

PATIENTENVERSORGUNG

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung – Eine Vergütungsoption für niedergelassene Fachärzte

| Die bereits 2012 eingeführte Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) kommt langsam in Fahrt. Seit April 2014 können sich niedergelassene Vertragsärzte an der Behandlung von Patienten mit bestimmten schweren Erkrankungen beteiligen und ihre Leistungen außerhalb von Mengengrenzungen mit den Krankenkassen abrechnen. AAA informiert über die Modalitäten einer Beteiligung an dieser neuen Versorgungsebene. |

Die Vorgeschichte

Bis zum Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes im Jahr 2012 konnten ausschließlich Krankenhäuser mit Genehmigung der Landesregierung Patienten mit seltenen Erkrankungen und besonderen Krankheitsverläufen wie Rheuma, Krebs oder Multipler Sklerose ambulant behandeln – und zwar unabhängig von der Bedarfsplanung. Mengengrenzungen bei der Abrechnung und Vergütung wie für niedergelassene Ärzte galten für Krankenhäuser im Rahmen dieser Behandlung nicht.

Durch die Neufassung des § 116b SGB V wurden zum 1. Januar 2012 endlich gleiche Rahmenbedingungen für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser für die Behandlung seltener und schwerer Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf sowie bestimmte hochspezialisierte Leistungen in einem neuen Versorgungsbereich, der ASV, geschaffen. Die konkrete Ausgestaltung dieses Versorgungsbereichs obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA); die Vergütungsregelungen und das Abrechnungsverfahren werden von der KBV, den Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft festgelegt.

Die bisherigen Beschlüsse des G-BA

Bereits im März 2013 hat der G-BA im sogenannten Paragraphenteil dieser neuen Versorgungsebene die Anforderungen an die ASV festgelegt; unter anderem die personellen Anforderungen sowie sachliche und organisatorische Voraussetzungen. Sie gelten grundsätzlich für alle Indikationen und Krankheitsbilder der ASV gleichermaßen. Zum 24. April 2014 sind die Detailregelungen für die Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose in Kraft getreten, am 26. Juli 2014 die Detailregelungen für die Diagnostik und Behandlung von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle. Auf der Agenda des G-BA stehen aktuell die Regelungen zu den gynäkologischen Tumoren und nachfolgend zu den rheumatologischen Erkrankungen.

Die ASV-Indikationen

Der Umfang der Behandlung im Rahmen der ASV ist in den jeweiligen Anlagen zur ASV-Richtlinie im Detail beschrieben. Auch der Personenkreis, der im Rahmen der ASV behandelt werden kann, ist hier konkretisiert; es sind dies

Seit April 2014
ASV auch für
Niedergelassene

Gleichstellung von
Niedergelassenen
und Krankenhäusern

Detailregelungen für
die ASV liegen bisher
nur zum Teil vor

Teamleiter und
Kernteam stellen
die Basis

- Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose sowie deren Kontaktpersonen bei gegebenenfalls erforderlicher Chemoprophylaxe/Chemoprävention, außerdem
- Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit
 - gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle sowie
 - Schilddrüsenkarzinomen mit schwerer Verlaufsform.

Das Behandlungsteam

Die Versorgung der Patienten im Rahmen der ASV erfolgt durch ein interdisziplinäres Behandlungsteam. Es besteht aus der Teamleitung, dem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzten. Bei onkologischen Erkrankungen ist eine Kooperation zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich obligatorisch. Die **Teamleitung** hat die Aufgabe, die spezialfachärztliche Versorgung fachlich und organisatorisch zu koordinieren und gehört dem Kernteam an. Die Mitglieder im **Kernteam** sind Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. Sie müssen die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung erbringen.

- Bei der **ASV-Indikation „Tuberkulose“** gehören dem Kernteam Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, Innere Medizin und Infektiologie sowie – wenn Kinder und Jugendliche behandelt werden – Kinder- und Jugendmediziner an.
- Bei der **ASV-Indikation „Gastrointestinale Tumoren“** sind es Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie/Onkologie, Strahlentherapie, Innere Medizin und Gastroenterologie, Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie.

Hinzugezogene
Fachärzte sollten
in 30 Min. beim
Teamleiter sein

Die **hinzuzuziehenden Fachärzte** sind solche, deren Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patienten ergänzend benötigt werden. Ihr Tätigkeitsort für direkt an den Patienten zu erbringende Leistungen muss in angemessener Entfernung (in der Regel 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. Sie erbringen ihre Leistungen als ASV-Berechtigte entsprechend dem jeweiligen Behandlungsumfang auf Überweisung (Definitions- oder Indikationsauftrag). Zum Kreis gehören unter anderem Augenärzte, Gynäkologen, Kardiologen, Neurologen, Radiologen und Urologen.

