# ASV RHEUMA

START IN DIE AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

BDRh SERVICE GMBH

**Vorwort** 04

**ELA-Anforderungen an das ASV-Anzeigeverfahren** 06

**Erfahrungsberichte zur Teambildung und Anzeigeverfahren** 10
- Ambulantes Team Berlin, Dr. M. Viale Rissom / Dr. K. Karberg
- Rheumazentrum Bad Aibling-Erding, Dr. E. Edelmann
- MVZ für Rheumatologie Planegg, Dr. M. Welcker
- Rheumazentrum Ruhrgebiet Herne, Dr. X. Baraliakos
- Internistisches Praxiszentrum Gießen, Dr. M. Piegsa
- Helios Fachklinik Vogelsang-Gommern, Prof. J. Kekow / PROF. E. FEIST

**Abrechnungsangebote der KVen** 30

**Rechtliche Aspekte** 32

**Status quo der ASV in der Rheumatologie** 36

**Umsetzung der Forderungen des BDRh in der Beschlussfassung des G-BA** 46

**Strukturelle Hürden** 48

**FAQ-Chat** 58

**Checkliste – Einstieg in die ASV-Arbeit** 62

**Der Weg der Patienten in der ASV** 64

**Wie haben Sie Ihre regionale ASV gestaltet?** 69
- Prof. Dr. Jörn Kekow
- Dr. Martin Welcker

**Pragmatische Lösungsansätze im Rahmen der ASV** 73

## IMPRESSUM

**Mit freundlicher Unterstützung von**
Novartis Pharma GmbH, Nürnberg
medac GmbH, Wedel
WORTREICH Ges. f. ind. Komm. mbH, Limburg

Herausgeber: Sigurd Rudeloff
WORTREICH Gesellschaft für individuelle Kommunikation mbH,
Limburg/Lahn, Tel. 06431/590960, Fax 06431/5909611,
info@wortreich-gik.de

INHALT


Rechtliche Aspekte der ASV 75

FAQ-Chat 78

Jährliches Anpassungsverfahren des G-BA 81

Relevante Punkte zur Weiterentwicklung der ASV 83

Quo vadis ASV 86

Sektorenübergreifende Versorgung in der Zukunft – Abgleich der Wahlprogramme 90

Update Status Quo der ASV in der Rheumatologie 94

Erfahrungsbericht Ambulanz – Asklepios Klinikum Bad Abbach 98

Erfahrungsbericht Niedergelassene Praxis – Rheumapraxis an der Hase 100

Aufgaben der ASV-Teamleitung 102

Checkliste zur Implementierung der ASV 110

Die ASV aus der Sicht der rheumatologischen Akutkliniken 113

Interview Karin Maag – Rückblick und Perspektiven der ASV 115

Evaluation der ASV-Richtlinie des G-BA 117

Fazit der Beilagenserie ASV Rheuma 121

Glossar 123



BDRh SERVICE GMBH

DIE BROSCHÜRENREIHE „ASV RHEUMA“ ENTSTAND IN ZUSAMMENARBEIT MIT DER BDRH SERVICE GMBH

# VORWORT

Silke Zinke

Sonja Froschauer

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) als neue Versorgungsform wurde in der Rheumatologie mit Spannung erwartet. Am 19. April 2018 ist sie dann endlich in Kraft getreten. Mittlerweile haben sich bereits 61 Teams für die Erwachsenen-Rheumatologie sowie 8 Teams für die Kinder- und Jugend-Rheumatologie gebildet (laut ASV-Servicestelle, Stand: 12.02.2022), so dass nun Erfahrungswerte mit der Umsetzung vorliegen.

Der BDRh hat dies zum Anlass genommen, die ASV Rheuma näher zu beleuchten. Die ASV ermöglicht es uns Rheumatologen, unsere Patienten durch eine stärkere Vernetzung noch besser zu betreuen. Außerdem erhalten wir die Möglichkeit, endlich all unsere erbrachten Leistungen in voller Höhe vergütet zu bekommen. Es hat sich jedoch auch gezeigt, dass die Bildung eines Teams, die Anzeigenerstellung und auch die Arbeit in der ASV durchaus mit Aufwand verbunden ist.

In diesem Kompendium unserer Beilagenreihe zur Rheuma Management finden Sie einerseits Hintergrundinformationen, aber auch praktische Tipps und Erfahrungsberichte unserer Kollegen, die Ihnen helfen sollen, die ASV auch für sich pragmatisch umsetzen zu können. Diese Gesamtausgabe umfasst die folgenden fünf Beilagen, die im Jahr 2021 erschienen sind:

1. **Erfahrungen mit dem Anzeigeverfahren und praktische Tipps für die Arbeit in der ASV**
2. **ASV Rheuma Status quo**
3. **Gestaltung der ASV Rheuma – Beispiele und rechtliche Aspekte**
4. **Quo vadis – Verbesserungspotenzial und Reformvorschläge**
5. **Resümee – Zusammenfassung und Update praktischer Tipps**

Der BDRh sieht die ASV als Chance, die Versorgung in der Rheumatologie zu verbessern und auch das Fachgebiet langfristig für den Nachwuchs interessant zu machen. Hier möchten wir nicht nur die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team, sondern auch die Kooperation ambulant – stationär besonders hervorheben. Daher versuchen wir mit diesen Beilagen jeweils beide Seiten ausgewogen zu beleuchten.

Freuen Sie sich auf spannende Einblicke und bringen Sie unser Fachgebiet gemeinsam mit uns voran! ■

Ihre

**SILKE ZINKE MIT DEM GESAMTEN VORSTAND**
1. VORSITZENDE DES BDRH

**SONJA FROSCHAUER**
GESCHÄFTSFÜHRERIN BDRH / BDRH SERVICE GMBH

Bei Fragen oder Anregungen können Sie uns gerne kontaktieren.
Schreiben Sie uns an: kontakt@bdrh-service.de

# ELA-ANFORDERUNGEN AN DAS ASV-ANZEIGEVERFAHREN

Um an der ASV teilnehmen zu können, bedarf es, je nach KV-Bezirk, eines teils sehr langwierigen und komplexen Anzeigeverfahrens. Um einen ersten Eindruck über die zu erfüllenden Voraussetzungen zu bekommen, finden Sie hier eine Übersicht der Anforderungen für das Anzeigeverfahren der jeweiligen erweiterten Landesausschüsse (ELA) (Abb. 1). Diese Übersicht wurde im Rahmen des Innovationsfondsprojektes GOAL ASV (Förderkennzeichen: 01VSF19002) erstellt. Für die Auswertung wurden die Anzeigenvordrucke exemplarisch für die Indikation „gynäkologische Tumoren" bei allen ELA heruntergeladen, ausgewertet und gegenübergestellt. Die Erkenntnisse aus dieser Analyse lassen sich auf die ASV Rheuma übertragen. Zudem wurde die Übersicht von den ELAs überprüft und teils angepasst. Da nicht alle ELAs an der Befragung teilgenommen haben, kann es gegebenenfalls leichte Abweichungen geben. Zudem stellt die Übersicht die verpflichtend zu erfüllenden Anforderungen dar. Darüber hinaus werden zusätzliche Informationen (bspw. freiwilliges Patientenverzeichnis oder Benennung der Vertreter bereits bei Antragsstellung) von einigen ELAs gewünscht.

Wie sich unschwer erkennen lässt, variieren die Anforderungen je nach KV-Bezirk sehr stark voneinander, da jeder ELA die Umsetzung der ASV-Richtlinie unterschiedlich interpretiert. Dies führt wiederum dazu, dass die Voraussetzungen zur Teilnahme an der ASV sehr unterschiedlich nachgewiesen werden müssen und somit der Aufwand in den KV-Bezirken sehr unterschiedlich ausfällt. Beispielsweise reicht bei den onkologischen Indikationen zum Nachweis der zu erfüllenden Mindestmengen teilweise eine Angabe der Anzahl der behandelten Patienten im Anzeigenvordruck. Andere ELA hingegen wollen ausführliche Patientenverzeichnisse mit Pseudonymen und ICD-Codes vorgelegt bekommen. Auch ist die Art der Einreichung der Unterlagen sehr unterschiedlich. Bei einigen ELA, wie beispielsweise in Bayern, können die Antragsunterlagen elektronisch eingereicht werden. In den meisten Bezirken ist dies jedoch nicht möglich. Gegebenenfalls besteht die Möglichkeit, die Unterlagen per Fax oder „Nachforderungen" per Email zu versenden. Grundsätzlich sollte man für die Antragsstellung ausreichend Zeit einplanen. Tipps und Tricks für ein erfolgreiches Anzeigeverfahren finden Sie auf den nachfolgenden Seiten. →

| KV-Bezirk | Qualitätssicherungsvereinbarung | Mindestmengen Kernteam | Arztbezogene Mindestmengen | Einsicht Arztregister | Institutionelle Benennung möglich | Personelle Anforderungen | Sächliche/ organisatorische Anforderungen | Elektronische Einreichung möglich |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Baden-Württemberg | + | + | + | + | o | + | + | – |
| Bayern | – | + | o | + * | o | + | – | + |
| Berlin | + | – | – | + | + | o | o | + * |
| Brandenburg | – | + | – | + | o | + | o | – |
| Bremen | – | – | – | – | – | o | – | – |
| Hamburg | – | – | o | – | o | + | – | – |
| Hessen | – * | + | o | + | + | – | o | – |
| Mecklenburg-Vorpommern | – | + | + | + | + | + | o | – |
| Niedersachsen | + | + | + | – | + | + | – | – |
| Nordrhein | + | + | – | + | + | + | + | – |
| Rheinland-Pfalz | – | + | o | + | o | – | – | – |
| Saarland | – | + | – | + | o | – | o | – |
| Sachsen | – | – | – | + | – | – | – | – |
| Sachsen-Anhalt | – | o | – | + | – | – | – | – |
| Schleswig-Holstein | + | + | + | + | o | + | o | – |
| Thüringen | – | – | – | + | o | – | – | – |
| Westfalen-Lippe | + | + | – | + | + | – | + | – |

**Legende:**

+ nicht/ nur auf Anforderung nachweisen

– QSV für alle

* alternativ Selbsterklärung

+ nur durch Ankreuzen bzw. Angabe Anzahl (Begründung bei Unterschreitung)

o frei formulierter Nachweis

– Patientenverzeichnis

+ nur durch Ankreuzen bzw. Angabe Anzahl (Begründung bei Unterschreitung)

o frei formulierter Nachweis

– Patientenverzeichnis

+ möglich

– nicht möglich

* trotzdem Vorlage aller Unterlagen beim ELA

+ ohne Nennung Person

o mit Nennung verantwortlicher Arzt

– nicht möglich

+ nicht vorlegen/im Dokument ankreuzen

o Selbsterklärung

– Nachweis Weiterbildung

+ Ankreuzen

o Beschreibung im Dokument

– teilweise Nachweise vorlegen

+ ja

– nein

* per Fax

**Abb. 1:** Übersicht der Anforderungen im Anzeigeverfahren für die ASV-Teilnahme exemplarisch für die Indikation „gynäkologische Tumoren"

## TIPPS FÜR DIE TEILNAHMEANZEIGE

Die Teilnahmeanzeige ist in der Tat aufwendig, aber sie ist machbar. Um Sie zu unterstützen, finden Sie nachfolgend ein paar praktische Tipps, die der Bundesverband ASV zusammengetragen hat:

**Benennen Sie einen Ansprechpartner:** Organisation ist das A und O bei der Vorbereitung der Anzeige. Viel Arbeit fällt dafür an, Unterlagen und Informationen zu sammeln, zu ordnen und nachzuhalten, von welchem Teammitglied noch Daten fehlen. Vielleicht kann ein Mitarbeiter aus einer beteiligten Klinik oder aus einer größeren Praxis diese Aufgabe übernehmen?

**Nehmen Sie den Anzeigenvordruck als Leitfaden:** Die Anzeigenvordrucke der ELAs sind in der Regel gut strukturiert. Es empfiehlt sich, im ersten Schritt diesen einmal aufmerksam durchzugehen. Die meisten ELAs stellen die Anzeigen als ausfüllbare Formulare (Word oder PDF) zur Verfügung. Ist dies nicht der Fall, fragen Sie nach – ein Ausfüllen per Hand ist nicht zu empfehlen.

**Schaffen Sie sich Platz:** Verwendet der ELA ausfüllbare PDF-Formulare, reicht der Platz oft nicht aus. Zögern Sie in dem Fall nicht, im Formularfeld auf ein Beiblatt zu verweisen, auf dem die entsprechenden Informationen vermerkt sind.

**Geben Sie sich Struktur:** Legen Sie einen Dateiordner für die Anzeige an. Beginnen Sie mit dem (teilausgefüllten) Anzeigenvordruck. Anschließend folgt ein Unterordner für allgemeine Anlagen (z. B. die Kooperationsvereinbarung). Danach sollten Sie im Register für jedes Teammitglied einen Bereich (Unterordner) vorsehen – beginnend mit der Teamleitung, dem Kernteam und anschließend den hinzuzuziehenden Fachärzten.

**Blicken Sie über die Grenze:** Einige ELAs benötigen viel Zeit, um nach Inkrafttreten einer Indikation den Anzeigenvordruck bereitzustellen. Am besten Fragen Sie einmal direkt beim ELA nach. Ihr ELA bietet auf absehbare Zeit keine Anzeige für Rheuma an? Rechtlich gesehen sind Sie nicht gezwungen, diese zu verwenden! Nutzen Sie einfach das Anzeigeformular einer anderen Indikation oder eines anderen ELA.

**Erstellen Sie Listen:** Welche Dokumente ein Teammitglied beisteuern muss, hängt von mehreren Faktoren ab. Einige Dokumente müssen von jedem Teammitglied eingereicht werden, z. B. bestimmte Eigenerklärungen. Andere betreffen nur die Mitglieder des Kernteams. Krankenhausärzte müssen mehr Unterlagen beisteuern als Vertragsärzte, da letztere dem ELA in der Regel Zugriff auf die KV-Arztakte geben können. Im ersten Schritt empfiehlt es sich daher, für jedes Teammitglied eine Dokumentenliste zu erstellen, damit jeder weiß, was er zusammenstellen muss.

**Keine Angst vor „Copy & Paste“:** Viele ELAs verlangen von jedem Teammitglied z. B. eine Eigenerklärung zum ASV-Tätigkeitsort und zu dessen Entfernung von der Teamleitung (Stichwort: 30 Minuten). Geben Sie Ihren Teampartnern dafür eine Musterformulierung.

**Denken Sie an die Unterschriften:** Fehlende Unterschriften sind ein häufiger Grund, warum ELAs Unterlagen nachfordern! Planen Sie für das Unterschriftenverfahren Zeit ein.

**Greifen Sie zum Telefon:** Treten während der Erarbeitung der Unterlagen Fragen auf? Die Mitarbeiter der Geschäftsstelle des ELA sind meist gerne bereit, diese zu beantworten. Einige ELAs bieten auch Beratungsgespräche zur Vorbesprechung der Anzeige an. ■

# NÜTZLICHE LINKS

- Nutzen Sie die ASV-Servicestelle für weiterführende Informationen zu bereits bestehenden Teams oder zum Anzeigeverfahren unter www.asv-servicestelle.de
- Relevante Informationen, speziell zu Rheumatologie-Themen wie z. B. zu den Teilnahmevoraussetzungen, der Teilnahmeanzeige und Kooperationsbildung ebenso wie Angaben zu den wirtschaftlichen Aspekten, Verordnungen und Formulare finden sich unter: www.asv-rheuma.de
- Praktische Hinweise und Tipps, Unterlagen oder Vorlagen wie z. B. einen Mustervertrag finden Sie direkt unter: http://asv-rheuma.de/medien-und-infos/muster-und-vorlagen/
- Behandlungsumfang (Ziffernkranz) im Excel-Format: www.institut-ba.de/service/asvabrechnung.html
- Übersicht über die ELAs: https://bv-asv.de/asv/der-weg-in-die-asv/teilnahmeanzeige/erweiterte-landesausschuesse/
- Online-Version des EBM: www.kbv.de/html/online-ebm.php
- Materialsammlung des BV ASV: https://bv-asv.de/publikationen-medien/publikationen/
- Patientenmerkblatt des G-BA: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4077/2019-11-05_G-BA_Merkblatt_Patienteninformation_ASV_bf.pdf
- ASV-Abrechnungsvereinbarung: https://www.kbv.de/html/8160.php
- ASV-Richtlinie und Appendizes: https://www.g-ba.de/richtlinien/80/ ■

# ERFAHRUNGSBERICHTE ZUR TEAMBILDUNG UND ANZEIGEVERFAHREN

# AMBULANTES TEAM BERLIN, DR. M. VIALE RISSOM / DR. K. KARBERG

## TEAMBILDUNG

- Motivation: wir haben beide ein gutes Netzwerk an beteiligten Fachärzten und wollten gerne unser ASV-Team zusammen mit dieser schon funktionierenden Struktur in die ASV übernehmen.
- Vorteile: eine schon existierende Struktur zu übernehmen, bzw. zu erweitern, die Zusammenarbeit zu stärken unter finanziell besseren Bedingungen.
- Nachteile: waren die komplexe Antragstellung und das Rekrutieren der vielen hinzuzuziehenden Fachgruppen, die wir zum Teil fast nie brauchen.
- Wir haben unsere schon bekannten Facharztgruppen zu Informationsveranstaltungen (es waren insgesamt 2) eingeladen und über unser Vorhaben und die ASV informiert.
- Zunächst haben wir uns auf das Kernteam konzentriert und eingeladen zur Informationsveranstaltung. Hier war der Zuspruch und die Bereitschaft sehr groß und hat bei fast allen nach der ersten Veranstaltung zur Bereitschaft der Teilnahme geführt. Schwieriger war es, hinzuzuziehende Fachgruppen, die wir selten kontaktieren, zu finden wie z. B. Gynäkologen oder Urologen. Letztere haben uns in Berlin die meiste Zeit gekostet, da für sie die Teilnahme sehr unattraktiv ist und wir sie praktisch nie benötigen.

  Unser Kernteam und auch die überwiegende Zahl der hinzuzuziehenden Kollegen sind komplett ambulant tätig, nur die Orthopädie/Handchirurgie, die Angiologie und die notwendige stationäre Notfallversorgung sind stationär. Wir haben alle Kernteampositionen doppelt besetzt. Dabei haben wir zum einen die Facharztkollegen von Dr. Viale einbezogen, zum anderen alle Kernteammitglieder, mit denen ich zusammenarbeite. Dr. Viale und ich sind ca. 20 km voneinander entfernt, unserer Teammitglieder sind maximal 30 km von einem von uns entfernt.
- Gut und schnell hat die Bildung des Kernteams, bzw. unserer beiden „Kernteams" funktioniert, weil wir auf schon vorhandene Strukturen zurückgreifen konnten.
- Schwierig waren die hinzuzuziehenden Fachgruppen, die selten oder nie gebraucht werden. Schnell fanden wir auch Radiologen, Labormediziner, schwierig hingegen waren Humangenetiker.
- Die längste Zeit, ca. ein Jahr, benötigten wir für die Suche nach einem Urologen!
- Insgesamt sind 1,5 Jahre von dem Entschluss, den ersten Informationsveranstaltungen und der Abgabe der Unterlagen beim ELA vergangen.
- Empfehlen würden wir unbedingt, wenn möglich, auf vorhandene Strukturen aufzusetzen, dies hat bei uns am besten funktioniert. Auch war unsere Erfahrung, dass die ambulanten Kollegen schneller zu einer verlässlichen Entscheidung gelangten, sobald Klinikverwaltungen mit einbezogen werden mussten, war es deutlich mühsamer und die Entscheidungszeit viel länger.

**Kontaktdaten**
Dr. Kirsten Karberg
Praxis für Rheumatologie
und Innere Medizin
Schloßstraße 110
12163 Berlin

Tel. 030/7935485
karberg@rheumapraxis-steglitz.de
www.rheumapraxis-steglitz.de

Partnerpraxis der Charité
Rheumanetz Berlin
Brandenburg

Dr. med. Martin
Viale Rissom
Innere Medizin,
Schwerpunkt
Rheumatologie
Földerichstraße 63
13595 Berlin

Tel. 030/33502773
Fax 030/33502774
m.viale@gmx.de

→

Andere, die von der ASV nichts wissen und wenig profitieren, kann man nur sehr schwer überzeugen, zumindest wenn man ein fast komplett ambulantes Team bilden möchte.
- Wir haben die Genehmigung erst seit 1 Woche und somit noch keine Erfahrung in der konkreten Umsetzung.

## ANZEIGEVERFAHREN

- Dr. Viale hat als Teamleiter der ASV das Anzeigeverfahren im Wesentlichen gebündelt und geleitet. Unterstützung bekamen wir von der Krankenhausverwaltung des hinzuzuziehenden Notfallkrankenhauses. Hier gab es bereits Erfahrung zur ASV-Teambildung (Gynäkologische Tumoren).
- Das Suchen und Anschreiben der Teammitglieder mussten wir jedoch selber machen. Ebenso die umfänglichen Schriftstücke, Verträge, Qualifikationsnachweise und Niederschriften zur Entfernung, regelmäßigen gemeinsamen Sprechstunden etc. erstellen, verschicken und unterschrieben wieder einsammeln. Dies hat Dr. Viale gebündelt und schlussendlich beim ELA Berlin eingereicht.

## ZUM ANZEIGENVERFAHREN / ZUR ZUSAMMENARBEIT MIT DEM ELA BERLIN

Prinzipiell sichteten die Sachbearbeiterinnen des ELA die eingereichten Unterlagen sehr zügig und mahnten Fehlendes umgehend an. Bei Telefonaten bestand ein jeweils sehr freundlicher Umgang. Nicht möglich war ein angefragter Verzicht auf die Teilnahme einer Urologin / eines Urologen, dagegen konnten Forderungen zum Nachweis von formal abrechenbaren, aber für die ASV Rheumatologie nicht relevanten Leistungen (z. B. Strahlentherapie in der Urologie) abgewiesen werden, indem wir den Verzicht auf diese Leistungen erklärten (Tipp des ELA). Mit den eigentlichen Entscheidungsträgern hatten wir nichts zu tun, zumal die Frist des ELA ablief, bevor das entsprechende Gremium über unsere Anzeige befinden konnte; der Anzeige wurde dann nach Fristablauf stattgegeben. ■

# RHEUMAZENTRUM BAD AIBLING-ERDING, DR. E. EDELMANN

## TEAMBILDUNG

**Kontaktdaten**
Dr. Edmund Edelmann
Lindenstraße 2
83043 Bad Aibling
Tel. 08061/90580
info@rz-badaibling.de

**Was war die Motivation zur Teilnahme an der ASV?**
Unsere Hauptmotivation war und ist die Chance, über die ASV die Bezahlung von angestellten Kollegen (Entlastungsassistenten, Weiterbildungsassistenten) zu ermöglichen und damit die Versorgungssituation für unsere Patienten nachhaltig zu verbessern sowie Wartezeiten zu verringern. Weitere Motivationen sind eine bessere und strukturierte Kooperation mit den Kliniken, mit den fachärztlichen Kollegen, die an der ASV teilnehmen. Mit dem TSVG und der extrabudgetären Vergütung von Neuvorstellungen ist der Vorteil einer budgetfreien Vergütung ärztlicher Leistungen in der ASV nur noch partiell gegeben. Es bleibt aber als wirtschaftlicher Vorteil der ASV, dass die Vergütung des rheumatologisch-immunologischen Labors (soweit es im Appendix der ASV Rheumatische Erkrankungen aufgeführt ist) ohne KV-Abschlag von ca. 15 % erfolgt.

**Was sind aus Ihrer Sicht die Vorteile an der Teilnahme?**
Eine engere Verzahnung von fachärztlichen Leistungserbringern ermöglicht eine zeitnahe Diagnostik und verbessert für alle Beteiligten die Kompetenz in der Versorgung der vielfältigen Komorbiditäten.

**Was sind mögliche Nachteile aus Ihrer Sicht?**
Der zeitliche Aufwand bei der Zusammenstellung eines Teams, der absehbare bürokratische Aufwand bei der Abrechnung der ASV-Leistungen

**Wie sind Sie vorgegangen bei der Zusammenstellung Ihres Teams?**
Persönliche Kontaktaufnahme mit den potentiellen Teammitgliedern vor Ort in der jeweiligen Facharztpraxis und in der Klinik. In den Kliniken wurden zum Teil vorab Gespräche mit der Verwaltungsleitung geführt.

**Wie sieht Ihr Team aus?**
Ca. 70 Fachärzte aus Klinik und Praxis, zum Teil Dopplung der Facharztteilnahme aus Klinik und Praxis. Warum? In den Praxen werden zum Teil interventionelle Leistungen wie Herzkatheter und Endosonographien des Thorax, des Abdomens nicht vorgehalten. In diesen Fällen ist aufgrund der stringenten Vorgaben des ELA in Bayern die Teilnahme von Klinikkollegen unabdingbar. Unabhängig davon nahmen und nehmen wir gerne jede an der Klinik bestehende Fachgruppe im Team auf. Sollte sich in Zukunft ein niedergelassener Kollege entscheiden aus der ASV auszutreten, ist nicht der Fortbestand des gesamten Teams gefährdet, wenn die jeweilige Fachgruppe im Klinik-Team repräsentiert ist.

→

**Was hat gut / schnell funktioniert?**
Schnell und unbürokratisch hat eigentlich nur die Teilnahme des niedergelassenen orthopädisch-rheumatologischen Kollegen funktioniert, mit dem schon seit Jahren ein guter Austausch besteht, sowie die Teamteilnahme einer neu aufgebauten pneumologischen Praxis und einer externen pneumologischen Klinik.

**Wo gab es Hürden / Schwierigkeiten?**
Es war meistenteils schwierig, die fachärztlichen Praxen von der Teilnahme an der ASV zu überzeugen. Das Argument einer nicht budgetierten Vergütung in der ASV spielte für die meisten Kollegen keine Rolle, da sie entweder kaum von Budgets tangiert waren oder die wenigen Patienten, die sie über die ASV erwarteten, keinen Anreiz darstellten. Ein Hindernis war die Sorge vor einem Mehr an Bürokratie bei der Abrechnung und in dieser Hinsicht vor allem die Belastung des Personals. Es war daher mitunter sehr schwierig und zum Teil unmöglich, manche fachärztlichen Kollegen für eine Teilnahme zu motivieren. Für die angesprochenen Dermatologen war es fast ein Schreckensszenario evtl. über ein Mehr an Patienten mit Psoriasis vulgaris in Regressgefahr bei der Verordnung von Biologika zu kommen. Viele Dermatologen im Landkreis sehen ihren Schwerpunkt in der Diagnostik und Therapie von malignen Hautveränderungen, in der Phlebologie und Kosmetik. Es dauerte daher Monate, bis wir außerhalb des Landkreises eine teilnahmebereite dermatologische Praxis fanden. Auch in der Neurologie, ein Fachgebiet, das mehr oder weniger ohne Budget ist und wie wir Rheumatologen monatelange Wartezeiten auf einen Termin kennt, war es schwer, einen teilnahmebereiten Kollegen zu finden. Mit einer Klinikverwaltung aber auch mit großen fachärztlichen Praxen, z. B. den Radiologen, war die juristische Abgleichung des Kooperationsvertrags ein mehrmonatiger Prozess.

Ein grundsätzliches Problem im Kontakt mit den fachärztlichen Kollegen ist der fehlende finanzielle Anreiz bei einer ASV-Teilnahme. Es fehlt eine Kooperationspauschale, eine ASV-Pauschale, die bei jedem Patienten zusätzlich abrechenbar ist und den Mehraufwand einer optimierten und strukturierten Kooperation mit der Vergabe von schnellen Terminen und einem schnellen Daten- und Arztbriefaustausch honoriert. Die Budgetbefreiung ist nur für uns Rheumatologen ein begrenzter wirtschaftlicher Anreiz. Aber auch für uns Rheumatologen ist der wirtschaftliche Vorteil mit Inkrafttreten des TSVG, der Budgetfreiheit von Neuvorstellungen, deutlich geringer geworden. Höhere Verwaltungskosten durch die getrennte ASV-Abrechnung könnten diesen Vorteil neutralisieren.

**Wie konnten Sie diese Hürden überwinden?**
Mit Zeit, mit viel Gesprächen und mit etwas Glück!

**Wie lange hat der Prozess gedauert von der Entscheidung ein Team zu bilden, bis alle benötigten Teammitglieder gewonnen werden konnten? Gab es hausinterne Hürden?**
Ca. 1 Jahr. Hausinterne Hürden in unserer Praxis gab es nicht. Wir hatten und haben eine extrem gute Hilfestellung und Unterstützung durch unsere Praxismanagerin.

**Was würden Sie Kollegen empfehlen, die noch vor der Bildung eines ASV-Teams stehen?**
Insofern Sie dies ohne eine Rheumaklinik im Hintergrund allein als Facharzt schultern möchten, sollten Sie dann Zeit und Geduld mitbringen und sich Tipps sowie Vorgaben für den Kooperationsvertrag einholen.

**Seit wann nimmt Ihr Team an der ASV teil?**
Wir haben noch keine Zulassung und haben noch eine letzte Hürde des ELA Bayern beim Nachweis der Endosonographie mit der Teilnahme einer weiteren Klinik zu bewältigen.

## ANZEIGENVERFAHREN

**Wie sind Sie bei der Anzeigenerstellung vorgegangen?**
Als Erstes erfolgte der Abschluss eines Kooperationsvertrags mit der KV Bayern, die sich bereit erklärte, die erforderlichen Unterlagen (Weiterbildungsnachweise, Gerätezulassungen, Zulassungen für Untersuchungsmethoden etc.) nach Zustimmung der jeweiligen Fachärzte zusammenzustellen und an die Teamleitung zu schicken. Allein der Prozess der Erstellung des Kooperationsvertrags zog sich über drei Monate hin. Die Zurverfügungstellung der Einzelnachweise der fachärztlichen, vertragsärztlichen Teammitglieder durch die KV Bayern dauerte über mindestens 14 Tage bis zu 3 Monate. Die Unterlagen, die uns von der KV zugeschickt wurden, waren aber nach Ansicht des ELA häufig nicht ausreichend, es mussten daher immer wieder Unterlagen mit entsprechender zeitlicher Verzögerung durch die KV Bayern nachgefordert werden.

**Wer hat sich um das Anzeigeverfahren federführend gekümmert?**
Unsere Praxismanagerin

**Welche Unterstützungsangebote haben Sie in Anspruch genommen?**
Siehe oben, die Zusammenstellung von antragsrelevanten Unterlagen durch die KV.

**Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit dem ELA?**
Für uns ist der ELA Bayern zuständig. Er erwies und erweist sich als Bollwerk zur Verzögerung der ASV-Zulassung. Es war und ist unverkennbar, dass der ELA Bayern alles in seiner Macht stehende unternimmt, um die Zulassung zur ASV zu verzögern bzw. letztlich zu verhindern. Die Beispiele hierfür sind vielfältig: Die Vorgabe, dass jede, aber auch jede Leistung, die im Appendix der ASV Rheumatische Erkrankungen als Gebührenordnungsposition (GOP) aufgeführt ist, vom Team erbracht werden muss. Im Beharren auf dieser Vorgabe ist der Vorsitzende des ELA so stringent, dass bisher nicht einmal Fallpauschalen, die eine entsprechende GOP enthalten, anerkannt werden. Die sinnentleerte Forderung, die durch nichts in den ASV-Richtlinien abgedeckt ist, dass jede Vertrags- oder Praxissitzänderung eines Teammitglieds, und sollte sie auch 25 Jahre zurückliegen, nachgewiesen werden muss. Zum Beispiel musste in unserem Fall eine vor 2 Jahrzehnten erfolgte Änderung des Praxisorts eines Rheumatologen unserer BAG nachgewiesen werden. Es war reiner Zufall, dass der Kollege die entsprechenden Unterlagen noch aufbewahrt hatte. Immer wieder wurden Unterlagen eingefordert oder abgelehnt, die auf einer Fehlinformation oder unzureichenden Recherche des ELA Bayern beruhten, →

z. B. wurde wiederholt ein nicht existentes Weiterbildungszeugnis für die Orthopädie und Unfallchirurgie eines orthopädischen Rheumatologen mit alter Schwerpunktzulassung eingefordert. Fachärztlichen Kollegen wurde angelastet, dass sie im Hausarztbereich tätig sind, trotz anderweitiger KV-Unterlagen.

**Was hat gut funktioniert?**
Die Antworten des ELA Bayern kamen meist mit einer relativ geringen zeitlichen Verzögerung von etwa einer Woche. Diese rasche Bearbeitung ist allerdings aus Sicht des ELA erforderlich, damit der ELA nicht die Zulassung trotz aus seiner Sicht unvollständiger Unterlagen aussprechen muss, wenn insgesamt zwei Monate Bearbeitung zwischen Einreichung der Unterlagen und der jeweiligen Antwort des ELA angefallen sind.

**Wie konnten Sie diese Hürden überwinden?**
Mit viel zeitlichem und organisatorischem Aufwand. Wir sind immer noch damit beschäftigt, die Erbringung der GOP für eine Endosonographie im Team nachweisen zu können.

**Wie lange hat das Anzeigenverfahren gedauert – von der Erstellung der Anzeige bis zur Zulassung des Teams?**
Bis Stand Anfang März 14 Monate, wobei wir wegen der Pandemie und der entsprechenden Auslastung der regionalen Akutklinik eine Pause von ca. 6 Monaten in der Rekrutierung der entsprechenden klinischen Teammitglieder und deren Zulassungen eingelegt haben.

**Was würden Sie Kollegen empfehlen, die das Anzeigeverfahren erst noch durchlaufen müssen?**
Die Vorgehensweise des ELA Bayern, der seinen Auftrag zur Qualitätsprüfung sehr extensiv auslegt, der akribisch jede GOP nachprüft und Unterlagen einfordert, die nicht einmal in den ASV-Richtlinien vorgesehen sind, dürfte bundesweit einmalig sein. Für bayerische Kollegen empfiehlt sich im Vorfeld ein enger Austausch mit den Kollegen, die eine ASV-Zulassung erhalten oder den ASV-Antrag eingereicht haben, um Fallstricke im Antragsverfahren zu umgehen. Ansonsten ist es sehr empfehlenswert, wenn es die Entfernung zulässt, zu prüfen, ob man sich nicht einer ASV-Einrichtung (Teamleitung durch Praxis oder Ambulanz) anschließt. Damit verkürzt und vereinfacht sich das Antragsverfahren einer Praxis auf die bloße Bereitstellung der eigenen ASV-Unterlagen und die Teilnahmeerklärung zum ASV-Team.

## ALLGEMEIN

**Gab es in der ASV eine Herausforderung, für die Sie eine pragmatische Lösung gefunden haben? Erzählen Sie uns davon.**
Abgesehen von Lösungen, die bereits vom BDRh-Vorstand letztes Jahr dem G-BA vorgeschlagen wurden, wie die Streichung der Endosonographien (der Thoraxorgane, des Abdomens) aus den ASV-Richtlinien. Die Streichung der Gynäkologen und Urologen aus dem ASV-Team Rheuma als Fachgruppen, mit denen (fast) keine Schnittstellen bestehen. Die Schnittstelle Geburtshilfe bei SLE/APS ist nicht Teil der ASV. Etablierung einer finanziell attraktiven und den Aufwand abbildenden Kooperationsziffer für alle ASV-Teammitglieder.

Es sollten folgende Vorschläge umgesetzt werden:

1. Die Vorgabe einer nur fakultativen Teilnahme der Dermatologen am ASV-Team, Begründung: Die medizinische Ausrichtung zahlreicher Dermatologie-Praxen hat nicht die vorrangige Versorgung von Patienten mit Psoriasis vulgaris, SLE und Vaskulitiden zum Ziel. Außerhalb von Ballungsgebieten kann es sehr schwer werden, teilnahmebereite Praxen zu finden. Dermatologische Ambulanzen, die sich als Teammitglied anbieten, finden sich ausschließlich in Ballungsgebieten.

2. Bundesweit einheitliche Antragsformulare, die webbasiert sind und entsprechend ausgefüllt und eingereicht werden können. Begründung: Die zumindest in Bayern vorgegebenen Formulare sind redundant und unübersichtlich aufgebaut und bieten unzureichenden Dokumentationsplatz bei größeren Facharztteams.

3. Eine bundesweite Vorgabe, dass alle Unterlagen, die von Vertragsärzten nachgewiesen werden müssen, direkt von der jeweiligen KV innerhalb der 2 Monate abschließend an den ELA übermittelt werden müssen. Begründung: dem Ping-Pong-Spiel mit Zulassungsunterlagen, die von der KV an das Teammitglied oder die Teamleitung geschickt werden und die vom ELA als unzureichend bewertet werden und zu erneuten Anfragen an die KV führen, wäre damit der Boden entzogen.

4. Eine Vereinfachung des Antragsverfahrens. Bei KV-Zulassung – das sollte für Praxen wie für ermächtigte oder Institutsambulanzen gelten – ist kein gesonderter Einzelnachweis von Zulassungen, von Kursen etc. erforderlich. Es genügt abschließend die entsprechende 2- bis 3-seitige Zulassungsanerkennung der jeweiligen KV. Darüber hinausgehende Nachweise sind von den ELAs nicht einzufordern. ■

# MVZ FÜR RHEUMATOLOGIE PLANEGG, DR. M. WELCKER

**Kontaktdaten**
MVZ für Rheumatologie
Dr. Martin Welcker
Bahnhofstraße 32
82152 Planegg
Tel. 089/893566915
kontakt@rheumatologie-welcker.de

## TEAMBILDUNG

**Was war die Motivation zur Teilnahme an der ASV?**

- Verbesserung der Versorgung durch bessere Vernetzung und konkreter Zuweisungserlaubnis im Team
- Hebung der finanziellen Reserven durch 100%ige Abrechnung der erbrachten Leistungen

**Was sind mögliche Nachteile aus Ihrer Sicht?**

- Der organisatorische Aufwand für die Erstellung, den Erhalt der Genehmigung und die Aufrechterhaltung der Abläufe ist groß (25 % Stelle).
- Unsichere finanzielle Grundlage nach der Einführungsphase von 3-5 Jahren.
- Was passiert, wenn die ASV nicht weiterverfolgt wird und man ins KV-System rückkehrt? Was passiert mit den Patienten, die über den üblichen Durchschnittswerten versorgt wurden, was passiert mit diesen Umsätzen?

**Wie sind Sie vorgegangen bei der Zusammenstellung Ihres Teams?**

Wer waren meine verlässlichen Partner in den letzten Jahren? Ansprache derselben und Schilderung der Vorgänge und der Vorteile für die rheumatologische Versorgung.

**Wie sieht Ihr Team aus? Warum?**

Das Team ist grundsätzlich rein ambulant strukturiert gewesen mit einer notwendigen Klinik. Die Notwendigkeit des Nachweises aller, teils kurioser Qualitätsanforderungen (insbesondere Sonographie) machte die Einbindung weiterer Kliniken mit entsprechender Weiterbildungsgenehmigung notwendig.

**Was hat gut / schnell funktioniert?**

Erstellung des Teams. Der Rest war langwierig und komplex.

