

GETTING STARTED –
ANZEIGEVERFAHREN
UND PRAKTISCHE TIPPS

Ausgabe 1

ASV

RHEUMA



AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE
VERSORGUNG

Beilagenserie ASV Rheuma

1. Getting started – Anzeigeverfahren und praktische Tipps
2. Status quo – Aktueller Stand und strukturelle Hürden
3. Gestaltung der ASV Rheuma – Beispiele und rechtliche Aspekte
4. Quo vadis – Verbesserungspotenzial und Reformvorschläge
5. Resümee – Zusammenfassung und Update praktischer Tipps

Mit freundlicher Unterstützung von

Novartis Pharma GmbH, Nürnberg
medac GmbH, Wedel
WORTREICH Ges. f. ind. Komm. mbH, Limburg

IMPRESSUM

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

AUSGABE 1

Vorwort	4
ELA-Anforderungen an das ASV-Anzeigeverfahren	6
Erfahrungsberichte zur Teambildung und Anzeigeverfahren	10
– Ambulantes Team Berlin, Dr. M. Viale Rissom / Dr. K. Karberg	11
– Rheumazentrum Bad Aibling-Erding, Dr. E. Edelmann	13
– MVZ für Rheumatologie Planegg, Dr. M. Welcker	18
– Rheumazentrum Ruhrgebiet Herne, Dr. X. Baraliakos	21
– Internistisches Praxiszentrum Gießen, Dr. M. Piegsa	24
– Helios Fachklinik Vogelsang-Gommern, Prof. J. Kekow / Prof. E. Feist	27
Praktische Informationen	29
Abrechnungsangebote der Kassenärztlichen Vereinigungen	30
Erfahrungsberichte zur administrativen Umsetzung	32
– MVZ für Rheumatologie Planegg, Dr. M. Welcker	33
– Rheumazentrum Ruhrgebiet Herne, Dr. X. Baraliakos	34
– Helios Fachklinik Vogelsang-Gommern, Prof. J. Kekow / Prof. E. Feist	35
Fragen und Antworten	36
– Anzeigenerstellung	37
– ASV-Überweisung	40
– Abrechnung	42
– Haftung	44
Rechtliche Aspekte	46

VORWORT



Silke Zinke

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) als neue Versorgungsform wurde in der Rheumatologie mit Spannung erwartet. Vor drei Jahren, am 19. April 2018, ist sie dann endlich in Kraft getreten. Mittlerweile haben sich bereits 37 Teams für die Erwachsenen-Rheumatologie sowie 5 Teams für die Kinder- und Jugend-Rheumatologie gebildet (laut ASV-Servicestelle, Stand: 01.04.2021), sodass nun Erfahrungswerte mit der Umsetzung vorliegen.



Sonja Froschauer

Der BDRh möchte dies zum Anlass nehmen, 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.

Was können Sie erwarten? Diese Beilagenserie soll Ihnen einerseits Hintergrundinformationen bieten, aber auch mit praktischen Tipps und Erfahrungsberichten unserer Kollegen helfen, die ASV auch für sich pragmatisch umsetzen zu können. Die Beilagen werden auch Antworten auf häufig gestellte Fragen enthalten. Folgende fünf Ausgaben werden im Laufe dieses Jahres in der Rheuma Management erscheinen:

- 1. Getting started - Anzeigeverfahren und praktische Tipps**
- 2. Status quo - Aktueller Stand und strukturelle Hürden**
- 3. Gestaltung der ASV Rheuma - Beispiele und rechtliche Aspekte**
- 4. Quo vadis - Verbesserungspotenzial und Reformvorschläge**
- 5. Resümee - Zusammenfassung und Update praktischer Tipps**

In dieser ersten Ausgabe widmen wir uns überwiegend dem Anzeigenverfahren, also dem ersten Schritt in die ASV. Wir stellen Ihnen die Vorgaben der einzelnen erweiterten Landessausschüsse (ELA) gegenüber. Einzelne Teams berichten von ihren Erfahrungen bei der Teamzusammenstellung und dem Anzeigeverfahren bei ihren ELAs. Außerdem stellen wir Ihnen die Abrechnungsangebote der KVen vor. Auch hier kommen Kollegen zu Wort, die ihre Erfahrungswerte schildern. Zu brennenden juristischen Themen, wie Haftung oder die Einbeziehung von Sicherstellungs- und Weiterbildungsassistenten, erhalten sie eine rechtliche Einschätzung unserer Juristen. Auch Tipps und hilfreiche Links, z. B. zur Bedruckung von Formularen, finden Sie in dieser Ausgabe.

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	Qualitäts-sicherungs-vereinbarung	Mindest-mengen Kernteam	Arztbezoge-ne Mindest-mengen	Einsicht Arztregister	Institutionelle Benennung möglich	Personelle Anforderun-gen	Sächliche/organisatori-sche 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 Selbst-erklärung	+ nur durch Ankreuzen bzw. Angabe Anzahl (Begründung bei Unterschreitung) o frei formulierter Nachweis - Patienten-verzeichnis	+ nur durch Ankreuzen bzw. Angabe Anzahl (Begründung bei Unterschreitung) o frei formulierter Nachweis - Patienten-verzeichnis	+ 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

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.



