

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

April 2018

Erwachsene Patienten mit Rheuma in der ASV behandeln – Wissenswertes für Ärzte im Überblick

Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen können in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) betreut werden. Seit 19. April 2018 haben interessierte Fachärzte die Möglichkeit, beim erweiterten Landesausschuss ihre Teilnahme an der ASV für diese Indikation anzuzeigen.

Näheres zu den Anforderungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der Anlage 1.1b zur ASV-Richtlinie geregelt. Was dort drin steht und wie Ärzte an der ASV teilnehmen können, welche Anforderungen sie erfüllen müssen und wie die Abrechnung läuft, fasst diese Praxisinformation zusammen.

Eine zweite Praxisinformation geht auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Rheuma in der ASV ein, denn erstmalig wurde diese Versorgung in einem eigenen Teil der Anlage geregelt.

Das ASV-Team

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

Zusammensetzung des ASV-Teams

Dem ASV-Kernteam für Rheuma gehören folgende Ärzte an – die Teamleitung übernimmt der Rheumatologe:

- Rheumatologe
- Dermatologe
- Nephrologe
- Pneumologe
- Orthopäde und Unfallchirurg mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie (sollte regelmäßig zum Team gehören – wenn explizit nachgewiesen werden kann, dass diese spezialisierte Fachgruppe nicht für eine Kooperation zur Verfügung steht, kann ein ASV-Team ausnahmsweise ohne sie gebildet werden)

Diese Ärzte können zur Behandlung hinzugezogen werden:

- Angiologe, Augenarzt, Gastroenterologe, Gynäkologe, Hämatologe und Onkologe, Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Humangenetiker (nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber), Kardiologe, Laboratori-

Starttermin:
19. April

Fachrichtungen der
Teammitglieder sind
vorgegeben

Ärzte können
hinzugezogen
werden



Thema: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

umsmediziner, Mikrobiologe, Virologe und Infektionsepidemiologe, Neurologe, Nuklearmediziner, Pathologe, Psychiater oder Psychotherapeut (ärztlich oder psychologisch) oder Psychosomatiker, Radiologe und Urologe.

Teilnahme beim erweiterten Landesausschuss anzeigen

Steht das Team, erfolgt die Anzeige zur Teilnahme an der ASV beim erweiterten Landesausschuss (eLA). Der Teamleiter reicht die gesammelten Unterlagen seines Teams 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 spezielle Qualitätsvorgaben, die das ASV-Team für rheumatologische Erkrankungen erfüllen muss:

▪ *Organisation und Kooperation*

Das ASV-Team muss eine 24-Stunden-Notfallversorgung sicherstellen. Dafür kann es mit einer rheumatologischen Akutklinik oder einem Krankenhaus kooperieren, das über eine internistische Abteilung und Notaufnahme verfügt. Das ASV-Team ist weiterhin verpflichtet, Informationen zu Patientenschulungen bereitzuhalten und mit physiotherapeutischen Einrichtungen und sozialen Diensten zusammenzuarbeiten.

▪ *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.

▪ *Mindestmengen*

Das Kernteam muss pro Jahr mindestens 240 Patienten mit einer gesicherten Diagnose behandeln. Um eine ASV-Berechtigung zu erhalten, müssen die Mitglieder des Kernteams mindestens 50 Prozent der Mindestmenge (120 Patienten) in den letzten vier Quartalen vor Antragstellung nachweisen.

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

Die Patientengruppe

Rheumapatienten, die älter als 18 Jahre alt sind, können in der ASV behandelt werden, wenn sie aufgrund der Ausprägung der Erkrankung eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung benötigen. Auch der Bedarf einer besonderen Expertise ist ein Kriterium für einen „besonderen Krankheitsverlauf“. Es muss eine gesicherte Diagnose oder eine Verdachtsdiagnose einer

Teamleiter reicht
Unterlagen beim eLA
ein

Qualitätsvorgaben

Notfallversorgung
sicherstellen

Kooperation mit an-
deren Gesundheits-
berufen

Diagnose muss
kodiert werden

ASV-Team muss
Mindestmengen
nachweisen

Ausnahme

Patienten mit
besonderem
Krankheitsverlauf



Thema: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

rheumatologischen Erkrankung vorliegen.

