



Nr. 50 / 2017

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: G-BA legt abrechnungsfähige Leistungen bei rheumatologischen Erkrankungen fest

Berlin, 21. Dezember 2017 – Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am Donnerstag in Berlin die abrechnungsfähigen Leistungen für Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) beschlossen. Vervollständigt wird damit der Beschluss vom 15. Dezember 2016, mit dem der allgemeine Behandlungsumfang, die Anforderungen an Personal, Ausstattung und Qualitätssicherung festgelegt wurden.

Mit dem aktuellen Beschluss werden die jeweiligen Appendizes zur Leistungskonkretisierung für Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche mit rheumatologischen Erkrankungen festgesetzt. Außerdem wurden weitere Anpassungen des Beschlusses vom 15. Dezember 2016 vorgenommen, die der G-BA im Nachgang für erforderlich gehalten hatte.

„Mit dem heutigen Beschluss wurden Lösungen für die Erbringbarkeit von Speziallabor-Leistungen und die Frage der Einbeziehung von Orthopäden mit rheumatologischer Zusatzweiterbildung gefunden. Damit ist der Weg für die Bildung von ASV-Teams für rheumatologische Erkrankungen, worauf sowohl die Rheuma-Patientinnen und -Patienten, aber auch die Rheumatologen in Klinik und Praxis so lange gewartet haben, endlich geebnet“, erläuterte Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied und Vorsitzende des Unterausschusses ASV. „Es wäre befremdlich gewesen, wenn die internistischen Rheumatologen anders als im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ihr Speziallabor wie zum Beispiel den Rheumafaktor HLA-B27 nicht selber hätten erbringen und abrechnen dürfen. Ebenso wenig wäre es sachgerecht gewesen, das Zustandekommen von Rheuma-ASV-Teams daran scheitern zu lassen, dass die Zahl der Orthopäden mit rheumatologischer Zusatzweiterbildung stark rückläufig ist.“

Nach der Prüfung des Beschlusses durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und der Bekanntmachung im Bundesanzeiger können ASV-Teams für rheumatologische Erkrankungen ihre Tätigkeit beim erweiterten Landesausschuss (eLA) anzeigen. Nähere Informationen zum Vorgehen finden interessierte Ärzte bei der [ASV-Servicestelle](#).

Bestimmungen der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus (ABK) werden abgelöst

Mit Inkrafttreten der neuen ASV-Regelungen beginnt die Übergangsfrist für die nach den Bestimmungen der ABK-Richtlinie bestehenden Teams

Seite 1 von 3

**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



für rheumatologische Erkrankungen. Die bereits erteilten Bescheide für eine ambulante Behandlung im Krankenhaus enden – ohne eine explizite Aufhebung der Landesbehörden – spätestens drei Jahre, nachdem der Beschluss des G-BA für die jeweilige Erkrankung in Kraft getreten ist.

Seite 2 von 3

Pressemitteilung Nr. 50 / 2017
vom 21. Dezember 2017

Hintergrund: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Gesetzliche Grundlage der 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 wird derzeit zu einem neuen sektorenübergreifenden Versorgungsbereich ausgebaut.

Der G-BA hat im März 2013 die Erstfassung der [ASV-Richtlinie](#) beschlossen. Die Richtlinie regelt 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 und 2 der Richtlinie sind die spezifischen Regelungen für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen konkretisiert. Die Anlage 3 regelt hochspezialisierte Leistungen; hierfür wurden bisher noch keine Beschlüsse gefasst. In den Anlagen werden die einbezogenen Erkrankungen anhand von ICD-Codes definiert. Darüber hinaus wird der Behandlungsumfang in sogenannten Appendizes festgelegt, die jeweils in zwei Bereiche unterteilt sind:

- Im Abschnitt 1 werden die Leistungen, die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind, mit den entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOP) benannt und den Facharztgruppen zugeordnet, die diese abrechnen dürfen.
- Im Abschnitt 2 sind neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aufgeführt, die zum Behandlungsumfang der ASV zählen und die bislang nicht im EBM enthalten sind,

Nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation soll der ergänzte Bewertungsausschuss alle definierten Abschnitt-2-Leistungen in die EBM-Kapitel 50 bzw. 51 für die ASV übertragen. Der G-BA prüft darüber hinaus jährlich den durch die regelmäßige Aktualisierung des EBM erforderlichen Anpassungsbedarf der Appendizes.



Welche Erkrankungen sind im Rahmen der ASV geregelt?

Seite 3 von 3

Pressemitteilung Nr. 50 / 2017
vom 21. Dezember 2017

Bislang hat der G-BA in seiner Richtlinie Näheres zur interdisziplinären Behandlung im Rahmen der ASV für Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen festgelegt:

- gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
- gynäkologische Tumoren
- Marfan-Syndrom
- Mukoviszidose
- pulmonaler Hypertonie
- rheumatologische Erkrankungen (Basisbeschluss vom 15. Dezember 2016)
- Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

Der G-BA hält auf seiner Website eine allgemeine [Patienteninformation](#) zur ASV zum Download bereit. Das zweiseitige Servicedokument stellt die Grundzüge der medizinischen Versorgung innerhalb der ASV dar. Es erläutert unter anderem, wie Patientinnen und Patienten Zugang zu diesem Versorgungsangebot erhalten, welche Leistungen das Angebot umfasst und wie das Behandlungsteam zusammengesetzt ist.

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