Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V.

Neuromuskuläre Erkrankungen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Ihr Weg in den neuen Versorgungsbereich

1. Auflage: September 2021

AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

ÜBERBLICK

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (kurz: ASV) wurde durch die Neufassung des § 116b SGB V zum 01.01.2012 eingeführt. Die Idee: die ambulante Diagnostik und Therapie von Patienten mit komplexen oder seltenen Erkrankungen sowie bestimmte hochspezialisierte Leistungen werden in einen neuen Versorgungsbereich überführt (siehe Infobox „Indikationen").

In diesem können bei entsprechender Qualifikation sowohl Krankenhäuser als auch niedergelassene Ärzte tätig werden. Ein Kernelement der ASV ist die Verpflichtung zur Bildung interdisziplinärer Teams bestehend aus einer Teamleitung, einem Kernteam sowie hinzuzuziehenden Fachärzten. Einschlusskriterien für Patienten, die Zugangsvoraussetzungen für Leistungserbringer sowie die Zusammensetzung der interdisziplinären Teams werden in einer ASV-Richtlinie und so genannten krankheitsspezifischen Konkretisierungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen.

Die Konkretisierung zu den neuromuskulären Erkrankungen wurde am 17.12.2020 vom G-BA verabschiedet und ist am 06.05.2021 in Kraft getreten. Seitdem ist die Bildung von ASV-Teams auch für diesen Bereich möglich.

BESONDERHEITEN DER ASV

- **Ambulante Behandlung komplexer Erkrankungen (seltene Krankheiten bzw. Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf)**
- **Zugang für Leistungserbringer ausschließlich über Qualifikation, keine Bedarfsplanung**
- **Zugangsprüfung für Ärzte und Krankenhäuser durch die Erweiterten Landesausschüsse (ELAs)**
- **Interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit**
- **Eigene Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
- **Extrabudgetäre Vergütung ohne Budgetierung**
- **Abrechnungsmöglichkeit auch für ausgewählte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

CHANCEN

STRATEGISCHE CHANCEN

- Positionierung als Schwerpunktzentrum/Fachexperte
- Bindung von Zuweisern
- Auf- und Ausbau von Kooperationen ambulant/stationär
- Kooperatives Arbeiten im interdisziplinären Team
- ggf. Gewinnung neuer Patienten

WIRTSCHAFTLICHE CHANCEN

- Versicherte aller gesetzlichen Krankenkassen können in der ASV behandelt werden
- Einzelleistungsvergütung mit festen Preisen ohne Budgetierung
- Möglichkeit zur ambulanten Behandlung und Abrechnung für Krankenhäuser für mehrere Abteilungen, z. B. auch Radiologie oder Labor
- Abrechnung von Leistungen, die in der vertragsärztlichen Versorgung nicht vergütet werden (PET, PET/CT, intrathekale Therapie bei Spinaler Muskelatrophie)

INDIKATIONEN IN DER ASV[1]

ERKRANKUNGEN MIT BESONDEREN KRANKHEITSVERLÄUFEN WIE

- Onkologische Erkrankungen (verschiedene Entitäten) ✓
- Rheumatologische Erkrankungen ✓
- HIV/AIDS[1]
- Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3 und 4)[1]
- Multiple Sklerose[1]
- Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)[1]
- Komplexe Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie[1]
- Folgeschäden bei Frühgeborenen[1]
- Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen[1]

HOCHSPEZIALISIERTE LEISTUNGEN

- CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen
- Brachytherapie

SELTENE ERKRANKUNGEN

- Tuberkulose ✓
- Mukoviszidose ✓
- Hämophilie ✓
- Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen (teilweise) ✓
- Schwerwiegende immunologische Erkrankungen
- Biliäre Zirrhose ✓ [2]
- Primär sklerosierende Cholangitis ✓ [2]
- Morbus Wilson ✓
- Transsexualismus
- Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen
- Marfan-Syndrom ✓
- Pulmonale Hypertonie ✓
- Kurzdarmsyndrom
- Sarkoidose ✓
- Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern

✓ bereits in Kraft (Stand: September 2021)
[1] nur schwere Verläufe | [2] zusammengefasst in Konkretisierung „ausgewählte seltene Lebererkrankungen“

UMSETZUNG

KRANKHEITSSPEZIFISCHE VORAUSSETZUNGEN

Um Patienten im Rahmen der ASV behandeln zu können, müssen bestimmte diagnose- und therapiespezifische Voraussetzungen erfüllt sein.