Überweisungen

Möchte ein Nicht-ASV-Arzt einen Patienten von einem ASV-Team behandeln lassen, ist eine Überweisung erforderlich. Er verwendet hierzu wie gewohnt den gelben Überweisungsschein (Formular 6).

Nach zwei Quartalen ist für die Weiterbehandlung in der ASV eine erneute Überweisung durch den Vertragsarzt erforderlich. Voraussetzung bei Erwachsenen ist, dass die Kriterien des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin vorliegen.

Die Aufnahme in die ASV kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. In diesem Fall ist der Arzt bei Erwachsenen verpflichtet, die Überweisung in die ASV medizinisch zu begründen. Ferner muss eine Mindestdiagnostik erfolgt sein. Die Verdachtsdiagnose ist innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose zu überführen, damit der Patient weiter in der ASV behandelt werden kann.

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.

Behandlungs- und Leistungsumfang

Ärzte mit einer ASV-Berechtigung für rheumatologische Erkrankungen können im Wesentlichen alle Leistungen durchführen, die zur Diagnostik, Behandlung und Beratung erforderlich sind. Welche Leistungen konkret zur ASV gehören, weist ein Ziffernkranz, der sogenannte Appendix, in der Anlage 1.1b der ASV-Richtlinie aus.

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

- Augenärztliche Leistungen, die nicht als eigenständige GOP im EBM vorliegen, sondern Bestandteil von Pauschalen sind (z. B. Spaltlampeuntersuchung)
- PET und PET/CT: Ärzte können beispielsweise eine Positronen-Emissions-Therapie mit/ohne Computertomografie bei erwachsenen Patienten mit Verdacht auf Großgefäßvaskulitiden – bei unklarer Befundkonstellation (z.B. trotz komplexer Diagnostik) – durchführen mit dem Ziel einer therapeutischen Konsequenz.
- Transition: Die medizinische Betreuung von jungen Patienten beim Wechsel von der pädiatrisch orientierten Versorgung hin zur Erwachsenenmedizin wird in der ASV als eigenständige Leistung gesondert vergütet.

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

Abrechnung und Vergütung

Ärzte, die Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen in der ASV behandeln dürfen, können alle Leistungen abrechnen, die für ihr Fachgebiet in

Überweisungen
erforderlich

Appendix listet
Leistungen auf

Aktuelle
Abrechnungs-
grundlage beim InBA



Thema: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

der entsprechenden 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.

Hinweis Speziallabor: Rheumatologen dürfen entsprechend ihrer fachärztlichen Weiterbildungsinhalte ausgewählte Leistungen des Speziallabors (EBM-Kapitel 32.3) für ihre ASV-Patienten abrechnen. Das ist die erste ASV-Indikation, für die der Gemeinsame Bundesausschuss das so festgelegt hat.

Besonderheit: Pseudoziffern für 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 den EBM-Bereich VII aufgenommen sind und eine eigene Gebührenordnungsposition erhalten. Dies soll innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation geschehen.

Für die folgenden Leistungen wurde die Zuordnung zu Pseudoziffern vorgenommen:

- 88500 – PET; PET/CT
- 88508 – Pauschale für Teilleistungen der augenärztlichen Grundpauschale
- 88511 – Transition

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 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 und die Preise im Praxisverwaltungssystem erfasst.

Mehr Informationen

Infos zu den einzelnen Krankheitsbildern, der Teilnahme, mit Abrechnungshinweisen und wichtigen Ansprechpartnern: www.kbv.de/asv

Kennen Sie schon die PraxisNachrichten? Sie können den Newsletter der KBV hier kostenlos abrufen und abonnieren: www.kbv.de/praxisnachrichten.

Jeder Arzt rechnet selbst ab

Auch Nicht-EBM-Leistungen können abgerechnet werden

Pseudoziffern für Nicht-EBM-Leistungen

Vergütung nach GOÄ

Themenseite im Internet