

KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG



AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

INTERDISziPLINÄR IN
PRAXEN UND KLINIKEN

AKTUALISIERTE
AUSGABE
SEPTEMBER
2024

PraxisWissen

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist 2014 gestartet und wird seitdem kontinuierlich erweitert. In dem Versorgungsbereich werden Patientinnen und Patienten ambulant behandelt – von niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten und von Krankenhausärztinnen und -ärzten. Zusätzlich neben den „klassischen“ Sektoren soll das Angebot die medizinische Versorgung von Patientinnen und 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.

Wir möchten Ihnen mit dieser Broschüre den Versorgungsbereich näher vorstellen. Für welche Patientinnen und Patienten kommt die ASV in Betracht? Wer übernimmt die Behandlung und wie können Vertragsärztinnen und -ärzte 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 Patientinnen und 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
Fokus: Rheumatologische Erkrankungen	Seite 12
Wissen für ASV-Ärztinnen und ASV-Ärzte	Seite 14
Von der Idee bis zur Arbeit in der ASV	Seite 14
Abrechnung und Vergütung	Seite 16
Verordnungen und Formulare in der ASV	Seite 20
Das „ABC“ der ASV	Seite 21

ASV: BEHANDLUNG IN PRAXIS UND KLINIK

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

BEI SCHWEREN ODER SELTENEN ERKRANKUNGEN

↗ Menschen mit schweren oder seltenen Erkrankungen durch eine enge Kooperation von Spezialistinnen und Spezialisten verschiedener Fachdisziplinen bestmöglich zu versorgen – das ist das Ziel der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.

Dies hat den Gesetzgeber veranlasst, mit der ASV ein zusätzliches Versorgungsangebot zu schaffen. Mit den gastrointestinalen Tumoren und der Tuberkulose ging das erste ASV-Team im Jahr 2014 an den Start. Der Gesetzgeber, der das Versorgungsangebot angestoßen hat, will mit der ASV sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten mit bestimmten schweren oder seltenen Erkrankungen durch die Kooperation von Spezialistinnen und 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 Patientinnen und Patienten übernehmen.

RICHTLINIE REGELT VERSORGUNGSBEREICH

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) – das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzteschaft, 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 Fachärztinnen und 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 Ärztinnen und Ärzte und Klinikärztinnen und -ärzte die Patientinnen und 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 VERSORGUNGSBEREICHS:

Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten in Praxen und Krankenhäusern 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 Patientinnen und 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 PATIENTINNEN UND 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 Ärztinnen und 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 Patientinnen und Patienten freiwillig.

DAS BESONDERE AM ANGEBOT

Die Behandlung übernehmen Teams von Spezialistinnen und Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen, die hohe Qualitätsanforderungen erfüllen

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

DIESE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE ÜBERNEHMEN DIE BEHANDLUNG

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

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

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

Im Einzelfall können Ärztinnen und Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs an der ASV teilnehmen (z.B. bei der geplanten Ausgestaltung der HIV-/Aids-Versorgung). Auch Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten können zur Behandlung hinzugezogen werden.

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

ANZEIGE BEIM ERWEITERTEN LANDESAUSSCHUSS

Ärztinnen und Ärzte, 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-Ärztinnen und -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 Patientinnen und Patienten möglichst lange Wege zu ersparen, sollen sie in angemessener Nähe zur Teamleitung praktizieren.

SEKTORENVERBINDENDÉ KOOPERATION

Die ASV fördert die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten in Praxen und Kliniken. Bei der Behandlung von Krebspatientinnen und -patienten schreibt die ASV-Richtlinie sogar den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit dem jeweils anderen Sektor vor. Das bedeutet, dass in das Team mindestens eine Ärztin oder ein Arzt aus dem anderen Sektor einbezogen werden muss. So könnte zu dem Kernteam aus niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten eine Chirurgin aus dem Krankenhaus gehören.

ASV-TEAM

ZUSAMMENSETZUNG & AUFGABEN

EBENE 1 TEAMLEITUNG

Das Team wird in der Regel von einer Person geleitet, die die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Fachkunde schwerpunktmäßig betreut, zum Beispiel bei der Tuberkulose eine Fachärztin oder ein Facharzt der Pneumologie. Zum Aufgabenbereich gehört die fachliche und organisatorische Koordination der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Bei ihr laufen alle Fäden zusammen; sie ist für die Patientinnen und Patienten die erste Ansprechperson.



KERNTIME

EBENE 2 MITGLIEDER KERNTIME

Die Mitglieder des Kernteams sind Fachärztinnen und Fachärzte, die aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen bei der Behandlung der jeweiligen Krankheit mitwirken. Sie arbeiten eng mit dem Teamleiterin oder dem Teamleiter zusammen. Es ist vorgesehen, dass die Mitglieder des Kernteams bei Bedarf an mindestens einem Tag in der Woche eine Sprechstunde in der Praxis der Teamleitung anbieten.