**Wo gab es Hürden / Schwierigkeiten?**

- Bereitschaft des ELA Bayern einer „pragmatischen" Umsetzung der Voraussetzungen
- Erstellung der Verträge (mit Bundesverband ASV und Medizinjurist rasch gelöst)
- Erstellung der Unterlagen seitens meiner Projekt-/Teamleitung
- Einholung der Unterlagen aller beteiligten Ärzte (tolle Unterstützung seitens der AG in der KV Bayern)

**Wie konnten Sie diese Hürden überwinden?**

- Einbindung Bundesverband ASV
- Einbindung Medizinjurist
- Einbindung KV-Strukturen
- Geduld

**Wie lange hat der Prozess gedauert, von der Entscheidung ein Team zu bilden, bis alle benötigten Teammitglieder gewonnen werden konnten? Gab es hausinterne Hürden?**
Etwa 8 Wochen

**Was würden Sie Kollegen empfehlen, die noch vor der Bildung eines ASV-Teams stehen?**
- Klare Planung der einzubinden Kollegen aus der möglichst bisherigen guten Zusammenarbeit
- Einbindung der o. g. Partner und Strukturen (Jurist, Bundesverband ASV, KVB)

**Seit wann nimmt Ihr Team an der ASV teil?**
Seit dem 2. Quartal 2020

## ANZEIGENVERFAHREN

**Wie sind Sie bei der Anzeigenerstellung vorgegangen?**
- Erstellung der Arbeitsabläufe (Excel)
- Einbindung der Partner
- Erstellung der notwendigen Unterlagen

**Wer hat sich um das Anzeigeverfahren federführend gekümmert?**
Teamleitung, unterstützt durch hierfür abgestellte Mitarbeiterin

**Welche Unterstützungsangebote haben Sie in Anspruch genommen?**
- Bundesverband ASV → Beratung, Vorlagen, Fragen
- KV Kooperation → Erstellung notwendiger Unterlagen, Kooperationsvertrag

**Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit dem ELA?**
In Bayern sehr speziell, komplex, wenig entgegenkommend

**Welcher ELA war für Sie zuständig?**
Bayern

**Was hat gut funktioniert?**
- Grundsätzliche Abläufe
- Kooperation im o. g. Team

**Wo gab es Hürden / Schwierigkeiten, wie wurden diese überwunden?**
- Wesentliche Hürde war die Erfüllung der individuell interpretierten, wörtlich ausgelegten Vorgaben durch den Vorsitzenden des ELA
- Geduld
- Kreativität
- Kooperation mit den institutionellen und medizinischen Partnern →

**Wie lange hat das Anzeigenverfahren gedauert – von der Erstellung der Anzeige bis zur Zulassung des Teams?**
1,5 Jahre

**Was würden Sie Kollegen empfehlen, die das Anzeigeverfahren erst noch durchlaufen müssen?**
- Gute strukturelle Vorbereitung
- o. g. Kooperationspartner
- Geduld ■

# RHEUMAZENTRUM RUHRGEBIET HERNE, DR. X. BARALIAKOS

## TEAMBILDUNG

**Was war die Motivation zur Teilnahme an der ASV?**
Rheuma ist eine Erkrankung mit besonderen Krankheitsverläufen, welche die Einbeziehung und Mitbehandlung mehrerer Facharztgruppen notwendig macht. Neben Rheumatologen müssen deshalb auch Fachärzte für Hautkrankheiten, Nephrologie, Pneumologie und Orthopädie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie an der ASV teilnehmen. Für das Rheumazentrum Ruhrgebiet bietet die Teilnahme an der ASV die Chance, unseren schwer erkrankten Patienten eine ambulante Versorgung unter Einbeziehung der niedergelassenen Fachärzte zu bieten. Es gab bereits eine bestehende gute Kooperation mit Niedergelassenen in unserer Region. Diese wollten wir durch die engere Einbindung mit der ASV stärken und ausbauen. Dazu kam die gesetzliche Verpflichtung, da wir in unserem Krankenhaus die §116b-Ambulanz nicht mehr hätten halten können. Wir sehen dies als große Chance, unsere Kooperationen zu verstärken.

**Was sind die Vorteile aus Ihrer Sicht an der Teilnahme?**
Der große Vorteil – zumindest theoretisch – ist der schnellere Zugang zu den anderen Teammitgliedern, sowohl den niedergelassenen Rheumatologen als auch den anderen Facharztgruppen.

**Was sind mögliche Nachteile aus Ihrer Sicht?**
Theorie und Praxis gehen hier leider auseinander. Sowohl niedergelassene Rheumatologen, aber auch andere Fachgruppen begreifen die ASV nicht immer als Priorität, insbesondere die Nicht-Rheumatologen sehen nicht immer ein, für die wenigen Patienten, die für sie in Frage kommen, sofort Kapazitäten freizuschaufeln. Somit ist der Zugang nicht immer schnell und der Patient muss doch auch mal länger auf einen Termin bei einer anderen Facharztgruppe warten (z. B. Neurologie, Pneumologie etc.). Außerdem besteht zumindest am Anfang ein hoher bürokratischer Aufwand, der trotz Unterstützungsangebot durch unsere Klinik oft als psychologische Hürde zur Teilnahme an dem ASV-Team wahrgenommen wurde.

Weiterhin ist nicht mit allen nicht-rheumatologischen Disziplinen eine Kooperation möglich, dies kann an der 30-Minuten-Regel liegen, organisatorische Gründe haben oder manche wollen oder können ein höheres Patientenaufkommen nicht unterstützen. Zudem besteht gerade bei größeren ASV-Teams ein bürokratischer Aufwand, da die Kernteammitglieder persönlich benannt werden müssen und durch Fluktuation regelmäßig Aktualisierungen notwendig werden.

→

**Kontaktdaten**
Priv.-Doz. Dr.
Xenofon Baraliakos,
Rheumazentrum
Ruhrgebiet Herne
Claudiusstr. 45
44649 Herne

Sebastian Schulz
Mitglied der
Geschäftsleitung
ST. ELISABETH GRUPPE
GmbH
Katholische Kliniken
Rhein-Ruhr
Tel. 02302/1731110
Fax 02302/1731117
sebastian.schulz@
elisabethgruppe.de

**Wie sind Sie vorgegangen bei der Zusammenstellung Ihres Teams?**
Wir haben alle bisherigen Kooperationspartner und Einweiser eingeladen, bei denen wir dachten, sie hätten Interesse. Die Reaktionen waren neutral bis positiv. Manche Teammitglieder waren anfangs erst skeptisch und zögerlich. Nachdem wir dann angeboten haben, die Organisationsaufgaben von Klinikseite zu übernehmen, haben sie mitgemacht.

**Wie sieht Ihr Team aus? Warum?**
Das Kernteam besteht aus 13 niedergelassenen Ärzten, einem MVZ und drei Krankenhäusern. Inklusive hinzuzuziehenden Teammitgliedern nehmen 78 Personen / Institutionen an der ASV Rheumatologie teil. Unsere Klinik hat die Teamleitung übernommen. Das Team an sich ist somit hauptsächlich mit Niedergelassenen besetzt, was die Struktur unserer Region widerspiegelt. Es sind alle dabei, mit denen wir in der Vergangenheit kooperiert haben und die mitmachen wollten. Wir sind nach der Maxime vorgegangen: Inklusiv, nicht ausschließend.

**Wo gab es Hürden / Schwierigkeiten?**
Kaum. Unsere Verwaltung, die bereits Erfahrung aus der ASV Gastrointestinale Tumoren hatte, übernahm den organisatorischen Part. Das hat sehr gut funktioniert.

**Wie lange hat der Prozess gedauert von der Entscheidung, ein Team zu bilden, bis alle benötigten Teammitglieder gewonnen werden konnten? Gab es hausinterne Hürden?**
Hausintern gab es keine Hürden. Aufgrund des großen Teams und der vielen hinzuzuziehenden Teammitglieder musste ein Kooperationsvertrag erstellt und von allen Mitgliedern Unterschriften und Einverständniserklärungen eingeholt werden. Dies stellte tatsächlich die größte Hürde dar, die aber aufgrund der guten Mitarbeit aller Beteiligten innerhalb von ca. 6 Monaten abgeschlossen werden konnte.

**Was würden Sie Kollegen empfehlen, die noch vor der Bildung eines ASV-Teams stehen?**
Von meiner Seite kann ich nur sagen, dass es nur von Vorteil ist, diese Versorgungsform anzunehmen, weil man nichts verliert, außer anfangs den Aufwand in der Vorbereitungszeit. Das Ausmaß der Vorteile muss man allerdings selbst eruieren, ausgehend von der individuellen Situation und Struktur, in der man sich als Praxis / Klinik befindet.

**Seit wann nimmt Ihr Team an der ASV teil?**
Am 08.05.2019 haben wir die Zulassung zur ASV erhalten und waren damit eines der ersten Teams in Deutschland.

## ANZEIGENVERFAHREN

**Wie sind Sie bei der Anzeigenerstellung vorgegangen?**
Unsere Verwaltung hat sich federführend darum gekümmert und alle Partner und Stellen koordiniert.

**Wer hat sich um das Anzeigeverfahren federführend gekümmert?**
Eine Person aus der Verwaltung, die bereits Erfahrung mit der ASV für gastrointestinale Tumoren hatte.

**Welche Unterstützungsangebote haben Sie in Anspruch genommen?**
Wir haben Rücksprache mit dem ELA und der ASV-Servicestelle gehalten. Insgesamt wurden wir dort sehr gut beraten und unterstützt. Eine externe Beratung war nicht notwendig.

**Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit dem ELA?**
Sehr positiv! Wir erhalten dort jederzeit Informationen und haben kompetente Ansprechpartner.

**Welcher ELA war für Sie zuständig?**
Westfalen-Lippe

**Was würden Sie Kollegen empfehlen, die das Anzeigeverfahren erst noch durchlaufen müssen?**
Ich empfehle, von Beginn an die Unterlagen zur Teambildung möglichst komplett einzureichen, da es sonst immer wieder zu Nachfragen und unnötigen Verzögerungen kommt. Somit kann es dann zügig in einem Zug bearbeitet werden. ■

# INTERNISTISCHES PRAXISZENTRUM GIESSEN, DR. M. PIEGSA

**Kontaktdaten**
Dr. med. Manfred Piegsa
Facharzt für Innere Medizin/Rheumatologie
Leiter ASV Rheumatologie Gießen
Internistisches Praxiszentrum Gießen
Friedrichstr. 21
35392 Gießen
Tel. 0641/974320
Fax 0641/77408

Motivation zur Teilnahme an der ASV 2019 war die Kritik von Patienten und der Rheuma-Liga über die schwierige Situation bei der Terminvergabe für Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Die Arbeit in der Rheumatologie ist per se stark interdisziplinär geprägt. Werden Termine in den verschiedenen Fächern benötigt, vergehen bis zur Realisierung Wochen bis Monate. Dies führt nach meiner Auffassung häufig zu einer verkürzten Darstellung der Krankheitsbilder in der Rheumatologie. Abschlussdiagnose lautet dann „kein Hinweis auf entzündlich-rheumatische Erkrankung". Dies ist für die Patienten schwer nachvollziehbar, da auch weiterhin Schmerzen bestehen. Als ein Team von Fachärzten besteht nun die Möglichkeit, auch seltenere Diagnosen unabhängig von unserem Fachgebiet stellen zu können. Diagnosestellung und Therapien werden regelhaft verkürzt. Im ASV-Team können auch Rückfragen schneller beantwortet werden.

Wirkliche Nachteile durch die ASV gibt es eigentlich keine. Wir hatten initial das Problem einer Fehlinformation hinsichtlich der Zuweisung von Patienten in die ASV durch die überweisenden Fachärzte für Allgemeinmedizin. Für eine kurze Zeit wurden nur wenige Überweisungen in die ASV ausgestellt mit der Begründung: „Wenn ein Patient in der ASV ist, darf der Hausarzt nichts mehr abrechnen". Dies konnten wir aber durch ein Anschreiben an alle ausräumen. Schade ist, dass sich für einen großen Teil des erweiterten ASV-Teams die finanzielle Situation durch die ASV-Teilnahme nicht verbessert.

Viele ASV-Teams rechnen auch weiterhin über den KV-Bereich ab, da die wenigen ASV-Ziffern die zusätzlichen Kosten für die EDV nicht erwirtschaften würden. Das Regelleistungsvolumen für die Rheumatologie ist traditionell in Hessen sehr niedrig und beträgt RLV 01/2020 29,52 Euro. Für die Rheumatologie in Hessen stellt die ASV daher eine deutliche Aufwertung dar. Als in Hessen eine Laborkürzung in beträchtlichem Ausmaß erfolgte (bis 2020 war in Hessen die Mengenbegrenzung von Laborleistungen für das Speziallabor ausgesetzt gewesen), waren wir in der glücklichen Situation, die Defizite über die ASV ausgleichen zu können. Dies war aber bei der Gründung der ASV noch gar nicht voraussehbar.

Bei der Zusammenstellung des Teams haben wir all dies als sehr angenehm empfunden, da viele sich bereits neben dem telefonischen Kontakt jetzt auch persönlich kennenlernen konnten. Keiner der angesprochenen Kollegen hat abgelehnt, keiner hat bis dato die ASV verlassen. Unser Team besteht jeweils zu 50 % aus ambulanten und stationär tätigen Kollegen, letztere aus drei verschiedenen Kliniken bzw. Krankenhäusern. Von großer Bedeutung war die Zusammenarbeit und Unterstützung des Bundesverbands ASV. Insbesondere zu nennen ist die überaus wertvolle Beratung und Mitgestaltung der Informationsveranstaltung bei der Gründung der ASV. Vielen Dank für das Engagement von Frau Froschauer.

Wir begannen mit der Rekrutierung des Kernteams, die sich in unserem speziellen Fall in Anbetracht der bestehenden interdisziplinären Zusammensetzung der Gemeinschaftspraxis relativ einfach gestaltete. Danach mussten die Kollegen des erweiterten Teams

gewonnen werden. Dies hat in der Realisierung viel Zeit gekostet, da zahlreiche Einzelgespräche geführt werden mussten. Ca. 12 Monate hat der Prozess gedauert von der Entscheidung, ein Team zu bilden, bis alle benötigten Teammitglieder gewonnen werden konnten. Hürden gab es beispielsweise bei der Frage der Mitsprache bzw. Bestandsicherung der einzelnen Fachgebiete in Bezug auf die Erweiterung des ASV-Teams. Kollegen in der ASV Gießen haben sich auf eine Einspruchsklausel bei der Neubenennung eines Mitgliedes der gleichen Fachgruppe verständigt. Dies hat zu Vertrauen geführt.

Kollegen, die noch vor der Bildung eines ASV-Teams stehen, sollten eine Fachkraft (beispielsweise MFA) für die Dokumentation und Verwaltungsaufgaben (beispielsweise schriftliche Korrespondenz) einbinden, da diese Aufgaben neben der ärztlichen Arbeit im Zeitaufwand kaum realisiert werden können. Die Entscheidung, die KV Service-Gesellschaft als Partner für die Abrechnung zu wählen, hat sich als vorteilhaft erwiesen. In der Praxis ist der Zeitaufwand bei der Abrechnung überschaubar (jede Leistung muss als ASV-Leistung gekennzeichnet sein, Beachtung des Leistungskatalogs, Beachtung des Diagnosekatalogs ASV). Da es in der ASV noch keine Budget-Obergrenze oder Mengenbegrenzung gibt, empfinde ich die Betreuung in der ASV sogar als eine Erleichterung. Ich habe noch keine genaue Statistik erstellt, würde aber annehmen, dass 70 % der Patienten in der Praxis der ASV und 30 % dem KV-Bereich (z. B. Fibromyalgie, Osteoporose) zugeordnet werden.

Im Rahmen der Gründung der ASV ist ein Vertrag zwischen den Teammitgliedern erforderlich, der von allen Teammitgliedern unterzeichnet beim ELA eingereicht werden muss. Wir nutzten zur Gründung unserer ASV im Jahr 2020 einen von einem Anwalt gestalteten Standardvertrag für ASV-Teams. Es lag eine Unterstützung in Form eines Mustervertrags durch den Bundesverband ASV vor. Die Gespräche bei den Teammitgliedern über den mehrseitigen Vertrag benötigten Zeit, da eine schriftliche Unterschrift aller Mitglieder einzeln erfolgen musste.

Durch die Kooperation mit der Universitätsklinik Gießen (UKGM) hatten die Gespräche mit der Verwaltung und dem Ärztlichen Direktor Türen geöffnet (Freistellung der Klinikärzte für die ASV). Die Sammlung der Urkunden über die Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatzweiterbildung waren die nächsten Schritte. Der Ablauf: Das ASV-Team reicht die Teilnahmeanzeige beim ELA ein. Der ELA stellt eine Eingangsbestätigung aus. Ab diesem Zeitpunkt beginnt die zweimonatige Prüffrist des ELA. Der ELA prüft die eingegangene Anzeige auf Vollständigkeit. Dies gestaltete sich in den erwarteten Zeitabläufen. Einzelne Teammitglieder waren aber im Rahmen der Anzeige der ASV beim ELA nicht berücksichtigt worden. Die Gründe waren Probleme der EDV seitens des ELA (wiederholte Dateneingabe). →

## ABLAUF DES ANZEIGEVERFAHRENS

| Vorbereitung | Einreichung | Prüfung | Entscheidung |
|---|---|---|---|
| – Teambildung<br>– Ausfüllen Anzeigenvordruck<br>– Zusammenstellung Nachweise | – Einreichung beim ELA<br>– papierbasiert/elektronisch/gemischt<br>– unbedingt Nachweis über Eingang | – Prüffrist von 2 Monaten – CAVE: in einigen ELA erst nach Bestätigung Eingang bzw. Vollständigkeit<br>– Nachforderungen möglich (und wahrscheinlich)<br>– Nachforderungen hemmen Frist | – theoretisch Inkrafttreten ASV-Berechtigung nach 2 Monaten bei Nicht-Beanstandung<br>– in der Regel Bescheid positiv/negativ |

**Abb. 2:** Ablauf des Anzeigeverfahrens, modifiziert nach Grafik des Bundesververbands ASV

Als Abrechnungsdienstleiter für unsere ASV wurde die Servicestelle der KV gewählt. Der entscheidende Vorteil dabei besteht darin, dass die Abrechnungssoftware für die Datenübertragung der KV (safenet) genutzt werden konnten. Die ASV-Patienten werden nur mit einer Nummer gekennzeichnet. Sonst geschieht die Abrechnung online über den bereits installierten Zugang der KV Hessen. Analog zum KV-System wird ein kleiner Prozentsatz der eingereichten ASV-Leistungen als Verwaltungspauschale vom Abrechnungsdienstleister einbehalten. Alle ASV-Teammitglieder erhalten eine eigene Arztnummer, unter der die Dokumentation der Patienten und die Abrechnung der ASV-Leistungen erfolgt. Zur Vereinfachung der Abrechnung lohnt sich die Erstellung von Ziffernblöcken aus den abrechenbaren Leistungen des ASV-Ziffernkranzes. Von großem Vorteil ist die Möglichkeit, dass andere ASV-Fachärzte in der Gemeinschaftspraxis ASV-Patienten innerhalb eines Quartals behandeln können, ohne dass dafür die im KV-System üblichen Vergütungsabschläge vorgenommen werden. Darüber hinaus kann ein ASV-Patient bei Vorliegen von Erkrankungen außerhalb des ASV-Diagnosespektrums (beispielsweise DXA-Knochendichtemessung im Rahmen einer Osteoporose bei rheumatoider Arthritis) im KV-System betreut und abgerechnet werden.

Einstellen mussten wir uns auf das Fehlen der sonst üblichen Vorauszahlungen der KV; der Zahlungseingang erfolgt erst, wenn die Krankenkassen das Geld frei gegeben haben (zeitliche Verzögerung). Die Vergütung der Kassen ist genau, ich kann bis auf Kleinigkeiten keine Probleme erkennen. Unser Anbieter (Servicestelle KV) für die Abrechnung mit den Krankenkassen hat sich sehr pragmatisch und transparent gezeigt. Die Erstellung der ersten Honorarbescheide hat durch EDV-Probleme der KV etwas gedauert, wir waren aber auch das erste ASV-Team in Hessen.

Man kann sagen, die ASV läuft rund, vielen Dank an alle Teammitglieder und auch an alle, die die ASV begleiten. ■

# HELIOS FACHKLINIK VOGELSANG-GOMMERN, PROF. J. KEKOW / PROF. E. FEIST

## TEAMBILDUNG

**Was war die Motivation zur Teilnahme an der ASV?**
Außerbudgetäre Vergütung

**Was sind die Vorteile aus Ihrer Sicht an der Teilnahme?**
Außerbudgetäre Vergütung, weniger Regressgefahr, keine Arzneibudgets

**Was sind mögliche Nachteile aus Ihrer Sicht?**
Ständige Meldepflicht von Teamveränderungen

**Wie sind Sie vorgegangen bei der Zusammenstellung Ihres Teams?**
Anrufen bekannter Partner, Hilfe bei Kollegensuche durch die KV für exotische Ziffern

**Wie sieht Ihr Team aus? Warum?**
- Kernteam 3 Rheumaärzte in Schwerpunktpraxis, 4 Rheumatologen in der Klinikambulanz
- Weitere 9 Fachärzte im Kernteam außer Rheuma, alle im Umkreis von 20 km
- 45 hinzuzuziehende Ärzte

**Was hat gut / schnell funktioniert?**
Ärzte für alle Leistungen aus dem Appendix finden, auch für eher exotische Ziffern

**Wo gab es Hürden / Schwierigkeiten?**
KV wollte für alle Ziffern im Ziffernkranz mindestens einen Arzt. Der ELA hat sich m. E. nicht gekümmert, alle Vorprüfungen liefen über die KV, Abteilungen Qualitätssicherung und Abrechnung

**Wie konnten Sie diese Hürden überwinden?**
Immer wieder Vorsprechen bei der KV

**Wie lange hat der Prozess gedauert von der Entscheidung, ein Team zu bilden, bis alle benötigten Teammitglieder gewonnen werden konnten? Gab es hausinterne Hürden?**
¾ Jahr, alle Ärzte waren kooperativ

**Was würden Sie Kollegen empfehlen, die noch vor der Bildung eines ASV-Teams stehen?**
Überlegen, ob sich der bürokratische Aufwand lohnt

**Seit wann nimmt Ihr Team an der ASV teil?**
09.09.2019

Prof. Dr. Eugen Feist

Prof. Dr. Jörn Kekow

**Kontaktdaten**
Prof. Dr. habil. Eugen Feist /
Prof. Dr. Jörn Kekow
Helios Fachklinik
Vogelsang-Gommern
Sophie-von-Boetticher-
Straße 1
39245 Vogelsang-Gommern
eugen.feist@helios-
gesundheit.de

→

## ANZEIGENVERFAHREN

**Wie sind Sie bei der Anzeigenerstellung vorgegangen?**
Formblatt der KV für Ziffernkranz lag vor. Nutzung von Vordrucken der KBV und des BV ASV für Ärztevertrag und Patientenaufklärung

**Wer hat sich um das Anzeigeverfahren federführend gekümmert?**
Ich selber (Prof. Kekow)

**Welche Unterstützungsangebote haben Sie in Anspruch genommen?**
Gelegentliche Nutzung des Chefarztsekretariats, Hilfe bei der Arztsuche auch durch die Rheumaschwerpunktpraxis

**Welcher ELA war für Sie zuständig?**
Sachsen-Anhalt

**Was hat gut funktioniert?**
Grundsätzlich die Kommunikation mit der KV, auch wenn es nicht immer reibungslos lief.

**Wo gab es Hürden / Schwierigkeiten?**
Siehe oben (alle Leistungen im Appendix durch das Team abzudecken), darüber hinaus hat sich die KV zunächst geweigert, die ASV bei uns in der Klinik abzurechnen.

**Wie konnten Sie diese Hürden überwinden?**
Der BDRh konnte eine Stellungnahme zur Verfügung stellen, dass die KVen zur Abrechnung verpflichtet seien. Damit hat es funktioniert.

**Wie lange hat das Anzeigenverfahren gedauert – von der Erstellung der Anzeige bis zur Zulassung des Teams?**
Abgabe ELA: 24.05.2019, Genehmigung: 09.09.2019

**Was würden Sie Kollegen empfehlen, die das Anzeigeverfahren erst noch durchlaufen müssen?**
Viel Geduld ■

# PRAKTISCHE INFORMATIONEN

Verordnungen, AU-Bescheinigungen, Überweisungen ... – all das ist auch im Rahmen der ASV möglich.

Worauf Sie achten müssen, wie Sie welche Formulare bedrucken und was es mit dem „ASV-Fall" auf sich hat, haben die DKG und die KBV übersichtlich zusammengestellt.

DKG:
https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/ambulante-vergue-tung/ambulante-spezialfachaerztliche-versorgung-116b-sgb-v/

KBV:
https://www.kbv.de/html/8161.php

# ABRECHNUNGSANGEBOTE DER KVEN

Im Rahmen der ASV können die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als Abrechnungsdienstleister auftreten. Abhängig von der Rechtsauslegung, kann dieses Angebot auch für Krankenhäuser mit ASV-Berechtigungen gelten. Der Bundesverband ASV hat dazu im Frühjahr 2020 eine Umfrage bei den KVen durchgeführt. Nachfolgend sehen Sie einen Überblick der Abrechnungsangebote basierend auf der Umfrage (Stand: Juni 2020) und ergänzenden Recherchen (Stand: März 2021).

| KV-Bezirk | Zielgruppe | Anzahl Kunden | Angebot | Preis | Kündigungs-optionen | Info auf Webseite | Ansprechpartner |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Baden-Württemberg | Vertragsärzte | k. A. | Abrechnung & Beratung | allgemeiner Verwaltungs-kostenbeitrag | keine | www.kvbawue.de/praxis/neue-versorgungsmodelle/asv/ → ASV-Abrechnung über die KVBW | Hotline für Abrechnungsfragen zur ASV<br>asv-hotline@kvbawue.de<br>Tel. 0711/78753338<br>Mo. - Fr. 8 - 16 Uhr |
| Bayern | Vertragsärzte | k. A. | Abrechnung & Beratung | 2,5 % der abge-rechneten und von den Kostenträgern vergüteten Leistun-gen und Kosten | k.A. | www.kvb.de/praxis/alternative-versorgungsformen/ambulante-spezialfachaerztliche-versor-gung-asv/abrechnung/ | Fabian Demmelhuber,<br>Dr. Julia Spindler<br>ASV-Abrechnung@kvb.de<br>Tel. 089/57093-40850 |
| Berlin | Vertragsärzte | Q1-2020: 114 Leistungserbringer (201 wenn man jede Teamzugehörigkeit einzeln berechnet) | Abrechnung | 2,4 % Aufwen-dungsersatz, aber mindestens 50 Euro | Bis zum 15. des ersten Quartalsmonats mit Wirkung zum Quartalsende | www.kvberlin.de/fuer-praxen/alles-fuer-den-praxisalltag/be-sondere-versorgungsformen/asv → Abrechnung | asv-leistungen@kvberlin.de<br>Service-Center der KV Berlin<br>service-center@kvberlin.de<br>Tel. 030/31003-999 |
| Brandenburg | Vertragsärzte | 29 | Abrechnung & Beratung | 2,3 % des Honorars | – | www.kvbb.de/praxis/abrech-nung/ → Abrechnungsbedingun-gen der KVBB zur Abrechnung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß §11b SGB V | nein |
| Bremen | Kein Angebot | | | | | | |
| Hamburg | Vertragsärzte & Ambulanzzentren in Krankenhäuser | 70 | Abrechnung & Beratung | Einbehaltung von 3 % der vergüteten Rechnungssumme als Verwaltungs-kostenpauschale | 3 Monate zum Quartalsende | www.kvhh.net/de/praxis/spe-zielle-versorgungsformen-und-vertraege/ambulante-spezialfa-chaerztliche-versorgung.html → Allgemeine Abrechnungs-hinweise | Timo Bechtloff<br>timo.bechtloff@kvhh.de<br>Tel. 040/22802-353 |
| Hessen | Vertragsärzte, auch anderer Regionen & Krankenhäuser | 285 | Abrechnung & Beratung & Mahn-wesen, Abwicklung der Datenpflege bei der ASV-Service-stelle | 2,5 % VWK | | www.asv-hessen.de/abrech-nung/ | Team Sonderverträge<br>sondervertraege@kvhessen.de<br>Tel. 069/24741-7777 |
| Mecklenburg-Vorpommern | Keine Angabe | | | | | | |
| Niedersachsen | Vertragsärzte | | Abrechnung & Beratung | Analog der Konditionen der vertragsärztlichen Versorgung | 6 Wochen zum Quartalsende bzw. Ausscheiden aus der ASV | www.kvn.de/Mitglieder/Bera-tung/Beratungsprodukte.html → Ambulante spezialfachärztli-che Versorgung | Carolin Pudelko<br>carolin.pudelko@kvn.de<br>Tel. 0511/3803553 |
| Nordrhein | Vertragsärzte & Krankenhäuser | 152 Vertragsärzte, 3 Krankenhäuser mit 15 Fachabtei-lungen | Abrechnung | Analog der Konditionen der vertragsärztlichen Versorgung | Keine Kündigung erforderlich | www.kvno.de/praxis/recht-vertraege/vertraege/asv/asv-abrechnung-leicht-gemacht<br><br>www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/vertraege/asv/asv_abrechnung.pdf | Brigitte Erlemann<br>brigitte.erlemann@kvno.de<br>Tel. 0211/59708830<br><br>Angelika Anders<br>angelika.anders@kvno.de<br>Tel. 0221/77636341 |
| Rheinland-Pfalz | Vertragsärzte | | Abrechnung & Beratung | Entsprechender Verwaltungskos-tensatz der KV RLP | Widerruf mit Wirkung für die Zukunft jederzeit | www.kv-rlp.de/mitglieder/verguetung/abrechnung/ → Formulare/Ambulante spezialfachärztliche Versorgung – Vollmacht → Rechtsnormen/Ambulante spezialfachärztliche Versorgung – Abrechnungsbedingungen | nein |
| Saarland | Vertragsärzte & Krankenhäuser | 45 | Abrechnung | Verwaltungskos-tensatz von 3,0 % | 3 Monate zum Quartalsende | www.kvsaarland.de/asv | vertrag@kvsaarland.de<br>Tel. 0681/998370 |
| Sachsen | Vertragsärzte | 124 Ärzte | Abrechnung | Aufwendungs-ersatz von 2,7 % des vergüteten Honorars | 3 Monate zum Quartalsende. Das Recht beider Ver-tragspartner zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt davon unberührt. | k.A. | nein |
| Sachsen-Anhalt | Keine Angabe | | | | | | |
| Schleswig-Holstein | Vertragsärzte | Q4-2019: 9 Teams in 8 BSNR mit 29 Leis-tungserbringern | Abrechnung & Beratung | 2,3 % Verwaltungs-kosten | 4 Wochen zum Quartalsende | www.kvsh.de/praxis/zulassung/ambulante-spezialfachaerztliche-versorgung → Abrechnung über die KVSH | nein |
| Thüringen | Vertragsärzte | 11 Vertragsärzte | Abrechnung Erstellung der Abrechnung auf der Basis des angeforderten Leistungsbedarfs, keine sachlich-rechnerische Prüfung, da nur die Kostenträger die Gesamtabrechnung überblicken können | Aufwendungser-satz von 2,48 % | 4 Wochen zum Quartalsende | www.kv-thueringen.de/mitglie-der/ambulante-spezialfachaerzt-liche-versorgung | Stephan Turk<br>stephan.turk@kvt.de<br>Tel. 036/43559-150 |
| Westfalen-Lippe | Vertragsärzte & Krankenhäuser | 126 niedergelassene Vertragsarztpraxen und Krankenhäuser | Abrechnung & Beratung | Satzungsgemäße Verwaltungskosten, z. Zt. 2,5 %. | 6 Monate zum Quartalsende | www.kvwl.de/arzt/ivf/asv/index.html → Abrechnen über die KVWL | Claudia Jankowiak<br>claudia.jankowiak@kvwl.de<br>Tel. 0231/9432-3744<br><br>Thomas de Lauw<br>thomas.delauw@kvwl.de<br>Tel. 0231/9432-1130 |

**Abb. 3:** Überblick der Abrechnungsangebote in den KV-Bezirken

# RECHTLICHE ASPEKTE

## HAFTUNG

**Muss der Teamleiter gesondert haften?**
Nach unserer Auffassung ist der Teamleiter fachlich übergeordnet und bestimmt bestimmte Behandlungsmaximen etc., dann haftet er natürlich auch für die Behandlung, die andere ausführen. Dies wird dann ähnlich dem Chefarzt in einer Krankenhausabteilung gelten, es kommt also Organisationsverschulden etc. in Betracht. Natürlich haftet der Teamleiter auch für seine Koordinierungstätigkeit (auch wieder aus Organisationsverschulden).

Ansonsten wird auch der Teamleiter so haften, wie die anderen an der Behandlung Beteiligten auch. Dies gilt jedenfalls deliktisch. Vertraglich wird nur derjenige haften, der einen Behandlungsvertrag mit dem Patienten hat. Das werden mindestens die Ärzte sein, die den Patienten behandelt haben (möglicherweise auch nur durch eine konsiliarische Meinung in einer Teamkonferenz, ohne den Patienten jemals gesehen zu haben!). Anschaulich stellt dies Wigge dar: http://www.radiologie-recht.de/Dateien/Archiv/2015/Radiologie.und.Recht.2015.09.pdf

Das liest sich sehr problemaufbauschend, spiegelt aber nur die Rechtslage, die immer gilt, wenn nicht nur ein Arzt allein und singulär verantwortlich den Patienten behandelt. Gibt es Probleme in der Kommunikation zwischen Krankenhaus und einweisenden/übernehmenden Arzt, haften im normalen medizinischen Alltag beide Beteiligten.

## EINBEZIEHUNG VON SICHERSTELLUNGS- UND WEITERBILDUNGSASSISTENTEN

**Ob und in welcher Form können in einer Praxis oder einem MVZ angestellte Rheumatologen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) tätig werden, wenn diese nicht auf einem Vertragsarztsitz als Angestellte durch den Zulassungsausschuss genehmigt sind?**
Christian Koller, Dr. Julia Gräf, Kanzlei Tacke Koller: Die gesetzlichen Regelungen sind zu dieser Frage recht eindeutig. Danach sind nur an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser berechtigt, ASV-Leistungen zu erbringen (§ 116b Abs. 2 S. 1 SGB V). Dementsprechend setzt die Teilnahme an der ASV immer die generelle Berechtigung voraus, gegenüber GKV-Patienten Leistungen erbringen zu dürfen. Die Leistungserbringung innerhalb der ASV durch angestellte Ärzte ist zwar generell zulässig. Auch diese müssen aber zur Erbringung von Leistungen gegenüber GKV-Patienten berechtigt sein. An dieser Einschätzung ändert auch nichts, dass die Leistungserbringung durch Weiterbildungsassistenten im Rahmen der ASV als zulässig erachtet wird. Auch diese müssen durch die KV genehmigt werden. Darüber hinaus sind Weiterbildungsassistenten zudem direkt in der ASV-Richtlinie (ASV-RL) benannt. Zu beachten ist allerdings, dass Weiterbildungsassistenten lediglich in die Leistungserbringung durch ein berechtigtes Teammitglied unter entsprechenden Beschränkungen einbezogen werden dürfen.

→

Zusammenfassend ist deshalb festzuhalten, dass eine Leistungserbringung durch einen angestellten Privatarzt in der ASV rechtlich nicht zulässig ist. Da die ASV-Leistungen außerbudgetär vergütet werden, können allerdings auch über eine genehmigte Teil-Anstellung neben der „normalen" vertragsärztlichen Tätigkeit ASV-Leistungen erbracht werden, ohne dass diese Budgetbeschränkungen unterliegen. Zudem wird vertreten, dass genehmigte Sicherstellungsassistenten in der ASV Leistungen erbringen können. Letzteres empfehlen wir aber, da sich dazu bislang noch keine verbindliche Rechtsmeinung herausgebildet hat, sich durch den zuständigen erweiterten Landesausschuss vor Beginn der Leistungserbringung bestätigen zu lassen.

## RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN ZUR ABRECHNUNG DER ASV-LEISTUNG PET; PET/CT

**Wann kann die ASV-Leistung PET; PET/CT abgerechnet werden? Welche Voraussetzungen müssen erfüllt werden? Kann der Medizinische Dienst (MD) die Leistung beanstanden, wenn vorher nicht die gesamte, in der Leistungsbeschreibung angeführte Diagnostik erfolgt ist?**

Christian Koller, Dr. Julia Gräf, Kanzlei Tacke Koller: Im Appendix der ASV Rheuma ist das PET bzw. PET/CT bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Großgefäßvaskulitiden bei unklarer Befundkonstellation vorgesehen. Diese unklare Befundlage wird in der Leistungsbeschreibung durch folgenden Einschub näher bestimmt: „z. B. trotz komplexer Diagnostik inkl. konventioneller Bildgebung, Liquordiagnostik oder histologischer Befunde, Gefäßsonograpie". Vor diesem Hintergrund kam es bereits zu Beanstandungen des MD der Krankenkassen, der sich auf den Standpunkt stellte, dass das komplette in der Ziffer beschriebene diagnostische Spektrum vor Veranlassung einer PET-, PET/CT-Untersuchung ausgeschöpft werden müsse, um die entsprechende Ziffer abrechnen zu können. Diese Auslegung ist ausgehend vom Wortlaut der Regelung sowie unter Berücksichtigung des auch in der ASV geltenden Wirtschaftlichkeitsgebots eher schwer haltbar. Weiter begrenzt auch das Gebot der medizinischen Erforderlichkeit der diagnostischen Maßnahme unseres Erachtens den Umfang der Diagnosemaßnahmen, sodass nicht in jedem Fall alle Maßnahmen als erforderlich erachtet werden können. Angesichts der Tatsache, dass die Anforderungen an die Indikation für diese Untersuchungsleistungen allerdings auch generell in der vertragsärztlichen Versorgung, auch aufgrund der damit verbundenen Strahlenbelastung, sehr hoch sind, muss jedoch auch vor Erbringung und Abrechnung in der ASV die erforderliche „unklare Befundlage" auf einer zuvor (ergebnislos) durchgeführten, fundierten Diagnostik fußen.

So lassen die aufgrund der QSV geltenden generellen Anforderungen an die Erbringung der PET bzw. PET/CT-Untersuchungen den Rückschluss zu, dass es sich bei diesen Untersuchungen um Diagnosemethoden handelt, die sehr restriktiv eingesetzt werden sollten.

Es ist deshalb davon auszugehen, dass nicht generell sämtliche der genannten Leistungen erbracht werden müssen. Die unklare Befundlage muss allerdings durch entsprechende Untersuchungen nachgewiesen sein. Nicht möglich ist unseres Erachtens

dementsprechend ein Einsatz des PET; PET/CT als primäres Diagnoseverfahren ohne Ausschöpfung der im Einzelfall medizinisch erforderlichen diagnostischen Maßnahmen.

