



Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Änderungen des GKV-VSG zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) umgesetzt

Berlin, 17. Dezember 2015 – Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am Donnerstag in Berlin Änderungen an der Rahmenrichtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV-RL) sowie zu den Anlagen gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle, gynäkologische Tumoren und Marfan-Syndrom beschlossen. Die Anpassungen sind durch das am 23. Juli 2015 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) erforderlich geworden. Mit dem GKV-VSG ist unter anderem die Eingrenzung auf die schweren Verlaufsformen von onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen entfallen. Des Weiteren hat der G-BA eine neue Anlage zur pulmonalen Hypertonie (Anlage 2 I) beschlossen.

„Mit den heutigen Beschlüssen haben wir den aus dem GKV-VSG resultierenden Anpassungsbedarf umgesetzt. Die Aufhebung der Eingrenzung auf die schweren Verlaufsformen hat unter anderem Auswirkungen auf die Festlegung der Überweisungsdauer, die Höhe der Mindestmengen und die Definition des Behandlungsumfangs“, sagte Dr. Regina Klackow-Franck, unparteiisches Mitglied und Vorsitzende des Unterausschusses ASV. „Darüber hinaus haben wir der Klarstellung dienende Neuformulierungen und Vereinheitlichungen über alle Anlagen hinweg beschlossen, was die Durchführung des Anzeigeverfahrens erleichtern soll. Außerdem haben wir beschlossen, dass zukünftig auch niedergelassene Spezialisten an der ASV teilnehmen können, die ihre besondere Qualifikation über eine Zulassung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung erhalten haben.“

Mit den ebenfalls beschlossenen neuen ASV-Regelungen zur pulmonalen Hypertonie werden die entsprechenden erkrankungsspezifischen Bestimmungen der [Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus](#) nach § 116b (alt) SGB V (ABK-RL) abgelöst. Die im Jahr 2007 in Kraft getretenen Regelungen der ABK-RL sind vom G-BA als Ausgangspunkt für die Erarbeitung des sektorenübergreifend geltenden Versorgungskonzepts einer ASV genutzt worden. Der Behandlungsauftrag wurde weitgehend übernommen, beispielsweise können nun aber auch Kinder und Jugendliche betreut werden.

Bei der pulmonalen Hypertonie handelt es sich um ein seltenes, schweres Krankheitsbild, das durch eine abnorme Erhöhung des Drucks in den arteriellen Blutgefäßen der Lunge gekennzeichnet ist. Die Druckerhöhung kann Folge einer Erkrankung der Lungengefäße sein oder durch eine Lungen- oder Herzerkrankung verursacht werden. Die körperliche Belastbarkeit, die Lebensqualität und Lebenserwartung der Patientinnen und Patienten ist erheblich eingeschränkt.

Stabsabteilung Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation

Wegelystraße 8, 10623 Berlin
Postfach 120606, 10596 Berlin

Telefon: 030 275838-811
Fax: 030 275838-805

www.g-ba.de
www.g-ba.de/presse-rss

**Ansprechpartnerinnen
für die Presse:**

Kristine Reis (Ltg.)

Telefon: 030 275838-810
E-Mail: kristine.reis@g-ba.de

Gudrun Köster

Telefon: 030 275838-821
E-Mail: gudrun.koester@g-ba.de



Detaillierte Informationen sind den Beschlusstexten sowie den Tragenden Gründen zu entnehmen, die auf den Internetseiten des G-BA veröffentlicht werden.

Die Beschlüsse werden dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt und treten nach Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Hintergrund: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Gesetzliche Grundlage der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ist § 116b SGB V, dessen Neufassung mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) im Jahr 2012 in Kraft trat. Der vormals ausschließlich auf Krankenhäuser bezogene Geltungsbereich wurde mit dem Gesetz auch auf vertragsärztliche Leistungserbringer ausgedehnt und soll zu einem neuen sektorenübergreifenden Versorgungsbereich ausgebaut werden.

Der G-BA hat im März 2013 die Erstfassung der ASV-Richtlinie beschlossen. Die Richtlinie regelt in den §§ 1 bis 15 die generellen Anforderungen an die Leistungserbringer für die Teilnahme an der ASV sowie den Zugang der Patientinnen und Patienten zu diesem Versorgungsbereich. In den Anlagen 1 bis 3 der ASV-RL sind die spezifischen Regelungen für

1. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen,
2. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen und
3. hochspezialisierte Leistungen

geregelt. Hier werden die einbezogenen Erkrankungen anhand von ICD-Codes konkretisiert. Darüber hinaus wird der erforderliche Behandlungsumfang in einem sogenannten Appendix festgelegt. Der Abschnitt 1 des Appendix führt alle Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) auf und legt fest, welches der ASV-Teammitglieder diese abrechnen darf. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nicht Bestandteil des EBM sind, aber im Rahmen der ASV angewendet werden dürfen, sind analog im Abschnitt 2 des Appendix aufgeführt.

Die bisherige [Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus](#) nach § 116b (alt) SGB V (ABK-RL) gilt zunächst für bereits erteilte Bestimmungen für die ambulante Behandlung im Krankenhaus weiter fort. Es können aber auf dieser Basis seit dem 1. Januar 2012 keine Neuanträge mehr bei den zuständigen Landesbehörden beschieden werden. Die von den zuständigen Landesbehörden vor dem 1. Januar 2012 erteilten Bestimmungen zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus werden unwirksam, sobald das Krankenhaus für die Behandlung der entsprechenden Krankheit zur Teilnahme an der ASV berechtigt ist. Sie enden - ohne eine explizite Aufhebung der Landesbehörden - spätestens drei



Jahre nachdem der G-BA für die jeweilige Erkrankung oder hochspezialisierte Leistung das Nähere zur spezialfachärztlichen Versorgung in einer Richtlinie geregelt hat.

Seite 3 von 3

Pressemitteilung Nr. 32 / 2015
vom 17. Dezember 2015

Der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)** ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für etwa 70 Millionen Versicherte. Der G-BA legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV übernommen werden. Rechtsgrundlage für die Arbeit des G-BA ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V). Entsprechend der Patientenbeteiligungsverordnung nehmen Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter an den Beratungen des G-BA mitberatend teil und haben ein Antragsrecht.

Den gesundheitspolitischen Rahmen der medizinischen Versorgung in Deutschland gibt das Parlament durch Gesetze vor. Aufgabe des G-BA ist es, innerhalb dieses Rahmens einheitliche Vorgaben für die konkrete Umsetzung in der Praxis zu beschließen. Die von ihm beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für alle Akteure der GKV bindend.

Bei seinen Entscheidungen berücksichtigt der G-BA den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und untersucht den diagnostischen oder therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit einer Leistung aus dem Pflichtkatalog der Krankenkassen. Zudem hat der G-BA weitere wichtige Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung.