



**Bundesverband  
ambulante  
spezialfachärztliche  
Versorgung e.V.**

ASV Update vom 4. Juli 2019

Sehr geehrte Damen und Herren,

die ASV schreitet voran – heute ist die Konkretisierung zur Hämophilie in Kraft getreten. Damit sind nun bereits elf Indikationen in der ASV behandelbar. Momentan bearbeitet der G-BA Tumoren der Lunge und des Thorax sowie die Sarkoidose. Wir halten Sie dazu auf dem Laufenden. Speziell zur ASV Rheuma haben wir unser Informationsmaterial nochmal erweitert. Aktuelle Infos zu Änderungen des EBM – u.a. aufgrund des TSVG finden Sie ebenfalls in unserem Newsletter.

### ASV Rheumatologie: Informationen für zuweisende Kolleginnen und Kollegen

Die ASV ist eine Versorgungsform, für die grundsätzlich eine Überweisung eines behandelnden Vertragsarztes erforderlich ist. Eine Besonderheit bei der ASV Rheuma ist, dass auch Patienten mit einer Verdachtsdiagnose einer rheumatologischen Erkrankung in die ASV aufgenommen werden können. Dafür muss jedoch bei der Überweisung neben der Verdachtsdiagnose eine Mindestdiagnostik vorliegen.

Mit unserer Zuweiserinformation können Zuweiser nun kompakt über das neue Versorgungsangebot, aber insbesondere auch über die Form der Überweisung in Verdachtsfällen informiert werden.

[Zum Flyer](#) (PDF-Format)

(Gedruckte Exemplare können Sie mit einer kurzen Nachricht an [kontakt@bv-asv.de](mailto:kontakt@bv-asv.de) bestellen)

### Neue Broschüre zur ASV Rheumatologie: Der ASV-Praxischeck

Wir haben unsere Informationsunterlagen um eine weitere Broschüre speziell für die Rheumatologie ergänzt. Darin finden Sie viele Details zur ASV in der Rheumatologie und zahlreiche Informationen zur Entscheidungsfindung für die Teilnahme.

[Zur Broschüre](#) (PDF-Format)

## ASV Rheumatologie, Aufnahme neuer EBM-Ziffer

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 22. März 2019 Änderungen im Appendix „Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene“ beschlossen. Der vom G-BA vorgegebene Behandlungsumfang umfasst auch neurophysiologische Untersuchungen (z. B. EEG, EMG, ENG). Daher wurde nun die Gebührenordnungsposition 16322 in den Appendix aufgenommen. Der Beschluss des G-BA wird dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Prüfung vorgelegt und tritt nach erfolgter Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

## Neue Bedarfsplanung beschlossen: Differenzierte Planung der internistischen Sitze und Absenkung der Arzt- / Einwohner-Verhältniszahlen

In der am 16. Mai 2019 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie, wurde das Verhältnis der Arzt- / Einwohner-Verhältniszahlen abgesenkt und unter anderem die Anfahrtszeit zu den jeweiligen Facharztgruppen berücksichtigt. Außerdem wurde die Planung der Fachinternisten geändert. So legte der G-BA für Rheumatologen eine Mindestquote von 8 % fest. Die Erhöhung auf 10 % wird nach 5 Jahren geprüft. Weiterhin wurden für ausgewählte Fachinternisten Maximalquoten festgelegt, die bei Zulassung und Nachbesetzung nicht überschritten werden sollen. Für die Arztgruppe der Kardiologen liegt dieser Höchstanteil bei 33 %, für Gastroenterologen bei 19 %, für Pneumologen bei 18 % und für Nephrologen bei 25 %.

Der Gesetzgeber hatte den G-BA damit beauftragt bis 1. Juli 2019 die bis dato geltenden Verhältniszahlen zu überprüfen sowie die weiteren Planungsinstrumente weiterzuentwickeln. Die konkreten Niederlassungsmöglichkeiten in den einzelnen Planungsbereichen werden auf Landesebene festgelegt. Hierzu stimmen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen ab. Die Landesausschüsse haben nach Inkrafttreten der beschlossenen Änderungen zum 30. Juni 2019 (sofern das Bundesgesundheitsministerium nicht widerspricht), sechs Monate Zeit diese umzusetzen. Es wird erwartet, dass im Rahmen dieser Umsetzung auch die zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten berechnet werden. Genaue Anzahlen je KV-Region werden es nach den Beschlüssen der Landesebene verfügbar sein.

