

KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG



AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

INTERDISZIPLINÄR IN
PRAXEN UND KLINIKEN

AKTUALISIERTE
AUSGABE
AUGUST
2018

PraxisWissen

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist 2014 gestartet und wird seitdem kontinuierlich erweitert. In dem Versorgungsbereich werden Patienten ambulant behandelt – von niedergelassenen Fachärzten und von Krankenhausärzten. Zusätzlich neben den „klassischen“ Sektoren soll das Angebot die medizinische Versorgung von Patienten mit seltenen und bestimmten schweren Erkrankungen verbessern.

Die Vorgaben für die ASV macht der Gemeinsame Bundesausschuss unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Wesentliche Eckpunkte hatte der Gesetzgeber mit dem 2012 neu gefassten Paragraphen 116 b im Sozialgesetzbuch V vorgegeben.

Wir möchten Ihnen mit dieser Broschüre den Versorgungsbereich näher vorstellen. Für welche Patienten kommt die ASV in Betracht? Wer übernimmt die Behandlung und wie können Vertragsärzte teilnehmen? Auf diese und andere Fragen finden Sie auf den folgenden Seiten Antworten. Dabei werden Sie feststellen, dass einiges anders abläuft als in der Regelversorgung. Das hängt damit zusammen, dass die ASV ein sektorenverbindendes Angebot ist und nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehört.

Das Heft bietet Ihnen einen Einstieg in die Thematik. Wenn Sie mehr zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung wissen wollen, gehen Sie auf unsere Internetseite www.kbv.de/asv. Dort finden Sie weitere Informationen für sich und Ihre Patienten.

Ihre Kassenärztliche Bundesvereinigung

INHALT

.....	
ASV: Behandlung in Praxis und Klinik	Seite 3
.....	
Der Versorgungsbereich im Überblick	Seite 4
.....	
ASV Konkret: Die Indikationen	Seite 8
Fokus: Onkologische Erkrankungen	Seite 9
Fokus: Seltene Erkrankungen	Seite 11
Reportage: Die Etablierung der ASV-Versorgung	Seite 12
Fokus: Rheumatologische Erkrankungen	Seite 14
.....	
Wissen für ASV-Ärzte	Seite 16
Von der Idee bis zur Arbeit in der ASV	Seite 16
Abrechnung und Vergütung	Seite 18
Verordnungen und Formulare in der ASV	Seite 22
.....	
Das „ABC“ der ASV	Seite 23
.....	

ASV: BEHANDLUNG IN PRAXIS UND KLINIK

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, kurz ASV, ist ein Behandlungsangebot für Patienten, die an einer seltenen oder schweren Erkrankung mit besonderem Krankheitsverlauf leiden. Das Besondere: Die Behandlung erfolgt durch interdisziplinäre Ärzteteams in Praxen und Kliniken. Vertragsärzte und Krankenhausärzte übernehmen gemeinsam die ambulante hochspezialisierte Versorgung und das zu gleichen Rahmenbedingungen.

FÜR PATIENTEN MIT SCHWEREN ODER SELTENEN ERKRANKUNGEN

Die ASV ist noch relativ jung. Im Jahr 2014 mit den gastrointestinalen Tumoren und der Tuberkulose gestartet, kommen nach und nach weitere Indikationen dazu. Der Gesetzgeber, der das Versorgungsangebot angestoßen hat, will mit der ASV sicherstellen, dass Patienten mit bestimmten schweren oder seltenen Erkrankungen durch die Kooperation von Spezialisten verschiedener Fachdisziplinen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Diagnostik und Therapie erhalten. Aus diesem Grund sollen Arztpraxen und Krankenhäuser gemeinsam die ambulante medizinische Versorgung der meist schwerkranken Patienten übernehmen.

RICHTLINIE REGELT VERSORGBEREICH

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) – das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen – erhielt den Auftrag, die Rahmenbedingungen festzulegen. In einer Richtlinie wurden die Anforderungen an die ASV zusammengefasst, die grundsätzlich für alle ASV-Indikationen gelten. So ist vorgeschrieben, dass die Behandlung von einem interdisziplinären Team zu erfolgen hat. In Anlagen zur ASV-Richtlinie werden die übergreifenden Regelungen dann für jede einzelne Erkrankung konkretisiert. Dabei geht es um Fragen wie: Welche Fachärzte müssen zu einem Behandlungsteam gehören oder welche Anforderungen werden an die Qualitätssicherung gestellt?

Auch der Behandlungsumfang, also welche Leistungen im Rahmen der ASV abgerechnet werden dürfen, wird für jedes Krankheitsbild genau definiert.

ASV HAT IHRE EIGENEN „GESETZE“

Mit der ASV ist ein neuer Versorgungsbereich entstanden: In dem Bereich können niedergelassene Ärzte und Klinikärzte die Patienten ambulant behandeln. Das allein ist schon ein Grund, weshalb die ASV nicht zur regulären vertragsärztlichen Versorgung gehören kann und eigene Regelungen benötigt, die für beide Seiten praktikabel sind. Der Bundesmantelvertrag – das Regelwerk für die vertragsärztliche Versorgung – findet keine Anwendung. Auch die Abrechnung und die Vergütung laufen anders. So werden alle Leistungen zu festen Preisen und extrabudgetär bezahlt.

VORTEILE DES VERSORGBEREICHS:

Zusammenarbeit von Vertragsärzten und Krankenhausärzten unterschiedlicher Fachdisziplinen



Gleiche Wettbewerbsbedingungen für Praxen und Krankenhäuser



Vergütung zu festen Preisen und extrabudgetär ohne Mengenbegrenzung



Bundesweit einheitlich geregelt



DER VERSORGUNGSBEREICH IM ÜBERBLICK



Interdisziplinär und sektorenverbindend sind Kennzeichen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Doch wie funktioniert der neue Versorgungsbereich? Wer übernimmt die Behandlung der Patienten, wie sind die Strukturen und wer arbeitet mit wem zusammen? Wir stellen Ihnen die wichtigsten Regeln vor.

DIE ERKRANKUNGEN

Die ASV umfasst die Diagnostik und Behandlung von:

Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf, zum Beispiel onkologische und rheumatologische Erkrankungen

Schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, zum Beispiel Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3–4) und Multiple Sklerose

Seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit geringen Fallzahlen, zum Beispiel Tuberkulose, Marfan-Syndrom, pulmonale Hypertonie und Mukoviszidose

Hochspezialisierten Leistungen, zum Beispiel CT-/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen

DIE PATIENTEN: ASV FÜR WEN

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung stellt ein Angebot für Menschen dar, die an einer komplexen, schwer therapierbaren Krankheit leiden, deren Behandlung besonders hohe Anforderungen an die Ärzte stellt. Um welche Indikationen es sich handelt, hat der Gesetzgeber im Paragraf 116 b SGB V festgelegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann diesen Katalog ergänzen. Die Teilnahme an der ASV ist für die Patienten freiwillig.

DAS BESONDERE AM ANGEBOT

Die Behandlung übernehmen Teams von Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen, die hohe Qualitätsanforderungen erfüllen müssen. Sie können bei Bedarf weitere Ärzte und Psychotherapeuten hinzuziehen, um die Patienten

so individuell wie möglich zu versorgen. In den Teams können niedergelassene Fachärzte und Krankenhausärzte zusammen arbeiten. Welche Ärzte dem ASV-Team angehören müssen, ist für jede Krankheit genau festgelegt – ebenso die erforderlichen Kooperationen, beispielsweise mit sozialen oder palliativmedizinischen Diensten.

DIESE ÄRZTE ÜBERNEHMEN DIE BEHANDLUNG

Zur ASV berechtigt sind niedergelassene Fachärzte, Medizinische Versorgungszentren, Berufsausübungsgemeinschaften, gegebenenfalls ermächtigte Ärzte und Krankenhäuser:

Wenn die Anforderungen und Voraussetzungen der ASV-Richtlinie erfüllt werden.

Wenn das gegenüber dem erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen unter Beifügung entsprechender Belege angezeigt worden ist.

Im Einzelfall können Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs an der ASV teilnehmen (zum Beispiel bei der geplanten Ausgestaltung der HIV-/Aids-Versorgung). Auch Psychologische Psychotherapeuten können zur Behandlung hinzugezogen werden.

Hinweis: Die Ärzte sind in der Regel nicht nur in der ASV tätig: Ein Lungenspezialist zum Beispiel, der in einem ASV-Team Patienten mit Tuberkulose behandelt, betreut in seiner Praxis weiterhin Patienten mit anderen Erkrankungen.

