

STATUS QUO –
AKTUELLER STAND UND
STRUKTURELLE HÜRDEN

Ausgabe 2

ASV

RHEUMA



AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE
VERSORGUNG

HIER STEHT EINE ANZEIGE.

AUSGABE 2

INHALT

Vorwort	4
Status quo der ASV in der Rheumatologie	6
– Teilnehmende Rheumatolog:innen in den ASV Teams	6
– Behandelte Quartalspatienten	7
– ASV Rheuma bei Erwachsenen	8
– Teamzusammensetzung	10
– ASV Rheuma bei Kindern und Jugendlichen	12
– Sektorenübergreifende Zusammenarbeit	14
Umsetzung der Forderungen des BDRh in der Beschlussfassung des G-BA	16
Strukturelle Hürden	18
– Teilnahme- und Anzeigeverfahren	19
– Laufende Teilnahme	23
– Aufwand und Ertrag	25
– Fazit	26
Fragen und Antworten	28

VORWORT

Beilagenserie ASV Rheuma

1. Getting started – Anzeigeverfahren und praktische Tipps (erschieden April 2021)
 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-gik.de

Nachdem die ASV Rheuma nun seit über drei Jahren in Kraft ist, fokussiert sich die zweite Beilage unserer Serie zur ASV auf den Status quo der ASV Rheuma. Wir analysieren die aktuellen Zahlen der ASV-Servicestelle und des GKV-Spitzenverbandes. Dabei zeigen wir zum Beispiel die Entwicklung der ASV Teams und deren Verteilung in Deutschland. Wir gehen aber auch in die Tiefe und beschreiben, wie die Teams zusammengesetzt sind und welche Fachgruppen wie stark vertreten sind.



Eugen Feist

Prof. Robert Dengler von der FOM Hochschule für Ökonomie & Management Institut für Gesundheit & Soziales (ifgs) zeigt die strukturellen Hürden der ASV auf.

Bei den FAQs beantworten wir dieses Mal wieder spannende Fragen aus den Bereichen Abrechnung, Überweisung, Bereinigung und Fragen zum interdisziplinären Team.



Kirsten Karberg

Wir hoffen, diese Beilagenserie zur ASV Rheuma enthält hilfreiche und nützliche Informationen für Sie.

Die nächsten Beilagen werden folgenden Fokus haben:

- 3. Gestaltung der ASV Rheuma – Beispiele und rechtliche Aspekte**
- 4. Quo vadis – Verbesserungspotenzial und Reformvorschläge**
- 5. Resümee – Zusammenfassung und Update praktischer Tipps ■**

Mit herzlichen Grüßen

EUGEN FEIST

2. VORSITZENDER DES BDRH

KIRSTEN KARBERG

KASSENWART DES BDRH

Wenn Sie Anregungen oder Wünsche zu bestimmten Themen haben, können Sie uns diese gerne jederzeit mitteilen. Schreiben Sie an die BDRh Service GmbH: kontakt@bdrh-service.de

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

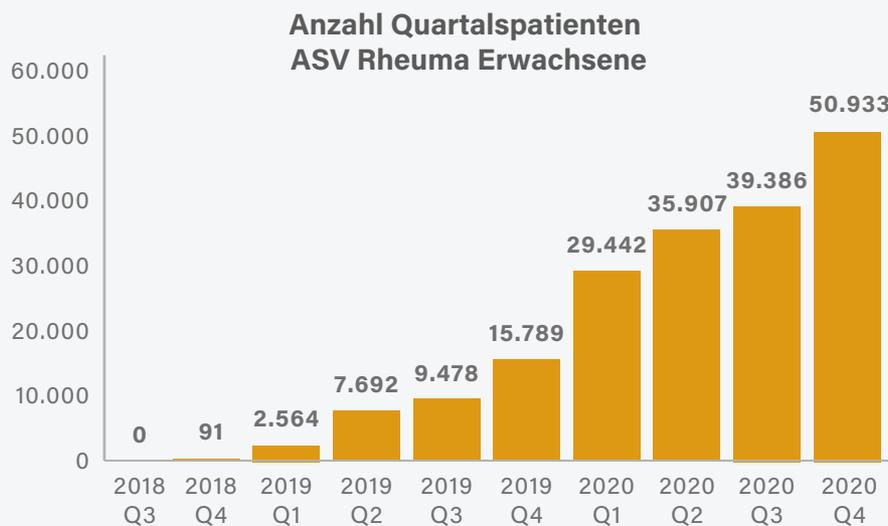
Laut Daten des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) vom 7.4.2021 nehmen 357 Rheumatolog:innen bei der ASV Rheuma für Erwachsene und 13 für Kinder und Jugendliche teil. Wenn man die Daten mit den 1.015 an der Patientenversorgung tätigen Rheumatolog:innen vergleicht (registrierte Ärzt:innen bei den Ärztekammern in 2019¹), 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 2019²).

