

## 2 Entwicklung

### 2.1 Möglichkeiten der ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser

Der Gesetzgeber hat sich dieses Problems das erste Mal im Jahr 2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz angenommen.<sup>1</sup> Seinerzeit wurde den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, mit den Krankenhäusern Verträge über die Erbringung ambulanter Leistungen zu schließen. Da kein Kostenausgleich vorgesehen war, hätten die Krankenkassen die Kosten für diese Behandlungen zusätzlich finanzieren müssen; weder wäre die Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzte bereinigt worden noch die Budgets der Krankenhäuser. Dies hat dazu geführt, dass praktisch keine Verträge geschlossen wurden. Das vom Gesetzgeber angestrebte Ziel wurde – u.a. wegen der geringen Zahl der Verträge und fehlender finanzieller Anreize – nicht erreicht:

*„Die Überwindung sektoraler Grenzen bei der medizinischen Versorgung ist ein weiteres wesentliches Ziel der Reform. Deshalb wird ein Wettbewerb zwischen verschiedenen Versorgungsformen ermöglicht mit dem Ziel, dass Patienten jeweils in der ihren Erfordernissen am besten entsprechenden Versorgungsform versorgt werden können. Ein Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen beschleunigt zudem Innovationen und ermöglicht es, Effizienzreserven zu erschließen.“<sup>2</sup>*

### 2.2 Bestimmung nach § 116b Abs. 2 SGB V a.F.

Daraufhin nahm der Gesetzgeber die entsprechende Berechtigung aus den Händen der Beteiligten im Gesundheitswesen und führte zum Jahre 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eine neue Regelung ein.<sup>3</sup> Nunmehr konnten die Krankenhäuser zur ambulanten Leistungserbringung durch die zuständigen Landesbehörden bestimmt werden. Regelungen zum Kostenausgleich waren weiterhin nicht vorgesehen. Der Verweis auf die Landesbehörden führte dazu, dass die Vorschrift bundesweit höchst unterschiedlich umgesetzt wurde. Während in einigen Bundesländern mehrere 100 Bestimmungen ergingen, waren es

1 Vom 14.11.2003, BGBl. I S. 2190.

2 BT-Drs. 15/1525, S. 74.

3 Vom 26.03.2007, BGBl. I S. 378.

in anderen deutlich weniger (auch unter Berücksichtigung der relativen Zahlen). Auf 2.470 Anträge ergingen 1.200 Bestimmungen, mit den höchsten Quoten in Bremen und Schleswig-Holstein und besonders wenigen Bestimmungen in Bayern und Baden-Württemberg. Daneben gab es eine Vielzahl von rechtlichen Problemen, sodass nahezu jedes Tatbestandsmerkmal umstritten war.

Als besonderes Problem erwies sich, dass es keine Vorgaben zur Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte und deren zu berücksichtigenden Interessen gab. Es gab daher viele Drittanfechtungen. Die Frage der Anfechtungsbefugnis wurde vom Bundessozialgericht erst im Urteil vom 15.03.2012<sup>4</sup> geklärt – und damit nach Außerkrafttreten der bisherigen Regelung.

### 2.3 Schaffung eines neuen Leistungsbereichs 2013

2012 schuf der Gesetzgeber dann mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz<sup>5</sup> einen neuen Leistungssektor zwischen ambulanter und stationärer Versorgung mit dem Namen „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ (im Folgenden: ASV). Teilnahmeberechtigt an diesem neuen Leistungssektor sind Krankenhäuser und Vertragsärzte (sowie Medizinische Versorgungszentren (MVZ)). Zur Entscheidung über die Teilnahme ist ein neues Gremium berufen, nämlich der erweiterte Landesausschuss (im Folgenden: eLA). Eine Bedarfsprüfung ist nicht vorgesehen, ebenso wenig eine Begrenzung der Zahl der Leistungserbringer oder des Umfangs der Leistungserbringung. Schrittweise sollen so die bisherigen Bestimmungen der Krankenhäuser ersetzt werden.