EBENE 3

HINZUZIEHENDÉ FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Hinzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind solche, deren Kenntnisse und Erfahrungen typischerweise bei einem Teil der Patientinnen und Patienten ergänzend benötigt werden. Ihr Tätigkeitsort muss ebenfalls in angemessener Entfernung von der Praxis der Teamleitung liegen.



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 fortführen. Die Qualitätsanforderungen nach Paragraf 135 Absatz 2 SGB V werden in die ASV übertragen. In Paragraf 4a der ASV-Richtlinie konkretisiert der G-BA, welche Anforderungen – zusätzlich zu den bestehenden Vorgaben an die Zusammensetzung der Behandlungsteams, Organisation und Ausstattung – leistungsspezifisch in der ASV gelten.

Für Ärztinnen und Ärzte, auf die diese übergeordneten Kriterien nicht zutreffen, führt der G-BA in einem Anhang zu Paragraf 4a detaillierte Anforderungen wie Fachgruppenstatus und Mindestmengen für einzelne Leistungsbereiche auf – zunächst für Langzeit-EKG, Strahlendiagnostik und -therapie sowie Koloskopie. Der Anhang wird sukzessive für weitere Qualitätssicherungsvereinbarungen erweitert.

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 Ärztinnen und Ärzte mit Einrichtungen (zum Beispiel Krankenhäusern) kooperieren, die das Geforderte bereitstellen.

FACHÄRZTSTATUS VERSUS FACHÄRZTSTANDARD

Die Teammitglieder sind allesamt Fachärztinnen und Fachärzte (Facharztstatus). Sie sind verpflichtet, die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen persönlich zu treffen.

Ärztinnen und 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. Die Vertretung muss dieselben Anforderungen erfüllen wie die ASV-Ärztinnen und -Ärzte, die sich vertreten lassen. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, ist sie dem erweiterten Landesausschuss und der ASV-Servicestelle 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 bestimmten Erkrankungen reicht eine Verdachtsdiagnose. Bei einigen Indikationen ist sie in einer vorgegebenen Zeit zu bestätigen. ASV-Ärztinnen und -Ärzte informieren ihre überweisenden Kolleginnen und Kollegen über die Aufnahme und den Abschluss der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.

Sollen Patientinnen und Patienten von einem ASV-Team behandelt werden, dem auch ihre behandelnde Ärztin oder ihr behandelnder Arzt angehört, so muss keine Überweisung ausgestellt werden. Dies gilt ebenso, wenn Patientinnen und 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 eine ASV-Fachärztin oder ein ASV-Facharzt aus der dritten Ebene hinzugezogen wird.

BEHANDLUNGSUMFANG

Zum Behandlungsumfang gehören EBM-Leistungen sowie ausgewählte neue Untersuchungs- und Behandlungs-

methoden (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 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 Klinikärztinnen und -ärzte einheitlich. Alle Leistungen werden zu festen Preisen bezahlt, extrabudgetär 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.

Jede Ärztin und jeder Arzt rechnet die eigenen ASV-Leistungen selbst ab. Es gibt also keine Sammelabrechnung für das ASV-Team. Mehr dazu ab Seite 16.

VERORDNUNGEN UND FORMULARE

Ärztinnen und Ärzte nutzen in der ASV grundsätzlich die Formulare, die sie auch in der vertragsärztlichen Versorgung verwenden. Auch die ASV-Verordnungen unterliegen dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit. Mehr dazu auf Seite 20.

ASV-TEAMNUMMER

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

ASV IM PRAXISALLTAG

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

ASV-PATIENTINNEN UND -PATIENTEN

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

BEHANDLUNG

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

ÜBERWEISUNG / ÜBERWEISUNGSSCHEIN

Patientinnen und Patienten, die in der ASV behandelt werden, benötigen in der Regel eine Überweisung der behandelnden Praxis. Für die Überweisung in die ASV verwenden Ärztinnen und 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 Ärztinnen und 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. Patientinnen und Patienten, die sich dafür entscheiden, erklären sich bereit, die Ärztinnen und Ärzte des jeweiligen ASV-Teams zu konsultieren. Eine Teilnahmeerklärung müssen sie nicht unterschreiben.

