

Über dieses Buch

Das vorliegende Buch beinhaltet zunächst in der Einleitung eine Übersicht über die Grundlagen der ASV, insbesondere ihre Entstehung, die Ziele sowie wichtige Begriffsbestimmungen. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur ASV wird hier ebenfalls in ihren Grundzügen dargestellt.

Im folgenden Kapitel werden für diejenigen Leser, die sich mit dem Gedanken einer Teilnahme an der ASV tragen oder sich im Anzeigeverfahren befinden, die wichtigsten Aspekte bei der Teamzusammenstellung und die nötigen Voraussetzungen wie Kooperationsverträge etc. behandelt. Wie auch in den folgenden Kapiteln wird Wert auf praxisnahe Beispiele, Fallstricke etc. gelegt.

Im Kapitel »Arbeiten in der ASV« werden alle entscheidenden Aspekte während der ASV-Teilnahme behandelt, darunter der Patientenzugang, die persönliche Leistungserbringung etc. Die Ausführungen werden auch hier durch praxisnahe Beispiele ergänzt.

Im Kapitel »Laufende Anforderungen« geht es u. a. um die Aufrechterhaltung der Teilnahmeberechtigung, Änderungen im Team, Nachbesetzung etc.

Die Einordnung der ASV in einen größeren Kontext erfolgt im folgenden Abschnitt. Hier wird der aktuelle Stand der ASV-Teilnahme in den einzelnen Bundesländern bzw. KV-Bezirken, die Anzahl beteiligter Ärzte und Patienten, die bisherigen Evaluationsergebnisse sowie die Chancen, Probleme und Perspektiven der ASV dargelegt.

Im letzten Kapitel werden die Leser über praktische Hilfestellungen wie Adressen der zuständigen Stellen etc. informiert.

Die Anlagen enthalten weitere Informationen und praktische Hilfen.

Insgesamt können sich die Leser sowohl einen Überblick über alle Aspekte der ASV verschaffen als auch ganz spezifisch nach einzelnen Details erkundigen. Ein Stichwortverzeichnis erleichtert die Suche.

1 Die Grundlagen

1.1 Einleitung und Ausgangsbasis

1.1.1 Markt- und Wettbewerbssituation der Leistungserbringer

Der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht zunehmend eine Verlagerung ehemals stationär erbrachter Leistungen in die ambulante Versorgung (SVR 2012, S. 237). Eine kontinuierlich sinkende Verweildauer und die Existenz vieler sog. »Stundenfälle« im Krankenhaus zeigen das Potenzial einer zunehmend ambulanten Leistungserbringung auf. So betrug bereits 2010 die Verweildauer bei mehr als einem Drittel aller Krankenhausfälle höchstens drei Tage (SVR 2012, S. 238; Leber und Wasem 2016, S. 7). Bis zu 553.000 stationäre und teilstationäre Krankenhausfälle in der Onkologie mit einer Verweildauer von bis zu zwei Tagen könnten wohl künftig im Rahmen einer ambulanten Versorgung erbracht werden (Lüngen und Rath 2010, S. 170). Ob diese Patienten ambulant von niedergelassenen Fachärzten oder an einem Krankenhaus behandelt werden, könnte dem Wettbewerb überlassen werden, gleiche Bedingungen, Qualität und einheitliche Vergütung vorausgesetzt.

Krankenhäuser sollen sich nach dem Willen der Gesundheitspolitik zunehmend an der ambulanten Versorgung beteiligen. Bereits 2003 hatte sich auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) für eine (partielle) Öffnung von Krankenhäusern – vor allem für hoch spezialisierte Leistungen und auf Gebieten mit raschem Wissensfortschritt – ausgesprochen (SVR 2003, Ziffer 939).

Es gibt daher schon länger vielfältige Möglichkeiten für Leistungserbringer, im Rahmen des jeweils anderen Versorgungsektors tätig zu werden (► Abb. 1).

