

NACH WIE VOR KEIN KLARES BILD BEI DER ASV

Mit Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes sollte ein neuer Versorgungsbereich Einzug in das Gesundheitswesen in Deutschland halten – die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nun – ein gutes Jahr später – die Erstfassung der neuen ASV-Richtlinie (ASV-RL) vorgestellt. KVB FORUM fasst die wichtigsten Eckpunkte zusammen.

Der G-BA hat Ende März dieses Jahres die Erstfassung der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach Paragraf 116b SGB V beschlossen und nun veröffentlicht. Sie gibt den formalen Rahmen für den neuen Versorgungsbereich vor und regelt die Anforderungen an die Diagnostik und Behandlung von Patienten in der ASV, die grundsätzlich für alle ASV-relevanten Leistungen gelten. Dazu zählen unter anderem schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen. Näheres soll über die Anlagen der ASV-RL geregelt und konkretisiert werden, sodass sich nach wie vor kein klares Bild der ASV zeichnen lässt. Die Richtlinie wird nach Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft treten. Ein Termin hierfür ist noch nicht bekannt.

Berechtigung

Eine ASV-Berechtigung können zugelassene Vertragsärzte und -psychotherapeuten, MVZ und sonstige ermächtigte Einrichtungen sowie persönlich Ermächtigte und nach Paragraf 108 SGB V zugelas-

sene Krankenhäuser erhalten, sofern sie die in der Richtlinie und ihren Anhängen definierten Anforderungen erfüllen. Jeder einzelne Arzt im ASV-Team erhält dabei eine individuelle Berechtigung zur Teilnahme an der ASV. Hinzuziehende Fachärzte erbringen ihre Leistungen als ASV-Berechtigte entsprechend dem jeweiligen Behandlungsumfang auf Überweisung (Definitions- oder Indikationsauftrag).

Anforderungen

Die Anforderungen, die an die ASV-Berechtigung gestellt werden, können auch mit Hilfe von Kooperationen erfüllt werden, die vertraglich geregelt sein müssen. Die Anforderungen können somit grundsätzlich entweder unter einem Dach, zum Beispiel durch Krankenhäuser und MVZ, oder auf der Basis vernetzter Strukturen, beispielsweise zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern untereinander oder jeweils miteinander, erfüllt werden.

Ein wesentlicher Baustein der ASV soll die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team sein. Für die Behandlung der meisten ASV-Erkrankungen wird sie verpflichtend sein, sodass ASV-Patienten in der Regel durch ein interdisziplinäres Team behandelt werden. Dabei ist das Team in drei Ebenen organisiert. Es wird pro ASV-Team eine

Teamleitung geben, die die fachliche und organisatorische Koordination übernimmt. Um die Teamleitung herum bildet sich ein Kernteam aus Fachärzten, die in der Regel benötigt werden, um eine bestimmte Erkrankung zu behandeln. Für die Erreichbarkeit dieser Teammitglieder gilt: Sie sollen ihre Leistungen an mindestens einem Tag pro Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung erbringen. Handelt es sich um Leistungen, die mittels immobilen Apparaten erbracht werden, soll die Entfernung zum Leistungsort der Teamleitung in der Regel innerhalb 30 Minuten zurückgelegt werden können. Die Mitglieder des Kernteams und auch die Teamleitung sind bei der Anzeige beim erweiterten Landesauschuss namentlich zu benennen.

Als dritte Ebene sind Fachärzte zu nennen, die nur bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzugezogen werden. Hier genügt eine auf die Institution bezogene Nennung bei der Anzeige. Es muss also nur angegeben werden, welche Praxis oder welche Klinik hinzugezogen werden soll, um diese Leistungen zu erbringen.

Die sächlichen und organisatorischen Anforderungen werden in den Anlagen zur ASV-Richtlinie individuell für jede Erkrankung geregelt. Sofern das Bereithalten be-

stimmter Bereiche wie zum Beispiel Notfalllabor, Intensivstation oder bildgebende Diagnostik vor- ausgesetzt wird, kann dies mit einer vertraglich vereinbarten Kooperation erfolgen. Auch hier gilt: Diese Bereiche sollen in der Regel innerhalb von 30 Minuten vom Tätigkeitsort der Teamleitung aus erreichbar sein.

