Fragen und Antworten zur Abrechnung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

Abrechnungsvoraussetzung

Welche Voraussetzungen beziehungsweise Informationen benötigt die KV, um eine ASV-Abrechnung durchzuführen?

Sie müssen durch den Erweiterten Landesausschuss zugelassen sein und der KV Nordrhein die ASV-Erklärung (Abrechnungsvereinbarung) einreichen. Das Abrechnungs-Institutionskennzeichen der KV-Nordrhein lautet: 204 209 247.
Diese neunstellige Nummer ist ein eindeutiges Merkmal für die Abrechnung und wird im Zahlungsverkehr angegeben. Vertragsärzte, die ihre ASV-Leistungen über die KV Nordrhein abrechnen, benötigen das oben angegebene Institutionskennzeichen (IK).
Der ASV-Teamleiter gibt es einmalig bei der ASV-Servicestelle an, wenn er die ASV-Teamnummer beantragt. Falls Sie bisher direkt mit den Krankenkassen abgerechnet haben, melden Sie die Änderung bei der ASV-Servicestelle (**www.asv-servicestelle.de/Home/Kontakt**)

Abrechnung

Wer rechnet die ASV-Leistungen ab, Arzt oder Team?

Der Arzt rechnet sie ab. Jede ASV-Leistung muss dann mit der Teamnummer, LANR und BSNR beziehungsweise NBSNR gekennzeichnet werden.

Stimmt es, dass ich nur die Hauptbetriebsstättennummer bei der Abrechnung angeben muss, so wie es in der Anlage der ASV-Abrechnungsvereinbarung steht ?

Nein. Werden die Leistungen in einer Nebenbetriebsstätte erbracht, ist die NBSNR anzugeben.

ACHTUNG:
Entgegen der Formulierung in der Anlage der ASV-Abrechnungsvereinbarung müssen Sie Ihre NBSNR der ASV-Servicestelle melden. Die Krankenkassen lehnen die Vergütung von Leistungen ab, wenn eine NBSNR nicht im ASV-Verzeichnis aufgeführt ist!

Wann kann ich eine ASV-Leistung abrechnen?

Sobald Sie die Genehmigung für ein bestimmtes Krankheitsbild erhalten haben und das Team im ASV-Verzeichnis durch die Servicestelle eingetragen wurde.

Wie kennzeichne ich die ASV-Leistung in der Abrechnung?

Sie setzen Ihre Teamnummer, die LANR und BSNR beziehungsweise NBSNR zur Leistung im Praxisverwaltungssystem (PVS) hinzu. Alle zertifizierten PVS müssen die Möglichkeit zur ASV-Abrechnung anbieten.

ACHTUNG:
Denken Sie daran, auch Ihre NBSNR der ASV-Servicestelle zu melden. Die Krankenkassen lehnen die Vergütung von Leistungen ab, wenn eine NBSNR nicht im Verzeichnis aufgeführt ist!

Welche Leistung darf ich in der ASV abrechnen?

Alle Leistungen, die Sie in der ASV abrechnen können, sind im sogenannten Appendix aufgeführt. Die jeweils aktuelle Abrechnungsgrundlage stellt das Institut des Bewertungsausschusses für die einzelnen ASV-Krankheiten online bereit.
institut-ba.de/service/asvabrechnung/asvabrechnungexcel.html
In den Übersichten im Excel-Format lassen sich die Leistungen nach Fachgruppen sortieren und Änderungen zu Vorversionen anzeigen. Die Tabellen bilden den aktuellen Stand ab und sollten die Abrechnungsgrundlage in der Praxis sein.
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.

Wo trage ich die Gebührenordnungspositionen (GOP) ein?

Die EBM-Leistungen tragen Sie genauso ein wie bei der normalen Abrechnung, aber mit der zusätzlichen Angabe der ASV-Teamnummer.

Abrechnungsgenehmigungen

Was bedeuten die „Qualitätssicherungsvereinbarungen nach §135 Abs. 2 SGB V" für eine ASV-Anzeige?

