

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Juni 2016

Patienten mit pulmonaler Hypertonie in der ASV behandeln – Wissenswertes für Ärzte im Überblick

Patienten mit pulmonaler Hypertonie können in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) betreut werden. Seit 1. Juni 2016 haben interessierte Fachärzte die Möglichkeit, beim erweiterten Landesausschuss ihre Teilnahme an der ASV für diese Indikation anzuzeigen. Näheres zu den Anforderungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der Anlage 2I zur ASV-Richtlinie geregelt. Was dort drin steht und wie Ärzte an der ASV teilnehmen können, welche Anforderungen sie erfüllen müssen und wie die Abrechnung läuft, fasst diese Praxisinformation zusammen.

Das ASV-Team

Grundvoraussetzung für die Teilnahme an der ASV ist die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team. Es besteht immer aus einer Teamleitung für die Koordination, dem Kernteam mit weiteren Teammitgliedern und Ärzten, die hinzugezogen werden können. Welche Fachrichtungen beteiligt sind, wird für jede Indikation festgelegt.

Zusammensetzung des ASV-Teams

Dem ASV-Kernteam zur Behandlung einer pulmonalen Hypertonie gehören folgende Ärzte an:

- Kardiologe
- Pneumologe
- Kinder-Kardiologe oder Kinder-Pneumologe, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden.

Einer der Ärzte des Kernteams übernimmt die Teamleitung.

Folgende Ärzte können zur Behandlung hinzugezogen werden:

- Humangenetiker
- Gastroenterologe
- Rheumatologe
- Laboratoriumsmediziner
- Nuklearmediziner
- Psychiater oder Psychotherapeut (ärztlich oder psychologisch) oder Facharzt für Psychosomatische Medizin
- Radiologe
- Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich

Starttermin:
1. Juni

Fachrichtungen der
Teammitglieder sind
vorgegeben

Ärzte können
hinzugezogen
werden



Thema: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Kinder- und Jugendmediziner mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie oder Kinder-Rheumatologie sowie Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als Teammitglieder benannt werden.

Teilnahme beim erweiterten Landesausschuss anzeigen

Steht das Team, folgt die Anzeige zur Teilnahme an der ASV beim erweiterten Landesausschuss. Das Team reicht dazu gesammelt alle geforderten Unterlagen ein, zum Beispiel Nachweise zur Qualifikation. Der Ausschuss prüft anschließend, ob die Ärzte die Zugangsvoraussetzungen zur ASV erfüllen. Wenn binnen zwei Monaten ein zustimmender Bescheid eingeht beziehungsweise keine Ablehnung erfolgt, kann das Team teilnehmen.

Anforderungen an das ASV-Team

Neben allgemeinen Anforderungen, die für alle ASV-Indikationen gelten, gibt es weitere Qualitätsvorgaben, die das ASV-Team für pulmonale Hypertonie erfüllen muss:

▪ *Organisation und Kooperation*

Das ASV-Team sorgt dafür, dass bei Bedarf eine Zusammenarbeit mit Transplantationszentren, Einrichtungen der Physiotherapie und sozialen Diensten möglich ist. Ein Kooperationsvertrag ist nicht notwendig.

Außerdem ist eine 24-Stunden-Notfallversorgung inklusive Notfall-Labor und erforderlicher bildgebender Diagnostik sowie die Möglichkeit zur intensivmedizinischen Behandlung sicherzustellen. Das ASV-Team muss Notfallpläne und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente bereithalten.

Alle Mitglieder des ASV-Kernteam müssen (unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen) zeitnah auf eine Befund- und Behandlungsdokumentation zugreifen können.

▪ *Dokumentation*

Die Ärzte dokumentieren die Diagnose nach ICD-10-GM sowie das Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit, um die regelhafte Indikationsstellung überprüfen zu können.

▪ *Mindestmengen*

Das Kernteam muss mindestens 50 Patienten mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandelt haben, um eine ASV-Berechtigung zu erhalten.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patienten mit pulmonaler Hypertonie maßgeblich, die die Mitglieder des Kernteam in den zurückliegenden vier Quartalen behandelt haben. In den vier Quartalen vor Anzeige beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patienten behandelt worden sein.

Die Mindestmenge gilt auch nach Erteilung der ASV-Erlaubnis. Wird

Team reicht Unterlagen beim Landesausschuss ein

Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen

Notfallversorgung sicherstellen

Diagnose muss kodiert werden

ASV-Team muss Mindestmengen nachweisen



Thema: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

sie nicht erfüllt, kann das Team seine Berechtigung verlieren. Ausnahme: Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

Die Patientengruppe

Das Angebot richtet sich an Patienten mit pulmonaler Hypertonie mit einer der folgenden ICD-Kodierungen:

- I27.0 Primäre pulmonale Hypertonie
- I27.2- Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie
- P29.3 Persistierender Fetalkreislauf

Zur Differenzierung der einzelnen Erkrankungsgruppen der pulmonalen Hypertonie wird international die aktuelle [Nizza-Klassifikation von 2013](#) verwendet.

Ergänzend zur ICD-Kodierung hat der G-BA den Zugang zur ASV im Detail über diese Nizza-Klassifikation definiert. So können bestimmte Gruppen der Nizza-Klassifikation ohne Einschränkung in der ASV behandelt werden. Es handelt sich dabei um Erkrankungen wie die idiopathische und die hereditäre pulmonale Hypertonie oder auch die chronisch thromboembolische pulmonale Hypertonie (ICD-Kodes I27.0 und I27.20).