Zur Gruppe der Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen im Sinne der Richtlinie zählen Patienten mit folgenden Erkrankungen:

ÜBERSICHT ÜBER DIE EINSCHLUSSKRITERIEN FÜR PATIENTEN

G12.–	Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome
G14	Postpolio-Syndrom
G60.–	Hereditäre und idiopathische Neuropathie
G61.–	Polyneuritis
G70.–	Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten
G71.–	Primäre Myopathien
G72.3	Sonstige Myopathien: Periodische Lähmung
G72.4	Entzündliche Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert
G72.88	Sonstige näher bezeichnete Myopathien
G73.0*	Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten
G73.1*	Lambert-Eaton-Syndrom
G73.2*	Sonstige Myastheniesyndrome bei Neubildungen
G73.3*	Myastheniesyndrome bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
G73.4*	Myopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
G73.5*	Myopathie bei endokrinen Krankheiten
G73.6*	Myopathie bei Stoffwechselkrankheiten
M33.–	Dermatomyositis-Polymyositis
M36.0*	Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (bei C00-D48†)
M60.1–	Interstitielle Myositis

Die ASV-Aufnahme des Patienten setzt eine Überweisung durch einen Vertragsarzt voraus. Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Für Patienten, die in einem ASV-berechtigten Krankenhaus wegen der ASV-Erkrankung stationär behandelt wurden, besteht bei ambulanter ASV-Anschlussbehandlung nach Entlassung kein Überweisungserfordernis. Auch für Bestandspatienten von ASV-berechtigten Vertragsärzten ist keine Überweisung notwendig, um diese in die ASV aufzunehmen.

DER WEG DES PATIENTEN IN DIE ASV

Wie sieht der Versorgungspfad eines Patienten in der ASV aus? Im Folgenden haben wir das beispielhaft dargestellt.

BEHANDLUNGSPFAD

1. ÜBERWEISUNG IN DIE ASV

- Der Patient ist aufgrund seiner Erkrankung für die ASV geeignet
- Zugang auf Überweisung eines Vertragsarztes oder direkte Aufnahme durch einen ASV-berechtigten Vertragsarzt bzw. eine ASV-berechtigte Klinik

2. AUFNAHME INS ASV-TEAM

- Überprüfung der Zugangskriterien durch ASV-berechtigten Arzt
- Umfassende Information des Patienten über die ASV und das Team (keine Einschreibung erforderlich)

3. BEHANDLUNGSPLAN ERSTELLEN

- Der Behandlungsplan wird durch das Team aufgestellt
- Der Patient wird innerhalb des Teams betreut: im Kernteam ohne Überweisung, bei Beteiligung der hinzuzuziehenden Fachärzte ist eine Überweisung notwendig

4. ÜBERLEITUNG IN DIE REGELVERSORGUNG

- Wird der Patient in der vertragsärztlichen Regelversorgung weiterbehandelt (z. B. Wunsch des Patienten, Umzug), ist ein Entlassmanagement obligatorisch

DER WEG DES ARZTES IN DIE ASV

Um an der ASV für neuromuskuläre Erkrankungen teilnehmen zu können, müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt werden. So muss ein interdisziplinäres Team gebildet werden, um gemeinsam zum Beispiel Mindestmengen und organisatorische sowie sächliche Voraussetzungen nachzuweisen. Anschließend wird beim Erweiterten Landesausschuss (ELA) der jeweiligen Region eine gemeinsame Teilnahmeanzeige gestellt, die grundsätzlich innerhalb von zwei Monaten bearbeitet wird. Sollte innerhalb dieser Frist kein negativer Bescheid vorliegen, ist die ASV-Zulassung rechtskräftig. Nachforderungen von Unterlagen seitens des ELA hemmen die Frist, d. h. sie läuft erst nach Nachreichung weiter. Berechtigte ASV-Teams werden durch die ASV Servicestelle (www.asv-servicestelle.de) online veröffentlicht, sofern sie der Veröffentlichung zustimmen und der Servicestelle alle Daten vollständig vorliegen.

CHECKLISTE

Mit der folgenden Checkliste möchten wir Sie bei der Bildung eines ASV-Teams für neuromuskuläre Erkrankungen und der anschließenden ASV-Anzeige unterstützen.