Kontaktdaten

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

→

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 meistens 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 Anzeigenverfahren 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 (Teamentwicklung 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



TEAMBILDUNG

Kontaktdaten

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

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 zurückkehrt? 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 Medizinerjurist 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 Medizinerjurist
- 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 Anzeigenverfahren 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 freizuschaukeln. 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-Serviceestelle 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 regelmäßig 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. Bestand-sicherung der einzelnen Fachgebiete in Bezug auf die Erweiterung des ASV-Teams. Kol-legen 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 (bei-spielsweise 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-Ge-sellschaft 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 Er-leichterung. 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 er-forderlich, 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 Teammit-gliedern 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 Kli-nikärzte für die ASV). Die Sammlung der Urkunden über die Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatzweiterbildung waren die nächs-ten Schritte. Der Ablauf: Das ASV-Team reicht die Teilnahmeanzeige beim ELA ein. Der ELA stellt eine Eingangsbestätigung aus. Ab diesem Zeitpunkt beginnt die zweimonati-ge 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 
<ul style="list-style-type: none"> - Teambildung - Ausfüllen Anzeigenvordruck - Zusammenstellung Nachweise 	<ul style="list-style-type: none"> - Einreichung beim ELA - papierbasiert/elektronisch/gemischt - unbedingt Nachweis über Eingang 	<ul style="list-style-type: none"> - Prüffrist von 2 Monaten - CAVE: in einigen ELA erst nach Bestätigung Eingang bzw. Vollständigkeit - Nachforderungen möglich (und wahrscheinlich) - Nachforderungen hemmen Frist 	<ul style="list-style-type: none"> - theoretisch Inkrafttreten ASV-Berechtigung nach 2 Monaten bei Nicht-Bestanndung - in der Regel Bescheid positiv/negativ

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

Als Abrechnungsdienstleister 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 Anzeigeverfahren 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-verguetung/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 KV BW	Hotline für Abrechnungsfragen zur ASV asv-hotline@kvbawue.de Tel. 0711/78753338 Mo. - Fr. 8 - 16 Uhr
Bayern	Vertragsärzte	k. A.	Abrechnung & Beratung	2,5 % der abgerechneten und von den Kostenträgern vergüteten Leistungen und Kosten	k.A.	www.kvb.de/praxis/alternative-versorgungsformen/ambulante-spezialfachaerztliche-versorgung-asv/abrechnung/	Fabian Demmelhuber, Dr. Julia Spindler ASV-Abrechnung@kvb.de Tel. 089/57093-40850
Berlin	Vertragsärzte	Q1-2020: 114 Leistungserbringer (201 wenn man jede Teamzugehörigkeit einzeln berechnet)	Abrechnung	2,4 % Aufwendungsersatz, aber mindestens 50 Euro	Bis zum 15. des ersten Quartalsmonats mit Wirkung zum Quartalsende	www.kvberlin.de/fuer-praxen/alles-fuer-den-praxisalltag/besondere-versorgungsformen/asv/ → Abrechnung	asv-leistungen@kvberlin.de Service-Center der KV Berlin service-center@kvberlin.de Tel. 030/31003-999
Brandenburg	Vertragsärzte	29	Abrechnung & Beratung	2,3 % des Honorars	-	www.kvbb.de/praxis/abrechnung/ → Abrechnungsbedingungen 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 Verwaltungskostenpauschale	3 Monate zum Quartalsende	www.kvhh.net/de/praxis/spezielle-versorgungsformen-und-vertraege/ambulante-spezialfachaerztliche-versorgung.html → Allgemeine Abrechnungshinweise	Timo Bechtloff timo.bechtloff@kvhh.de Tel. 040/22802-353
Hessen	Vertragsärzte, auch anderer Regionen & Krankenhäuser	285	Abrechnung & Beratung & Mahnwesen, Abwicklung der Datenpflege bei der ASV-Service-stelle	2,5 % VWK		www.asv-hessen.de/abrechnung/	Team Sonderverträge sondervertraege@kvhessen.de 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/Beratung/Beratungsprodukte.html → Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	Carolin Pudelko carolin.pudelko@kvn.de Tel. 0511/3803553
Nordrhein	Vertragsärzte & Krankenhäuser	152 Vertragsärzte, 3 Krankenhäuser mit 15 Fachabteilungen	Abrechnung	Analog der Konditionen der vertragsärztlichen Versorgung	Keine Kündigung erforderlich	www.kvno.de/praxis/recht-vertraege/vertraege/asv/asv-abrechnung-leicht-gemacht	Brigitte Eriemann brigitte.eriemann@kvno.de Tel. 0211/59708830
Rheinland-Pfalz	Vertragsärzte		Abrechnung & Beratung	Entsprechender Verwaltungskosten-satz 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	Angelika Anders angelika.anders@kvno.de Tel. 0221/77636341 nein
Saarland	Vertragsärzte & Krankenhäuser	45	Abrechnung	Verwaltungskosten-satz von 3,0 %	3 Monate zum Quartalsende	www.kvsaarland.de/asv	vertrag@kvsaarland.de Tel. 0681/998370
Sachsen	Vertragsärzte	124 Ärzte	Abrechnung	Aufwendungs-ersatz von 2,7 % des vergüteten Honorars	3 Monate zum Quartalsende. Das Recht beider Vertragspartner 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 Leistungserbringern	Abrechnung & Beratung	2,3 % Verwaltungskosten	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	Aufwendungsersatz von 2,48 %	4 Wochen zum Quartalsende	www.kv-thueringen.de/mitglieder/ambulante-spezialfachaerztliche-versorgung	Stephan Turk stephan.turk@kvt.de 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 claudia.jankowiak@kvwl.de Tel. 0231/9432-3744 Thomas de Lauw thomas.delauw@kvwl.de Tel. 0231/9432-1130