ANZEIGE BEIM ERWEITERTEN LANDESAUSSCHUSS

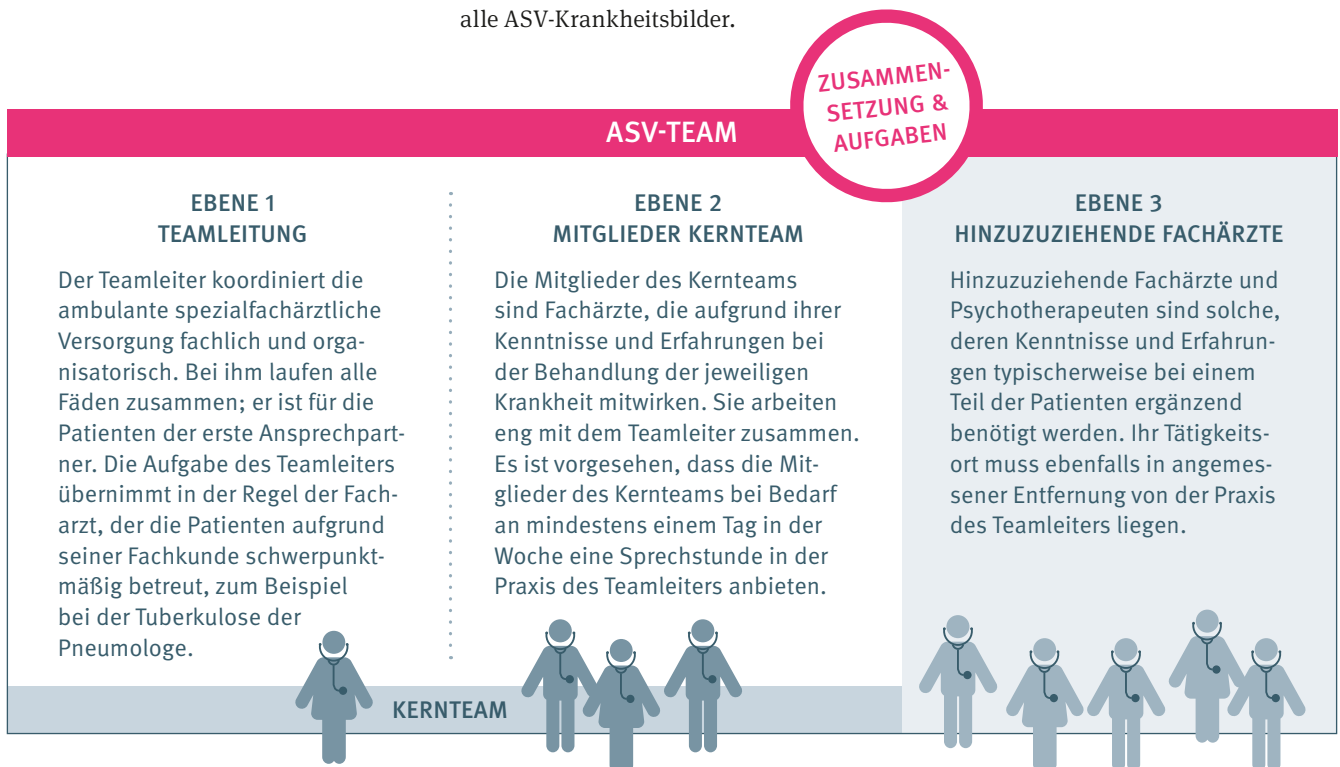
Ärzte und Krankenhäuser, die für eine bestimmte Indikation an der ASV teilnehmen wollen, zeigen dies dem erweiterten Landesausschuss als Team an. Der Ausschuss prüft, ob die Teams und deren Mitglieder die Voraussetzungen erfüllen. Er hat dafür zwei Monate Zeit. Die Frist beginnt mit Einreichen der Unterlagen, frühestens allerdings mit Veröffentlichung des jeweiligen Beschlusses im Bundesanzeiger. Die ASV-Berechtigung gilt immer nur für eine bestimmte Indikation, nicht für alle ASV-Krankheitsbilder.

ORT DER BEHANDLUNG

Die Behandlung erfolgt in den Praxen der jeweiligen ASV-Ärzte beziehungsweise in den Räumen der teilnehmenden Krankenhäuser. Die Teammitglieder müssen nicht unter einem Dach tätig sein. Sie können an unterschiedlichen Orten praktizieren. Um den Patienten möglichst lange Wege zu ersparen, sollen sie in angemessener Nähe zum Teamleiter praktizieren.

SEKTORENVERBINDENDE KOOPERATION

Die ASV fördert die Zusammenarbeit von Praxis- und Klinikärzten. Bei der Behandlung von Krebspatienten schreibt die ASV-Richtlinie sogar den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit dem jeweils anderen Sektor vor. Das bedeutet, dass in das Team mindestens ein Arzt aus dem anderen Sektor einbezogen werden muss. So könnte zu dem Kernteam aus niedergelassenen Ärzten ein Chirurg aus dem Krankenhaus gehören.



QUALITÄTSSICHERUNG

Schon der Name ambulante spezialfachärztliche Versorgung verdeutlicht, dass die Teilnahme besondere fachärztliche Qualifikationen voraussetzt. Die Teammitglieder müssen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung der Erkrankungen verfügen und sich auf dem Gebiet regelmäßig fortbilden. Es ist vorgesehen, dass der G-BA eine eigene sektorenübergreifende Qualitätssicherungs-Anlage für die ASV erarbeitet. Damit sollen auf Basis der Qualitätsanforderungen für Vertragsärzte nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V die Anforderungen für an der ASV teilnehmende Vertragsärzte und Krankenhäuser geregelt werden.

SÄCHLICHE UND ORGANISATORISCHE ANFORDERUNGEN

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt für jede Erkrankung fest, welche Anforderungen das ASV-Team erfüllen muss. Diese können von Geräten zur bildgebenden Diagnostik über eine 24-Stunden-Notfallversorgung bis zum Vorhalten einer Intensivstation reichen. Doch nicht alles kann und muss das Team selbst vorhalten. Es reicht, wenn die Ärzte mit Einrichtungen (zum Beispiel Krankenhäusern) kooperieren, die das Geforderte bereitstellen.

FACHARZTSTATUS VERSUS FACHARZTSTANDARD

Die Teammitglieder sind allesamt Fachärzte (Facharztstatus). Sie sind verpflichtet, die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen persönlich zu treffen. Ärzte in Weiterbildung können in die Behandlung einbezogen werden (Facharztstandard) – jedoch nur unter Verantwortung eines Teammitglieds, das zur Weiterbildung befugt ist. Dies gilt für Praxen genauso wie für die Krankenhäuser, die an der ASV teilnehmen.

VERTRETUNG

Die Mitglieder des Teams können sich bei Krankheit, Urlaub etc. vertreten lassen. Der Vertreter muss dieselben Anforderungen erfüllen wie der ASV-Arzt, der sich vertreten lässt. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, ist sie dem erweiterten Landesausschuss und der ASV-Serviceestelle mitzuteilen.

ÜBERWEISUNGEN

Die Überweisung in den ASV-Bereich kann je nach Indikation für ein oder für mehrere Quartale erfolgen. Zum Zeitpunkt der Überweisung muss eine gesicherte Diagnose vorliegen, bei seltenen Erkrankungen und rheumatologischen Erkrankungen reicht eine Verdachtsdiagnose. Der ASV-Arzt informiert seinen überweisenden Kollegen über die Aufnahme und den Abschluss der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.

Soll ein Patient von einem ASV-Team betreut werden, dem auch sein behandelnder Arzt angehört, so muss ihm dieser keine Überweisung ausstellen. Dies gilt ebenso, wenn Patienten nach einem stationären Aufenthalt von einem ASV-Team der Klinik weiterbehandelt werden. Auch zwischen den Mitgliedern des ASV-Kernteams (erste und zweite Ebene) sind keine Überweisungen erforderlich, sondern nur, wenn ein ASV-Facharzt aus der dritten Ebene hinzugezogen wird.

BEHANDLUNGSUMFANG

Zum Behandlungsumfang gehören EBM-Leistungen sowie ausgewählte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Stichwort: Verbotsvorbehalt). Welche Leistungen das sind, wird für jede Erkrankung in der jeweiligen Anlage zur ASV-Richtlinie festgelegt: In einem „Appendix“ sind alle Gebührenordnungspositionen aufgeführt, die für die jeweilige Erkrankung abgerechnet werden können. Dort stehen auch die Leistungen, die noch nicht Bestandteil des EBM sind und trotzdem in der ASV abgerechnet werden dürfen.

ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG

Die Vergütung ist für Praxis- und Klinikärzte einheitlich. Alle Leistungen werden zu festen Preisen bezahlt, extra-budgetär und ohne Mengenbegrenzung. Die Vergütung der ASV-Leistungen des Abschnitts 1 des Appendix erfolgt auf der Grundlage des EBM.

Die noch nicht im EBM abgebildeten ASV-Leistungen des Abschnitts 2 des Appendix werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder den Pauschalen der Onkologie-Vereinbarung honoriert. Dies gilt übergangsweise solange, bis die Abschnitt-2-Leistungen in den Bereich VII des EBM aufgenommen wurden. Darin stehen alle Gebührenordnungspositionen, die ausschließlich im Rahmen der ASV berechnungsfähig sind.

Jeder Arzt rechnet seine ASV-Leistungen selbst ab. Es gibt also keine Sammelabrechnung für das ASV-Team. Mehr dazu ab Seite 18.

VERORDNUNGEN UND FORMULARE

Ärzte nutzen in der ASV grundsätzlich die Formulare, die sie auch in der vertragsärztlichen Versorgung verwenden. Einen Sonderfall stellt die Verschreibung von Arzneimitteln dar: Hier ist in der ASV ein eigener Rezeptblock zu nutzen, den Ärzte ebenfalls über die bekannten Vertriebswege für Vordrucke anfordern. Auch die ASV-Verordnungen unterliegen dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit. Mehr dazu auf Seite 22.

ASV-TEAMNUMMER

Jedes Team erhält eine einheitliche ASV-Teamnummer. Sie ist ein bundesweit eindeutiges Identifikationsmerkmal. Vergeben wird sie von der ASV-Serviceestelle im Zuge der Registrierung des Teams im ASV-Verzeichnis.

ASV IM PRAXISALLTAG

Vertragsärzte behandeln nicht selten Patienten mit schweren Erkrankungen. In bestimmten Fällen kann es sinnvoll sein, ein ASV-Team in die Behandlung einzubeziehen. Auch Ärzte, die nicht in der ASV tätig sind, sollten deshalb das Angebot kennen. Hier erfahren Sie, was Sie als Arzt wissen sollten, wenn Ihre Patienten spezialfachärztlich versorgt werden.

ASV-PATIENTEN

In der ASV werden nur Patienten behandelt, die an einer komplexen, schwer therapierbaren Krankheit leiden, die zum Beispiel eine spezielle Qualifikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert.

BEHANDLUNG

Es wird „nur“ die ASV-Erkrankung des Patienten behandelt. Alle anderen Erkrankungen, zum Beispiel ein grippaler Infekt oder ein Beinbruch, werden behandelt wie bisher – außerhalb der ASV.

ÜBERWEISUNG / ÜBERWEISUNGSSCHEIN

Patienten, die in der ASV behandelt werden, benötigen in der Regel eine Überweisung des behandelnden Arztes. Für die Überweisung in die ASV verwenden Ärzte wie gewohnt den Überweisungsschein (Formular 6) und machen dort die Angaben zu Diagnose/Verdachtsdiagnose, Befund/Medikation, Auftrag.