In der vertragsärztlichen Versorgung über die KVen unterliegen bestimmte Leistungen einer Genehmigungspflicht. Das heißt, ein Arzt darf die Leistung erst zu Lasten der GKV erbringen und abrechnen, wenn er eine Genehmigung dafür von seiner KV erhalten hat – auch wenn diese Leistung Teil seines Fachgebiets laut Weiterbildungsordnung ist. Die Voraussetzungen, um eine solche Genehmigung zu erhalten, sind in Qualitätssicherungsvereinbarungen nach §135 Abs. 2 SGB V geregelt.

Das betrifft etwa die Koloskopie oder eine Reihe bildgebender Verfahren wie Sonographie, Röntgen oder MRT.

In den in der ASV abrechenbaren Ziffernkränzen sind nun solche genehmigungspflichtigen Leistungen enthalten. Da in der ASV die gleichen Qualitätsvorgaben gelten, sind diese mit der Anzeige durch die Ärzte nachzuweisen, die die betreffenden Leistungen in der ASV erbringen werden.

Während Niedergelassene das relativ einfach über eine vorhandene Abrechnungsgenehmigung der KV beziehungsweise durch einen Verweis auf ihre Arztregisterakte bei der KV erledigen können, müssen Krankenhausärzte das in der Regel zusätzlich durch die Vorlage der einzelnen Nachweise belegen.

Diese Belege sind dem Erweiterten Landesausschuss mit der Anzeige vorzulegen, nicht der KV. Verfügt ein Krankenhausarzt über eine Ermächtigung, die die genehmigungspflichtigen Leistungen umfasst, so kann er auch auf die KV-Arztregisterakte verweisen.

Appendix

Können Leistungen abgerechnet werden, die zwar nicht im Appendix aufgeführt, aber medizinisch notwendig sind?

Grundsätzlich sind die Ziffern, die in der ASV abgerechnet werden können, abschließend definiert. Nur GOP, die im Appendix aufgeführt sind, werden von den Kassen innerhalb der ASV-Abrechnung akzeptiert.

Arzneimittel

Fallen die Verordnungen in mein Budget?

Nein, es ist jedoch wichtig, dass Sie die speziellen Rezepte nutzen: Hier ist in der Codierleiste die Pseudoziffer „222222222" (neunmal die zwei) eingedruckt und nicht wie bei den Rezepten der vertragsärztlichen Versorgung die BSNR.

Arzt- und Fachgruppenfall

Der EBM unterscheidet den Arzt- und Fachgruppenfall, wie geht das in der ASV-Abrechnung?

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

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

ASV und KV-Fälle

Werden die ASV-Fälle und die KV-Fälle irgendwo offiziell oder inoffiziell zusammengeführt und bewertet?
Im ASV-Vertrag ist geregelt, dass das nicht gemacht werden darf, weil die KV bei der ASV-Abrechnung nur als Dienstleister fungiert.

ASV und KV-Abrechnung gleichzeitig

Kann ein Patient gleichzeitig innerhalb der ASV-Abrechnung und innerhalb der KV-Abrechnung abgerechnet werden?
Ja. Die ASV-Leistung kennzeichnen Sie mit Ihrer Teamnummer. Kommt der Patient mit einer anderen Erkrankung in Ihre Praxis wird die Leistung der „normalen" vertragsärztlichen Versorgung nicht gekennzeichnet.

Onkologie

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

Plausi/WP

Wie wirken sich die ASV-Fälle auf Plausibilitätsprüfungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen aus?
Gar nicht, die ASV-Leistungen bleiben völlig unberücksichtigt bei den Prüfungen der normalen Abrechnung.

Sonderbedarf

Wir haben einen KV-Sonderbedarf-Sitz. Hier müssen wir KV-Fälle behandeln. Wenn wir jetzt Fälle in der ASV und nicht mehr in der KV in behandeln, sinken die KV-Fälle. Ist dies etwa relevant für unseren Sonderbedarf?
Bei der Beurteilung, ob ein Sonderbedarf vorliegt oder notwendig ist, werden alle Fälle berücksichtigt.

