

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Juli 2015

ASV konkret: Marfan-Syndrom – Infos zu Teilnahme, Behandlungsumfang und Abrechnung

Das Marfan-Syndrom gehört zu den Erkrankungen, die im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) behandelt werden können. Seit Ende Juni 2015 können Ärzte an dem neuen Behandlungsprogramm teilnehmen. Wie das geht und welche besonderen Anforderungen an die spezialfachärztliche Behandlung dieser seltenen Bindegewebserkrankung gestellt werden, erläutern wir Ihnen in der Praxisinformation.

WESENTLICHES IM ÜBERBLICK

In der ASV übernehmen interdisziplinäre Ärzteteams die ambulante Versorgung von Patienten mit einer schweren oder seltenen Erkrankung. Die Teams bestehen aus Vertragsärzten und/oder Krankenhausärzten. Die Details zum ASV-Team, zu den Anforderungen etc. regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für jede Indikation – für das Marfan-Syndrom in der Anlage 2k zur ASV-Richtlinie.

Das ASV-Team

Seit dem 30. Juni 2015 können Fachärzte beim erweiterten Landesausschuss anzeigen, dass sie für diese Indikation eine ASV-Berechtigung erhalten möchten. Sobald diese vorliegt, kann die Behandlung im neuen Versorgungsbereich beginnen. Welche personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen das ASV-Team dafür erfüllen muss, ist vorgegeben.

Zusammensetzung des Teams

Das Kernteam setzt sich zusammen aus der Teamleitung für die Koordination (Ebene 1) und weiteren Teammitgliedern (Ebene 2). Vervollständigt wird das Team durch hinzuzuziehende Ärzte, deren Leistungen bei Bedarf ergänzend erforderlich sind (Ebene 3). Die Teamleitung übernimmt ein Arzt aus dem Kernteam. Dessen Fachgebiet ist damit abgedeckt.

Das Kernteam besteht aus Ärzten der Fachrichtungen:

- Herzchirurgie,
- Kardiologie sowie
- Orthopädie und Unfallchirurgie.

Sofern Kinder und Jugendliche mit einem Marfan-Syndrom behandelt werden, gehört statt eines Kardiologen ein Kinder- und Jugendmediziner mit Schwerpunkt Kinderkardiologie zum Team.

Folgende Ärzte können zur Behandlung hinzugezogen werden (Ebene 3): Augenarzt, Gynäkologe, Gefäßchirurg, Humangenetiker, Pneumologe, Labo-

Anlage 2k zur ASV-RL regelt Details

Starttermin:
30. Juni 2015

Fachrichtungen der Teammitglieder sind vorgegeben

Ärzte können hinzu
gezogen werden



Thema: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

ratoriumsmediziner, Radiologe, Psychiater oder Psychotherapeut oder Facharzt für Psychosomatische Medizin. Werden Kinder und Jugendliche behandelt, können zusätzlich ein Kinder- und Jugendmediziner mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie sowie ein Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut benannt werden.

Anforderungen an das ASV-Team

Neben allgemeinen Anforderungen, die für alle ASV-Indikationen gelten, gibt es weitere Qualitätsvorgaben, die das ASV-Team für das Marfan-Syndrom erfüllen muss. Dazu gehören:

▪ *Organisation und Kooperation*

Das ASV-Team sorgt dafür, dass bei Bedarf eine Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Physiotherapie und sozialen Diensten (z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten) möglich ist. Ein Kooperationsvertrag ist nicht notwendig.

▪ *Dokumentation*

Die Ärzte dokumentieren die Diagnose nach ICD-10-GM. Sie geben das Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit an, um die regelhafte Indikationsstellung überprüfen zu können.

▪ *Mindestmengen*

Um an der ASV teilnehmen zu können, muss das Kernteam mindestens 50 Patienten mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandelt haben, 25 davon in den zwölf Monaten vor Anzeige der ASV-Teilnahme beim erweiterten Landesausschuss. Maßgeblich ist die Summe aller Patienten mit Marfan-Syndrom, die die Mitglieder des Kernteams in den jeweiligen letzten zwölf Monaten vor Antragsstellung behandelt haben.

Die Mindestmenge gilt auch nach Erteilung der ASV-Erlaubnis. Wird sie nicht erfüllt, kann das Team seine Berechtigung verlieren. Ausnahme: Die Mindestbehandlungszahlen (50 Patienten) können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung um 50 Prozent unterschritten werden.

Die Patientengruppe

Das Angebot richtet sich an Patienten mit Marfan-Syndrom. Dazu gehören grundsätzlich alle Fälle von Marfan-Syndrom (Q87.4) sowie die Diagnostik und Behandlung von verwandten, durch genetische Mutationen bedingte Störungen, die zur Aortenerweiterung mit einem Risiko der Aortendissektion führen können (z.B. Q25.4 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta, Loeys-Dietz-Syndrom).