GESICHERTE DIAGNOSE / VERDACHTSDIAGNOSE

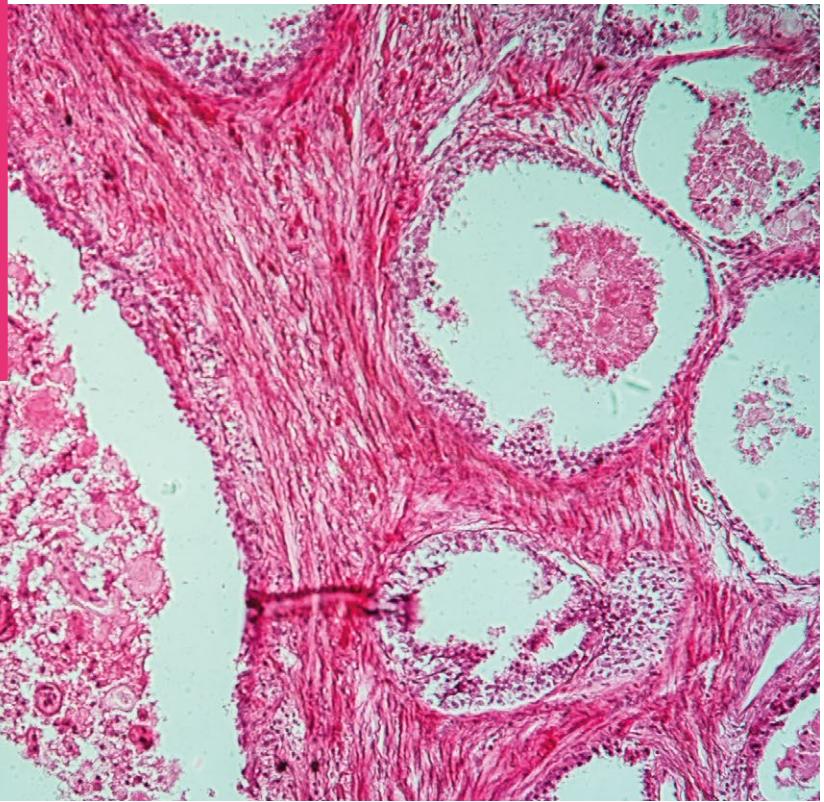
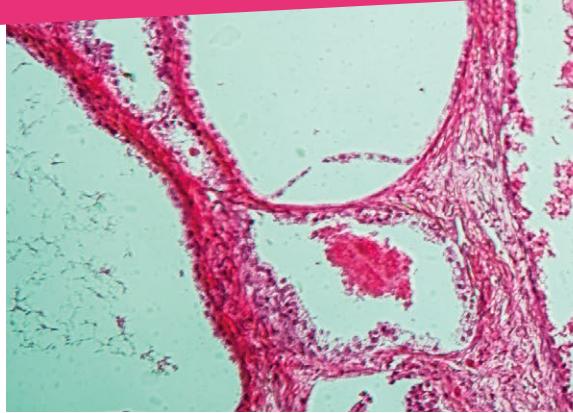
Zum Zeitpunkt der Überweisung in den neuen Versorgungsbereich muss eine gesicherte Diagnose vorliegen. Bei seltenen und rheumatologischen Erkrankungen sowie Augentumoren reicht eine Verdachtsdiagnose.

ARZTBRIEF

Die überweisenden Ärztinnen und Ärzte werden über die Aufnahme der Patientinnen und Patienten in die ASV informiert. Nach Abschluss der Behandlung in der ASV erhalten sie einen Überleitungsbrief für ihre Patientinnen und Patienten. Dieser enthält Angaben zu Diagnosen, Therapievorschlägen inklusive Medikation, Heil- und Hilfsmittelversorgung, häuslicher Krankenpflege sowie Kontrollterminen.



ASV KONKRET: DIE INDIKATIONEN



In der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden Patientinnen und 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 Ärztinnen und 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 Teilnehmende, Ausstattung und Qualitätssicherung gibt. Auf den folgenden Seiten werden ausgewählte Indikationen vorgestellt.

ASV-KRANKHEITSBILDER

Der G-BA hat bislang für 22 Indikationen die Details festgelegt. Jährlich werden weitere Erkrankungen in die ASV aufgenommen.



› Eine aktuelle Übersicht der Indikationen finden Sie unter folgendem Link:
www.kbv.de/html/8108.php

ONKOLOGISCHE ERKRANKUNGEN

Gynäkologische und urologische Tumoren, Haut- und Hirntumoren – eine Vielzahl von onkologischen Erkrankungen kann mittlerweile in der ASV behandelt werden. Sie fallen in der ASV unter die Kategorie „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“.

↗ INDIKATIONEN

Augentumoren
Gastrointestinale Tumoren / Tumoren der Bauchhöhle
Gynäkologische Tumoren
Hauttumoren
Hirntumoren
Knochen- und Weichteiltumoren
Kopf- oder Halstumoren
Lungentumoren und Tumoren des Thorax
Urologische Tumoren

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 Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit besonderen Verlaufsformen. „Besondere Verlaufsform“ bedeutet, die Patientinnen und Patienten benötigen aufgrund der Ausprägung ihrer Tumorerkrankung eine multimodale Therapie oder Kombinationschemotherapie in einem interdisziplinären Team.

