

Sektorübergreifende Versorgung

ASV nach § 116b SGB V: Konkretisierung für rheumatologische Krankheitsbilder liegt vor

von RA, FA für MedR, Wirtschaftsmediator Dr. Tobias Scholl-Eickmann, Dortmund, www.kanzlei-am-aerztehaus.de

Mit der Neufassung des § 116 SGB V im Jahr 2012 wurde der Grundstein für eine neue sektorenübergreifende Versorgungsstruktur gelegt. Die weitergehende Ausgestaltung der seinerzeit eingeführten Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) anvertraut worden, der nunmehr in seiner Sitzung vom 15.12.2016 die Anlagen für die rheumatologischen Krankheitsbilder beschlossen hat.

Die Beschlüsse treten vorbehaltlich der Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit am Tag nach ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Die Konkretisierung birgt einige Überraschungen. Gleichwohl ist nunmehr für viele rheumatologische Leistungserbringer der Weg für eine gesicherte ambulant-stationäre Versorgung geebnet.

Welche Krankheitsbilder dürfen behandelt werden?

In der ursprünglichen Gesetzesfassung war das Spektrum der ASV für rheumatologische Erkrankungen auf schwere Verlaufsformen begrenzt. Diese Einschränkung wurde zwischenzeitlich aufgehoben. Die ASV-fähigen rheumatologischen Krankheitsbilder sind durch Benennung von ICD-10-Codes spezifiziert worden. Zudem ist eine Differenzierung zwischen der Behandlung von Erwachsenen und Kindern im Beschluss angelegt. Die detaillierte Auflistung aller behandelbaren Erkrankungen finden Sie im Beschluss unter <http://tinyurl.com/h7f2mow>.

Wer darf an der ASV teilnehmen?

An der ASV können Vertragsärzte und zugelassene Krankenhäuser teilneh-

men, soweit sie die Voraussetzungen nach den Richtlinien und den für das jeweilige Krankheitsbild geltenden Konkretisierungen des G-BA erfüllen. Entgegen einer weit verbreiteten Auffassung ist die ASV somit keineswegs eine allein dem stationären Sektor vorbehaltene Leistungsform.

Die Teilnahme muss unter Beifügung entsprechender Belege gegenüber dem (um Vertreter der Krankenhäuser) erweiterten Landesausschuss angezeigt werden, der vielfach räumlich bei den KVen angesiedelt ist.

Welche Grundvoraussetzungen sind personell zu erfüllen?

Bei allen Krankheitsbildern – also auch bei den rheumatologischen Erkrankungen – ist ein interdisziplinäres Team zu gründen, das auch durch vertragliche (ggf. sektorenübergreifende) Kooperationen etabliert werden kann und sich aus einem Teamleiter, dem Kernteam sowie – bei medizinischer Notwendigkeit – zeitnah hinzuzuziehenden Fachärzten zusammensetzt:

- Während bei anderen Entitäten meist mehrere Facharztgruppen für die **Teamleitung** in Betracht kom-

men, muss bei den rheumatologischen Krankheitsbildern zwingend ein Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie (Erwachsene) bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung „Kinder-Rheumatologie“ die Teamleitung übernehmen. Der Teamleiter hat die Aufgabe, die ASV fachlich und organisatorisch zu koordinieren und gehört damit zwingend dem Kernteam an.

- Weitere Mitglieder im **Kernteam** sind Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung im Rahmen der ASV in der Regel eingebunden werden müssen. Sie müssen die ASV-Leistungen am Tätigkeitsort des Teamleiters zumindest an einem Tag in der Woche anbieten. Ausgenommen sind „immobile“ Leistungen bzw. die Untersuchung von entnommenen Untersuchungsmaterialien. Unmittelbar am Patienten zu erbringende Leistungen müssen in der Regel in 30 Minuten vom Teamleiterstandort erreichbar sein.
- Die hinzuzuziehenden Fachärzte sind solche, deren Fähigkeiten und Kenntnisse in Abhängigkeit vom Krankheitsbild typischerweise bei einem Teil der Patienten benötigt werden. Auch hier gilt die 30-Min.-Regel.

Welcher Facharztgruppe die jeweiligen Ärzte angehören dürfen, entnehmen Sie en detail dem Beschluss unter o. g. URL. Hinweise zu Vertretungen und weitere Informationen zu berechtigten Leistungserbringern entnehmen Sie § 2 der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung unter <http://tinyurl.com/j25vf5a>.

Wie erfolgt die Vergütung?

Die Leistungen der ASV werden unmittelbar und unbudgetiert von der Krankenkasse vergütet. Leistungserbringer können ihre KV gegen Aufwandsersatz mit der Abrechnung von Leistungen beauftragen. Derzeit wird ein eigenes Kapitel 50 im EBM aufgebaut. Soweit Leistungen im Rahmen der ASV erbracht werden können, die noch nicht im EBM enthalten sind, sind diese zu (gemäßigten Sätzen) nach der GOÄ abrechnungsfähig.

Bestehen Mindestmengenvorgaben?