1. Haben Sie Vorteile und Risiken einer Teilnahme abgewogen?

VORTEILE

- Extrabudgetäre Einzelleistungsvergütung ohne Budgetierung
- Breite Möglichkeit zur ambulanten Behandlung und Abrechnung (EBM) für Kliniken
- Abrechnung von Leistungen, die in der vertragsärztlichen Versorgung nicht vergütet werden
- Möglichkeit zur Intensivierung von Kooperationen
- Strategische Positionierung als Fachexperte
- Optimale interdisziplinäre und intersektorale Patientenbetreuung
- ASV-Berechtigung zeitlich unbegrenzt
- Ggf. Gewinnung neuer Patienten

POTENZIELLE NACHTEILE

- Konflikt mit Zuweisern oder Kooperationspartnern, die nicht an der ASV teilnehmen können/wollen
- Organisatorischer Aufwand für die Vorbereitung der Teilnahme
- Kosten für die Einrichtung der ASV (z. B. Abrechnungssoftware)
- Höherer Aufwand für die laufende Umsetzung und Verwaltung der ASV neben der Regelversorgung

2. Planen Sie den richtigen Zeitpunkt

Die zeitliche Planung ist vor allem für Krankenhäuser essenziell, die über eine Bestandsberechtigung nach § 116b SGB V alter Fassung (ambulante Behandlung am Krankenhaus) für diesen Indikationsbereich verfügen. Diese Berechtigungen enden drei Jahre nach Inkrafttreten der Konkretisierung, also zum 06.05.2024. Spätestens bis dann muss eine Umstellung auf die ASV erfolgen, sofern nicht andere Abrechnungsmöglichkeiten gegeben sind. Erfahrungsgemäß ist für das Erlangen der ASV-Berechtigung ein zeitlicher Vorlauf von sechs bis zwölf Monaten zu rechnen. Beachten Sie dabei, dass das Inkrafttreten einer ASV-Berechtigung in der Regel dazu führt, dass die Bestandsberechtigung sofort endet. Einige ELA bieten jedoch die Möglichkeit, auf der Anzeige ein Wunschdatum für das Inkrafttreten der ASV-Berechtigung (nach positivem Ergebnis der Prüfung) anzugeben.

3. Wer übernimmt die Teamleitung?

Die Teamleitung übernimmt die fachliche und organisatorische Koordination der ASV. Bei neuromuskulären Erkrankungen wird die Teamleitung durch einen Facharzt für Neurologie wahrgenommen.

Werden Kinder und Jugendliche behandelt, kann das alternativ auch ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie übernehmen

Profitieren Sie von den Vorteilen einer Mitgliedschaft beim BV-ASV. Mehr Informationen dazu finden Sie unter: www.bv-asv.de/verband/beitreten/

4. Sind ausreichend Kollegen an einer Teilnahme interessiert, um ein interdisziplinäres Team aus Kernteammitgliedern und hinzuzuziehenden Fachärzten zusammenzustellen?

Folgende Fachgruppen sind zwingend im ASV-Team vorzuhalten:

TEAMLEITUNG:

- Neurologie

SOFERN KINDER UND JUGENDLICHE BEHANDELT WERDEN:

Alternativ:

- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie

KERNTEAM:

- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Neurologie

Zusätzlich verpflichtend:

- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie ODER
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie ODER
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie

Falls o. g. Fachärzte nicht verfügbar sind, ist ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin ins Team aufzunehmen.

HINZUZUZIEHENDE FACHÄRZTE:

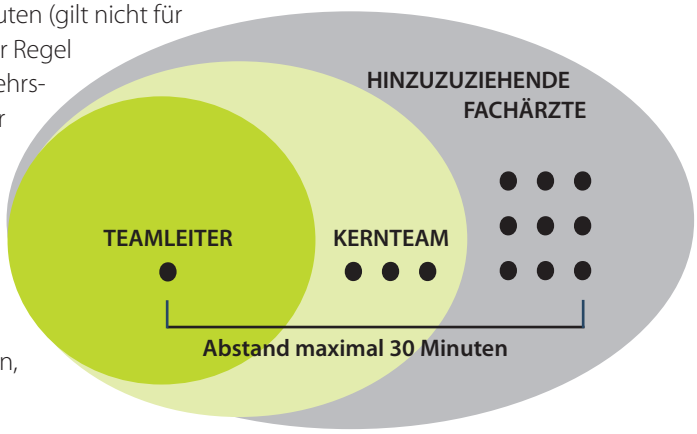
- Augenheilkunde
- Humangenetik
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Labor
- Neuropathologie
- Nuklearmedizin
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Pathologie, sofern die Facharztgruppe Neuropathologie nicht über die erforderliche pathologische Expertise oder Ausstattung für die umfassten Erkrankungen verfügt
- Psychiatrie und Psychotherapie ODER
  - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ODER
  - Psychologischer ODER
  - ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie