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

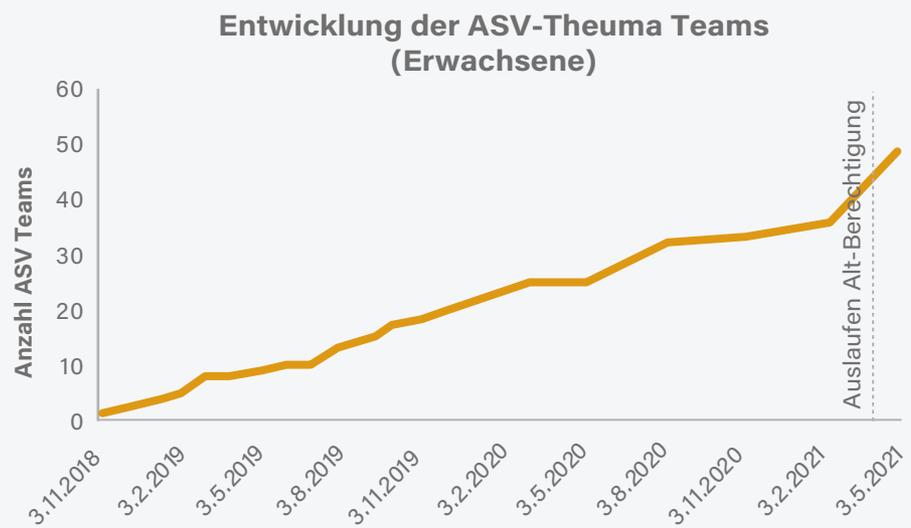
Eine Darstellung für Kinder und Jugendliche liegt uns vom GKV-SV nicht vor, da bislang nur sieben Quartalspatienten im Rahmen der Bereinigung verzeichnet wurden.

→

¹Ärztinnen 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) | ²Ärztinnen 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-Serviceestelle 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.



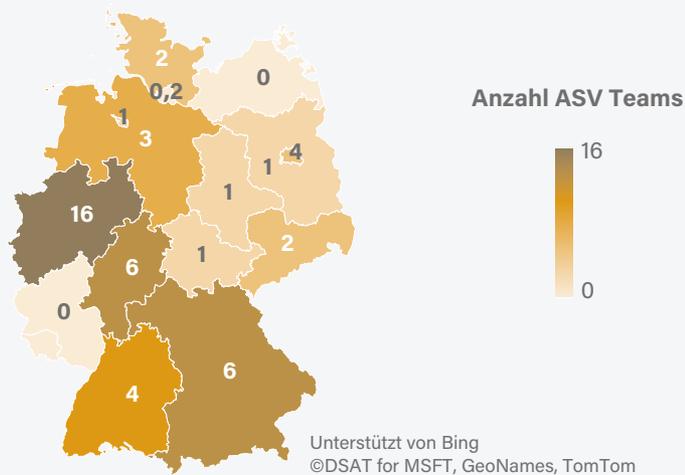
Die ASV für Rheuma ist zum 19.04.2018 in Kraft getreten. Die ersten Teams wurden im 4. Quartal 2018 bei der ASV-Serviceestelle veröffentlicht. Seither ist ein stetiger Zuwachs an ASV Teams für Erwachsene zu verzeichnen. Im Vergleich zu anderen Indikationen haben sich in der Rheumatologie von Anfang an 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. Jeweils nur ein Team gibt es bisher in Sachsen-Anhalt, Thüringen, Hamburg, Bremen und Brandenburg.