Mit Einbeziehung des Demografie-Faktors und dem Handlungsspielraum auf regionaler Ebene wurde versucht, dem Versorgungsbedarf von Planungsseite möglichst nahe zu kommen. Das Problem mangelnder Ärzte auf die freien Arztsitze wird aber auch die Bedarfsplanungs-Richtlinie nicht lösen. Zu den bereits heute freien Arztsitzen kommen in etwa 3.470 neue hinzu, so dass bundesweit 6.906 neue Niederlassungsmöglichkeiten bestehen. Hier sind unter anderem die Politik, Länder und Kommunen gefragt, die Attraktivität der Niederlassung insbesondere in ländlichen Regionen zu erhöhen und den ärztlichen Nachwuchs zu gewinnen.

Zudem bezieht sich der aktuelle Beschluss nur auf den ambulanten Bereich – nicht jedoch auf die stationäre Planung. In Zukunft wird auch die sektorenübergreifende Versorgung eine immer größere Rolle spielen. Mittel- und langfristig wird eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung notwendig werden.

## Zwischenfinanzierung für erfolgreiche Innovationsfondsprojekte

Positiv evaluierte Projekte des Innovationsfonds sollen eine Übergangsförderung erhalten, um die Zeitspanne zwischen dem Förderzeitraum und dem Eintritt in die Regelversorgung überbrücken zu können, so Hecken, Unparteiischer Vorsitzender des G-BA auf dem Salut-Kongress.

Nach dem die Förderung durch den Innovationsfonds verlängert wird, sollen im ersten Jahr der neuen Förderperiode die Mittel überwiegend für die Brückenfinanzierung verwendet werden. Hecken hofft, dass damit etwa jedes 5. Projekt Eingang in die Regelversorgung findet. Hat der Evaluationsausschuss ein Projekt positiv bewertet, soll das weitere Verfahren schneller durchlaufen werden – ohne weitere Bewertung des IQTIQ. Werden die Projekte in Selektivverträge übernommen, liegt die Entscheidungshoheit bei den Kassen, aber auch hier im schlankeren Verfahren – ohne Prüfung durch das Bundesversicherungsamt.

Bleibt zu hoffen, dass die guten Versorgungsprojekte so tatsächlich die Patientenversorgung durchgehend gewährleisten können und bürokratische Hürden bzw. Verzögerungen nicht zu einem Versorgungsbruch führen.

## TSVG: Extrabudgetäre Vergütung von Neupatienten

Die Versorgung von Neupatienten können Ärzte ab 1. September 2019 extrabudgetär abrechnen. Als Neupatient gilt ein Patient, wenn er seit zwei Jahren nicht mehr in der Praxis behandelt wurde. Darauf und auf weitere konkrete Eckpunkte haben KBV und GKV-Spitzenverband sich am 19.6.2019 bei den Verhandlungen zur Umsetzung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) im Bewertungsausschuss geeinigt. Das Gesetz war am 11. Mai 2019 in Kraft getreten. Einige Neuerungen gelten seitdem bereits, andere treten erst im Laufe des Jahres in Kraft.

[Weitere Details](#)

## Gynäkologie: Oncotype bzw. Genexpressionsanalyse wird Kassenleistung

Am 20.6.2019 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Aufnahme des Oncotype DX Tests in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen. Mithilfe dieses Biomarkertests wird die Stratifizierung einer Chemotherapie bei etwa der Hälfte der Patientinnen mit Brustkrebs ermöglicht. Nach Prüfung und Nichtbeanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium sowie nach Bekanntmachung im Bundesanzeiger tritt der Beschluss in Kraft. Sobald der Bewertungsausschuss über die Höhe der ärztlichen Vergütung im EBM entschieden hat, kann der biomarkerbasierte Test als vertragsärztliche Leistung erbracht werden.

In der ASV wurde diese Leistung bereits als Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB) im Appendix bei den Gynäkologischen Tumoren im Abschnitt zwei als „Genexpressionsanalyse“ aufgenommen. Bei der nächsten turnusmäßigen Appendix-Aktualisierung wird diese Leistung dann in den Abschnitt 1 verlagert, sofern die EBM-Ziffer vorliegt.

[Zur Pressemitteilung](#)

Mit den besten Grüßen

Dr. Axel Munte  
Vorsitzender des Vorstands

Sonja Froschauer  
Geschäftsführender Vorstand

Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V.  
Dr.-Max-Str. 21, 82031 Grünwald bei München, Deutschland  
Vorstand: Dr. Axel Munte, Sonja Froschauer  
Amtsgericht München VR 203940