ASV-VERZEICHNIS

Um ein passendes ASV-Team zu finden, können Ärzte im ASV-Verzeichnis recherchieren: www.asv-servicestelle.de > ASV-Verzeichnis. Darin werden alle berechtigten Teams und ihre Mitglieder gelistet, die einer Veröffentlichung zugestimmt haben.

TEILNAHME

Die ASV stellt ein Angebot dar. Patienten, die sich dafür entscheiden, erklären sich bereit, die Ärzte des jeweiligen ASV-Teams zu konsultieren. Eine Teilnahmeerklärung müssen sie nicht unterschreiben.

GESICHERTE DIAGNOSE / VERDACHTSDIAGNOSE

Zum Zeitpunkt der Überweisung in den neuen Versorgungsbereich muss eine gesicherte Diagnose vorliegen. Bei seltenen und rheumatologischen Erkrankungen reicht eine Verdachtsdiagnose.

ARZTBRIEF

Der überweisende Arzt wird über die Aufnahme des Patienten in die ASV informiert. Nach Abschluss der Behandlung in der ASV erhält er einen Überleitungsbrief für seinen Patienten. Dieser enthält Angaben zu Diagnosen, Therapievor schlägen inklusive Medikation, Heil- und Hilfsmittelversorgung, häuslicher Krankenpflege sowie Kontrollterminen.



ASV KONKRET: DIE INDIKATIONEN



In der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren Krankheiten behandelt. Sie sind an Krebs oder Rheuma erkrankt oder leiden an einer seltenen Erkrankung, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten erfordert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Aufgabe, für die einzelnen Krankheitsbilder in jeweils einer Anlage zur ASV-Richtlinie festzulegen, wie der Behandlungsumfang aussieht und welche Anforderungen es an Teilnehmer, Ausstattung und Qualitätssicherung gibt. Auf den folgenden Seiten werden ausgewählte Indikationen vorgestellt.

ASV-KRANKHEITSBILDER

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung befindet sich im Aufbau. Für die folgenden Indikationen hat der G-BA bereits die Details festgelegt:

Gastrointestinale Tumoren /
Tumoren der Bauchhöhle

Gynäkologische Tumoren

Ausgewählte seltene
Lebererkrankungen

Marfan-Syndrom

Morbus Wilson

Mukoviszidose

Pulmonale Hypertonie

Rheumatologische Erkrankungen

Tuberkulose

Urologische Tumoren

ONKOLOGISCHE ERKRANKUNGEN

Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle sowie gynäkologische Tumoren waren die ersten onkologischen Erkrankungen, die Ärzte in der ASV behandeln können. Inzwischen wurde das Versorgungsangebot auf urologische Tumoren ausgedehnt. Onkologische Erkrankungen fallen in der ASV unter die Kategorie „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“.

➤ INDIKATIONEN

Gastrointestinale Tumoren / Tumoren der Bauchhöhle:

Anlage 1.1a Tumorgruppe 1, Start 2014

Gynäkologische Tumoren:

Anlage 1.1a Tumorgruppe 2, Start 2016

Urologische Tumoren:

Anlage 1.1a Tumorgruppe 3, Start 2018

Strukturell sind alle onkologischen Anlagen gleich aufgebaut. Eine Besonderheit bei den gynäkologischen Tumoren sind die Subspezialisierungen: So können sich beispielsweise ASV-Teams finden, die auf Mammakarzinome spezialisiert sind. Daneben sind sowohl ASV-Teams für „andere gynäkologische Tumoren“ als auch Teams für das gesamte gynäkologisch-onkologische Spektrum möglich.

➤ PATIENTENGRUPPE

Die ASV-Angebote richten sich an Patienten ab 18 Jahren mit besonderen Verlaufsformen von gastrointestinalen, urologischen und gynäkologischen Tumoren, von Tumoren der Bauchhöhle sowie Schilddrüsenkarzinomen. „Besondere Verlaufsform“ bedeutet, die Patienten benötigen aufgrund der Ausprägung ihrer Tumorerkrankung eine multimodale Therapie oder Kombinationschemotherapie in einem interdisziplinären Team.

➤ BEHANDLUNGS- UND LEISTUNGSUMFANG

Ärzte mit einer ASV-Berechtigung können im Wesentlichen alle Leistungen durchführen, die jeweils zur Diagnostik, Behandlung und Beratung erforderlich sind. Dazu gehören auch Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind.

So kann ein PET beziehungsweise PET/CT bei Patienten mit einem Ösophagus-Karzinom zur Detektion von Fernmetastasen und bei Patienten mit resektablen Lebermetastasen eines kolorektalen Karzinoms durchgeführt werden. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine PET-Diagnos-

tik auch bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Rezidiv oder Verdacht auf Progression zur Detektion von Lymphknotenmetastasen beziehungsweise einer Peritonealkarzinose möglich.

Gespräche, die der Arzt mit dem Patienten im Zusammenhang mit einer oralen Chemotherapie führt, gelten bei den urologischen Tumoren als neue Leistung, da es für diesen besonderen Aufwand bisher keine Abbildung im EBM oder in der Onkologie-Vereinbarung gibt.

Welche Leistungen konkret zur ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung gehören, weist der Appendix der jeweiligen Anlage der ASV-Richtlinie aus. In der Anlage zu den gynäkologischen Tumoren wird zudem darauf hingewiesen, welche Fachgruppen und Leistungen des Appendix bei der jeweiligen Subspezialisierung nicht zum ASV-Team gehören.

➤ ANFORDERUNGEN AN DAS ASV-TEAM

Neben den Anforderungen, die für alle ASV-Indikationen gelten, gibt es weitere Qualitätsvorgaben, die ein ASV-Team für onkologische Erkrankungen erfüllen muss. Dazu gehören:

Organisation und Kooperation

Die Anforderungen an das ASV-Team hinsichtlich Organisation und Kooperationen reichen von einer 24-Stunden-Notfallversorgung über eine Tumorkonferenz bis zur Zusammenarbeit mit sozialen Diensten und Einrichtungen der Palliativversorgung.

Dokumentation

Die Ärzte dokumentieren die Befunde – einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM sowie das Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit –, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen inklusive Behandlungstag. Bei Patientinnen mit Mammakarzinom wird explizit auf die geforderte Dokumentation hingewiesen: Zur Klassifikation des Tumors hinsichtlich Ausbreitung und Stadium geben Ärzte den TNM-Status mit R- und G-Code nach UICC sowie den ER-Status und Her2-Status an. Diese Angaben sind beim Mammakarzinom notwendig, da nur bestimmte Konstellationen als Kriterien gelten, um Genexpressionsanalysen (als Entscheidungshilfe für oder gegen eine Chemotherapie) durchführen und abrechnen zu können.

BERECHNUNG DER MINDESTMENGEN

Für die Berechnung der Mindestmengen ist die Summe aller Patienten maßgeblich, die die Mitglieder des Kernteams pro Jahr behandeln. Wird die Mindestmenge nicht erfüllt, kann das Team seine Berechtigung verlieren. Um eine ASV-Berechtigung zu erhalten, muss das ASV-Team mindestens 50 Prozent der Mindestmenge in den letzten vier Quartalen vor Antragstellung nachweisen. Ausnahme: Im ersten Jahr als ASV-Team können die Mindestbehandlungszahlen ebenfalls um 50 Prozent unterschritten werden.

Mindestmengen

Das Kernteam muss bei onkologischen Erkrankungen pro Jahr eine bestimmte Anzahl Patienten mit gesicherter Diagnose behandeln. Es wurden folgende Mindestmengen festgelegt:

Gastrointestinale Tumoren	230 Patienten
Gynäkologische Tumore:	310 Patientinnen
- Mammakarzinom	250 Patientinnen
- Andere gynäkologische Tumoren	60 Patientinnen
Urologische Tumoren	60 Patienten

Darüber hinaus muss mindestens ein Mitglied des Kernteams arztbezogene Mindestmengen nachweisen, die denen der Onkologie-Vereinbarung entsprechen. Sie stehen unter „3.4 Mindestmenge“ in der jeweiligen Anlage.

➤ ZUSAMMENSETZUNG DES ASV-TEAMS

Welche Spezialisten in einem ASV-Team tätig sind und welche Ärzte davon das Kernteam bilden, hängt von der onkologischen Erkrankung ab. So gehört bei den gastrointestinalen Tumoren ein Gastroenterologe zum Kernteam, bei den gynäkologischen Tumoren ein Gynäkologe mit Schwerpunkt Onkologie. Wie sich ein Behandlungsteam zusammensetzen kann, zeigt das Schaubild zu den gynäkologischen Tumoren.

➤ ÜBERWEISUNGEN

Möchte ein Nicht-ASV-Arzt einen Patienten mit einer entsprechenden onkologischen Erkrankung in einem ASV-Team behandeln lassen, ist eine Überweisung erforderlich. Er verwendet hierzu wie gewohnt den Überweisungsschein (Formular 6). Nach zwei Quartalen ist für die Weiterbehandlung in der ASV zu prüfen, ob die Kriterien des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin vorliegen.

ASV-TEAM GYNÄKOLOGISCHE TUMOREN

ZUSAMMEN-
SETZUNG

EBENE 1 TEAMLEITUNG

Die Teamleitung übernimmt ein Arzt aus dem Kernteam. Dessen Fachgebiet ist damit abgedeckt.

EBENE 2 MITGLIEDER KERNTTEAM

Gynäkologe mit Schwerpunkt Onkologie / Hämatonkologe / Strahlentherapeut

EBENE 3 HINZUZUZIEHENDE FACHÄRZTE

Anästhesist / Angiologe / Endokrinologe und Diabetologe (nicht bei Mammakarzinom) / Gastroenterologe (nicht bei Mammakarzinom) / Humangenetiker / Kardiologe / Laboratoriumsmediziner / Nephrologe (nicht bei Mammakarzinom) / Neurologe / Nuklearmediziner / Pathologe / Psychiater oder Psychotherapeut (ärztlich oder psychologisch) oder Psychosomatiker / Radiologe / Urologe (nicht bei Mammakarzinom) / Viszeralchirurg (nicht bei Mammakarzinom)

Ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen.