Zusätzlich optional:

- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ODER
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ODER
- Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie ODER
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie ODER
- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie ODER
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie

5. Ist Ihr Team ausreichend schnell erreichbar?

Am Patienten arbeitende Ärzte müssen in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung praktizieren, das sind in der Regel maximal 30 Minuten (gilt nicht für Labor, Pathologie). Die Entfernung wird in der Regel mit Google Maps bestimmt (günstigste Verkehrsverbindung). Der ELA kann abhängig von der regionalen Versorgungssituation Abweichungen zulassen, sodass auch weiter entfernte Teammitglieder einbezogen werden können, zum Beispiel da eine bestimmte Fachgruppe näher nicht verfügbar ist. Falls Teammitglieder mehr als 30 Minuten entfernt sind, sollten Sie unbedingt versuchen, eine Ausnahmeregelung zu erwirken.



6. Wird die teambezogene Mindestmenge erfüllt?

Um an der ASV teilnehmen zu können, muss das Kernteam mindestens 50 Patienten der eingeschlossenen Erkrankungen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln. Die Patienten der Kernteammitglieder werden dabei addiert. Einbezogen werden gesetzlich und privat Versicherte, auch die Behandlungsform (stationär, ambulant) spielt keine Rolle. Die Mindestmenge ist für den 12-Monats-Zeitraum vor der Anzeige nachzuweisen und dann für jedes Jahr der ASV-Tätigkeit. Im Jahr vor der Anzeige und im ersten Jahr der ASV-Teilnahme ist eine Unterschreitung von bis zu 50 Prozent zulässig.

7. Erfüllen Sie die Anforderungen an die Qualitätsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V?

In der ASV gelten, wie in der vertragsärztlichen Versorgung, die Qualitätsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V. Das bedeutet, dass bestimmte Leistungen, die Teil des in der ASV abrechenbaren Ziffernkranzes sind, einer Genehmigungspflicht unterliegen. Diese Qualitätsnachweise müssen bei der ASV-Anzeige beim ELA nachgewiesen werden. Während Niedergelassene den Nachweis meist über eine vorhandene Abrechnungsgenehmigung der KV bzw. durch einen Verweis auf ihre Arztregisterakte bei der KV erledigen können, müssen Krankenhausärzte in der Regel die Nachweise zusätzlich vorlegen. Betroffen sind u.a. Leistungen aus dem Bereich der bildgebenden Diagnostik (z. B. Ultraschall, Strahlendiagnostik, MRT) oder die Koloskopie.

8. Sind die weiteren Teilnahmevoraussetzungen erfüllt?

Personelle Anforderungen (z. B. Erfüllung von Qualitätsanforderungen von Qualitätsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V, sofern diese für Leistungen des Behandlungsumfangs zutreffen)

Sächliche und organisatorische Anforderungen (z. B. 24h-Notfallversorgung und Rufbereitschaft, Zugang zu intensivmedizinischer Versorgung oder Zusammenarbeit mit sozialen Diensten)

Eine vollständige Übersicht über die Teilnahmevoraussetzungen finden Sie auf
www.bv-asv.de/asv/indikationen/neuromuskulaere-erkrankungen/

9. Sind mögliche Kooperationsvereinbarungen erarbeitet und abgeschlossen?

Wird das interdisziplinäre Team (siehe 4.) durch eine Kooperation zwischen mehreren Krankenhäusern und/oder Arztpraxen gebildet, ist in der Regel ein Kooperationsvertrag zu schließen. Der BV ASV und diverse Berufsverbände stellen ihren Mitgliedern dafür Vorlagen zur Verfügung. Eine Rechtsberatung ist ergänzend ratsam.