Dies ist möglich für Krankenhäuser Rahmen von Ermächtigungen (§ 116 SGB V), ambulanter Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung (§ 116a SGB V), durch prä- und poststationäre Versorgung nach § 115a SGB V, ambulantes Operieren nach § 115b SGB V, psychiatrische (§ 118 SGB V), geriatrische (§ 118a SGB V) und sozialpädiatrische Ambulanzen (§ 119 SGB V), ggf. über an Krankenhäusern noch bestehende Einrichtungen nach § 402 Abs. 2 SGB V, bei Universitäten im Rahmen der Hochschulambulanz nach § 117 SGB V sowie durch die ambulante Versorgung nach der bis zum 31. 12. 2011 geltenden Fassung des § 116b SGB V, der Versorgungsform der »Ambulanten Behandlung im Krankenhaus« (im Folgenden als § 116b SGB V a.F. bzw. ABK bezeichnet). Vor allem auch die Möglichkeit, über

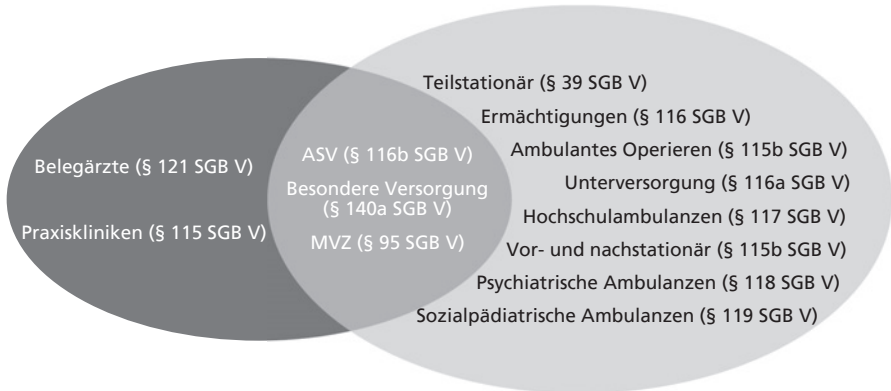


Abb. 1: Bereiche der ambulanten GKV-Patientenversorgung. links: Vertragsärzte. rechts: Krankenhäuser. Mitte: Überlappende Bereiche

§ 95 Abs. 2 SGB V ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) zu betreiben, gibt Krankenhäusern den Zugang zur ambulanten Behandlung, daneben auch die Teilnahme an der integrierten (seit 2015 Teil der besonderen) Versorgung nach § 140a SGB V. Hinzu kommen die Möglichkeiten der Krankenhäuser, den Term-inservicestellen freie Kapazitäten zu melden und darüber an der ambulanten (Regel-) Versorgung nach § 76 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 75 Abs. 1a S. 7 SGB V teilzunehmen. Selbstverständlich zählt auch die Teilnahme an der Notfallversorgung zum ambulanten Leistungsspektrum eines Krankenhauses (vgl. zum Ganzen Berg/Jenschke 2020).

Das Gesamtvolumen der Ausgaben für ambulante Krankenhausleistungen betrug nach Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes vor Einführung der ASV rund vier Milliarden Euro jährlich (Klein-Hitpaß und Leber 2012, S. 215).

Vertragsärzte hatten dagegen bislang weniger Optionen für eine echte Teilnahme an sektorübergreifender Versorgung. Sie konnten im Rahmen der integrierten (besonderen) Versorgung nach § 140a SGB V tätig werden, als Belegarzt nach § 121 Abs. 2 SGB V oder als Praxisklinik nach § 115 SGB V (► Abb. 1). Seit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde dies erweitert, indem eine parallele Anstellung eines Vertragsarztes im Krankenhaus bzw. dessen Tätigkeit als Honorararzt möglich ist, wobei das Honorararztwesen durch die Urteile des BSG zur Sozialversicherungspflicht von im Krankenhaus tätigen Ärzten (vgl. nur BSG, Urteil vom 04.06.2019 – B 12 R 11/18 R) quasi abgeschafft wurde. Die echte konsiliarische Tätigkeit bleibt jedoch erhalten. Kooperationsmöglichkeiten bieten sich auch bei der prä- und poststationären Versorgung nach § 115a SGB V, deren Leistungen auch in der Vertragsarztpraxis für das Krankenhaus erbracht werden können. Eingeschränkte Kooperationen sind auch im Rahmen des ambulanten Operierens im Krankenhaus nach § 115b SGB V möglich.

