



**Bundesverband  
ambulante  
spezialfachärztliche  
Versorgung e.V.**

## Newsletter des BV ASV vom 21.02.2014

Sehr geehrte Damen und Herren,

gestern hat der Gemeinsame Bundesausschuss in Berlin die Regelungen für die zweite ASV-Indikation auf den Weg gebracht - zumindest teilweise. Denn was in der Pressemitteilung des G-BA nicht zu lesen war, ist, dass wichtige Beschlussteile nochmals verschoben werden mussten. Wir waren in der Sitzung dabei - lesen Sie im ersten Beitrag die wichtigsten Punkte dazu.

### **Gastrointestinale Tumoren: doch erst ab 1.7.**

G-BA Chef Josef Hecken eröffnete das Thema mit dem Hinweis, dass rund 80-90 Prozent der Inhalte der „Konkretisierung“ zu den Magen-Darm-Tumoren unstrittig seien. Wenn man die unterschiedlichen Positionen der im G-BA vertretenen Organisationen kennt, ist das durchaus erstaunlich. An den letzten 20 Prozent schieden sich jedoch die Geister – so konnte gestern der so genannte „Appendix I und II“, der die abrechenbaren EBM-Ziffern bzw. die abrechenbaren neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (kurz: NUB) enthalten soll, noch nicht beschlossen werden. Dies soll in drei Wochen in einer neuen G-BA Sitzung nachgeholt werden, so dass ein Start der ASV im Bereich der Magen-Darm-Tumoren frühestens zum 1.7. denkbar ist.

ASV-Unterausschuss-Leiterin Dr. Regina Klakow-Franck wies mehrfach darauf hin, dass die gesetzliche Eingrenzung auf die „schwere Verlaufsform“ ein fundamentaler Strickfehler im §116b SGB V sei, der die Umsetzung massiv erschwere. Ein Konsens der beteiligten Organisationen sei bei der Definition des „schweren Verlaufs“ nicht zu erreichen. So wurde der Antrag der Dt. Krankenhausgesellschaft, schwangere Patientinnen mit gastrointestinalen Tumoren grundsätzlich im Rahmen der ASV zu behandeln ebenso abgelehnt wie die Forderung, Multimorbidität als Kriterium zu akzeptieren. Die DKG wies mehrfach darauf hin, dass damit die ASV eine deutliche Einschränkung für Krankenhäuser gegenüber den Zulassungen zur ambulanten Versorgung nach § 116b SGB V alter Fassung darstelle. Das könnte die Versorgung von Bestandpatienten u.U. verschlechtern.

Weitere wichtige Beschlüsse im Überblick:

- PET wird in besonderen Fällen innerhalb der ASV abrechenbar sein, nicht aber generell. Auch die Psychoonkologie wurde nicht grundsätzlich als Leistung aufgenommen
- Patienten mit familiärer Polyposis werden – trotz Antrag der Patientenvertreter und intensiver Diskussion – derzeit noch nicht in die ASV einbezogen
- Schwierig gestaltet sich die Einbindung bestehender Versorgungsstrukturen, insbesondere der Onkologievereinbarung. Laut Herrn Dr. Leber (GKV-Spitzenverband) darf die Definition der ASV für die gastrointestinalen Tumoren nicht hinter das Qualitätsniveau der Onkologievereinbarung zurückfallen
- Für das Kernteam wird eine Mindestfallzahl von 140 Patienten mit gastrointestinalen Tumoren pro Jahr gelten (kumulativ zu erfüllen)
- Die Integration der Palliativversorgung in die ASV gestaltet sich schwierig; hier scheint noch kein Konsens der Beteiligten gefunden zu sein

Die Beschlüsse werden in den nächsten Wochen veröffentlicht - wir werden Sie darüber (wie gewohnt) informieren.

### **Tuberkulose: die Anforderungen im Überblick**

Wir haben für Sie die Inhalte der Konkretisierung zur Tuberkulose zusammengefasst. Sie finden sie auf unserer [Internetseite](#). Entgegen der ersten Informationen aus der G-BA Sitzung vom 19.12.13 sind die Mindestmengen (20 Patienten mit Tuberkulose p.a.) nun doch durch die Mitglieder des Kernteams gemeinschaftlich (und nicht pro Arzt) zu erfüllen. Hier scheint es offenbar im Nachgang der Sitzung noch eine Anpassung gegeben zu haben. Damit wird die Einstiegsbarriere in die ASV deutlich reduziert.

