten Akteuren nicht aus den Augen verloren werden. <<

Autorenerklärung

Dr. Thomas Starke ist Mitarbeiter des Unternehmens Omnicare Pharma GmbH in Unterföhring. Der Beitrag wurde ohne finanzielle Unterstützung und eigenständig erstellt.

Dr. Thomas Starke

ist als Key Account Manager Onkologie bei der Omnicare Pharma GmbH mit dem Aufbau eines Versorgungsnetzwerks in der ambulanten Onkologie betraut. Nach dem Studium der Biologie in Bonn und Promotion in der Raumplanung an der TU Dortmund durchlief er verschiedene Positionen im Außendienst der pharmazeutischen Industrie. Der folgende Beitrag basiert auf einer Arbeit, die 2015 im Rahmen des Master-Studiengangs „Health-Management" an der Apollon-Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen angefertigt wurde. Kontakt: thomas_d.starke@t-online.de

