

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

März 2017

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

Patienten mit Mukoviszidose (zystische Fibrose) können in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) betreut werden. Seit 18. März 2017 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 2b 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 dem Kernteam mit einer Teamleitung für die Koordination und weiteren Ärzten, die hinzugezogen werden können. Welche Fachrichtungen beteiligt sind, wird für jede Indikation festgelegt.

Zusammensetzung des ASV-Teams

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

- Pneumologe
- Gastroenterologe
- Kinder-Pneumologe, Kinder-Gastroenterologe oder Kinder- und Jugendmediziner, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden

Die Teamleitung übernimmt der Pneumologe, der Kinderpneumologe oder Kinder- und Jugendmediziner.

Diese Ärzte können zur Behandlung hinzugezogen werden:

- Gynäkologe
- Hals-Nasen-Ohrenarzt
- Humangenetiker
- Endokrinologe/Diabetologe
- Kardiologe
- Laboratoriumsmediziner
- Mikrobiologe/Virologe/Infektionsepidemiologe
- Psychiater oder Psychotherapeut (ärztlich oder psychologisch) oder

Starttermin:
18. März

Fachrichtungen der
Teammitglieder sind
vorgegeben

Ärzte können
hinzugezogen
werden



Thema: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

- Facharzt für Psychosomatische Medizin
- Pathologe
 - Radiologe
 - Urologe
 - Kinder-Endokrinologe/-diabetologe und/oder Kinder- und Jugendpsychiater beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, sofern Kinder und Jugendlichen behandelt werden

Teilnahme beim erweiterten Landesausschuss anzeigen

Steht das Team, erfolgt 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.

Team reicht Unterlagen beim Landesausschuss ein

Anforderungen an das ASV-Team

Neben allgemeinen Anforderungen, die für alle ASV-Indikationen gelten, gibt es spezielle Qualitätsvorgaben, die das ASV-Team für Mukoviszidose erfüllen muss:

▪ *Organisation und Kooperation*

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

Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen

Es muss organisatorisch gewährleistet werden, dass Patienten mit verschiedenen Keimbesiedelungen getrennt behandelt werden.

▪ *Dokumentation*

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

Diagnose muss kodiert werden

▪ *Mindestmengen*

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

ASV-Team muss Mindestmengen nachweisen

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patienten mit Mukoviszidose maßgeblich, die die Mitglieder des Kernteams 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 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.



Thema: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Die Patientengruppe

Das Angebot richtet sich an Patienten mit Mukoviszidose. Dazu gehören grundsätzlich alle Fälle von Mukoviszidose (E84.- Zystische Fibrose).

Überweisungen

Möchte ein Arzt, dass ein Patient mit Mukoviszidose 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.

Zwischen den Mitgliedern des ASV-Kernteam 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 Mukoviszidose können im Wesentlichen alle Leistungen durchführen, die zur Diagnostik, Behandlung und Beratung dieser Erkrankungen erforderlich sind.

Welche Leistungen konkret zur ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung der Mukoviszidose gehören, weist ein Ziffernkranz, der sogenannte Appendix, in der Anlage 2b 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 Mukoviszidose 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 extrabudgetär. 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 den EBM (Bereich VII) 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:

- 88505 – Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung analog der GOP 23220 des EBM ab dem 16. Mal im Behandlungsfall
- 88509 – Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung

Vertragsarzt kann bei Verdachtsdiagnose an ASV-Team überweisen

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



Thema: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

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.

Vergütung nach GOÄ

Themenseite im Internet