Für die rheumatologischen Krankheitsbilder gilt nur für die Behandlung von Erwachsenen eine Mindestmengenvorgabe (240 Patienten mit den genannten Krankheitsbildern mit gesicherter Diagnose in den letzten vier Quartalen). Zum Zeitpunkt der Antragstellung genügt es indes, wenn zumindest 50 Prozent dieser Mindestmenge erreicht wurde und im Weiteren ASV-Verlauf die Mindestmenge erreicht wird (Dispens).

Alle Details online

Der begrenzte Umfang des RheumaGuide macht es nötig, die folgenden Informationen – sowie weitere aus den anderen Textabschnitten – im Internet vorzuhalten:

- Erfolgt eine Prüfung der ASV-Verordnung und -Abrechnung?
- Welche infrastrukturellen Maßnahmen sind zwingend?
- Welche Behandlungen können durchgeführt werden?
- Bedarf es der Überweisung durch einen Vertragsarzt?
- Ist eine sektorenübergreifende Kooperation zwingend?
- Wie funktioniert das Anmeldeverfahren?

Unter www.rheumaguide.de finden Sie die **Langfassung dieses Beitrags**, die wir Ihnen auch gern mailen oder faxen. Einfach eine E-Mail mit dem Betreff ASV an info@rheumaguide.de.

Gichtarthritis

Erstmals Leitlinie zur Gicht erschienen

von Dr. Marianne Schoppmeyer, Ärztin und Medizjournalistin, www.medizinundtext.de

Die Gichtarthritis ist die häufigste Form der Arthritis in Deutschland. Schätzungen zufolge leiden ein bis zwei Prozent der Bevölkerung an Gicht. Laut der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie werden diese Patienten häufig inadäquat versorgt. Um diese Situation zu verbessern, ist nun erstmals eine Leitlinie zur Gichtarthritis aus fachärztlicher Sicht erschienen, deren wichtigste Aussagen im Folgenden zusammengefasst werden.

Gelenkpunktion anstreben

Der Goldstandard für eine sichere Diagnose ist der Nachweis von Natriumuratkristallen in der Gelenkflüssigkeit. Daher sollte das betroffene Gelenk punktiert werden. Ist dies nicht möglich, bieten sich als Alternativen die Arthroskopografie und die Dual-Energy-CT an. Der Harnsäurespiegel im Serum ist während eines akuten Gichtanfalls nicht unbedingt erhöht.

Therapiealternative beim akuten Gichtanfall: Canakinumab

Der akute Gichtanfall wird mit NSAR, Glukokortikoiden oder Colchicin in niedriger Dosierung therapiert. Ist diese Therapie nicht ausreichend (drei und mehr Gichtanfälle/Jahr) oder bestehen Kontraindikationen, kann der monoklonale, humane IL-1 β -Antikörper Canakinumab erwogen werden.

Harnsäuresenkende Therapie

Ist die Gicht gesichert, kann eine harnsäuresenkende Therapie mit Allopurinol oder Febuxostat eingeleitet werden. Im Gegensatz zur gängigen Praxis zeigte eine kontrollierte Studie, dass mit Allopurinol bereits im akuten Schub gestartet werden kann. Sind die genannten Urikostatika nicht ausreichend wirksam, sollten Urikosurika wie bspw. Benzbromaron oder Pro-

benecid gegeben werden. Die Harnsäure sollte dauerhaft auf ≤ 6 mg/dl eingestellt werden und zu Beginn der Therapie häufiger, später zumindest vierteljährlich kontrolliert werden.

Mit Beginn der harnsäuresenkenden Therapie sollte eine Anfallsprophylaxe für drei bis sechs Monate mit Colchicin durchgeführt werden bis eine Harnsäure-Homöostase eingetreten ist. Alternativ kann ein NSAR oder Glukokortikoide eingesetzt werden.

Vorgehen bei tophöser Gicht

Bei schwerer tophöser Gicht ist es sinnvoll, die Harnsäure stärker auf ≤ 5 mg/dl zu senken, da die Tophi sich dann schneller verkleinern. Sind Urikostatika und Urikosurika nicht ausreichend wirksam, kann unter Umständen Pegloticase – eine rekombinante Uricase, welche Harnsäure spaltet – verordnet werden. Allerdings müssen die unerwünschten Wirkungen wie allergische Zwischenfälle unbedingt beachtet werden.

Komorbiditäten

Bei Gichtpatienten treten häufig Komorbiditäten auf, welche die Therapie erheblich erschweren können, bspw. Diabetes mellitus oder Osteoporose bei Glukokortikoidtherapie oder Niereninsuffizienz bei Gabe von NSAR. Weitere häufige Komorbiditäten sind Hypertonus, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Nierensteine und Schlaganfall. Diese Erkrankungen müssen erfasst werden, da sich daraus spezifische

therapeutische Konsequenzen ergeben können. So sollten bspw. Medikamente, die die Harnsäure im Serum erhöhen (wie Schleifendiuretika und Thiazide) nur mit strenger Indikationsstellung und Überwachung eingesetzt werden.