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

ERFAHRUNGSBERICHTE ZUR ADMINISTRATIVEN UMSETZUNG

MVZ FÜR RHEUMATOLOGIE PLANEGG, DR. M. WELCKER

ADMINISTRATIVE UMSETZUNG

Wie rechnen Sie im Team ab? Über welchen Weg?

- ASV adäquate Abrechnung im PVS-System mit korrekter Zuordnung jeder einzelnen Ziffer
- Abrechnung über Service der KV

Nutzen Sie eine extra Abrechnungssoftware? Wie hoch sind die Kosten?

Wie zufrieden sind Sie damit?

- Nutzung des bisherigen PVS-Systems
- Anfänglich Sorge um hohe Gebühr, faktisch dann mittelhoch 3-stellig und akzeptable monatliche Gebühr.

Wer kümmert sich um die Abrechnung? Entsteht dadurch erhöhter Personalbedarf?

- Interne Abrechnung
- Deutlicher Mehrbedarf an Aufwand (ca. ½ Stelle), aber die Abläufe spielen sich ein.

Gibt es Probleme mit dem Abrechnungsprocedere?

- Nach anfänglicher Umstellung nein.
- Vorteil: betriebswirtschaftliche Einnahmenplanung ist möglich.

Gibt es Probleme mit der Vergütung der Kassen?

Bisher keine.

Gibt es Probleme mit der Arzneimittel- / Hilfsmittelverordnung?

Bisher gering, gewisse Klärung diverser Fragen im Rahmen der Umstellung.

Was würden Sie anderen Teams empfehlen?

Erfahrungsberichte bisher erfolgreicher ASV-Teams des gleichen Bundeslandes erfragen und sich mit diesen abstimmen.

ALLGEMEIN

Gab es in der ASV eine Herausforderung, für die Sie eine pragmatische Lösung gefunden haben? Erzählen Sie uns davon.

Die ASV an sich ist eine Herausforderung. Man sollte es wirklich wollen, wenn man es beabsichtigt umzusetzen. Letztlich ließen sich alle Punkte lösen. Aber, die ASV will nicht nur gegründet sein, sie will auch gelebt werden. Und das bedarf des weiteren Engagements! ■

Kontaktdaten

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

RHEUMAZENTRUM RUHRGEBIET HERNE, DR. X. BARALIAKOS

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

ADMINISTRATIVE UMSETZUNG

Wie rechnen Sie im Team ab? Über welchen Weg?

Über die KV.

Nutzen Sie eine extra Abrechnungssoftware? Wie hoch sind die Kosten?

Wie zufrieden sind Sie damit?

Eingebettet ins KIS.

Wer kümmert sich um die Abrechnung? Entsteht dadurch erhöhter Personalbedarf?

Die Leitung unserer RFAs, ja es entsteht erhöhter Personalbedarf.

Gibt es Probleme mit dem Abrechnungsprocedere?

Ja, gibt es.

Gibt es Probleme mit der Vergütung der Kassen?

Soweit nein.

Gibt es Probleme mit der Arzneimittel- / Hilfsmittelverordnung?

Nein.

Was würden Sie anderen Teams empfehlen?

Meine Erfahrung hat gezeigt, dass es besser ist, wenn Leute die Abrechnung machen, die auch an der medizinischen Front sind (z. B. RFA). Sie sehen die Patienten und können daher besser abrechnen, weil sie Fehler besser erkennen.

ALLGEMEIN

Gab es in der ASV eine Herausforderung, für die Sie eine pragmatische Lösung gefunden haben? Erzählen Sie uns davon.

Sollte man beispielsweise keinen Kooperationspartner für ein bestimmtes Fachgebiet und in der Nähe des Wohnortes eines Patienten finden, hat sich bei uns bewährt, mit den niedergelassenen Rheumatologen oder den Hausärzten zu sprechen. Diese könnten die Untersuchung anordnen, wenn man ohne Ermächtigungsambulanz, wie es bei uns der Fall ist, nicht mehr den Zugang zur ambulanten Untersuchung hat. Das ist zwar eine umständliche Schleife, aber für die optimierte Versorgung des Patienten eine pragmatische Lösung. ■

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

Wie rechnen Sie im Team ab? Über welchen Weg?