**TIPP:** Wir empfehlen deshalb konkret eine Abrechnungs- und Dokumentationsanalyse, um Beanstandungen durch den MD zu vermeiden. Diese sollte eine Überprüfung dahingehend umfassen, welche diagnostischen Leistungen vor Hinzuziehung des Nuklearmediziners für die PET; PET/CT-Untersuchung erbracht wurden, was dazu dokumentiert ist und aufgrund welcher medizinischen Argumentation die Befundlage als unklar beurteilt wurde. ■

# STATUS QUO DER ASV IN DER RHEUMATOLOGIE

Seit etwas mehr als drei Jahren ist die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) für rheumatologische Erkrankungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche in Kraft. Inzwischen haben sich etliche Rheumatolog:innen in ASV Teams organisiert. Wir möchten hier eine Zwischenbilanz ziehen und interessante Daten zur Versorgung in der ASV Rheuma darstellen. Bei der Auswertung beziehen wir uns einerseits auf Daten der ASV-Servicestelle, welche am 3.5.2021 auf der Internetseite https://www.asv-servicestelle.de/home/asv-verzeichnis abgerufen wurden, sowie auf nicht-veröffentlichte Daten vom GKV-Spitzenverband vom 7.4.2021, die dem Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Rahmen des Innovationsfondsprojekts GOAL ASV (Förderkennzeichen: 01VSF19002) zur Verfügung gestellt wurden.

## TEILNEHMENDE RHEUMATOLOG:INNEN IN DEN ASV TEAMS:

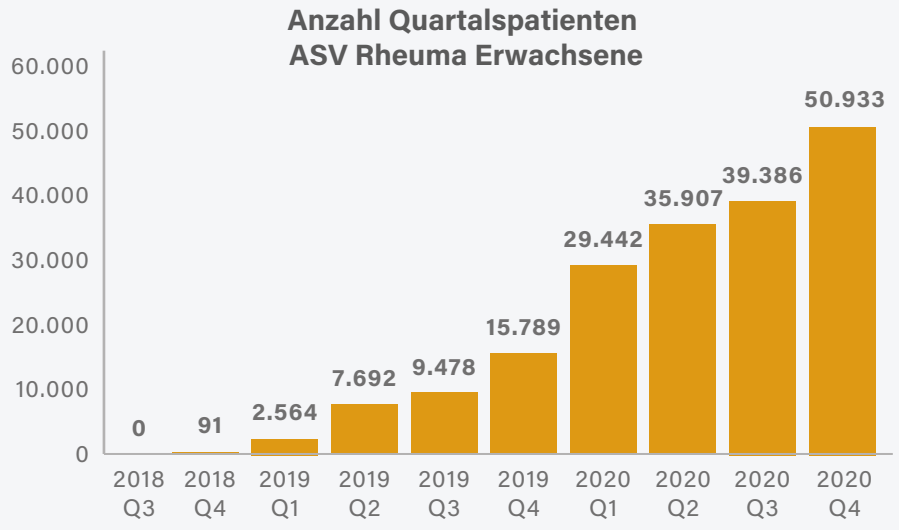
**357** RHEUMATOLOG:INNEN FÜR ERWACHSENE

**13** RHEUMATOLOG:INNEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Laut Daten des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) vom 7.4.2021 nehmen 357 Rheumatolog:innen bei der ASV Rheuma für Erwachsene und 13 für Kinder und Jugendliche teil. Wenn man die Daten mit den 1.015 an der Patientenversorgung tätigen Rheumatolog:innen vergleicht (registrierte Ärzt:innen bei den Ärztekammern in 2019[1]), nehmen inzwischen 35 % aller Rheumatolog:innen in der Erwachsenenversorgung an der ASV teil. Bei den Kindern und Jugendlichen liegt der Anteil bei 7 %; ausgehend von allen ärztlich-tätigen Ärzt:innen mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Rheumatologie (registrierte Ärzt:innen bei den Ärztekammern in 2019[2]).

## BEHANDELTE QUARTALSPATIENTEN BIS ANFANG 2021:
## 191.282 ERWACHSENE
## 7 KINDER / JUGENDLICHE

Seit Inkrafttreten der ASV Rheuma wurden laut Daten des GKV-SV bis Ende 2020 bzw. Mitte März 2021 (Abrechnungsdaten vom 15.03.2021) insgesamt 191.282 Quartalspatienten behandelt. Ein Quartalspatient bedeutet, dass ein Patient in einem Quartal mindestens eine ASV-Leistung ausgelöst hat. Wie viele individuelle Patienten hinter dieser Zahl stehen, wissen wir leider nicht. Denn wird ein Patient über mehrere Quartale in der ASV betreut, wird er jedes Quartal mit Kontakt zu einem ASV Team erneut als ein Quartalspatient gezählt. Wie man in der Graphik sehen kann, nehmen die Zahlen der Patienten seit dem Jahr 2020 deutlich zu. Dies hängt mit der wachsenden Zahl der ASV Teams zusammen.



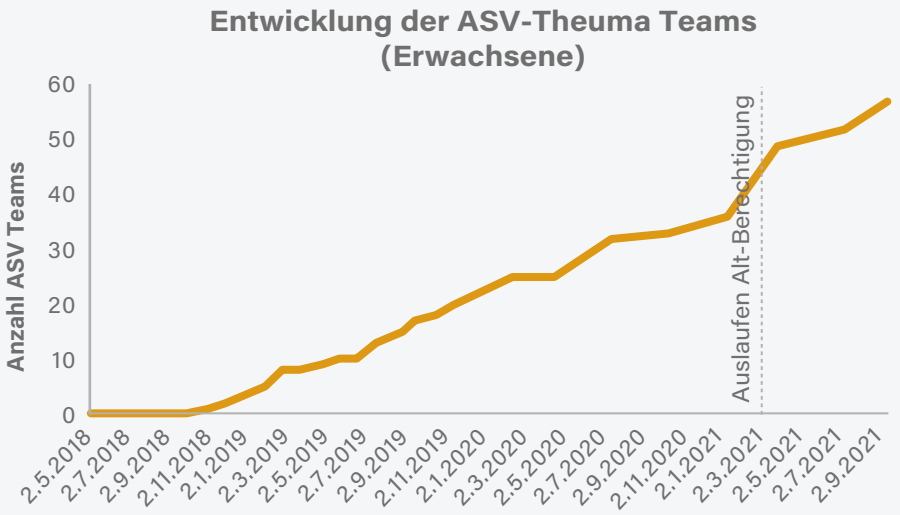

**Quelle:** GKV SV – Abrechnungsdaten vom 15.03.2021

Eine Darstellung für Kinder und Jugendliche liegt uns vom GKV-SV nicht vor, da bislang nur sieben Quartalspatienten im Rahmen der Bereinigung verzeichnet wurden. →

[1]**Ärztinnen und Ärzte mit Schwerpunktbezeichnung, BÄK:** www.gbe-bund.de (Pfad: Gesundheitsversorgung > Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung > Ärzte, Ärztliche Praxen, Ärztliche Leistungen) und **Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung, BÄK:** www.gbe-bund.de (Pfad: Gesundheitsversorgung > Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung > Ärzte, Ärztliche Praxen, Ärztliche Leistungen) | [2]**Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung, BÄK:** www.gbe-bund.de (Pfad: Rahmenbedingungen > Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals)

## ASV RHEUMA BEI ERWACHSENEN: 49 TEAMS

Auf der Internetseite der ASV-Servicestelle wurden zum 3.5.2021 insgesamt 49 Rheuma Teams für Erwachsene aufgelistet. Allerdings stimmten nicht alle Teams einer Veröffentlichung zu, so dass die Zahl vermutlich leicht höher liegt. Laut Daten des GKV-SV vom 7.4.2021, die alle Teams umfassen, waren zu diesem Zeitpunkt 42 Rheuma Teams in der ASV gemeldet.




**Quelle:** Daten der ASV-Servicestelle

Die ASV für Rheuma ist zum 19.04.2018 in Kraft getreten. Die ersten Teams wurden im 4. Quartal 2018 bei der ASV-Servicestelle veröffentlicht. Seither ist ein stetiger Zuwachs an ASV Teams für Erwachsene zu verzeichnen. Im Vergleich zu anderen Indikationen haben sich in der Rheumatologie von Anfang an rascher Teams gebildet. Die ASV wurde in der Rheumatologie aber auch schon mit Spannung erwartet, da man sich durch die stärkere Vernetzung eine noch bessere Patientenversorgung verspricht und dadurch endlich eine voll umfängliche Vergütung der erbrachten Leistungen erhofft. Der Informationsstand der Rheumatolog:innen war daher deutlich besser als der anderer Fachgruppen.

Am 18.04.2021 endete die dreijährige Übergangsfrist und die Alt-Genehmigungen liefen aus. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die noch eine Zulassung zur ambulanten Behandlung am Krankenhaus nach § 116b SGB V alter Fassung hatten, nur noch bis April dieses Jahres auf dieser Grundlage abrechnen konnten. Um weiterhin ambulant tätig sein zu dürfen, müssen sie spätestens seit April 2021 eine ASV-Berechtigung vorweisen, sofern keine alternativen Abrechnungswege wie z. B. eine Hochschulambulanz vorliegen. Dies erklärt auch den steileren Anstieg der Teamzahlen ab März dieses Jahres.

## ASV RHEUMA BEI ERWACHSENEN: VERTEILUNG IN DEUTSCHLAND

Ein Blick auf die Deutschlandkarte zeigt, dass sich der Großteil der ASV Rheuma Teams für Erwachsene mit 16 Teams in Nordrhein-Westfalen befindet. Die zweitmeisten Teams gibt es mit jeweils 6 Teams in Hessen und Bayern. Dies entspricht in etwa auch dem indikationsübergreifenden Vorkommen der ASV Teams in Deutschland. Danach folgen Berlin und Baden-Württemberg mit je 4 Teams, Niedersachsen mit 3 Teams und Schleswig-Holstein sowie Sachsen mit je 2 Teams. Jeweils nur ein Team gibt es bisher in Sachsen-Anhalt, Thüringen, Hamburg, Bremen und Brandenburg.

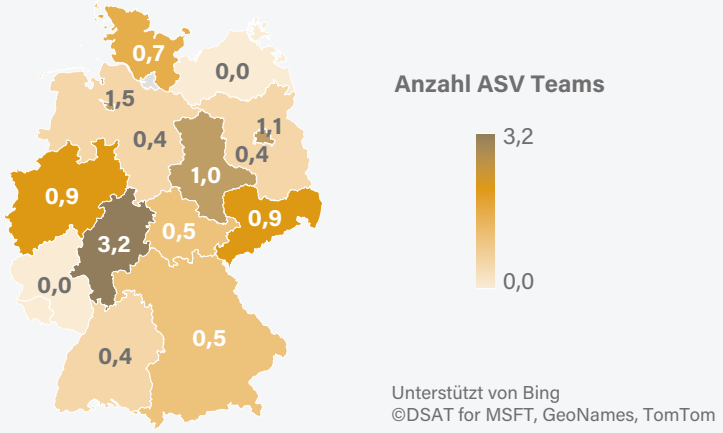
| Bundesland | Anzahl ASV Teams | Bevölkerung | Anteil |
|---|---|---|---|
| Baden-Württemberg | 4 | 11,1 | 0,4 |
| Bayern | 6 | 13,14 | 0,5 |
| Berlin | 4 | 3,67 | 1,1 |
| Brandenburg | 1 | 2,53 | 0,4 |
| Bremen | 1 | 0,68 | 1,5 |
| Hansestadt Hamburg | 1 | 1,85 | 0,5 |
| Hessen | 6 | 6,29 | 1,0 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 0 | 1,61 | 0,0 |
| Niedersachsen | 3 | 8 | 0,4 |
| Nordrhein-Westfalen | 16 | 17,93 | 0,9 |
| Rheinland-Pfalz | 0 | 4,1 | 0,0 |
| Saarland | 0 | 0,98 | 0,0 |
| Sachsen | 2 | 4,06 | 0,5 |
| Sachsen-Anhalt | 1 | 2,18 | 0,5 |
| Schleswig-Holstein | 2 | 2,9 | 0,7 |
| Thüringen | 1 | 2,12 | 0,5 |

**Quelle:** Daten der ASV-Servicestelle vom 3.5.2021, Statista – Einwohnerzahl der Bundesländer in Deutschland am 31.12.2020

Sieht man sich allerdings die anteilige Verteilung der Teams nach Einwohnerzahlen je Bundesland an, gibt es in Hessen am meisten ASV Teams für erwachsene Rheumapatienten, nämlich 3,2 Teams pro eine Million Einwohner. Auch dies entspricht dem indikationsübergreifenden Trend der ASV Team-Verteilung in Deutschland. Lediglich in Bremen (mit 1,5) Berlin (mit 1,1) und Sachsen-Anhalt (mit 1,0) gibt es mindestens ein ASV Rheuma-Team pro eine Million Einwohner. In den anderen Bundesländern ist es sogar weniger als ein Team pro eine Million Einwohner.

→

**Anteilige Verteilung ASV Rheuma-Teams für Erwachsene pro 1 Mio. Einwohner**




**Quelle:** Daten der ASV-Servicestelle vom 3.5.2021

## TEAMZUSAMMENSETZUNG

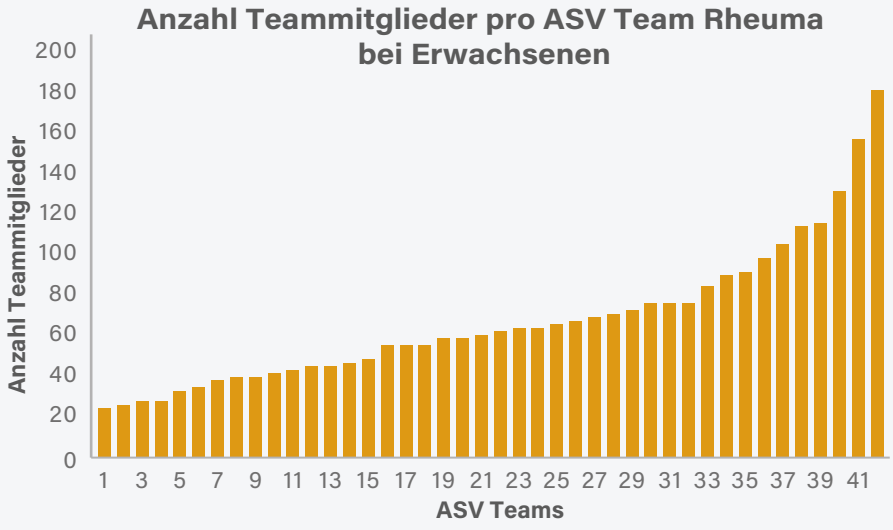
Neben der Entwicklung und Verteilung der ASV Teams haben wir anhand der Daten vom GKV-SV die Zusammensetzung der Rheuma Teams näher betrachtet (siehe Tabelle 1). In den 42 ASV Teams für Erwachsene waren insgesamt 2.885 Teammitglieder (alle Fachgruppen) tätig. Die Größe der ASV Teams variierte dabei von 24 bis 185 Teammitgliedern. Durchschnittlich sind 69 Teammitglieder in einem ASV Team für Erwachsene tätig. Die Zahlen stellen allerdings nur eine Annäherung dar, da einerseits nicht die Teammitglieder an sich, sondern alle Facharztgruppen aufgelistet werden. Es ist durchaus möglich, dass ein:e Ärzt:in mit mehreren Facharztbezeichnungen dargestellt wird. Andererseits ist bei einigen erweiterten Landesausschüssen eine institutionelle Benennung der hinzuzuziehenden Teammitglieder möglich, was wiederum bedeutet, dass ein Teammitglied aus mehreren Ärzt:innen bestehen kann.

Zudem zeigen die Daten, dass im Durchschnitt mehr als ein Drittel aller Teammitglieder (36 %) im Kernteam tätig war, obwohl nur ein Viertel der benötigten Facharztgruppen im Kernteam zu finden ist. Dies liegt möglicherweise darin begründet, dass die Rheumatolog:innen öfters mehrfach besetzt werden, als beispielsweise die Hinzuzuziehenden bzw. diese teilweise institutionell benannt werden. Durchschnittlich sind neun Rheumatolog:innen in einem ASV Team organisiert, wobei die Spanne in den jeweiligen Teams zwischen einem und 25 Rheumatolog:innen liegt. →

Tabelle 1:
**Merkmale der ASV Teams Rheuma bei Erwachsenen**

| | |
|---|---|
| Anzahl Rheumateams | 42 |
| Anzahl Teammitglieder gesamt | 2.885 |
| Durchschnittliche Anzahl Teammitglieder pro Team | 69 |
| Anzahl Teammitglieder pro Team min. | 24 |
| Anzahl Teammitglieder pro Team max. | 185 |
| Anzahl Teammitglieder im Kernteam | 1.027 |
| Durchschnittliche Anzahl Rheumatolog:innen pro Team | 9 |
| Rheumatolog:innen pro Team min. | 1 |
| Rheumatolog:innen pro Team max. | 25 |

**Quelle:** GKV-SV Daten vom 7.4.2021

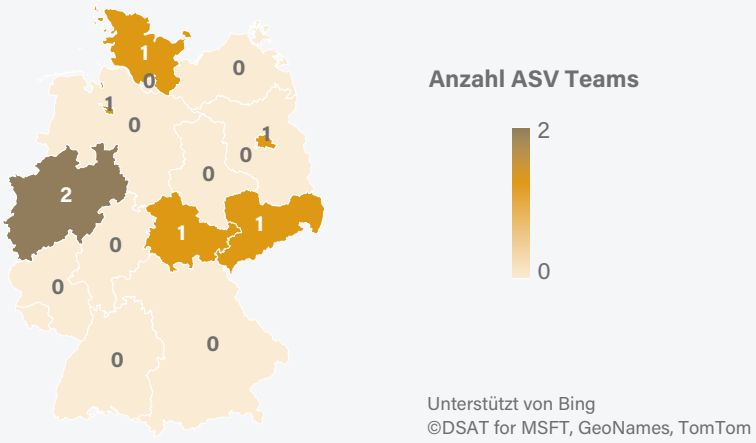



**Quelle:** GKV-SV vom 7.4.2021

## ASV RHEUMA BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN: 7 TEAMS

Zum 3.5.2021 nehmen laut ASV-Servicestelle insgesamt 7 ASV Teams an der ASV Rheuma für Kinder und Jugendliche teil. Das erste Team für die Kinderrheumatologie wurde im 3. Quartal 2020 bei der ASV-Servicestelle veröffentlicht. Es gibt zwei Teams in Nordrhein-Westfalen und jeweils ein Team in Schleswig-Holstein, Bremen, Berlin, Thüringen, Sachsen.

**Anzahl ASV Rheuma Teams für Kinder und Jugendliche je Bundesland**




**Quelle:** Daten der ASV-Servicestelle vom 3.5.2021

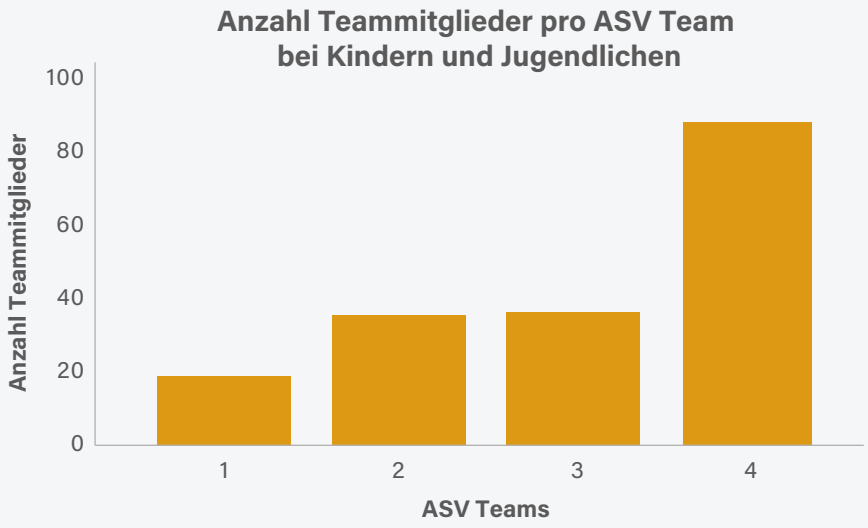
Laut Daten des GKV-SV waren es zum 7.4.2021 insgesamt vier Teams mit in Summe 182 Ärzt:innen. Die Größe der ASV Teams variiert bei den ASV Teams für Kinder und Jugendliche zwischen 19 und 90 Teammitgliedern. Durchschnittlich sind es pro Team 46 Teammitglieder. Aber auch hier gilt, dass die Zahlen wegen der Mehrfachnennung der Facharztbezeichnungen und der institutionellen Benennung der Hinzuzuziehenden nur eine Annäherung der tatsächlichen Größe darstellen.

Bei den ASV Teams für Kinder und Jugendliche sind nur 18 % aller Teammitglieder im Kernteam tätig. Zudem ist die Anzahl der teilnehmenden Kinder- und Jugendrheumatolog:innen deutlich niedriger als bei den Erwachsenen. Sie liegt bei durchschnittlich drei Kinder- und Jugendrheumatolog:innen, mit einer Spanne von einem bis sieben Kinder- und Jugendrheumatolog:innen pro ASV Team. →

Tabelle 2:
**Merkmale der ASV Teams Rheuma bei Kindern und Jugendlichen**

| | |
|---|---|
| Anzahl Rheumateams | 4 |
| Anzahl Teammitglieder gesamt | 182 |
| Durchschnittliche Anzahl Teammitglieder pro Team | 46 |
| Anzahl Teammitglieder pro Team min. | 19 |
| Anzahl Teammitglieder pro Team max. | 90 |
| Anzahl Teammitglieder im Kernteam | 32 |
| Durchschnittliche Anzahl Rheumatolog:innen pro Team | 3 |
| Rheumatolog:innen pro Team min. | 1 |
| Rheumatolog:innen pro Team max. | 7 |

**Quelle:** GKV-SV Daten vom 7.4.2021

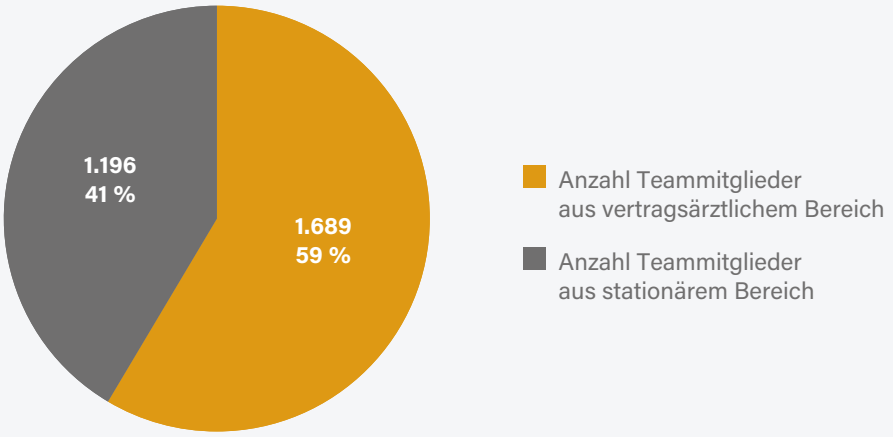



**Quelle:** GKV-SV vom 7.4.2021

## SEKTORENÜBERGREIFENDE ZUSAMMENARBEIT

Ein Ziel der ASV ist die Stärkung der interdisziplinären Kooperation sowie sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zwischen Praxis und Klinik. Wie dies tatsächlich in der Praxis umgesetzt wird, lässt sich mit den uns vorliegenden Daten schwer ermitteln. Allerdings zeigen die Zahlen des GKV-SV, dass die ASV Teams sehr gemischt besetzt werden. Bei den Erwachsenenteams kommen 59 % aller Teammitglieder aus dem vertragsärztlichen Bereich und 41 % aus dem stationären Sektor. Sogar innerhalb des Kernteams ist in den meisten Fällen eine Besetzung sowohl durch Teammitglieder aus dem niedergelassenen als auch dem stationären Bereich gegeben (52 % vs. 48 %). In lediglich vier von 42 Teams für Erwachsene ist dies nicht der Fall.

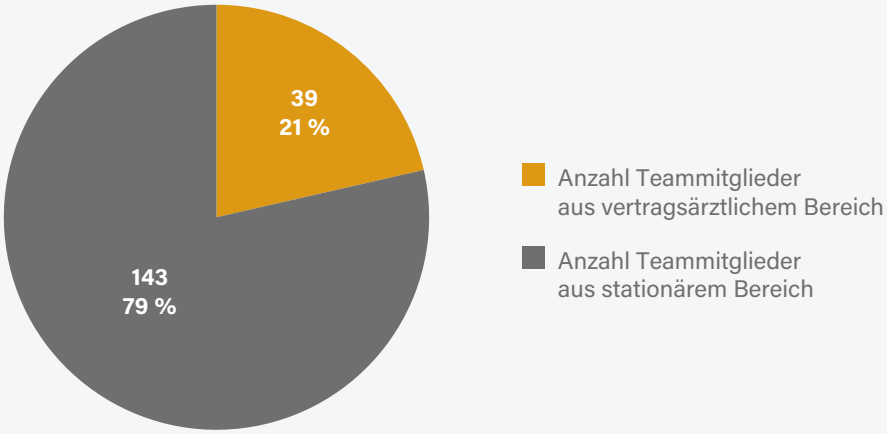
**Verteilung ambulant / stationär in den ASV Teams bei Rheuma für Erwachsene**




**Quelle:** Daten vom GKV-SV vom 7.4.2021

Die ASV Teams Rheuma für Kinder und Jugendliche sind ebenfalls intersektoral aufgebaut, wobei ein ASV Team das Kernteam nur mit Klinikärzt:innen besetzt hat. Insgesamt sind bei den Kindern und Jugendlichen mehr Teammitglieder aus der Klinik (79 %) in den ASV Teams vertreten.

**Verteilung ambulant / stationär in den ASV Teams bei Rheuma für Kinder und Jugendliche**




**Quelle:** Daten vom GKV-SV vom 7.4.2021

Die hier dargestellten Zahlen verdeutlichen, dass die ASV in der Rheumatologie gut akzeptiert wird und sowohl die Zahl der teilnehmenden Rheumatolog:innen als auch der Patienten stetig zunimmt - zumindest im Bereich der Erwachsenenversorgung. Zudem sind die meisten ASV Rheuma Teams mit Teammitgliedern aus dem stationären und vertragsärztlichen Bereich besetzt. Ob dies tatsächlich zu einer verstärkten intersektoralen Zusammenarbeit führt, ist den Zahlen nicht zu entnehmen. Es bleibt aber zu hoffen. ■

---

**Kontaktdaten**
BDRh Service GmbH
Dr.-Max-Str. 21, 82031 Grünwald
Tel. 089/90414141-0, Fax 089/90414141-9
kontakt@bdrh-service.de, www.bdrh-service.de

**Laura Bredow**
laura.bredow@
bdrh-service.de
Tel. 089/90414141-6

**Sonja Froschauer**
sonja.froschauer@
bdrh-service.de
Tel. 089/90414141-2

**Anna Sollacher**
anna.sollacher@
bdrh-service.de
Tel. 089/90414141-7

# UMSETZUNG DER FORDERUNGEN DES BDRH IN DER BESCHLUSSFASSUNG DES G-BA

Jedes Jahr berät der Gemeinsame Bundessauschuss (G-BA) die Aktualisierung der ASV-Richtlinie und insbesondere die Anpassung der Appendizes, in denen die abrechenbaren Leistungen aufgeführt werden. Dazu hat der Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V. (BV ASV) im Herbst 2020 eine Reihe von Änderungsvorschlägen in die Diskussion eingebracht sowie die Vorschläge des BDRh unterstützt. Mitte März hat der G-BA nun die Aktualisierungen beschlossen. Nachfolgend finden Sie einen Abgleich, welche der Forderungen erfolgreich durchgesetzt werden konnten. Bis Redaktionsschluss sind diese allerdings noch nicht in Kraft getreten. ■

| Forderung | betrifft | GOP | Beschluss G-BA |
|---|---|---|---|
| **Versand elektronischer Arztbrief** | | | |
| Abrechnungspositionen zur Förderung der Einführung der Telematik-Infrastruktur (TI) (Ziffern 86900, 86910) | ASV Rheuma Erwachsene und Kinder und Jugendliche | | nicht aufgenommen |
| **Aufnahme weiterer Gebührenordnungspositionen in den Appendix** | | | |
| Abrechenbarkeit für Nephrologen: Betreuung von Transplantatträgern 13601 | ASV Rheuma Erwachsene und Kinder und Jugendliche | 13601 | nicht aufgenommen |
| Bestimmung des Ferritins auch durch den Rheumatologen | ASV Rheuma Erwachsene und Kinder und Jugendliche | 32325 | nicht aufgenommen |
| Bestimmung des Antikörperstatus auf SARS-COV-2 | ASV Rheuma Erwachsene und Kinder und Jugendliche | | nicht aufgenommen |
| **Anpassung des Appendix für ASV Rheuma für Kinder und Jugendliche** | | | |
| Zuordnung der Laborleistungen im Bereich der GOP 32155 bis 32503 für Pädiater mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie | ASV Rheuma für Kinder und Jugendliche | 32155 | nicht angepasst |
| Zuordnung der Laborleistungen im Bereich der GOP 32155 bis 32503 für Pädiater mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie | ASV Rheuma für Kinder und Jugendliche | 32503 | nicht angepasst |
| **Schaffung einer Abrechnungsposition für die Koordination im Team** | | | |
| Koordinationspauschale: ca. 10 Wochenstunden Assistenz + 2 Wochenstunden Leitung | ASV Rheuma Erwachsene und Kinder und Jugendliche | | nicht aufgenommen |
| **Streichung von Leistungen aus dem Appendix** | | | |
| Transkavitäre Sonographie der Thoraxorgane ohne Herz nach 5.2 (GOP 33040, 33090) | ASV Rheuma Erwachsene und Kinder und Jugendliche | 33040 | nicht gestrichen |
| | ASV Rheuma Erwachsene und Kinder und Jugendliche | 33090 | nicht gestrichen |
| Endosonographie Abdomen, Retroperitoneum, Rektum nach 7.2 (GOP 33042, 33090) | ASV Rheuma Erwachsene und Kinder und Jugendliche | 33042 | nicht gestrichen |
| Endosonographie Magen-Darm nach 7.3 (GOP 33042, 33090) | ASV Rheuma Erwachsene und Kinder und Jugendliche | 33090 | nicht gestrichen |
| Duplex-Verfahren intrakranielle hirnversorgende Gefäße nach 20.7 (GOP 33071) | ASV Rheuma Erwachsene und Kinder und Jugendliche | 33071 | gestrichen bei Erwachsenen, aber nicht bei Kindern und Jugendlichen |
| Duplex-Verfahren Gefäße des weiblichen Genitalsystems 20.11 (GOP 33074) | ASV Rheuma Erwachsene und Kinder und Jugendliche | 33074 | gestrichen bei Erwachsenen, aber nicht bei Kindern und Jugendlichen |
| Sonographie von Haut und Subkutis (GOP 33080) | ASV Rheuma Erwachsene und Kinder und Jugendliche | 33080 | gestrichen bei Erwachsenen, aber nicht bei Kindern und Jugendlichen |
| **Anpassung der Zusammensetzung des interdisziplinären ASV Teams** | | | |
| Streichung obligate Mitwirkung einzelner Facharztgruppen (Urologie, Gynäkologie) | ASV Rheuma Erwachsene und Kinder und Jugendliche | | Streichung beider Fachgruppen bei den Erwachsenen, bei den Jugendlichen nur die Gynäkologie |
| **Erweiterung der Konkretisierung der Erkrankung für ASV Rheuma für Erwachsene** | | | |
| D47.5 Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles Syndrom] | ASV Rheuma Erwachsene | | aufgenommen |
| D86.0 Sarkoidose der Lunge | ASV Rheuma Erwachsene | | aufgenommen |
| D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten | ASV Rheuma Erwachsene | | aufgenommen |
| D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten | ASV Rheuma Erwachsene | | aufgenommen |
| D86.3 Sarkoidose der Haut | ASV Rheuma Erwachsene | | aufgenommen |
| M11.- sonstige Kristall-Arthropathien | ASV Rheuma Erwachsene | | aufgenommen |
| M35.6 Rezidivierende Pannikulitis [Pfeifer-Weber-Christian-Krankheit] | ASV Rheuma Erwachsene | | aufgenommen |
| M46.8 Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien | ASV Rheuma Erwachsene | | aufgenommen |
| M94.1 Panchondritis [Rezidivierende Polychondritis] | ASV Rheuma Erwachsene | | aufgenommen |
| Cerebrale Vaskulitis | ASV Rheuma Erwachsene | | nicht aufgenommen |
| Arthritis im Rahmen chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen (M07.4, M07.5, M07.6), sofern dies nicht im Rahmen einer ASV für diese Indikation beabsichtigt ist | ASV Rheuma Erwachsene | | nicht aufgenommen |
| Hämochromatose-Arthropathie (M14.5) | ASV Rheuma Erwachsene | | nicht aufgenommen |
| Vaskulitiden der Haut oder des Nervensystems | ASV Rheuma Erwachsene | | nicht aufgenommen |
| Osteoporose (M80.-, M81.-) | ASV Rheuma Erwachsene | | nicht aufgenommen |
| Autoinflammatorische Syndrome (sofern im Erwachsenenalter erstmanifestiert / diagnostiziert, für Erwachsene aber kein eigener ICD) (E85.-, D89.-, E88.-, M35.-) | ASV Rheuma Erwachsene | | nicht aufgenommen |
| IgG4 assoziierte Aortitis (I77.6) | ASV Rheuma Erwachsene | | nicht aufgenommen |
| IgG4 assoziierte Speicheldrüsenaffektion (K11.8) | ASV Rheuma Erwachsene | | nicht aufgenommen |
| M. Ormond (K66.2) | ASV Rheuma Erwachsene | | nicht aufgenommen |
| Gicht (M10.9), beschränkt auf schwere Verläufe | ASV Rheuma Erwachsene | | nicht aufgenommen |

# STRUKTURELLE HÜRDEN

**Kontaktdaten**
Prof. Dr. med. Robert Dengler
FOM Hochschule für Oekonomie & Management
Institut für Gesundheit & Soziales (ifgs)
Arnulfstraße 30
80335 München
Tel. 089/202452277
robert.dengler@fom.de

## EINLEITUNG

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) trat mit der Novellierung des § 116b SGB V bereits zum 1.1.2012 in Kraft. Sie beinhaltet einige innovative Aspekte (z. B. einheitlicher Ordnungsrahmen für Klinik- und Vertragsärzte in der ambulanten Versorgung bezüglich Teilnahme, Qualitätssicherung und Vergütung) sowie fehlende Mengenbegrenzung und RLV-Budgets. Bis Ende 2017 lag die Zahl der ASV Teams in Deutschland bei lediglich 71, in diesen versorgten 2.301 Ärzte gerade einmal 2.224 Patienten im Quartal. Trotz mehrfacher Anpassungen, sowohl durch den Gesetzgeber als auch durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), hat sich bis dahin die ASV nicht hinreichend etablieren können.

Der G-BA hat daraufhin 2018 im Rahmen des Innovationsfonds die Weiterentwicklung und Evaluation der ASV-Richtlinie (ASV-RL) im Bereich Versorgungsforschung ausgeschrieben. In der Förderbekanntmachung des G-BA vom 23.11.2018 wird als Ziel des Forschungsprojekts formuliert, die Entwicklung der ASV und ihrer Ergebnisse in der Patientenversorgung für alle Krankheitsbilder in den Blick zu nehmen, Hemmnisse und beeinflussbare Faktoren bei der Teilnahmebereitschaft und praktischen Umsetzung zu identifizieren, Lösungsansätze aufzuzeigen sowie Vorschläge zu erarbeiten, die vom G-BA zur Weiterentwicklung der Richtlinie übernommen oder dem Gesetzgeber als Grundlage für strukturelle Veränderungen des gesetzlichen Rahmens dienen können.

Den Zuschlag erhielt das Forschungskonsortium GOAL_ASV (Förderkennzeichen: 01VSF19002), bestehend aus dem Bundesverband Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (BV-ASV), dem Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie, dem Wissenschaftlichen Institut der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) sowie der FOM Hochschule für Oekonomie & Management (Konsortialführung und Projektleitung). Die am 1.1.2020 begonnene und für 2 Jahre geförderte Studie beinhaltet sowohl qualitative (Interviews mit Ärzten und Patientenvertretern sowie Workshops) als auch quantitative Methoden (Befragungen der erweiterten Landesausschüsse, von Teamleitern, Teammitgliedern, Klinikleitungen, § 116b-Altberechtigten, Nicht-Teilnehmern sowie Patienten in der ASV und in der Regelversorgung). Darüber hinaus erfolgt eine Auswertung der Daten der ASV-Servicestelle sowie von Routinedaten der Krankenkassen bezüglich Diagnosen, Mehrfachinanspruchnahme, Medikamentenverordnungen etc.

Die im Rahmen des Projekts bislang erhobenen Daten lassen folgende vorläufige Schlüsse bezüglich struktureller Hürden zu, die hier zusammen mit der persönlichen Einschätzung des Autors vorgestellt werden.

## TEILNAHME- UND ANZEIGEVERFAHREN

Obschon für die ASV zum 1.1.2012 die gesetzliche Grundlage geschaffen wurde, vergingen zwei Jahre, bis der erste G-BA Beschluss in Kraft trat und damit eine Teilnahme überhaupt möglich wurde (siehe Tab. 1). Für die einzelnen Indikationen vergehen nach bereits erfolgtem Beschluss außerdem viele Monate (bei Rheuma für Erwachsene über acht Monate, im Fall der gynäkologischen Tumore eineinhalb Jahre) bis zum Inkrafttreten der krankheitsspezifischen Konkretisierungen der Richtlinie (Tab. 1).

Tabelle 1:
**Indikationsspezifische Anlagen zur ASV-Richtlinie des G-BA. Stand 6.5.2021**

| Anlage | Beschluss | Inkrafttreten |
|---|---|---|
| Tuberkulose und atyp. Mykobakteriose | 19.12.2013 | 24.4.2014 |
| Gastrointestinale Tumore (GIT) | 20.2.2014 | 26.7.2014 |
| Marfan-Syndrom | 22.1.2015 | 30.6.2015 |
| Gynäkologische Tumore | 22.1.2015 | 10.8.2016 |
| Pulmonale Hypertonie | 17.12.2015 | 1.6.2016 |
| Mukoviszidose | 15.12.2016 | 18.3.2017 |
| Rheumatologische Erkrankungen | 1.7.2017 | 19.4.2018 |
| Urologische Tumore | 21.12.2017 | 26.4.2018 |
| Morbus Wilson | 16.3.2018 | 12.6.2018 |
| Seltene Lebererkrankungen | 17.5.2018 | 16.8.2018 |
| Hauttumore | 20.12.2018 | 11.5.2019 |
| Hämophilie | 22.3.2019 | 4.7.2019 |
| Tumore des Thorax und Sarkoidose | 19.12.2019 | 7.4.2020 |
| Kopf-Hals Tumoren | 17.12.2020 | 6.5.2021 |
| Neuromuskuläre Erkrankungen | 17.12.2020 | 6.5.2021 |

**Quelle:** Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021

Selbst nach Inkrafttreten vergehen dann erneut teilweise viele Monate, bis die jeweiligen erweiterten Landesausschüsse (ELAs) einen Anzeigenvordruck bereitstellen (in einigen Bundesländern waren diese ein Jahr nach Inkrafttreten noch nicht verfügbar).

