Symposium der GD-Fachgruppe Dermatotherapie:
Dermatika aus der Perspektive von Nutzenbewertung und Strukturreformen

Versorgungsstrukturgesetz (VStG) – Welche Auswirkungen sind auf die dermatotherapeutische Versorgung zu erwarten?

Prof. Dr. med. Matthias Augustin,
Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Das Versorgungsstrukturgesetz (VStG) ist zum 01.01.2012 in Kraft getreten. Es beinhaltet eine Vielzahl neuer Regelungen im SGB V, mit denen nach politischer Intention die Versorgungsqualität in Deutschland nachhaltig verbessert werden soll. Ein Großteil der darin enthaltenen Maßgaben betreffen medizinische Versorgungs¬aspekte im Allgemeinen, weniger Spezifika der dermatologischen Versorgung. Für die folgenden Bereiche sollten jedoch die besonderen Auswirkungen auf die dermato¬therapeutische Versorgung in Betracht gezogen werden:

Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 11 Abs. 6 im Gesetz; Bezug auf § 34 Absatz 1)

Gemäß dem Gesetzestext kann die Krankenkasse in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität vorsehen. Dies gilt unter anderem für die medizinische Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40) und bei der Versorgung mit nicht verschreibungs- pflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern.

Erstmals seit dem Ausschluss nicht rezeptpflichtiger Arzneimittel aus der kassen-ärztlichen Versorgung von Versicherten über 12 Jahren (OTC-Regelung) wurde mit dem VStG eine Regelung geschaffen, mit der Krankenkassen in Einzelregelungen für ihre Versicherten die Erstattung rezeptfreier Arzneimittel anbieten können. Somit ist es denkbar, dass einzelne Kassen die aus der Erstattungsfähigkeit ausgeschlossenen OTC-Dermatika wieder in die Erstattung aufnehmen. Anzeichen hierzu gibt es von einzelnen Ersatzkassen, die diese Regelung offenbar als wettbewerbliches Steuerungsinstrument nutzen.

Delegation ärztlicher Leistungen (§ 28 Abs. 1 Satz 2 AGB V)

Die Neufassung des § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V sieht vor, dass die Partner der Bundesmantelverträge eine Liste von delegationsfähigen Leistungen zu erstellen haben. Zugleich sollen die Anforderungen an deren Erbringung präzisiert werden. Auch für die dermatologische Therapie könnte diese von Bedeutung sein, etwa bei der Delegation von Tätigkeiten in der Versorgung von Wunden. Allerdings: Auch wenn der Dermatologe ärztliche Leistungen an nichtärztliches Personal

delegieren darf – er bleibt, anders als bei der Substitution, in voller Verantwortung.

Entlassmanagement (§ 39 SGB V)

Im Zuge einer Ergänzung des § 39 SGB V besteht zukünftig ein verbindlicher Anspruch der GKV-Versicherten auf das Entlassmanagement nach einem Kranken¬hausaufenthalt. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll das Ziel des Entlass¬managements sein, die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, die Kommu¬nikation zwischen den beteiligten ambulanten und stationären Versorgungsbereichen zu verbessern sowie einen möglichen „Drehtüreffekt“ zu vermeiden. Für die Über¬leitung der stationären in die ambulante dermatologische Versorgung gilt diese Maßgabe gleichermaßen. Mit Blick auf die Dermatotherapie sind keine spezifischen, aber generelle Auswirkungen auf das Organisationsaufkommen zwischen Hautkliniken und niedergelassenen Hautärzten zu erwarten.

Beteiligung der medizinischen Fachgesellschaften vor der Neubewertung von Behandlungsmethoden durch den G-BA (§ 92 Abs. 7 d SGB V)

Vor der Beschlussfassung zu einer nichtmedikamentösen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode (NUB) erhalten zukünftig neben den Ärztekammern auch die betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ein Recht zur Stellungnahme. Wesentliche Verbindungsfunktion zwischen G-BA und den einzelnen Fachgesell¬schaften hat die Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesell¬schaften (AWMF), die bereits in der Verfahrensordnung des G-BA als Organisation mit verbindlichem Anhörungsrecht festgelegt wurde.