KV, Praxissoftware.

Nutzen Sie eine extra Abrechnungssoftware? Wie hoch sind die Kosten?

Wie zufrieden sind Sie damit?

Praxis: Zusatzmodul kostenfrei, Zusatzmodul in der Klinik musste für jeden ASV-Arzt gekauft werden. Die alten Programme konnten behalten werden.

Wer kümmert sich um die Abrechnung? Entsteht dadurch erhöhter Personalbedarf?

Arzthelferinnen, Ärzte. Initialer Mehraufwand.

Gibt es Probleme mit dem Abrechnungsprocedere?

Klinik: Musste eine neue Institutsnummer beantragen, Abrechnung der Leistungen dadurch 1 Jahr verzögert.

Gibt es Probleme mit der Vergütung der Kassen?

Noch nicht bekannt.

Gibt es Probleme mit der Arzneimittel- / Hilfsmittelverordnung?

Nein.

Was würden Sie anderen Teams empfehlen?

Im Vorfeld Klärung der Software und der Kosten für ein ASV-Modul. ■

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

FAQ-CHAT

ANZEIGENERSTELLUNG

FACHARZTGRUPPEN

Benötigt man für die ASV Rheuma einen Psychiater, Psychosomatiker und Psychologen oder reicht auch einer?

Es reicht Ihnen einer aus der „Gattung“:
Psychiatrie und Psychotherapie oder
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut

FACHARZTGRUPPEN

Bei der ASV Rheumatologie steht im Kernteam die Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzbezeichnung orthopädische Rheumatologie. Für eine Behandlung benötigen wir laut dem Rheumatologen die Notwendigkeit der Hinzuziehung auch eines Handchirurgen. Ist es möglich, auch wenn dieser Fachbereich weder im Kernteam noch bei den hinzuziehenden Ärzten benannt ist, den Handchirurgen mit ins Team aufnehmen?

In der Regel ist die Fachgruppenliste der ASV-Konkretisierung abschließend. Wenn der Handchirurg nicht aufgeführt ist, kann er nach unserer Erfahrung auch nicht aufgenommen werden, d. h. später nicht im Rahmen der ASV abrechnen. Wir haben jedoch den Eindruck, dass einzelne ELAs Ausnahmen zulassen – hier lohnt also ein Anruf bei der Geschäftsstelle. Einen Rechtsanspruch auf solche Ausnahmen gibt es aber nicht.

HAUSÄRZTLICH NIEDERGELASSENE RHEUMATOLOGEN

Darf ein hausärztlich niedergelassener Rheumatologe an der ASV teilnehmen?

Auskunft eines ELA: Teilnahmeberechtigt an der ASV sind nur Fachärzte, die mit ihrer Facharztspezialisierung, mit welcher sie an der ASV teilnehmen möchten, stationär für ein Krankenhaus oder vertragsärztlich an der fachärztlichen Versorgung tätig sind. Der hausärztlich tätige internistische Rheumatologe nimmt vertragsärztlich an der hausärztlichen Versorgung teil und ist somit nicht teilnahmeberechtigt.

FACHARZTBEZEICHNUNGEN

In einigen KV-Bezirken kommt es zu Schwierigkeiten beim Anzeigeverfahren hinsichtlich der Facharztbezeichnungen der Teammitglieder. Die ASV-Konkretisierungen nehmen ja Bezug auf die aktuellen Facharztbezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung. Darunter gibt es Fachrichtungen, deren Bezeichnung im Verlauf der letzten Jahre geändert wurde. Beispielsweise wurde aus dem Fach-

→

arzt für Orthopädie der Facharzt für Orthopädie und Unfallmedizin. Nun stellen sich einige ELAs auf den Standpunkt, dass nur Teammitglieder benannt werden können, die exakt die in der Konkretisierung aufgeführte Facharztbezeichnung aufweisen. Konkret hat z. B. der ELA in Berlin gerade ein ASV Rheuma-Team für Kinder beanstandet, da eine Fachärztin für Orthopädie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie benannt wurde. Laut des ELA ist sie nicht geeignet. Ist das zulässig? Ist diese Frage schon einmal im Unterausschuss ASV aufkommen bzw. gibt es dazu eine Positionierung?

