

**Ansprechperson für die Medien:**

Dr. Zoë Hunter  
E-Mail: info (at) kkn-ms.de  
Internet: www.kompetenznetz-multiplesklerose.de

Medien: Alle Medien  
Ressort: Medizin/Gesundheit/Wissenschaft  
Zeichen (inkl. Leerzeichen): 8400  
Datum: 19. Dezember 2025



# PRESSEMITTEILUNG

## **Stellungnahme der Task Force Versorgungsstrukturen und Therapeutika des KKNMS zu Missständen in der aktuellen ASV-Multiple Sklerose**

**19.12.2025 – Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist ein Versorgungsmodell, das 2012 mit dem §116b SGB V eingeführt wurde. Die zentrale Idee ist, Patientinnen und Patienten mit komplexen, schweren oder seltenen Erkrankungen besser und effizienter zu versorgen. Die Task Force Versorgungsstrukturen und Therapeutika des KKNMS zeigt hier die aktuellen Hürden auf, die bezüglich Zulassungskriterien, Antragsprozess und unterschiedlicher länder-spezifischer Umsetzung bestehen und einer tatsächlichen Verbesserung der Versorgungsqualität für Patienten und Patientinnen mit MS im Wege stehen. Das ist im Hinblick auf die 2026 auslaufenden Übergangsfristen des alten §116b besonders kritisch.**

Die ASV soll die Vorteile der ambulanten und stationären Versorgung miteinander verbinden, indem Patientinnen und Patienten ambulant Zugang zu den personellen und materiellen Ressourcen sowohl niedergelassener als auch klinischer Versorgungseinrichtungen bekommen und von besonders qualifizierten Fachärztinnen und Fachärzten innerhalb fester Teams betreut werden. Damit sollen Behandlungen besser koordiniert werden, bei denen sich verschiedene Fachrichtungen gemeinsam um die Versorgung bei komplexen Erkrankungen kümmern. Das verringert Doppeluntersuchungen und Informationsverluste in der Versorgung und verbessert die Qualität und auch die Geschwindigkeit der Versorgung.

Durch die koordinierten, spezialisierten Behandlungsteams verspricht man sich eine bessere Versorgungsqualität und einen schnelleren Zugang zu Spezialistinnen und Spezialisten. In der ASV erfolgt die Vergütung außerhalb der normalen Budgetbegrenzungen. Das bedeutet, dass Ärztinnen und Ärzte alle medizinisch notwendigen Leistungen erbringen können, ohne sich um Regelleistungsvolumina (RLV) zu sorgen. Dies schafft wiederum finanzielle Anreize für eine qualitativ hochwertige Versorgung.

Die Einführung der ASV-Multiple Sklerose (ASV-MS) 2024 ist prinzipiell zu begrüßen, hat jedoch bisher aufgrund zahlreicher administrativer und teils auch inhaltlicher Defizite die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllt. Konkret geben folgende Punkte Anlass zur Diskussion:

**Überregulierte Zulassungskriterien und bürokratisch überladene Antragsverfahren:** Die Zulassungskriterien der ASV-MS sind hochkomplex. Bereits der Antragsprozess kann sehr aufwendig sein, dauert mehrere Monate und erfordert einen hohen Dokumentations- und Abstimmungsaufwand zwischen den beteiligten Fachgruppen. Dieses stellt insbesondere niedergelassene Kolleginnen und Kollegen vor Herausforderungen, die nicht auf spezialisierte Verwaltungsfachkräfte z.B. von größeren Kliniken zurückgreifen können.

**Intransparente und uneinheitliche Länderpraxis:** Darüber hinaus zeigt sich derzeit, dass einheitliche Vorgaben des Gemeinsamen Bundes-Ausschusses (G-BA) länderspezifisch unterschiedlich geprüft werden. Die erweiterten Landesausschüsse (ELA), in deren Zuständigkeit die Beurteilung der ASV-Anträge liegt, haben große Gestaltungsspielräume bei der Prüfung der formalen Voraussetzungen, was sich nachweislich in einer länderbezogenen ungleichen Verbreitung von ASV-Angeboten niederschlägt.

Es ist auffällig, dass derzeit in manchen Bundesländern überproportional viele ASV-Teams zugelassen sind, die nicht zwangsläufig durch eine höhere Bevölkerungsdichte zu erklären sind. In anderen Bundesländern scheint die ASV-MS den Kliniken vorbehalten zu sein. Dies widerspricht dem Grundsatzgedanken der ASV als Netzwerkstruktur zwischen ambulanten und stationären bzw. niedergelassenen und klinischen Versorgungseinheiten mit dem Ziel, die fachlich Besten zusammenzubringen und nicht diejenigen, die Verwaltungsaufgaben am effizientesten lösen können.

