

## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

### Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

August 2016

#### Behandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren in der ASV – Wissenswertes für Ärzte

Patientinnen mit einem gynäkologischen Tumor können in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) behandelt werden. Das Angebot gilt auch für die seltenen Fälle von Brustkrebs bei Männern. Seit 10. August 2016 haben Fachärzte die Möglichkeit, ihre Teilnahme anzuzeigen, wenn sie für diese Indikation eine ASV-Berechtigung erhalten möchten.

Die Details hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Anlage 1.1a – Tumorgruppe 2 zur ASV-Richtlinie geregelt. Was dort steht und wie Ärzte an der ASV teilnehmen können, welche Anforderungen sie erfüllen müssen und wie die Abrechnung läuft, fasst diese Praxisinformation zusammen.

#### Das ASV-Team

Grundvoraussetzung für die Teilnahme an der ASV ist die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team. Es besteht immer aus einer Teamleitung für die Koordination, dem Kernteam mit weiteren Teammitgliedern und Ärzten, die hinzugezogen werden können. Welche Fachrichtungen beteiligt sind, wird für jede Indikation festgelegt.

#### Zusammensetzung des ASV-Teams

Dem ASV-Kernteam für gynäkologische Tumoren gehören folgende Ärzte an:

- Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie
- Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Facharzt für Strahlentherapie

Ein Arzt des Kernteams übernimmt die Teamleitung. Ein Facharzt muss über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen.

Eine Berechtigung können außerdem Fachärzte für Innere Medizin beziehungsweise Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“ erhalten, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

Folgende Ärzte können zur Behandlung hinzugezogen werden:

- Anästhesist, Gefäßchirurg, Humangenetiker, Angiologe, Endokrinologe/ Diabetologe, Gastroenterologe, Kardiologe, Nephrologe, Laboratoriumsmediziner, Neurologe, Nuklearmediziner, Pathologe, Psychia-

Starttermin:  
10. August

Fachrichtungen der  
Teammitglieder sind  
vorgegeben

Ärzte können  
hinzugezogen  
werden



## Thema: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

ter oder Psychotherapeut (ärztlich oder psychologisch) oder Psychosomatiker, Radiologe, Urologe und Viszeralchirurg.

Hinweis: Zu allen ASV-Teams für onkologische Erkrankungen muss grundsätzlich mindestens ein Arzt des jeweils anderen Versorgungsbereichs (ambulant / stationär) gehören: Bei einem Team aus niedergelassenen Ärzten also ein Krankenhausarzt, bei einem Klinikteam ein Vertragsarzt.

### Besonderheit bei der Zulassung

Eine Besonderheit bei den gynäkologischen Tumoren ist, dass sowohl Teams zugelassen werden, die das gesamte Spektrum der aufgeführten gynäkologischen Tumoren abdecken, als auch Teams mit Subspezialisierung (z. B. Brustzentren). Für letztgenannte Teams wurden Ausnahmeregelungen im Hinblick auf die personellen Anforderungen und den Behandlungsumfang (einschließlich Appendix) beschlossen. Dafür hat der G-BA einen neuen Abschnitt 3 in den Appendix der Anlage gynäkologische Tumoren aufgenommen. Dieser listet für Teams, die ausschließlich eine ASV-Zulassung für die Behandlung von Patientinnen/Patienten mit Mammakarzinomen haben möchten, die Gebührenordnungspositionen auf, die nicht zu ihrem Behandlungsumfang zählen.

### Teilnahme beim erweiterten Landesausschuss anzeigen

Steht das Team, folgt die Anzeige zur Teilnahme an der ASV beim erweiterten Landesausschuss. Das Team reicht dazu gesammelt alle geforderten Unterlagen ein, zum Beispiel Nachweise zur Qualifikation. Der Ausschuss prüft anschließend, ob die Ärzte die Zugangsvoraussetzungen zur ASV erfüllen. Wenn binnen zwei Monaten ein zustimmender Bescheid eingeht beziehungsweise keine Ablehnung erfolgt, kann das Team teilnehmen.