**Nachzuweisende Unterlagen**

Die Anforderungen der einzelnen ELAs sind sehr heterogen. Beispielsweise reicht bei den onkologischen Indikationen zum Nachweis der zu erfüllenden Mindestmengen bei einigen ELAs eine Angabe der Anzahl der behandelten Patienten im Anzeigenvordruck, andere hingegen fordern ausführliche Patientenverzeichnisse mit Pseudonymen und ICD-Codes. Auch ist die Art der Einreichung der Unterlagen sehr unterschiedlich. Bei einigen ELAs, wie beispielsweise in Bayern, können die Antragsunterlagen elektronisch eingereicht werden. Bei den meisten ELAs ist dies jedoch nicht möglich. Bezüglich der Qualitätssicherungsanforderungen an die Ärzte reichen einigen ELAs bestimmte Eigenerklärungen, andere fordern Zeugnisse und Unterlagen, die teilweise umständlich be- →

schafft werden müssen. Einige ELAs kooperieren mit der jeweiligen KV bezüglich Zugriff auf die Arztdaten und Genehmigungen (Weiterbildungsnachweise, Gerätezulassungen, Zulassungen für Untersuchungsmethoden etc.). Trotzdem lehnen manche ELAs diese Unterlagen als nicht ausreichend ab, sodass diese mit entsprechender zeitlicher Verzögerung erneut beigebracht werden müssen.

Besonders bei Klinikärzten stellt der Nachweis der fachlichen Qualifikation nicht selten eine bürokratische Hürde dar. In der ASV-RL ist vorgegeben, dass die für den vertragsärztlichen Bereich entwickelten Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V bei Klinikärzten „entsprechend" gelten. Diese Vorgabe wird jedoch vom G-BA nicht konkretisiert, sodass es oft schwierig ist zu klären, in welcher Form die Nachweise zu erbringen sind. Insgesamt wird das Anzeigeverfahren von den meisten der von uns befragten Ärzten als zu aufwändig, zeitraubend, rigide und belastend empfunden und stellt eines der Haupthemmnisse bei der Überlegung dar, an der ASV teilzunehmen (Abb. 1). In diesem Zusammenhang wird auch die Kooperation der ELAs als sehr unterschiedlich und teilweise unzureichend bewertet. Dies ist aus unserer Einschätzung sicher einer der Gründe, warum inzwischen ca. 87 % (Stand Januar 2021) der Teamleitungen durch Klinikärzte gestellt werden; Kliniken sind mit ihren Verwaltungsabteilungen eher in der Lage, den personellen Aufwand der Teilnahmeanzeige abzubilden als Vertragsärzte.

**Teamzusammenstellung**

Einerseits werden je nach Indikation sehr viele Fachgruppen, vor allem bei den hinzuzuziehenden Ärzten gefordert, selbst wenn diese in der Versorgungsrealität kaum oder nie benötigt werden, z. B. Gynäkologen oder Urologen bei Rheuma (dies wurde inzwischen in der Aktualisierung der RL vom 18.3.2021 durch den G-BA geändert, beide Fachgebiete sind weggefallen). Andererseits sind in den Konkretisierungen teilweise Fachgruppen nicht aufgeführt, die für die Patientenversorgung relevant wären (z. B. Dermatologen oder Traumatologen bei den urologischen Tumoren). Zwar heißt es formal in § 5 Abs. 1 Satz 4 der ASV-RL, dass Kliniken auch weitere, nicht im Appendix aufgelistete Leistungen erbringen dürfen, sofern sie in Zusammenhang mit der ASV-Erkrankung stehen, im Krankenhaus durchgeführt werden und dem Patienten eine Überweisung nicht zuzumuten ist. Ob und wie diese Leistungen jedoch abgerechnet werden können, ist unklar.

Unabhängig davon kann die Teamzusammenstellung erschwert sein, wenn die ASV für Ärzte der jeweiligen Fachgruppe unattraktiv erscheint, da sie nur selten – wenn überhaupt – Patienten zugewiesen bekommen, andererseits aber Vorhaltekosten für Software etc. haben. Der formale Vorteil der fehlenden Mengenbegrenzung bzw. Budgets trifft außerdem nicht auf alle Fachgebiete zu (z. B. Neurologen). In den Interviews gaben einige Teamleitungen an, dass vor allem die selten bis gar nicht benötigten Teammitglieder oftmals nur aufgrund von kollegialer Gefälligkeit zur Teilnahme bereit waren. Die fehlenden Facharztgruppen für die Teamzusammenstellung und die fehlende Motivation anderer Fachärzte sind dementsprechend die am häufigsten genannten Hinderungsgründe für die ASV-Teilnahme (Abb. 1). Unsere Auswertungen zeigen, dass die Anzahl teilnehmender Ärzte pro Team bei einigen Konkretisierungen (z. B. Tuberkulose, pulmonale Hypertonie, seltene Lebererkrankungen) zwischen 10 und 50 liegen, bei anderen, vor allem den Tumorerkrankungen, bis über 200 betragen kann (und da Hinzuzuziehende auch institutionell benannt werden können, ggf. noch höher liegen).

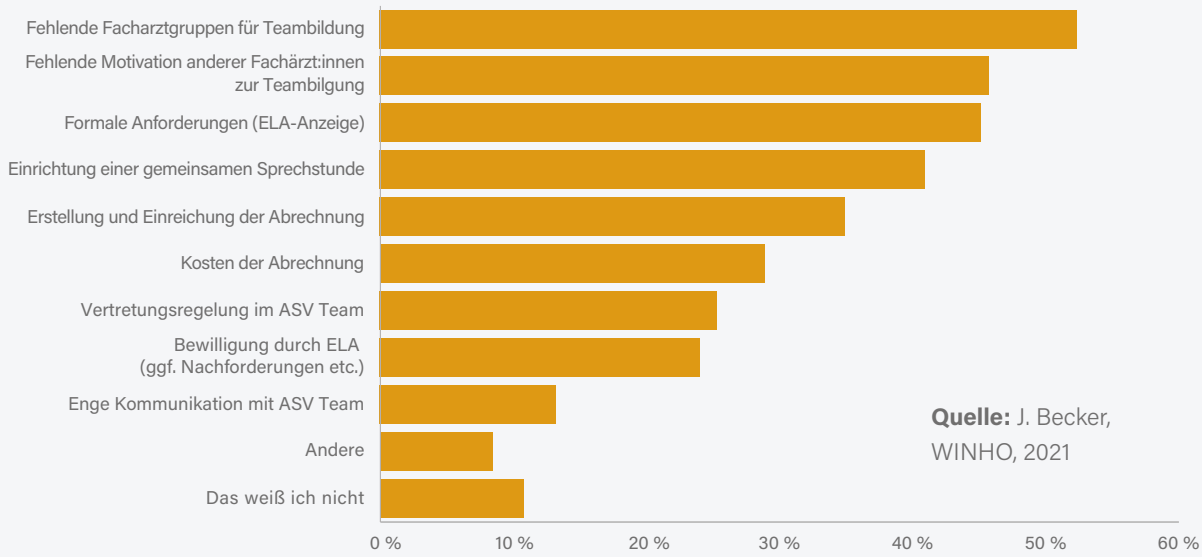



**Abb. 1:** Ergebnisse der Umfrage unter nicht an der ASV teilnehmenden Ärzten zu den Gründen. N = 166

**Entfernungsregel**

Die ASV-RL sieht vor, dass die Leistungen am Patienten innerhalb einer Entfernung von 30 Minuten vom Ort der Teamleitung zu erbringen sind. Ausnahmen sind lediglich für Leistungen vorgesehen, die ortsgebunden sind (Labor etc.). Diese Regelung stellt vor allem in ländlichen Regionen eine Hürde dar, da hier manche Teammitglieder aufgrund der Seltenheit des Fachgebiets innerhalb 30 Minuten de facto nicht erreichbar sind. Außerdem ist sie inhaltlich nicht wirklich nachvollziehbar, da die Leistungserbringung von jedem Teammitglied an dessen Standort erbracht wird und nichts mit dem Ort des Teamleiters zu tun hat. Für die Aufnahme weiter entfernter Teammitglieder ist man dann auf den Goodwill des ELA angewiesen, der dies in Ausnahmefällen akzeptieren kann, wenn die entsprechende Fachgruppe nachweislich sonst nicht verfügbar ist.

**Ziffernkranz**

In der ASV-RL sind im Appendix alle in der ASV abrechenbare Gebührenordnungspositionen (GOP) und die Zuordnung der Fachgebiete abschließend aufgelistet. Praktisch alle ELAs fordern für jede Leistungs-GOP, auch wenn diese kaum oder nie benötigt wird, den Nachweis des hierfür benannten Fachgebiets. Dies kann dazu führen, dass lange nach einem solchen im Appendix gelisteten Fachkollegen gesucht werden muss, dieser ggf. nicht gefunden oder im definierten 30-Minuten Radius nicht ansässig ist, obwohl die Leistung an der Versorgungsrealität vorbei geht (z. B. Pulmonalisangiographie durch einen interventionellen Radiologen, die de facto nur stationär erbracht wird). Außerdem wurde in den Interviews mit den Teamleitungen teilweise die enge, unvollständige Eingrenzung der im Appendix aufgeführten Leistungen kritisiert, so fehlen z. B. das Brust-MRT in der gynäkologischen ASV oder einzelne wichtige Laborleistungen im Ziffernkranz für Mukoviszidose. Zwar beinhaltet der Ziffernkranz neben dem klassischen →

EBM auch neue, nur in der ASV ansetzbare GOP (Kapitel 50 und 51 des ASV-EBM), diese Leistungen sind aber nur für einen Teil der ASV-Ärzte (insbesondere bei den malignen Tumoren) relevant. Nicht wenige EBM GOP werden erst mit erheblicher Verzögerung aus der Regelversorgung (Kollektivvertrag) in die ASV übernommen, sodass es zu Unterschieden in der Versorgungsqualität kommt. Beispiel Companion Diagnostik bei Tumormutationen (CDx) beim Ovarial- und Prostatakarzinom: die GOP 11601, 19453 und 19456 sind Bestandteil des EBM in der Regelversorgung, wurden jedoch im Rahmen des Updates des Ziffernkranzes (G-BA Beschluss vom 18.3.2021) nicht in die ASV aufgenommen.

**Verträge, Formales, Haftungsfragen**

Gemäß ASV-RL sind dem ELA Kooperationsverträge der Teammitglieder vorzulegen. Hierzu ist ggf. die Hinzuziehung eines Juristen erforderlich, was sowohl eine finanzielle Hürde darstellen als auch zu einer relevanten Verzögerung der Teilnahme führen kann. Die Frage, welche Stellung die Teamleitung hat, ob eine übergeordnete Behandlungsführung und damit im Falle eines Rechtsstreits eine Haftung im Sinne eines Organisationsverschuldens durch die Koordinierungstätigkeit oder Entscheidungen z. B. in der Tumorkonferenz etc. bestehen, ist letztlich nicht final geklärt. Abstimmungen und Rückfragen mit den Haftpflichtversicherungen verkomplizieren die Sachlage zusätzlich. Unklar ist für manche ASV Teams darüber hinaus, ob auch Ärzte, die nicht den ELA gemeldet sind, Rezepte ausstellen dürfen (z. B. Weiterbildungsassistenten).

**ASV-Servicestelle**

Von einigen Teamleitungen, mit denen Interviews geführt wurden, wurde die Qualität der ASV-Servicestelle als unzureichend bis mangelhaft beurteilt. Dies lag einerseits an der fehlenden Kundenorientierung, andererseits an der Tatsache, dass Unterlagen angefordert wurden, die bereits den ELAs übermittelt wurden und somit eine redundante bzw. doppelte Datenerfassung erfolgt. Die Kooperation zwischen ELA und Servicestelle wurde dabei als inadäquat angegeben, eine umfängliche Schnittstelle zwischen den Datenbeständen der ELA-Geschäftsstellen und der Servicestelle scheint nicht zu bestehen. Auch die Funktionalität sowie die Inhalte der Website, sowohl aus Sicht von sich informierenden Patienten als auch Ärzten, wurden teilweise als unzureichend empfunden, darüber hinaus seien Einträge wie Adressen bzw. Email-Angaben teils lückenhaft oder fehlerhaft. Auch vergingen teilweise mehrere Wochen bis Monate, bis man die erforderliche 9-stellige ASV-Teamnummer erhalten habe.

**Vergütung**

Formal bedeutet die in der ASV fehlende Mengenbegrenzung und das fehlende RLV-Budget zumindest für die Vertragsärzte einen klaren Vorteil gegenüber dem Kollektivvertrag. Dies gilt jedoch nicht für Kliniken, die im Rahmen des alten § 116b SGB V an der ambulanten Versorgung teilnahmen, da hier keine Leistungsbudgetierung bestand. Für die Kliniken ist eher das Auslaufen der dreijährigen Übergangsfrist nach In-Kraft-Treten einer Konkretisierung für die Teilnahme ausschlaggebend.

Das Argument einer nicht budgetierten Vergütung in der ASV ist aber nicht für alle Vertragsärzte bzw. Fachgruppen gleich relevant. Manche sind entweder kaum von Budgets tangiert oder die wenigen Patienten, die sie über die ASV erwarten, stellen keinen Anreiz dar. Es kann daher Monate dauern oder gänzlich unmöglich sein, ein entsprechendes Teammitglied zu finden. Darüber hinaus hat sich der Nachteil der Budgetierung im

Kollektivvertrag mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und der hier bestehenden extrabudgetären Vergütung von Neuvorstellungen relativiert. Darüber hinaus ist zumindest für manche Indikationen und Facharztgruppen die Vergütung der Versorgung in Disease Management Programmen (DMP) teilweise attraktiver als in der ASV und ebenfalls ohne Mengenbegrenzung, z. B. für Psychoonkologie im DMP Brustkrebs. Da die im Gesetzestext angekündigte ASV-Gebührenordnung nach wie vor nicht umgesetzt ist, gilt überwiegend (neben Zusatzhonoraren z. B. im Rahmen der Onkologievereinbarung oder einzelnen NUB) der EBM. Diese Gebührenordnung ist für einige Indikationen bzw. Konkretisierungen durchaus passend (z. B. in der Onkologie), wird jedoch für die seltenen Erkrankungen wie z. B. Mukoviszidose, Marfan-Syndrom, Tuberkulose als überwiegend unzureichend beurteilt. Der EBM beinhaltet viele pauschalierte Vergütungen und beruht außerdem auf einer Mischkalkulation mit „Verdünnerfällen", die bei der ASV kaum vorliegen. Denn die Versorgungsrealität bei seltenen und schweren Krankheitsbildern beinhaltet einen hohen Betreuungsaufwand mit komplexen Problemen und häufigen Kontrollterminen (Beispiel Tuberkulose: häufig Obdachlose und Migranten mit reduzierter Compliance und Adhärenz sowie Sprachproblemen).

## LAUFENDE TEILNAHME

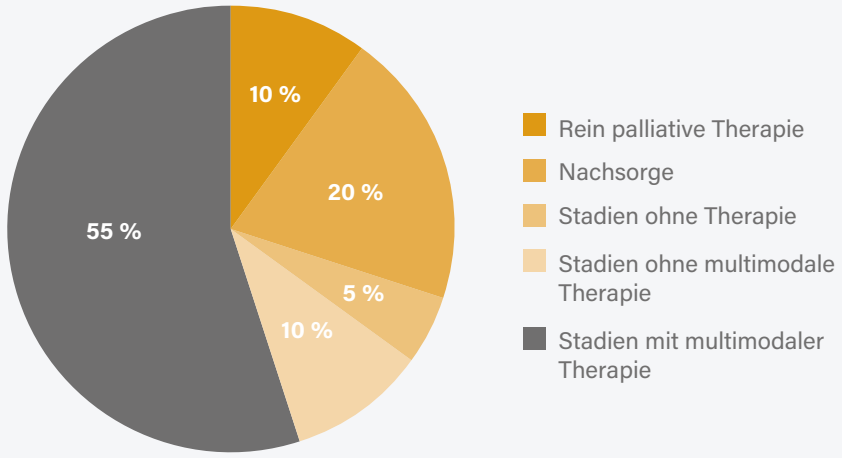
**Patientenspektrum**

Das in Frage kommende Patientenspektrum hängt sehr von der Konkretisierung ab. Bei Rheuma und den seltenen Erkrankungen ist das Spektrum breit, teilweise können Patienten mit Verdachtsdiagnosen eingebracht werden. Bei den Tumorerkrankungen besteht jedoch praktisch immer die Limitation, dass es sich um eine "... multimodale Therapie oder Radio-/Chemotherapie ... " handeln muss. Damit scheiden frühe Stadien, Behandlungen mit einer Monotherapie sowie Nachsorgepatienten grundsätzlich aus (Abb. 2). Im Rahmen der ambulanten Versorgung am Krankenhaus nach § 116b alter Fassung war das Spektrum meist erheblich breiter. Da die Altberechtigungen spätestens 3 Jahre nach Inkrafttreten der jeweiligen ASV-Konkretisierung entfallen, reduziert sich bei diesen Kliniken das Patientenspektrum, gleichzeitig verlieren die nicht in die ASV überführbaren Patienten ihre teils langjährigen, spezialisierten Ärzte, sodass es zu Versorgungsbrüchen kommen kann.

**Dokumentation und Kommunikation**

Da es keine gemeinsame Patientenakte gibt, ist die Kommunikation und Dokumentation der Behandlung/Versorgung nicht transparent. Einige der von uns befragten Ärzte würden sich darüber hinaus eine strukturierte Datenerhebung zur Dokumentation und Evaluation der Versorgungsqualität in der ASV („Qualitätsreporting") wünschen. Auch für die Kommunikation bei Änderungen der ASV-RL durch den G-BA existiert derzeit keine niederschwellige Plattform, sodass ein mühseliges, zeitraubendes Suchen und Lesen von vielen hundert Seiten der Beschlüsse und Aktualisierungen erforderlich ist, um auf dem Laufenden zu bleiben. Hierfür käme formal die ASV-Servicestelle ("Service"!) in Betracht, es ist jedoch bei der oben genannten Einschätzung dieser Institution derzeit wohl eher die falsche Adresse.

→




**Quelle:** R. Dengler et al., 2019

**Abb. 2.** Verteilung des Patientenspektrums am Beispiel gastrointestinaler Tumore (GIT).

**Mitgliederaktualisierungen**

Beim Wechsel von ASV-Teammitgliedern (Ausscheiden) muss innerhalb einer Frist von 7 Werktagen eine Meldung durch die Teamleitung beim ELA erfolgen. Dies belastet vor allem Teamleiter großer Kliniken oder Gemeinschaftspraxen bzw. deren Verwaltungen, da hier eine relativ häufige, regelmäßige Fluktuation durch Änderung des Facharztstatus oder Ausscheiden aus dem Krankenhaus besteht.

**Abrechnung**

Für Kliniken, die bereits in der Vergangenheit an der ambulanten Versorgung teilgenommen hatten, ist die direkte Abrechnung mit den Kostenträgern nach AMBO bekannt und weitgehend unproblematisch. Bei Vertragsärzten bestand zu Beginn der ASV die Möglichkeit, einen privaten Dienstleister zu beauftragen, was etliche ASV Teams auch genutzt hatten. Diese Option ist de facto durch eine Änderung im Rahmen des KHSG weggefallen, sodass inzwischen nur noch die jeweilige KV die Abrechnung durchführen kann, will der Arzt nicht direkt mit den Kassen abrechnen. Dies hat anfänglich zu Verwerfungen geführt, da einige KVen eine "Lernkurve" durchgemacht haben. Inzwischen hat sich diese Abrechnungsform zwar etabliert, mit Bremen ist aber aktuell die erste KV wieder aus der ASV-Abrechnung ausgestiegen, da der Aufwand zu hoch war (derzeit hat die KV Bayerns dies für die Bremer ASV-Ärzte übernommen).

**Prüfungen**

Bei unseren initialen Umfragen bezüglich Prüfverfahren war dies aufgrund der damals wenigen ASV Teams noch kein Thema. Inzwischen hat sich das Bild jedoch gewandelt. Es werden zunehmend Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) der Kassen durchgeführt, die von den Ärzten teilweise als problematisch dargestellt werden. Dies scheint u.a. auch damit zusammen zu hängen, dass die mit der Prüfung beauftragten

MD-Ärzte noch zu wenig Erfahrung mit der ambulanten Versorgung und der ASV haben, da sie bisher hauptsächlich im stationären DRG-System unterwegs waren. Dadurch ergibt sich insbesondere für die Vertragsärzte ein Mehraufwand, da die bisherigen Prüfinstitutionen der KV in der ASV nicht vorhanden sind.

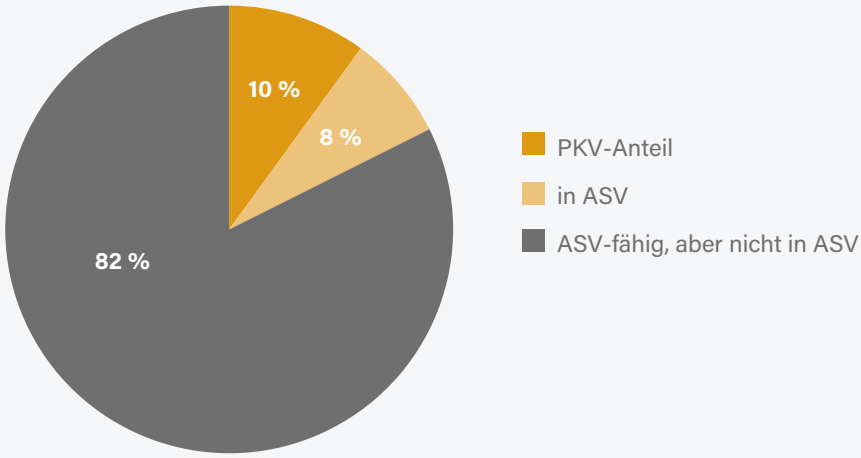
## AUFWAND UND ERTRAG

Ob sich der nicht unbeträchtliche Aufwand im Rahmen des Anzeigeverfahrens sowie der laufenden ASV-Teilnahme lohnt, hängt von vielen Faktoren ab. Hier ist zunächst das Indikationsgebiet respektive die Konkretisierung zu nennen. Bei den meisten onkologischen Erkrankungen erscheint die ASV für die Kernteammitglieder als Gewinn. Bei den hinzuzuziehenden Ärzten gilt dies schon nicht mehr für alle Fachgebiete (Kardiologie, Psychoonkologie, Nephrologie etc.). Im Bereich der seltenen Erkrankungen ist der hohe personelle bzw. zeitliche Aufwand für die adäquate Patientenversorgung im EBM meist kaum abgebildet. Gerade bei diesen Indikationen ist das Fehlen zusätzlicher Honorarsegmente wie z. B. die Kapitel 50/51 Leistungen im ASV-EBM oder Sonderverträge wie die Onkologievereinbarung um so schmerzlicher. Damit besteht die Gefahr, dass die ASV bei den seltenen Erkrankungen möglicherweise zu einer Verschlechterung der Versorgung führt. Dies gilt insbesondere für Kliniken mit ehemals Teilnahme am § 116b-alt, da sich durch ein reduziertes Diagnosespektrum oder die Trennung zwischen Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen ein Zusatznachteil in der ASV ergeben kann. So wurde bis heute (Stand Mai 2021) in Deutschland kein Team für M. Wilson gegründet. Berechnungen zum Aufwand-/Ertrags-Verhältnis z. B. für die Konkretisierung Tuberkulose und atypischer Mykobakteriose haben ergeben, dass eine ASV-Ambulanz an einer Klinik unter Berücksichtigung der erforderlichen Personalstellen und der zu erwartenden Patienten nicht kostendeckend sein dürfte. Dies führt bei dieser Indikation möglicherweise dazu, dass Patienten ohne medizinische Begründung nicht ambulant, sondern stationär versorgt werden, da hier das DRG-System gewinnbringend ist.

Gerade für den Bereich der Hinzuzuziehenden besteht aufgrund der relativ wenigen Patienten, die ihnen im Rahmen der ASV zugewiesen werden und der vorzuhaltenden Fixkosten für z. B. Praxis-Software (EDV), Controlling, Abrechnung etc. ein ungünstiges Aufwand-/Ertrags-Verhältnis. Diese Situation führt nicht selten zur sog. „Passivteilnahme", d. h. formal gemeldete ASV-Teammitglieder aus dem Vertragsarztbereich behandeln ASV-Patienten im Kollektivvertrag. Dies wiederum hat Auswirkungen auf die Bereinigung, da für die in die ASV rekrutierten Patienten im Kollektivvertrag keine Gelder mehr zur Verfügung stehen und sich damit das RLV der jeweiligen Fachgruppe reduzieren kann. Unter den von uns befragten Ärzten gaben 45.3 % an, dass Unsicherheiten über den Effekt der Bereinigung ein Grund für die Ablehnung sei, an der ASV teilzunehmen.

Im Falle des Marfan-Syndroms, für das die G BA-Konkretisierung bereits vor 6 Jahren in Kraft getreten ist, wurden in 2020 noch nicht einmal 10 % der Patienten in der ASV betreut (Abb. 3). Die meisten Pat. werden von nicht an der ASV-teilnehmenden Ärzten, aber auch von ASV-Teammitgliedern im Rahmen einer „Passivteilnahme" versorgt. →

Auch Mehrfachinanspruchnahmen sind nicht selten, d. h. ASV-Patienten werden sowohl in als auch außerhalb der ASV von Fachärzten der gleichen Fachgruppe (z. B. Radiologie, Pathologie etc.) versorgt und abgerechnet. Dies waren in unserer aktuellen Auswertung von 2.347 Patienten mit GIT immerhin 622, also 26,5 %.




**Quelle:** R. Dengler, FOM, 2021

**Abb. 3.** Exemplarisches Beispiel Patientenspektrum (hier: Marfan-Syndrom)

## FAZIT

Die Hürden und Hemmnisse der ASV wurden in den ersten Jahren noch von vielen Ärzten und auch anderen Akteuren im Gesundheitswesen (z. B. den Krankenkassen) als Grund für das baldige Scheitern dieser neuen Versorgungsform angesehen. Inzwischen zeigt die stetig zunehmende Anzahl an ASV Teams, teilnehmenden Ärzten sowie versorgten Patienten, dass diese Ansicht nicht mehr zutrifft.

Vielmehr dürften die Hürden inzwischen zunehmend zu einer Verschiebung in Bezug auf die Teilnahme durch Vertragsärzte und Kliniken führen. Für Krankenhäuser, die eine § 116b-Altberechtigung hatten, ist der Umstieg auf die ASV mehr oder weniger zwingend. Auch für Kliniken, die entweder bisher keine Möglichkeit der ambulanten Patientenversorgung z. B. durch ein MVZ hatten oder über andere, aber nicht auskömmliche Formen wie Hochschulambulanz, Ermächtigung etc. verfügen, stellt die ASV letztlich die einzig sinnvolle Teilnahmeform dar, mit der die eingeschränkten Vergütungsmöglichkeiten der bisherigen Versorgungsformen umgangen werden können. Und Kliniken sind durch ihre Personalstruktur und Gegenfinanzierungsmöglichkeiten weitaus besser in der Lage, die Hürden zu meistern, als Vertragsärzte.

Nach Überwinden des aufwändigen Anzeigeverfahrens und der operativen Hürden im Rahmen der Teilnahme stellen sich für ASV Teilnehmer auch strategische Fragen. Wie wirkt sich die zunehmende Etablierung der ASV auf die Bedarfsplanung aus? Wie wirkt sich die Bereinigung der Leistungsvergütung im Kollektivvertrag bei Zunahme der ASV-Versorgung aus? Was passiert, wenn die Frist für die Bestätigung der Diagnose bei Patienten mit Verdachtsdiagnosen abläuft? Was passiert, wenn die ASV politisch nicht weiterverfolgt wird und der Vertragsarzt ins KV-System zurückkehrt und in der ASV einen hohen Patientenzuwachs hatte? Werden solche Ärzte von der KV wie bei einer Neugründung oder wie Prä-ASV behandelt? Welche Optionen haben dann Krankenhäuser bezüglich der ambulanten Versorgung? Diese Fragen sind aktuell ungeklärt.

Der generelle Trend im Gesundheitswesen zur zunehmenden Ambulantisierung von bisher stationären Leistungen (Stichwort ambulant-sensitive Fälle) sollte der ASV eigentlich zusätzlichen Antrieb verleihen, wenn hierdurch kostspielige stationäre Aufenthalte ersetzt werden können. Ob hiervon eher die Ambulanzen in den Kliniken oder die Vertragsärzte profitieren werden, wird neben der Frage, inwiefern der G-BA die hier beschriebenen Hürden abbaut, sicherlich auch davon abhängen, wer sich im zunehmenden Wettbewerb frühzeitig entsprechend positioniert hat. ■

# FAQ-CHAT

## ÜBERWEISUNGEN

**Ist es zwingend notwendig, dass der zuweisende Vertragsarzt bei der Überweisung in die ASV das Kreuzchen bei „Behandlung nach § 116b SGB V" setzt?**
Ja, das Kreuzchen muss gesetzt werden. Leider ist aus unserer Sicht eine kurzfristige Änderung dieser Vorgabe unwahrscheinlich. Man müsste sowohl eine Änderung des SGB V als auch eine Anpassung der ASV-Richtlinie erwirken. Denn das Überweisungserfordernis steht auch im § 116b SGB V, wo es heißt: „Bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen setzt die ambulante spezialfachärztliche Versorgung die Überweisung durch einen Vertragsarzt voraus; das Nähere hierzu regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach Satz 1."

**Kann ein ASV-Patient von einer Rheumaambulanz in ein externes Krankenhaus per Einweisung geschickt werden? Oder muss die Einweisung in diesem Fall der Hausarzt ausstellen?**
In § 9 der ASV-Richtlinie heißt es: „Kann das Behandlungsziel nicht durch eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung erreicht werden, kann die Behandlung im Krankenhaus teilstationär oder stationär erfolgen." Nach unserer Meinung kann ein ASV Team somit eine stationäre Einweisung vornehmen, auch ein ASV Team am Krankenhaus.

Ob es technische Probleme mit der Fachgruppennummer gibt, ist allerdings eine gute Frage. Hier liegen uns noch keine Informationen vor.

## ABRECHNUNG

**Die Videosprechstunde hat sich bei uns mittlerweile gut etabliert. Gibt es hier eine Begrenzung hinsichtlich Leistungsmenge pro Patient oder Anzahl an Patienten, bei denen ich eine Videosprechstunde durchführen darf?**
Die Videosprechstunde darf aktuell unbegrenzt angeboten werden. Es gibt derzeit keine Beschränkungen hinsichtlich Fallzahl oder Leistungsmenge. Allerdings ist der unbegrenzte Einsatz derzeit nur für einen befristeten Zeitraum zugelassen. Die Videosprechstunde ist bei allen Indikationen möglich und auch dann, wenn der Patient zuvor noch nicht bei dem Arzt in Behandlung war.

Dies gilt aktuell bis: 30. Juni 2021.

Die KBV informiert hier über die aktuellen Regelungen und gibt Hinweise, wie Sie die Versichertendaten auch ohne Einlesen der Karte erfassen können.
**https://www.kbv.de/html/coronavirus.php#content45248**

**Wie können teilnehmende Krankenhäuser ASV Patient:innen stationär abrechnen?**
Während der Patient in der ASV ist, ist er per Definition ambulant und kann daher nicht stationär abgerechnet werden. Krankenhausärzte, die in die (ambulante) ASV-Behandlung einbezogen sind, rechnen die Leistungen (über das Krankenhaus) nach EBM ab. Ist ein stationärer Aufenthalt erforderlich, so unterbricht dieser die ASV und wird ganz normal per DRG abgerechnet.

**Kann die Strukturpauschale 51010 (Vorhaltung der Rufbereitschaft im Notfall) auch in der ASV Rheumatologie abgerechnet werden, da sie im Appendix nicht aufgeführt ist?**
Leider kann in der Rheumatologie die Vorhaltung der Rufbereitschaft nicht abgerechnet werden. Die EBM GOP 51010 ist nicht im Appendix enthalten.

**Kann ein Klinik-MVZ über das Träger-Krankenhaus über die Abrechnung nach § 301 SGB V abrechnen?**
Antwort der Deutschen Krankenhausgesellschaft: Leider ist dies aus mehreren Gründen nicht zulässig.

Zum einen ist im Gesetz geregelt, dass Niedergelassenen (und dazu zählt das MVZ) nur die Direktabrechnung oder die Beauftragung der KV offensteht. Die Nutzung des Krankenhauses ist nicht vorgesehen. Zum zweiten ist im von den Krankenhäusern verwendeten AMBO-Datensatz die LANR nicht vorgesehen, die aber durch das MVZ zu übermitteln wäre. Drittens wäre es bei einer gemeinsamen Abrechnung problematisch, dass die Leistungen von MVZ und Klinik als „ein Behandlungsfall" interpretiert werden könnten. Und schlussendlich bestehen noch datenschutzrechtliche Schwierigkeiten.

**Kann ein MVZ, dessen Ärzte teilweise Teammitglieder in verschiedenen ASV-Teams sind, direkt mit den Krankenkassen und nicht über die KV abrechnen? Benötigen die Ärzte dann je eine eigene IK-Nummer oder rechnen alle Ärzte über die IK-Nummer des MVZ ab?**
Grundsätzlich ist eine Direktabrechnung mit den Krankenkassen möglich; die KV muss nicht zwingend beauftragt werden. Das Problem ist jedoch, dass dieser Abrechnungsweg faktisch technisch nicht spezifiziert ist. Für die Direktabrechnung von Vertragsärzten mit den Kassen gibt es überhaupt keine Vorgaben. Die DKG kam zu der Einschätzung, dass für diese Datenübermittlung technisch bei den Kassen nur eine Abrechnung nach § 301 SGB V in Frage käme, was vom Aufwand aber für das MVZ erheblich sein würde, da dann das MVZ diesen Abrechnungsweg selbst technisch realisieren müsste. Sollte das MVZ das technisch umsetzen können, dann würden alle im MVZ tätigen Ärzte unter dem IK des MVZ abrechnen, das als Leistungserbringer fungiert. →

## INTERDISZIPLINÄRES TEAM

**Ist es weiterhin so, dass ein Mitglied eines Kern-Teams ASV Rheuma an mehreren ASV Teams gleichzeitig teilnehmen kann (also eine Art Konkurrenzklausel hier keine Rolle spielt)?**
Ein Kernteammitglied (dasselbe gilt für Teamleitung und Hinzuzuziehende) kann in beliebig vielen ASV Teams sein. Dies könnte nur durch das Team im Kooperationsvertrag im Sinne eines Konkurrenzverbots ausgeschlossen werden, die ASV-Richtlinie und das Gesetz schränken hier nicht ein.

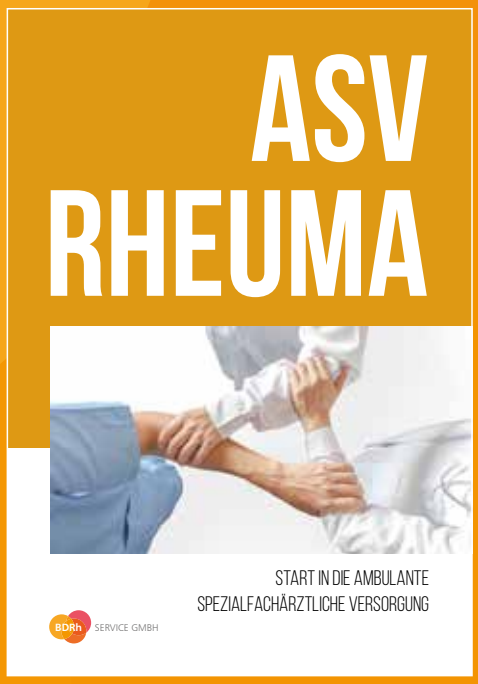
**Was passiert, wenn der niedergelassene Nephrologe eines ASV-Kern-Teams das Team verlässt? Wäre dann die ASV zum Zeitpunkt des Austritts nicht mehr aktiv bis ein Ersatz gefunden ist?**
Scheidet ein Arzt aus und ist dadurch eine Fachgruppe nicht mehr im Team vertreten, muss dies dem ELA gemeldet werden. Für die Nachbesetzung hat man dann 6 Monate Zeit; in dieser Zeit kann natürlich weiter in der ASV gearbeitet werden.

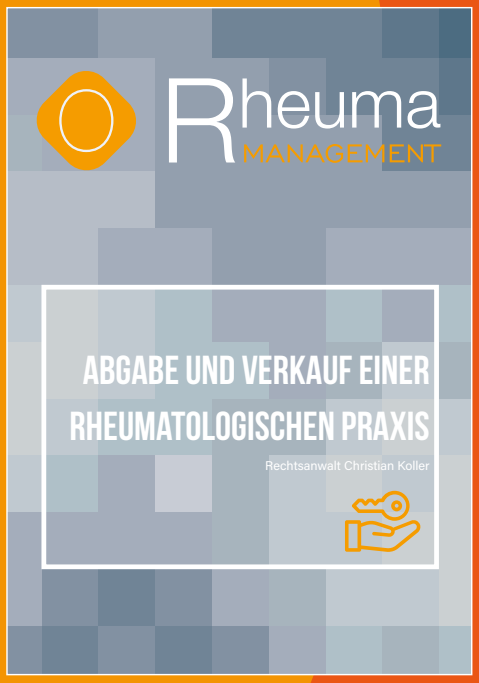
## BEREINIGUNG

**Wie genau findet das Bereinigungsverfahren bei der ASV Rheuma statt? Wo findet man den Beschluss dazu? Für welche Berufsgruppen findet eine Kürzung statt? Welche Facharztgruppen gelten als grundversorgende Fachärzte? Um wie viel Prozent wird gekürzt?**
Der Beschluss zur Bereinigung für Rheuma ist hier zu finden: http://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2018-09-18_ba426.pdf. Die Bereinigungsbeträge finden sich für Rheuma Erwachsene auf S. 6/7.

Das bedeutet, die Gesamtvergütung der KV wird pro ASV-Patient um diesen Betrag (multipliziert mit dem gültigen Punktwert) reduziert. Wie diese Reduktion dann auf die Fachgruppen umgelegt wird, ist individuelle Entscheidung der KV (Honorarverteilungsmaßstab). In der Regel werden jedoch alle Fachgruppen „belastet", die im interdisziplinären Team vorgesehen sind. Je Fachgruppe wird dabei der Anteil an dem historischen Fallwert (in BaWü z. B. 288 Punkte) genommen, den diese Fachgruppe laut Vergangenheitsdaten dazu beigetragen hat. Also (virtuelles Beispiel): wenn der Radiologe z. B. im Schnitt 30 Punkte der 288 Punkte erbracht hat, dann wird der Radiologentopf pro ASV-Patient um 30 Punkte mal Punktwert abgesenkt.

Der „Schutz" der hausärztlichen Vergütung ist über den Trennungsfaktor gesichert. Die Formulierung im Gesetz, dass basisversorgende Fachärzte nicht belastet werden dürfen, dürfte schwer umzusetzen sein, da der KV nichts übrigbleibt, als die Fachgruppentöpfe der Mitglieder des interdisziplinären Teams zu belasten, wobei im Team ja auch „grundversorgende" Fachgruppen wie z. B. die Gynäkologen sind.