GOP im Behandlungsfall

Können GOP die sich im EBM auf den Behandlungsfall beziehen, von mehreren Ärzten im Team abgerechnet werden?
Ja, aber bei der Mehrfachabrechnung von GOP, die sich im EBM auf den Behandlungsfall beziehen, können die Krankenkassen aufgrund der ASV-Teamstruktur pauschal einen Abschlag auf jede dieser abgerechneten Leistungen vornehmen.
Der Abschlag beträgt:

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

Erst die Prüfung aller Abrechnungen eines ASV-Teams durch die Krankenkasse des Versicherten ergibt, ob die Krankenkassen einen Abschlag erheben. Die KV Nordrhein fordert zunächst die 100-Prozent-Vergütung an und wenn die Krankenkasse feststellt, dass die GOP durch mehrere Ärzte derselben Fachgruppe im ASV-Kernteam abgerechnet wurden, berechnet sie einen Abschlag und informiert die KV Nordrhein darüber. 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.

Kontingente

Unterliegen die Tagesklinischen Pauschalen (TP; 01510 etc.) einer Kontingentierung. Gibt es hier eine neue, von der KV getrennte Berechnungsgrundlage oder werden alle KV- und ASV-TP-Ziffern zusammengenommen und daraus der tatsächliche Wert berechnet?
Nein, in der ASV-Abrechnung gibt es keine Kontingentierung. Außerdem: ASV-Leistungen und GKV-Leistungen werden nie zusammen betrachtet.

ICD-10-Code

Wann reicht die Angabe des ICD-10-Code nicht aus?
Sobald sich die schwere Verlaufsform nicht bereits durch die Angabe der Diagnose ergibt, muss diese mittels zusätzlicher Kennzeichnung dokumentiert werden. Als Grundlage dient die internationale Klassifizierung von Tumorstadien (TNM) der „Union internationale contre le cancer"UICC. Es handelt sich um einen 11-stelligen Schlüssel der im Feld zur Diagnosenerläuterung (Feldkennung 6006) im Praxisverwaltungssystem – ohne Leerzeichen – einzugeben ist. Die Dokumentation und Übermittlung der Tumor-Stadieneinteilung regelt die ASV-Abrechnungsvereinbarung.
www.gkv-spitzenverband.de

KV-Genehmigungen

In den Appendices sind Leistungen aufgelistet, für die man normalerweise bestimmte Verträge abschließen muss oder für die man nach EBM regulär spezielle Voraussetzungen erfüllen muss (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie, z. B. 30700; Psychotherapie, z. B. 35100).

Ist es wirklich so gedacht, dass die Fachgruppen jede Ziffer abrechnen dürfen, für die im Appendix eine „1" steht?
Das ist korrekt. Eine Überprüfung der uns vorliegenden Qualifikationsvoraussetzungen für die GKV-Abrechnung dürfen nicht für die Prüfung der ASV-Abrechnung herangezogen werden.

Ausnahme: Leistungen der Onkologie-Vereinbarung: Diese Leistungen werden nicht über die ASV abgerechnet, sondern über die Onkologie-Vereinbarung.

Labor

Nach derzeitigem Stand ist im Ziffernkranz für Rheuma keine Abrechnung von Laborleistungen durch den Rheumatologen vorgesehen. Können die Laborleistungen über die KV abgerechnet werden?
Grundsätzlich sind Teams verpflichtet, die „im Einzelfall notwendigen Leistungen im Team vorzuhalten". Das heißt, Sie müssen sie eigentlich im Rahmen der ASV erbringen und abrechnen. Die Laborleistungen des Kapitels 32.3 können im Team auch im Rahmen der ASV erbracht werden – bisher allerdings nur durch den Labormediziner. Ist eine Leistung nicht im Appendix, kann sie als GKV-Leistung (also ohne Kennzeichnung mit der Teamnummer) abgerechnet werden.

Neue GOP

Die KBV hat eine neue Ziffer eingeführt, die ich noch nicht in der Software auswählen kann. Was mache ich?
Der Arzt kann die Ziffer in die PVS eintippen auch wenn diese noch nicht in die GO-Stamm aufgenommen wurde.