Anzahl ASV Rheuma Teams für Erwachsene je Bundesland

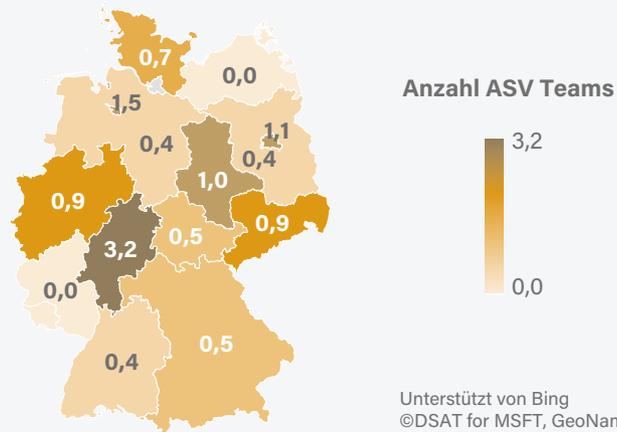


Quelle: Daten der ASV-Servicestelle vom 3.5.2021

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-Serviceestelle 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.

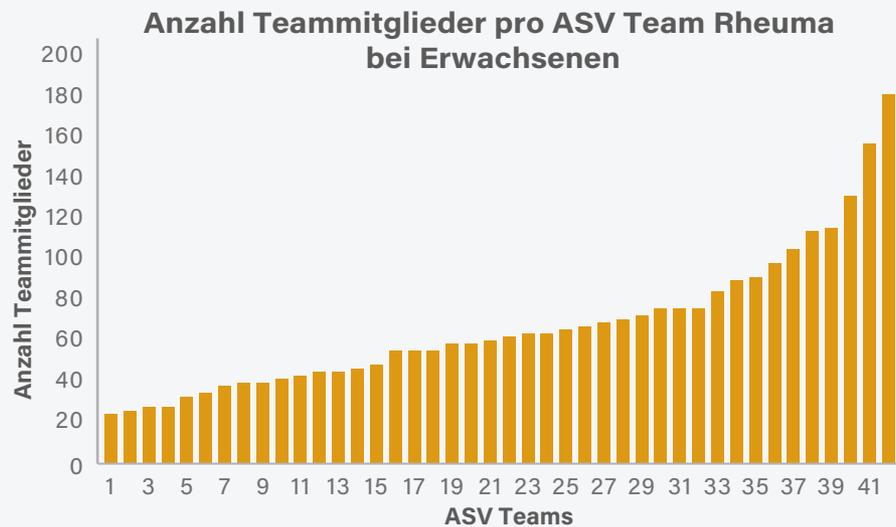
Zudem zeigen die Daten, dass im Durchschnitt mehr als ein Drittel aller Teammitglieder (36 %) im Kernteam tätig war, obwohl nur ein Viertel der benötigten Facharztgruppen im Kernteam zu finden ist. Dies liegt möglicherweise darin begründet, dass die Rheumatolog:innen öfters mehrfach besetzt werden, als 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	Quelle: GKV-SV Daten vom 7.4.2021
Rheumatolog:innen pro Team max.	25	

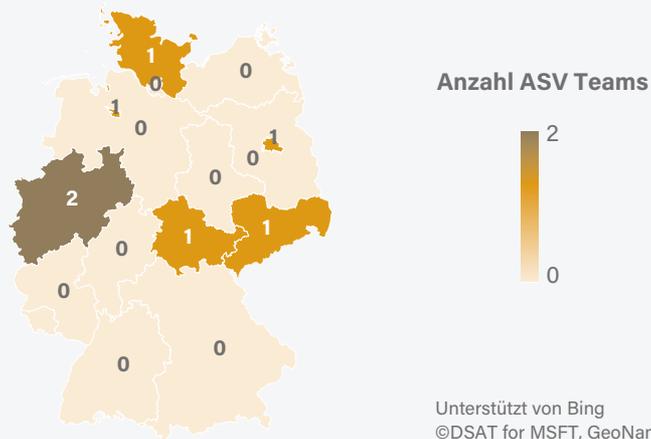


Quelle: GKV-SV vom 7.4.2021

ASV RHEUMA BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN: 7 TEAMS

Zum 3.5.2021 nehmen laut ASV-Serviceestelle 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-Serviceestelle 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-Serviceestelle 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	Quelle: GKV-SV Daten vom 7.4.2021
Rheumatolog:innen pro Team max.	7	