Wir hatten zu dieser Frage den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) kontaktiert und folgende Rückmeldung erhalten: Den sich im Laufe der Jahre ändernden Facharztbezeichnungen hat der G-BA bereits in der Vorgängerregelung der ABK-RL Rechnung getragen, insofern dort geregelt war: „Die aufgeführten Facharztbezeichnungen wurden einheitlich der Musterweiterbildungsordnung (Stand September 2007) der Bundesärztekammer entnommen. Fachärztinnen oder Fachärzte der entsprechenden Fachdisziplinen mit älteren Bezeichnungen, die gemäß Übergangsbestimmungen weitergeführt werden dürfen, erfüllen die Anforderungen ebenfalls“. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-695/2008-06-19-116b_Rheuma_BAnz.pdf

Der G-BA hat für die Nachfolgeregelung im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in § 3 Absatz 3 der ASV-RL https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1706/2013-03-21_ASV-RL_Neufassung_BAnz.pdf normiert: „Die für die jeweiligen Mitglieder des interdisziplinären Teams geforderten Qualifikationen werden in den Anlagen geregelt. Die in der Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.“

Die zugehörigen TrGr zu § 3 Absatz 3 erläutern diesbezüglich https://www.g-ba.de/downloads/40-268-2303/2013-03-21_ASV-RL_Neufassung_TrG.pdf: „In den Anlagen sind die geforderten Qualifikationen der Mitglieder des interdisziplinären Teams auf Grundlage der in der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer definierten Gebietsbezeichnungen sowie Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen geregelt.“

In dem von Ihnen geschilderten Fall im Rahmen des Anzeigeverfahrens Rheuma Kinder kommt hinzu, dass der G-BA in seinem Beschluss https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2826/2016-12-15_2017-12-21_ASV-RL_Ergaenzung-Rheuma_konsolidiert_BAnz.pdf zwar im Kernteam für Rheuma Kinder und Jugendliche den Facharzt/die Fachärztin Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie verortet hat, es dort aber weiter heißt: „Die Voraussetzung zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, wenn in dem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich

- kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder
- dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens 2 Monaten keine zur Kooperation bereite geeignete Fachärztin oder kein zur Kooperation bereiter geeigneter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie zu finden ist.“ In den zugehörigen Tragenden Gründen https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4740/2017-12-21_ASV-RL_Ergaenzung-Rheu-

ma-Appendix-Aenderungsbeschluss_TrG.pdf, Seite 4 folgend ist das Bemühen um diese Öffnungsklausel ausführlich dargelegt.

SICHERSTELLUNGSASSISTENT

Eine Gemeinschaftspraxis beschäftigt einen Sicherstellungsassistenten. Laut Antrag können Sicherstellungsassistenten nicht in das ASV-Team aufgenommen werden. Können diese dennoch in die Behandlung der ASV eingebunden werden? Falls ja, in welchem Rahmen?

Regulär kann der Sicherstellungsassistent nicht ins Team eingebunden werden. Der Sicherstellungsassistent kann aber, wie auch in der vertragsärztlichen Versorgung, quasi in Vertretung in die ASV-Tätigkeit eingebunden werden. Die Verantwortung verbleibt dann beim benannten ASV-Mitglied und erfolgt auch in dessen Namen.

INFRASTRUKTURELLE VORAUSSETZUNGEN

Muss ich bei der Antragstellung die infrastrukturellen Voraussetzungen selber erfüllen oder können diese im Rahmen einer bzw. mehrerer Kooperationen erfüllt werden?

Generell können alle Voraussetzungen für die ASV durch den Abschluss geeigneter Kooperationen nachgewiesen werden. Sie müssen diese also nicht selbst vorhalten.

TEAMGESTALTUNG / ORGANISATORISCHE VORAUSSETZUNGEN

Das Team sollte von einem Rheumatologen organisiert werden. Können mehrere Rheumatologen zusammenarbeiten? Wie soll man die 24 Stunden garantieren?

Grundsätzlich muss das Team immer von einem internistischen Rheumatologen geleitet werden, weitere internistische Rheumatologen können als Kernteammitglieder eingebunden werden. Für die 24 h-Rufbereitschaft inkl. Notfallbildgebung müssen Sie zwingend eine Kooperation mit einem Krankenhaus nachweisen. Das kann eine rheumatologische Fachklinik sein, kann aber auch eine Akutklinik ohne rheumatologischen Schwerpunkt nur mit einer internistischen Abteilung sein. Die Einbindung des Krankenhauses ist auch notwendig, da eine ASV-Teilnahmevoraussetzung den Zugang zu einer Intensivstation umfasst.

NACHWEIS DER APPENDIX-LEISTUNGEN

Im Rahmen der Anzeigenerstellung zur ASV rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche gab es von Seiten des ELA die Aufforderung, eine schriftliche Stellungnahme hinsichtlich der Nichtbeantragung einzelner Leistungen des Appendix abzugeben, die einer Qualitätssicherungsvereinbarung nach →

§ 135 Abs. 2 SGB V (QSV) unterliegen. Der ELA lässt prüfen, ob ein Nichtbeantragen mancher QSV-Leistungen in einem Team zum Ausschluss der gesamten ASV führen kann. Ist das zulässig?