Niedergelassener und Konsiliar-Arzt

Ein niedergelassener Arzt ist im interdisziplinären ASV-Team, das primär durch das Krankenhaus organisiert ist. Er ist zugleich als Honorar- oder Konsiliararzt für das Krankenhaus tätig. Wie erfolgt die Abrechnung?
Bei der Abrechnung ist zu klären, in welcher Konstellation Leistungen am Patienten erbracht werden. Wird der Patient im Rahmen der ASV behandelt und nimmt der Niedergelassene in seiner Eigenschaft als eigenverantwortlicher Vertragsarzt an der ASV teil, so

rechnet er seine ASV-Leistungen direkt über die KV Nordrhein ab. Es gibt keine Vergütung des Niedergelassenen durch das Krankenhaus. Der Behandlungsvertrag kommt in diesem Fall auch zwischen dem Patient und dem Vertragsarzt zustande (für dessen Leistungen).

Praxissoftware

Muss ich eine bestimmte Praxissoftware haben, um ASV abrechnen zu können?

Nein, Sie müssen nur hinter jeder GOP die Teamnummer einsetzen.

Pseudoleistungen

Was ist mit den sogenannten Pseudoleistungen (Abschnitt 2 des Appendix)?

Die Leistungen aus dem Abschnitt 2 des Appendix rechnen ASV-Ärzte nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab – mit den für die ASV festgelegten Gebührensätzen (Laborleistungen 1-facher, technische Leistungen 1,2-facher und übrige ärztliche Leistungen 1,5-facher Gebührensatz).

Allen Leistungen im Abschnitt 2 sind bundeseinheitliche Pseudoziffern zugeordnet (z. B. 88500 für PET und PET/CT). Zu diesen Pseudoziffern geben Ärzte bei der Abrechnung die zutreffenden GOÄ-Nummern und die sich aus den Gebührensätzen ergebende 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.

Sachkosten

Muss ich bei der Sachkostenabrechnung etwas Besonderes beachten?

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

Für Vertragsärzte kommen die regionalen Sprechstundenbedarfsvereinbarungen inklusive der Vereinbarungen zu Kontrastmitteln auch in der ASV zur Anwendung. Für Krankenhäuser wurden eigene Pauschalen für den Sprechstundenbedarf je Patient vereinbart. Kontrastmittel werden gesondert abgerechnet.

Mit den Abrechnungsdaten müssen zusätzliche Angaben zu den gesondert berechnungsfähigen Sachkosten übermittelt werden (z. B. Name des Herstellers und Artikel- bzw. Modellnummer).

Testabrechnung

Kann ich die ASV-Abrechnung auch über die Testabrechnung laufen lassen?

Bisher werden die ASV-Leistungen noch nicht in der Testabrechnung berücksichtigt.

Überweisung

Was ist bei einer ASV-Überweisung zu beachten?

Überweisung in den ASV-Bereich: LANR und BSNR des überweisenden Vertragsarztes, die Überweisungsdiagnose und das Überweisungsdatum
Überweisung innerhalb eines ASV-Teams: LANR des Vertragsarztes bzw. die Fachgruppennummer des überweisenden Krankenhausarztes, die Teamnum-

mer und die zur Überweisung gehörenden Diagnosen Besonders wichtig: Die Angabe der Diagnose! Bei fehlender Diagnose werden die Fälle von den Krankenkassen abgewiesen. Die KV Nordrhein darf keine Diagnoseangaben nachträglich ergänzen. Zurzeit ist dies der Hauptgrund, warum die KV Nordrhein viele Fälle an die Ärzte zurückschicken muss.

Überweisungserfordernis

Gilt der Entfall des Überweisungserfordernisses nur anfangs für zwei Quartale oder dauerhaft?

Laut ASV-Richtlinie entfällt das Überweisungserfordernis für Patienten, die im ASV-berechtigten Krankenhaus stationär behandelt wurden sowie für Patienten, die beim ASV-berechtigten Vertragsarzt zuvor in vertragsärztlicher Behandlung waren. Eine zeitliche Begrenzung dieses Entfalls ist nicht definiert. Wir gehen davon aus, dass somit dauerhaft keine Überweisung durch einen behandelnden Vertragsarzt in die ASV nötig ist.

Vergütung

Wie wird die Leistung vergütet?

Sämtliche Leistungen werden zu festen Preisen extrabudgetär vergütet. Es gibt keine Mengenbegrenzung. Die Vergütung ist für Vertrags- und Klinikärzte einheitlich. 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 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.