



Foto: Momius - Fotolia

Fallstricke vermeiden

ASV-Beantragung nach §116b SGB V

Von Ursula Klinger-Schindler

Scheitert die ASV in der Umsetzung bereits bei der Anzeige beim eLA (erweiterten Landesausschuss) oder steckt die ASV immer noch in den Kinderschuhen, und kommt vielleicht doch nicht? Nachfolgender Beitrag beschreibt den aktuellen Stand und die wesentlichen Schritte einer erfolgreichen ASV-Beantragung.

Keywords: Ambulante Versorgung, Abrechnung, Erlöse

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist ein Angebot für Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren Erkrankungen. Spezialisierte Ärzte verschiedener Fachrichtungen arbeiten dabei in einem Team zusammen und übernehmen gemeinsam und koordiniert die Diagnostik und Behandlung. Die ASV kann von Krankenhäusern sowie niedergelassenen Fachärzten und Medizinischen Versorgungszentren angeboten werden. Die vom G-BA und Krankenkassen beschlossene Richt-

linie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) regelt dabei Näheres zu diesem Versorgungskonzept. Der G-BA definiert darüber hinaus generelle Anforderungen, die für alle ASV-Angebote gelten, sowie spezielle Anforderungen für die erkrankungsspezifische Konkretisierung. Die erkrankungsspezifischen Anforderungen können beispielsweise die Qualifikation des ASV-Teams und den diagnostischen und therapeutischen Leistungsumfang betreffen. Mit Stand Dezember 2018 liegen folgende erkrankungsspezifische ASV-Anforderungen für folgende Leistungsbereiche bereits vor und können beim eLA beantragt werden:

- ausgewählte seltene Lebererkrankungen
- gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
- gynäkologische Tumoren
- Marfan-Syndrom
- Morbus Wilson
- Mukoviszidose
- pulmonale Hypertonie
- rheumatologische Erkrankungen bei Erwachsenen

- rheumatologische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
- urologische Tumoren
- Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

Während sich bis Dezember 2018 etwa 180 TEAMS erfolgreich durch das Anzeigeverfahren bei den erweiterten Landesausschüssen gearbeitet und ihre Berechtigungen erhalten haben, erarbeitet der G-BA schrittweise weitere erkrankungsspezifische ASV-Anforderungen. Sie sind die rechtliche Voraussetzung dafür, dass Ärzte den erweiterten Landesausschüssen ihre Teilnahme an der ASV anzeigen können.

Altverträge

Obwohl seit dem 1. Januar 2012 keine Neuanträge von Krankenhäusern für eine ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (a.F.) beschieden werden können, erscheint die bisherige Anzahl von ca. 180 TEAMS in der neuen ASV gering. Für Altverträge, die von den zuständigen Landesbehörden vor dem 1. Januar 2012

erteilt wurden, gilt die bisherige (ABK-RL Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus) zunächst weiter, bis sie unwirksam wird. Unwirksam wird sie immer dann, wenn das Krankenhaus für die Behandlung der entsprechenden Krankheit zur Teilnahme an der ASV neu berechtigt ist, oder ein Altvertrag endet – spätestens auch immer dann nach drei Jahren, wenn der G-BA für die jeweilige Erkrankung oder hochspezialisierte Leistung Näheres zur spezialfachärztlichen Versorgung in seiner Richtlinie neu geregelt und vor allen Dingen beschlossen hat.

Die Ursache der scheinbar geringen Zahl von neuen ASV-Zulassungen hat unterschiedliche Gründe. Viele Krankenhäuser sind genau auf den Moment der Aufhebung der ABK-RL unzureichend vorbereitet. Das hängt unter anderem auch damit zusammen, dass die DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) lange die Auffassung vertrat, es müsse für Kliniken mit Altverträge eine Art Bestandschutz geben. Hier wurde nachjustiert und die Übergangsfrist von drei Jahren sogar gesetzlich geregelt. Das bedeutet in der praxisbezogenen Umsetzung, dass die ABK-RL für Altverträge der Gynäkologischen Tumore am 10. August 2019 spätestens aufgehoben wird. Die länderspezifischen Landesausschüsse werden im ersten Halbjahr 2019 wieder sehr viel zu tun haben, um das Anzeigeverfahren der Kliniken mit Altverträgen zu bearbeiten.

Neuverträge

Neuverträge können jederzeit nach Beschluss und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gestellt werden. Hierzu muss nur abgewartet werden, dass die regionalspezifischen Landesausschüsse die umfangreichen Anzeigeformulare auf ihren Internetseiten zeitnah bereitstellen. In der Regel stellen die erweiterten Landesausschüsse, bis auf den Landesausschuss in Berlin, die entsprechenden Formulare in den ersten Wochen nach Beschluss zum Download zur Verfügung. So können aktuell in Berlin noch immer keine Anträge für die Anlage der Urologischen Tumore oder der An-

lage der rheumatologischen Erkrankungen gestellt werden. In Nordrhein-Westfalen und auch in Baden Württemberg hingegen, gehen im November 2018 bereits die ersten ASV-Teams für die rheumatologischen Erkrankungen und urologischen Tumore an den Start. Eine Anzeige ist also immer an die entsprechenden Anzeigeformulare gebunden. Keinesfalls stimmt die Aussage, man müsse nur auf einem DIN A4 Blatt den Willen zur Leistungserbringung beim Landesausschuss schriftlich anzeigen, könne dann sofort starten, weil das im Gesetz so definiert wäre. Die nachfolgenden Punkte der Checkliste Anzeigeverfahren soll interessierten Antragsstellern die notwendige Unterstützung bieten.