■ Das Verfahren der Teilnahme an der ASV

Grundvoraussetzung für die Teilnahme an der ASV ist die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team. Der jeweilige ASV-Teamleiter zeigt die Teilnahme der Ärzte und Einrichtungen seines Teams beim sogenannten Erweiterten Landesausschuss an und beantragt eine Abrechnungsgenehmigung. Das Gesetz sieht vor, dass dieses Gremium grundsätzlich innerhalb einer Frist von zwei Monaten über die ASV-Berechtigung entscheiden muss. Das Team erhält sodann eine ASV-Teamnummer, die auf den Abrechnungen, Verordnungen und Überweisungen anzugeben ist.

Teamleiter meldet
Team an und
beantragt Abrech-
nungsgenehmigung

Die Vergütung – extrabudgetär und auf Basis des EBM

Die Vergütung der in der ASV erbrachten Leistungen erfolgt zunächst auf der Grundlage des aktuell geltenden EBM. Der Abschnitt 1 des Appendix der Anlagen enthält für jede ASV-Indikation einen Ziffernkatalog mit den aus den einzelnen EBM-Kapiteln/-Abschnitten jeweils abrechnungsfähigen Leistungen. Alle für die Behandlung relevanten EBM-Positionen sind darin enthalten. Die Vergütung erfolgt ohne Mengenbegrenzung zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung grundsätzlich direkt mit den Kassen; Vertragsärzte können jedoch auch ihre KV mit der Abrechnung beauftragen. Die ärztlichen Leistungen im Rahmen der ASV rechnet jeder Arzt selbst ab. Nähere Auskünfte zum Verfahren selbst, zu den Antragserfordernissen und zu den Abrechnungsformalitäten erhalten interessierte Ärzte bei ihrer KV.

Die Vergütung von „Nicht-EBM-Leistungen“

Der Abschnitt 2 des Appendix der Anlagen enthält Leistungen, die zwar zum Behandlungsumfang in der ASV gehören, jedoch im EBM derzeit nicht enthalten sind. Dies betrifft bei der **ASV-Indikation „Tuberkulose“** die Prüfung des Farbsinns (durch Augenärzte) und die Molekularbiologische Schnellresistenztestung des Mycobacterium tuberculosis-Komplexes auf bestimmte Antibiotika (unter anderem durch Laborärzte) und bei der **ASV-Indikation „Gastrointestinale Tumoren“** die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bzw. das PET-CT und Leistungen der Onkologievereinbarung.

Diese Leistungen werden künftig in ein eigens für die Abrechnung im Rahmen der ASV geschaffenes neues EBM-Kapitel 50 aufgenommen. Für die Prüfung des Farbsinns ist dies zum 1. Juli 2014 bereits durch Aufnahme der Nr. 50100 sowie für die Schnellresistenzbestimmung durch Aufnahme der Nrn. 50110 und 50111 geschehen.

Diejenigen Leistungen bei der ASV-Indikation „Gastrointestinale Tumoren“, die der Onkologievereinbarung entnommen sind, werden übergangsweise bis zur Aufnahme in den EBM nach den regionalen Kostenpauschalen des Anhangs 2 der Onkologie-Vereinbarung vergütet. Alle übrigen noch nicht in den EBM aufgenommenen Leistungen können für eine Übergangszeit bis zur Aufnahme in den EBM nach der GOÄ abgerechnet werden, allerdings nur zu folgenden reduzierten Gebührensätzen:

- Laborleistungen des Abschnitts M: 1,0-facher Satz,
- technische Leistungen der Abschnitte A, E und O: 1,2-facher Satz und
- übrige ärztliche Leistungen: 1,5-facher Satz.

MERKE | Die Vergütung im Rahmen der ASV auf Basis des EBM soll nur für eine Übergangszeit gelten. Das SGB V sieht künftig eine „Diagnosebezogene Gebührenordnung in Euro“ vor, die – vergleichbar den DRG's – auf betriebswirtschaftlicher Grundlage unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen kalkuliert werden soll. Bis zum Inkrafttreten derartiger „ambulanter DRG's“ dürfte jedoch noch einige Zeit vergehen.

Abrechnung
zunächst via EBM

Neues EBM-Kapitel
geschaffen und ...

... zum Teil
Abrechnung via GOÄ

Eigene Gebühren-
ordnung geplant