**Inhaltliche Defizite im Leistungskatalog:** Neben Hürden bei der Antragsstellung gibt es auch inhaltliche Schwächen der gegenwärtigen Ausgestaltung. In der ASV-MS sind Fachrichtungen hinzuzuziehen und Untersuchungen im Leistungskatalog hinterlegt, die in der Versorgung der MS keine relevante Rolle spielen (z.B. kardiologische Expertise) oder veraltet sind (wie die sonographische Untersuchung des Auges durch die Ophthalmologie). Leistungen, die in der „Alt-§116b“ und in der Regelversorgung bislang regelhaft abrechnungsfähig waren – insbesondere standardisierte

kognitive Testungen sowie validierte Fragebögen zur Fatigue – finden sich im aktuellen Zuschnitt der ASV nicht eindeutig wieder. Das wirft die naheliegende Frage auf, ob diese für die Ergebnisqualität essenziellen Instrumente innerhalb der ASV noch vergütet werden können. Gleiches gilt für den neuen Biomarker Serum-Neurofilament (sNfL), der nicht im Abrechnungskanon der ASV geführt wird, obwohl er einen hochrelevanten Verlaufsparameter darstellt. Schließlich ist auch die optische Kohärenztomographie (OCT) – obgleich in aktuellen Leitlinien verankert – im ASV-Leistungskatalog nicht vorgesehen. Das KKNMS regt daher eine bundeseinheitliche Klärstellung durch G-BA und ELA sowie die zeitnahe Ergänzung des Leistungskatalogs um die genannten Monitoring-Bausteine an.

**Fehlende Qualitätskriterien für die Teamleitung:** Auch von der Teamleitung, die in der Hand von Neurologen und Neurologinnen liegt, sollte eine spezielle Qualifizierung gefordert sein, die sich nicht allein über den Nachweis von Fallzahlen darstellen lässt. Nachdem das KKNMS die ASV-MS als innovatives Modell zur Verbesserung der MS-Versorgung mit einem großen Potenzial bei Qualität und Kooperation betrachtet, hat es von Anfang an versucht, Qualitätskriterien für die ASV-MS zu definieren (DGNeurologie 2023) – bereits in der Annahme, dass die größten Schwächen dieser neuen Versorgungsstruktur in Bürokratie und Umsetzung liegen. Darüber hinaus hat das KKNMS mit dem Ziel, einen Qualitätsstandard zu definieren, die Zertifizierung zum MS-Specialist ins Leben gerufen. Diese personengebundene Zertifizierung beinhaltet alle wesentlichen Kenntnisse und Voraussetzungen, die auch für eine spezialfachärztliche Versorgung gefordert werden sollten.

Die ASV sollte primär einen Mehrwert für Betroffene von MS haben, indem diese von hochspezialisierten, interdisziplinären Teams sektorenübergreifend versorgt werden.

**Zwischenfazit:** Die hier diskutierten bürokratischen Hürden gilt es zu überwinden und die inhaltlichen Schwächen zu beseitigen, um die in der ASV liegende Chance der Qualitätsverbesserung zu nutzen.

**Forderungen des KKNMS:** Das KKNMS schlägt deshalb vor, mit den Stakeholdern und dem G-BA in eine dringend notwendige neue Diskussion einzusteigen, um die aktuellen Missstände und regionalen bzw. länderspezifischen Ungleichheiten in der ASV zu erkennen und gezielt abzubauen.

Dies ist auch zeitlich geboten, da die Übergangsfristen der §116b Zulassungen nach altem Recht 2026 auslaufen.

Aus Sicht des KKNMS sind folgende Punkte zu adressieren:

- Monitorierung der ELA-Verfahren in den Bundesländern zum Zweck der Vereinheitlichung.
- Liberalisierung der hinzuzuziehenden Fachrichtungen

- Einführung eines Qualitätssicherungssystems: Auswertung der Versorgungsqualität in der ASV gegenüber der Regelversorgung, z.B. auch in Kooperation mit dem Deutschen MS Register der DMSG.
- Einführung ASV-spezifischer Qualifikationskriterien für die Teamleitungen in Absprache mit den MS-Selbsthilfeorganisationen, Berufsverbänden und einschlägigen ärztlichen Interessenvertretungen.
- Kontinuierliche Weiterentwicklung des Leistungskatalogs im Sinne einer modernen Versorgung. Dringender Bedarf besteht bei der Vergütung der OCT und der Vergütung von Leistungstestungen.
- Weitere Öffnung des Heil- und Hilfsmittelkatalogs für Patienten und Patientinnen in der ASV.
- Streichung der Überweisungserfordernis bei langfristiger Versorgung.