### Anforderungen an das ASV-Team

Neben allgemeinen Anforderungen, die für alle ASV-Indikationen gelten, gibt es weitere Qualitätsvorgaben, die das ASV-Team für gynäkologische Tumoren erfüllen muss:

#### ▪ *Organisation und Kooperation*

Die Anforderungen an das ASV-Team reichen von einer 24-Stunden-Notfallversorgung über Tumorkonferenzen bis zur Zusammenarbeit mit sozialen Diensten und Einrichtungen der Palliativversorgung. Es müssen außerdem eine intensivmedizinische Behandlung sowie stationäre Notfalloperationen möglich sein.

#### ▪ *Dokumentation*

Die Ärzte dokumentieren die Befunde – einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM sowie das Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit –, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen inklusive Behandlungstag. Zur Abrechnung der Genexpressionsanalyse ist ferner der TNM-Status mit R- und G-Code nach UICC, Her2- und ER-Rezeptor-Status anzugeben.

#### ▪ *Mindestmengen*

Die teambezogenen Mindestmengen sind jeweils tumorspezifisch

Besonderheit bei onkologischen Teams

Subspezialisierung möglich

Team reicht Unterlagen beim Landesausschuss ein

Qualitätsvorgaben

Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen

Notfallversorgung sicherstellen

Diagnose muss kodiert werden

Team muss Mindestmengen nachweisen



## Thema: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

festgelegt, damit für Brustkrebszentren eine Teilnahme an der ASV möglich ist, auch wenn diese keine Behandlung von weiteren gynäkologischen Tumoren durchführen:

- Mammakarzinom (ICD-10-Kode C50): Das Kernteam muss mindestens 250 Patientinnen/Patienten mit einem Mammakarzinom (mit gesicherter Diagnose) behandelt haben, um eine ASV-Berechtigung zu erhalten.
- Gynäkologische Tumoren (ICD-10-Kodes C51 bis C58): Das Kernteam muss mindestens 60 Patientinnen mit einem gynäkologischen Tumor (mit gesicherter Diagnose) behandelt haben, um eine ASV-Berechtigung zu erhalten.

Zusätzlich gibt es als ergänzende Anforderungen an das Kernteam arztbezogene und facharztgruppen-spezifisch differenzierte Mindestmengen. Diese müssen von mindestens einem Mitglied des Kernteams erfüllt werden. Die hierbei zugrunde gelegten Mindestmengen entsprechen denen der Onkologie-Vereinbarung.

Arztspezifische  
Mindestmengen

Teammitglied	Durchschnittliche Mindestmenge pro Quartal und Arzt jeweils in den letzten vier Quartalen
Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Durchschnittlich 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Darunter 70 Patienten mit medikamentöser Tumortherapie               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Davon 30 Patienten mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung</li> </ul> </li> </ul>
und / oder	
Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams	Durchschnittlich 80 Patienten mit soliden Neoplasien <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Darunter 60 Patienten mit antineoplastischer Therapie               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Davon 20 mit intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer und/oder intraläsionaler Behandlung</li> </ul> </li> </ul>

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patienten mit gesicherter Diagnose maßgeblich, die die Mitglieder des Kernteams in den letzten vier Quartalen vor Antragstellung behandelt haben. Die Mindestmenge gilt auch nach Erteilung der ASV-Erlaubnis.

Berechnung der  
Mindestmengen

Wird sie nicht erfüllt, kann das Team seine Berechtigung verlieren. Ausnahme: Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung um 50 Prozent unterschritten werden.



## Thema: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

### Die Patientengruppe

Das Angebot richtet sich an Patientinnen ab 18 Jahren mit gynäkologischen Tumoren sowie Patientinnen/Patienten mit Brustkrebs, die einen besonderen Krankheitsverlauf haben. Sie benötigen aufgrund der Ausprägung ihrer Tumorerkrankung eine multimodale Therapie oder eine Kombinationschemotherapie, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Patientinnen mit besonderem Krankheitsverlauf

### Überweisungen

Möchte ein Nicht-ASV-Arzt eine Patientin mit einem entsprechenden Tumor in einem ASV-Team behandeln lassen, ist eine Überweisung erforderlich. Er verwendet hierzu wie gewohnt den gelben Überweisungsschein (Muster 6). Überweisungen zwischen den Mitgliedern des ASV-Kernteam sind nicht erforderlich, sondern nur, wenn ein ASV-Facharzt aus der dritten Ebene hinzugezogen wird. Diese Regelung gilt für alle ASV-Indikationen.