Anzahl Teammitglieder pro ASV Team bei Kindern und Jugendlichen

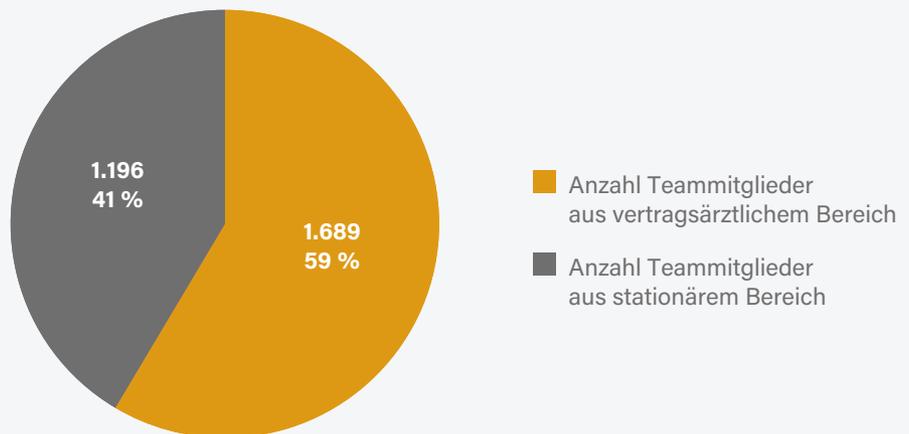


Quelle: GKV-SV vom 7.4.2021

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.

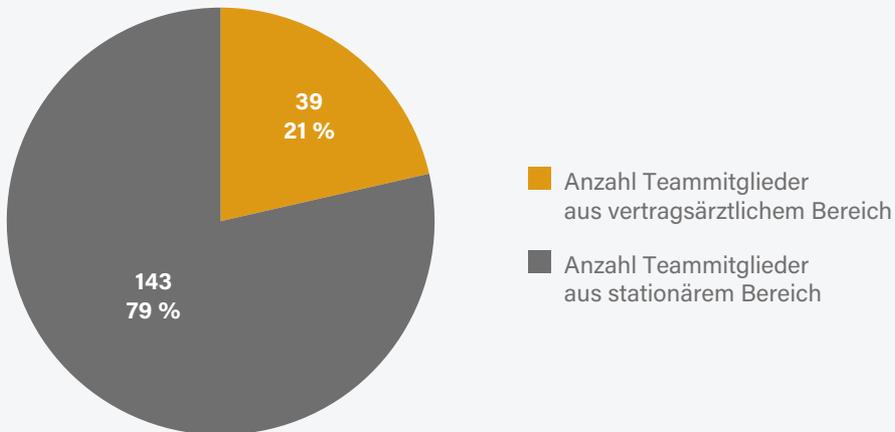
Verteilung ambulant / stationär in den ASV Teams bei Rheuma für Erwachsene



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 Bundesausschuss (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 Mengengrenzung 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	Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021
Neuromuskuläre Erkrankungen	17.12.2020	6.5.2021	

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 Eigen- erklärungen, andere fordern Zeugnisse und Unterlagen, die teilweise umständlich be-

→

schaffen 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 Hauptthemen 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).