↗ BEHANDLUNGS- UND LEISTUNGSUMFANG

Ärztinnen und 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 Patientinnen und Patienten mit einem Ösophagus-Karzinom zur Detektion von Fernmetastasen und bei Patientinnen und Patienten mit resektablen Lebermetastasen eines kolorektalen Karzinoms durchgeführt werden. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine PET-Diagnostik auch bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Rezidiv oder Verdacht auf Progression zur Detektion von Lymphknotenmetastasen beziehungsweise einer Peritonealkarzinose möglich.

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 Ärztinnen und Ärzte dokumentieren die Befunde – einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM sowie das Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit –, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen inklusive Behandlungstag. Zur Klassifikation des Tumors hinsichtlich Ausbreitung und Stadium geben Ärztinnen und Ärzte den TNM-Status an.

BERECHNUNG DER MINDESTMENGEN

Für die Berechnung der Mindestmengen ist die Summe aller Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten mit gesicherter Diagnose behandeln. 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 Spezialistinnen und Spezialisten in einem ASV-Team tätig sind und welche Ärztinnen und Ärzte davon das Kernteam bilden, hängt von der onkologischen Erkrankung ab. So gehört bei den gastrointestinalen Tumoren eine Gastroenterologin oder ein Gastroenterologe zum Kernteam, bei den gynäkologischen Tumoren eine Gynäkologin oder ein Gynäkologe mit Schwerpunkt Onkologie. Wie sich ein Behandlungsteam zusammensetzen kann, zeigt das Schaubild zu den gynäkologischen Tumoren.

➤ ÜBERWEISUNGEN

Möchten Nicht-ASV-Ärztinnen und -Ärzte eine Patientin oder einen Patienten mit einer entsprechenden onkologischen Erkrankung in einem ASV-Team behandeln lassen, ist eine Überweisung erforderlich. Hierzu wird wie gewohnt der Überweisungsschein (Formular 6) verwendet. Nach zwei Quartalen ist für die Weiterbehandlung in der ASV zu prüfen, ob die Kriterien des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin vorliegen.

ZUSAMMENSETZUNG

ASV-TEAM GYNÄKOLOGISCHE TUMOREN

EBENE 1 TEAMLEITUNG

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

EBENE 2 MITGLIEDER KERNTIME

Fachärztinnen und Fachärzte: Gynäkologie mit Schwerpunkt Onkologie / Hämatologie und Onkologie / Strahlentherapie

EBENE 3

HINZUZUZIEHENDE FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Anästhesiologie / Angiologie / Endokrinologie und Diabetologie (nicht bei Mammakarzinom) / Gastroenterologie (nicht bei Mammakarzinom) / Humangenetik / Kardiologie / Laboratoriumsmedizin / Nephrologie (nicht bei Mammakarzinom) / Neurologie / Nuklearmedizin / Pathologie / Psychiatrie oder Psychotherapie (ärztlich oder psychologisch) oder Psychosomatik / Radiologie / Urologie (nicht bei Mammakarzinom) / Viszeralchirurgie (nicht bei Mammakarzinom)

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen.

KERNTIME

SELTENE ERKRANKUNGEN

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

↗ INDIKATIONEN

Ausgewählte seltene Lebererkrankungen
Hämophilie
Marfan-Syndrom
Morbus Wilson
Mukoviszidose
Neuromuskuläre Erkrankungen
Pulmonale Hypertonie
Sarkoidose
Tuberkulose

↗ PATIENTENGRUPPE

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

↗ BEHANDLUNGS- UND LEISTUNGSUMFANG

Ärztinnen und 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 Spezialistinnen und Spezialisten in einem ASV-Team tätig sind und welche Ärztinnen und Ärzte davon das Kernteam bilden, hängt von der Erkrankung ab. So gehört beispielsweise bei der Tuberkulose unter anderem eine Pneumologin oder ein Pneumologe zum Kernteam dazu,

bei der pulmonalen Hypertonie eine Kardiologin oder ein Kardiologe. Auch bei den Fachärztinnen und 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 Jugendmedizinerinnen und -mediziner 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 Ärztinnen und 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 Patientinnen und Patienten mit Verdachtsdiagnose oder gesicherter Diagnose behandeln – eine Ausnahme stellt das Krankheitsbild Morbus Wilson dar. Hier gelten keine Mindestmengen.