Während im Regierungsentwurf<sup>6</sup> noch eine weitgehende Öffnung der ambulanten Versorgung für Krankenhäuser vorgesehen war, änderte der Gesundheitsausschuss die Norm deutlich ab.<sup>7</sup> Schon die Bezeichnung des neuen Leistungssektors wurde geändert. Zunächst war nur von der „ambulanten spezialärztlichen Versorgung“ die Rede.<sup>8</sup> Erst später wurde das „fach“ eingefügt.<sup>9</sup> Die Katalogleistungen wurden begrenzt, die Zuständigkeiten von Landesbehörden auf den erweiterten Landesausschuss geändert, die Kompetenzen des Gemeinsa-

---

4 Az.: B 3 KR 13/11 R, BSGE 110, 222.

5 Vom 22.12.2011, BGBl. I S. 2983.

6 BT-Drs. 17/6909, S. 25 ff., 44 f., 80 ff.

7 BT-Drs. 17/8005, S. 152.

8 Vgl. BT-Drs. 17/6906, S. 132.

9 Vgl. BT-Drs. 17/8005, S. 60.

men Bundesausschusses (G-BA) erweitert und viele weitere Einzelheiten verändert.

Teilweise wird argumentiert, dass es sich nicht um einen neuen Leistungssektor handele, sondern um eine besondere Art der ambulanten Versorgung (die für die Krankenhäuser geöffnet wurde).<sup>10</sup> Dagegen spricht aber, dass eine eigenständige Gebührenordnung geschaffen werden soll und gesonderte Anzeige- und Abrechnungsregelungen bestehen. Die bisherige sektorale Trennung soll überwunden werden.<sup>11</sup> Der Gesetzgeber geht ebenfalls von einem eigenständigen, von der vertragsärztlichen Versorgung getrennten Leistungsbereich aus, wie sich aus einer Änderung von § 20 Abs. 1 S. 2 a.E. Ärzte-ZV ergibt.<sup>12</sup>

Allerdings bleibt dieser Versuch auf halbem Weg stehen, weil in weiten Teilen – jedenfalls zu Beginn – die ambulanten Regelungen angewendet werden.<sup>13</sup> Daher wird teilweise auch von einem „Mischsektor“ gesprochen, der Elemente der beiden Sektoren verbindet.<sup>14</sup> Außerdem wird damit argumentiert, dass der neue Leistungsbereich nur schrittweise eingeführt werde, d.h. Krankheitsbild für Krankheitsbild.<sup>15</sup>

## 2.4 Nachjustierungen 2015

Der G-BA brauchte für die Detailregelungen länger als vom Gesetzgeber vorgesehen. So lag der Entwurf der ASV-Richtlinie erst Mitte 2013 vor, und Detailregelungen ließen noch länger auf sich warten. Zugleich zeigte sich durch die rechtswissenschaftliche Diskussion, dass in vielen Fragen Unsicherheiten und Unklarheiten bestanden.

---

10 Knittel, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, 98. EL März 2018, § 116b SGB V Rn. 5.

11 BT-Drs. 17/6906, S. 80; Köller-Hohmann, in: jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 116b Rn. 26; Orlowski, GesR 2014, 522; Quaas, in: Prütting (Hrsg.), Medizinrecht Kommentar, 4. Aufl. 2016, § 116b SGB V, Rn. 5.

12 Eingefügt durch Art. 6 der Verordnung zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften vom 07.07.2017, BGBl. I S. 2842 (2845); zur Begründung siehe BR-Drs. 406/17, S. 22 f.

13 Steinmeyer, in: Bergmann/Pauge/Steinmeyer (Hrsg.), Gesamtes Medizinrecht, 2. Aufl. 2014, § 116b SGB V, Rn. 3.

14 Blöcher, GesR 2012, 658; Gerlach, in: Dettling/Gerlach (Hrsg.), Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2018, § 116b SGB V Rn. 6; Grühn, in: Eichenhofer/Wenner (Hrsg.), SGB V, 2. Aufl. 2016, § 116b Rn. 3; Quaas, GesR 2013, 327 (328); Schrinner, in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.), Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 6 Rn. 51; Stollmann, NZS 2012, 485 (487).