### **Schlussbemerkung:**

Die ASV ist konzeptionell ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der spezialisierten Versorgung chronischer Erkrankungen wie der Multiplen Sklerose. In ihrer aktuellen Umsetzung für MS verfehlt sie jedoch systematisch ihr Ziel. Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine bundesweit gerechte, evidenzbasierte und qualitätsge-  
sicherte Versorgung. Eine entschlossene Nachsteuerung ist daher zwingend erforderlich.

### **Quellen**

[1] Mäurer, M., Meier, U., Wattjes, M. P., Ziemssen, T., & Wiendl, H. (2023). Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) für die multiple Sklerose. *DGNeurologie*, 6(6), 481-492.

\*\*\*

Der Abdruck ist frei.

\*\*\*

**Ansprechperson für die Medien:****Krankheitsbezogenes Kompetenznetz Multiple Sklerose (KKNMS)**

Leitung der Geschäftsstelle: Dr. Zoë Hunter  
E-Mail: info (at) kkn-ms.de

**Ansprechpartner für die DMSG**

Referat-GS; E-Mail: referat-gs@dmsg.de  
Referat Medien; E-Mail: referat-medien@dmsg.de

**KKNMS**

Das Krankheitsbezogene Kompetenznetz Multiple Sklerose (KKNMS) ist eines von bundesweit 21 Kompetenznetzen in der Medizin, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung initiiert wurden. Sie alle verfolgen das Ziel, Forscher zu spezifischen Krankheitsbildern bundesweit und interdisziplinär zu vernetzen, um einen schnellen Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis zu ermöglichen. Der Fokus der aktuellen KKNMS-Projekte liegt auf der langfristigen Verbesserung der MS-Diagnose, -Therapie und -Versorgung. Die Geschäftsstelle ist am Universitätsklinikum Münster angesiedelt.

Weitere Informationen unter [www.kompetenznetz-multiplesklerose.de](http://www.kompetenznetz-multiplesklerose.de)

**DMSG, Bundesverband e.V.**

Der DMSG-Bundesverband e.V., 1952/1953 als Zusammenschluss medizinischer Fachleute gegründet, vertritt die Belange Multiple Sklerose Erkrankter und organisiert deren sozialmedizinische Nachsorge.

Die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft mit Bundesverband, 16 Landesverbänden und derzeit mehr als 750 örtlichen Kontaktgruppen ist eine starke Gemeinschaft von MS-Erkrankten, ihren Angehörigen, mehr als 3380 engagierten ehrenamtlichen Helfern und 220 hauptberuflichen Mitarbeitern. Insgesamt hat die DMSG 42.000 Mitglieder.

Mit ihren umfangreichen Dienstleistungen und Angeboten ist sie heute Selbsthilfe- und Fachverband zugleich, aber auch die Interessenvertretung MS-Erkrankter in Deutschland. Schirmherr des DMSG-Bundesverbandes ist Christian Wulff, Bundespräsident a.D.

Weitere Informationen unter [www.dmsg.de](http://www.dmsg.de)

Multiple Sklerose (MS) ist eine chronisch entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems (Gehirn und Rückenmark), die zu Störungen der Bewegungen, der Sinnesempfindungen und auch zur Beeinträchtigung von Sinnesorganen führt. In Deutschland leiden nach Zahlen des Bundesversicherungsamtes mehr als 240.000 Menschen an MS. Trotz intensiver Forschungen ist die Ursache der Krankheit nicht genau bekannt.

MS ist keine Erbkrankheit, allerdings spielt offenbar eine genetische Veranlagung eine Rolle. Zudem wird angenommen, dass Infekte in Kindheit und früher Jugend für die spätere Krankheitsentwicklung bedeutsam sind. Welche anderen Faktoren zum Auftreten der MS beitragen, ist ungewiss. Die Krankheit kann jedoch heute im Frühstadium günstig beeinflusst werden. Deutschlandweit sind schätzungsweise 280.000 Menschen an Multipler Sklerose erkrankt, weltweit etwa 2,8 Mio. Menschen.

---

**Krankheitsbezogenes Kompetenznetz Multiple Sklerose (KKNMS)**

- Niels-Stensen-Str. 12 • 48149 Münster

**Ansprechperson für die Medien:**

- Dr. Zoë Hunter • E-Mail: info (at) kkn-ms.de  
• Internet: [www.kompetenznetz-multiplesklerose.de](http://www.kompetenznetz-multiplesklerose.de)