Überweisungen

Möchte ein Nicht-ASV-Arzt einen Patienten mit Marfan-Syndrom von einem ASV-Arzt behandeln lassen, ist eine Überweisung erforderlich. Er verwendet hierzu wie gewohnt den gelben Überweisungsschein (Muster 6). Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Zwischen den Mitgliedern des ASV-Kernteams (erste und zweite Ebene) sind keine Überweisungen erforderlich, sondern nur, wenn ein ASV-Facharzt aus der dritten Ebene hinzugezogen wird.

Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen

Diagnose muss kodiert werden

ASV-Team muss Mindestmengen nachweisen

Ausnahmeregelung für das erste Jahr

Alle Fälle von Marfan-Syndrom können behandelt werden

Vertragsarzt kann bei Verdachtsdiagnose an ASV-Team überweisen



Behandlungs- und Leistungsumfang

Ärzte mit einer ASV-Berechtigung für das Marfan-Syndrom können im Wesentlichen alle Leistungen durchführen, die zur Diagnostik, Behandlung und Beratung erforderlich sind.

Welche Leistungen konkret zur ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung gehören, weist ein Ziffernkranz, der sogenannte Appendix, in der Anlage 2k der ASV-Richtlinie aus. Neben EBM-Gebührenordnungspositionen (Abschnitt 1) enthält der Appendix für das Marfan-Syndrom im Abschnitt 2 Leistungen, die nicht Bestandteil des EBM sind:

- Augenärztliche Leistungen, die nicht als eigenständige Gebührenordnungsposition im EBM vorliegen, sondern Bestandteil von Pauschalen sind (z.B. Spaltlampenmikroskopie, Bestimmung des Visus)
- Molekulargenetische Untersuchungen der relevanten Gene zur differenzialdiagnostischen Abklärung mittels Hochdurchsatzverfahren (z.B. Next-Generation-Sequencing / NGS)

ASV-Leistungsspektrum individuell filtern

Eine nutzerfreundliche Übersicht listet alle Leistungen auf, die Ärzte mit einer ASV-Berechtigung bei der Behandlung des Marfan-Syndroms in der ASV abrechnen können. Sie lässt sich einfach nach fachgruppenspezifischem Behandlungsumfang filtern und kann kostenlos im Excel-Format heruntergeladen werden: www.kbv.de/html/asv-appendix.php.

Abrechnung und Vergütung

Ärzte, die Patienten mit einem Marfan-Syndrom in der ASV behandeln dürfen, können alle Leistungen abrechnen, die für ihr Fachgebiet in der Anlage 2k zur ASV-Richtlinie aufgeführt sind. Dabei rechnet jeder ASV-Arzt seine Leistungen selbst ab. Die Leistungen werden mit der ASV-Teamnummer gekennzeichnet. Die Vergütung erfolgt zu festen Preisen extrabudgetär. Sie ist für Vertragsärzte und Klinikärzte gleich.

Besonderheit: Nicht-EBM-Leistungen

Leistungen, die noch nicht Bestandteil des EBM sind, aber im Rahmen der ASV erbracht werden dürfen, werden übergangsweise mit bundeseinheitlichen Pseudoziffern gekennzeichnet. Die Regelung gilt dabei immer so lange, bis die Leistungen in das neue EBM-Kapitel 50 aufgenommen sind und eine eigene Gebührenordnungsposition erhalten. Dies soll innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation geschehen.

Für das Marfan-Syndrom sind bereits die relevanten Pseudoziffern festgelegt: für die molekulargenetische Untersuchung relevanter Gene Pseudoziffer 88507 und für Teilleistungen der augenärztlichen Grundpauschale Pseudoziffer 88508.

Die Vergütung der Leistungen erfolgt übergangsweise nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit den für die ASV festgelegten Gebührensätzen (Laborleistungen 1-facher, technische Leistungen 1,2-facher und übrige ärzt-

Appendix listet Leistungen auf

Auch bestimmte Leistungen, die nicht im EBM stehen, können abgerechnet werden

Übersicht mit allen Leistungen

Vergütung zu festen Preisen

Übergangsweise mit Pseudoziffern abrechnen

Vergütung erfolgt übergangsweise nach GOÄ



liche Leistungen 1,5-facher Gebührensatz).

ASV-Ärzte, die solche Leistungen abrechnen, geben die jeweilige Pseudoziffer in ihrer Abrechnung an. Sie kennzeichnen die Leistungen mit ihrer ASV-Teamnummer. Zusätzlich werden die GOÄ-Nummern im Feld „Sachkosten-Bezeichnung“ (Feldkennung 5011) und die Preise im Feld „Sachkosten/Materialkosten in Cent“ (Feldkennung 5012) im Praxisverwaltungssystem erfasst.

Mehr Informationen

Themenseite mit allen Infos zu einzelnen Krankheitsbildern und zur Teilnahme, Abrechnungshinweise und wichtige Ansprechpartner: www.kbv.de/asv

Kennen Sie schon die PraxisNachrichten? Sie können den Newsletter der KBV hier kostenlos abonnieren: www.kbv.de/html/1641.php

Themenseite im
Internet