↗ ÜBERWEISUNGEN

Möchten Nicht-ASV-Ärztinnen und -Ärzte eine Patientin oder einen Patienten mit einer seltenen Erkrankung von einer ASV-Ärztin oder einem ASV-Arzt behandeln lassen, ist eine Überweisung erforderlich. Hierzu wird der Überweisungsschein (Formular 6) verwendet. Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

RHEUMATOLOGISCHE ERKRANKUNGEN

Rheuma zählt in der ASV zu den Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf. Die Anlage „Rheumatologische Erkrankungen“ umfasst ein sehr heterogenes Krankheitsspektrum und regelt in einem eigenen Teil die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der ASV. Eine Besonderheit ist außerdem, dass auch Patientinnen und Patienten mit einer Verdachtsdiagnose behandelt werden können. Alle Details stehen in Anlage 1.1b zur ASV-Richtlinie.

↗ PATIENTENGRUPPE

Erwachsene: Rheumapatientinnen und -patienten, 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.



SPEZIALLABOR

Rheumatologinnen und Rheumatologen dürfen entsprechend ihrer fachärztlichen Weiterbildungs-inhalte ausgewählte Leistungen des Spezial-labors (EBM-Kapitel 32.3) für ihre erwachsenen ASV-Patientinnen und -Patienten abrechnen.

↗ BEHANDLUNGS- UND LEISTUNGSUMFANG

Ärztinnen und 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: Ärztinnen und Ärzte können beispielsweise ein PET beziehungsweise PET/CT bei erwachsenen Patientinnen und 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 Patientinnen und 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.



ASV-TEAM RHEUMATOLOGISCHE ERKRANKUNGEN ERWACHSENE

ZUSAMMENSETZUNG

EBENE 1 TEAMLEITUNG	EBENE 2 MITGLIEDER KERNTIME	EBENE 3 HINZUZIEHENDE FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE
Fachärztin oder Facharzt: Rheumatologie	Fachärztinnen und Fachärzte: Dermatologie / Nephrologie / Pneumologie / Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie Hinweis: Wenn explizit nachgewiesen werden kann, dass die Fachgruppe Orthopädie mit entsprechender Zusatzweiterbildung nicht für eine Kooperation zur Verfügung steht, kann ein ASV-Team ausnahmsweise ohne sie gebildet werden.	Angiologie / Augenheilkunde / Gastroenterologie / Gynäkologie / Hämatologie und Onkologie / Hals-Nasen-Ohrenheilkunde / Human- genetik / Kardiologie / Laboratoriums- medizin / Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie / Neurologie / Nuklearmedizin / Pathologie / Psychiatrie oder Psychotherapie (ärztlich oder psychologisch) oder Psychosomatik / Radiologie

KERNTIME

➤ 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 eine Augenärztin oder ein Augenarzt an. Die Teamleitung wird von der Fachgruppe Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie übernommen. Bei den hinzuzuziehenden Ärztinnen und Ärzten gilt außerdem, dass die spezielle Fachexpertise durch den jeweiligen „Erwachsenen-Arzt“ oder den Kinder- und Jugendarzt mit entsprechender Zusatzweiterbildung/Qualifikation eingebracht werden kann (z. B. 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 Ärztesteam bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen kooperiert, muss über eine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin verfügen.

Dokumentation

Die Ärztinnen und 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 Patientinnen und Patienten mit gesicherter Diagnose einer rheumatologischen Erkrankung behandeln.

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

➤ ÜBERWEISUNGEN

Möchten Nicht-ASV-Ärztinnen und -Ärzte eine Patientin oder einen Patienten von einem ASV-Team behandeln lassen, ist eine Überweisung erforderlich. Hierzu wird wie gewohnt der Überweisungsschein (Formular 6) verwendet.

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 sind die Ärztinnen und Ärzte 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 die Patientin oder der Patient weiter in der ASV behandelt werden kann.

WISSEN FÜR ASV-ÄRZTINNEN UND ASV-ÄRZTE

Wie nehmen Sie an der ASV teil? Wie rechnen Sie ASV-Leistungen ab? Welche Formulare können Sie 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 Ärztinnen 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 Ärztinnen und Ärzte die Zugangsvoraussetzungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erfüllen.

Wie das Anzeigeverfahren abläuft:

- Die ASV-Teamleitung reicht die gesammelten Unterlagen ihres Teams beim eLA des KV-Bereichs ein, in dem sie 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 Anzeigemöglichkeit 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:

- Die Teamleitung und die Mitglieder des Kernteams sind namentlich zu benennen. Bei den hinzuzuziehenden Ärztinnen und 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.
- Antragstellende 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 die Teamleitung die ASV-Servicestelle. Das Team erhält dann eine ASV-Teamnummer, die die Ärztinnen und 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. Die Teamleitung 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. Ärztinnen und Ärzte, die direkt mit der Krankenkasse ihrer Patientinnen und Patienten abrechnen möchten, müssen sich selbst ein IK bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen besorgen.