**FÜR SIE ZUM BESTELLEN ODER ZUM DOWNLOADEN.**

WORTREICH Gesellschaft für individuelle Kommunikation mbH
info@wortreich-gik.de
www.rheumamanagement-online.de/infothek oder
www.bdrh-service.de

# CHECKLISTE – EINSTIEG IN DIE ASV-ARBEIT

Das Anzeigenverfahren haben Sie erfolgreich durchlaufen? Dann kann es jetzt losgehen. Für einen erleichterten Start in die Arbeit der ASV, können Sie sich an folgender Checkliste orientieren:

## OPERATIVE DINGE

- ☐ **Teamnummer beantragen:** Spätestens jetzt sollten Sie einen Onlinezugang bei der ASV-Servicestelle anlegen (**www.asv-servicestelle.de**). Dort müssen Sie dann Ihr Team und alle Teammitglieder anlegen und den Positivbescheid des Erweiterten Landesausschusses hochladen. Dann erhalten Sie Ihre Teamnummer, die Sie an alle Teammitglieder weitergeben müssen.
- ☐ **Haftpflichtversicherung informieren:** Alle Teammitglieder sollten ihre jeweilige Haftpflichtversicherung über die Aufnahme einer Tätigkeit im Rahmen der ASV informieren. Dazu reicht ein formloses Schreiben. Uns ist bisher kein Fall bekannt, in dem es Nachfragen oder gar eine Prämienerhöhung gab.
- ☐ **Formulare bestellen:** In der ASV werden grundsätzlich die Formulare der Regelversorgung verwendet – mit Ausnahme des Rezepts. In der ASV ist ein eigener Rezeptblock nötig, den alle Teammitglieder bestellen müssen. Dafür gilt der reguläre Bezugsweg, d. h. entweder über die KV oder direkt bei der Druckerei. Krankenhausärzte müssen zusätzlich ggf. auch weitere Formulare der vertragsärztlichen Versorgung bestellen. Mehr Informationen zum Formularwesen in der ASV finden sich bei der KBV unter **https://www.kbv.de/html/8161.php**.
- ☐ **Technische Struktur für die Abrechnung:** Jeder Leistungserbringer im Team muss sich mit der Organisation der Abrechnung beschäftigen. Krankenhäuser rechnen ASV-Leistungen, die von Krankenhausärzten im ASV-Team erbracht werden, über die reguläre Krankenhausabrechnung nach § 301 SGB V ab. Dafür ist in der Regel eine Anpassung des KIS notwendig, da die EBM-Ziffern zu hinterlegen sind. Niedergelassene können entweder bilateral mit den Kassen abrechnen (aufwändig!) oder die KV als Dienstleister beauftragen. Dafür stellen die KVen auf ihren Internetseiten entsprechende Auftragsmuster zur Verfügung (siehe auch **https://bv-asv.de/asv/arbeiten-in-der-asv/wirtschaftliche-aspekte/abrechnungsangebote-der-kven/**). Bei einer Beauftragung der KV ist grundsätzlich in der Praxissoftware die

ASV-Abrechnung zu aktivieren. Einige Anbieter verlangen dafür zum Teil hohe Gebühren. Versuchen Sie, bei zu hohen Angeboten auf jeden Fall zu verhandeln.

- ☐ **Organisation der Teamverwaltung:** Ihr Team wird sich laufend ändern – so kommen vielleicht neue Kollegen hinzu, die Praxiskonstellationen der teilnehmenden Ärzte ändern sich oder Ärzte scheiden aus. Legen Sie fest, wer Ansprechpartner für diese Fälle ist und erinnern Sie alle Kolleginnen und Kollegen im Team nochmal an ihre Informationspflicht im Falle solcher Änderungen.

## ABSPRACHEN IM TEAM

- ☐ **Kontaktdaten im Team austauschen:** Besprechen Sie im Team, ob Sie Telefonnummern und Email-Adressen austauschen, unter denen eine rasche Kontaktaufnahme unter den Teammitgliedern in dringlichen Fällen möglich ist, um z. B. kurzfristig einen Termin für Patienten vereinbaren zu können.
- ☐ **Überweisungsprozess besprechen:** Kernteammitglieder können sich Patienten in der ASV ohne Überweisung schicken, die hinzuzuziehenden Fachärzte werden auf Überweisung (durch ein Kernteammitglied) tätig. Erfahrungen aus ASV-Teams haben gezeigt, dass es von Vorteil ist, auch innerhalb des Kernteams einen Überweisungsschein mitzugeben, um die aufnehmende Praxis über die ASV-Teilnahme zu informieren. Tipp: Legen Sie sich im Team „ASV"-Stempel zu, die Sie plakativ auf allen Überweisungen für ASV-Patienten aufdrucken.
- ☐ **Festlegung interner „Spielregeln" für die Einschreibung der Patienten:** Grundsätzlich setzt die Aufnahme von Patienten in die ASV eine Überweisung durch einen Vertragsarzt (z. B. Hausarzt) voraus. Bestandspatienten, die bei an der ASV teilnehmenden Ärzten schon vorher behandelt wurden, können ohne Überweisung in die ASV eingeschlossen werden. Die Aufnahme von Patienten in die ASV ist per Richtlinie nicht auf einzelne Teammitglieder (z. B. Teamleitung) beschränkt – grundsätzlich kann jede/r im Team Patienten aufnehmen. Besprechen Sie im Team, ob Sie das so offen handhaben wollen, oder ob Sie den Patienteneinschluss auf bestimmte Teammitglieder einschränken wollen.
- ☐ **Anlaufphase besprechen:** Stimmen Sie sich im Team ab, welche Patientenzahlen Sie in der Anlaufphase anstreben. Einige Teams testen im ersten ASV-Quartal zunächst mit einer überschaubaren Patientenzahl, um die operativen Prozesse zu erproben.
- ☐ **Festlegung von Dokumenten:** Die ASV erfordert eine Information und Aufklärung der Patienten, keine Einschreibung. Zu informieren ist über die Versorgungsform, die Ärzte im Team und das Tätigkeitsspektrum. Es ist sinnvoll, dafür im Team einheitliche Dokumente zu nutzen. Der G-BA bietet zum Beispiel eine Patienteninformation an, die verwendet werden kann **https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4077/2019-11-05_G-BA_Merkblatt_Patienteninformation_ASV_bf.pdf**. Die meisten Teams ergänzen diese Informationsunterlagen noch durch eine Liste der am Team teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte.
- ☐ **Information der Zuweiser:** Da die ASV ja grundsätzlich eine Überweisung voraussetzt, ist es sinnvoll, die zuweisenden Kollegen zu informieren. Einige Teams laden dafür zu einer Infoveranstaltung, andere informieren schriftlich. ■

# DER WEG DER PATIENTEN IN DER ASV

Sonja Froschauer

Anna Sollacher

**Kontaktdaten**
Sonja Froschauer
sonja.froschauer@
bdrh-service.de
Tel. 089/90414141-2

Anna Sollacher
anna.sollacher@
bdrh-service.de
Tel. 089/90414141-7

BDRh Service GmbH
Dr.-Max-Str. 21
82031 Grünwald
www.bdrh-service.de

Das ASV-Team ist gebildet, das Anzeigenverfahren erfolgreich durchlaufen und ihr Team ist bereit für die Arbeit in der ASV. Wie kommen nun die Patienten in die ASV? Darum geht es in diesem Beitrag.

## WELCHE PATIENTEN KÖNNEN IN DER ASV BEHANDELT WERDEN?

In die ASV Rheuma können Patienten mit einer Verdachtsdiagnose oder einer gesicherten Diagnose einer festgelegten Liste an ICD-10-Diagnosen eingeschlossen werden (siehe Infokasten). Für Patienten über 18 Jahre muss eine Verdachtsdiagnose zusätzlich durch eine Mindestdiagnostik erhärtet werden, beispielsweise durch:

1. Anamnese (z. B. positive Familienanamnese, Morgensteifigkeit der Gelenke (> 30 Minuten), Trauma, Schmerz, nächtlicher Rückenschmerz, rezidivierende Gelenksteife)
2. Körperliche Untersuchung (z. B. Bewegungseinschränkung, extraartikuläre Manifestationen, schmerzhafte Gelenkschwellung)
3. Laboruntersuchungen (z. B. Entzündungsparameter, falls vorhanden auch spezifische Antikörper wie Antinukleäre Antikörper [ANA] oder Anti-CCP-Antikörper)
4. Fakultativ: Bildgebung (falls bereits vorhanden)

Die Verdachtsdiagnose muss innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein, sonst kann keine weitere ASV-Behandlung mehr erfolgen.

Bei Kindern und Jugendlichen ist eine ASV-Aufnahme möglich, wenn eine der festgelegten Diagnosen als Verdachtsdiagnose oder gesicherte Diagnose vorliegt. Eine Mindestdiagnostik oder medizinische Begründung des Zuweisers ist dabei nicht nötig. →

**EINSCHREIBEDIAGNOSEN RHEUMA**

| ICD-10 | ICD-Bezeichnung | Erwachsene | Kinder |
|---|---|---|---|
| D47.5 | Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles Syndrom] | x | |
| D68.6 | Sonstige Thrombophilien inkl. Antikardiolipin-Syndrom, Antiphospholipid-Syndrom, Vorhandensein des Lupus-Antikoagulans | x | x |
| D68.8 | Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien | x | x |
| D69.0 | Purpura anaphylactoides inkl. Allergische Vaskulitis | x | x |
| D86.0 | Sarkoidose der Lunge | x | x |
| D86.1 | Sarkoidose der Lymphknoten | x | x |
| D86.2 | Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten | x | x |
| D86.3 | Sarkoidose der Haut | x | x |
| D86.8 | Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen in Verbindung mit M14.8-* | x | x |
| D89.1 | Kryoglobulinämie | x | |
| E85.0 | Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose. Familiäres Mittelmeerfieber | x | x |
| H20.9 | Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet | x | x |
| I00 | Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung inkl. Akute oder subakute Arthritis bei rheumatischem Fieber | x | x |
| I77.6 | Arteriitis, nicht näher bezeichnet | x | x |
| L50.2 | Urtikaria durch Kälte oder Wärme | | x |
| M01.2 | Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†) | x | x |
| M02.1 | Postenteritische Arthritis | x | x |
| M02.9 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet | x | x |
| M05.0 | Felty-Syndrom | x | x |
| M05.1 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis | x | x |
| M05.2 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis | x | x |
| M05.3 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme | x | x |
| M05.8 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis | x | x |
| M05.9 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet | x | x |
| M06.0 | Seronegative chronische Polyarthritis | x | x |
| M06.1 | Adulte Form der Still-Krankheit | x | x |
| M07.1 | Arthritis mutilans | x | x |
| M07.2 | Spondylitis psoriatica | x | x |
| M07.3 | Sonstige psoriatische Arthritiden | x | x |
| M08.0 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ | x | x |
| M08.1 | Juvenile Spondylitis ankylosans | x | x |
| M08.2 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form | x | x |
| M08.3 | Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form | x | x |
| M08.4 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form | x | x |
| M08.7 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis | x | x |
| M08.8 | Sonstige juvenile Arthritis | x | x |
| M08.9 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet | x | x |
| M09.0 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis | x | x |
| M09.1 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] | x | x |
| M09.2 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa | x | x |
| M09.8 | Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten | x | x |
| M11.- | sonstige Kristall-Arthropathien | x | |
| M13.0 | Polyarthritis, nicht näher bezeichnet | x | x |
| M13.1 | Monarthritis, anderenorts nicht klassifiziert | x | x |
| M13.8 | Sonstige näher bezeichnete Arthritis | x | x |
| M13.9 | Arthritis, nicht näher bezeichnet | x | x |
| M14.8 | Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten | x | x |
| M30.0 | Panarteriitis nodosa | x | x |
| M30.1 | Panarteriitis mit Lungenbeteiligung | x | x |
| M30.2 | Juvenile Panarteriitis | x | x |
| M30.3 | Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit] | x | x |
| M30.8 | Sonstige mit Panarteriitis nodosa verwandte Zustände | x | |
| M31.3 | Wegener-Granulomatose | x | x |
| M31.4 | Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom] | x | x |
| M31.5 | Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica | x | |
| M31.6 | Sonstige Riesenzellarteriitis | x | |
| M31.7 | Mikroskopische Polyangiitis | x | x |
| M31.8 | Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien | x | x |
| M31.9 | Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet | x | x |
| M32.0 | Arzneimittelinduzierter systemischer Lupus erythematodes | x | x |
| M32.1 | Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen | x | x |
| M32.8 | Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematodes | x | x |
| M32.9 | Systemischer Lupus erythematodes, nicht näher bezeichnet | x | x |
| M33.0 | Juvenile Dermatomyositis | x | x |
| M33.1 | Sonstige Dermatomyositis | x | x |
| M33.2 | Polymyositis | x | x |
| M34.0 | Progressive systemische Sklerose | x | x |
| M34.1 | CR(E)ST-Syndrom | x | x |
| M34.2 | Systemische Sklerose, durch Arzneimittel oder chemische Substanzen induziert | x | x |
| M34.8 | Sonstige Formen der systemischen Sklerose | x | x |
| M34.9 | Systemische Sklerose, nicht näher bezeichnet | x | x |
| M35.0 | Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom] | x | x |
| M35.1 | Sonstige Overlap-Syndrome | x | x |
| M35.2 | Behçet-Krankheit | x | x |
| M35.3 | Polymyalgia rheumatica | x | |
| M35.4 | Eosinophile Fasziitis | x | x |
| M35.6 | Rezidivierende Pannikulitis [Pfeifer-Weber-Christian-Krankheit] | x | |
| M35.8 | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes | x | x |
| M35.9 | Krankheit mit Systembeteiligung | x | x |
| M36.0 | Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen | x | |
| M45.0 | Spondylitis ankylosans | x | x |
| M46.8 | Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien | x | |
| M46.9 | Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet | x | x |
| M86.3 | Chronische multifokale Osteomyelitis (SAPHO, CRMO) | x | x |
| M94.1 | Panchondritis [Rezidivierende Polychondritis] | x | |

Aktualisierte beschlossene Diagnoseliste mit Beschlussdatum vom 18.3.2021 – bis Redaktionsschluss allerdings noch nicht in Kraft getreten.

## WIE KOMMEN DIE PATIENTEN IN DIE ASV?

**1. Überweisung in die ASV**

Ein behandelnder Vertragsarzt kann Patienten gezielt in die ASV überweisen. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen zur Behandlung in der ASV weiterhin gegeben sind. Dafür ist der reguläre Überweisungsschein mit den üblichen Informationen für eine Überweisung auszufüllen und zusätzlich „Behandl. gemäß § 116b SGB V" anzukreuzen.

Überweisungsschein
06BF
Quartal 4 18
AOK NordWest
Mustermann
Max
Musterstr. 05
D 48256 Musterdorf
01.01.91
103411401 12345678 1000000
182180200 111111111 21.11.18
Kurativ
Präventiv
X Behandl. gemäß § 116b SGB V
bei belegärztl. Behandlung
Unfall Unfallfolgen
Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2
Geschlecht
Überweisung an Rheumatologie
Ausführung von Auftragsleistungen
Konsiliar-untersuchung
Mit-/Weiter-behandlung
AU bis
eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V
Diagnose/Verdachtsdiagnose
Befund/Medikation
Auftrag
182180200 111111111
Dr.med. M. Test
Internistische
Schwerpunktpraxis
Immunologie-Rheumatologie-
Osteologie
Testastr. 56
4123 Muster
01234/56759

**Abb. 1.** Beispiel Überweisungsschein für die ASV

Eine Überweisung ist nicht erforderlich für Patienten, die wegen ihrer ASV-Diagnose zuvor in einem ASV-berechtigten Krankenhaus stationär versorgt wurden. Dasselbe gilt für Bestandspatienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten, die diese direkt in die ASV einschließen können. Jeder Leistungserbringer arbeitet im Team eigenverantwortlich.

## WAS GESCHIEHT IN DER ASV?

**2. Aufnahme ins ASV-Team**
Der Arzt überprüft die ASV-Fähigkeit der Patienten (gesicherte Diagnose, Verdachtsdiagnose bei medizinischer Begründung).

Sind die Kriterien erfüllt, wird der Patient umfassend über das Team sowie die ASV informiert. Es erfolgt keine formale Einschreibung der Patienten.

**3. Erstellung Behandlungsplan**
Das Team stellt einen Behandlungsplan für die Patienten auf, nachdem der Patient dann im Team betreut wird. Kernteammitglieder können die Patienten ohne Überweisung behandeln. Hinzuziehende werden auf Überweisung eines Kernteammitglieds tätig.

## TIPP

Der BDRh bietet einen filterbaren Appendix inklusive Anleitung an, sodass Sie schnell einen Überblick darüber erhalten, welche Ziffern für eine Fachgruppe abrechenbar sind. Das könnte ggf. für die Arbeit in der ASV, aber auch schon für die Ansprache von Teammitgliedern hilfreich sein.

Diesen Service finden Sie auf www.bdrh.de im Mitgliederbereich.

Die freie Arztwahl bleibt uneingeschränkt bestehen, d. h. wenn der Patient zu einem anderen Arzt außerhalb des ASV-Teams gehen möchte, steht ihm das weiterhin frei.

## BLEIBT DER PATIENT IMMER IN DER ASV?

**4. Überleitung in die Regelversorgung**
Wenn die ASV-Kriterien nicht mehr erfüllt sind, also z. B. eine Verdachtsdiagnose nach zwei Quartalen nicht bestätigt werden konnte, wird der Patient in die Regelversorgung übergeben. Ein Entlassmanagement ist hierbei obligatorisch. ■

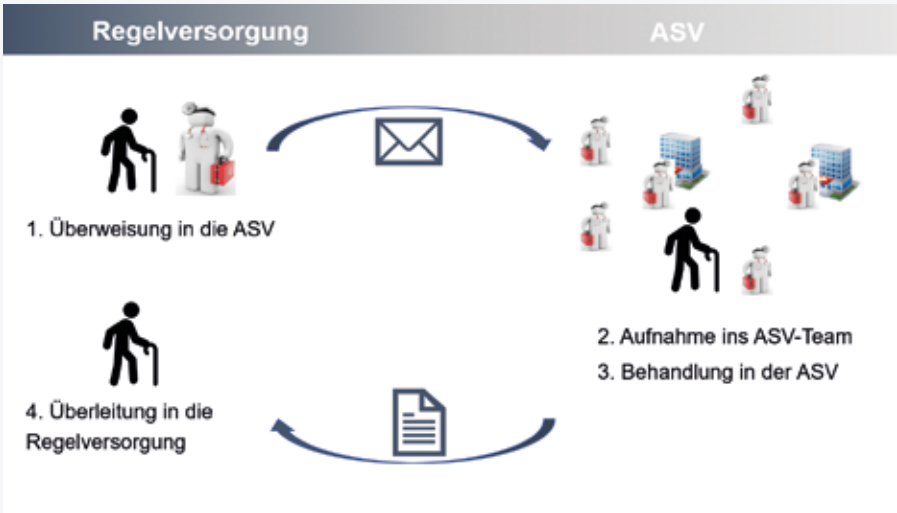



**Abb. 2.** Der Weg der Patienten in und aus der ASV

# WIE HABEN SIE IHRE REGIONALE ASV GESTALTET?

## ECKDATEN

**Seit wann nimmt Ihr Team an der ASV teil?**
09.09.2019

**Wie viele Patienten behandeln Sie in etwa im Rahmen der ASV?**
**Wie viel Prozent Ihrer gesamten Patienten entspricht dies ungefähr?**
Schwerpunktpraxis 500 (30 %), Klinik 200 (10 %)

**Wie sieht Ihr Team aus? Wie viele Rheumatologen sind an Bord?**
7 Rheumatologen

**Kontaktdaten**
Prof. Dr. Jörn Kekow
Helios Fachklinik
Vogelsang-Gommern
Sophie-von-Boetticher-
Straße 1
39245 Vogelsang-Gommern

## ZUSAMMENARBEIT IM TEAM

**Wie funktioniert die Zusammenarbeit im Team?**
Keine Teamtreffs bis auf ein Zoom-Meeting für alle Teammitglieder am 13.01.2021 zum Erfahrungsaustausch

**Wie häufig und auf welche Weise tauschen Sie sich mit ihren Teammitgliedern aus?**
Selten, Kommunikation meist per Arztbrief oder Telefon

**Wie ist der Ablauf der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit?**
Wie in den obigen Antworten beschrieben, konventionell (siehe auch Corona-Problem!)

**Was funktioniert gut?**
Inzwischen die Abrechnung

**Wo gibt es Hürden / Schwierigkeiten?**
Umständliche Meldung von Teamänderungen und von neuen Ziffern

**Welche technischen Hilfsmittel nutzen Sie?**
Keine Besonderen

**Wie handhaben Sie die gemeinsame Sprechstunde oder Fallkonferenzen?**
Bislang keine Patientenkonferenzen

→

**Haben Sie hier Tipps für andere Teams?**
Nein, sicher von der Örtlichkeit abhängig (z. B. große Klinik, Ärztehaus)

## PATIENTENEINBINDUNG

**Wie ist die Akzeptanz der Patienten hinsichtlich der ASV?**
Sehr gut

**Wie groß ist der Aufwand, den Sie bzgl. der Information der Patienten über die ASV haben bzw. treiben?**
Infoblatt für die Patienten sehr hilfreich, wird unterschrieben und abgelegt, bislang keiner der Patienten „nein" gesagt ■

# WIE HABEN SIE IHRE REGIONALE ASV GESTALTET?

## ECKDATEN

**Seit wann nimmt Ihr Team an der ASV teil?**
Das MVZ für Rheumatologie Dr. M. Welcker erhielt im Mai 2021 die Genehmigung zur ASV.

**Wie viele Patienten behandeln Sie in etwa im Rahmen der ASV? Wie viel Prozent Ihrer gesamten Patienten entspricht dies ungefähr?**
Wir behandeln als rheumatologisches Schwerpunktzentrum fast alle Patienten im Rahmen der ASV. Nur die relativ wenigen Patienten, die chronischen Erkrankungen außerhalb des ASV-Diagnosekranzes zugeordnet sind, werden im Rahmen des klassischen KV-Auftrages betreut.

**Wie sieht Ihr Team aus (wie groß ist Ihr Team, vorwiegend ambulant / stationär, Entfernungen etc.)? Wie viele Rheumatologen sind an Bord?**
Das Team umfasst ca. 40 Ärzte. Diese sind überwiegend aus der ambulanten Versorgung, allerdings besteht auch eine relevante Beteiligung einer stationären Einheit. Insgesamt sind derzeit 7 Rheumatologen gemeldet.

**Kontaktdaten**
MVZ für Rheumatologie
Dr. Martin Welcker
Bahnhofstraße 32
82152 Planegg
Tel. 089/893566915
kontakt@rheumatologie-welcker.de

## ZUSAMMENARBEIT IM TEAM

**Wie funktioniert die Zusammenarbeit im Team?**

Diese entwickelt sich sukzessive. Die Zusammenarbeit aller beteiligter Kollegen hat schon vor der ASV reibungslos funktioniert. Durch die ASV ist eine stationäre Einheit näher ans MVZ „gerückt". Die administrative Umsetzung der ASV ist bei den Beteiligten mit relevanter Fallzahl umgesetzt und bei jenen mit geringer Fallzahl ausgeblieben.

**Wie häufig und auf welche Weise tauschen Sie sich mit ihren Teammitgliedern aus?**
Die rheumatologischen Teammitglieder tauschen sich quasi arbeitstäglich aus, die sonstigen bedarfsweise nach Maßgabe der Patientensituation.

**Wie ist der Ablauf der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit?**
Diese richtet sich wesentlich nach den Notwendigkeiten der Patienten und funktioniert im Wesentlichen reibungslos.

→

**Was funktioniert gut?**
Der fachliche Austausch, die indikationsentsprechende Terminvergabe, etc.

**Wo gibt es Hürden / Schwierigkeiten?**
Abrechnungshindernisse für Kollegen mit geringer Fallzahl (wie bekannt)

## PATIENTENEINBINDUNG

**Wie ist die Akzeptanz der Patienten hinsichtlich der ASV?**
Es besteht nur eine Informationspflicht der Patienten. Die wurden oder werden mündlich, in Form ausliegender Information und Website informiert.

**Wie groß ist der Aufwand, den Sie bzgl. der Information der Patienten über die ASV haben bzw. treiben?**
Der Aufwand der Vorbereitung war nicht unerheblich, da die richtige Form der Informationsweitergabe gefunden werden musste. Im Anschluss ist der Aufwand gering.

## ALLGEMEIN

**Gab es in der ASV eine Herausforderung, für die Sie eine pragmatische Lösung gefunden haben? Erzählen Sie uns davon.**
Der Genehmigungsantrag war eine Herausforderung. Die Einbindung eines lösungsorientierten Medizinjuristen, welcher emotionale Distanz zu den teils „überraschenden" Rückmeldungen des eLA gestattete, ermöglichte die erfolgreiche Beantragung.

Die Aktualisierung der Unterlagen durch hinzukommende und ausscheidende Kollegen erfordert Aufmerksamkeit und Arbeitszeit. Letztlich entstand hier eine neue Zuständigkeit einer neu eingestellten Mitarbeiterin. ■

# PRAGMATISCHE LÖSUNGSANSÄTZE IM RAHMEN DER ASV

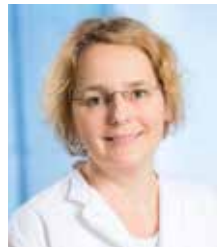
In Vorbereitung zur Antragstellung der ASV Rheumatologie fand schon in den Jahren davor ein intensiver Austausch statt zwischen den Potsdamer internistischen Rheumatologen über Konzept, Zielsetzung und Teambildung der ASV. Als erstes erfolgte 2016 der Aufbau der Klinik für Rheumatologie am Klinikum Ernst von Bergmann. Von Anfang an war die Zielsetzung, die heimatortnahe stationäre Versorgung insbesondere schwer erkrankter Patienten mit entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen (Schwerpunkt Kollagenosen/Vaskulitis) in der Landeshauptstadt Potsdam zu stärken.

„PARALLEL WURDE EIN HALBER KV-SITZ ALS SONDERBEDARF BEANTRAGT, UM EINEN ZUGANG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG FÜR DIE LEITERIN ZU SCHAFFEN BIS ZUR ZULASSUNG DES TEAMS ASV RHEUMATOLOGIE 12/2018.“*

*Ort der Berufsausübung Rheumahaus Potsdam, Berufsausübungsgemeinschaft Martin Bohl-Bühler/Dr. Sabine Reckert

Schon in dieser Zeit intensivierte sich die Zusammenarbeit zwischen der ambulanten Rheumatologie und dem Klinikum. Durch z. B. gemeinsame Fallkonferenzen mit der Pulmonologie, intensiver Konsiltätigkeit (Augenheilkunde, HNO, Kardiologie, Nephrologie, Dermatologie, Neurologie, Gastroenterologie u. a.) und Austausch u. a. mit den Disziplinen Radiologie, Nuklearmedizin, Labormedizin und Pathologie war die Sensibilität für die Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen interdisziplinären Zusammenarbeit in der Versorgung geweckt. Diese Erfahrungen einer fruchtbaren Zusammenarbeit haben die ASV-Teambildung erheblich erleichtert. Zusätzlich besteht seit Jahren eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Rheumahaus Potsdam und der Rheumaorthopädie des Krankenhauses Waldfriede, Berlin, mit dem unabhängig vom Rheumahaus ein Kooperationsvertrag mit dem Klinikum Ernst-von-Bergmann besteht. So konnte im Rahmen der ASV eine interdisziplinäre internistisch-orthopädisch-rheumatologische Sprechstunde (Schwerpunkt Handchirurgie) etabliert werden.

Die Zielsetzung war, alle internistisch tätigen Rheumatologen Potsdams im Kernteam aufzunehmen. Aus organisatorischen Gründen hat die Leiterin der Klinik für Rheumatologie auch die ASV-Teamleitung übernommen, logistisch unterstützt von der ASV-Beauftragten der Verwaltung des Klinikums. Alle Disziplinen des Kernteams sind doppelt besetzt, die meisten Fachgebiete der Hinzuzuziehenden ebenfalls. Die meisten Fachgebiete sind mit stationär tätigen Kollegen besetzt, auch bedingt durch die Abrechnungsmodalitäten. Trotzdem erfolgt ein reger Austausch mit den niedergelassenen Kollegen anderer Fachgebiete, die nicht im ASV-Team sind.



**Kontaktdaten**
Dr. med. Jutta Weinerth
Leitende Oberärztin
Teamleiterin ASV
Rheumatologie Potsdam
Klinikum Ernst von
Bergmann gemeinnützige
GmbH

Charlottenstr. 72
14467 Potsdam
Tel. 0331/24136202
jutta.weinerth@klinikumevb.de
www.klinikumevb.de

→

„MONATLICH FINDEN TREFFEN IM RAHMEN DER ILD (INTERSTITIELLE LUNGENERKRANKUNGEN)-KONFERENZ (IN PANDEMIEZEITEN PARTIELL VIRTUELL), MONATLICH EINE ASV RHEUMATOLOGIE-RÖNTGENBESPRECHUNG MIT AUSWÄRTIGEN RHEUMATOLOGEN UND EINE JÄHRLICHE ASV-FORTBILDUNG STATT."

Durch den Zugang zur schnelleren apparativen Diagnostik, dem interdisziplinären Austausch und einer psychosomatischen Versorgung konnten insbesondere auch in der Pandemiezeit die stationären Aufnahmen deutlich reduziert werden. Umgekehrt war bei deutlich eingeschränkten stationären Kapazitäten eine intensive ambulante Versorgung in der Klinik unter erhöhten Sicherheitsmaßnahmen erforderlich.

Vor einer geplanten rheumatologischen stationären Aufnahme erfolgt ein Austausch zwischen den einweisenden Rheumatologen und einem der stationär tätigen Fachärzte. Auch während des Aufenthaltes und vor Entlassung findet erneut eine Kommunikation statt mit Absprache der Therapie statt. Dadurch können Informationsverluste und Brüche zwischen den Versorgungsstrukturen minimiert werden. Wenn ein rheumatologisch erkrankter Patient stationär aus anderen Gründen aufgenommen wurde, steht die stationäre Rheumatologie konsiliarisch zur Verfügung und verbessert somit die Versorgung. Zusammengefasst hat die Versorgungsstruktur „ASV Rheumatologie" zur verbesserten sektorenübergreifenden rheumatologischen Versorgung in Potsdam und Umgebung geführt. Der bereits vorher bestandene Austausch zwischen den einzelnen Rheumatologen untereinander und zwischen den anderen Disziplinen wurde intensiviert und ausgebaut. ■

# RECHTLICHE ASPEKTE DER ASV

Mit wem schließt der Patient in der ASV seinen Behandlungsvertrag? Wer haftet im Falle eines Behandlungsfehlers? Und welche Haftungsregelungen sollen zwischen den Teammitgliedern vereinbart werden? Mit diesen Fragen beschäftigt sich der folgende Beitrag.

**Kontaktdaten**
Rechtsanwalt
Christian Koller
Fachanwalt für Medizinrecht
Kanzlei TACKE KOLLER
Rindermarkt 3 und 4
80331 München
Tel. 089/1994430
koller@tacke-koller.de
www.tacke-koller.de
www.kanzlei-medizinrecht-muenchen.de

## EINFÜHRUNG

Die ASV stellt eine besondere Kooperationsform zwischen den ärztlichen Leistungserbringern dar. Diese gilt es auch juristisch abzubilden. Dabei sind zwei Sichtweisen zu berücksichtigen:

- Zum einen die des Patienten, der sich einem großen Team aus mehreren Praxen und ggfs. Kliniken gegenüberstehen sieht. Treten alle ASV-Mitglieder als Einheit auf oder als selbstständige Leistungserbringer auf?
- Zum anderen geht es um das Binnenverhältnis zwischen den Teammitgliedern. Haftet einer für alle oder jeder nur für sich?

## WIE KOMMT DER PATIENT IN DIE ASV?

Zum besseren Verständnis soll vorab dargestellt werden, wie der Patient in die ASV eingebunden wird. Soweit der einzelne Kassenpatient an einer ASV-relevanten Erkrankung leidet, wird er durch den behandelnden Vertragsarzt an ein ASV-Team überwiesen. Befindet er sich bereits bei einem ASV-berechtigten Vertragsarzt oder in einer entsprechenden Klinik, wird er ohne Überweisung in die ASV aufgenommen (vgl. § 8 Satz 3 ASV-RL). Beim Erstkontakt mit dem ASV-Team wird zunächst das Vorliegen der Indikation geprüft. Anschließend wird der Patient über die besondere Versorgungsform sowie die Zusammensetzung und das Leistungsspektrum des behandelnden interdisziplinären Teams informiert (§ 15 Satz 1 ASV-RL). Diese Aufklärung über die ASV ist sehr wichtig. Auf ihre Bedeutung kommen wir gleich noch zu sprechen.

## DER BEHANDLUNGSVERTRAG

Entschließt sich sodann der Patient dazu, die ASV-Behandlung durchzuführen, kommt ein Behandlungsvertrag gemäß § 630a BGB zustande. Ein schriftlicher Behandlungsvertrag ist dabei nicht erforderlich.

→

Entscheidend ist aber nun, dass nicht das gesamte ASV-Team Vertragspartner des Patienten wird, sondern nur der jeweilige Behandler. Dies ergibt sich aus § 2 Abs. 1 der ASV-Richtlinie (ASV-RL). Danach erbringt jeder Leistungserbringer seine Leistung innerhalb der ASV eigenständig.

Hierbei muss jedoch unterschieden werden: Ist der Leistungserbringer ein Mitglied oder Angestellter z. B. in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), so kommt der zivilrechtliche Behandlungsvertrag nicht mit dem Arzt als Einzelperson zustande. Vielmehr sind die BAG bzw. das MVZ Vertragspartner. Dies ist auch dann der Fall, wenn nur ein Mitglied der BAG oder ein Angestellter eines MVZs Teammitglied ist.

## WER HAFTET DEM PATIENTEN GEGENÜBER?

Kommt es nun zu einem (vermeintlichen) Behandlungsfehler, stellt sich für den Patienten die Frage, ob er das gesamte ASV-Team oder nur den einzelnen Arzt (bzw. seine Praxis, in der der Patient den Behandlungsfehler vermutet) in Anspruch nehmen kann. Die Inanspruchnahme des gesamten ASV-Teams würde für den Patienten dann Sinn machen, wenn er den (vermeintlichen) Fehler nicht sicher einem Leistungserbringer zuordnen kann.

Nach der herrschenden Auffassung wird jedoch grundsätzlich eine sogenannte gesamtschuldnerische Haftung des ASV-Teams abgelehnt. Neben der bereits zuvor zitierten Regelung in § 2 ASV-RL ergibt sich dies auch aus § 14 Satz 2 ASV-RL. Danach muss aus der Dokumentation die Zuordnung der jeweiligen Leistungserbringung des einzelnen ASV-Berechtigten deutlich werden. Dies spricht gegen eine gemeinschaftliche Behandlung und somit auch gegen eine gesamtschuldnerische Haftung auf Grundlage des Behandlungsvertrages.

Dies hat zur Folge, dass der Patient nur den Leistungserbringer in Anspruch nehmen kann, der den Behandlungsfehler verursacht hat. Etwas anderes ergibt sich nur dann, wenn das ASV-Team nach außen hin den Anschein erweckt, dass es als Behandlungseinheit vergleichbar einer Berufsausübungsgemeinschaft auftritt (sog. Rechtsscheinhaftung).

## BEDEUTUNG DER AUFKLÄRUNG

Dieser Anschein lässt sich jedoch mit einer entsprechenden Aufklärung vermeiden. § 15 Satz 1 ASV-RL schreibt vor, dass Patienten bei Erstkontakt mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung eine verständliche, allgemeine Erläuterung über diese Versorgungsform sowie eingehendere Informationen über das im konkreten Einzelfall behandelnde interdisziplinäre Team und sein Leistungsspektrum erhalten. Dabei soll durch die Darstellung des Teams dem Patienten deutlich vor Augen geführt werden, dass zwar eine interdisziplinäre Behandlung durch mehrere Leistungserbringer erfolgt, jedoch gerade keine gemeinsame Berufsausübung und damit auch keine gemeinsame Haftung

vorliegt. Da die Aufklärung dokumentiert werden muss (§ 15 Satz 2 ASV-RL), verwenden viele aktive ASV-Teams das Muster der Patienteninformation, die der Gemeinsame Bundesausschusses auf seiner Homepage zur Verfügung stellt.[1] Der Aspekt der getrennten Haftung wird dort jedoch nicht in der gebotenen Deutlichkeit wiedergegeben.

Soweit das Muster des G-BA Verwendung findet, wird empfohlen, in dem Abschnitt „Wer ist in dem ASV-Team mein Ansprechpartner und wer entscheidet" den zweiten Absatz um folgenden Satz zu ergänzen:

„DIE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DES ASV-TEAMS ARBEITEN DABEI RECHTLICH EIGENSTÄNDIG."

Mit dieser ergänzenden Information wird deutlich gemacht, dass jeder Leistungserbringer trotz der Kooperation seine Teilbehandlungen in eigener Verantwortung durchführt. Der Rechtsschein der gemeinschaftlichen Haftung wird hierdurch vermieden.

## REGELUNG DES INNENVERHÄLTNISSES

Für den Fall, dass ein Patient dennoch das gesamte ASV-Team in die Haftung nimmt, sollten in der Kooperationsvereinbarung entsprechende Rückgriffsansprüche geregelt werden. Ebenso sollten Ausgleichsansprüche für den Fall vereinbart werden, dass einem Leistungserbringer ein Behandlungsfehler unterläuft, der auf fehlerhaften Vorleistungen eines anderen Behandlers des ASV-Teams beruht.

## HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Zuletzt sei darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an der ASV in jedem Fall der eigenen Haftpflichtversicherung mitgeteilt werden muss. Anderenfalls droht eine Deckungslücke. Unterbleibt eine Meldung könnte die Versicherung mit guten Gründen bei einem Behandlungsfehlervorwurf im Zusammenhang mit der ASV die Deckung versagen, da diese Leistungen nicht Gegenstand des vereinbarten Haftpflichtversicherungsvertrages sind. ■

[1] https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4077/2019-11-05_G-BA_Merkblatt_Patienteninformation_ASV_bf.pdf

# FAQ-CHAT

## KOOPERATIONSVERTRAG

**Wer unterzeichnet den Kooperationsvertrag eines interdisziplinären ASV-Teams, das aus Krankenhausärzten und Vertragsärzten aus verschiedenen Praxen / MVZ besteht?**

Der Vertrag muss zwischen den Institutionen geschlossen werden, die Ärzte in das ASV-Team entsenden. Der angestellte Arzt in einem Krankenhaus oder MVZ ist dahingehend ja nichtselbständiger Angestellter und daher nicht zeichnungsberechtigt. Im Rubrum des Vertrages sind daher die Institutionen aufzuführen; es unterzeichnen die jeweils Vertretungsberechtigten. **TIPP:** Unser Justiziar empfiehlt, als Anlage dann eine Liste der Ärzte im Team aufzuführen.