Anzeigeformular

Die Anzeigeformulare für die ASV-Zulassung stehen bundesweit im Internet des jeweiligen Landesausschusses zur Verfügung. Ihr Umfang ist sehr unterschiedlich. So können Anzeigeformulare nur 25 Seiten, länderspezifisch aber auch 120 Seiten umfassen. Diese müssen sorgfältig und vor allen Dingen vollständig bearbeitet werden. Aus dem Anzeigeformular geht in der Regel auch hervor, wie der Umfang an Qualitätssicherungsnachweisen, Kooperationsverträgen, Mindestmengen, Unterschriftenverfahren, Selbst- und Absichtserklärungen geregelt ist. Viele Antragsverfahren scheitern bereits daran, dass noch nicht einmal alle Facharzt disziplinen der jeweiligen Konkretisierung durch den Antragssteller besetzt worden sind.

Die TEAM-Bildung

Die Planungsphase einer Klinik für den Start in die ASV sollte sechs bis zwölf Monate betragen. In einem ersten Meeting sollte neben den

möglichen Ärzten des Kernteams, die TEAM-Leitung, die Leitung Patientenabrechnung, ein kaufmännischer Verantwortlicher, ggf. der Krankenhausjustitiar und neben einem qualifizierten Mitarbeiter der EDV in jedem Falle die Geschäftsführung anwesend sein. Hier muss diskutiert werden, mit welchen und mit wie vielen Ärzten die einzelnen Fachdisziplinen der jeweiligen Konkretisierung besetzt werden sollen. Die sektorübergreifende Kooperation ist bei der Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) bei onkologischen Erkrankungen vorgeschrieben. Zusätzlich zur Bildung eines interdisziplinären Teams hat sie das Ziel der Förderung einer intersektoralen Kooperation in diesem Versorgungsbereich. Das bedeutet, dass Kliniken und Praxen gemeinsam einen TEAM-Antrag zur Zulassung für die ASV stellen. Die sektorenübergreifende Kooperation ergibt sich häufig aber alleine schon daraus, dass das Krankenhaus gar nicht über die geforderten 15 bis 20 Fachabteilungen verfügt und den Kooperationspartner aus der Niederlassung zur Vervollständigung seines TEAMS benötigt. Andersherum stellt es den niedergelassenen Arzt vor eine große Hürde, wenn dieser glaubt ein ASV-TEAM ohne Beteiligung einer Klinik bilden zu können. Immer wieder ist kurz nach Beschluss und Veröffentlichung einer neuen ASV-erkrankungsspezifischen Konkretisierung von engagierten Niedergelassenen zu hören, sie ständen schon vor Anzeigeabgabe, oder sie hätten gar vom erweiterten Landesausschuss bereits die Zusage, dass ihr Antrag problemlos in wenigen Tagen durchgewunken würde. Die Realität zeigt, dass nach Beschluss (April 2019) der ASV urologische Tumore und rheuma-

Geschäftsbereiche



Gesundheitsmanagement
ist kein Zufall!

- Medizin-Controlling
 - DRG | PEPP Kodierung
 - Kodierrevision
 - MDK-Fallmanagement
- Krankenhausberatung
- elbamed-Akademie

Tel.: 0800-35 22 6 33 ■ www.elbamed.de ■ info@elbamed.de

tologische Erkrankungen im Dezember 2018 gerade jeweils drei TEAMS zugelassen sind. Gerade in ländlichen Regionen dürfte es schwierig sein, Fachdisziplinen wie die Humangenetik, Pathologie, Onkologie, Nephrologie oder auch die Pneumologie ohne Klinik besetzen zu können. Häufig ergeben sich hier erste Interessenkonflikte. Die Ursache liegt manchmal in der Vergangenheit einer verfehlten MVZ-Politik des Krankenhausträgers. Einzig in den Bereichen ASV-Zulassungen der urologischen Tumore und rheumatologischen Erkrankungen zeigt sich ein bisher anderes Bild der TEAM-Zusammensetzungen als in bisherigen erkrankungsspezifischen Anlagen der ASV-RL. Hier besteht innerhalb der bereits zugelassenen TEAMS das Kernteam sogar aus bis zu 20 niedergelassenen Fachärzten aus Urologie und Rheumatologie. Erst wenn die TEAM-Bildung vollständig abgeschlossen ist, sollte mit den weiteren Schritten begonnen werden.