Der SVR (2012, S. 250) hatte bereits 2011 eine eigene Umfrage unter Krankenhäusern zur Art der Teilnahme an der ambulanten Versorgung durchgeführt (► Tab. 1). Es wird deutlich, wie sehr die Kliniken auf die Möglichkeit des MVZ, des ambulanten Operierens und sonstiger Formen der ambulanten Leistungserbrin-

gung setzen. Die Teilnahme an der Versorgung nach § 116b SGB V a.F. tritt dabei deutlich in den Hintergrund; diese erfolgt am häufigsten in Kernstädten (SVR 2012, S. 269).

Tab. 1: Formen der Leistungserbringung von Krankenhäusern an der Schnittstelle ambulant/stationär (%-Anteil Krankenhäuser >50 Betten). (In Anlehnung an: SVR-Sondergutachten 2012, S. 267)

Leistungserbringung der Krankenhäuser an der Schnittstelle ambulant/stationär	Anteil Krankenhäuser > 50 Betten
Betreiber/Beteiligung an Medizinischem Versorgungszentrum (MVZ) (n = 619)	42,0 %
..... wenn ja: Ausweitung der vorhandenen MVZ-Aktivitäten in den nächsten Jahren geplant (n = 243)	79,0 %
.... wenn ja: Teilnahme des MVZ an integrierter Versorgung gem. § 140a SGB V (n = 241)	10,8 %
Gründung eines (neuen oder weiteren) MVZ in den nächsten Jahren geplant (n = 542)	44,3 %
Teilnahme an § 116b Abs. 2–6 SGB V (alte Fassung) (n = 659)	17,3 %
Teilnahme am ambulanten Operieren (§ 115b SGB V) (n = 631)	79,4 %
Teilnahme an Modellvorhaben (§§ 63ff SGB V) (n = 591)	1,7 %
Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) nah § 137f–g SGB V (n = 587)	45,5 %
Erbringung teilstationärer Leistungen (n = 616)	49,8 %
Teilnahme an sonstigen Formen ambulanter Leistungserbringung (z. B. Ermächtigungen, Belegärzte, Hochschulambulanzen) (n = 626)	88,7 %
Zusammengefasster Wert: Anteil der Krankenhäuser mit mindestens einer Form der ambulanten Leistungserbringung	91,1 %

Die Wettbewerbsbedingungen sind äußerst ungleich. Unterschiedliche sektorenspezifische Regulierungen bezüglich Bedarfsplanung- bzw. Zulassungsregelungen, unterschiedliche Qualitätsstandards und Qualitätssicherungssysteme sowie inkompatible Finanzierungs- und Vergütungsmechanismen (Rürup et al. 2009) tragen dazu bei. So unterlagen viele der in § 116b SGB V a.F. definierten Versorgungsfelder keiner Mengenbegrenzung, im niedergelassenen Bereich bestanden jedoch eine Bedarfsplanung sowie budgetierte Regelleistungsvolumina. Des Weiteren bestimmt überwiegend der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen für Kliniken, im niedergelassenen Bereich sind dies die Partner der Bundesmantelverträge (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband (GKV-SV)). Die Vergütungssystematik ist im stationären DRG-System (diagnosis related groups) weit stärker pauschaliert als im ambulanten Bereich mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Darüber hinaus sind die

Arzneimittel zum Großteil wesentlich günstiger im Krankenhauseinkauf zu beschaffen, die Offizin-Apotheke ist dagegen an die Handelskette mit einheitlichen Abgabepreisen gebunden. Außerdem profitieren die Krankenkassen zusätzlich von den geringeren Arzneimittelpreisen in der Klinik durch Vereinbarungen nach § 129a SGB V.

Weiter bestehen uneinheitliche Regelungen zur Investitionsfinanzierung: Die staatliche Investitionsförderung bzw. die Querfinanzierungsmöglichkeit privater Träger verzerrt den Wettbewerb zugunsten der Krankenhäuser, die Vertragsärzte müssen ihre Investitionen komplett aus der (monistischen) Vergütung über die KVen finanzieren (SVR 2012, S. 272). Und nicht zuletzt haben Kliniken einen Wettbewerbsvorteil durch den Erstzugriff auf Patienten am Anfang der Behandlungskette (z. B. Operation eines Tumors).