## REZEPTE UND VERORDNUNGEN

**In einer Rheumapraxis werden auch Medikamente gegen Osteoporose verschrieben. Ist es richtig, dass nur diese Medikamente über die ASV zugelassen sind, die auch für die Diagnosen, die in der ASV Rheuma aufgenommen sind, zugelassen sind?**

Es kann auf dem ASV-Rezeptblock alles verordnet werden, was der Patient benötigt. Hier gibt es keine Beschränkung auf Medikamente, die zur „ASV-Diagnose" passen. Die Begrenzung auf bestimmte Inhalte gibt es nur bei den abrechenbaren Leistungen, nicht bei Verordnungen.

**In der ASV werden die KV-Formulare genutzt. Im Orbis wird bei der Krankmeldung die Betriebsstättennummer der KV, nicht die Nummer der ASV eingedruckt. Ebenso die lebenslange Arztnummer, nicht die ASV-Nummer, ist das korrekt?**

Aus unserer Sicht ist das so nicht korrekt - es müsste die ASV-Teamnummer und die Fachgruppennummer eingedruckt werden.

**Dürfen Ärzte in Weiterbildung im Rahmen der ASV Rezepte ausstellen?**

Wir sind der Ansicht, dass jeder Arzt, der im Krankenhaus ASV-Leistungen erbringen darf, dann auch die Verordnungen ausstellen dürfen muss. Die Einschränkung bezüglich der Delegierbarkeit von Leistungen gilt nur für Diagnose und leitende Therapieentscheidungen.

Bestätigt wird dies m. E. durch die weiteren Schnittstellen zwischen Krankenhaus und vertragsärztlicher Versorgung wie z. B. bei der Entlassung und der Verordnung häuslicher Krankenpflege: In § 39 Abs. 1a S. 6, 7 SGB V bestimmt das Gesetz, dass Krankenhausärzte (ohne sie als Fachärzte zu kennzeichnen) bestimmte Verordnungen vornehmen dürfen. Konkretisiert wird das beispielsweise in der G-BA-RL zur Verordnung häuslicher Krankenpflege in § 3 Abs. 1 S. 2 i.V.m. § 7 Abs. 5: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1770/HKP-RL_2019-01-17_iK-2019-02-22.pdf. Dort ist auch nur vom Krankenhausarzt die Rede, d.h. jeder Arzt im Krankenhaus (vorausgesetzt Facharztstandard wird eingehalten!).

Die Tragenden Gründe zur ASV-RL bestätigen das zudem: Mit der Regelung in Satz 4 wird gewährleistet, dass auch zur Weiterbildung beschäftigte Ärztinnen und Ärzte entsprechend des Standes ihrer Weiterbildung in die Behandlung einbezogen werden kön →

nen (es gilt der Facharztstandard). Durch diese Regelung wird einerseits gewährleistet, dass die Kenntnisse und Erfahrungen der an der ASV teilnehmenden Fachärztinnen bzw. Fachärzte auch im Rahmen der Weiterbildung an junge Ärztinnen bzw. Ärzte weitervermittelt werden. Andererseits trägt die Regelung der üblichen Arbeitsorganisation und Einbeziehung von Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten in Krankenhäusern, aber auch in Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, Rechnung. **https://www.g-ba.de/downloads/40-268-2303/2013-03-21_ASV-RL_Neufassung_TrG.pdf**

Das Verordnen ist ärztliche Tätigkeit. Die Verantwortung bleibt natürlich beim Teammitglied. Diese Auffassung wird auch von der KBV bestätigt. Unter https://kbv.de/html/8161.php heißt es: „Grundsätzlich sind nur Ärzte des ASV-Teams zur Unterzeichnung der Verordnungen berechtigt. In Fällen, die weder die Diagnosestellung noch eine leitende Therapieentscheidung betreffen, können Verordnungen auch von Ärzten, die zwar nicht Mitglied des ASV-Teams aber an der ASV-Behandlung beteiligt sind, unterzeichnet werden."

**Welche Anforderungen gelten für den Stempel in der ASV, insbesondere für Krankenhäuser?**
Uns liegt dazu eine Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft vor: Für die Arztstempel der ASV-Verordnungen gelten die landesspezifischen Richtlinien der KVen. Hier gibt es für die ASV keine gesonderten Regelungen.

**Welche Anforderungen gelten bei Krankenhausärzten für die Befüllung von Rezepten?**
Dazu hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft folgende Auskunft gegeben: Bezogen auf die Bedruckung des Personalienfeldes sind Vorgaben im „Anforderungskatalog Formularbedruckung" der KBV für den ambulanten Bereich weiter spezifiziert. Dort heißt es „Im Personalienfeld muss es möglich sein, dass, im Falle eines Krankenhausarztes, im Feld „Arzt-Nr" die „Pseudo-LANR für Krankenhäuser" aufgedruckt wird."

Der Rückschluss auf ein Teammitglieder im Krankenhaus über die Arztnummer muss nicht gegeben sein, die Krankenhausarztnummer (LANR bzw. ANR) ist nur in den gesetzlich bestimmten Fällen gemäß § 293 Abs. 7 SGB V zu verwenden und zu nutzen, worunter bisher nur die Nutzung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V auf Verordnungen im Krankenhaus fällt. Die Nutzung der Krankenhaus-Arztnummer ist im Rahmen der ASV gesetzlich nicht vorgesehen.

# JÄHRLICHES ANPASSUNGS-VERFAHREN DES G-BA

Die abrechenbaren Leistungen im Rahmen der ASV werden im Appendix der jeweiligen Konkretisierung zu einer Indikation bzw. Krankheitsgruppe angegeben. Dieser Appendix gliedert sich in zwei Abschnitte. Der erste Abschnitt basiert auf den Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Im zweiten Abschnitt sind Leistungen aufgeführt, die noch nicht Teil des EBMs sind.

Bis zum 31. August eines jeweiligen Jahres muss das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) den Gemeinsamen Bundesauschuss (G-BA) über Änderungen im EBM informieren. Bis zu diesem Datum sammelt der G-BA Änderungsvorschläge. Neben den EBM-Änderungen können auch Vorschläge von Dritten (ohne Formvorgaben) eingereicht werden.

Diese werden dann in Arbeitsgruppen und im ASV-Unterausschuss beraten. Die Beratungen werden meist im Dezember abgeschlossen. Danach beginnt das formale Stellungnahmeverfahren, welches mit festen Fristen abläuft. Die letztendliche Beschlussfas

Sonja Froschauer

Anna Sollacher

## ABLAUF DES JÄHRLICHEN VERFAHRENS

| Sammlung | Beratung | Formales Verfahren | Beschluss und Inkrafttreten |
|---|---|---|---|
| Sammlung von Anpassungsbedarf durch den G-BA, z. B. EBM-Änderungen<br>Einreichung von Vorschlägen durch Dritte (ohne Vorgabe Form)<br>**Deadline: Ende August** | Beratung in den Arbeitsgruppen und im Unterausschuss<br>Abschluss der Beratungen ca. Dezember | Einleitung Stellungnahmeverfahren mit festen Fristen | Beschlussfassung im Plenum i. d. R. im März/April<br>Anschließend Prüffrist BMG (2 Mo.) und Veröffentlichung im Bundesanzeiger |

**Kontaktdaten**
Sonja Froschauer
sonja.froschauer@bdrh-service.de
Tel. 089/90414141-2

Anna Sollacher
anna.sollacher@bdrh-service.de
Tel. 089/90414141-7

BDRh Service GmbH
Dr.-Max-Str. 21
82031 Grünwald
www.bdrh-service.de

sung im Plenum erfolgt dann in der Regel im März/April des Folgejahres. Anschließend hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zwei Monate Zeit den Beschluss zu prüfen. Erst wenn dieser nach dieser Prüfung im Bundesanzeiger veröffentlicht wurde, treten die Änderungen in Kraft.

Das letzte Verfahren hat jedoch länger gedauert. Der G-BA-Beschluss erfolgte am 18.3.2021, in Kraft getreten sind die Änderungen allerdings erst am 7.8.2021. Somit sind die Änderungsvorschläge, die bis 31.8.2020 beim G-BA eingegangen waren, erst mit einem Jahr Verzögerung in der Versorgungsrealität angekommen. Der Grund hierfür war der Umfang des Dokuments. Der Beschluss umfasste mehrere hundert Seiten. Diese mussten für den Bundesanzeiger aufbereitet werden und auch die Prüfung der Druckfahne hat dementsprechend lange gedauert. Positiv zu werten ist, dass die ASV-Richtlinie mit ihren Regelungen jährlich angepasst und somit aktualisiert wird. Allerdings ist das Verfahren sehr träge und Änderungen kommen erst mit großem Zeitverzug in der Versorgung an. ■

## ACHTUNG
## UROLOGIE UND GYNÄKOLOGIE NICHT MEHR ZUR ABRECHNUNG BERECHTIGT!

Mit dem letzten G-BA-Beschluss vom 18.3.2021, der am 7.8.2021 in Kraft getreten ist, wurden die Fachgruppen Urologie und Gynäkologie aus der ASV Rheuma gestrichen. Daher sind diese ab sofort nicht mehr nicht mehr zur Versorgung und Abrechnung innerhalb der ASV berechtigt.

**Bitte informieren Sie Ihre Kollegen entsprechend!**

Leider hat der G-BA versäumt, die diesen Fachgruppen zugeordneten Sonographieleistungen aus dem Appendix zu streichen. Stattdessen wurden sie in der Abrechnung der Radiologie zugeordnet. Der BDRh hat bereits Berichte erhalten, dass Teams Schwierigkeiten mit dem Anzeigeverfahren hatten, da Radiologen diese Leistungen natürlich in der Regel nicht anbieten. Hier ist er bereits gegenüber dem G-BA aktiv geworden und versucht rasch eine Anpassung zu erreichen.

# RELEVANTE PUNKTE ZUR WEITERENTWICKLUNG DER ASV

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist in der Rheumatologie als Erfolg zu werten. Es haben sich bereits 52 ASV-Teams für die Versorgung Erwachsener gebildet (Stand August 2021), in denen inzwischen die Hälfte der internistischen Rheumatologen in Praxen und Kliniken organisiert sein dürften. Mit der zunehmenden Umsetzung weisen uns Kolleginnen und Kollegen aber auch immer noch auf Punkte hin, die verbessert werden könnten.

Im Rahmen der im August anstehenden turnusmäßigen Aktualisierung der Appendizes haben wir einige davon eingebracht. Wir haben uns bewusst dafür entschieden, uns auf ein paar wenige, dafür gut begründete Forderungen zu beschränken und nur Punkte formuliert, die nicht schon in der Vergangenheit abgelehnt wurden. Diese Vorschläge sind mit dem Verband Rheumatologischer Akutkliniken (VRA), der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) sowie dem Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung abgestimmt und werden von diesen unterstützt.

## ENTFERNUNGSREGELUNG UM DEN STANDORT DER TEAMLEITUNG

In der ASV-Richtlinie ist geregelt, dass Teammitglieder, die Leistungen am Patienten erbringen, „in der Regel" 30 Minuten vom Standort der Teamleitung erreichbar sein müssen. Die Formulierung eröffnet den Erweiterten Landesausschüssen (ELA) explizit Gestaltungsspielraum zur Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten. Leider nutzen nicht alle ELA diesen Spielraum. So haben uns einige ELA die Auskunft gegeben, lediglich eine Überschreitung um zehn Prozent zu tolerieren. Eine Entfernung von 33 Minuten stellt keine wirkliche Verbesserung dar.

Dies erschwert die Bildung von ASV-Teams im ländlichen Raum extrem. Dies erklärt auch, warum sich gerade in den östlichen Bundesländern noch kaum ASV-Teams bilden konnten.

**Hier wäre es wünschenswert, wenn eine Formulierung gewählt würde, die den ELA den flexiblen Umgang nicht nur ermöglicht, sondern diesen fordert.**

→

Dr. Silke Zinke

Sonja Froschauer

**Kontaktdaten**
Dr. Silke Zinke
zinke@bdrh.de
Tel. 030/9869-5230
BDRh e.V.
Hauptstr. 9
13055 Berlin
www.bdrh.de

Sonja Froschauer
sonja.froschauer@bdrh-service.de
Tel. 089/90414141-2
BDRh Service GmbH
Dr.-Max-Str. 21
82031 Grünwald
www.bdrh-service.de

## ÜBERWEISUNGSMÖGLICHKEIT FÜR KRANKENHAUSÄRZTE AN NICHT-ASV-ÄRZTE

In der Versorgung kommt es immer wieder vor, dass Patienten Bedarf an Untersuchungen durch Fachärzte haben, die nicht im ASV-Team vertreten sind. Vertragsärzte, die in der ASV tätig sind, können das relativ einfach durch eine vertragsärztliche Überweisung lösen. ASV-teilnehmenden Krankenhausärzten steht diese Möglichkeit nicht zur Verfügung.

**Hier wäre eine pragmatische Lösung wünschenswert.**

## VERORDNUNGSFÄHIGKEIT VON DIGAS

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) werden künftig auch in der Rheumatologie eine zunehmende Rolle spielen. Der Berufsverband Deutscher Rheumatologen (BDRh) etabliert derzeit in Kooperation mit der DGRh und dem VRA eine umfassende IT-Struktur zur Dokumentation und Prozessunterstützung in der rheumatologischen Versorgung. Hier ist auch die Anbindung von DiGAs geplant, die einen wichtigen Beitrag zu einer engmaschigen Therapiekontrolle leisten können.

**Aus diesem Grund ist es aus unserer Sicht essentiell, dass DiGAs nicht nur in der Regelversorgung, sondern auch im Rahmen der ASV verordnet werden können.**

## ERWEITERUNG DES APPENDIX FÜR DIE ASV RHEUMA BEI ERWACHSENEN

Mit Beschluss vom 18.03.2021 wurde der Umfang der in der ASV Rheumatologie einbezogenen Diagnosen im Bereich der Sarkoidose um mehrere ICD10-Codes erweitert. So sind zusätzlich zu der Ziffer D86.8 in Kombination mit einer Gelenkbeteiligung *M14.8- auch fast alle anderen Sarkoidoseziffern (D86.0, D86.1, D86.2, D86.3) eingeschlossen worden. Ein wichtiger Parameter zur Aktivitätsbeurteilung der Sarkoidose ist die Konzentration löslicher IL-2-Rezeptoren im Blut. Er besitzt eine höhere Korrelation mit der Krankheitsaktivität als das bisher abrechenbare ACE. Auch beim Still-Syndrom des Erwachsenen ist der Parameter gut zur feinen Aktivitätsbeurteilung geeignet.

Ein speziell bei Still-Syndrom des Kindes und Erwachsenen zur Differentialdiagnostik und Aktivitätsbeurteilung in der Routine sehr hilfreicher Marker ist S100A8/9 (Calprotectin) im Serum. Bisher sind beide genannten Marker nicht Bestandteil des ASV-Ziffernkranzes in der Rheumatologie.

**Die Bestimmung der Konzentration löslicher IL-2-Rezeptoren sowie von S100A8/9 (Calprotectin) im Serum (je EBM GOP 32381) in den Ziffernkranz der Rheumatologie sollte aufgenommen und die Abrechnung für Laboratoriumsärzte sowie internistische Rheumatologen vorgesehen werden.**

## STREICHUNG VON LEISTUNGEN AUS DEM APPENDIX

Mit Beschluss vom 18.03.2021 wurden die Fachgruppen Gynäkologie und Urologie aus dem ASV-Team für Rheuma bei Erwachsenen und die Gynäkologie bei Rheuma bei Kindern und Jugendlichen gestrichen. Jedoch sind diesen Fachgruppen zugeordnete sonographische Leistungen im Appendix verblieben und nun der Radiologie zugeordnet. Dies betrifft:

- Uro-Genital-Sonographie (GOP 33043)
- Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase (GOP 33044)
- CW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems (GOP 33062)
- PW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems (GOP 33064)

Diese Leistungen werden in der Versorgungsrealität praktisch nie von Radiologen erbracht, die dafür daher auch in der Regel keine Abrechnungsgenehmigung haben. Einige ELA überprüfen jedoch die Vorhaltung aller Leistungen im ASV-Team, die einer Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V unterliegen, im Rahmen des Anzeigeverfahrens. Der ELA in Bayern hat jetzt bereits eine ASV-Anzeige beanstandet, da die o. g. Ziffern nicht im Team durch den Radiologen vorhalten würden, obwohl der Beschluss vom 18.03.2021 damals noch nicht in Kraft getreten ist.

**Die genannten Ziffern aus den Appendizes für Rheuma bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen sollten gestrichen werden.**

## ERWEITERUNG DER KONKRETISIERUNG DER ERKRANKUNG FÜR ASV RHEUMA FÜR ERWACHSENE

In der Weiterbildungsordnung für den Facharzt für Rheumatologie ist die Behandlung von Patienten mit einem primären oder sekundären Immundefekt vorgesehen, die bisher in vielen rheumatologischen Ambulanzen bzw. Hochschulambulanzen fachärztlich betreut wurden. Aus unserer Erfahrung ist es außerhalb von rheumatologischen Hochschulambulanzen für betroffene Patienten und Patientinnen äußerst schwer Fachärzte zu finden, die die medizinische Versorgung für diese Patienten übernehmen und z. B. eigenständig eine intravenöse oder subkutane Immunglobulin-Substitutionstherapie durchführen.

**Die entsprechenden Diagnosen (D80.-) sollten in die Konkretisierung aufgenommen werden, um hier eine diagnostische Abklärung und Weiterbehandlung der betroffenen Patienten zu ermöglichen.**

Jetzt im Herbst starten die Beratungen zu allen eingegangenen Änderungsvorschlägen, Die Beschlussfassung erfolgt dann voraussichtlich im März/April 2022. Dann wird sich zeigen, welche der von uns eingebrachten Forderungen übernommen wurden. ■

# QUO VADIS ASV

Dr. Edmund Edelmann

**Kontaktdaten**
Ehrenvorsitzender
des BDRh
Rheumazentrum Bad Aibling
Lindenstrase 2
83043 Bad Aibling
Tel. 08061/90580
info@rz-badaibling.de

Bei dem steten Wechsel der Vorgaben, die wir im Gesundheitswesen erleben, seien es Änderungen in den Regressvorgaben zur Arzneimitteltherapie, Änderungen der Budgetierung im EBM, Änderungen bei den Selektivverträgen, ist es sinnvoll sich Gedanken zu machen, wie sicher, wie nachhaltig angelegt, der neue Hafen Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung ist und welche Weiterentwicklung dieser sektorenübergreifenden, kooperativ angelegten Versorgung in den nächsten Jahren möglich und in Diskussion ist.

Die gute Nachricht ist, dass insbesondere mit dem bereits sichtbaren Erfolg, der großen Inanspruchnahme der ASV Rheumatische Erkrankungen durch die Rheumatologen in Praxis und Klinik, die Diskussion, diesen Versorgungsbereich zu beenden, in der aktuellen Regierungskoalition und im G-BA nicht mehr geführt wird. Inzwischen sind in 53 ASV-Teams mehr als 350 internistische Rheumatologen tätig, jeweils zur Hälfte aus der Klinik und Praxis. Damit sind fast die Hälfte der im ambulanten Bereich tätigen Rheumatologen inzwischen in der ASV.

In Anbetracht der extremen bürokratischen Hürden, die von den Erweiterten Landesausschüssen vor einer Zulassung zur ASV aufgebaut werden, ist dies eine beeindruckende Teilnehmerzahl. Nachdem in der Rheumatologie als Sonderfall auch Patienten mit Verdachtsdiagnosen zumindest 2 Quartale in der ASV behandelt werden können, und nahezu alle chronisch-entzündlichen Rheumaformen einschließlich der Gicht, zum Indikationsspektrum der ASV Rheumatische Erkrankungen gehören, ist mit einer im Vergleich zu den anderen ASV-Indikationen sehr hohen Patientenzahl in der ASV Rheumatische Erkrankungen zu rechnen.

Für den G-BA Vorsitzenden Prof. Hecken und auch für Teile der Politik war die Umsetzung der ASV durch die Rheumatologen eine Nagelprobe, an dieser Versorgungsebene festzuhalten.

Zu Beginn dieser Legislaturperiode war im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD ein Ausbau der sektorenübergreifenden Versorgung und damit auch der ASV angedacht und eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingesetzt worden, die Vorschläge für eine Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung erarbeiten sollte.

Infolge der Pandemie, den dramatischen Herausforderungen für unser Gesundheits- und Gemeinwesen, und möglicherweise aufgrund divergenter Zielsetzungen innerhalb dieser Arbeitsgruppe, legte diese Arbeitsgruppe bis Mitte September 2021, abgesehen von einem wenig detaillierten Eckpunktepapier, keine für ein Gesetzgebungsverfahren verwertbaren Ergebnisse vor.

Als Reaktion auf die Einrichtung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe erstellte der Spitzenverband Fachärzte Deutschland e.V. (SpiFa) im Jahre 2019 ein Konzept, bzw. einen umfassenden Gesetzesvorschlag zur sektorenübergreifenden Versorgung. Ziele des Konzepts sind ein Wegfall der Sektorengrenzen und identische Vergütungen für gleiche Leistungen ambulant und stationär. Im Fokus stehen hierbei das ambulante Operieren und das Belegarztwesen sowie eine Vereinfachung des Zugangs zu dieser Versorgungsebene. Der § 116b würde bei diesem Gesetzesvorschlag mit anderen, die ambulante Versorgung der Kliniken regelnden Gesetzen, in einen einzigen Paragraphen münden.

In einer gemeinsamen und viel beachteten Stellungnahme forderten der AOK-Bundesverband und Klinikträger wie Helios, Diakoneo und die Bezirkskliniken Mittelfranken Ende August 2021 die Auflösung der Sektorengrenzen für eine aus ihrer Sicht bessere und effizientere Gesundheitsversorgung.

- Die Aufhebung der Sicherstellung der Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigung,
- die Organisation über regionale Gesundheitszentren,
- eine Vergütung, die sich stärker an der Ergebnisqualität orientiert und
- ggf. die Schließung von nicht versorgungsrelevanten Kliniken, sind Inhalte dieses Papiers, das vielfältigen Widerspruch hervorrief. Das Positionspapier wurde von ärztlicher Seite (BÄK, KBV und SpiFa) harsch und umfassend abgelehnt.

Politisch ist dies als eine detailliertere Vorlage für teils ähnliche Pläne in den Partei-Schubladen der Grünen und der Linken zu sehen, und als deutliche Positionierung einzelner Klinikketten für eine ungebremste ambulante Öffnung.

Ein Plädoyer für den Ausbau der sektorenübergreifenden Versorgung findet sich in den Wahlprogrammen einzelner Parteien (SPD, FDP, Grüne). Die Geister scheiden sich am sogenannten Verbotsvorbehalt, d. h. ob neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Bereich auch ambulant, wie zum Teil in der ASV (z. B. das PET-CT), vergütet werden sollen. Die CDU/CSU will in ihrem Wahlprogramm eine Beibehaltung des Status quo der ASV. Andererseits sieht Bundesgesundheitsminister Jens Spahn eine engere Verzahnung zwischen ambulant und stationär durchaus auf der Agenda der Gesundheitspolitik in der nächsten Legislaturperiode. Die Grünen sind für eine allgemeine Öffnung der Sektorengrenzen mit regionaler Organisation, lehnen aber einen eigenen Versorgungsbereich (wie z. B. die ASV) und den Verbotsvorbehalt im ambulanten Bereich ab. Die SPD ist für eine breite Öffnung der Sektorengrenzen. Die FDP spricht sich analog wie der SpiFa für die Regel ambulant vor stationär aus und eine weite Öffnung der Sektorengrenzen mit einem einheitlichen, nicht budgetierten Vergütungssystem. →

Die Linke spricht v. a. von regionalen Gesundheitszentren, die die bisherige sektorale Versorgung ersetzen sollten. Ein Anreizsystem mit einer budgetfreien Vergütung wie in der ASV, dürfte für die SPD, Grüne und Linke auf dem Prüfstand stehen.

Es hängt nun sehr von der Zusammensetzung künftiger Koalitionen im Bundestag ab, und wer im Gesundheitswesen den Hut aufhat, ob die ASV weitergeführt und weiterentwickelt wird, oder ob an die Stelle der ASV, wie u. a. auch vom SpiFa angedacht, eine umfassendere sektorenübergreifende Versorgung treten wird.

In Anbetracht des großen Themas Bürgerversicherung für potenzielle Koalitions-Kandidaten wie die Grünen, SPD und Linke, und dass die Pandemie unser Gesundheitswesen, die Politik, die Menschen auch noch in den nächsten Jahren beschäftigen wird, ist es auch für die kommende Legislaturperiode fraglich, ob tatsächlich umfassende Änderungen beim Thema Sektorengrenzen zu erwarten sind. Warum auch? Die Pandemie hat eindrücklich vor Augen geführt, dass unser Gesundheitswesen sehr gut aufgestellt ist, um mit großen Herausforderungen schnell und effizient umzugehen. Eine wie bisher stufenweise Weiterentwicklung der intersektoralen Versorgung macht mehr Sinn, als mit einem vermeintlich großen Wurf unter Umständen mehr Schaden anzurichten als Nutzen zu erreichen.

Für diesen Weg einer umsichtigen Weiterentwicklung der ASV steht absehbar das neue Unparteiische Mitglied des G-BA, Frau Karin Maag, die seit Mitte des Jahres für den Bereich ASV und DMP im G-BA zuständig ist. Sie war vorher als gesundheitspolitische Sprecherin der CDU-Fraktion im Bundestag maßgeblich an der Mitgestaltung der Gesetzesvorgabe zur ASV, dem § 116b mitbeteiligt und hatte in den vergangenen Jahren stets ein offenes Ohr für eine Verbesserung der rheumatologischen Versorgung.

Es ist zu erwarten, dass wichtige Anregungen für eine Verbesserung der ASV aus einer vom Innovationsfonds geförderten Evaluation der ASV kommen. Die Evaluation erfolgt unter der Konsortialführung der FOM Hochschule für Ökonomie & Management unter der Leitung von Prof. Dengler und u. a. der Mitwirkung des Bundesverbands ASV von Frau Sonja Froschauer.

Es ist zu hoffen, dass nachfolgend verschiedene Geburtsfehler der ASV behoben werden, die den Zugang zur ASV massiv und unnötig erschweren. Eine bundesweite Homogenisierung der antiquierten und maximal aufwändig gestalteten Anmeldung und die Umstellung auf ein ausschließlich IT-basiertes und verschlanktes Zulassungsverfahren zur ASV sind überfällig.

In mittlerer Zukunft könnte es vor allem unter einer SPD-geführten Koalition eintreten, dass die jetzige ASV in eine größere sektorenübergreifende Versorgung einschließlich der ambulanten Operationen, dem Herzkatheter, der Dialyse etc. überführt und eine umfassende einheitliche Gebührenordnung für Kliniken und Niedergelassene geschaffen wird. Inwieweit dann noch die für Niedergelassene wie Klinikverwaltungen in der ASV gleichermaßen attraktive, nicht budgetierte und freie Leistungserbringung aufrechterhalten wird, bleibt abzuwarten.

Auch wenn gesetzliche Vorgaben, wie zu Beginn dieser Legislaturperiode, zum Teil im Wochentakt durch den Bundestag und Bundesrat gepeitscht wurden, war und ist die Umsetzung der Gesetzesvorgaben durch die Selbstverwaltung aus Krankenkassen, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlichen Vereinigungen in der Regel sehr, sehr langsam und Sand im Getriebe der Gesetzesvorgaben.

Es erscheint daher als wenig wahrscheinlich, dass eine umfassende sektorenübergreifende Versorgung vor dem Jahr 2030 an den Start gehen wird. Für die aktuelle ASV würde es dann, ebenso wie für die früheren § 116b-Ambulanzen, eine Übergangsregelung von ca. 3 Jahren geben.

Wie auch immer die Zukunft einer umfänglicheren sektorenübergreifenden Versorgung aussehen mag, wir werden als Fachgebiet weiterhin an der Spitze dieser Entwicklung stehen und diese Entwicklung mitgestalten können. Davon werden die Patienten und die Rheumatologen in Klinik und Praxis gleichermaßen profitieren.

Ergänzt durch die Versorgung über Selektivverträge und ein Disease-Management-Programm (DMP) Rheumatoide Arthritis, wird über die ASV oder eine künftig erweiterte sektorenübergreifende Versorgung eine große Chance bestehen, die Rheumatologie besser in unserem Gesundheitswesen zu verankern, die Versorgung zu verbessern und unser Fachgebiet sowohl in der Klinik als auch in der Praxis für den Nachwuchs attraktiver zu machen. ■

**DR. EDMUND EDELMANN**
EHRENVORSITZENDER DES BDRH

# SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG IN DER ZUKUNFT – ABGLEICH DER WAHLPROGRAMME

Sonja Froschauer

Anna Sollacher

**Kontaktdaten**
Sonja Froschauer
sonja.froschauer@
bdrh-service.de
Tel. 089/90414141-2

Anna Sollacher
anna.sollacher@
bdrh-service.de
Tel. 089/90414141-7

BDRh Service GmbH
Dr.-Max-Str. 21
82031 Grünwald
www.bdrh-service.de

Den Kern der ASV stellt die interdisziplinäre und sektorenverbindende Patientenversorgung im Team dar. In welche Richtung wird sich sektorenübergreifenden Versorgung jedoch in Zukunft entwickeln? Angesichts der Bundestagswahl vom 26. September haben wir uns die Wahlprogramme der führenden Parteien hinsichtlich ihrer Positionierung in Bezug auf die sektorenübergreifende Versorgung angesehen. Es bleibt abzuwarten, was die Parteien nach den Koalitionsverhandlungen dann tatsächlich in die Tat umsetzen. Die Parteien werden in der Reihenfolge dargestellt, in der sie auf der Seite www.bundestagswahl-2021.de basierend auf den aktuellen Umfragewerten aufgeführt wurden (Stand 8.9.2021).

## SPD

Die SPD will laut ihrem Wahlprogramm explizit die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung vorantreiben. Hier ist davon auszugehen, dass Versorgungsmodelle wie die ASV gestärkt und auch weitere Veränderungen wie z. B. eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung verfolgt werden.

„Eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung kann am besten durch eine Neuordnung der Rollenverteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor, durch eine Überwindung der Sektorengrenzen und eine gute Koordination und Kooperation der medizinischen, psychotherapeutischen und pflegerischen Berufe gelingen. Wir brauchen darum eine stärkere Öffnung von Krankenhäusern für ambulante, teambasierte und interdisziplinäre Formen der Versorgung."

## CDU/CSU

Die Union bleibt in ihrem Wahlprogramm sehr pauschal hinsichtlich Versorgungsmodellen an der Sektorengrenze.

„In einem zukunftsfähigen Gesundheitswesen setzen wir deshalb auf stärkere vernetzte Zusammenarbeit der einzelnen Akteure und nutzen das Potenzial der Digitalisierung. Die Krankenhäuser sind zusammen mit der leistungsfähigen ambulanten Versorgung das Rückgrat unseres Gesundheitswesens.

Wir sorgen dafür, dass alle Bürgerinnen und Bürger einen digitalen, wohnortnahen und möglichst barrierefreien Weg, zum Beispiel zur Haus-, Fach-, Zahnarzt- und Notfallversorgung, zu Apotheken, Hebammen, Physiotherapeuten, Gesundheitshandwerken und Sanitätshäusern haben. Wir setzen uns verstärkt für den flächendeckenden Ausbau des psychotherapeutischen Behandlungsangebots für Kinder und Jugendliche ein."

## BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Die sektorenübergreifende Bedarfsplanung findet sich explizit im Wahlprogramm von Bündnis 90/Die Grünen. Auch die Rolle der Kommunen soll weiter gestärkt werden. Mit der Forderung nach einer Vereinheitlichung der ambulanten und stationären Vergütung und der Fusion von EBM und GOÄ gehen die Forderungen von Bündnis 90/Die Grünen am weitesten von allen Parteien.

„Um die Versorgung in Stadt und Land sicherzustellen, wollen wir, dass ambulante und stationäre Angebote in Zukunft übergreifend geplant werden und etwa regionale Versorgungsverbünde mit enger Anbindung an die Kommunen gefördert werden. Perspektivisch soll es eine gemeinsame Abrechnungssystematik für ambulante und stationäre Leistungen geben. Außerdem heben wir die strikte Trennung der ambulanten Gebührenordnungen EBM und GOÄ auf. [...] Gleichzeitig wollen wir die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen stärken." →

## FDP

Auch im Wahlprogramm der FDP kann man herauslesen, dass die Krankenhäuser weiter für ambulante Leistungen geöffnet werden sollen.

„Wir wollen die künstliche Sektorenbarriere zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungsbereich konsequent abbauen und die Verzahnung und Vernetzung aller Versorgungsbereiche weiterentwickeln. Wir lassen uns weiterhin vom Grundsatz „ambulant vor stationär" leiten. Die gesetzlichen Vergütungsregelungen erschweren es derzeit, Behandlungsmethoden aus dem Krankenhaus in den ambulanten Sektor zu überführen. Für die Dauer der Entscheidungsverfahren muss die stationäre Vergütung erhalten bleiben, damit keine Patientin und kein Patient unversorgt bleibt."

## DIE LINKE

Sektorenübergreifende Bedarfsplanung und die Neuordnung der Landesausschüsse steht auch auf der Agenda der LINKEN.

„Wir wollen, dass stationäre und ambulante Versorgung gemeinsam nach Gemeinwohlinteressen geplant und gestaltet wird. Auch Psychotherapeut*innen, Physio- und Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Podolog*innen, Hebammen und Apotheken müssen überall erreichbar sein. Wir wollen gemeinsame Planungsgremien auf Landesebene unter Beteiligung von Patient*innenvertretung, Ländern und Kommunen, Ärzt*innen, Krankenhäusern und Krankenkassen einrichten." ■

BDRH SERVICE GMBH

# Wir sind für Sie da!

Die BDRh Service GmbH ist die Managementgesellschaft des Berufsverbands Deutscher Rheumatologen e. V. (BDRh). Wir unterstützen rheumatologische Praxen und Krankenhäuser mit folgenden Leistungen:

- Sonderverträge mit Krankenkassen
- Dokumentation mit der neuen Rheuma-IT RheMIT
- Kooperationen mit Dienstleistern zur Sicherung von Sonderkonditionen
- Fortbildung für Rheumalogen und Praxispersonal
- Spezielle Projekte

Bei Interesse nehmen Sie gerne Kontakt zu uns auf!

***Sonja Froschauer***
*Ansprechpartnerin für Mitglieder*
*kontakt@bdrh-service.de*
*Tel. + 49 89 90414141 3*

# UPDATE STATUS QUO DER ASV IN DER RHEUMATOLOGIE

Sonja Froschauer

Anna Sollacher

**Kontaktdaten**
Sonja Froschauer
sonja.froschauer@
bdrh-service.de
Tel. 089/90414141-2

Anna Sollacher
anna.sollacher@
bdrh-service.de
Tel. 089/90414141-7

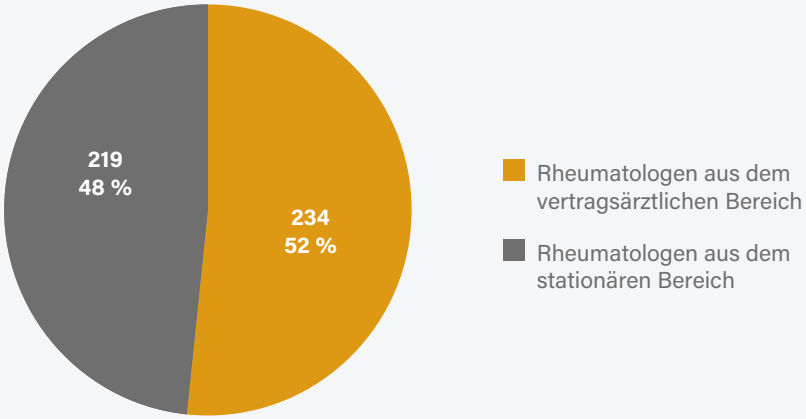
BDRh Service GmbH
Dr.-Max-Str. 21
82031 Grünwald
www.bdrh-service.de

In dieser Abschlussbeilage darf natürlich ein kurzes Update zu den Zahlen in der ASV Rheuma nicht fehlen. Hier haben wir uns nochmal aktuelle, unveröffentlichte Daten des GKV-Spitzenverbands vom 10.11.2021 und die Daten der ASV-Servicestelle vom 25.10.2021 angesehen.

## ASV RHEUMA FÜR ERWACHSENE
## 57 TEAMS
## 453 RHEUMATOLOGEN

Bei der ASV Rheuma für Erwachsene gibt es laut den Daten des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) 57 Teams mit insgesamt 453 Rheumatologen. Wenn man die Daten mit den 1.106 an der Patientenversorgung tätigen Rheumatologen vergleicht (registrierte Ärzte bei den Ärztekammern in 2020)[1], nehmen inzwischen 41 % aller Rheumatologen in der Erwachsenenversorgung an der ASV teil.

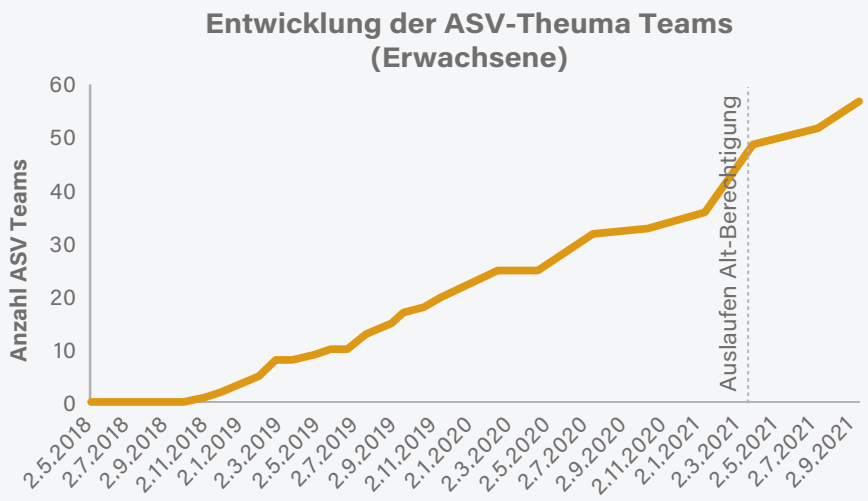
**Verteilung Rheumatologen ambulant / stationär in den ASV-Teams bei Rheuma für Erwachsene**




Datenquelle: GKV-Spitzenverband am 10.11.2021

Insgesamt ist die Aufteilung bezogen auf die Sektoren annähernd gleich. 48 % (219) der Rheumatologen in den ASV-Teams für Erwachsene sind stationär tätig und 52 % (234) sind aus dem vertragsärztlichen Bereich.

Die ASV Rheuma-Teams für Erwachsene haben mindestens einen Rheumatologen (den Teamleiter). Das Team mit den meisten Rheumatologen hat 28 eingeschlossen. Im Durchschnitt sind 8 Rheumatologen in einem ASV Rheuma-Team tätig.