TIPP

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

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 Ihrer Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 ist zu dokumentieren – Art und Weise ist nicht vorgegeben.
- ↗ Ist die Behandlung abgeschlossen, erhält die Patientin oder der Patient eine schriftliche Information über die Ergebnisse sowie das weitere Vorgehen.
- ↗ Auch die Praxis, die Ihnen die Patientin oder den Patienten überwiesen hat, informieren Sie über die Aufnahme sowie den Abschluss der ASV.



TIPP

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Patienteninformation zur ASV erarbeitet. Das Dokument können Sie hier kostenlos herunterladen und für Ihre Patientinnen und 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 Klinikärztinnen und -ärzte 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

Ärztinnen und 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

Jede Ärztin und jeder Arzt mit ASV-Berechtigung rechnet die eigenen ASV-Leistungen selbst ab. Es gibt keine Sammelabrechnung, die eine Person für das gesamte Team übernimmt.

ASV-TEAMNUMMER ANGEBEN

Jedes Team erhält eine einheitliche ASV-Teamnummer. In seiner Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung markiert die Ärztin oder der Arzt jede ASV-Leistung mit dieser Nummer. So kann jede ASV-Leistung eindeutig als solche erkannt werden. Die Kennzeichnung erfolgt ganz einfach elektronisch: Setzen Ärztinnen und Ärzte 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

Ärztinnen und 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 Ärztinnen und 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 Ärztinnen und 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-Ärztinnen und -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 (z. B. 88500 für PET und PET/CT).

Zu diesen Pseudoziffern geben Ärztinnen und 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>

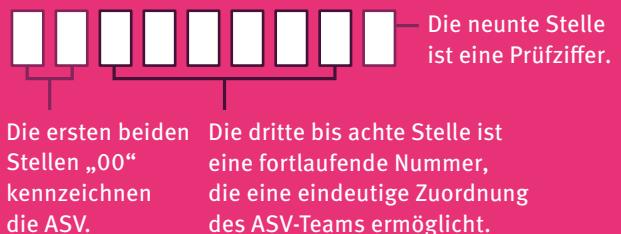
› Bundeseinheitliche Pseudoziffern:
www.kbv.de/html/8160.php
› *Abrechnung von Abschnitt-2-Leistungen: Pseudoziffern und GOÄ*

DAS IST DIE ASV-TEAMNUMMER

- Die ASV-Teamnummer ist ein bundesweit eindeutiges Identifikationsmerkmal.
- Vergeben wird sie von der ASV-Servicestelle.

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

ZUSAMMENSETZUNG DER NEUN STELLEN DER ASV-TEAMNUMMER:



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 Ärztinnen und Ärzte in Einzelpraxen gilt in der ASV statt des Behandlungsfalls der Arztfall. Er umfasst die Behandlung derselben Versicherten durch dieselbe Ärztin oder 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 Vertragsärztinnen und -ärzte in Medizinischen Versorgungszentren gilt in der ASV statt des Behandlungsfalls der Fachgruppenfall. Er umfasst die Behandlung derselben Versicherten in einem Quartal durch dieselbe Fachgruppe – unabhängig von der behandelnden Ärztin oder dem 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 Ärztinnen und Ärzte bei einer Patientin oder einem Patienten dieselbe Leistung im Quartal durchführen. Dabei rechnet jede Ärztin und jeder Arzt die eigenen 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 einer Patientin oder einem Patienten mehrmals im Behandlungsfall berechnet werden können (z. B. abdominelle Sonografie)

15 Prozent bei GOP, die nur einmalig berechnet werden können (z. B. Grundpauschale)

Erst die Prüfung aller Abrechnungen eines ASV-Teams durch die Krankenkasse der Versicherten ergibt, ob es bei dem Abschlag bleibt. Wenn die Krankenkasse feststellt, dass die GOP nicht durch mehrere Ärztinnen und Ärzte derselben Fachgruppe im ASV-Kernteam abgerechnet wurden, erhält die Ärztin oder der Arzt den einbehaltenden 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. Vertragsärztinnen und -ärzte 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:

Ärztinnen und Ärzte wählen in ihrer Praxissoftware die ASV-Leistung aus, die sie abrechnen wollen.

Zusätzlich geben sie die ASV-Teamnummer an, damit die KV die Leistung richtig zuordnen kann.

Abschließend senden sie 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 Zahlungsbwicklung mit den Krankenkassen übernimmt. Entscheiden Sie sich für diesen Abrechnungsweg, beauftragen Sie die KV als Dienstleister. Näheres dazu erfahren Sie bei Ihrer KV.