Es gibt tatsächlich ELAs, die die Rechtsauffassung vertreten, dass ein Team alle Appendix-Leistungen erbringen können muss, um für die ASV zugelassen zu werden. Diese ELAs beziehen sich dabei auf Leistungen, die der QSV unterliegen. Daher kenne ich dieses Vorgehen. Das Problem ist folgendes: Es gab im Jahr 2016 einen Änderungsbeschluss. Damals wurde in die ASV-Richtlinie folgendes ergänzt: „In § 5 Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt: „Durch die ASV-Berechtigten ist sicherzustellen, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb ihres ASV-Teams zur Verfügung stehen.“ Hier der Beschluss: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2435/2016-01-21_2015-12-17_ASV-RL_Anpassung-GKV-VSG_giT-Marfan_konsolidiert_BAnz.pdf.

Dazu wurde in den Tragenden Gründen zum Beschluss kommentiert:

„Mit der Regelung im neuen Satz 3 wird klargestellt, dass die ASV-Berechtigten sicherzustellen haben, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV Leistungen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb ihres ASV-Teams zur Verfügung stehen. ASV-Teams sind verpflichtet, die unter „2 Behandlungsumfang“ in den erkrankungsspezifischen Regelungen jeweils definierten Leistungen zur Diagnostik, Behandlung und Beratung vorzuhalten. Es ist damit nicht zulässig, dass ein ASV-Team lediglich eine Auswahl der unter „2 Behandlungsumfang“ geregelten Leistungen anbietet und für die übrigen auf externe Leistungserbringer verweist. Die Erfüllung der Voraussetzungen für sämtliche im Appendix definierten Einzelleistungen ist keine von den erweiterten Landesausschüssen zu prüfende Zulassungsvoraussetzung.“ Hier der Link zu den Tragenden Gründen: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3594/2015-12-17_ASV-RL_Anpassung-GKV-VSG_giT-Marfan_TrG.pdf. Der letzte Satz impliziert ja, dass es nicht Aufgabe des ELA ist, die Vorhaltung aller Appendix-Leistungen im Rahmen des Zugangsverfahrens zu prüfen. Das ignorieren leider einige ELAs. Vielleicht hilft der Hinweis auf o. g. Beschlusslage.

ASV-ÜBERWEISUNG

ÜBERWEISUNGSERFORDERNIS

Fallbeispiel aus der Indikation gynäkologische Tumoren: Eine Patientin ging zu ihrem niedergelassenen Gynäkologen und hat um eine Überweisung in ein lokales ASV-Team gebeten. Der Gynäkologe hatte bei der KV angefragt und dort die Auskunft erhalten, dass, wenn er die Patientin überweist, er zwei Jahre lang keinerlei Leistungen für diese mehr abrechnen dürfe, also auch nicht die reguläre Vorsorge. Kann das sein?

Antwort KBV, Dez. 2020: Wir stimmen Ihnen zu, dass die Auskunft der KV sehr verwundert. Unberührt von einer Versorgung in der ASV besteht fortlaufend das Recht eines Patienten auf eine freie Arztwahl. Zudem weisen sie darauf hin, dass der Vertragsarzt beispielsweise eine Vorsorgeuntersuchung durchführen würde, also eine Leistung, die nicht mit der ASV-Indikation, die bei den onkologischen Erkrankungen eine gesicherte Diagnose voraussetzt, in Verbindung steht und auch nicht zum Behandlungsumfang in der ASV gehört. Diese Leistung muss also außerhalb der ASV durchgeführt werden; berechtigt hierzu ist selbstverständlich auch der in die ASV einweisende Vertragsarzt.

Gilt die Ausnahme der Überweisungserfordernis (Bestandspatient beim Vertragsarzt, vormals stationärer Patient im ASV-berechtigten KH) dauerhaft?

Ausgehend von § 8 ASV-RL regelt dort S. 3, dass mindestens für die initiale Zuweisung aus dem stationären Bereich oder die Selbstzuweisung (aus eigener vertragsärztlicher Tätigkeit) keine Überweisungserfordernis besteht. Nach dem Wortlaut gilt das m. E. dauerhaft, bis die regelmäßige Überprüfung der ASV-Berechtigten, ob denn die ASV-Indikation noch vorliegt (§ 8 S. 9 ASV-RL), ein negatives Ergebnis bringt. Rein praktisch dürfte das m. E. auch gelten, denn der Patient müsste sich ja dann einen Vertragsarzt suchen, der eine neue Überweisung ausstellt. Ressourcenschonend dürfte ein derartig umständliches Verfahren nicht sein. Auch aus dem Text zu Anlage 1.1 Tumorgruppe 4, Hauttumoren, ergibt sich beispielhaft (es zieht sich offenbar so durch die ganzen Anlagen) nichts anderes (Zitat):

„4 Überweisungserfordernis

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind. Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. **Entsprechend der Konkretisierung in der Anlage 1.1. Rheumatische Erkrankungen kann auch eine Verdachtsdiagnose bei Überweisung zur Leistungserbringung nach § 116 b vorliegen.“**