KERNTTEAM

SELTENE ERKRANKUNGEN

Für Patienten mit einer seltenen Erkrankung ist es besonders wichtig, von einem spezialisierten, interdisziplinären Ärzteteam behandelt zu werden. Damit die Experten möglichst früh hinzugezogen werden können, dürfen Nicht-ASV-Ärzte ihre Patienten auch bereits mit einer Verdachtsdiagnose zu einem ASV-Team überweisen.

➤ INDIKATIONEN

Ausgewählte seltene Lebererkrankungen: Anlage 2o, Start 2018
Marfan-Syndrom: Anlage 2k, Start 2015
Morbus Wilson: Anlage 2h, Start 2018
Mukoviszidose: Anlage 2b, Start 2017
Pulmonale Hypertonie: Anlage 2l, Start 2016
Tuberkulose: Anlage 2a, Start 2014

➤ PATIENTENGRUPPE

Die Angebote richten sich ohne Alterseinschränkung an Patienten mit den oben genannten Erkrankungen inklusive der Abklärung bei Verdachtsdiagnosen.

➤ BEHANDLUNGS- UND LEISTUNGSUMFANG

Ärzte mit einer ASV-Berechtigung für eine seltene Erkrankung können im Wesentlichen alle Leistungen durchführen, die zur Diagnostik und Behandlung erforderlich sind und für die sie qualifiziert sind. Da es sich um seltene Erkrankungen handelt, kann auch das Abklären einer Verdachtsdiagnose in der ASV erfolgen. Welche Leistungen konkret zur ASV-Behandlung gehören, listet die jeweilige Anlage zur ASV-Richtlinie auf.

➤ ZUSAMMENSETZUNG DES ASV-TEAMS

Welche Spezialisten in einem ASV-Team tätig sind und welche Ärzte davon das Kernteam bilden, hängt von der Erkrankung ab. So gehört beispielsweise bei der Tuberkulose unter anderem ein Pneumologe zum Kernteam dazu, bei der pulmonalen Hypertonie ein Kardiologe. Auch bei den Fachärzten, die das Kernteam hinzuziehen kann, gibt es Unterschiede. Die Zusammensetzung des Teams ist ebenfalls in der jeweiligen Anlage beschrieben. Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, sind auch Kinder- und Jugendmediziner mit entsprechender Zusatzweiterbildung oder mit entsprechendem Schwerpunkt im Team vorgesehen.

➤ ANFORDERUNGEN AN DAS ASV-TEAM

Neben allgemeinen Anforderungen, die für alle ASV-Indikationen gelten, gibt es weitere Qualitätsvorgaben, die ASV-Teams für seltene Erkrankungen erfüllen müssen. Dazu gehören:

Organisation und Kooperation

Das ASV-Team sorgt dafür, dass bei Bedarf eine Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Physiotherapie und sozialen Diensten möglich ist. Ein Kooperationsvertrag ist nicht notwendig. Darüber hinaus muss für einzelne Indikationen eine 24-Stunden-Notfallversorgung gewährleistet sein.

Dokumentation

Die Ärzte dokumentieren die Befunde – einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM sowie das Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit –, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen inklusive Behandlungstag.

Mindestmengen

Das Kernteam muss bei seltenen Erkrankungen pro Jahr eine bestimmte Anzahl Patienten mit Verdachtsdiagnose oder gesicherter Diagnose behandeln. Es wurden folgende Mindestmengen festgelegt:

Ausgewählte seltene Lebererkrankungen	
Marfan-Syndrom	
Mukoviszidose	50 Patienten
Pulmonale Hypertonie	
<hr/>	
Morbus Wilson	keine Mindestmenge
<hr/>	
Tuberkulose	20 Patienten

➤ ÜBERWEISUNGEN

Möchte ein Nicht-ASV-Arzt einen Patienten mit einer seltenen Erkrankung von einem ASV-Arzt behandeln lassen, ist eine Überweisung erforderlich. Er verwendet hierzu den Überweisungsschein (Formular 6). Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.



REPORTAGE DIE ETABLIERUNG DER ASV-VERSORGUNG AUF DEM WEG ZUM ASV-TEAM: PIONIERARBEIT, DIE SICH LOHNT.



**DR. HEINRICH MIKS, INTERNIST/GASTROENTEROLOGE,
ALBERT GROTE-METKE, HÄMATOLOGE/ONKOLOGE,
AUS HAMM IN WESTFALEN**

Die ersten sechs Jahre seit der Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sind geschafft. Zwei, die sich im westfälisch-lippischen Raum zu den ASV-Pionieren zählen dürfen, sind der Internist und Gastroenterologe Dr. Heinrich Miks und der Hämatologe und Onkologe Albert Grote-Metke aus Hamm in Westfalen.

ASV? Sie selbst habe man nicht überzeugen müssen. Die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit bei der Diagnostik und Behandlung von Patienten seien schon immer ihr Ding gewesen. Wenn die Internisten darauf angesprochen werden, sind sie kaum zu bremsen. Ob es die Überwindung von Sektorengrenzen, die bessere Zusammenarbeit der zuweisenden und mitbehandelnden ärztlichen Kollegen oder das meist große Vertrauen von Patienten und Angehörigen in die Entscheidungen von ASV-Ärzten ist – die positiven Seiten überwiegen und ein Zurück hinter diese 2012 in Kraft getretene Versorgungsstruktur können sie sich nicht vorstellen. Wohl wissend, dass es im Kreis der niedergelassenen Ärzteschaft so manchen Zweifler gibt und es noch vieler Überzeugungsarbeit bedarf, um die ASV „salonfähig“ zu machen.

Wie immer, wenn etwas Neues etabliert wird? „Ja“, sagt Miks, der mit seinen 66 Jahren auf so manche Veränderung in der ambulanten Versorgungsstruktur zurückblicken kann. Schließlich hat er selbst viele Jahre in seinem Berufsverband und in verschiedenen Funktionen seiner Heimat-KV Westfalen-Lippe mitgearbeitet und Vorbehalte auch auf den „oberen Etagen“ erlebt: „Glauben Sie nicht, dass wir mit der ASV-Versorgung dort auf Begeisterung gestoßen wären. Wenn Sie eine Idee haben, müssen Sie diese häufig erst einmal gegen Widerstand durchsetzen. Und das geht nicht ohne Enthusiasmus.“

ZUSAMMENARBEIT STÄRKEN

In Hamm haben sie ein ASV-Team für die Behandlung von gastrointestinalen Tumoren auf die Beine gestellt, in dem die Bereiche Gastroenterologie, Hämatologie, Viszeralchirurgie und Strahlentherapie sowie die nach den ASV-Richtlinien „hinzuzuziehenden Bereiche“ vertreten sind. Miks leitet das ASV-Team und wechselt sich in dieser Funktion jährlich mit seinem internistischen Kollegen Grote-Metke, ab. Sie waren hier das erste ASV-Team und hatten folglich keine Vorbilder, auf die sie beim Aufbau einer eigenen Struktur zurückgreifen konn-

ten – dafür aber reichlich Erfahrung in der interdisziplinären Zusammenarbeit – gerade auch bei der Betreuung von Krebspatienten. Grote-Metke sieht die Versorgung im ASV-Rahmen auch deswegen als Fortschritt, weil hier die Kommunikation mit den beteiligten Ärzten und mit den Patienten verbindlich geregelt ist, „aber auch, weil wir die Patienten in unserem Fach vergleichsweise spät sehen. Da ist es gut, uns über die ASV als Zahnrad im Räderwerk der Versorgungslandschaft definieren zu können“.

VORBEHALTE AUSRÄUMEN

Fortschritte auch in der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern? „Ja“, sagt Miks, „die Zusammenarbeit mit unseren Kollegen im stationären Bereich ist jetzt viel entspannter als noch zu den Anfangszeiten des Paragraphen 116b im Fünften Sozialgesetzbuch. Damals konnten die Kliniken quasi allein entscheiden, welche Leistungen sie erbringen.“ Die Internisten betonen zwar, auch früher schon gut mit den Kliniken zusammengearbeitet zu haben, „aber“, so Miks, „das war nicht überall so. Der vormalige ‚116b‘ war für die Krankenhäuser schließlich interessant, weil sie damit auch solche ambulanten Leistungen erbringen konnten, für die sie sonst keine Zulassung hatten.“ Hingegen hätten die Krankenkassen der neuen Versorgungsform von Anfang an kritisch gegenübergestanden, weil sie befürchteten, dass die ASV teuer für sie würde. Miks: „Ich bin aber nach wie vor überzeugt davon, dass die ASV Kosten sparen kann.“

Was beide ASVler ansprechen, war in vielen Regionen der Republik, in der KV-Landschaft ebenso wie in Berufsverbänden, ein großer Aufreger – und letztlich der Auslöser für den seit 2012 reformierten ‚116b‘, mit dem die niedergelassenen Fachärzte dann doch ins Boot der spezialfachärztlichen Versorgung kamen. Warum gibt es dennoch Vorbehalte gegen die ASV im ambulanten Bereich? Dr. Miks glaubt: „Es ist nicht so sehr ein grundsätzlicher Widerstand gegen die ASV. Viele Kollegen sehen ja auch, dass es dafür zusätzliches Geld gibt. Aber irgendwie sind sie misstrauisch und

„Wenn Sie eine Idee haben, müssen Sie diese häufig erst einmal gegen Widerstand durchsetzen. Und das geht nicht ohne Enthusiasmus.“

Dr. Heinrich Miks

glauben, dass die Ausgaben für die ASV doch mit dem Gesamtbudget verrechnet werden. Andere haben Angst, dass sie ihre Patienten nach der ASV-Behandlung nicht zurückbekommen.“

Doch Miks und Grote-Metke sehen vor allem Positives. Mit der steigenden Zahl der ASV-Patienten, die sich in dieser Versorgungsform gut aufgehoben wissen, steigt auch die Zahl der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, die sich von einer Zusammenarbeit mit einem ASV-Team überzeugen lassen. Heinrich Miks: „Das spricht sich herum. Letztlich sehen die Kollegen ja auch, wie viel Erfahrung in den einzelnen beteiligten Fächern der ASV vorhanden ist.“