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 Vertragsärztinnen und -ärzte und Krankenhäuser.

Für Vertragsärztinnen und -ärzte kommen die regionalen Sprechstundenbedarfsvereinbarungen inklusive der Vereinbarungen zu Kontrastmitteln auch in der ASV zur Anwendung. Für Krankenhäuser wurden eigene Pauschalen für den Sprechstundenbedarf je Patientin beziehungsweise 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).

INSTITUTIONSKENNZEICHEN

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

Vertragsärztinnen und -ärzte, die direkt mit der Krankenkasse ihrer Patientinnen und 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.

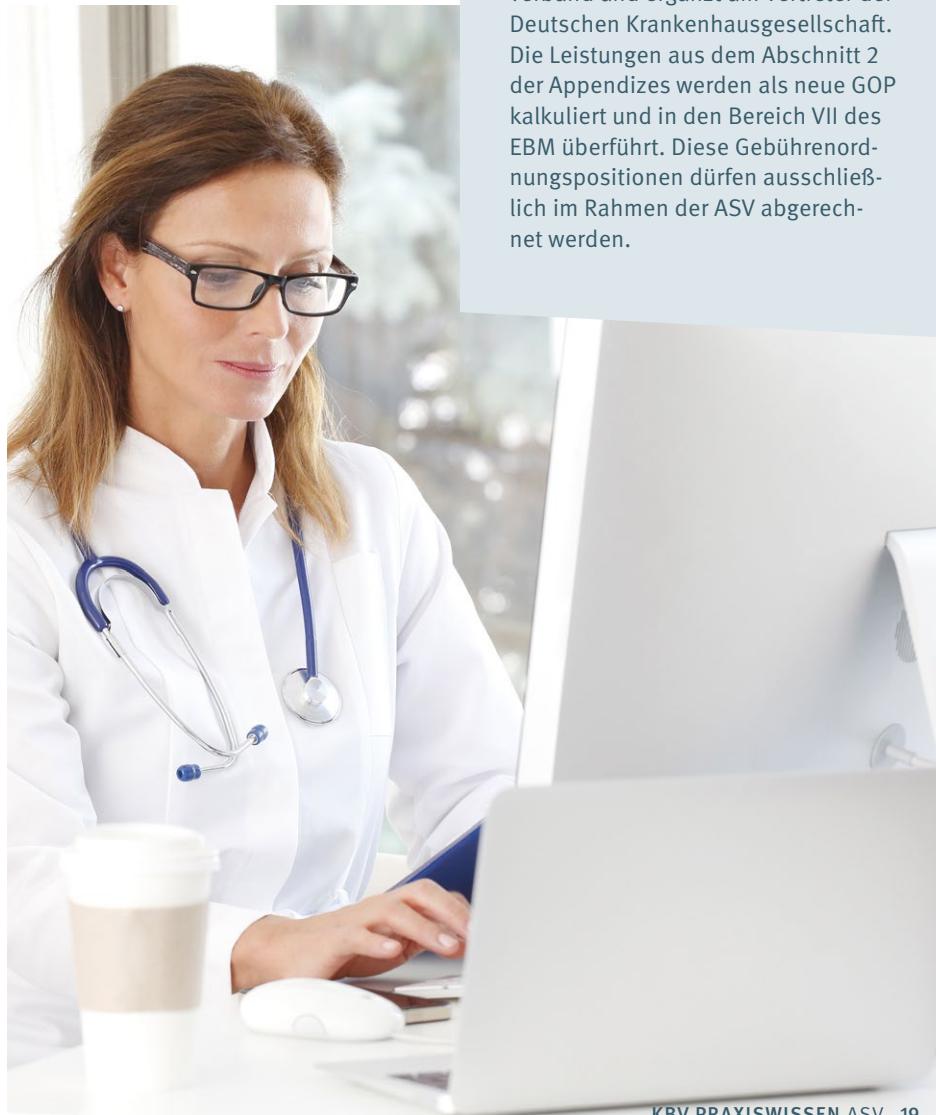


› Übersicht der Institutionskennzeichen der Kassenärztlichen Vereinigungen:
www.kbv.de/606698

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.



VERORDNUNGEN UND FORMULARE IN DER ASV

Ärztinnen und Ärzte nutzen für ihre ASV-Patientinnen und -Patienten die Formulare der vertragsärztlichen Versorgung – mit Ausnahme des Papierrezepts für Arzneimittel.

Wichtig ist, dass der „ASV-Fall“ gekennzeichnet wird. Ansonsten könnte es passieren, dass zum Beispiel eine Verordnung für ASV-Patientinnen und -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. Die Ärztin oder der Arzt wählt im Praxisverwaltungssystem aus, dass das Formular im Rahmen der ASV ausgestellt wird.