Hingegen ist die Behandlung von Patienten mit „sekundären“ Formen der pulmonalen Hypertonie, zum Beispiel infolge einer Linksherz- oder einer Lungenerkrankung, in der ASV nur bei „einem deutlich über den üblichen Schweregrad hinausgehenden Krankheitsverlauf“ zugelassen (ICD-Kode I27.28). Diese Entscheidung muss durch einen Kardiologen oder Pneumologen getroffen werden (siehe "Überweisungen").

Die Zuordnung der Gruppen der Nizza-Klassifikation zu den ICD-10-Kodes durch den G-BA ist in den [Tragenden Gründen zum Beschluss](#) in einer Tabelle ausführlich dargestellt.

Überweisungen

Möchte ein Arzt, dass ein Patient mit pulmonaler Hypertonie von einem ASV-Team behandelt wird, ist eine Überweisung erforderlich. Er verwendet hierzu wie gewohnt den gelben Überweisungsschein (Muster 6).

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

Bei den „sekundären“ Formen der pulmonalen Hypertonie (ICD-Kode I27.28) ist die Überweisung in das ASV-Team nur durch einen Kardiologen oder Pneumologen möglich, wenn ein „deutlich über den üblichen Schweregrad hinausgehender Krankheitsverlauf“ vorliegt.

Zwischen den Mitgliedern des ASV-Kernteam (erste und zweite Ebene) sind keine Überweisungen erforderlich, sondern nur, wenn ein ASV-Facharzt aus der dritten Ebene hinzugezogen wird.

Behandlungs- und Leistungsumfang

Ärzte mit einer ASV-Berechtigung für pulmonale Hypertonie können im Wesentlichen alle Leistungen durchführen, die zur Diagnostik, Behandlung und Beratung dieser Erkrankungen erforderlich sind.

Patienten mit bestimmten ICD-Kodierungen

Einschränkung der Patientengruppe über Nizza-Klassifikation

Vertragsarzt kann bei Verdachtsdiagnose an ASV-Team überweisen



Thema: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Welche Leistungen konkret zur ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung gehören, weist ein Ziffernkranz, der sogenannte Appendix, in der Anlage 2I der ASV-Richtlinie aus. Neben EBM-Gebührenordnungspositionen (Abschnitt 1) enthält der Appendix auch Leistungen, die nicht Bestandteil des EBM sind (Abschnitt 2).

Die aktuellen Abrechnungsgrundlagen für die einzelnen ASV-Krankheiten stellt das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) online als Excel-Tabellen bereit: www.institut-ba.de unter Service > ASV-Abrechnung.

Abrechnung und Vergütung

Ärzte, die Patienten mit pulmonaler Hypertonie in der ASV behandeln dürfen, können alle Leistungen abrechnen, die für ihr Fachgebiet in der entsprechenden Anlage zur ASV-Richtlinie aufgeführt sind. Dabei rechnet jeder ASV-Arzt seine Leistungen selbst ab. Die Leistungen werden mit der ASV-Teamnummer gekennzeichnet. Die Vergütung erfolgt zu festen Preisen ext-rabudgetär. Sie ist für Vertragsärzte und Klinikärzte gleich.

Besonderheit: Pseudoziffern für Nicht-EBM-Leistungen

Leistungen, die noch nicht Bestandteil des EBM sind, aber im Rahmen der ASV erbracht werden dürfen, werden übergangsweise mit bundeseinheitlichen Pseudoziffern gekennzeichnet. Die Regelung gilt dabei immer so lange, bis die Leistungen in das neue EBM-Kapitel 50 aufgenommen sind und eine eigene Gebührenordnungsposition (GOP) erhalten. Dies soll innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation geschehen.

Für die folgenden Leistungen wurde die Zuordnung zu Pseudoziffern vorgenommen:

- 88504 – Vorhaltung einer 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft
- 88505 – Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung analog der GOP 23220 des EBM ab dem 16. Mal im Behandlungsfall
- 88509 – Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung

Die Vergütung der Leistungen erfolgt übergangsweise nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit den für die ASV festgelegten Gebührensätzen (Laborleistungen 1-facher, technische Leistungen 1,2-facher und übrige ärztliche Leistungen 1,5-facher Gebührensatz). ASV-Ärzte, die solche Leistungen abrechnen, geben die jeweilige Pseudoziffer in ihrer Abrechnung an. Sie kennzeichnen die Leistungen mit ihrer ASV-Teamnummer. Zusätzlich werden die GOÄ-Nummern im Feld „Sachkosten-Bezeichnung“ (Feldkennung 5011) und die Preise im Feld „Sachkosten/Materialkosten in Cent“ (Feldkennung 5012) im Praxisverwaltungssystem erfasst.

Mehr Informationen

Infos zu den einzelnen Krankheitsbildern, der Teilnahme, mit Abrechnungshinweisen und wichtigen Ansprechpartnern: www.kbv.de/asv

Kennen Sie schon die PraxisNachrichten? Sie können den Newsletter der KBV hier kostenlos abrufen und abonnieren: www.kbv.de/praxisnachrichten.

Appendix listet Leistungen auf

Aktuelle Abrechnungsgrundlage beim InBA

Jeder Arzt rechnet selbst ab

Auch Nicht-EBM-Leistungen können abgerechnet werden

Pseudoziffern für Nicht-EBM-Leistungen

Vergütung nach GOÄ

Themenseite im Internet