PATIENTEN PROFITIEREN

Und wichtig ist ihm die Patientenperspektive: „Ich lese häufig in den Augen der Patienten, wie dankbar sie sind, dass wir sie in der ASV-Behandlungsstruktur begleiten. Auch die Angehörigen fühlen sich sicherer. Es ist schön zu erleben, in welchem großem Umfang Behandlungsschritte, die wir im ASV-Team erarbeitet haben, akzeptiert werden.“ Mit ihrer Arbeitsweise kämen die ASV-Ärzte schließlich auch dem Wunsch vieler Patienten nach, sich aus mehreren Quellen informieren zu können. Dr. Miks: „Machen wir uns nichts vor. Früher sind chronisch schwer kranke Patienten oft unkoordiniert zwischen den Sektoren umhergeirrt. Ich denke, die ASV zeigt beeindruckend, wie erfolgreich eine koordinierte Behandlung aussehen kann.“

Reinhold Schlitt

RHEUMATOLOGISCHE ERKRANKUNGEN



Mit der Anlage „Rheumatologische Erkrankungen“ ist zum 19. April 2018 eine weitere Erkrankung mit besonderem Krankheitsverlauf in die ASV aufgenommen worden. Sie umfasst ein sehr heterogenes Krankheitsspektrum und regelt erstmalig in einem eigenen Teil die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der ASV. Eine Besonderheit ist außerdem, dass auch Patienten mit einer Verdachtsdiagnose behandelt werden können. Alle Details stehen in Anlage 1.1b zur ASV-Richtlinie.

➤ PATIENTENGRUPPE

Erwachsene: Rheumapatienten, die älter als 18 Jahre alt sind, können in der ASV behandelt werden, wenn sie aufgrund der Ausprägung der Erkrankung eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung benötigen. Auch der Bedarf einer besonderen Expertise ist ein Kriterium für einen „besonderen Krankheitsverlauf“. Es muss eine gesicherte Diagnose oder eine Verdachtsdiagnose einer rheumatologischen Erkrankung vorliegen. Das Nähere ist in Teil 1 der Anlage „Rheumatologische Erkrankungen“ beschrieben.

Kinder und Jugendliche: Kinder und Jugendliche können ohne Einschränkungen in der ASV behandelt werden. Das Nähere dazu wird in Teil 2 der Anlage beschrieben.

Hinweis: Patienten mit schweren immunologischen Erkrankungen werden trotz einiger Schnittstellen nicht in die ASV „Rheumatologische Erkrankungen“ aufgenommen. Hierfür soll es eine eigene ASV-Anlage geben.

➤ BEHANDLUNGS- UND LEISTUNGSUMFANG

Ärzte mit einer ASV-Berechtigung für rheumatologische Erkrankungen können im Wesentlichen alle Leistungen durchführen, die zur Diagnostik, Behandlung und Beratung erforderlich sind. Dazu gehören auch Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind:

Erwachsene: Ärzte können beispielweise ein PET beziehungsweise PET/CT bei erwachsenen Patienten mit Verdacht auf Großgefäßvaskulitiden – bei unklarer Befundkonstellation (z. B. trotz komplexer Diagnostik) – durchführen mit dem Ziel einer therapeutischen Konsequenz.

Erwachsene, Kinder und Jugendliche: Die medizinische Betreuung der jungen Patienten beim Wechsel von der pädiatrisch orientierten Versorgung hin zur Erwachsenenmedizin (Transition) wird in der ASV als eigenständige Leistung gesondert vergütet.

Kinder und Jugendliche: Radiosynoviorthesen und PET beziehungsweise PET/CT gehören aufgrund der Strahlenbelastung nicht zum Behandlungsumfang bei Kindern und Jugendlichen.

Welche Leistungen konkret zur ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung gehören, weisen der Appendix für Teil 1 (Erwachsene) beziehungsweise der Appendix für Teil 2 (Kinder und Jugendliche) aus.

SPEZIALLABOR

Rheumatologen dürfen entsprechend ihrer fachärztlichen Weiterbildungsinhalte ausgewählte Leistungen des Speziallabors (EBM-Kapitel 32.3) für ihre erwachsenen ASV-Patienten abrechnen. Das ist die erste ASV-Indikation, für die der Gemeinsame Bundesausschuss das so festgelegt hat.



ASV-TEAM RHEUMATOLOGISCHE ERKRANKUNGEN ERWACHSENE

ZUSAMMEN-
SETZUNG

EBENE 1 TEAMLEITUNG	EBENE 2 MITGLIEDER KERNTTEAM	EBENE 3 HINZUZUZIEHENDE FACHÄRZTE
Rheumatologe	Dermatologe / Nephrologe / Pneumologe / Orthopäde und Unfallchirurg mit Zusatzwei- terbildung orthopädische Rheumatologie Hinweis: Der Orthopäde sollte regelhaft zum Team gehören. Wenn explizit nachgewie- sen werden kann, dass diese spezialisierte Fachgruppe nicht für eine Kooperation zur Verfügung steht, kann ein ASV-Team aus- nahmsweise ohne sie gebildet werden.	Angiologe / Augenarzt / Gastroenterologe / Gynäkologe / Hämatologe und Onkologe / Hals-Nasen-Ohren-Arzt / Human- genetiker / Kardiologe / Laboratoriums- mediziner / Mikrobiologe, Virologe und Infektionsepidemiologe / Neurologe / Nuklearmediziner / Pathologe / Psychia- ter oder Psychotherapeut (ärztlich oder psychologisch) oder Psychosomatiker / Radiologe / Urologe
KERNTTEAM		

➤ ZUSAMMENSETZUNG DES ASV-TEAMS

Kinder und Jugendliche: Die Zusammensetzung des ASV-Teams zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit rheumatologischen Erkrankungen ist ähnlich. Allerdings ist das Kernteam kleiner und ihm gehört ein Augenarzt an. Die Teamleitung übernimmt der Kinder- und Jugendarzt mit Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie. Bei den hinzuzuziehenden Ärzten gilt außerdem, dass die Fachexpertise durch den jeweiligen „Erwachsenen-Arzt“ oder den Kinder- und Jugendarzt mit entsprechender Zusatzweiterbildung/Qualifikation eingebracht werden kann (zum Beispiel Innere Medizin und Nephrologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie).

➤ ANFORDERUNGEN AN DAS ASV-TEAM

Neben den Anforderungen, die für alle ASV-Indikationen gelten, gibt es weitere Qualitätsvorgaben, die das ASV-Team für rheumatologische Erkrankungen erfüllen muss. Dazu gehören:

Organisation und Kooperation

Das ASV-Team muss eine 24-Stunden-Notfallversorgung sicherstellen. Dafür kann es mit einer rheumatologischen Akutklinik oder einem Krankenhaus kooperieren, das über eine internistische Abteilung und Notaufnahme verfügt. Das ASV-Team ist weiterhin verpflichtet, Informationen zu Patientenschulungen bereitzuhalten und mit physiotherapeutischen Einrichtungen und sozialen Diensten zusammenzuarbeiten.

Kinder und Jugendliche: Das Krankenhaus, mit dem das Ärzteteam bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen kooperiert, muss über eine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin verfügen.

Dokumentation

Die Ärzte dokumentieren die Befunde – einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM sowie das Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit –, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen inklusive Behandlungstag.

Mindestmengen

Erwachsene: Das Kernteam für Erwachsene muss pro Jahr mindestens 240 Patienten mit gesicherter Diagnose einer rheumatologischen Erkrankung behandeln.

Kinder und Jugendliche: Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen wurden keine Mindestmengen vorgegeben.

➤ ÜBERWEISUNGEN

Möchte ein Nicht-ASV-Arzt einen Patienten von einem ASV-Team behandeln lassen, ist eine Überweisung erforderlich. Er verwendet hierzu wie gewohnt den Überweisungsschein (Formular 6).

Nach zwei Quartalen ist für die Weiterbehandlung in der ASV zu prüfen, ob die Kriterien des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin vorliegen.

Die Aufnahme in die ASV kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. In diesem Fall ist der Arzt bei Erwachsenen verpflichtet, die Überweisung in die ASV medizinisch zu begründen. Ferner muss eine Mindestdiagnostik erfolgt sein. Die Verdachtsdiagnose ist innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose zu überführen, damit der Patient weiter in der ASV behandelt werden kann.

WISSEN FÜR ASV-ÄRZTE

Wie nehme ich an der ASV teil? Wie rechne ich ASV-Leistungen ab? Welche Formulare kann ich verwenden? In diesem Kapitel haben wir grundlegende Informationen für die Praxis zusammengestellt. Das Spektrum reicht von der Bildung eines ASV-Teams, der Arbeit in der ASV über Abrechnungsgrundlagen und Vergütung bis hin zu Verordnungen.

VON DER IDEE BIS ZUR ARBEIT IN DER ASV – SO KÖNNEN SIE MITMACHEN

1

TEAM BILDEN

Grundvoraussetzung für die Teilnahme an der ASV ist die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team. Es besteht aus einer Teamleitung, einem Kernteam und Ärzten, die hinzugezogen werden können. Aus welchen Fachgruppen sich das Team zusammensetzen muss beziehungsweise welche Qualifikationen von den Teammitgliedern gefordert werden, regelt die jeweilige Anlage zur ASV-Richtlinie.

2

TEILNAHME BEIM ERWEITERTEN LANDESAUSSCHUSS ANZEIGEN

Steht das Team, folgt die Anzeige zur Teilnahme an der ASV beim erweiterten Landesausschuss (eLA). Das Gremium aus Vertretern von Ärzteschaft, Krankenkassen und Krankenhäusern prüft, ob die Ärzte die Zugangsvoraussetzungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erfüllen.