1.1.2 Entwicklung des § 116b SGB V

Gerade Patienten mit seltenen, chronischen oder komplexen Erkrankungen werden sowohl stationär als auch ambulant betreut und kreuzen damit vielfach die Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitswesen. Dabei können Schnittstellenprobleme zwischen vertragsärztlichem und stationärem Sektor Versorgungsbrüche verursachen (Malzahn und Jacobs 2016, S. 199).

Um eine sektorübergreifende Leistungserbringung zu fördern, Fehlversorgung zu verhindern und Krankenhäusern den Zugang zur ambulanten Versorgung weiter zu erleichtern, hatte der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GKV-GMG) zum 01.01.2004 die §§ 116a (ambulante Versorgung bei Unterversorgung) und 116b (ambulante Behandlung im Krankenhaus) in das SGB V eingeführt. Es ermöglichte Krankenkassen und deren Verbänden, mit zugelassenen Kliniken Verträge zur ambulanten Behandlung von Patienten mit komplexen Krankheitsbildern für bestimmte ambulante Leistungen zu schließen. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde zum 01.07.2007 das Vertragsmodell in ein Zulassungsmodell umgewandelt und damit den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden übertragen. Die Krankenhäuser konnten dadurch zur ambulanten Erbringung hoch spezialisierter Leistungen und zur Behandlung von seltenen Erkrankungen oder besonderen Krankheitsverläufen zugelassen werden (► Tab. 2).

Die Vergabe von Bestimmungen erfolgte jedoch je nach Bundesland sehr unterschiedlich (Norden 2009, S. 260; Flintrop und Rieser 2009, S. 541). So wurde vor allem in Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen den meisten Zulassungsanträgen stattgegeben, in anderen Bundesländern, wie z. B. Bayern oder Baden-Württemberg, lehnten die zuständigen Behörden der Landeskrankenhausplanung (i. d. R. die Sozialministerien) hingegen die meisten Anträge ab (► Abb. 2).

Tab. 2: Gesetzeshistorie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Gesetz	Datum Inkrafttreten	Intention des Gesetzgebers
GKV-Modernisierungsgesetz (GKV-GMG)	01.01.2004	Krankenkassen und deren Verbände sollen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge zur ambulanten Versorgung schließen
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG)	01.04.2007	Zulassung von Krankenhäusern zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung wird den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden übertragen
GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)	01.01.2012	Einführung des neuen GKV-Leistungsbereichs ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)
GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VStG)	01.07.2015	Erweiterung des Bestandsschutzes für Krankenhäuser auf drei Jahre. Wegfall der schweren Verlaufsform bei onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen. Abrechnung der Leistungen für Vertragsärzte nur noch durch öffentlich-rechtliche Institutionen

Regelungen des G-BA zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus

Bereits unter der Geltung des § 116b SGB V a.F. hatte der G-BA den im Gesetz vorgegebenen Katalog seltener Erkrankungen, Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen und hoch spezialisierten Leistungen in seiner Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus (ABK-RL) konkretisiert und damit definiert, welche Patientengruppen von Krankenhäusern ambulant versorgt werden können (► Tab. 3).

Tab. 3: Erkrankungen/Leistungen sowie Anzahl Bestimmungen von Krankenhäusern (zum 31.12.2010) in der ABK-RL. (Quelle: IGES-Institut 2012)

Anlage zur ABK-RL/Erkrankungen/Leistungsbereiche	Anzahl
Anl. 1 Nr. 1 – CT/MRT-gestützte interv. Schmerztherapie	19
Anl. 1 Nr. 2 – Brachytherapie	10
Anl. 2 Nr. 1 – Mukoviszidose	34
Anl. 2 Nr. 2 – Gerinnungsstörungen (Hämophilie)	12
Anl. 2 Nr. 3 Teil 1 – Angeborene Skelettsystemfehlbildungen	15
Anl. 2 Nr. 3 Teil 2 – Weitere Fehlbildungen	16
Anl. 2 Nr. 4 – Schwerwiegende Immunologische Erkrankungen	17
Anl. 2 Nr. 6 – Biliäre Zirrhose	13