### **Vergütung der ASV-Leistungen: aktueller Stand**

Die in der ASV abrechenbaren Leistungen werden für jedes Krankheitsbild als "Appendix" zu den Konkretisierungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen. Dieser Appendix ist eine Liste an EBM-Ziffern je mit einer Kennzeichnung, ob bzw. durch welche/s Teammitglied/er (Fachgruppe/n) sie jeweils im Rahmen der ASV abrechenbar sind. Hinzu kommen ggf. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht Teil des EBM sind, innerhalb der ASV aber erbracht und abgerechnet werden dürfen. Bei der Tuberkulose sind dies z.B. die Testung des Farbsinns oder bestimmte molekularbiologische Schnelltestungen.

Über die Vergütungshöhe hat der G-BA jedoch nicht zu entscheiden. Dies ist Aufgabe des so genannten "Ergänzten Bewertungsausschusses" (KBV, Dt. Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband). Er muss innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation entsprechende Vergütungspositionen im EBM schaffen, die ausschließlich durch ASV-Teilnehmer abgerechnet werden dürfen. Der Inhalt dieser Positionen ist durch den Appendix festgelegt; der Ergänzten Bewertungsausschuss entscheidet jedoch über die Höhe.

Doch auch bis zu dieser Entscheidung können ASV-Berechtigte bereits ASV-Leistungen erbringen und abrechnen. Die im Appendix enthaltenen Leistungen werden in dieser Zeit mit dem im jeweiligen KV-Bezirk gültigen Punktwert als Einzelleistungen vergü-

tet. Die KBV plant, für diese Übergangszeit auf Bundesebene eine Euro-Gebührenordnung für die einzelnen KV-Regionen zu publizieren.

## ASV-Abrechnung

Für die Abrechnung der ASV-Leistungen stehen zwei Wege offen: Direktabrechnung mit den Kassen oder die Einschaltung eines Dienstleisters. Vertragsärzte können dabei auch ihre KV als Dienstleister beauftragen. Die technischen Vorgaben zur Abrechnung (Datenformat, usw.) werden durch KBV, Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband festgelegt. Fest steht, dass jedes ASV-Team eine bundesweit eindeutige ASV-Teamnummer (neunstellig) erhält, die mit der Abrechnung übermittelt werden muss. Die Teamnummer wird durch eine ASV-Verzeichnisstelle (Ansiedlung noch unbekannt) auf Antrag des Teamleiters vergeben.

Einig sind sich die Partner auch darin, dass die Abrechnung der ASV für

- die Krankenhäuser auf Basis des §301 SGB V erfolgt und
- die Vertragsärzte einen auf dem Einzelfallnachweis (EFN) im EDIFACT-Format (United Nations Electronic Data Interchange For Administration, Commerce and Transport) aufbauenden Datensatz übermitteln. Dabei ist es unerheblich, ob die Abrechnung direkt, über eine KV oder über einen privaten Dienstleister erfolgt.

Die KBV hat die Praxissoftwareanbieter bereits über technische Einzelheiten informiert - Sie können das Dokument [hier](#) abrufen.

Unser Tipp: erkundigen Sie sich rechtzeitig bei Ihrer KV, ob und zu welchen Konditionen sie eine ASV-Abrechnung anbietet. Holen Sie unbedingt weitere Angebote ein - Nachfragen lohnt bei Ihrem Anbieter für Ihre privatärztliche Abrechnung sowie ggf. bei Ihrem Praxissoftwareanbieter. Bitte denken Sie auch daran, dass Ihre ASV-Patienten der Datenübermittlung über einen Dienstleister (auch die KV!) in jedem Fall schriftlich zustimmen müssen.

## Jetzt noch anmelden: Regionalgespräch am 21.3.2014 in Düsseldorf

Nutzen Sie die Gelegenheit, sich direkt über den aktuellen Stand zur ASV zu informieren und mit anderen Interessierten auszutauschen! Am Freitag, den 21. März 2014 findet zwischen 16:00 und 18:00 Uhr unser nächstes Regionalgespräch zur ASV statt - dieses Mal in Düsseldorf. Die Veranstaltung ist wie gewohnt kostenfrei. Einzelheiten zum Termin und zur Anmeldung finden Sie auf unserer [Homepage](#)!

Mit den besten Grüßen

Dr. Axel Munte  
Vorsitzender des Vorstands

Dr. Wolfgang Abenhardt  
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands

Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V.  
Dr.-Max-Str. 21, 82031 Grünwald bei München, Deutschland  
Vorstand: Dr. Axel Munte, Dr. Wolfgang Abenhardt  
Amtsgericht München VR 203940