Dann wird es automatisch mit den notwendigen Daten bedruckt – zum Beispiel steht im Feld „Betriebsstättennummer“ statt der vertragsärztlichen Betriebsstättennummer die Teamnummer des ASV-Teams (Paragraf 9 der ASV-Abrechnungsvereinbarung).

EREZEPT UND PAPIERREZEPT IN DER ASV

Verschreibungspflichtige Arzneimittel werden auch in der ASV als eRezept verordnet. Geben die Ärztinnen oder Ärzte in ihrem PVS an, dass es sich um eine Verordnung in der ASV handelt, werden alle Felder automatisch befüllt.

Ärztinnen und Ärzte verwenden das Papierrezept nur in Ausnahmefällen, unter anderem bei technischen Störungen sowie bei Haus- und Pflegeheimbesuchen. Für diese Fälle benötigen sie weiterhin einen extra Rezeptblock für Arzneiverordnungen in der ASV. Hier ist unter anderem in der sogenannten Codierleiste die Pseudoziffer „22222222“ (9-mal die 2) aufgedruckt (siehe Abbildung).

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.



› Ausführliche Infos zum eRezept:
www.kbv.de/html/erezept.php

PAPIERREZEPT IN DER ASV

P PERSONALIEN-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 Landesausschuss, ergänzter Bewertungsausschuss – mit der ASV sind viele Begriffe und Bezeichnungen verbunden. Doch was verbirgt sich dahinter? Hier erhalten Sie einen schnellen Überblick.

APPENDIX

Der Appendix enthält sämtliche Leistungen, die ASV-Berechtigte bei einer ASV-Erkrankung abrechnen können. Im ersten Abschnitt sind die Gebührenordnungspositionen des EBM aufgeführt. Im zweiten Abschnitt finden sich die Leistungen, die noch nicht Bestandteil des EBM sind. Der Appendix ist Teil der Anlagen zur ASV-Richtlinie, in denen jeweils die einzelnen ASV-Indikationen konkretisiert werden.

ASV-BERECHTIGUNG

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

ASV-RICHTLINIE

Die ASV-Richtlinie gibt den formalen Rahmen für den sektorenübergreifenden Versorgungsbereich vor. Sie regelt die Anforderungen an die ASV, die grundsätzlich für alle ASV-Erkrankungen gelten. Die einzelnen Krankheiten werden in den Anlagen konkretisiert. Die Richtlinie sowie die Anlagen werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen.

ASV-SERVICESTELLE

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

ASV-TEAM

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

ASV-TEAMNUMMER

Jedes Team erhält von der ASV-Servicestelle eine ASV-Teamnummer. Mit ihr kennzeichnen ASV-Ärztinnen und -ärzte die Leistungen oder Verordnungen, die sie in der ASV durchführen. Die Teamnummer umfasst neun Ziffern und ist wie eine Betriebsstättennummer (BSNR) aufgebaut. Sie wird vergeben, sobald die Ärztinnen und Ärzte eine ASV-Berechtigung haben – zusätzlich zur BSNR und zur lebenslangen Arztnummer.

ASV-VERZEICHNIS

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

ERGÄNZTER BEWERTUNGSAUSSCHUSS

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

ERWEITERTE LANDESAUSSCHÜSSE

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

INSTITUTIONSKENNZEICHEN

Die Teamleitung braucht diese neunstellige Nummer aller Teammitglieder, wenn sie bei der ASV-Servicestelle die ASV-Teamnummer beantragt. Vertragsärztinnen und -ärzte, die ihre ASV-Leistungen über die KV abrechnen, geben das Institutionskennzeichen (IK) ihrer KV an. Vertragsärztinnen und -ärzte, die direkt mit der Krankenkasse ihrer Patientinnen und Patienten abrechnen möchten, müssen sich selbst ein IK besorgen und wenden sich dazu an die Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen. Bei Krankenhäusern ist die Nummer identisch mit dem Krankenhaus-IK.

PARAGRAF 116 B SGB V

Dieser Paragraf bildet die gesetzliche Grundlage für die ASV.

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de



↗ **PraxisWissen**
↗ **PraxisWissenSpezial**
Themenhefte für
Ihren Praxisalltag
Abrufbar und kostenfrei
bestellbar unter:
www.kbv.de/838223



↗ **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: Bereich Interne Kommunikation
im Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Fachlich zuständig: Dezernat Vergütung
und Gebührenordnung – Abteilung
Medizinische Dokumentation
Gestaltung: büro lüdke GmbH
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: September 2024

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde zum Teil nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. Die Informationen in dieser Broschüre sind ein Serviceangebot, die KBV erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.