



Nr. 22 / 2018

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Bestimmte seltene Lebererkrankungen können zukünftig im Rahmen der ASV diagnostiziert und behandelt werden

Berlin, 17. Mai 2018 – Patientinnen und Patienten mit bestimmten seltenen Lebererkrankungen – der primär biliären Cholangitis (PBC), der primär sklerosierenden Cholangitis (PSC) und der Autoimmunhepatitis (AIH) – können zukünftig vom Behandlungsangebot der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) profitieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am Donnerstag in Berlin die Anforderungen an Personal, Ausstattung und Qualitätssicherung sowie den genauen Leistungsumfang definiert. Mit Inkrafttreten des Beschlusses können ASV-Teams den zuständigen erweiterten Landesausschüssen ihre Teilnahme an der ASV anzeigen.

„Der G-BA hat die ambulante spezialfachärztliche Versorgung von seltenen Lebererkrankungen neu strukturiert. Für die Stoffwechselerkrankung Morbus Wilson hat der G-BA eine eigenständige ASV-Anlage geschaffen, die bereits im März 2018 beschlossen wurde. Die primär biliäre Cholangitis und die primär sklerosierende Cholangitis wurden nun in einer weiteren ASV-Anlage gebündelt, in die außerdem erstmals die Autoimmunhepatitis aufgenommen wurde“, so Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses ASV. „Oftmals ist eine eindeutige diagnostische Abgrenzung zwischen diesen Erkrankungen und anderen Autoimmunerkrankungen nicht möglich (Overlap). Unbehandelt führen sie zu einer Leberzirrhose. Deshalb sind ein möglichst früher Beginn der Therapie und Verlaufskontrollen entscheidend. Dies wollen wir durch die neue ASV-Anlage fördern.“

Die Beschlüsse treten nach Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Hintergrund: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Gesetzliche Grundlage der ASV ist § 116b SGB V, der mit dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) neu gefasst wurde. Der zuvor ausschließlich auf die ambulante Behandlung im Krankenhaus bezogene Geltungsbereich wurde mit dem Gesetz auch auf vertragsärztliche Leistungserbringer ausgedehnt.

Die [ASV-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

Seite 1 von 2

Stabsabteilung Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation

Wegelystraße 8, 10623 Berlin
Postfach 120606, 10596 Berlin

Telefon: 030 275838-811

Fax: 030 275838-805

E-Mail: presse@g-ba.de

www.g-ba.de

www.g-ba.de/presse-rss

**Ansprechpartnerinnen
für die Presse:**

Kristine Reis (Ltg.)

Gudrun Köster



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 jährlich den durch die regelmäßige Aktualisierung des EBM erforderlichen Anpassungsbedarf der Appendizes.

Seite 2 von 2

Pressemitteilung Nr. 22 / 2018
vom 17. Mai 2018

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.