

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

4. März 2014

ASV: Start für ein neues Versorgungsangebot

Am 1. April 2014 startet ein neues Behandlungsangebot für Patienten, die an einer schweren oder seltenen Erkrankung leiden: die ambulante spezialfachärztliche Versorgung – kurz ASV. Das Besondere: Die Behandlung erfolgt durch interdisziplinäre Ärzteteams in Praxen und Kliniken. Erstmals übernehmen Vertragsärzte und Krankenhausärzte damit gemeinsam die ambulante hochspezialisierte Versorgung – und das zu gleichen Rahmenbedingungen. Sämtliche Regelungen – wie zum Behandlungsumfang, zur Qualitätssicherung oder zur Vergütung – sind für niedergelassene Ärzte und Klinikärzte gleich. Ab April steht das neue Angebot für Patienten mit Tuberkulose zur Verfügung, ab Juli außerdem für Patienten mit einem gastrointestinalen Tumor. Weitere Indikationen, auch andere Krebserkrankungen, sollen nach und nach folgen.

Neuer Versorgungsbereich mit eigenen Strukturen und Regeln

Mit der ASV entsteht ein neuer Versorgungsbereich mit eigenen Strukturen und Regeln. Ziel ist es, dass Patienten mit seltenen Erkrankungen oder schweren Krankheitsverläufen durch eine enge Verzahnung von Spezialisten verschiedenen Fachdisziplinen besser versorgt werden. Die Behandlung übernimmt ein Team, dem je nach Indikation ganz bestimmte Fachärzte und auch Psychotherapeuten angehören. Diese stehen teilweise permanent zur Verfügung, weitere können bei Bedarf hinzugezogen werden, um den Patienten so individuell wie möglich zu versorgen. Je nach Krankheitsbild sieht die ASV Kooperationen mit Klinikärzten, aber auch sozialen oder palliativmedizinischen Diensten vor. Die Spezialärzte müssen hohe Qualitätsanforderungen erfüllen. Die Teilnahme ist für Patienten – und natürlich auch für Ärzte – freiwillig.

Gleiche Bedingungen für Vertragsärzte und Krankenhausärzte

Ins Leben gerufen wurde das neue Versorgungsangebot ASV mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012: Mit der Neufassung des umstrittenen Paragraphen 116 b eröffnet sich die Chance, dass Klinik- und Praxisärzte schwerkranke Patienten zu den gleichen Bedingungen ambulant behandeln. Dies war bislang nicht der Fall, denn zuvor bezog sich der Geltungsbereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ausschließlich auf die Krankenhäuser.

Im März 2013 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die ASV-Richtlinie beschlossen. Sie gibt vor, wie die ASV aufgebaut ist und arbeiten soll. In den Anlagen werden diese Vorgaben dann für jedes Krankheitsbild konkretisiert. Mit den Beschlüssen des G-BA zur Tuberkulose im Dezember vergangenen Jahres und zu den Tumoren des Magen-Darmbereichs im Februar 2014 nimmt der neue Versorgungsbereich nun konkrete Formen an. Bei der zu den gastrointestinalen Tumoren verabschiedeten Anlage ist derzeit jedoch noch offen, welche weiteren spezifischen onkologischen Leistungen die Ärzte im Rahmen der ASV durchführen und abrechnen dürfen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) fordert, dass Leistungen der Onkologie-Vereinbarung, die jetzt bereits eine qualitativ hochwertige ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte garantiert, auch in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung aufgenommen werden. Der G-BA will darüber Mitte März entscheiden.

Der neue Versorgungsbereich im Überblick

Nicht alles in der ASV ist neu. Doch es gibt etliche neue Regelungen, schon deshalb, weil zwei unterschiedliche Sektoren zusammengeführt werden. Und: Die ASV gehört nicht zur vertragsärztlichen Versorgung, deshalb gilt für diesen Bereich zum Beispiel nicht der Bundesmantelvertrag. Auch die Abrechnung und die Vergütung laufen etwas anders. So können die Ärzte direkt mit den Krankenkassen abrechnen oder eine Einrichtung beauftragen, zum Beispiel die Kassenärztlichen Vereinigungen. Nachfolgend haben wir die wichtigsten Eckpunkte zur ASV im Überblick aufgeführt:

Die Indikationen: Um welche Erkrankungen geht es

Die ASV umfasst die Diagnostik und Behandlung von seltenen und schweren Erkrankungen. Hierzu gehören:

- Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, zum Beispiel onkologische und rheumatische Erkrankungen
- Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit geringen Fallzahlen, zum Beispiel Tuberkulose und Mukoviszidose
- Hochspezialisierte Erkrankungen, zum Beispiel CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen

Wer kann teilnehmen

An der ASV teilnehmen können Fachärzte, Medizinische Versorgungszentren sowie gegebenenfalls ermächtigte Ärzte und Krankenhäuser, sofern sie die in der ASV-Richtlinie und den jeweiligen Anlagen definierten Anforderungen erfüllen. Dabei setzt die Teilnahme an der ASV die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus. Dieses Team besteht aus einem Teamleiter, einem Kernteam sowie weiteren Fachärzten, die bei Bedarf hinzugezogen werden:

- Der Teamleiter übernimmt die fachliche und organisatorische Koordination.
- Die Mitglieder des Kernteams sind Fachärzte, die aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen bei der Behandlung der jeweiligen Erkrankung mitwirken. Es ist vorgesehen, dass die Mitglieder des Kernteams an mindestens einem Tag in der Woche eine Sprechstunde in der Praxis des Teamleiters anbieten. Die Mitglieder sollten in angemessener Nähe zum Teamleiter praktizieren.
- Die dritte Ebene bilden die hinzuzuziehenden Fachärzte, deren Kenntnisse bei einem Teil der Patienten ergänzend benötigt werden. Ihr Tätigkeitsort muss ebenfalls in angemessener Entfernung von dem des Teamleiters liegen.