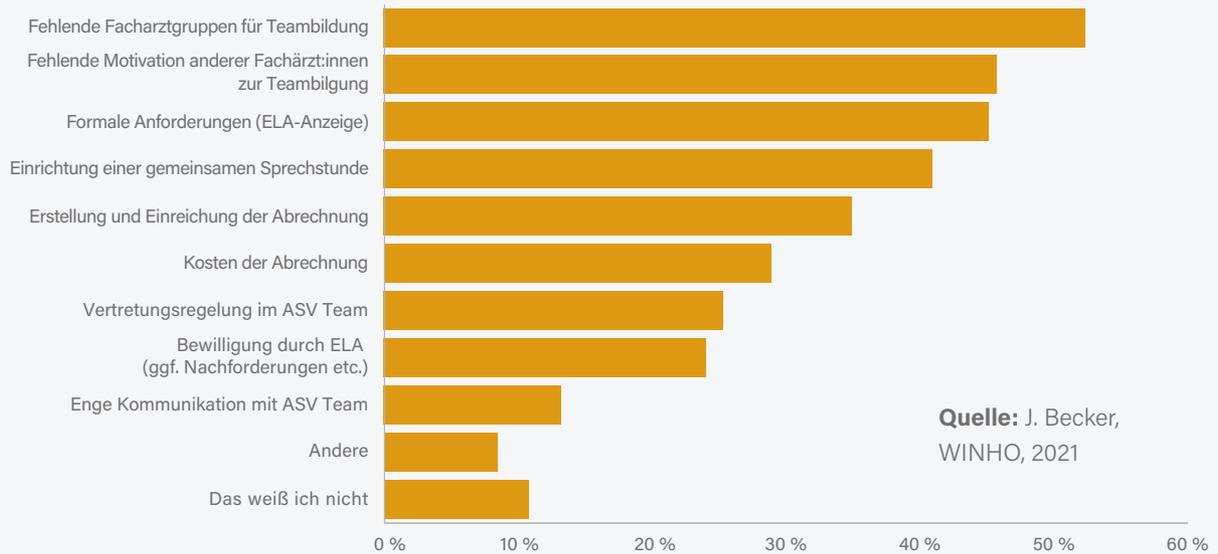


Abb. 1: Ergebnisse der Umfrage unter nicht an der ASV teilnehmenden Ärzten zu den Gründen. N = 166

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 Onkologevereinbarung 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 „Verdünnerefällen“, 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

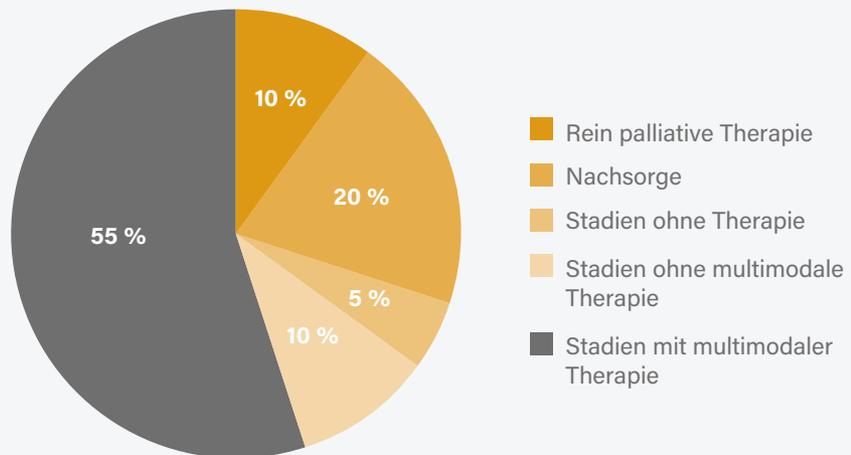
Patientenspektrum

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.

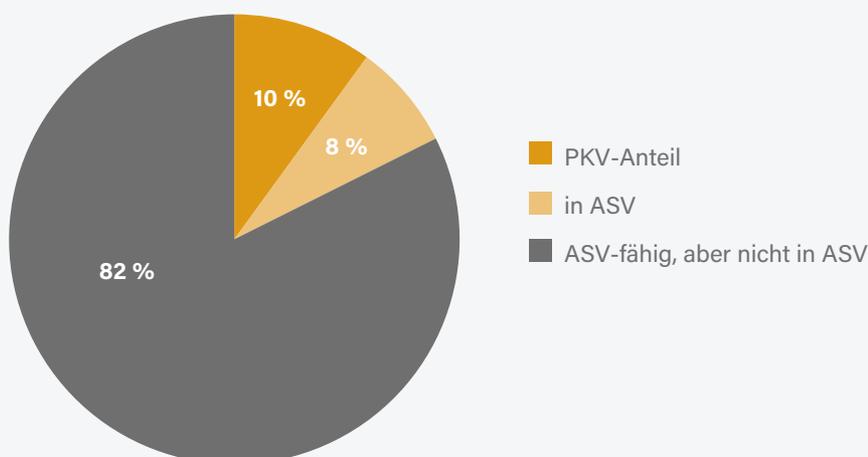
AUFWAND UND ERTRAG

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 Konkurrenzklauseel 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.

HIER STEHT EINE ANZEIGE.

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