Überweisungen erforderlich

### Behandlungs- und Leistungsumfang

Ärzte mit einer ASV-Berechtigung für gynäkologische Tumoren können im Wesentlichen alle Leistungen durchführen, die zur Diagnostik, Behandlung und Beratung dieser Erkrankungen erforderlich sind. Welche Leistungen konkret zur ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung gehören, weist ein Ziffernkranz, der sogenannte Appendix, in der Anlage 1.1a – Tumorgruppe 2 der ASV-Richtlinie aus.

Appendix listet Leistungen auf

Neben EBM-Gebührenordnungspositionen (Abschnitt 1) enthält der Appendix auch Leistungen, die nicht Bestandteil des EBM sind (Abschnitt 2 des Appendix):

- Palliative Versorgung
- Qualitätskonferenzen
- Tumorkonferenzen
- Vorhaltung einer Notfall-Rufbereitschaft
- Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung analog der GOP 23220 des EBM ab dem 16. Mal im Behandlungsfall
- Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung
- Positronen-Emissions-Therapie mit/ohne Computertomografie bei definierten, indikationsspezifischen Voraussetzungen
- Spezifische Genexpressionsanalyse

Außerdem werden tumorspezifische Leistungen – analog zu den Pauschalen der Onkologie-Vereinbarung – vergütet, zum Beispiel die Durchführung der zytostatischen Tumorthherapie sowie die Koordination der Behandlung.

Die aktuellen Abrechnungsgrundlagen für die einzelnen ASV-Krankheiten stellt das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) online als Excel-Tabellen bereit: [www.institut-ba.de](http://www.institut-ba.de) unter Service > ASV-Abrechnung.

Aktuelle Abrechnungsgrundlage beim InBA

### Abrechnung und Vergütung

Ärzte, die Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren in der ASV behandeln dürfen, können alle Leistungen abrechnen, die für ihr Fachgebiet in der ent-



## Thema: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

sprechenden Anlage 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 angewendet werden dürfen, werden mit bundeseinheitlichen Pseudoziffern gekennzeichnet. Die Regelung gilt dabei immer so lange, bis die Leistungen in den neuen EBM-Bereich VII aufgenommen sind und eine eigene Gebührenordnungsposition erhalten. Dies soll innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation geschehen.

Ausgenommen von der Regelung sind ASV-Leistungen, die auch in der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) enthalten sind. Sie werden bis zu ihrer Aufnahme in den EBM nach den regionalen Kostenpauschalen des Anhangs 2 der Onkologie-Vereinbarung vergütet.

### Pseudoziffern

Für die gynäkologischen Tumoren werden die relevanten Pseudoziffern derzeit festgelegt. Bislang gelten zum Beispiel folgende Pseudoziffern:

- 88500 – PET/PET-CT
- 88502 – Zusätzlicher Aufwand für die Teilnahme an einer Tumorkonferenz mit Vorstellung eines Patienten
- 88503 – Zusätzlicher Aufwand für die Durchführung von und Teilnahme an Qualitätskonferenzen
- 88504 – Vorhaltung einer 24-h-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft
- 88505 – Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung analog der GOP 23220 des EBM ab dem 16. Mal im Behandlungsfall
- 88506 – Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse

Die Vergütung dieser 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 ärztliche 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 ASV mit allen Infos zu den einzelnen Krankheitsbildern, der Teilnahme, mit Abrechnungshinweisen und wichtigen Ansprechpartnern:

[www.kbv.de/asv](http://www.kbv.de/asv)

Jeder Arzt rechnet selbst ab

Auch Nicht-EBM-Leistungen können abgerechnet werden

Pseudoziffern für Nicht-EBM-Leistungen

Vergütung nach GOÄ

Themenseite im Internet