Systematisch steht die KH-Ausnahme hinter der Nennung der zwei bzw. vier Quartale. Hätte der G-BA die Ausnahme nur für die Initialüberweisung gelten lassen wollen, so hätte er die Ausnahme vor den Satz mit den zwei Quartalen ziehen können. Makoski →

stellt dies in seinem ASV-Büchlein leider anders dar und verdreht die Regelung systematisch (vgl. nur S. 79). Vielleicht kommt die Auffassung daher? Bei Mukoviszidose, Hämophilie, Sarkoidose, Morbus Wilson, Marfan-Syndrom, pulmonologische Hypertonie, seltene Lebererkrankungen gibt es gar kein erneutes Überweisungserfordernis. Die Tragenden Gründe zur ersten Fassung der ASV-RL von 2013 sehen als Erläuterung zum Thema vor: Satz 3 regelt die Ausnahme vom Überweisungserfordernis bei Zuweisung aus dem stationären Bereich, sowie bei Behandlung durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt, die bzw. der gleichzeitig für die entsprechende Indikation Mitglied eines ASV-Kernteam ist. Obwohl in diesen Fällen keine Überweisung erfolgen muss, besteht eine Informationspflicht gegenüber der Patientin bzw. dem Patienten, dass sie bzw. er sich nun in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung befindet. (...) Die Dauer der Überweisung sowie die regelmäßigen Überprüfungsintervalle hinsichtlich des Fortbestehens der Indikation zur ASV werden gemäß Satz 8 bis 10 in den Anlagen geregelt. Aus der Erläuterung zu den Sätzen 8 bis 10 könnte man schlussfolgern: „Wo keine Überweisung erforderlich ist, muss auch die Dauer (und eine Erneuerung der Überweisung) nicht geregelt werden.“ Auch dies spricht dafür, dass die Khs lediglich regelmäßig überprüfen müssen, ob die Indikation für die ASV noch vorliegt (ähnlich der stationären Behandlungsbedürftigkeit bei Khs-Behandlung nach § 39 SGB V; auch hier muss keine Neueinweisung durch den Vertragsarzt nach einer gewissen Zeit stattfinden). Das Gesetz stellt es m. E. noch deutlicher dar: § 116b Abs. 4 S. 5 SGB V regelt das Überweisungserfordernis bei Erkrankungen mit besonderen Verläufen. S. 6 lässt diese Regelung bei Zuweisungen aus dem stationären Bereich nicht gelten. Für die Regelung in S. 7 (seltene Erkrankungen/hochspez. Leistungen) sieht das Gesetz jedoch keine Ausnahme vor. Allerdings spricht da das Gesetz nicht von Überweisung durch einen Vertragsarzt, sondern von Überweisung durch den behandelnden Arzt (was m.E. auch ein stationär tätiger Arzt sein kann). Die Gesetzesbegründung ist nicht wirklich erhellend (vgl. BT Drs. 17/8005, S. 117, Ziffer 12: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/080/1708005.pdf>). M. E. ist keine (spätere, neue) Überweisung durch einen Vertragsarzt erforderlich.

ÜBERWEISUNG AN HINZUZUZIEHENDE

Wenn ich Patienten aus der ASV heraus an andere Fachärzte überweise, muss dann für die Überweisung an andere ASV Teammitglieder „116b“ auf dem Überweisungsschein angekreuzt sein? Wenn ja, wie kann der Patient dann trotzdem einen anderen Facharzt aufsuchen?

Ja, wenn Sie in die „3. Ebene“ der Hinzuzuziehenden überweisen, müssen Sie das 116b Feld und „Ziel / Definitionsauftrag“ ankreuzen. Damit kann der Patient natürlich auch zu einem anderen Arzt marschieren.

ABRECHNUNG

RHEUMATOLOGISCHES SPEZIALLABOR

Der Appendix der ASV Rheuma sieht ja vor, dass Leistungen des OIII-Labors auch durch die Rheumatologen erbracht werden können. Dabei wurde durch eine Fußnote gekennzeichnet, dass alternativ zur Genehmigung der KV für die Laborerbringung auch die Weiterbildungsermächtigung/berechtigung ausreichend ist. Wir interpretieren dies so, dass dieser Alternativnachweis natürlich sowohl Krankenhaus- als auch Vertragsärzten offensteht. Sind Sie derselben Meinung?

Hintergrund unserer Anfrage ist, dass bestimmte KVen bei der Auftragsabrechnung in der Sammelerklärung eine Bestätigung der (Vertrags)ärzte einfordern, dass für alle Leistungen, die einer QS-Vereinbarung unterliegen, eine KV-Genehmigung vorliegt. Antwort KBV, Sept. 2020: Primär war die Fußnote aufgenommen worden, um für Krankenhäuser eine Klarstellung zu erreichen. In der Niederlassung müsste eine Weiterbildungsermächtigung gezielt für das OIII-Labor Rheumatologie vorliegen ohne QS-KV-Genehmigung. Das kann sicherlich befristet vorkommen. Davon sind wir allerdings seinerzeit im G-BA nicht ausgegangen. Sollte diese Konstellation vorliegen, wäre die Regelung für alle ASV-Berechtigten analog zu handhaben.