Wie das Anzeigeverfahren abläuft:

- Der ASV-Teamleiter reicht die gesammelten Unterlagen seines Teams beim eLA des KV-Bereichs ein, in dem er zugelassen ist.
- Der eLA hat zwei Monate Zeit, den Antrag zu prüfen. Nachfragen, zum Beispiel aufgrund fehlender Unterlagen, unterbrechen diese Frist bis zum Eingang der Auskünfte. Die Frist beginnt frühestens mit Veröffentlichung des jeweiligen Beschlusses im Bundesanzeiger.
- Wenn binnen zwei Monaten ein zustimmender Bescheid ergeht beziehungsweise keine Ablehnung erfolgt, kann das Team teilnehmen.

Was für den Antrag benötigt wird:

- Der Teamleiter und die Mitglieder des Kernteams sind namentlich zu benennen. Bei den hinzuzuziehenden Ärzten kann auch eine Institution genannt werden, zum Beispiel der Name des Labors.
- Das Team muss dem Ausschuss nachweisen, dass es alle Anforderungen und Voraussetzungen der ASV-Richtlinie und der entsprechenden Anlage erfüllt.
- Darüber hinaus sind schriftliche Kooperationsvereinbarungen zwischen den einzelnen Teammitgliedern erforderlich.
- Antragsteller sollten auch prüfen, ob in der ASV-Richtlinie beziehungsweise der jeweiligen Anlage organisatorische Voraussetzungen wie Notfall-Labor, Intensivstation oder eine Rufbereitschaft genannt sind. Dafür müssen sie gegebenenfalls eine Kooperation, beispielsweise mit einer Klinik, schließen.

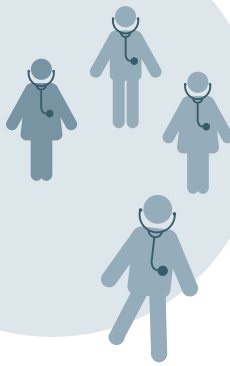
TIPP

Die Antragsverfahren können regional unterschiedlich sein. Der für Ihre KV-Region zuständige erweiterte Landesausschuss kann Ihnen sagen, welche Unterlagen er genau benötigt und in welcher Form. Ihre KV hilft Ihnen hier ebenfalls gerne weiter.



WAS PASSIERT, WENN SICH DAS ASV-TEAM ÄNDERT?

Alle zukünftigen Änderungen des Teams müssen dem erweiterten Landesausschuss angezeigt werden. Dabei gelten besondere Fristen: Verlässt ein Mitglied das Team, muss dies dem Ausschuss innerhalb von sieben Werktagen mitgeteilt und innerhalb von sechs Monaten Ersatz gefunden werden, sonst wird dem Team die Berechtigung entzogen. In der Zwischenzeit muss eine Vertretung einspringen.



➤ ASV-Servicestelle:
www.asv-servicestelle.de

Kontaktdaten der erweiterten
Landesausschüsse:
www.kbv.de/100167

Übersicht der Institutionskennzeichen:
www.kbv.de/606698

3

ASV-TEAM- NUMMER ERHALTEN

Sobald das Team seine ASV-Berechtigung hat, informiert der Teamleiter die ASV-Servicestelle. Das Team erhält dann eine ASV-Teamnummer, die die Ärzte für die Abrechnung, für Verordnungen und Überweisungen benötigen.

Für die Ausgabe der Teamnummer benötigt die Servicestelle verschiedene Angaben zu den Teammitgliedern wie Name, Fachgebiet und Praxisadresse. Diese Daten können schnell und einfach online eingegeben oder per E-Mail an die Servicestelle übermittelt werden. Der Teamleiter kann die Daten selbst übermitteln oder einen Dritten damit beauftragen – beispielsweise seine KV. Die Servicestelle benötigt darüber hinaus von jedem Teammitglied, das mit seiner KV abrechnen möchte, das Institutionskennzeichen (IK) der KV. Ärzte, die direkt mit der Krankenkasse ihres Patienten abrechnen möchten, müssen sich selbst ein IK besorgen. Dazu wenden sie sich an die Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen.

4

VERTRAG FÜR DIE ABRECHNUNG SCHLIESSEN

Durch die Angabe des IK haben Sie der ASV-Servicestelle mitgeteilt, wie Sie Ihre ASV-Leistungen abrechnen möchten: Über Ihre KV oder direkt mit der Krankenkasse Ihres Patienten. Am einfachsten ist der gewohnte Weg über die Kassenärztliche Vereinigung:

- Sie schließen mit der KV eine schriftliche Vereinbarung über die ASV-Abrechnung ab.
- Sie wählen in der Praxissoftware die ASV-Leistung aus, die sie abrechnen wollen.
- Zusätzlich geben Sie die ASV-Teamnummer ein, damit Ihre KV die Leistung richtig zuordnen kann.
- Die Abrechnung wird an die KV übermittelt.

5

STARTEN UND PATIENTEN INFORMIEREN

Sobald Sie die ASV-Berechtigung erhalten haben, können Sie mit der Behandlung beginnen.

- Die ASV-Richtlinie sieht vor, dass Sie Ihre Patienten bei einem ersten Kontakt mit der ASV über diesen neuen Versorgungsbereich informieren. Dazu zählt auch, das behandelnde interdisziplinäre Team und dessen Leistungsspektrum vorzustellen.
- Die erfolgte Information des Patienten ist zu dokumentieren – Art und Weise ist nicht vorgegeben.
- Ist die Behandlung abgeschlossen, erhält der Patient eine schriftliche Information über die Ergebnisse sowie das weitere Vorgehen.
- Auch den Vertragsarzt, der Ihnen den Patienten überwiesen hat, informieren Sie über die Aufnahme sowie den Abschluss der ASV.

TIPP

Um das Verfahren zu beschleunigen, beantragen Sie die Teamnummer schon, sobald Sie dem erweiterten Landesausschuss Ihre ASV-Teilnahme angezeigt haben.



TIPP

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Patienteninformation zur ASV erarbeitet. Das zweiseitige Dokument können Sie hier kostenlos herunterladen und für Ihre Patienten nutzen:
www.g-ba.de/informationen/richtlinien/80/

ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG

Sie steht jedes Quartal an: die Abrechnung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen. Hier erfahren Sie, wie die Abrechnung bei der ASV abläuft, was die Besonderheiten sind und was Sie beachten müssen. Darüber hinaus informieren wir Sie darüber, wie ASV-Leistungen vergütet werden.

➤ EXTRABUDGETÄRE VERGÜTUNG

In der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden sämtliche Leistungen zu festen Preisen extrabudgetär vergütet. Es gibt keine Mengenbegrenzung. Die Vergütung ist für Vertrags- und Klinikärzte einheitlich. Grundlage bildet der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Das heißt, es gelten die Preise der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung. Leistungen, die nicht im EBM enthalten sind und in der ASV abgerechnet werden dürfen, werden vorübergehend nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) honoriert. Die Regelung gilt dabei immer nur so lange, bis die Leistungen in den EBM aufgenommen werden. Dies sollte spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten einer ASV-Anlage der Fall sein.

➤ NUR MIT ASV-BERECHTIGUNG ABRECHNEN

Ärzte dürfen ASV-Leistungen erst dann abrechnen, wenn sie eine Berechtigung haben, in dem Versorgungsbereich tätig zu sein. Da die Berechtigung immer nur für ein bestimmtes Krankheitsbild gilt, zum Beispiel für gastrointestinale Tumore, können nur Leistungen für dieses Krankheitsbild abgerechnet werden.

➤ JEDER ASV-BERECHTIGTE RECHNET SELBST AB

Jeder ASV-berechtigte Arzt rechnet seine ASV-Leistungen selbst ab. Es gibt keine Sammelabrechnung, die einer für das gesamte Team übernimmt.

➤ ASV-TEAMNUMMER ANGEBEN

Jedes Team erhält eine einheitliche ASV-Teamnummer. In seiner Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung markiert der Arzt jede ASV-Leistung mit dieser Nummer. So kann jede ASV-Leistung eindeutig als solche erkannt werden. Die Kennzeichnung erfolgt ganz einfach elektronisch: Setzt der Arzt die Nummer zur Leistung im Praxisverwaltungssystem (PVS) hinzu, wird diese als ASV-Leistung markiert. Alle zertifizierten PVS müssen die Möglichkeit zur ASV-Abrechnung anbieten.

➤ ABRECHNUNGSGRUNDLAGE: ALLE LEISTUNGEN IM APPENDIX

Ärzte finden alle Leistungen, die sie in der ASV abrechnen können, im sogenannten Appendix. Die jeweils aktuelle Abrechnungsgrundlage stellt das Institut des Bewertungsausschusses für die einzelnen ASV-Krankheiten online bereit.

In den Übersichten im Excel-Format lassen sich die Leistungen nach Fachgruppen sortieren und Änderungen zu Vorversionen anzeigen. So können Ärzte auf einen Blick sehen, welche Leistungen ihre Fachgruppe in der ASV abrechnen darf. Die Tabellen bilden den aktuellen Stand ab und sollten die Abrechnungsgrundlage in der Praxis sein.

G-BA legt Leistungsumfang fest:

Welche Leistungen Ärzte in der ASV abrechnen können, legt primär der Gemeinsame Bundesausschuss für jede Erkrankung im Appendix in der jeweiligen Anlage zur ASV-Richtlinie fest.

Jede inhaltliche Änderung des Leistungsumfangs muss der G-BA beschließen. Beispiel: Leistungen, die im EBM ersatzlos wegfallen, werden in der ASV nach der bis dahin gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung weiter vergütet. Dies gilt immer solange, bis der G-BA beschließt, die Leistung auch aus dem ASV-Behandlungsumfang und damit dem Appendix für die jeweilige ASV-Indikation zu streichen. Analog muss der G-BA über neue EBM-Leistungen entscheiden. Lediglich bei EBM-Anpassungen mit neuen Gebührenordnungspositionen, die den Inhalt von Leistungen des Appendix ganz oder teilweise ersetzen und keine neuen ärztlichen Leistungen enthalten, kann der ergänzte Bewertungsausschuss den Appendix ändern.

Der Appendix besteht aus zwei Abschnitten:

Abschnitt 1 des Appendix führt alle Leistungen für die jeweilige ASV-Erkrankung auf, die auch im EBM stehen.

Abschnitt 2 führt neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf, die noch nicht Bestandteil des EBM sind, aber im Rahmen der ASV angewendet werden dürfen.