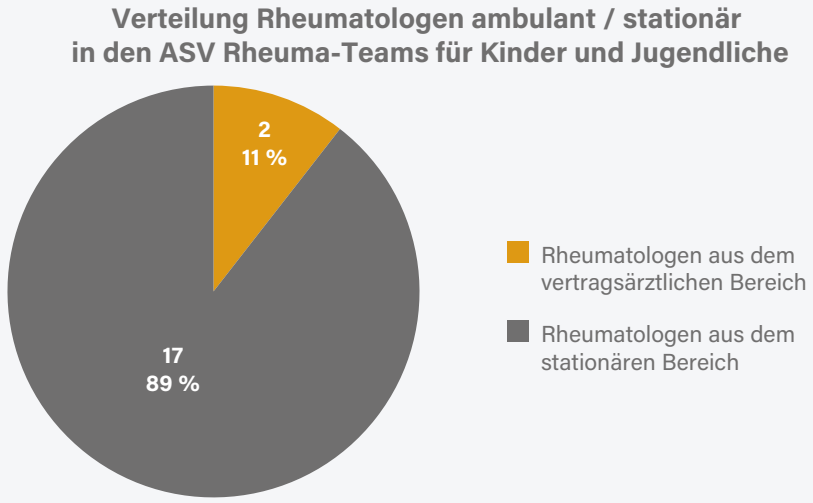



Datenquelle: ASV-Servicestelle am 25.10.2021

Seit dem Inkrafttreten der ASV Rheuma am 19.04.2018 und insbesondere seit dem 4. Quartal 2018 ist bei den Erwachsenen ein stetiger Zuwachs an Teams zu verzeichnen. Ein weiterer starker Anstieg ist ab März dieses Jahres zu sehen, welcher auf das Auslaufen der dreijährigen Übergangsfrist am 18.04.2021 zurückzuführen ist. Denn Krankenhäuser, die noch eine Zulassung zur ambulanten Behandlung am Krankenhaus nach § 116b SGB V alter Fassung hatten, konnten nur noch bis April dieses Jahres auf dieser Grundlage abrechnen. Um weiterhin ambulant tätig sein zu dürfen, müssen sie spätestens seit April 2021 eine ASV-Berechtigung vorweisen, sofern keine alternativen Abrechnungswege wie z. B. eine Hochschulambulanz vorliegen. Seit der Datenauswertung für die zweite Beilage dieser Serie zur ASV Rheuma am 3.5.2021 sind hier 15 weitere Teams hinzugekommen.

## ASV RHEUMA FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
## 7 TEAMS
## 19 KINDERRHEUMATOLOGEN

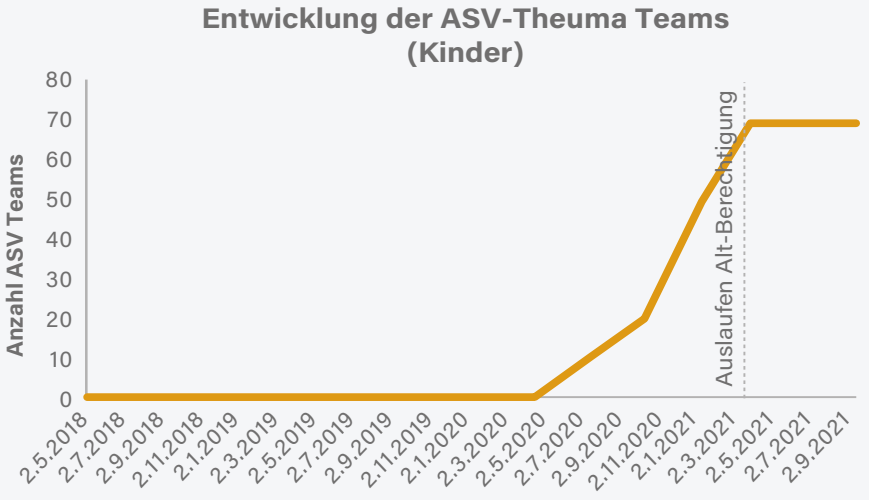
Bei der ASV Rheuma für Kinder und Jugendliche gibt es laut den Daten des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) vom 10.11.2021 7 Teams mit insgesamt 19 Kinderrheumatologen. Dies entspricht einem Anteil von 8 % der tätigen Kinderheumatologen, bezogen auf die 226 im Jahr 2020 bei der Bundesärztekammer (BÄK) gelisteten Kinderrheumatologen[2]. →




Datenquelle: GKV-Spitzenverband am 10.11.2021

Die ASV Rheuma-Teams für Kinder und Jugendliche befinden sich weitestgehend am Krankenhaus. In diesen Teams gibt es zwei Kinderrheumatologen aus dem vertragsärztlichen Bereich und 17 aus dem stationären Bereich. Die beiden vertragsärztlichen Kinderrheumatologen sind in einem Team, in den anderen 6 Teams sind nur am Krankenhaus tätige Kinderrheumatologen.

In jedem Team gibt es mindestens einen Kinderrheumatologen, der die Teamleitung übernehmen muss. Maximal sind 7 Kinderrheumatologen in einem Team, im Durchschnitt sind es 3 Kinderrheumatologen.




Datenquelle: ASV-Servicestelle am 25.10.2021

Bei den ASV-Teams für Kinder ist allerdings weniger Dynamik zu spüren als bei den Erwachsenen. Dort haben sich erst über zwei Jahre nach Inkrafttreten der Indikation die ersten ASV-Teams gebildet. Hier hat das Auslaufen der Alt-Berechtigung keinen weiteren Anschub hervorgerufen. Seit Mai dieses Jahres stagniert die Zahl der ASV-Teams bei Rheuma für Kinder und Jugendliche bei 7.

Zusammenfassend kann hier festgehalten werden, dass die ASV Rheuma für die Erwachsenen einen Aufwärtstrend zeigt. Bei den Kindern ist allerdings eine Stagnation und wenig Entwicklung zu sehen. Hier gilt es die Ursachen zu finden und ggf. weitere Maßnahmen seitens des BDRh in die Wege zu leiten. ■

[1]Ärztinnen und Ärzte mit Schwerpunktbezeichnung, BÄK: www.gbe-bund.de (Pfad: Gesundheitsversorgung > Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung > Ärzte, Ärztliche Praxen, Ärztliche Leistungen) und Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung, BÄK: www.gbe-bund.de (Pfad: Gesundheitsversorgung > Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung > Ärzte, Ärztliche Praxen, Ärztliche Leistungen)

[2]Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung, BÄK: www.gbe-bund.de (Pfad: Rahmenbedingungen > Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals)

# ERFAHRUNGSBERICHT
# AMBULANZ – ASKLEPIOS KLINIKUM BAD ABBACH

**Kontaktdaten**
Prof. Dr. med. Boris Ehrenstein
Oberarzt, Facharzt für Innere Medizin/ Rheumatologie, Infektiologie
Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie
Asklepios Klinikum Bad Abbach GmbH
Kaiser-Karl V.-Allee 3
93077 Bad Abbach
Tel.: 09405/18-2363
b.ehrenstein@asklepios.com

## ECKDATEN

**Seit wann nimmt Ihr Team an der ASV teil?**
Der erweiterte Landesausschuss (ELA) in Bayern hat unsere ASV Ende Februar 2020 zugelassen, die ersten Patienten wurden im 2. Quartal 2020 behandelt.

**Wie sieht ihr Team aus (wie viele Rheumatologen, sind auch niedergelassene Rheumatologen im Team integriert)?**
Unser ASV-Team besteht aus den 5 Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie unserer Klinik.

**Wie viele Patienten behandeln Sie in etwa im Rahmen der ASV?**
Die ambulante Versorgung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen wurde inzwischen von der bis Ende 2020 betriebenen Hochschulambulanz vollständig auf eine Versorgung in der ASV Rheumatologie umgestellt. Hier werden somit aktuell pro Quartal bereits über 1.000 Patientinnen und Patienten in der ASV behandelt.

**Wie ist die Akzeptanz der Patienten hinsichtlich der ASV?**
Wir haben bisher noch keine systematische Patientenbefragung zur Akzeptanz durchgeführt, der persönliche Eindruck im täglichen Behandeln von ASV-Patienten zeigt aber eine große Zufriedenheit, insbesondere da nun Spezialuntersuchungen wie eine MRT zeitnah im Rahmen der ASV veranlasst und vor Ort in unserem Klinikum oder am Universitätsklinikum Regensburg ambulant durchgeführt werden können.

**Wie groß ist der Aufwand, den Sie bzgl. der Information der Patienten über die ASV haben bzw. treiben?**
Die Patientinnen und Patienten werden bei ihrer ersten Behandlung in der ASV Rheuma durch ein einseitiges Informationsblatt auf die Besonderheiten dieser Behandlungsform hingewiesen. In unserer Erfahrung können hierdurch die allermeisten Fragen bereits in der Wartezeit auf ihren Vorstellungstermin zur Genüge beantwortet werden, selbstverständlich werden organisatorische Fragen auch im Rahmen der Anmeldung an der Leitstelle sowie durch die Ärztinnen und Ärzte beantwortet.

## ZUSAMMENARBEIT IM TEAM

**Wie funktioniert die Zusammenarbeit im Team?**
Da die Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie in unserer ASV zusätzlich als Oberärztin/Oberarzt/Chefarzt der Klinik für Rheumatologie an unserem Klinikum tätig sind, werden hier bei den täglichen klinikinternen Besprechungen auch alle rheumatologischen fachlichen Herausforderungen bzw. Probleme aus der ASV besprochen.

**Wo gibt es Hürden / Schwierigkeiten?**
Die Dokumentation und Abrechnung der rheumatologischen Behandlung erfolgt über das Krankenhaus-Informationssystem unseres Klinikums. Da an unserem Standort und anderen Standorten unseres Konzerns im Allgemeinen und insbesondere mit diesem System noch keine Erfahrungen in der ASV-Abrechnung nach EBM bestanden, waren hier viele Anpassungen des Systems, das Hinzuziehen entsprechender IT-Experten, und viele Telefonate mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Krankenkassen bis zur Etablierung einer erfolgreichen Abrechnung in der ASV notwendig.

**Wie handhaben Sie die gemeinsame Sprechstunde?**
Die Fachdisziplinen des Kernteams sind bzgl. der Dermatologie, Nephrologie und Pneumologie in unserer ASV durch Kolleginnen und Kollegen des Universitätsklinikums Regensburg besetzt. Hier kann bei Bedarf durch den bereits vor der ASV etablierten täglichen rheumatologischen Konsildienst auch eine interdisziplinäre Evaluation in den entsprechenden Sprechstunden angeboten werden. Die Kollegen der Orthopädie können für spezielle Fragestellungen an der Schnittstelle von Rheumatologie und Orthopädie, da sie ebenfalls im Ambulanzbereich unseres Klinikums in Bad Abbach tätig sind, direkt konsiliarisch in unseren ASV-Sprechstunden hinzugezogen werden.

## ALLGEMEIN

**Gibt es „Lücken", wo die ASV aktuell noch nicht umfassend ist?**
Durch die Umstellung der ambulanten rheumatologischen Behandlung von einer Hochschulambulanz auf die ASV Rheumatologie zeigte sich, dass weit über 90 % der bisher betreuten Patientinnen und Patienten in der ASV Rheuma ohne Probleme weiterbehandelt werden konnten. Eine Ausnahme hiervon stellen die bisher mit einem humoralen Immundefekt betreuten Patientinnen und Patienten dar, die einer intravenösen oder subkutanen Immunglobulin-Substitutionstherapie dauerhaft bedürfen. Hierfür wurde von uns bereits ein entsprechender Antrag zur Erweiterung der in der ASV Rheuma behandelbaren Diagnosen beim G-BA angeregt.

**Was möchten Sie anderen Ambulanzen / Teams mit auf den Weg geben?**
Falls organisatorisch möglich, ist ein langsamer Start in die ASV Rheuma mit der Behandlung und Abrechnung einer überschaubaren Anzahl von Patientinnen und Patienten in den ersten Wochen bzw. Monaten anzuraten, da erst im Alltag der ASV eine Reihe von Problemen auffällig werden, und diese dann vor dem großen Routinebetrieb durch Anpassung der Abläufe und gegebenenfalls des Krankenhaus-Informationssystems behoben werden können. ■

# ERFAHRUNGSBERICHT
# NIEDERGELASSENE PRAXIS – RHEUMAPRAXIS AN DER HASE

**Kontaktdaten**
Dr. med. Patrick Wurth
Rheumapraxis an der Hase
Möserstraße 46
49074 Osnabrück
Tel. 0541/358580
p.wurth@rheumapraxis-os.de

## ECKDATEN

**Seit wann nimmt Ihr Team an der ASV teil?**
Seit 2019. Die Vorbereitung hatte uns zuvor über 6 Monate gekostet.

**Wie sieht Ihr Team aus? (Wie viele Rheumatologen gibt es? Sind auch stationäre Rheumatologen im Team integriert?)**
5 Rheumatologen aus unserer Praxis bedienen die ASV. Rheumatologisch-orthopädische Kollegen haben wir in Sendenhorst und Lengerich für unser Team gewonnen. Unsere ländliche Lage im Osnabrücker Land bietet uns leider keine stationäre internistisch-rheumatologische Versorgung vor Ort.

**Wie viele Patienten behandeln Sie etwa im Rahmen der ASV?**
Gegenwärtig behandeln wir ca. 220 Patienten. Initial haben wir in erster Linie Kollagenosen und Vaskulitiden ins Programm aufgenommen.

**Wie ist die Akzeptanz der Patienten hinsichtlich der ASV?**
Die meisten Patienten sind sich der Terminproblematik bei Fachärzten wohl bewusst. Die Möglichkeiten durch die ASV werden daher sehr geschätzt. Die Resonanz ist sehr positiv, die Patienten sind dankbar.

**Wie ist der Aufwand, den sie bezüglich der Information der Patienten über die ASV haben bzw. treiben?**
In Frage kommende Patienten werden über die Möglichkeit der ASV aufgeklärt. Die Dokumentation des Aufklärungsgesprächs erfolgt schriftlich und Informationsblätter zur ASV werden ausgehändigt. Speziell geschulte MFAs und ärztliche Kollegen stehen den Patienten im Laufe der weiteren Behandlung telefonisch und vor Ort bei Fragen zur Verfügung. Der Aufwand erscheint angemessen.

## ZUSAMMENARBEIT IM TEAM

**Wie funktioniert die Zusammenarbeit im Team?**
Die Zusammenarbeit im Kernteam verläuft komplikationslos, die Kollegen haben direkte Kommunikationsmöglichkeiten. Die meisten Termine können innerhalb einer Woche zur Verfügung gestellt werden. Auch außerhalb des Kernteams ist die Arztkommunikation und die Kommunikation unter den Helferinnen sehr zuvorkommend und vor allem schnell.

**Hat sich die Zusammenarbeit durch die ASV verändert?**
Auch vor der ASV bestand ein enger Draht zu den Kollegen, die heute zumeist im Kernteam organisiert sind. Die Zusammenarbeit der Helferinnen untereinander hat sich allerdings deutlich verbessert.

**Wie häufig und auf welche Weise tauschen Sie sich mit ihren Teammitgliedern aus?**
Die Kommunikation erfolgt zumeist schriftlich. Erfreulich verläuft die rasche Befundmitteilung, auch noch über Fax, in dringenden Fällen sicherlich auch umgehend telefonisch oder bei der Konferenz. Im weiteren Verlauf sind wir am E-Arztbrief sehr interessiert.

**Wie ist der Ablauf der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit?**
- Was funktioniert gut?
  Terminvergabe
- Welche technischen Hilfsmittel nutzen Sie?
  Persönliche Zusammenkunft, Fax, EDV, Telefon
- Haben Sie Tipps für andere Teams?
  Leitende MFA schon bei der Organisation und Etablierung der ASV involvieren.
  Viel Kommunikation in der ASV läuft über MFA.

## ALLGEMEIN

**Gab es in der ASV eine Herausforderung, für die Sie eine pragmatische Lösung gefunden haben? Erzählen Sie uns davon.**
Leider gelang es uns nicht, lokale angiologische Kollegen für unsere ASV zu begeistern. Mithilfe der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) und des ELA gelang es uns aber, Kollegen zu finden, die knapp über der angestrebten 30-Minuten-Entfernung zu erreichen sind.

**Gibt es Lücken, wo die ASV noch nicht umfassend ist?**
In ländlichen Regionen ist die 30-Minuten-Regel eine Einschränkung. Das ASV-Modul unseres Arzt-Informations-Systems (Medistar) ist sicherlich, besonders unter Berücksichtigung der Kosten, ausbaufähig.

**Was möchten Sie anderen Teams mit auf den Weg gegeben?**
Die Möglichkeiten der ASV stellen sicherlich einen guten Weg zur Optimierung der Patientenversorgung dar. ■

# AUFGABEN DER ASV-TEAMLEITUNG

Im ASV-Team den Hut aufzuhaben – das hat derzeit einen strategischen oder psychologischen, aber leider keinen finanziellen Vorteil. Mit der Übernahme der Teamleitung sind jedoch Aufgaben verbunden, über die wir hier einen Überblick geben wollen. Dabei gilt: Nicht alles ist durch die Teamleitung selbst zu leisten, es können auch geeignete organisatorische Strukturen geschaffen werden, z. B. durch die Einbindung von Mitarbeitern aus der Klinikverwaltung oder Praxis.

Die Teamleitung ist Teil des Kernteams. Ihr (geographischer) Tätigkeitsort ist maßgeblich für die mögliche Ausdehnung des Teams. Für die ASV Rheuma wird die Teamleitung stets durch einen Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie wahrgenommen, bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch einen Kinder- und Jugendmediziner mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie. Die Teamleitung ist stets namentlich zu benennen. „Die Teamleitung koordiniert die ASV-Versorgung der Patienten fachlich und organisatorisch", so die ASV-Richtlinie – aber was heißt das eigentlich genau? Nachfolgend haben wir die wichtigsten Aufgaben zusammengestellt. Nicht aufgeführt sind hier Aufgaben zur Implementierung der ASV in den Versorgungsalltag der eigenen Einrichtung (Klinik, Praxis), da dies alle Teammitglieder unabhängig von ihrer Position im Team gleichermaßen betrifft.

**EINMALIG / VOR START**

- Zusammenstellung des ASV-Teams anhand der in der Konkretisierung vorgegebenen Fachgruppen
- Koordination der Anzeigenerstellung – Einholen der benötigten Unterlagen
- Koordination des Unterschriftenverfahrens des Kooperationsvertrages
- Einreichung der Anzeige beim Erweiterten Landesausschuss (ELA)
- Übernahme der Funktion als Ansprechpartner des ELAs, Koordination der Beantwortung von Fragen und Bearbeitung von Nachforderungen
- Einrichtung eines Online-Kontos bei der ASV-Servicestelle (www.asv-servicestelle.de) und Einpflegen der Daten des ASV-Teams und seiner Mitglieder
- Beantragung der ASV-Teamnummer über die ASV-Servicestelle
- Weitergabe der ASV-Teamnummer an die Teammitglieder (nach Erteilung)
- Information aller Teammitglieder (über Vorgaben, Abmeldung bei Krankheit, Urlaub, Ausscheiden, Abläufe)
- Koordination der Kommunikationsmaterialien und Prozesse im Team
- Optional: Meldung der ASV-Tätigkeit bei Landesverbänden der (Ersatz-)Kassen, KV und Landeskrankenhausgesellschaften

## EINMALIG / VOR START

**Zusammenstellung des ASV-Teams anhand der in der Konkretisierung vorgegebenen Fachgruppen**

Vor der Einreichung einer Teilnahmeanzeige muss zuerst das ASV-Team gebildet werden. Dazu gibt der G-BA in seiner Konkretisierung der ASV Rheuma (für Erwachsene bzw. Kinder/Jugendliche) vor, welche Fachgruppen in den jeweiligen Teamebenen vertreten sein müssen. In der Regel kümmert sich die zukünftige ASV-Teamleitung um die Ansprache der umliegenden Kollegen und die Initiierung der Kooperationsvereinbarung. Hier lohnt es sich frühzeitig zu beginnen, denn dieser Prozess samt Einholung der benötigten Unterlagen kann 6 bis 9 Monate in Anspruch nehmen.

**Koordination der Anzeigenerstellung – Einholen der benötigten Unterlagen**

Die Teamleitung ist letzten Endes auch für die Antragstellung beim erweiterten Landesausschuss (ELA) verantwortlich. Hierzu müssen die notwendigen Informationen und Unterlagen je Arzt und teilweise teamübergreifend gesammelt, das Antragsformular ausgefüllt und die Unterlagen beim ELA eingereicht werden. Die Korrespondenz mit dem ELA läuft über die Teamleitung.

**TIPP:** Es empfiehlt sich, bei den Hinzuzuziehenden lediglich die Institutionen zu nennen, um sich hier einerseits Aufwand bei der Antragstellung zu sparen, aber auch später müssen personelle Änderungen dann zumindest bei den Hinzuzuziehenden nicht ständig gemeldet werden. Die Mitglieder des Kernteams müssen hingegen namentlich genannt werden. Hier empfiehlt sich, die Fachgruppen mindestens doppelt zu besetzen, um bei Urlaub, Krankheit etc. ggf. keine Meldungen vornehmen zu müssen. Dies ist abhängig vom ELA und dort zu erfragen.

**Koordination des Unterschriftenverfahrens des Kooperationsvertrages**

Die Teammitglieder müssen nicht in einer Institution – einem Krankenhaus oder Medizinischem Versorgungszentrum (MVZ) – tätig sein, sondern das Team kann auch durch eine Kooperation mehrerer Einrichtungen gebildet werden. In diesem Fall ist ein Kooperationsvertrag zu schließen, der dem ELA mit der Teilnahmeanzeige vorzulegen ist. Ein privatrechtlicher Vertrag ist ausreichend, eine vertragsarztrechtliche Gestaltung beispielsweise als Berufsausübungsgemeinschaft oder Teil-Berufsausübungsgemeinschaft ist nicht erforderlich. Die Kooperation begründet rechtlich gesehen eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), sodass im Vertrag bestimmte formale Punkte beachtet werden sollten. Eine Rechtsberatung ist daher zu empfehlen.

**Einreichung der Anzeige beim Erweiterten Landesausschuss**

Haben Sie alle Unterlagen beisammen, reichen Sie diese beim ELA ein. Bisher ist nur in sehr wenigen ELAs eine elektronische Übermittlung möglich. Am besten informieren Sie sich hier direkt bei Ihrem ELA.

Reichen Sie die Unterlagen am besten komplett und auf einmal ein. Das reduziert Nachforderungen und beschleunigt insgesamt den Prozess. Der ELA hat zwar eine Zwei-Monatsfrist, in der er der Anzeige widersprechen kann, werden jedoch Nachforderungen gestellt, hemmt dies diese Frist.

→

**Übernahme der Funktion als Ansprechpartner des ELAs, Koordination der Beantwortung von Fragen und Bearbeitung von Nachforderungen**
Hat der ELA Fragen oder werden Nachforderungen gestellt, werden diese an den Teamleiter gerichtet. Dieser ist dann dafür verantwortlich, die Informationen und Unterlagen ggf. auch bei seinen Teammitgliedern einzuholen und an den ELA weiterzugeben.

**Einrichtung eines Online-Kontos bei der ASV-Servicestelle und Einpflegen der Daten des ASV-Teams und seiner Mitglieder**
Spätestens wenn die Anzeige eingereicht ist, sollte ein Online-Konto bei der ASV-Servicestelle (**www.asv-servicestelle.de**) eingerichtet werden. Dort müssen die Daten des ASV-Teams und all seiner Mitglieder eingepflegt werden. Jedes Team kann aber entscheiden, ob die Daten dann öffentlich zugänglich sind. Anhand dieser Daten kann man dann bei der ASV-Servicestelle die Teamnummer beantragen.

**Beantragung der ASV-Teamnummer über die ASV-Servicestelle**
Für die Abrechnung, Verordnungen und Überweisungen benötigen die Ärzte eine 9-stellige ASV-Teamnummer. Diese beantragt der Teamleiter bei der ASV-Servicestelle. Für die Ausgabe der Teamnummer benötigt die ASV-Servicestelle verschiedene Angaben zu den Teammitgliedern wie Name, Fachgebiet, Abrechnungs-IK und Praxisadresse sowie den positiven Bescheid des ELA zur ASV-Berechtigung.

**TIPP:** Um das Verfahren zu beschleunigen, sollte der Teamleiter die Nummer bereits beantragen, sobald der Antrag beim ELA eingereicht wurde. Sobald der Bescheid über die ASV-Berechtigung vorliegt, kann diese digital – am besten per Mail – an die ASV-Servicestelle übermittelt werden.

**Weitergabe der ASV-Teamnummer an die Teammitglieder (nach Erteilung)**
Hat die Teamleitung die ASV-Teamnummer von der ASV-Servicestelle erhalten, sollte er die Nummer an die Teammitglieder weitergeben, damit diese Ihre Formulare entsprechend vorbestellen oder ihr PVS / KIS für die ASV-Tätigkeit vorbereiten können.

**Information aller Mitglieder (über Vorgaben, Abmeldung bei Krankheit, Urlaub, Ausscheiden, Abläufe)**
Vor dem Start der ASV-Tätigkeit sollte die Teamleitung alle Mitglieder über die wesentlichen Eckpunkte der Zusammenarbeit informieren. Es sollte darüber informiert werden, wann und wie die Abmeldung bei Krankheit, Urlaub und Ausscheiden erfolgt. Denn diese Informationen sind an weitere Institutionen zu geben (siehe weiter unten).

**Koordination der Kommunikationsmaterialien und Prozesse im Team**
Im Team sollte gemeinsam entschieden werden, welche Kommunikationsmaterialien im Rahmen der ASV-Arbeit verwendet und wie die Prozesse im Team strukturiert werden. Die Teamleitung sollte diese Abstimmung koordinieren. Kommunikationsmaterialien sind z. B. für folgende Personen sinnvoll: Patienten, Überweisende, im Team (siehe S. 19ff.).

Die Information des Patienten ist zu dokumentieren (vgl. § 15 ASV-RL). Es sollte festgelegt werden, wie / wann die Teammitglieder über neue ASV-Patienten informiert werden und über welche Tools und Wege kommuniziert wird.

**TIPP:** Es bietet sich an, eine Online-Plattform für das Team anzuschaffen, mit dem nicht nur der zeitnahe Zugriff auf die Befund- und Behandlungsdokumentationen erfolgen kann (siehe oben), sondern über die ggf. gleich eine digitale Akte der Patienten geführt werden kann und über die auch die Kommunikation der Teammitglieder und die Einbindung der Zuweiser erfolgen kann.

**Optional: Meldung der ASV-Tätigkeit bei Landesverbänden der (Ersatz-) Kassen, KV und Landeskrankenhausgesellschaft**

Wurde die ASV-Berechtigung erteilt, müssen die berechtigten Leistungserbringer ihre Teilnahme an der ASV auch gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und der Landeskrankenhausgesellschaft benennen. Neben der Angabe des Erkrankungs- und Leistungsbereichs, auf den sich die Berechtigung erstreckt, ist auch die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams namentlich zu benennen. Die Hinzuzuziehenden sind bei dieser Mitteilung namentlich oder institutionell zu benennen (vgl. § 2 Abs. 2 ASV-RL). Diese Meldung kann, muss aber nicht zwingend die Teamleitung für das gesamte Team übernehmen.

**LAUFEND**

- Laufende Pflege der Übersicht der Teammitglieder und der Kontaktdaten
- Koordination von Vertretungsmeldungen
- Kommunikation von Teamänderungen gegenüber dem ELA: Information über Austritte, Nachmeldung von neuen Teammitgliedern
- Teamverwaltung bei der ASV-Servicestelle (Erfassung Ein- und Austritte)
- Empfehlenswert: regelmäßige stichprobenartige Kontrolle der Richtigkeit der Daten bei der ASV-Servicestelle
- Ansprechpartner bei Fragen der Teammitglieder

## LAUFEND

**Laufende Pflege der Übersicht der Teammitglieder und der Kontaktdaten**

Bei der ASV-Servicestelle werden alle Teammitglieder öffentlich gelistet, sofern dem zugestimmt wurde. Der Teamleitung obliegt damit die Aufgabe, die Zusammenstellung des Teams bei der ASV-Servicestelle laufend zu überprüfen und ggf. zu aktualisieren sowie die generelle Kommunikation mit der Servicestelle. Aus Erfahrung sollte regelmäßig, z. B. einmal pro Quartal, eine Abfrage bei den Teammitgliedern durchgeführt werden, ob die Angaben noch aktuell sind. Dies gilt insbesondere für große Teams.

**Empfehlenswert: regelmäßige stichprobenartige Kontrolle der Richtigkeit der Daten bei der ASV-Servicestelle**

Die ASV-Servicestelle meldet regelmäßig den Krankenkassen das „ASV-Verzeichnis" als Grundlage für die Abrechnungsprüfung. In der Vergangenheit gab es Fehler bei der Servicestelle, wodurch Teamdaten verloren gingen. Es empfiehlt sich, regelmäßig kursorisch die Daten des eigenen Teams zu prüfen.

→

**Teamverwaltung bei der ASV-Servicestelle (Erfassung Ein- und Austritte)**
Verlassen Teammitglieder das ASV-Team oder kommen neue hinzu, ist dies auch bei der ASV-Servicestelle regelmäßig einzupflegen.

**Koordination von Vertretungsmeldungen**
Ein ASV-Team besteht aus zahlreichen Ärzten. Aufgabe der Teamleitung ist es, hier die Zusammensetzung laufend zu überprüfen, da die ASV-Berechtigung maßgeblich von der Qualifikation der beteiligten Fachärzte abhängt. Es ist normal, dass Teammitglieder aufgrund von Urlaub oder Krankheit vertreten werden oder auch einmal ausscheiden (vor allem im Krankenhaus). Dies ist auch in der ASV möglich. Jedoch müssen diese Vertretungen innerhalb bestimmter Fristen an die jeweiligen Institutionen gemeldet werden.

**TIPP:** Bei Hinzuzuziehenden keine namentliche Nennung, sondern nur Institutionen melden (weniger Korrekturbedarf).

Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen sind durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich zu treffen (Facharztstatus). Eine Vertretung der Teammitglieder ist möglich, wenn die Vertretung die persönlichen fachlichen und organisatorische Qualifikationen erfüllt, die für die ASV-Indikationen vorgegeben sind. Dauert die Vertretung mehr als 1 Woche, ist diese dem ELA, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der KV sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden (vgl. § 3 Abs. 4 ASV-RL).

**Kommunikation von Teamänderungen gegenüber dem ELA: Information über Austritte, Nachmeldung von neuen Teammitgliedern**
Scheidet ein Mitglied aus, ist dies dem ELA innerhalb von 7 Werktagen zu melden. War dieses Mitglied relevant für die Erfüllung der personellen Voraussetzungen des ASV-Teams, muss innerhalb von 6 Monaten ein neues Mitglied dem ELA benannt werden. Bis zur Benennung muss die Versorgung durch eine Vertretung sichergestellt werden. Erfolgt keine Nachbenennung innerhalb der 6 Monate verlieren alle Mitglieder ihre ASV-Berechtigung, da das Team dann die personellen Voraussetzungen nicht mehr erfüllen kann (vgl. § 2 Abs. 3 ASV-RL). Dies ist dem ELA spätestens 3 Werktage nach Ablauf der 6-Monatsfrist anzuzeigen.

**TIPP:** Team immer mit mehreren Vertretern einer Fachgruppe besetzen!

| INFORMATION | VERTRETUNG MEHR ALS 1 WOCHE | AUSSCHEIDEN EINES MITGLIEDS | NACH-BENENNUNG EINES MITGLIEDS | INFORMATION, FALLS KEIN NACHFOLGER GEFUNDEN WURDE | VOLLSTÄN-DIGKEIT & RICHTIGKEIT DER KONTAKTDATEN |
|---|---|---|---|---|---|
| **FRIST** | k. A. | innerhalb von 7 Werktagen | innerhalb von 6 Monaten | spätestens 3 Werktage nach Ablauf 6-Monatsfrist | regelmäßig |
| **INSTITUTIONEN** | ELA | ELA | ELA | ELA | ASV-Servicestelle |
| | Landesverbände (Ersatz-)Kranken-kassen | ASV-Servicestelle keine feste Frist, regelmäßig | ASV-Servicestelle keine feste Frist, regelmäßig | | |
| | KV | | | | |
| | Landeskranken-kassenhausgesell-schaft | | | | |

Abb.: Meldepflichtige Informationen und Fristen

**Ansprechpartner bei Fragen der Teammitglieder**
Auch für die Teammitglieder ist die Teamleitung der zentrale Ansprechpartner.

## TIPPS

Bei großen Teams oder auch wenn mehrere Teams geleitet werden, lohnt sich die Schaffung / Einstellung einer Person als „Leitung Organisation ASV“ / „ASV-Koordinator“

Für einen erleichterten Datenaustausch im Team kann sich die Anschaffung einer Online-Plattform lohnen. Dies kann folgende Komponenten umfassen: digitale Akte, zentrale Dokumentation, Kommunikation der Teammitglieder, Einbindung Zuweiser etc.

## MÖGLICHE KOMMUNIKATIONSMATERIALIEN

**Information des Patienten**
Der Patient ist vor Aufnahme in die ASV über diese Versorgungsform und das behandelnde interdisziplinäre Team umfassend aufzuklären (vgl. § 15 ASV-RL). Hierzu kann die Patienteninformation des G-BA verwendet werden (Patienteninformation zur Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, www.g-ba.de). Erfahrungen haben gezeigt, dass ein zusätzlicher Flyer mit Vorstellung der Teammitglieder sinnvoll sein kann. Der Bundesverband ASV bietet hier einen Flyer für Patienten an, der bei Bedarf auf Ihre Praxis / Krankenhaus individualisiert werden kann (Rheuma_Patienten-individuell.pdf, asv-rheuma.de).

Bei Abschluss der Behandlung im Rahmen der ASV muss dem Patienten eine schriftliche Information über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen zur Verfügung gestellt werden. Wird die Behandlung außerhalb der ASV von Nicht-Kernteam-Mitgliedern fortgesetzt, umfasst das Überleitungsmanagement mindestens fol →

gende Komponenten: einen patientenverständlichen Entlass-/Überleitungsbrief (einschließlich Angaben zu Diagnosen, Therapievorschlägen inkl. Medikation, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Häusliche Krankenpflege, Kontrolltermine) sowie die Anleitung der Fortsetzung der Arzneimitteltherapie (vgl. § 15 ASV-RL). Hierfür empfiehlt es sich ebenfalls, eine Mustervorlage zu erstellen.

**Informationen des Überweisenden**
Verdachtsdiagnosen können im Rahmen der ASV abgeklärt werden. Dazu können auch Nicht-ASV-Teammitglieder Patienten an einen ASV-Teamarzt überweisen. Um die umliegenden Zuweiser über die ASV zu informieren, kann z. B. eine Zuweiserbroschüre des Bundesverbandes ASV verwendet werden (Zuweiserinfo_2018_DIN_lang_final.pdf, asv-rheuma.de).

Um die Abklärung der Verdachtsdiagnose zu strukturieren, bietet es sich an, ein Zuweiserformular zur Verfügung zu stellen. Hier bietet der Bundesverband ASV ebenfalls ein Muster an (Zuweiserformular_final.pdf, asv-rheuma.de).

Nach Aufnahme eines zugewiesenen Patienten sollte der zuweisende Arzt über die weitere Behandlung informiert werden. Es ist zu empfehlen, hierfür ein Standardschreiben aufzusetzen, dass dann von allen Teammitgliedern verwendet wird.

**Kommunikation im Team**
Befunde und Behandlungsdokumentation müssen zumindest dem Kernteam zeitnah zur Verfügung gestellt werden (vgl. § 14 ASV-RL).

**TIPP:** Es empfiehlt sich daher eine Daten-Plattform oder Austauschplattform zu nutzen, für die entsprechende Zugriffsrechte definiert werden.

**Überweisungserfordernis**
Innerhalb des Kernteams oder des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis. Bei Überweisungen zu Hinzuzuziehenden ist ein Überweisungsschein erforderlich (mit Kennzeichnung Behandlung § 116b und Ausführung einer Auftragsleistung).

Leistungsanforderungen im Rahmen der ASV müssen jedoch schriftlich erfolgen. Es bietet sich daher an, einen Muster-Anforderungsbogen für ASV-Patienten für das gesamte Team zu erstellen.

Innerhalb eines Krankenhauses kann dies über das KIS erfolgen. Ein externes Kernteammitglied hat jedoch keinen Zugriff auf das KIS / PVS. Daher werden hier die herkömmlichen vertragsärztlichen Formulare verwendet (mit Ausnahme des Rezeptes). Wichtig ist die Kennzeichnung des ASV-Falles:
- Teamnummer statt BSNR
- Status erhält an der letzten Stelle „01“
- Beim Überweisungsschein: Kreuz oben rechts bei „Behandlung nach § 116b“

Für das ASV-Rezept stellt die KBV ein Muster zur Verfügung (KBV – Verordnungen und Formulare in der ASV).

**Im Haus:** Wenn ein Patient innerhalb des Klinikums Leistungen im Rahmen der ASV erhält, ist kein Überweisungsschein erforderlich. Es reicht der Anforderungsbogen mit Definitionsauftrag.

**Extern:** Wird ein Patient extern zur Untersuchung im Rahmen der ASV geschickt, benötigt er einen Überweisungsschein mit Kreuz bei „Behandlung gemäß § 116b SGB V" und „Ausführen von Auftragsleistungen"!

## FAQ

**Spricht etwas dagegen, im Rahmen einer persönlichen Ermächtigung und gleichzeitiger Funktion als Kernteammitglied eines ASV-Teams, Leistungen der ASV im Rahmen der Ermächtigung zu erbringen?**
Gemäß § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V nehmen ermächtigte Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teil, und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer sind gem. § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V berechtigt, Leistungen der ASV zu erbringen. Grundsätzlich kann ein ermächtigter Arzt in seiner Rolle als Vertragsarzt an der ASV teilnehmen. Er müsste allerdings dann auch entsprechend dem ELA in dieser Funktion gemeldet werden. Ein „Umfirmieren" eines Krankenhausarztes, der als Krankenhausarzt ins Team gemeldet wurde, ist aus unserer Sicht nicht möglich.

Es wäre (bei entsprechender Genehmigung des ELA) dann auch nötig, dass der ermächtigte Arzt über die KV oder direkt mit den Kassen abrechnet. Eine Abrechnung über die Krankenhausabrechnung wäre nicht mehr zulässig.

**Wann sind Überweisungen in der ASV nötig?**
**Zugang in die ASV:**
- Grundsätzlich Überweisung durch einen behandelnden Vertragsarzt. Kreuz muss je bei „Behandlung nach § 116b SGB V" und bei „Weiterbehandlung" gesetzt sein.
- Ausnahmen:
  - Keine Überweisung nach stationärem Aufenthalt wegen der ASV-Erkrankung im ASV-teilnehmenden Krankenhaus.
  - Ebenso keine Überweisung für Bestandspatienten von ASV-berechtigten Vertragsärzten.

**In der ASV:**
- Keine Überweisung nötig im Kernteam.
- Überweisung an Hinzuzuziehende mit Zielauftrag (keine Mit- oder Weiterbehandlung). Kreuz bei „Behandlung nach § 116b SGB V" muss laut KBV nicht zwingend gesetzt werden.
- Keine Überweisung, wenn Veranlasser (Kernteammitglied) und Hinzuzuziehender im selben Krankenhaus tätig sind, dann aber schriftliche Leistungsanforderung notwendig. ■

# CHECKLISTE ZUR IMPLEMENTIERUNG DER ASV

Der Prozess der Anzeigenerstellung ist erfolgreich durchlaufen und Sie sind Teil eines ASV-Teams? Nun sollen Sie die ASV in den Versorgungsalltag Ihrer Praxis bzw. Klinik implementieren. Dies ist eine Aufgabe, die jedem im Team zufällt, unabhängig von der Position, die im ASV-Team wahrgenommen wird. An was Sie hier denken sollten, haben wir im Nachfolgenden zusammengestellt.