Bedarfsplanung (§§ 99 ff. SGB V)

Die zukünftige Entwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgungskapazitäten wird regional uneinheitlich verlaufen. In Kenntnis dieser Entwicklung hat der Gesetzgeber den Organen der Selbstverwaltung eine größere regionale Gestaltungskompetenz zugebilligt. So kann auf regionaler Ebene zur Bedarfsdeckung von den Vorgaben des G-BA abgewichen werden. Insbesondere in strukturschwachen Regionen wird es auch im Bereich der fachärztlichen dermatologischen Versorgung zu einer Unterversorgung kommen. Da die hautärztlich geführte Dermatotherapie sich qualitativ und quantitativ von der nicht fachärztlichen Versorgung unterscheidet, wird sich die Frage der Versorgungsdichte auch dementsprechend auswirken und sollte auf die mögliche Minderung der Versorgungsqualität in die Bedarfsplanung eingehen.

Beratung vor Regress (§ 106 Abs. 5 e SGB V)

Wenn das Richtgrößenvolumen erstmals um mehr als 25 % überschritten wird, wird zukünftig kein Regress festgesetzt, sondern dem Vertragsarzt eine Beratung angeboten. Dieser kann bei plausibler Begründung auch eine Praxisbesonderheit vorab geltend machen. Für die Dermatotherapie können sich hieraus erhebliche Vorteile im Sinne der Planungssicherheit vor allem bei teuren, innovativen Arzneimitteln ergeben.

Vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115 a SGB V)

Durch Umformulierung des § 115 a SGB V soll die vor- und nachstationäre Behandlung flexibilisiert werden. Die Dermatotherapie kann dadurch insofern profitieren, als die sektorenübergreifende Versorgung verbessert wird.

Ambulante Operationen im Krankenhaus (§ 115 b SGBV)

Grundsätzlich wird mit diesem Paragraphen der Zugang ambulanter Vertragsärzte in die operativen Tätigkeiten am Krankenhaus erleichtert. Dies könnte für die Dermato¬chirurgie von Nutzen sein. Die Ausgestaltung des Passus ist allerdings noch unklar, so dass das Potential für die Dermatologie noch nicht abgeschätzt werden kann.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116 b SGB V)

Diese Regelung ist ein Novum in der deutschen Gesundheitsversorgung. Sie sieht eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung vor für Erkrankungen mit besonderen Krank-heits¬verläufen, seltene Erkrankungen und hochspezialisierte Leistungen. Diese werden in einem neuen, eigenständigen Versorgungsbereich sowohl für nieder¬gelassene Vertragsärzte als auch für Krankenhausärzte unter gleichen Qualitäts- und Vergütungsbedingungen realisiert. Die nähere Ausgestaltung hierzu obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss mit einer Frist zum 31.12.2012.

Zu den Zielerkrankungen gehören seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit schweren Verlaufsformen wie Krebs, HIV/AIDS, Mukoviszidose und Multiple Sklerose. Ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe sind aus der Regelung ausgenommen.
Die Vergütung wird vorläufig nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), später nach einer eigenen Systematik erfolgen. Die Abrechnung erfolgt direkt über die Krankenkassen, bei Vertragsärzten gegebenenfalls auch über die Kassenärztliche Vereinigung.

Die Dermatotherapie wird im Bereich der Dermatoonkologie und möglicherweise schweren Immunerkrankungen (Psoriasis, Psoriasis-Arthritis, Kollagenosen) betroffen sein. Angesichts der Novität dieses Versorgungskonzeptes und der noch fehlenden Festsetzung von Rahmenbedingungen durch den G-BA kann über die Auswirkungen auf die Dermatotherapie nur spekuliert werden. Unstrittig ist, dass sich Chancen für die hochqualifizierte Therapie durch den Facharzt bieten, die sich insbesondere bei Vernetzung der versorgenden Dermatologen und der Ausbildung interdisziplinärer Strukturen realisieren lassen.