Wichtige Punkte, die Sie u. a. regeln sollten:

- Entscheidungsprozesse im Team
- Regelungen zum Ausscheiden und Eintritt neuer Mitglieder
- Haftpflichtdeckung
- Teaminterne Standards, z. B. Patienteninformationen
- Behandlungspfade und Abläufe im interdisziplinären Team
- Informationspflichten

10. Wie setzen Sie die ASV technisch um?

Aktuell rechnet jedes Teammitglied seine ASV-Leistungen direkt und eigenverantwortlich mit den Krankenkassen ab. Vertragsärzte können die KV als Abrechnungsdienstleister beauftragen. Für die Leistungserfassung wird dabei das vorhandene Praxisverwaltungssystem genutzt. Meist muss diese Funktion freigeschaltet werden. Krankenhäuser müssen die ASV-Abrechnung im Krankenhausinformationssystem (KIS) implementieren. Eine gemeinsame Fallakte ist in der ASV keine Pflicht, allerdings müssen zumindest die Mitglieder des Kernteams zeitnah Zugriff auf die Befund- und Behandlungsdokumentationen haben.

11. Was benötigen Sie für die Anzeige beim ELA?

Die ELAs stellen Anzeigenvordrucke für die einzelnen ASV-Erkrankungen zur Verfügung, die man verwenden sollte. Erstreckt sich das Team über die Zuständigkeitsgebiete mehrerer ELAs, so ist der Ort der Teamleitung maßgeblich. Abhängig von der Prüftiefe der einzelnen ELAs sind neben der ausgefüllten und unterschriebenen Anzeige weitere Unterlagen beizufügen, wie z. B. der Kooperationsvertrag des interdisziplinären Teams sowie ggf. Nachweise über Qualifikationen der einzelnen Teammitglieder (Zeugnisse etc.). Vertragsärzte können den ELA in der Regel berechtigen, Zugriff auf die Unterlagen bei der KV zu nehmen, was den Aufwand deutlich reduziert. Sinnvollerweise wird ein Ansprechpartner benannt, z. B. aus der Klinikverwaltung, der sich um die Zusammenführung der Unterlagen kümmert.

12. Was benötigt die ASV-Servicestelle?

Die ASV-Servicestelle (www.asv-servicestelle.de) vergibt die Teamnummer, die Sie für die Abrechnung benötigen. Dafür werden Daten Ihres ASV-Teams benötigt, die zum Teil über die der Teilnahmeanzeige hinausgehen, z. B. das Institutionskennzeichen (IK) bzw. von deren Abrechnungsdienstleister (KV). Registrieren Sie sich daher frühzeitig auf der Internetseite und prüfen Sie die benötigten Daten. Holen Sie diese idealerweise parallel zu den Informationen und Unterlagen für die Anzeige ein.

13. Ab wann sind Sie zur ASV-Teilnahme berechtigt?

Es gilt eine Anzeigepflicht, keine Genehmigungspflicht. Wenn Sie zwei Monate nach der Eingangsbestätigung Ihrer Unterlagen nichts vom ELA hören, sind Sie zur ASV-Teilnahme berechtigt. Die meisten ELAs versenden jedoch eine Bestätigung, dass alle Anforderungen erfüllt wurden. Sollten Sie Unterlagen nachreichen müssen, wird diese Zwei-Monatsfrist unterbrochen und läuft nach Einreichung der Dokumente weiter. Generell empfiehlt es sich, mit der ASV-Tätigkeit zum Quartalsbeginn zu starten.

VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

Für die ASV gilt ein eigenes Vergütungs- und Abrechnungssystem. Der G-BA definiert pro ASV-Indikation den sogenannten „Behandlungsumfang" aus den ambulanten Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht und abgerechnet werden können. ASV-zugelassene Krankenhäuser können – über den Behandlungsumfang hinaus – weitere fachärztliche Leistungen erbringen, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang mit der ASV-Erkrankung stehen, im selben Krankenhaus erbracht werden und Patienten eine Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung nicht zuzumuten ist.

ABRECHNUNG NACH DER REGIONALEN EURO-GEBÜHRENORDNUNG

Da die ASV-Leistungen vorerst sowohl durch Vertragsärzte als auch durch Krankenhäuser nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet werden, gilt die regionale Euro-Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung. Allerdings werden ASV-Leistungen direkt durch die Krankenkassen vergütet, d. h. ohne Anwendung von Budgets wie den Regelleistungsvolumina. [1]

NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

Der G-BA kann in den Behandlungsumfang auch Leistungen aufnehmen, die bislang nicht Bestandteil des ambulanten Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen sind. Diese Leistungen werden dann zunächst nach GOÄ vergütet, bis der ergänzte Bewertungsausschuss dafür eigene Gebührenordnungspositionen im Kapitel 50 und 51 des EBM geschaffen hat.