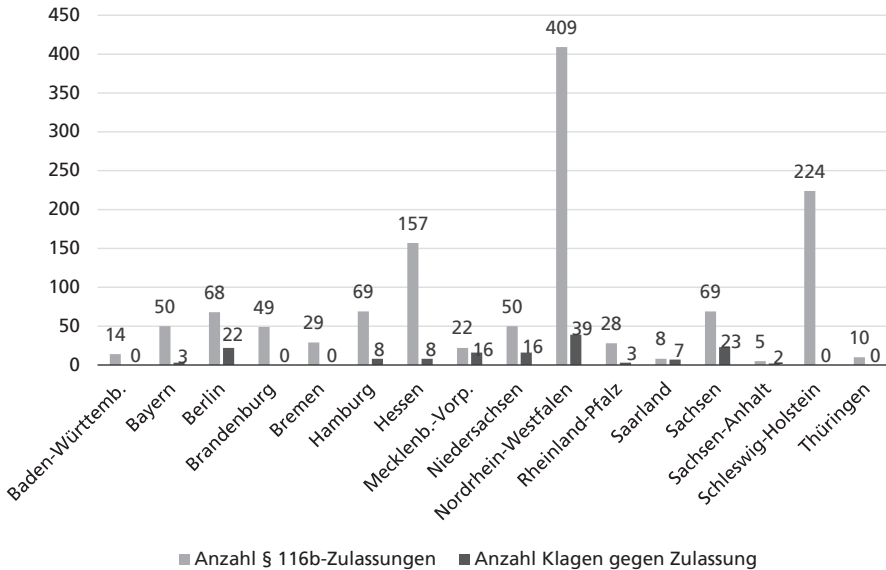


Abb. 2: Anzahl § 116b (alt) Zulassungen und Anzahl anhängiger Klagen nach Bundesländern. (Stand: 09/2011, Quelle: SVR-Sondergutachten 2012, S. 259)

Tab. 3: Erkrankungen/Leistungen sowie Anzahl Bestimmungen von Krankenhäusern (zum 31.12.2010) in der ABK-RL. (Quelle: IGES-Institut 2012) – Fortsetzung

Anlage zur ABK-RL/Erkrankungen/Leistungsbereiche	Anzahl
Anl. 2 Nr. 7 – Primär sklerosierende Cholangitis	20
Anl. 2 Nr. 8 – Morbus Wilson	14
Anl. 2 Nr. 9 – Transsexualismus	5
Anl. 2 Nr. 10-a) – Angeborene Stoffwechselst. b. Kindern: Adrenogenitales Syndrom	9
Anl. 2 Nr. 10-b) – Angeborene Stoffwechselst. b. Kindern: Hypothyreose	9
Anl. 2 Nr. 10-c) – Angeborene Stoffwechselst. b. Kindern: Phenylketonurie	9
Anl. 2 Nr. 10-d) – Angeborene Stoffwechselst. b. Kindern: MCAD-Mangel	9
Anl. 2 Nr. 10-e) – Angeborene Stoffwechselst. b. Kindern: Galactosaemie	8
Anl. 2 Nr. 11 – Marfan-Syndrom	19
Anl. 2 Nr. 12 – Pulmonale Hypertonie	40
Anl. 2 Nr. 13 – Tuberkulose	27
Anl. 2 Nr. 14 – Neuromuskuläre Erkrankungen	21
Anl. 2 Nr. 15 – Kurzdarmsyndrom	1
Anl. 3 Nr. 1–1 – Onkologie: Gastrointestinale Tumoren, Tumoren der Bauchhöhle	91

Tab. 3: Erkrankungen/Leistungen sowie Anzahl Bestimmungen von Krankenhäusern (zum 31.12.2010) in der ABK-RL. (Quelle: IGES-Institut 2012) – Fortsetzung