➤ ABRECHNUNG VON ABSCHNITT-2-LEISTUNGEN NACH GOÄ

Der Appendix stellt die Abrechnungsgrundlage dar, die Abrechnung selbst erfolgt auf Basis des EBM. Mit einer Ausnahme: Die Leistungen aus dem Abschnitt 2 des Appendix rechnen ASV-Ärzte nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab – mit den für die ASV festgelegten Gebührensätzen (Laborleistungen 1-facher, technische Leistungen 1,2-facher und übrige ärztliche Leistungen 1,5-facher Gebührensatz). Allen Leistungen im Abschnitt 2 sind bundeseinheitliche Pseudoziffern zugeordnet

DAS IST DIE ASV-TEAMNUMMER

➤ Die ASV-Teamnummer ist ein bundesweit eindeutiges Identifikationsmerkmal.

➤ Vergeben wird sie im Zuge der Erteilung der ASV-Berechtigung.

➤ Sie umfasst neun Ziffern und ist wie eine Betriebsstättennummer (BSNR) aufgebaut.

ZUSAMMENSETZUNG DER NEUN STELLEN DER ASV-TEAMNUMMER:



Die ersten beiden Stellen „00“ kennzeichnen die ASV.

Die dritte bis achte Stelle ist eine fortlaufende Nummer, die eine eindeutige Zuordnung des ASV-Teams ermöglicht.

(z. B. 88500 für PET und PET/CT). Zu diesen Pseudoziffern geben Ärzte bei der Abrechnung die zutreffenden GOÄ-Nummern und die sich aus den Gebührensätzen ergebene Vergütung an. Wie jede ASV-Leistung, muss auch diese Pseudoziffer bei der Abrechnung mit der ASV-Teamnummer gekennzeichnet werden. Die Kennzeichnung mit Pseudoziffern und die Vergütung nach der GOÄ erfolgen immer solange, bis die entsprechende Leistung in den EBM-Bereich VII aufgenommen wurde.

Hinweis: Ausgenommen von der Regelung sind ASV-Leistungen, die auch in der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) enthalten sind. Sie werden bis zu ihrer Aufnahme in den EBM nach den regionalen Kostenpauschalen des Anhangs 2 der Onkologie-Vereinbarung vergütet.



➤ Aktuelle Abrechnungsgrundlage für die einzelnen ASV-Krankheiten vom Institut des Bewertungsausschusses: <http://institut-ba.de/service/asvabrechnung.html>

➤ Bundeseinheitliche Pseudoziffern: www.kbv.de/html/8160.php
› Abrechnung von Abschnitt-2-Leistungen: Pseudoziffern und GOÄ



➤ ARZTFALL UND FACHGRUPPENFALL

Einige Gebührenordnungspositionen im EBM beziehen sich auf den Behandlungsfall und somit auf die einzelne Arztpraxis. In der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, wo neben Praxen auch Krankenhäuser an der Behandlung beteiligt sind, passt das nicht. Denn der Behandlungsfall umfasst die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Praxis in einem Quartal. Deshalb musste in der ASV für diese Leistungen eine andere Definition gefunden werden.

Arztfall:

Für Ärzte in Einzelpraxen gilt in der ASV statt des Behandlungsfalls der Arztfall. Er umfasst die Behandlung desselben Versicherten durch denselben Arzt in einem Quartal zulasten derselben Krankenkasse unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte. Damit kann eine Leistung auch von mehreren Mitgliedern des Kernteams im Behandlungsfall abgerechnet werden (siehe nächster Punkt „Abschläge“).

Fachgruppenfall:

Für Krankenhäuser sowie Vertragsärzte in Medizinischen Versorgungszentren und Berufsausübungsgemeinschaften gilt in der ASV statt des Behandlungsfalls der Fachgruppenfall. Er umfasst die Behandlung desselben Versicherten in einem Quartal durch dieselbe Fachgruppe – unabhängig vom behandelnden Arzt – zulasten derselben Krankenkasse. Dabei gelten als Fachgruppe die Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer.

➤ ABSCHLÄGE

In einem ASV-Kernteam können grundsätzlich mehrere Ärzte bei einem Patienten dieselbe Leistung im Quartal durchführen. Dabei rechnet jeder Arzt seine ASV-Leistungen wie gewohnt ab (keine Sammelabrechnung). Bei der Mehrfachabrechnung von Gebührenordnungspositionen, die sich im EBM auf den Behandlungsfall beziehen, können die Krankenkassen aufgrund der ASV-Teamstruktur pauschal einen Abschlag auf jede dieser abgerechneten Leistungen vornehmen.

Der Abschlag beträgt:

10 Prozent bei GOP, die bei einem Patienten mehrmalig im Behandlungsfall berechnet werden können (zum Beispiel abdominelle Sonografie)

15 Prozent bei GOP, die nur einmalig berechnet werden können (zum Beispiel Grundpauschale)

Erst die Prüfung aller Abrechnungen eines ASV-Teams durch die Krankenkasse des Versicherten ergibt, ob es bei dem Abschlag bleibt. Wenn die Krankenkasse feststellt, dass die GOP nicht durch mehrere Ärzte derselben Fachgruppe im ASV-Kernteam abgerechnet wurden, erhält der Arzt den einbehaltenen Abschlag nachträglich ausgezahlt. Die Krankenkassen haben diese Aufgabe, da nur ihnen alle Abrechnungsdaten eines ASV-Teams vorliegen.

Hinweis: Die abschlagsrelevanten GOP werden in den Appendix-Tabellen des Instituts des Bewertungsausschusses extra gekennzeichnet.

➤ ABRECHNUNG ÜBER DIE KV ODER DIREKT MIT DEN KRANKENKASSEN

Die ASV ist ein eigener Versorgungsbereich. Vertragsärzte können daher wählen, ob sie über die KV oder direkt mit der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse des Patienten abrechnen.

Am einfachsten ist der gewohnte Weg über die Kassenärztliche Vereinigung:

Der Arzt wählt in seiner Praxissoftware die ASV-Leistung aus, die er abrechnen will.

Zusätzlich gibt er die ASV-Teamnummer an, damit die KV die Leistung richtig zuordnen kann.

Der Arzt sendet die Abrechnung online über das Sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen an die KV.

Dieser Abrechnungsweg hat gegenüber der direkten Abrechnung mit der Krankenkasse den Vorteil, dass die KV die weitere Aufarbeitung der Abrechnungsdaten und die Zahlungsabwicklung mit den Krankenkassen übernimmt. Entscheidet sich der Arzt für diesen Abrechnungsweg, beauftragt er die KV als Dienstleister. Näheres dazu erfahren Sie bei Ihrer KV.

SICHERES NETZ ALS TEIL DER TELEMATIKINFRASTRUKTUR

Das Sichere Netz der KVen (SNK) ist an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen. Das heißt: Ärzte und Psychotherapeuten erreichen die Anwendungen im SNK, zum Beispiel die Online-Abrechnung, auch über den TI-Konnektor. Künftig können damit alle Praxen die Anwendungen im Sicheren Netz nutzen. Ein separater Anschluss ist nicht mehr erforderlich.

Institutionskennzeichen:

Die neunstellige Nummer ist ein eindeutiges Merkmal für die Abrechnung und wird im Zahlungsverkehr angegeben. Vertragsärzte, die ihre ASV-Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen, benötigen das Institutionskennzeichen (IK) ihrer KV – der Teamleiter gibt es einmalig bei der ASV-Servicestelle an, wenn er die ASV-Teamnummer beantragt.

Vertragsärzte, die direkt mit der Krankenkasse ihres Patienten abrechnen möchten, müssen sich selbst ein Institutionskennzeichen besorgen und wenden sich dazu an die Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen. Bei Krankenhäusern ist die Nummer identisch mit dem Krankenhaus-IK.

➤ SACHKOSTEN

Die Regelungen zu den Sachkosten im Rahmen der ASV gelten unabhängig von der Erkrankung, für die sich ein Team angemeldet hat. Es wird unterschieden zwischen nicht gesondert berechnungsfähigen und gesondert berechnungsfähigen Kosten. Diese Struktur orientiert sich an den Bestimmungen des EBM. Besonderheiten gelten beim Sprechstundenbedarf und der Vergütung von Kontrastmitteln. Hier finden sich unterschiedliche Regelungen für Vertragsärzte und Krankenhäuser.

Für Vertragsärzte kommen die regionalen Sprechstundenbedarfsvereinbarungen inklusive der Vereinbarungen zu Kontrastmitteln auch in der ASV zur Anwendung. Für Krankenhäuser

wurden eigene Pauschalen für den Sprechstundenbedarf je Patient vereinbart. Kontrastmittel werden gesondert abgerechnet.

Anders als im Kollektivvertrag müssen alle ASV-Berechtigten mit den Abrechnungsdaten zusätzliche Angaben zu den gesondert berechnungsfähigen Sachkosten übermitteln (z. B. Name des Herstellers und Artikel- bzw. Modellnummer).



➤ Übersicht der Institutionskennzeichen der Kassenärztlichen Vereinigungen:
www.kbv.de/606698



ENTWICKLUNG EINER EIGENEN VERGÜTUNGSSYSTEMATIK

Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass die Vergütung der ASV-Leistungen übergangsweise auf Grundlage des EBM erfolgt – das heißt, es gelten die Preise der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung. Leistungen, die nicht im EBM enthalten sind und in der ASV abgerechnet werden dürfen, werden vorübergehend nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) honoriert. Die Regelung gilt dabei immer nur so lange bis die Leistungen in den neuen EBM-Bereich VII für die ASV aufgenommen wurden.

Dies erfolgt durch den ergänzten Bewertungsausschuss – ein Gremium mit Vertretern aus KBV, GKV-Spitzenverband und ergänzt um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die Leistungen aus dem Abschnitt 2 der Appendizes werden als neue GOP kalkuliert und in den Bereich VII des EBM überführt. Diese Gebührenordnungspositionen dürfen ausschließlich im Rahmen der ASV abgerechnet werden.