Behandlungsumfang

Für die Behandlung der ASV-Erkrankungen sieht der G-BA eine abschließende Definition des Behandlungsumfangs vor, der in den jeweiligen Anlagen geregelt wird. Krankenhäuser dürfen darüber hinaus fachärztliche Leistungen erbringen, sofern sie in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Erkrankung nach Paragraph 116 b stehen, in demselben Krankenhaus erbracht werden und dem Patienten eine Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung nicht zuzumuten ist. Darüber hinaus gilt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Verbotsvorbehalt. Der G-BA wird allerdings eine Liste derjenigen Leistungen erstellen, die für die ASV geeignet sind und nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind.

Überweisungen

Bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf gilt eine gesicherte Diagnose als Voraussetzung für eine Überweisung in die ASV. Die Überweisung ist auf ein oder mehrere Quartale befristet. Bei seltenen Erkrankungen wird in den Anlagen definiert, wann eine Überweisung erforderlich ist. In jedem Fall würde bei den seltenen Erkrankungen eine Verdachtsdiagnose genügen, um den Patienten in der ASV weiterzubehandeln. Der G-BA schreibt außerdem vor, dass regelmäßig überprüft werden muss, ob

die Indikation für eine Weiterbehandlung im Rahmen der ASV fortbesteht. Eine Überweisung ist nicht erforderlich bei der Zuweisung von Versicherten aus dem stationären Bereich beziehungsweise für Patienten der im jeweiligen Indikationsgebiet ebenfalls tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten.

Kooperationen

Im Bereich der Onkologie hat der Gesetzgeber intersektorale Kooperationen verpflichtend vorgeschrieben. Diese werden als ASV-Kooperationen bezeichnet. Ein ASV-Arzt kann mehrere ASV-Kooperationen eingehen. Die Kooperation ist vertraglich zu regeln und gegenüber dem erweiterten Landesausschuss bei der Anzeige zur Teilnahme an der ASV nachzuweisen. Gegenstand dieser Kooperationen soll die Abstimmung über die Eckpunkte der Versorgung, die Abstimmung über die Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern sowie die Verpflichtung zu mindestens zwei gemeinsamen qualitätsorientierten Konferenzen pro Jahr sein.

Wie geht es weiter?

Im nächsten Schritt werden die jeweiligen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen anhand der entsprechenden ICD-Codes konkret benannt. Zudem werden der krankheitsspezifische Behandlungsumfang sowie die Anforderungen an Personal, Ausstattung und Qualitätssicherung bestimmt. Die Anlagen werden sukzessive erarbeitet und dem G-BA-Plenum zur Beschlussfassung vorgelegt. Für die Erarbeitung der Anlagen wurde folgende Reihenfolge festgelegt, wobei die schweren Verlaufsformen und die seltenen Erkrankungen parallel zu bearbeiten sind.



Zu schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen:

1. Gastrointestinale Tumore/ Tumore der Bauchhöhle
2. Gynäkologische Tumore
3. Rheumatologische Erkrankungen
4. Herzinsuffizienz

Zu Seltene Erkrankungen:

1. Tuberkulose
2. Marfan-Syndrom
3. Pulmonale Hypertonie
4. Mukoviszidose
5. Primär sklerosierende Cholangitis

Erst nach Inkrafttreten der Erstfassung der Richtlinie und der ersten Anlagen können Anzeigen für die Teilnahme an der ASV an den erweiterten Landesausschuss erstattet werden. Aktuell ist nicht damit zu rechnen, dass vor Frühjahr nächsten Jahres die ASV ihren Betrieb aufnehmen kann.

Ergänzende Informationen

Die Beschlüsse zur ASV-RL des G-BA finden Sie im Internet unter www.g-ba.de in der Rubrik Themenschwerpunkte/Ambulante spezialfachärztliche Versorgung.

Janina Bär (KVB)

Es ist nicht anzunehmen, dass vor Frühjahr nächsten Jahres die ambulante spezialärztliche Versorgung ihren Betrieb aufnimmt. Viele Fragen sind noch offen.