Lebensstil verändern

Patienten mit Gichtarthritis sollten umfassend über ihre Erkrankung informiert werden. Dazu gehört es insbesondere, auf die Notwendigkeit der regelmäßigen Medikamenteneinnahme hinzuweisen sowie auf einen gesunden Lebensstil. Patienten sollten den Konsum von Alkohol, Fleisch, Schalentieren und Getränken, die mit Fruktose angereichert sind, reduzieren.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Kiltz U et al.: Full version of the S2e guidelines on gouty arthritis: Evidence-based guidelines of the German Society of Rheumatology (DGRh). *Z Rheumatol* 2016; 75 Suppl 2: 11-60. Online unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-005l_S2e_Gichtarthritis_2016-08.pdf

Kardiovaskuläre Sicherheit

Arthritis-Patienten überleben länger mit Statinen

Arthritis-Patienten haben ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko und könnten von einer Statintherapie profitieren, sowohl durch die cholesterinsenkende als auch die antiinflammatorische Wirkung der Substanzen, sagte Dr. Amar Oza beim US-amerikanischen Rheumatologenkongress in Washington D.C. Der Rheumatologe und seine Kollegen von der Harvard Medical School in Boston haben in einer Fall-Kontroll-Studie mit Daten zu knapp 6.000 britischen Patienten mit ankylosierender Spondylitis (AS) oder Psoriasis-Arthritis (PsA) einen Überlebensvorteil von Patienten unter Statintherapie belegen können. Bei der Hälfte der Studienteilnehmer war eine Behandlung mit Statinen begonnen worden, die Vergleichsgruppe ohne Statintherapie war gematcht, der Beobachtungszeitraum betrug im Schnitt 5,3 Jahre. In diesem Zeitraum lag die Sterberate in der Statintherapie bei 17,6 pro 1.000 Patientenjahre im Vergleich zu 25,1 pro 1.000 in der Vergleichsgruppe – eine signifikante Reduktion um 32 %. Die Risikoreduktion durch Statine war in dieser Untersuchung nach Angaben der Autoren höher als in Studien bei Patienten mit Rheumatoider Arthritis oder in Metaanalysen von Studien zur Allgemeinbevölkerung.

QUELLE

- Jahrestagung des American College of Rheumatology (ACR), Washington D.C., 11.-16. November 2016, Dr. Amar Oza, Boston, Abstract 910

Kardiovaskuläre Sicherheit

Keine Unterschiede zwischen Celecoxib, Ibuprofen und Naproxen

Durch eine längerfristige Therapie mit nicht-selektiven NSAR wird bekanntlich das kardiovaskuläre Risiko der Behandelten erhöht. Unklar war bis dato, wie im Vergleich dazu das kardiovaskuläre Risiko von Celecoxib zu beurteilen ist. Laut einer großen Vergleichsstudie bei rund 24.000 Patienten mit Arthrose oder Rheumatoider Arthritis ist das kardiovaskuläre Risiko unter Celecoxib (im Mittel 210 mg täglich) nicht höher als bei Einsatz von Ibuprofen (im Mittel 2.045 mg) oder Naproxen (im Mittel 850 mg). Die Nachbeobachtungszeit betrug im Schnitt 34 Monate; in dieser Zeit beendeten allerdings die meisten Studienteilnehmer die Therapie oder brachen das Monitoring ab.

Beim primären Endpunkt (kardiovaskulärer Tod, Herzinfarkt, Schlaganfall) gab es kaum Unterschiede zwischen den drei Gruppen: In der Intention-to-treat-Analyse betrug die Rate

- 2,3 % in der Celecoxib-Gruppe im Vergleich zu
- 2,7 % unter Ibuprofen und
- 2,5 % unter Naproxen.

Bei den Studienteilnehmern unter fortlaufender Therapie betragen die entsprechenden Raten 1,7 % vs. 1,9 % und 1,8 %. Wie zu erwarten, schnitt Celecoxib bei der gastrointestinalen Verträglichkeit signifikant besser ab als Ibuprofen und Naproxen. Das Risiko für renale Komplikationen war unter Celecoxib signifikant niedriger als unter Ibuprofen; im Vergleich zu Naproxen gab es keine Unterschiede.

QUELLE

- Nissen S et al.: Cardiovascular Safety of Celecoxib, Naproxen, or Ibuprofen for Arthritis. *N Engl J Med* 2016; 375(26):2519-2529

Impressum



Herausgeber und Verlag
IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: info@rheumaguide.de

Redaktion
RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin),
Dr. Stephan Voß M.A. (Stv. Chefredakteur, verantwortlich)

Lieferung
Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

Hexal AG
Industriestraße 25, 83607 Holzkirchen
Telefon: 08024 908-0, Telefax: 08024 908-1290
E-Mail: service@hexal.com

Hinweis
Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Hexal AG wieder.

rheumaguide.de

Unter www.rheumaguide.de finden Sie alle Ausgaben des RheumaGuide. Und wenn Sie Fragen oder Anmerkungen haben, schreiben Sie uns an info@rheumaguide.de.