15 Becker, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 5. Aufl. 2017, § 116b Rn. 1.

Einige der offenen Fragen beantwortete der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes.<sup>16</sup> Unter anderem wurde klargestellt, wie lange die (bisherigen) Bestimmungen gültig blieben und wie mit Nachforderungen des eLA im Rahmen des Anzeigeverfahrens umzugehen sei. Auch wurden die Krankheitsbilder neu geordnet und die Beschränkung der onkologischen Erkrankungen auf „schwere Verlaufsformen“ aufgehoben. Es dürfen jetzt alle Beteiligten über die KV abrechnen.

Im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes<sup>17</sup> wurde der Vergütungsnachteil für Krankenhäuser gestrichen. Bis dahin war ein Investitionskostenabschlag vorgesehen, mit dem berücksichtigt werden sollte, dass Krankenhäuser auch Einrichtungen und Räume nutzen, die mit Mitteln der Investitionsförderung errichtet wurden und die nicht doppelt bezahlt werden sollten (in der Vergütung nach dem EBM sind auch Investitionskostenanteile enthalten). Hierdurch sollten die Finanzen der Krankenhäuser gestärkt werden.

## 2.5 Aktueller Stand

Die meisten ASV-Teams sind in einem Verzeichnis, das von der ASV-Servicestelle geführt wird, aufgeführt und mit Kontaktdaten veröffentlicht.<sup>18</sup>

Hieraus ergeben sich folgende Zahlen (Stand: 10.08.2018):

Gastrointestinale Tumore	108 Teams
Gynäkologische Tumore	11 Teams
Urologische Tumore	0 Teams
Rheumatologische Erkrankungen	0 Teams
Tuberkulose	33 Teams
Mukoviszidose	2 Teams
Morbus Wilson	0 Teams
Marfan-Syndrom	5 Teams
Pulmonale Hypertonie	5 Teams

Es ist damit zu rechnen, dass insbesondere bei den onkologischen Erkrankungen die Zahl der Teams zeitnah steigen wird.

16 Vom 16.07.2015, BGBl. I S. 1211.

17 Vom 10.12.2015, BGBl. I S. 2229.

18 Abrufbar unter <http://www.asv-servicestelle.de/Home/ASVVerzeichnis>.

In einer Antwort auf eine kleine Anfrage hat die Bundesregierung 2016 u.a. darauf verwiesen, dass es wegen der kurzen Zeitspanne, in der die ASV bestehe, noch keine validen Daten gebe.<sup>19</sup>

Aus dem zwischenzeitlich vorgelegten Bericht nach § 116b Abs. 9 SGB V<sup>20</sup> wird deutlich, dass es Ende März 2017 bundesweit 71 ASV-Teams gab, davon 24 im Bereich Tuberkulose, 45 für gastrointestinale Tumore und jeweils ein Team für gynäkologische Tumore und pulmonale Hypertonie. Wenn man die Zahlen vergleicht, erkennt man die Dynamik in diesem Bereich – teilweise befördert durch den Zwang, bestehende Bestimmungen nach § 116b Abs. 2 SGB V a.F. zu ersetzen.

Regional wird die ASV ebenfalls unterschiedlich umgesetzt. In den KV-Bereichen Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen gab es 2017 keine Teams, die meisten hingegen in Baden-Württemberg und Westfalen-Lippe.

Ende März 2017 umfassten alle Teams zusammen 2.301 Ärzte, wobei der größte Teil auf die gastrointestinalen Tumore entfiel (und diese Teams auch im Durchschnitt am größten waren). 45% der beteiligten Ärzte waren in Krankenhäusern tätig, 55% waren Vertragsärzte. Dies widerlegt die Befürchtung, dass die ASV vor allem den Krankenhäusern nutze.

Während die Zahl der von einem Team versorgten Patienten bei der Tuberkulose stabil blieb, war bei den Tumorpatienten ein starker Anstieg zu verzeichnen.

---

19 BT-Drs. 18/7530.

20 Abrufbar unter [http://www.dkgev.de/media/file/55231.Anlage\\_ASV\\_Bericht\\_nach\\_%C2%A7\\_116b\\_Abs.\\_9\\_SGB\\_V.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/55231.Anlage_ASV_Bericht_nach_%C2%A7_116b_Abs._9_SGB_V.pdf).