Qualitätssicherungsvereinbarungen

Die Zweitwichtigste Hürde im Anzeigeverfahren ist die Auflage der Qualitätssicherungsnachweise. Im Bereich der onkologischen Konkretisierungen sind diese aufgrund der TEAM-Zusammenstellung identisch formuliert, im Bereich der übrigen Konkretisierungen bis auf wenige Ausnahmen ähnlich. Sie sind erforderlich in der Strahlentherapie und Diagnostik, Nuklearmedizin, Langzeit-EKG, Ultraschallvereinbarung, Herzkatheter, Labor, Endoskopische Verfahren der Gastroenterologie. Die Auflagen der Qualitätssicherungsvereinbarungen müssen in der Regel über entsprechende Nachweise oder Zeugnisse erfüllt werden. Für den Niedergelassenen Arzt stellt sich dies in der Regel recht einfach dar. Über seine aktuellen KV-Zulassungsbescheide können diese problemlos nachgewiesen werden, wenn er über die entsprechenden Qualifikationen verfügt und die Abrechnung der Leistung im Rahmen seiner Zulassung schon einmal bei der KV beantragt hat. Wesentlich schwieriger gestaltet sich dies, wenn ein Chefarzt oder Facharzt einer Klinik zugelassen werden muss, der weder über eine KV-Ermächtigung

noch über eine Zulassung im MVZ des Krankenhausträgers verfügt. Hier rächt sich oftmals das Versäumnis im Rahmen der jahrelangen Facharztausbildung, die entsprechenden durchgeführten Leistungen bescheinigen zu lassen. Liegen die notwendigen Bescheinigungen nicht vor, müssen die persönlich durchgeführten Leistungen anhand von ausgedruckten Befunden und/oder Bilddokumentationen bei der Antragsstellung vorgelegt werden.

Abrechnung

Die ASV steht für viele noch heute in Verbindung mit „Jeder rechnet selbst ab“. Abrechnungsgrundlage der ASV ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Der für die erkrankungsspezifischen Anlagen definierte Appendix enthält in Abschnitt 1 alle Gebührenordnungspositionen (GOP), die im Rahmen der ASV von den einzelnen Fachgruppen berechnet werden dürfen. Ob eine GOP für die jeweilige Fachgruppe berechnungsfähig ist, ist fachgruppenspezifisch in einem Regelwerk erfasst. Dieser Appendix steht beim Institut des Bewertungsausschusses inzwischen für alle beschlossenen Konkretisierungen auch als Excel-Version zum Download zur Verfügung. So können individuelle Ziffernkränze für die einzelnen Fachrichtungen des Krankenhauses erstellt werden. Für den niedergelassenen Vertragsarzt im ASV-TEAM ändert sich nicht viel. Seine Leistungen werden nach wie vor über die KV (Kassenärztliche Vereinigung) abgerechnet. Die KV tritt als Dienstleister ein und übermittelt die mit ASV-TEAM-Nummer gekennzeichneten Leistungen an die Kasse weiter. Es ist laut KBV definitiv keine eigene Software für die ASV-Abrechnung eines niedergelassenen Vertragsarztes der ASV notwendig. Neu ist für den Vertragsarzt der ASV, dass seine Leistung ohne Abstaffelung oder Quotierung honoriert werden. Das bedeutet aber nicht, dass er gegen die Anmerkungen und Präambeln des EBM verstoßen kann. Diese Regelwerke des EBM sind für Klinik und Praxis gleichermaßen zu berücksichtigen. Neu ist für Klinik und Praxis im ASV-TEAM der Abschnitt 2 des Appendix einer jeden ASV-Konkreti-

sierung. Hier werden vom ergänzten Bewertungsausschuss Leistungen definiert, die für die jeweilige Konkretisierung vorgesehen aber noch nicht im EBM integriert sind. Diese müssen innerhalb von sechs Monaten nach Beschluss der Konkretisierung in den EBM überführt werden und werden im Zeitraum bis zur Integration in den EBM mit entsprechenden Symbolziffern des Appendix berechnet. Die Bewertung erfolgt nach GOÄ, das sieht der Vorratsbeschluss so vor. Ist die Leistung durch den Bewertungsausschuss in den EBM integriert, sind die Leistungen im Kapitel VII Ambulante spezialfachärztliche Versorgung, im Abschnitt 51 zu finden.

Die Abrechnungsregel

Jeder Niedergelassene Vertragsarzt rechnet seine persönlich erbrachten Leistungen, und nur diese, innerhalb der ASV selbst mit seiner KV ab. Die Abrechnungsdaten der Krankenhäuser für ambulante Leistungen der ASV nach § 116 b SGB V werden auf elektronischem Wege mit den Krankenkassen ausgetauscht und zwar Fallbezogen in einer Rechnung, in der alle Fachabteilungen des Krankenhauses aufgeführt werden. Die gesetzliche Grundlage bildet hierfür §301 Abs. 1 SGB V bzw. § 295 SGB V. Die Bestimmungen hierzu sind in der ASV-AV (Abrechnungs- und Ordnungsvereinbarung der ASV) definiert. ■

Literatur beim Verfasser

Ursula Klinger-Schindler

Unternehmensberatung für Klinik und Praxis
Konstanzer Straße 6
10707 Berlin
u.klinger@abrechnungseminare.de



Ursula Klinger-Schindler