Für die ASV neuromuskuläre Erkrankungen hat der GBA folgende Leistungen aufgenommen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:

- Intrathekale Therapie bei Spinaler Muskelatrophie
- PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDGPET)
  - bei Myasthenia gravis und unklarem Mediastinaltumor oder begründetem Verdacht auf ein Thymomrezidiv
  - bei gesichertem Lambert-Eaton-Myasthenie-Syndrom zum Ausschluss einer paraneoplastischen Genese bei kleinzelligem Bronchialkarzinom,
  - bei Dermatomyositis-Polymyositis zum Ausschluss einer paraneoplastischen Genese und negativen oder unklarem Befund nach konventioneller Diagnostik (wie Thorax-CT, -MRT von Thorax, Abdomen, kleinem Becken, Bronchoskopie, Koloskopie, Antikörperdiagnostik)

NÄCHSTER SCHRITT: EIGENE GEBÜHRENORDNUNG [1]

Mittel- bis langfristig soll eine eigene Gebührenordnung für die ASV entwickelt werden. Diese wird voraussichtlich diagnoseabhängige Fallpauschalen enthalten. Ein Zeitplan liegt dafür noch nicht vor.

VERORDNUNGEN

Die Verordnung von Arzneimitteln in der ASV erfolgt sowohl für niedergelassene als auch am Krankenhaus angestellte Ärzte mittels des Formulars 16 (rosa Rezept). Für die ASV ist jedoch ein eigener Rezeptblock nötig. Bei diesen Rezepten ist in der sogenannten Codierleiste die Pseudoziffer „222222222" (neunmal die zwei) bei der Auslieferung durch die Druckerei bereits aufgedruckt. Die Abgabe von Medikamenten zur direkten Verabreichung in den Räumen des Krankenhauses kann durch die Krankenhausapotheke erfolgen, sonst durch die Offizinapotheke.

HILFREICHE LINKS

Rechtsquellen und Richtlinien:

- Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung:
  https://www.g-ba.de/richtlinien/80/
- Richtlinie zur ambulanten Behandlung am Krankenhaus (nach § 116b SGB V alter Fassung):
  www.g-ba.de/richtlinien/43/
- ASV-Abrechnungsvereinbarung:
  www.kbv.de/html/8160.php
- Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM):
  www.kbv.de/html/ebm.php

Weitere Links:

- Informationen zur ASV auf den Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung:
  www.kbv.de/html/asv.php
- Appendizes der bereits beschlossenen Konkretisierungen im Excel-Format:
  www.institut-ba.de/service/asvabrechnung.html
- ASV-Servicestelle beim GKV-Spitzenverband:
  www.asv-servicestelle.de/
- Patienteninformation des Gemeinsamen Bundesausschusses zur ASV:
  www.g-ba.de/downloads/17-98-4077/2019-11-05_G-BA_Merkblatt_Patienteninformation_ASV_bf.pdf

Raum für Ihre Notizen:

DER BUNDESVERBAND ASV

Der Verband tritt als fachgruppenübergreifende Interessensvertretung aller Ärzte aus Praxis und Klinik für die Förderung der ASV ein. Zudem informiert er seine Mitglieder über aktuelle Entwicklungen und stellt Informationen und Hilfen für die Anzeige und die tägliche Arbeit in der ASV unter **www.bv-asv.de** zur Verfügung.

Möchten Sie von diesen und weiteren Informationen profitieren?
Werden Sie Mitglied: **www.bv-asv.de/verband/beitreten**

IMPRESSUM

Dr. Axel Munte, Vorsitzender des Vorstands
Sonja Froschauer, Geschäftsführender Vorstand

Dr.-Max-Str. 21, 82031 Grünwald bei München
Amtsgericht München VR 203940, Steuernummer: 143/236/02191

Bildnachweise: Titel: AdobeStock, Seite 3: Blue Planet Studio/stock.adobe

Ergänzung zur Geschlechterneutralität:
Alle Personen- und Funktionsbezeichnungen beziehen sich in gleicher Weise auf Frauen und Männer.
Die alleinige Verwendung der männlichen Form an einigen Stellen dient der besseren Lesbarkeit des Textes.

Stand: September 2021 | Artikel-Nr.: 2110/22007151(SMN0 BRO Praxisbroschüre ASV) M-DE-00009270

Entstanden mit freundlicher Unterstützung der Roche Pharma AG, Grenzach-Wyhlen

QUELLEN

– § 116b SGB V in der Fassung des Krankenhausstrukturgesetzes ab 01.01.2016
– Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe d Neuromuskuläre Erkrankungen