☐ **Formulare bestellen**

In der ASV werden die Formulare aus der vertragsärztlichen Versorgung verwendet (AU-Bescheinigungen, Reha-Anträge, Überweisungen). Für Verordnungen wird allerdings ein eigenes ASV-Rezept genutzt. Die normalen Formulare müssen im sogenannten Personalienfeld durch eine entsprechende Kennzeichnung ergänzt werden.

- Feld „Betriebsstättennummer“: statt der vertragsärztlichen Betriebsstättennummer (BSNR) wird bei ASV-Patienten die gültige Teamnummer des ASV-Teams eingetragen.
- Feld „Status“: hier ist an der letzten Stelle eine „1“ einzutragen.

Vertragsärzte können zur Bedruckung der Formulare in der ASV ihr Praxisverwaltungssystem nutzen.

☐ **Sonderfall: eigenes Rezeptformular**

Die speziellen ASV-Rezepte haben seitens der Druckerei in der sogenannten Codierleiste bereits die Pseudoziffer „222222222“ (9-mal die 2) aufgedruckt. An dieser Stelle wird bei den normalen Rezepten für die vertragsärztliche Versorgung die BSNR der Praxis eingedruckt, wenn die Rezepte durch die Druckerei ausgeliefert werden. Somit benötigen Vertragsärzte, die an der ASV teilnehmen, zwei Rezeptblöcke.

Die neuen ASV-Rezepte können über die regulären Bezugskanäle beschafft werden, also je nach Region über die KV oder direkt bei den Druckereien.

**PRAXIS-TIPP:** Nutzen Sie für die Versorgung von ASV-Patienten ausschließlich die besonderen ASV-Rezepte mit „222222222“ in der Codierleiste. Andernfalls besteht die Möglichkeit, dass Apotheken die Ausgabe von Medikamenten ablehnen.

☐ **EDV vorbereiten**

Kartenlesegeräte sollten in den entsprechenden Abteilungen, die Patienten in die ASV einschließen, konfiguriert bereitstehen. Hat sich das ASV-Team für eine gemeinsame Plattform zum Austausch aller Befunde entschieden, müssen vorab auch die Zugänge

organisiert werden. Im PVS / KIS sollten alle Beteiligten mit Fachgruppennummer der ASV zugeordnet werden. Die Fachgruppennummer ist wie folgt strukturiert:

- Stellen 1 bis 6: Pseudo-Arztnummer „555555“ (6 x 5)
- Stelle 7: Ordnungsnummer für die Reihenfolge in der Anzeige an die ASV-Verzeichnisstelle (KH-Zähler)
- Stellen 8 und 9: Fachgruppencode

Für Kliniken empfiehlt sich ebenfalls, die Teamzusammenstellung ins Intranet zu stellen (mit Ebenen für Überweisungserfordernis).

Gegebenenfalls lohnt sich die Einrichtung einer automatischen Übertragung häufiger Leistungen (z. B. Labor-Ziffern direkt bei Erbringung).

☐ **Rezeptdruck mit Teamnummern**
Wurde die ASV-Teamnummer von der Teamleitung mitgeteilt, kann der Rezeptdruck mit den Teamnummern initiiert werden.

☐ **Abrechnung mit Praxissoftware klären**
Die Abrechnung im Krankenhaus erfolgt über § 301 SGB V („AMBO-Datensatz“), im vertragsärztlichen Bereich (das beinhaltet auch angeschlossene MVZ) nur noch über die KVen (in der Regel mit einer Gebühr von ca. 2,5 %) oder direkt mit den Krankenkassen. Die direkte Abrechnung bieten die meisten PVS-Systeme jedoch nicht an.

**ACHTUNG:** in der ASV prüft der MDK auch das MVZ bzw. die niedergelassenen Praxen!

☐ **Alle Beteiligte / Abteilungen ins Boot holen**
Vor dem Start der ASV-Tätigkeit ist es sinnvoll, alle Beteiligten im Haus / der Praxis über die neue Versorgungsform und Prozesse zu informieren und vom Vorteil für die Organisation zu überzeugen. Außerdem ist es wichtig, die Zuständigen für die Abrechnung z. B. zu den Sachkosten, Abrechnungsausschlüssen etc. zu schulen. Das KIS hat meist keine eigene Plausibilitätsprüfung. Nur wenn alle Beteiligten davon wissen und die Prozesse entsprechend umsetzen, kann von den Vorteilen der ASV profitiert werden.

☐ **Zuständigkeiten bei Leistungserfassung, Dokumentation exakt festlegen**
Hierzu ist es auch wichtig, festzulegen, wer für die Leistungserfassung und Dokumentation zuständig ist.

☐ **Controlling**
Für das Controlling im Krankenhaus empfiehlt es sich, eine Planung anhand der geschätzten Patientenzahl mal erwartetem Fallwert vorzunehmen. Es empfiehlt sich, im KIS bzw. PVS eine eigene „Station“ / „Einheit“ einzurichten. Die Abrechnung der Leistungen sollte nach Fachgruppennummern erfolgen. Im Krankenhaus sollten die Erlöse den Abteilungen zugeordnet werden. Zur Kontrolle kann die Schlüssigkeit der Patientenzahl mit den erbrachten Leistungen überprüft werden.

**TIPP:** Es empfiehlt sich (zumindest im Klinikum), Abrechnungsbögen für die einzelnen Fachrichtungen zu erstellen. Dies erleichtert einerseits die Abrechnung und erhöht außerdem die Vollständigkeit der Abrechnung.

**Überprüfung der Ein- und Aussteuerungen**
Regelmäßig sollte überprüft werden, ob die ASV-Einschlusskriterien noch greifen. Verdachtsdiagnosen sind innerhalb von zwei Quartalen zu bestätigen. Andernfalls ist die Abrechnung der Leistungen im Rahmen der ASV nicht mehr möglich.

## WICHTIG

- Unterschrift auf Formularen, Rezepten – nur der Gemeldete!
- Vertretung (wie im KV-Bereich) nur bei Urlaub, Krankheit, Fortbildung!
- Höchstpersönliche Leistungserbringung bei Diagnosestellung und leitender Therapieentscheidung.
- Leistungserbringung nur möglich, wenn „1" im Appendix bei entsprechender Fachrichtung gesetzt ist.

## FAQ

**Muss man für die wenigen Fälle, die man als hinzuzuziehender Facharzt hat, auch den gesamten Aufwand mit der Abrechnung, den ASV-Stempeln, KV-Vordrucken usw. betreiben? Erfolgt die Abrechnung hier ebenso wie bei den „großen" Teams unter der entsprechenden Teamnummer, Pseudoarztnummer) als ASV-Fall bei den Kassen?**
Leider ja: Streng genommen muss für jeden Patienten genau differenziert werden, über welches Team (Teamnummer) dieser zugewiesen wird und ihn dann in der Krankenhausabrechnung mit dieser Kennzeichnung unter allen anderen Rahmenbedingungen als ASV-Fall führen. ■

# DIE ASV AUS DER SICHT DER RHEUMATOLOGISCHEN AKUTKLINIKEN

Bei fast dreiviertel der derzeit aktiven rheumatologischen ASV-Teams liegt die Teamleitung bei einem stationären Versorger, wovon mehr als die Hälfte Mitglieder im Verband Rheumatologischer Akutkliniken (VRA) sind. Zum Teil wurden bereits bestehende § 116b-Ambulanzen in die ASV überführt, und darüber hinaus neue Beantragungen durchgeführt, was für einige Krankenhäuser die erstmalige Möglichkeit der ambulanten Behandlung von Rheumapatienten darstellt. Somit hat die ASV zu einer Ausweitung der ambulanten rheumatologischen Versorgung nicht nur in rheumatologischen Kliniken bzw. Abteilungen, sondern auch in Kliniken anderer Fachdisziplinen wie z. B. Pneumologie oder Rheumaorthopädie geführt, die als Kernteammitglieder in der ASV in die Lage versetzt wurden, bisher nicht vorhandene ambulante Versorgungseinheiten aufzubauen.

Neben dieser Steigerung der Quantität ambulanter Ressourcen liegt ein weiterer Vorteil der ASV in der Verbesserung der Versorgungsqualität, welche durch eine engere Vernetzung sowohl der niedergelassenen Ärzte mit den Kliniken als auch der unterschiedlichen Fachbereiche im Kernteam zustande kommt. Neben der hierdurch verbesserten Kommunikationsstruktur zwischen den Fachdisziplinen stellt die Verfügbarkeit der apparativen Einheiten der Krankenhäuser (Röntgen, MRT, Endoskopie...) eine Qualitätsverbesserung in der Versorgung von Menschen mit Rheuma dar, welche nicht nur durch die Erweiterung der zeitlichen Ressourcen für ambulante Termine, sondern auch die oft hochwertige technische Ausstattung in den Kliniken begründet ist. Letztendlich konnte hierdurch innerhalb der letzten 3 Jahre die ambulante Behandlungsquantität und -qualität für Rheumapatienten durch die inzwischen fast 60 rheumatologischen ASV-Teams in Deutschland gesteigert werden, was nicht unerheblich durch die weitere Öffnung der Kliniken für den ambulanten Sektor befördert wurde.

In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass nicht nur die bessere Vergütung der unmittelbaren rheumatologischen Tätigkeiten am Patienten, sondern insbesondere auch die Nutzung von in den Krankenhäusern vorgehaltenen Großgeräten für ambulante Untersuchungen im GKV-Bereich, zusätzliche Erlöse für die Krankenhausträger generieren, welche bisher in der akutstationären Versorgung keine Rolle gespielt haben.

**Kontaktdaten**
Prof. Dr. med. Johannes Strunk
Chefarzt Klinik für Rheumatologie
Ärztlicher Direktor MVZ PoRZ
ASV-Teamleitung Rheuma am Rhein
KRANKENHAUS PORZ AM RHEIN gGmbH
Urbacher Weg 19
51149 Köln
Tel. 02203/566-0
j.strunk@khporz.de

→

**Kontaktdaten**
Prof. Dr. med.
Heinz-Jürgen Lakomek
Direktor Universitätsklinik
für Geriatrie
Geschäftsführer Verband
Rheumatologischer
Akutkliniken
Johannes Wesling
Klinikum
Hans-Nolte-Str. 1
32429 Minden
Tel. 0571/790-3801
rheumatologie-minden@
muehlenkreiskliniken.de

Diese neuen Möglichkeiten der Refinanzierung ambulanter Tätigkeiten können für die Etablierung von Weiterbildungsstellen genutzt werden, da ein Assistenzarzt in der Weiterbildung im Rahmen der ASV unter Supervision eines Rheumatologen (Kernteammitglied) aktiv eingesetzt werden kann, und sich über die Erlöse der Sprechstunde sozusagen selbst finanziert. Somit hat die Einrichtung der ASV in der Rheumatologie zusätzliche indirekte positive Auswirkungen im Sinne einer Förderung der Ausbildung von Rheumatologen, was aufgrund des bestehenden Facharztmangels in Deutschland von Bedeutung ist.

Aus der Sicht der rheumatologischen Akutkliniken kann ein positives Resümee bezüglich der Einführung der ASV mit folgenden Vorteilen zusammengefasst werden:

**Verbesserung der Versorgungsquantität und -qualität**
- neue rheumatologische ASV-Ambulanzen, die vorher nicht existierten
- ASV-Ambulanzen in anderen Kernteam-Fachdisziplinen
- Nutzung stationär vorgehaltener Großgeräte und Infrastruktur
- Vernetzung niedergelassener Ärzte und Kliniken.

**Verbesserung der ambulanten Erlössituation**
- Ausweitung der ambulanten Tätigkeit, Schaffung neuer Stellen
- indirekte Förderung der rheumatologischen Weiterbildung. ■

# INTERVIEW KARIN MAAG – RÜCKBLICK UND PERSPEKTIVEN DER ASV

Seit dem 1. Juli 2021 ist Karin Maag unparteiisches Mitglied beim G-BA. Sie folgt auf Prof. Dr. Elisabeth Pott, die Ende Februar 2021 aus persönlichen Gründen aus der laufenden sechsjährigen Amtszeit ausgeschieden ist. Die Amtszeit von Karin Maag endet – wie die der anderen beiden unparteiischen Mitglieder – im Juni 2024.

In ihrer neuen Funktion beim G-BA übernimmt sie den Vorsitz der beschlussvorbereitenden Unterausschüsse, neben den Bereichen Qualitätssicherung und Disease-Management-Programme (DMP), auch für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Aus diesem Anlass haben wir Frau Maag interviewt.

**Sie waren bis Mitte des Jahres Abgeordnete im Deutschen Bundestag und haben daher die Entstehungsgeschichte der ASV in der Rolle des Gesetzgebers begleitet. Was waren Ihre politischen Intentionen hinter der Einführung der ASV?**

Mit der Neufassung des § 116b SGB V startete am 1. Januar 2012 die ASV im heutigen Sinne. Sie löste die „ambulante Behandlung im Krankenhaus" ab. Nach wie vor geht es darum, das Versorgungsangebot für Patientinnen und Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren und seltenen Erkrankungen zu verbessern – das heißt beispielsweise eine schnelle und gute Abklärungsdiagnostik und ein interdisziplinäres Behandlungskonzept. In der alten Form mit der Begrenzung auf Kliniken als Leistungsanbieter hatte es allerdings große regionale Unterschiede beim Angebot gegeben, das war nicht akzeptabel. Mit der Öffnung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und der Leitidee „jeder kann, der darf" ging es nicht nur um einen interdisziplinären, sondern auch um einen sektorenübergreifenden Versorgungsansatz, der die Patientinnen und Patienten direkt erreicht.

2015 sind wir mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz nochmals an die ASV herangegangen. Um bestehende Versorgungsstrukturen für die Patientinnen und Patienten zu erhalten, wurde der Bestandsschutz für die bisherigen „§ 116b-Krankenhäuser" geregelt. Zudem haben wir bei den onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen die Einschränkung der ASV auf schwere Verlaufsformen aufgehoben, um die betroffenen

**Kontaktdaten**
Karin Maag
Unparteiisches Mitglied
Vorsitzende
Unterausschuss ASV
Gemeinsamer
Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin
http://www.g-ba.de

Patientinnen und Patienten im Rahmen der ASV weiter kontinuierlich zu erreichen und behandeln zu können.

ASV-Angebote sehe ich als große Chance für eine zielgerichtete Versorgung, die ihr Potential bisher leider noch nicht ausgeschöpft hat.

**Wie sieht der Realitätscheck rund vier Monate nach Amtsantritt als unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses ASV aus?**
Als unparteiisches Mitglied beim G-BA bekomme ich tiefergehende Einblicke in jene Ursachen, die dafür verantwortlich sind, dass die ASV mit ihren politisch gesetzten Zielen noch nicht so funktioniert wie erhofft. Ich schaue aus einer anderen Perspektive auf die Ziele und den politischen Auftrag. Gleichgeblieben ist mein Wunsch, Lösungen zu finden, um am Ende die Versorgung auch wirklich besser zu machen. Dazu gehört der Beschluss neuer ASV-Anforderungen. In diesem Jahr kommen beispielsweise Regelungen zu chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen sowie zu Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven hinzu. Nennen möchte ich hier aber auch die Analyse unserer derzeitigen Vorgaben.

**Wo sehen Sie die Hauptherausforderungen?**
Wenn wir ein bundesweit gut gestreutes Angebot an ASV-Teams haben wollen, müssen wir dringend schauen, an welchen Stellen es hakt. Das passiert auch schon, der G-BA ist beispielsweise im Gespräch mit den erweiterten Landesausschüssen. Derzeit ist die Anzahl der Teams regional noch sehr unterschiedlich, woran liegt das genau? Und warum werden die Teams trotz der Öffnung in den niedergelassenen Bereich so selten ambulant oder sektorenübergreifend angeboten? Mein erster, noch nicht abschließender Eindruck ist, dass die Krankenhäuser organisatorisch und strukturell einen Vorsprung gegenüber den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten haben. Möglicherweise bindet der Anmeldevorgang für ein interessiertes Team so viele Kapazitäten, dass das nur Krankenhäuser oder große MVZ mit Verwaltungskapazität stemmen können. Auch unsere eigenen Richtlinienbestimmungen müssen natürlich angeschaut werden, das ist selbstverständlich.

**Wo sehen Sie besonderen Handlungsbedarf?**
Bei der Verschlankung unserer ASV-Richtlinie: Beispielsweise erfordert das Erstellen und Aktualisieren der sogenannten Appendizes, die die einzelnen Leistungsangebote mit ihren Gebührenordnungsziffern (GOP) listet, einen enormen Verwaltungsaufwand. Hier suchen wir nach Möglichkeiten, den Aufwand deutlich zu verringern, gleichzeitig aber die Vergütungssicherheit nicht zu gefährden.

**Wo möchten Sie Schwerpunkte setzen?**
Wichtige Impulse werden wir hoffentlich durch die Ergebnisse eines Innovationsfonds-Projektes zur Evaluation der ASV-Richtlinie bekommen: Hiervon erwarte ich mir nochmals umfassende und belastbare Hinweise dazu, wo wir nacharbeiten müssen beziehungsweise können. Bei der Richtlinie selbst, aber auch bezogen auf Zugangsbarrieren, die nicht beim G-BA, sondern bei anderen Akteuren liegen. ■

## FRAU MAAG, VIELEN DANK FÜR DAS GESPRÄCH!

# EVALUATION DER ASV-RICHTLINIE DES G-BA

Ein Projekt des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (Förderkennzeichen 01VSF19002)

Auch acht Jahre nach Einführung der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) war das Potenzial der sektorenverbindenden Versorgungsform noch nicht annährend ausgeschöpft. Um die Gründe für die langsame Etablierung zu identifizieren und Handlungsempfehlungen abzuleiten, hat ein Konsortium den Förderzuschlag für die Evaluation der ASV-Richtlinie im Rahmen des Innovationsfonds des G-BA erhalten. Der BDRh unterstützte das Projekt als Kooperationspartner (ohne eigene Förderung).

**Kontaktdaten**
Laura Bredow
laura.bredow@
bdrh-service.de
Tel. 089/90414141-6

Bundesverband ambulante
spezialfachärztliche
Versorgung e.V.
Dr.-Max-Str. 21
82031 Grünwald

## ZIELE DES PROJEKTS

Ziel des Forschungsprojekts GOAL-ASV war es, die Umsetzungspraxis der ASV-Richtlinie für alle Indikationen zu evaluieren. Teilziele waren die Analyse des Status quo der ASV-Umsetzung, die Identifizierung relevanter, beeinflussbarer Faktoren für die Teilnahmebereitschaft von Leistungserbringern an der ASV sowie von bestehenden Zugangsbarrieren. Außerdem sollten relevante Faktoren für die praktische Umsetzung identifiziert und die Auswirkungen der ASV auf die Patientenversorgung ermittelt werden.

Hierzu wurden vom 1.1.2020 bis zum 28.2.2022 die Daten der ASV-Servicestelle, des GKV-Spitzenverbands sowie Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen analysiert und Arztpraxen sowie Krankenhäuser zu ihrer Motivation, dem Aufwand und Nutzen bezüglich einer Teilnahme an der ASV befragt. Auch Patientinnen und Patienten sowie Patientenvertreter haben die ASV aus ihrer Sicht bewertet. Hierfür wurden Online-Befragungen, Interviews und Expertenworkshops durchgeführt. Anhand dieser quantitativ und qualitativ gewonnenen Erkenntnisse wurden Handlungsempfehlungen entwickelt, die eine bessere Umsetzung und eine stärkere Etablierung der ASV ermöglichen sollen.

## ERGEBNISSE

Auf dem Symposium des Bundesverbandes ASV „10 Jahre ASV“ am 4. April 2022 in Berlin wurden die Ergebnisse des Versorgungsforschungsprojekts sowie die erarbeiteten Handlungsempfehlungen präsentiert. Es zeigt sich, dass die ASV durchaus Möglichkeiten bietet, die Vernetzung und Kooperation zwischen den Leistungserbringern

→

**Abb.:** Anteilige Verteilung der ASV-Teams pro 1 Mio. Einwohner je KV-Bezirk sowie absolute Anzahl der ASV-Teams und Anzahl Ärzte (in Klammern). Quellen: ASV-Servicestelle, Stand 3.5.2021; GKV-Spitzenverband, Stand 7.4.2021; Statistisches Bundesamt, 2020. Grafik DSAT for MSFT, GeoNames, TomTom

sowie zwischen den Sektoren zu intensivieren. Jedoch bestehen nach wie vor relevante Hürden und Probleme, welche die Teilnahme an der ASV sowie die Umsetzung im Praxisalltag erschweren.

Die Bildung der ASV-Teams – und somit der behandelten Patienten in der ASV – kommt noch immer nur langsam voran. Dies liegt unter anderem an dem aufwändigem und nicht einheitlichem Anzeigeverfahren, welches die Teilnahme an der ASV deutlich erschwert. Auch die intendierte intersektorale Kooperation, insbesondere bei den onkologischen Erkrankungen, wird teilweise nur faktisch umgesetzt, indem einzelne Fachdisziplinen aus dem anderen Sektor besetzt werden oder Kliniken mit ihren eigenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) kooperieren. Insgesamt kommen nur 42 % der ASV-Ärzte aus dem niedergelassenen Bereich, wie nicht veröffentlichte Daten des GKV-Spitzenverbands zeigen. Zudem ist die Anzahl der ASV-Teams in den KV-Bezirken sehr unterschiedlich – insbesondere, wenn man sie in Relation zur Bevölkerung setzt

(Abb.). Die Analysen zeigten auch, dass die ASV-Richtlinie nicht in allen Bereichen die Versorgungsrealität abbildet und teilweise zu Versorgungsbrüchen und Schnittstellenproblemen führt. Beispielweise kann die Abklärung bei Verdacht bei den onkologischen Erkrankungen nicht in der ASV durchgeführt werden, da nur Patienten mit gesicherten Diagnosen in die ASV aufgenommen werden können.

Zudem zeigten die Befragungen, dass nicht alle Ärzte vom Nutzen der ASV für sich und die Patienten überzeugt sind. Die meisten Ärzte sehen durch die ASV keine relevante Steigerung der Qualität in der Patientenversorgung. Diese Einschätzung wurde durch die Patientenbefragungen bestätigt, da die Patienten insgesamt kaum signifikante Vorteile durch die Behandlung in der ASV angegeben haben.

Die im Projekt durchgeführten Interviews und Befragungen der Leistungserbringer ergaben außerdem ein Defizit an Informations- und Austauschmöglichkeiten. Die interviewten Ärzte wünschen sich eine niederschwellige (digitale) Plattform, um über wichtige Regelungen und Inhalte sowie Änderungen informiert zu werden und sich mit anderen ASV-Teams besser auszutauschen.

Die Ertragssituation in der ASV hängt sehr stark von der Teamebene und dem Indikationsbereich ab. Insbesondere durch den Wegfall der Mengenbegrenzung sowie den neuen EBM-Kapiteln für die ASV bzw. die neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) verbessern sich bei den häufigen Erkrankungen die Erlöse in der ASV zum Teil deutlich.

Im Gegensatz dazu ist die Ertragssituation bei den seltenen Erkrankungen deutlich schlechter, da die zeitaufwändige Betreuung der Patienten durch das EBM-System nicht abgedeckt ist. Zudem ist für die hinzuzuziehenden Ärzte die Abrechnung über die ASV häufig nicht interessant, da die Erlöse durch die Betreuung der wenigen ASV-Patienten die Fixkosten, wie beispielsweise für die Software für die Abrechnung nur selten ausgleichen. Dies zeigt sich auch in einer sogenannten Passivteilnahme der hinzuzuziehenden Ärzte, welche die zugewiesenen Patienten teils über die Regelversorgung abrechnen.

Des Weiteren haben die Auswertungen des Projekts gezeigt, dass ein nicht unerheblicher Anteil an sogenannter Mehrfachinanspruchnahme stattfindet – also Patienten sowohl in der ASV also auch in der Regelversorgung behandelt und abgerechnet werden.

## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Zur Verbesserung der ASV hat das Konsortium umfangreiche Handlungsempfehlungen formuliert und mit dem Abschlussbericht dem G-BA vorgelegt. Die Empfehlungen zielen insbesondere auf die folgenden Bereiche:

- Abbau von Teilnahmehürden
- Abbau von Hürden während der Teilnahme
- Verbesserte Vergütung und Abrechnung
- Steigerung des Patientennutzens und der Versorgungsqualität
- Optimierung des Informationsaustauschs zwischen den Leistungserbringern
- Verbesserung der elektronischen Dokumentation

→

## PROJEKTBETEILIGTE

Das Konsortium bestand aus dem Institut für Gesundheit und Soziales (ifgs), der FOM Hochschule für Oekonomie & Management (Projektleitung), dem Leibnitz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS), dem Wissenschaftlichen Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) sowie dem Bundesverband ASV (BV-ASV). Zusätzlich wurden zwölf Kooperationen mit Berufsverbänden und Selbsthilfegruppen etabliert, die das Projekt unterstützten. ■

**Literatur**

ASV-Servicestelle. https://www.asv-servicestelle.de/Home/ASVVerzeichnis/Leistungsbereich.html (letzter Zugriff 15. Juni 2021) | GKV-Spitzenverband. (2021). Unveröffentlichte Daten des Bewertungsausschusses (BA). Berlin | Statistisches Bundesamt. https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=12411-0010&bypass=true&levelindex=1&levelid=1626423075504#abreadcrumb (letzter Zugriff 16. Juli 2021)

# FAZIT ZUR ASV RHEUMA

Anlässlich des dreijährigen Bestehens der ASV Rheuma hatte sich der BDRh dieses Jahr das Ziel gesetzt, diese lang erwartete neue Versorgungsform im Rahmen dieser Beilagenserie näher zu betrachten.

Verteilt über die fünf Beilagen wurden die unterschiedlichsten Aspekte vertieft, beleuchtet und mit thematisch relevanten FAQs und rechtlichen Fragen ergänzt. Die erste Ausgabe fokussierte sich überwiegend auf das Anzeigenverfahren und gab praktische Tipps, um überhaupt in die ASV zu kommen. In der zweiten Ausgabe wurden der Status quo und die aktuellen Zahlen zur ASV Rheuma analysiert. Die dritte Beilage widmete sich der Gestaltung der ASV mit vielen Beispielen und auch rechtlichen Aspekten. Anlässlich der Bundestagswahl im September wurden in der 4. Ausgabe Verbesserungspotenziale und Reformvorschläge vorgelegt. In der letzten Beilage schließen wir mit einem Update der Zahlen, ein paar weiteren praktischen Checklisten und Erfahrungsberichten sowie mit Fazits aus verschiedenen Blickwinkeln ab.

Im Großen und Ganzen kann man sagen, dass die ASV Rheuma zumindest für die Versorgung Erwachsener im Vergleich zu anderen Indikationen von Anfang an gut angenommen wurde und bereits in der Fläche angekommen ist. Zu Beginn dieser Serie waren 37 ASV Rheuma Teams für Erwachsene bei der ASV-Servicestelle gemeldet. Jetzt, ein dreiviertel Jahr später, sind weitere 20 Teams hinzugekommen, sodass es mittlerweile 57 Teams sind. Bei der ASV Rheuma für Kinder und Jugendliche hat es allerdings keinen Zuwachs im Laufe dieses Jahres gegeben. Hier besteht definitiv Handlungsbedarf.

Die Erfahrungsberichte aus Praxen und Kliniken zeigen, dass bereits bestehende Kooperationen die Bildung der ASV-Teams erheblich erleichtert haben, aber durch die teambasierte Arbeit, der Austausch mit den Kollegen und vor allem zwischen den MFA noch besser geworden ist. Die erbrachten Leistungen können im Rahmen der ASV vollumfänglich vergütet werden. Außerdem können Kliniken in die ambulante Versorgung Rheumakranker mit eingebunden werden. Knapp die Hälfte der Rheumatologen in der ASV für Erwachsene kommt aus dem stationären Bereich. Die unbudgetierte Vergütung und die Öffnung der ambulanten Versorgung auch für Kliniken und Ambulanzen kann helfen, der Unterversorgung in der Rheumatologie entgegenzuwirken.

Die Berichte in dieser Beilagenserie haben aber auch gezeigt, dass es noch großes Verbesserungspotenzial für die ASV gibt. Das Anzeigeverfahren ist beispielsweise zu unterschiedlich über die erweiterten Landesausschüsse hinweg und viel zu bürokratisch. Hier sind große MVZ oder Kliniken im Vorteil, die für die Antragstellung und laufende Verwaltung der Teams entsprechend Personal zur Verfügung haben. Für kleine, niedergelassene Praxen ist dieser Aufwand oft schwer zu stemmen. Auch ist das Verfahren zur Anpassung des Leistungsverzeichnisses sehr träge, sodass neue Ziffern erst mit

Sonja Froschauer

Anna Sollacher

**Kontaktdaten**
Sonja Froschauer
sonja.froschauer@
bdrh-service.de
Tel. 089/90414141-2

Anna Sollacher
anna.sollacher@
bdrh-service.de
Tel. 089/90414141-7

BDRh Service GmbH
Dr.-Max-Str. 21
82031 Grünwald
www.bdrh-service.de

großer Verzögerung in der ASV ankommen. Manche gut gemeinten Regelungen, wie die 30-Minuten-Entfernungsregel, erweisen sich in der Praxis oft als nicht umsetzbar, vor allem in Flächenländern mit geringer Facharztdichte. Auch neuartige Entwicklungen im Gesundheitswesen, wie z. B. die Integration von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs), finden bisher noch keine Berücksichtigung in der ASV.

**Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ist für die Rheumatologie eine wichtige neue Versorgungsform, die der Unterversorgung entgegenwirken kann. Dafür muss aber noch an einigen Stellschrauben gedreht und notwendige Reformen durchgeführt werden. Es bleibt spannend, was Karin Maag als neue unparteiische Vorsitzende des G-BA und auch die neue Ampel-Koalition in dieser Hinsicht bewirken werden.** ■

# GLOSSAR

Abschließend werden hier die wichtigsten Begriffe zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erklärt.

## ABRECHNUNGSVERFAHREN

Die ASV sieht eine direkte Abrechnung der einzelnen ASV-berechtigten Ärzte und Krankenhäuser mit den Krankenkassen vor. Die Einzelheiten wurden durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den GKV-Spitzenverband in einer Abrechnungsvereinbarung festgelegt. Diese regelt zum Beispiel die Formate der Abrechnungsdaten und deren Übertragung.

Aktuell kommen drei Arten eines Abrechnungsweges in Betracht: unmittelbare Abrechnung mit der Krankenkasse, Abrechnung unter Einschaltung der Kassenärztlichen Vereinigung, Verfahren nach § 301 SGB V.

## ANZEIGEVERFAHREN

Um ASV-Leistungen erbringen und abrechnen zu dürfen, ist eine Berechtigung notwendig. Dazu ist der Teilnahmewunsch an der ASV unter Vorlage aller notwendigen Dokumente (z. B. Qualifikationsnachweise) beim Erweiterten Landesausschuss anzuzeigen. Dieser ist berechtigt, bei Fehlen einer notwendigen Teilnahmevoraussetzung (trotz Monierung und Nachforderung durch den Erweiterten Landesausschuss) die ASV-Berechtigung zu verweigern.

## ASV-BERECHTIGTE

ASV-berechtigt sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer (Vertragsärzte, MVZ, ermächtigte Ärzte, Heil- und Hilfsmittelerbringer) oder zugelassene Krankenhäuser, die die Voraussetzungen zur ASV-Teilnahme entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (und ihrer Anlagen zu den jeweiligen ASV-Indikationen) erfüllen. Sie müssen ihre Teilnahme beim zuständigen Erweiterten Landesausschuss angezeigt haben, der dieser nicht widersprochen hat. Im Falle von bestehenden Kooperationsverpflichtungen (z. B. ASV-Kooperation oder zur Erfüllung der personellen oder sächlichen Voraussetzungen) bleibt ASV-Berechtigter jeweils der →

einzelne Leistungserbringer, der seine ASV-Leistungen im Rahmen der Kooperationsvereinbarung eigenständig erbringt.

## ASV-SERVICESTELLE

Eine bundesweit tätige Stelle, die auf Antrag der einzelnen Teamleiter eine Teamnummer vergibt. Die Registrierung der Teams bei der Servicestelle erfolgt über ein Onlineportal. Die ASV-Servicestelle führt außerdem das bundesweite Verzeichnis der ASV-berechtigten Leistungserbringer (ASV-Verzeichnis), das in Auszügen auch veröffentlicht wird. Derzeit wird die ASV-Servicestelle von der EWERK DIGITAL GmbH betrieben, die im Rahmen einer Ausschreibung ermittelt wurden.

## BEHANDLUNGSUMFANG

Für jede in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung enthaltene Indikation (= ASV-Indikation) legt der Gemeinsame Bundesausschuss den Behandlungsumfang fest, das heißt den Katalog der Leistungen, die innerhalb der ASV erbracht und abgerechnet werden können. Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden im Appendix der jeweiligen Konkretisierung bzw. des jeweiligen Anhangs der ASV-Richtlinie abschließend definiert.

## ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

Für die Zulassung von Ärzten und Krankenhäusern für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung wird je KV-Bezirk ein „Erweiterter Landesausschuss" gebildet. Dafür wird der bestehende Landesausschuss der Ärzte (neun Vertreter) und Krankenkassen (neun Vertreter) um neun Vertreter der Krankenhäuser erweitert. Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausgesellschaft bestellt. Über den Vorsitzenden des erweiterten Landesausschusses und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaft einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die Rechtsaufsicht des Landes berufen. Die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sowie die obersten Landesbehörden haben ein Mitberatungsrecht.

## INTERDISZIPLINÄRES TEAM

Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt in der Regel als persönliche und qualitative Voraussetzung eine Zusammenarbeit in einem interdis-

ziplinären Team voraus. Das interdisziplinäre Team besteht aus Teamleitung, Kernteam und hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten. Eine solche interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen. In den Anlagen zur ASV-Richtlinie können Sonderregelungen zu den personellen/qualitativen Anforderungen an das interdisziplinäre Team getroffen werden, die von den allgemeinen Vorgaben der ASV-Richtlinie abweichen, jedoch nur in den gesetzlichen Grenzen des § 116b SGB V.

## KONKRETISIERUNG

Regelung zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung für einzelne Krankheitsbilder oder Leistungsbereiche (= „ASV-Indikation"). Die Konkretisierung für die Erkrankungen und die hochspezialisierten Leistungen erfolgt für:

1. Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in Anlage 1,
2. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen in Anlage 2 und
3. hochspezialisierte Leistungen in Anlage 3 der ASV-Richtlinie.

Die Einschränkung auf schwere Verlaufsformen in Punkt 1 entfällt bei onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen.

## LEISTUNGSKOOPERATION

Die ASV-Richtlinie sieht die Möglichkeit vor, dass bestimmte organisatorische oder sächliche Voraussetzungen (z. B. die Vorhaltung eines Notfalllabors oder die Möglichkeit intensivmedizinischer Betreuung) durch die Bildung von Kooperationen mit geeigneten Partnern erfüllt werden können. Diese werden als Leistungskooperationen bezeichnet.

## MINDESTMENGENREGELUNG

Richtlinienvorgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, eine Mindestbehandlungszahl von Patienten mit definierten Diagnosen nachzuweisen, um die ASV-Berechtigung zu erlangen oder aufrecht zu erhalten. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann Mindestmengen als Teilnahmevoraussetzung an der ASV in der jeweiligen Richtlinie festlegen. Mindestmengen können dabei sowohl für einzelne Ärzte als auch kumulativ für das Kernteam vorgegeben werden.

## TEAMLEITUNG

Das interdisziplinäre Team in der ASV hat eine namentlich benannte Teamleitung (ein/e Teamleiter/in). Sie hat die Aufgabe, die spezialfachärztliche Versorgung der Patientin →

nen und Patienten fachlich und organisatorisch zu koordinieren und gehört dem Kernteam an.

## TEAMNUMMER

Eine bundesweit eindeutige neunstellige Nummer, die der Teamleiter auf Antrag von der ASV-Servicestelle erhält. Die Teamnummer identifiziert ein interdisziplinäres Team und ist durch alle Teammitglieder bei der Abrechnung von ASV-Leistungen anzugeben.

## ÜBERGANGSREGELUNG ZUR VERGÜTUNG

Bis zur Entwicklung einer eigenen Gebührenordnung für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung werden Leistungen in der ASV nach dem EBM mit dem Punktwert der jeweils gültigen Euro-Gebührenordnung vergütet. Falls es noch keine passende Leistungsziffer (GOP) gibt, kommt auch eine entsprechende Ergänzung des EBM durch Beschluss des Bewertungsausschusses in Betracht. Eine Mengenbegrenzung erfolgt nicht.

## ÜBERWEISUNGSERFORDERNIS

Bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen setzt die ASV kraft Gesetzes zwingend die Überweisung durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt voraus. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt, auch darüber hinaus, die Einzelheiten des Überweisungserfordernisses, z. B. die überweisungsberechtigten Fachgruppen oder die Gültigkeitsdauer einer ASV-Überweisung.

## VERPFLICHTUNG ZUR QUALITÄTSSICHERUNG (EINRICHTUNGSINTERNES QUALITÄTSMANAGEMENT UND EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG NACH § 135A IN VERBINDUNG MIT § 137 SGB V)

Gemäß der ASV-Richtlinie des G-BA vom 21.03.2013 wurde für die ASV geregelt, dass die in der ASV-Richtlinie festgelegten sächlichen und personellen Anforderungen in den Anlagen dieser Richtlinie gelten. Darüber hinaus gelten die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (§ 137 SGB V) und die für Krankenhäuser und Vertragsärzte geltenden Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (§ 135a SGB V) auch in der ASV. Daneben gelten die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V (Festlegung der Ausführung und Abrechnung von Leistungen durch die Partner der Bundesmantelverträge) entsprechend. ■

# NOTIZEN

Der BDRh möchte mit der 5-teiligen Beilagenserie in dem BDRh-Mitteilungsorgan „Rheuma Management" die ASV Rheuma näher beleuchten. Dies ist die Zusammenfassung und Aktualisierung der Beilagenserie. Die ASV ermöglicht es den internistischen Rheumatologen, die Patienten durch eine stärkere Vernetzung noch besser zu betreuen, auch mit der Möglichkeit, für die erbrachten Leistungen adäquat vergütet zu werden. Es hat sich jedoch gezeigt, dass die Bildung eines Teams, die Anzeigenerstellung und auch die Arbeit in der ASV durchaus mit Aufwand verbunden ist.

Diese Beilagenserie sollte einerseits Hintergrundinformationen bieten, aber auch mit praktischen Tipps und Erfahrungsberichten helfen, die ASV auch für sich pragmatisch umsetzen zu können und auch die Antworten auf häufig gestellte Fragen wiedergeben.

BDRh SERVICE GMBH