In Zukunft soll es diagnosebezogene Pauschalen für ASV-Leistungen geben. Die genaue Systematik wird vom ergänzten Bewertungsausschuss noch festgelegt.

VERORDNUNGEN UND FORMULARE IN DER ASV

Ärzte nutzen für ihre ASV-Patienten die Formulare der vertragsärztlichen Versorgung – mit Ausnahme des Rezepts für Arzneimittel. Wichtig ist, dass der „ASV-Fall“ gekennzeichnet wird. Ansonsten könnte es passieren, dass zum Beispiel eine Verordnung für ASV-Patienten fälschlicherweise den vertragsärztlichen Leistungen der Praxis zugeordnet wird.

➤ REGULÄRE FORMULARE: KENNZEICHNUNG ALS ASV-FALL

Die in der vertragsärztlichen Versorgung verwendeten Formulare kommen auch in der ASV zum Einsatz. Der Arzt wählt in seinem Praxisverwaltungssystem aus, dass er das Formular im Rahmen der ASV ausstellt. Dann wird es bei der Bedruckung im sogenannten Personalienfeld entsprechend gekennzeichnet:

Im Feld „Betriebsstättennummer“ wird im ASV-Fall statt der vertragsärztlichen Betriebsstättennummer die gültige Teamnummer des ASV-Teams aufgedruckt.

Der Versichertenstatus des Patienten (Feld „Status“) wird an der letzten Stelle um „01“ ergänzt.

➤ EIGENE REZEPTE FÜR DIE ASV

Einen Sonderfall gibt es bei den Verordnungen für Arzneimittel: Vertragsärzte, die an der ASV teilnehmen, benötigen zwei Rezeptblöcke:

1. Rezeptblock für die reguläre vertragsärztliche Versorgung:

Bei diesen Rezepten ist in der sogenannten Codierleiste im unteren Teil des Vordrucks die Betriebsstättennummer der Vertragsarztpraxis bei der Auslieferung durch die Druckerei bereits aufgedruckt.

2. Rezeptblock für die ASV-Versorgung:

Bei diesen Rezepten ist in der sogenannten Codierleiste die Pseudoziffer „22222222“ (9-mal die 2) bei der Auslieferung durch die Druckerei bereits aufgedruckt.

Die ASV-Rezepte erhalten Praxen wie alle anderen Vordrucke über die regulären Bezugskanäle, also je nach Region über ihre Kassenärztliche Vereinigung oder direkt bei den Druckereien.

➤ WIRTSCHAFTLICHKEITSGEBOT

Auch in der ASV gilt für Verordnungen von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln das Wirtschaftlichkeitsgebot: alle Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

FORMULAR 16 UND DIE KENNZEICHNUNG IN DER ASV

- P** PERSONALIEN-FELD
- S** STATUS-FELD
Für ASV-Fälle wird hier an der letzten Stelle eine Kennzeichnung mit „01“ vorgenommen.
- B** BSNR-FELD
In ASV-Fällen wird hier anstatt der Betriebsstättennummer (BSNR) die ASV-Teamnummer eingetragen (diese beginnt immer mit „00“).
- C** CODIERLEISTE
Während in der vertragsärztlichen Versorgung Rezepte mit der BSNR in der Codierleiste zu nutzen sind, werden in der ASV Arzneimittel auf Vordrucken, deren Codierleiste die Pseudoziffer „22222222“ enthält, verordnet.

DAS „ABC“ DER ASV

Appendix, erweiterter Landes-
ausschuss, ergänzter Bewer-
tungsausschuss – mit der ASV
sind viele neue Begriffe und
Bezeichnungen verbunden.
Doch was verbirgt sich dahinter?
Hier erhalten Sie einen schnel-
len Überblick.

APPENDIX

Der Appendix enthält sämtliche Lei-
stungen, die ASV-Berechtigte bei einer
ASV-Erkrankung abrechnen können.
Im ersten Abschnitt sind die Gebühren-
ordnungspositionen des EBM aufge-
führt. Im zweiten Abschnitt finden sich
die Leistungen, die noch nicht Bestand-
teil des EBM sind. Der Appendix ist
Teil der Anlagen zur ASV-Richtlinie,
in denen jeweils die einzelnen ASV-
Indikationen konkretisiert werden.

ASV-BERECHTIGUNG

Ärzte, die an der ASV teilnehmen wol-
len, benötigen eine ASV-Berechtigung.
Sie stellen dazu beim erweiterten
Landesausschuss einen Antrag. Dieser
prüft, ob die Ärzte die Anforderungen
erfüllen. Die Berechtigung gilt immer
nur für eine ASV-Indikation.

ASV-RICHTLINIE

Die ASV-Richtlinie gibt den formalen
Rahmen für den sektorenübergreifen-
den Versorgungsbereich vor. Sie regelt
die Anforderungen an die ASV, die
grundsätzlich für alle ASV-Erkrankun-
gen gelten. Die einzelnen Krankheiten
werden in den Anlagen konkretisiert.
Die Richtlinie sowie die Anlagen
werden vom Gemeinsamen Bundes-
ausschuss beschlossen.

ASV-SERVICESTELLE

Die ASV-Servicestelle weist den ASV-
Teams eine Teamnummer zu und führt
das bundesweite ASV-Verzeichnis.
Dieses Verzeichnis listet alle berech-
tigten ASV-Teams und ihre Mitglieder
auf. Außerdem übernimmt sie für die
ASV-Berechtigten die Meldung ihrer
Teilnahme an die KV, die Landesver-
bände der Krankenkassen und die
Landeskrankenhausgesellschaft.

ASV-TEAM

Die Behandlung in der ASV erfolgt
durch Teams, in denen Praxis- und
Klinikärzte auch gemeinsam tätig
sein können. Ein Team besteht jeweils
aus Spezialisten unterschiedlicher
Fachrichtungen. Es setzt sich zusam-
men aus einem Teamleiter und einem
Kernteam sowie weiteren Kollegen,
die bei Bedarf hinzugezogen werden
können. Jedes Teammitglied benötigt
eine ASV-Berechtigung.

ASV-TEAMNUMMER

Jedes Team erhält von der ASV-Service-
stelle eine ASV-Teamnummer. Mit ihr
kennzeichnen ASV-Ärzte die Leis-
tungen oder Verordnungen, die sie in der
ASV durchführen. Die Teamnummer
umfasst neun Ziffern und ist wie eine
Betriebsstättennummer (BSNR) auf-
gebaut. Sie wird vergeben, sobald die
Ärzte eine ASV-Berechtigung haben –
zusätzlich zur BSNR und zur lebens-
langen Arztnummer.

ASV-VERZEICHNIS

Im öffentlichen ASV-Verzeichnis unter
www.asv-servicestelle.de werden
alle berechtigten ASV-Teams und ihre
Mitglieder gelistet, sofern sie einer
Veröffentlichung zugestimmt haben.
So können zum Beispiel Hausärzte für
ihre Patienten nach passenden Behand-
lungsangeboten in der Nähe suchen.

ERGÄNZTER BEWERTUNGS-AUSSCHUSS

Der ergänzte Bewertungsausschuss
entscheidet über die Vergütung der ASV-
Leistungen. Er ist besetzt mit Vertretern
der Kassenärztlichen Bundesvereini-
gung, des GKV-Spitzenverbandes und
der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

ERWEITERTE LANDESAUSSCHÜSSE

Die erweiterten Landesausschüsse (eLA)
erteilen die ASV-Berechtigungen. Sie
prüfen, ob die Ärzte die Anforderungen
erfüllen. Landesausschüsse gibt es in
jedem KV-Bezirk. Sie werden für die ASV
um Vertreter der jeweiligen Landeskran-
kenhausgesellschaft erweitert.

INSTITUTIONSKENNZEICHEN

Der Teamleiter braucht diese neunstelli-
ge Nummer aller Teammitglieder, wenn
er bei der ASV-Servicestelle die ASV-
Teamnummer beantragt. Vertragsärzte,
die ihre ASV-Leistungen über die KV
abrechnen, geben das Institutionskenn-
zeichen (IK) ihrer KV an. Vertragsärzte,
die direkt mit der Krankenkasse ihres
Patienten abrechnen möchten, müssen
sich selbst ein IK besorgen und wenden
sich dazu an die Arbeitsgemeinschaft
Institutionskennzeichen. Bei Kranken-
häusern ist die Nummer identisch mit
dem Krankenhaus-IK.

PARAGRAF 116 B SGB V

Dieser Paragraph bildet die gesetzliche
Grundlage für die ASV. Er wurde mit
dem Versorgungsstrukturgesetz von 2012
neu gefasst und mit dem Versorgungs-
stärkungsgesetz von 2015 angepasst.

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de



➤ **PraxisWissen**
➤ **PraxisWissenSpezial**

Themenhefte für
Ihren Praxisalltag

Abrufbar unter:
www.kbv.de/838223
Kostenfrei bestellen:
versand@kbv.de



➤ **PraxisInfo**
➤ **PraxisInfoSpezial**

Themenpapiere mit
Informationen für
Ihre Praxis

Abrufbar unter:
www.kbv.de/605808



➤ **PraxisNachrichten**

Der wöchentliche Newsletter
per E-Mail oder App

Abonnieren unter:
www.kbv.de/PraxisNachrichten
www.kbv.de/kbv2go

IMPRESSUM

Herausgeber: Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Telefon 030 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion: Dezernat Kommunikation der KBV,
Dezernat Vergütung und Gebührenordnung –
Abteilung Medizinische Dokumentation

Gestaltung: www.malzwei.de

Druck: www.kohlhammerdruck.de

Fotos: © Fotolia: auremar, crevis, Dr. N. Lange,
Edyta Pawlowska, photocrew, Photographee.eu,
sepy, Syda Productions, Yaroslav Astakhov, yellow;

© iStock: takasuu; © Reinhold Schlitt;

© Shotshop.com: LFL

Stand: August 2018

Die Links in der gesamten Broschüre erheben
keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sollte eines der
aufgeführten Internetangebote nicht mehr verfügbar
sein, übernimmt die KBV dafür keine Gewähr. /
Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist die männliche
Form der Berufsbezeichnung gewählt. Hiermit ist
selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.