VIDEOSPRECHSTUNDE

In einem ASV-Team wurde die Möglichkeit geschaffen, Videosprechstunden anzubieten, insbesondere auch für die geforderte gemeinsame Sprechstunde des Kernteams, die ja sonst unter der momentanen Corona-Situation schwer durchführbar wäre. Ist für die ASV geregelt, welche Voraussetzungen die Konferenzprogramme erfüllen müssen? Ist eine Vergütung in der ASV Rheuma vorgesehen?

Spezielle Anforderungen für die ASV gibt es nicht. Man sollte sich an der Liste zertifizierter Anbieter der KBV orientieren: <https://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php>. Im Appendix sind die folgenden Leistungen enthalten, die nach Einschätzung des Verbands die Videosprechstunde abdecken:

01438 Telefonische Kontaktaufnahme Telemedizin

01444 Zuschlag Authentifizierung

01450 Zuschlag Videosprechstunde

IMPFUNG

Wie ist es mit der Abrechnung von Impfungen bei ASV-Patienten. Dem entsprechende Ziffern tauchen im Appendix des G-BA nicht auf. Darf ich meine ASV-Patienten dann nicht impfen oder wie wird das praktisch umgesetzt?

Impfungen als Präventionsleistung sind sozusagen „überschneidungsfrei“ mit der ASV, tauchen also nicht im Appendix auf. Sie rechnen die Ziffern dann einfach über einen

→

parallelen Schein über die KV ab. Da Impfungen freie Leistungen sind und nicht unter das Budget fallen, macht es keinen Unterschied.

PATIENTENKONTAKT MIT ASV-ARZT UND NICHT-ASV-ARZT

Wenn ein ASV-Patient während eines Quartals bei einem Nicht-ASV-Kollegen in der Praxis gesehen wird, wird dann über die KV erneut die Grundpauschale usw. abgerechnet? Wie würde es sich in dem seltenen Fall verhalten, wenn der Patient innerhalb eines Quartals beim gleichen Arzt erst ASV und dann KV gesehen wird? Werden die Ziffern dann doppelt fällig? Das wäre eher ungewöhnlich.

Hier sollte man vorsichtig sein. Innerhalb derselben Einrichtung wäre da schnell der (nachvollziehbare) Vorwurf der Kasse da, dass da optimiert wird. Bei echten Einzelleistungen wie Infusionen etc. würde ich das bei Kontakt mit ASV-Arzt und Nicht-ASV-Arzt über zwei Scheine laufen lassen, aber die Grundpauschale nur einmal abrechnen.

ZWEIERVERBUND-KRANKENHÄUSER IM ASV-TEAM

Zu unserem bestehenden Team ist neben dem Krankenhaus A nun das Krankenhaus B dazu gekommen. Wir gehören gemeinsam zu einem Verbund, haben aber unterschiedliche IKs. Können wir über das Krankenhaus A abrechnen, weil wir ja ein Team bilden?

Jeder Leistungserbringer innerhalb des ASV-Teams rechnet ja seine Leistungen gegenüber den Kassen eigenverantwortlich ab. Wenn also Ärzte aus zwei verschiedenen Krankenhäusern Leistungen erbringen, so müssten die Krankenhäuser auch je die Leistungen auf eigene Rechnung, sprich IK, abrechnen. Sonst könnte man es so auslegen, als ob ein Klinikum für das andere als Abrechnungsdienstleister auftritt, was ja rechtlich ausgeschlossen ist.

HAFTUNG

Ein potenzieller Kooperationspartner hat Bedenken bezüglich einer gemeinsamen Haftung. Gibt es Informationen, um die Bedenken des Kooperationspartner aus dem Weg zu räumen?

Grundsätzlich stellt ein ASV-Team keine „Berufsausübungsgemeinschaft“ dar und der Behandlungsvertrag kommt auch mit den einzelnen Leistungserbringern im Team und nicht mit dem Team als Einheit zustande. Juristen raten allerdings dazu, den Patienten eindeutig aufzuklären, um nicht in Unterlagen den Anschein zu erwecken, „das Team“ sei der Behandler. ■

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 singular 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 Großgefäßvasculitiden 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, Gefäßsonographie“. 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. ■

Der BDRh möchte mit der 5-teiligen Beilagenserie in dem BDRh Mitteilungsorgan „Rheuma Management“ die ASV Rheuma näher beleuchten. 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 soll einerseits Hintergrundinformationen bieten, aber auch mit praktischen Tipps und Erfahrungsberichten helfen, die ASV auch für sich pragmatisch umsetzen zu können. Die Beilagen werden auch Antworten auf häufig gestellte Fragen enthalten. Folgende fünf Beilagen werden im Laufe dieses Jahres in der „Rheuma Management“ erscheinen:

1. Getting started – Anzeigeverfahren und praktische Tipps
2. Status quo – Aktueller Stand und strukturelle Hürden
3. Gestaltung der ASV Rheuma – Beispiele und rechtliche Aspekte
4. Quo vadis – Verbesserungspotenzial und Reformvorschläge
5. Resümee – Zusammenfassung und Update praktischer Tipps