Im Einzelfall können auch Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs an der ASV teilnehmen (z.B. bei der HIV-/Aids-Versorgung). Auch Psychologische Psychotherapeuten oder Zahnärzte können zur Behandlung hinzugezogen werden.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

4. März 2014

Erweiterter Landesausschuss prüft Zugangsvoraussetzungen

Ärzte und Krankenhäuser, die an der ASV teilnehmen wollen, zeigen dies dem erweiterten Landesausschuss (eLA) als Team an. Um an der ASV teilnehmen zu können, muss das ASV-Team beim eLA nachweisen,

- dass es alle Anforderungen und Qualifikationsvoraussetzungen der ASV-Richtlinie erfüllt.
- Darüber hinaus sind schriftliche Kooperationsvereinbarungen zwischen den einzelnen Teammitgliedern erforderlich.

Der ASV-Teamleiter reicht die gesammelten Unterlagen seines Teams beim eLA ein. Der Teamleiter und die Mitglieder des Kernteams sind dabei namentlich zu benennen. Bei den hinzuzuziehenden Ärzten kann auch eine Institution genannt werden.

Der Ausschuss ist besetzt mit Vertretern der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen und der Landeskrankenhausesgesellschaft. Er prüft, ob die Teams die Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen und ob die organisatorischen und infrastrukturellen Anforderungen gegeben sind. Dafür hat der eLA mindestens zwei Monate Zeit. Trotz der Vorgabe zur Kooperation im Team erhält jeder Arzt eine individuelle ASV-Berechtigung.

Welche Leistungen gehören zur ASV

Welche Leistungen zur ASV gehören, wird in den Anlagen zur ASV-Richtlinie für jede Erkrankung beschrieben. In einem sogenannten Appendix sind alle Gebührenordnungspositionen aufgeführt, die im Rahmen der ASV abgerechnet werden können, und – das ist eine Besonderheit – ausgewählte Leistungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nicht im EBM enthalten sind.

Abrechnung

Jeder Arzt rechnet seine ASV-Leistungen selbst ab. Die Abrechnung kann über die KV erfolgen, über eine private Verrechnungsstelle oder direkt mit den Krankenkassen. Bei der Abrechnung über die KV ändert sich für die Ärzte – bis auf die zusätzliche Angabe der ASV-Teamnummer – wenig.

Vergütung

Die Vergütung ist für Praxis- und Klinikärzte einheitlich. Alle Leistungen werden zu festen Preisen bezahlt, extrabudgetär und ohne Mengenbegrenzung. Der GKV-Spitzenverband, die KBV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben die Aufgabe, eine eigene Vergütungssystematik für die ASV zu entwickeln. Bis dahin gelten die Preise des EBM. Leistungen, die nicht im EBM enthalten sind und abgerechnet werden dürfen, werden gesondert vergütet.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

4. März 2014

Überweisungen

Die Überweisung in den ASV-Bereich kann für ein oder für mehrere Quartale erfolgen. Zum Zeitpunkt der Überweisung muss eine gesicherte Diagnose, bei seltenen Erkrankungen reicht eine Verdachtsdiagnose. Der ASV-Arzt informiert seinen Kollegen über die Aufnahme und den Abschluss der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.

Kein Überweisungserfordernis besteht, wenn Patienten von einem niedergelassenen Facharzt in den neuen Versorgungsbereich aufgenommen werden, der ASV-berechtigt ist, oder direkt aus dem stationären Bereich in die ASV wechseln. Auch zwischen den Mitgliedern des ASV-Kernteam (erste und zweite Ebene) sind keine Überweisungen erforderlich, nur, wenn ein ASV-Facharzt aus der dritten Ebene hinzugezogen wird.

Verordnungen

Die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmittel unterliegt dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit. Anders als in der vertragsärztlichen Versorgung gibt es in der ASV jedoch keine Richtgrößen, die einzuhalten sind. Die Verordnungen fallen nicht unter die Wirtschaftlichkeitsprüfungen des Kollektivvertrages.

Formulare

Ärzte nutzen in der ASV die Formulare, die sie auch in der vertragsärztlichen Versorgung verwenden. Es erfolgt lediglich eine Kennzeichnung, dass es sich um einen ASV-Fall handelt. Ein neues Formular gibt es nur für die Verschreibung von Arzneimitteln. Bei ASV-Rezepten ist in der Codierleiste die Pseudoziffer „22222222“ (neunmal die zwei) eingedruckt. Es ist wichtig, dass die Ärzte diese Rezepte verwenden, damit die Verordnungen für ASV-Patienten nicht ihr Richtgrößenvolumen belasten.