Anlage zur ABK-RL/Erkrankungen/Leistungsbereiche	Anzahl
Anl. 3 Nr. 1–2 – Onkologie: Tumoren der Lunge und des Thorax	73
Anl. 3 Nr. 1–3 – Onkologie: Knochen- und Weichteil-Tumoren	48
Anl. 3 Nr. 1–4 – Onkologie: Hauttumoren	37
Anl. 3 Nr. 1–5 – Onkologie: Tumoren des Gehirns und der periph. Nerven	43
Anl. 3 Nr. 1–6 – Onkologie: Kopf- und Halstumoren	65
Anl. 3 Nr. 1–7 – Onkologie: Tumoren des Auges	25
Anl. 3 Nr. 1–8 – Onkologie: Gynäkologische Tumoren	82
Anl. 3 Nr. 1–9 – Onkologie: Urologische Tumoren	60
Anl. 3 Nr. 1–10 – Onkologie: Tumoren des lymphatischen Gewebes & schwere Blutbildungserkrankungen	85
Anl. 3 Nr. 1–11 – Onkologie: Tumoren bei Kindern und Jugendlichen	21
Anl. 3 Nr. 2 – HIV/Aids	23
Anl. 3 Nr. 3-Teil Erw. – Schwere rheumatologische Verlaufsformen: Erwachsene	34
Anl. 3 Nr. 3-Teil Kind – Schwere rheumatologische Verlaufsformen: Kinder und Jugendliche	23
Anl. 3 Nr. 4 – Schwere Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3–4)	52
Anl. 3 Nr. 6 – Multiple Sklerose	73
Anl. 3 Nr. 7 – Anfallsleiden	36
Anl. 3 Nr. 8 – Pädiatrische Kardiologie	12
Anl. 3 Nr. 9 – Frühgeborene mit Folgeschäden	19
Anl. 3 Nr. 10 – Querschnittslähmung bei Komplikationen; interdisziplinäre Versorgung	10
Gesamt	1.239

Zudem regelte der G-BA den genauen Umfang des Behandlungsauftrags, die strukturellen Anforderungen an das Krankenhaus und die Notwendigkeit einer Überweisung für Patientinnen und Patienten. Außerdem legte der G-BA über die gesetzlich vorgesehenen Erkrankungen hinausgehend die Kriterien für ambulante Behandlungen im Krankenhaus vor und nach einer Lebertransplantation fest.

Übergang zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Der ausschließlich auf Krankenhäuser bezogene gesetzliche Geltungsbereich des § 116b SGB V a.F. wurde zum 01.01.2012 im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) auf Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ausgedehnt und damit der neue Leistungsbereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) geschaffen. Neben Krankenhäusern, die entsprechend § 108 SGB V zugelassen sind, wurde nun auch Vertragsärzten die Teilnahme ermöglicht, sodass eine sektorübergreifende Verbindung entstand (Hess 2013, S. 21). Das Bestimmungswort wurde in ein Anzeigeverfahren bei den neu zu gründenden erweiterten Landesausschüssen (eLA) umgewandelt. Der G-BA erhielt die Aufgabe, einheitliche Teilnahmevoraussetzungen, Qualitätsanforderungen sowie den Behandlungsumfang zu definieren und gemäß § 116b Abs. 4 SGB V in einer Richtlinie (ASV-RL) zu konkretisieren.

Seit dem 01.01.2012 können mangels Rechtsgrundlage Neuanträge von Krankenhäusern für eine ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b a.F. nicht mehr beschieden werden. Für Bescheide, die von den zuständigen Landesbehörden vor dem 01.01.2012 erteilt wurden, gilt die bisherige ABK-RL zunächst weiter. Die erteilten Bescheide werden unwirksam, sobald das Krankenhaus für die Behandlung der entsprechenden Krankheit zur Teilnahme an der ASV berechtigt ist. Sie enden ohne eine explizite Aufhebung der Landesbehörden spätestens drei Jahre, nachdem der G-BA für die jeweilige Erkrankung oder hoch spezialisierte Leistung das Nähere zur ASV in seiner Richtlinie geregelt hat (§ 116b Abs. 8 SGB V).

1.2 Ziele, Definition und Begriffseingrenzung

Für den Bereich der ASV soll ein gemeinsamer, einheitlicher Ordnungsrahmen für die ambulanten Leistungserbringer im vertragsärztlichen und Krankenhaussektor entstehen. Konkurrenz unter fairen Wettbewerbsbedingungen zwischen Kliniken und Vertragsärzten soll zur Hebung von Effizienz- und Effektivitätspotenzialen beitragen (SVR 2012, S. 242). Auch sieht das Gesetz einen einheitlichen Vergütungsrahmen vor, der sowohl für Krankenhäuser als auch Vertragsärzte in der ASV Anwendung findet.

Die Richtlinie des G-BA legt für beide Seiten einheitliche Teilnahmevoraussetzungen und Qualitätssicherungsnachweise fest. Somit wären (endlich) die Voraussetzungen für die wiederholt geforderten »gleich langen Spieße«, also die Vereinheitlichung des Wettbewerbsrahmens für Niedergelassene und Krankenhäuser, für (bestimmte) ambulante Versorgungsbereiche geschaffen. Dass dies in der Realität nicht vollumfänglich zutrifft und z. B. Krankenhäuser weiterhin durch Querfinanzierung des Betreibers und die Abbildung der gesamten Wertschöpfungskette Vorteile genießen, wurde u. a. im Gutachten des DICE beschrieben (Coenen et al. 2016).

Jedenfalls erfolgt der Zugang zur Versorgung in der ASV über einheitliche Qualifikations- und Qualitätsanforderungen ohne Bedarfsplanung und ohne Mengengrenzung ausschließlich abhängig von der Erfüllung der vom G-BA aufgestellten Kriterien (»wer kann, der darf«). Ein Zulassungsverfahren zur Erlangung einer Genehmigung im bisherigen Sinne (sog. »Bestimmung«) gibt es nicht.

Die ASV umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patienten mit

1. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen
2. seltenen Erkrankungen und Erkrankungszustände mit geringen Fallzahlen
3. Bedarf an hochspezialisierten Leistungen

die eine spezielle Qualifikation, interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern (§ 116b Abs. 1 S. 1 SGB V). Spezialisierte Fachärztinnen und -ärzte verschiedener Fachrichtungen arbeiten dabei in einem sog. ASV-Team mit einer organisatorisch verantwortlichen Teamleitung sowie hinzuzuziehenden Fachärzten zusammen und übernehmen gemeinsam und koordiniert die Diagnostik und Behandlung. Bei onkologischen Erkrankungen ist eine Kooperation mit dem jeweils anderen Versorgungssektor vorgeschrieben. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt gemäß § 116b Abs. 6 S. 2 SGB V direkt mit den Krankenkassen (Klinger-Schindler und Barta 2016, S. 83), bei Vertragsärzten ggf. über die Kassenärztliche Vereinigung als Abrechnungsdienstleister (► Kap. 3.7).

Die Rahmenbedingungen der ASV umfassen:

1. Keine Bedarfsplanung oder Zulassungsbegrenzung (jeder kann teilnehmen, der die Voraussetzungen erfüllt)
2. Gleiche Qualitätsanforderungen für Vertragsärzte und Kliniken
3. Verpflichtende interdisziplinäre Zusammenarbeit
4. Transssektorale Kooperation (in einigen Krankheitsbereichen, z. B. der Onkologie und bei den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED))
5. Abschließend definierter Behandlungsumfang
6. Honorar außerhalb der mit den Krankenkassen vereinbarten Gesamtvergütung
7. Honorierung zu festen Preisen ohne Begrenzung durch Praxisbudgets oder Regelleistungsvolumina
8. Bereinigung der Gesamtvergütung um den Anteil der Leistungen aus der vertragsärztlichen Versorgung
9. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen (NUB) im Rahmen eines Verbotsvorbehalts (wie bisher nur in der stationären Versorgung)
10. Vergütung neuer Leistungen, die bisher nicht Teil der vertragsärztlichen Regelversorgung sind (z. B. Vorstellung eines Patienten in der Tumorkonferenz, Vorhalten einer 24-h-Notfallversorgung, Psychoonkologie).