Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

ASV Abrechnung von A-Z

Abrechnung

Grundlage ist die ASV-Abrechnungs-Vereinbarung (ASV-AV, gültig ab 1. Januar 2024):
www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/weitere-vertraege/praxen/asv/ASV_AV.pdf
Jeder im ASV tätige Arzt/Psychotherapeut rechnet seine Leistungen selbst ab. Es gibt keine Sammelabrechnung für das ganze Team. Möglich ist die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) oder direkt mit der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse des Patienten. Die Abrechnung über die KV erfolgt über die Praxisverwaltungssoftware (PVS) im Zuge der Quartalsabrechnung. Für die Kennzeichnung der ASV-Leistungen gibt es zwei Möglichkeiten:

1. Softwaregesteuerte Lösung:
Die einzelnen erbrachten ASV-Leistungen werden mit der ASV-Teamnummer gekennzeichnet (Feldkennung 5100). In diesem Fall muss die ASV-Teamnummer in den Stammdaten des PVS hinterlegt werden. Die ASV-Teamnummer muss bei jeder erbrachten ASV-Leistung, zusätzlich zur lebenslangen Arztnummer (LANR) und der Betriebsstättennummer (BSNR), ausgewählt werden. Gebührennummern ohne Teamnummer gelten automatisch als GKV-Leistungen.

2. KVBW-Lösung ohne PVS:
Je ASV-Schein wird zusätzlich zu den Leistungen einmalig die Pseudo-GOP 99990 als Kennzeichnung angegeben. Die Hinterlegung der Teamnummer in der Praxissoftware (und somit ggf. zusätzliche Softwarekosten) ist in diesem Fall nicht nötig. Allein durch die einmalige Angabe der Pseudo-GOP wird der Fall zum „ASV-Fall".

Werden im gleichen Quartal beim Patienten auch Leistungen abgerechnet, die nicht zur ASV-Behandlung gehören, wird ein weiterer Schein ohne Angabe der Pseudo-GOP angelegt. Hierbei kann dann sowohl im ASV-Fall, als auch im GKV-Fall jeweils eine Grundpauschale abgerechnet werden. Die Verwendung der KV-eigenen Pseudo-GOP darf nicht in Kombination mit der softwaregesteuerten Lösung erfolgen.
Die KVBW-Lösung ist nur möglich, wenn der ASV-Arzt nur einem ASV-Team angehört.

Abrechnungsbedingungen

Für die Abrechnung von ASV-Fällen gilt eine eigene Abrechnungserklärung. Diese wird Ihnen bei Vorliegen der ersten ASV-Abrechnung von der KVBW zugeschickt. Die ASV-Abrechnungserklärung muss quartalsweise ausgefüllt und bei der KVBW eingereicht werden. Das Formular finden Sie auch über folgenden Link:
www.kvbawue.de/pdf1914

Appendix (Ziffernkranz)

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 der jeweils die einzelnen ASV-Indikationen konkretisiert werden.

Die aktuellen Abrechnungsgrundlagen für die einzelnen ASV-Krankheiten stellt das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) online bereit. Mit dem jeweiligen Appendix der Anlage nach §5 Absatz 1 der ASV-Richtlinie im Excel-Format (Institut des Bewertungsausschusses *https://institut-ba.de/service/asvabrechnung/asvabrechnung-excel.html*) lassen sich die Leistungen nach Fachgruppen sortieren und Änderungen zu Vorversionen anzeigen. So können Ärzte auf einen Blick sehen, welche Leistungen ihre Fachgruppe in der ASV abrechnen darf.

Ärzte dürfen ASV-Leistungen erst dann abrechnen, wenn sie die Berechtigung haben, in diesem Versorgungsbereich tätig zu sein. Da die Berechtigung immer nur für ein bestimmtes Krankheitsbild gilt, können nur Leistungen für dieses Krankheitsbild abgerechnet werden.

Diagnosen

Nur gesicherte, in der jeweiligen Richtlinie aufgeführte Diagnosen sind möglich. Ausnahme: In der Kategorie „seltene Erkrankungen“ gelten auch Verdachtsdiagnosen. In diesen Ausnahmefällen muss eine Verdachtsdiagnose innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose umgewandelt werden.

Dokumentation und TNM-Status

In jeder Anlage ist aufgeführt, was zu dokumentieren ist: die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen und die veranlassten Leistungen, für die onkologischen Anlagen zusätzlich der TNM-Status zur Klassifikation des Tumors hinsichtlich Ausbreitung und Stadium (siehe den ersten Treffer „Anlage 6 zur ASV-AV: TNM-Status“ *www.kbv.de/Suche?q=TNM%20Status%20ASV*).

EBM

Zusätzlich zu den fachspezifischen Leistungen des EBM enthalten die Kapitel 50 und 51 besondere Abrechnungsziffern, die ausschließlich im Rahmen der ASV-Behandlung berechnungsfähig sind.

Sonstige Leistungen: Leistungen, die laut ASV-Richtlinie abgerechnet werden dürfen, aber (noch) nicht im EBM oder in der Onkologie-Vereinbarung enthalten sind, werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) honoriert. Sie können gemeinsam mit den sonstigen ASV-Leistungen über die reguläre Quartalsabrechnung an die KVBW übermittelt werden. Hierfür wurden bundeseinheitliche Pseudo-Ziffern definiert (Anlage 5 zur ASV-AV), die in der Abrechnung angegeben und mit der Teamnummer gekennzeichnet werden.
Vorgehensweise:

- Pseudo-Ziffer laut Richtlinie abrechnen und im Feld „Sachkostenbezeichnung“ (Feldkennung 5011) zusätzliche Angaben eintragen:
- GOÄ-Ziffer/n festlegen und Eurobetrag mit den für die ASV festgelegten Gebührensätzen (Laborleistungen 1-facher, technische Leistungen 1,2-facher und übrige ärztliche Leistungen 1,5-facher Gebührensatz) ermitteln.
- Eurobetrag im Feld „Sachkosten/Materialkosten in Cent“ (Feldkennung 5012) eintragen

Formulare

Die in der vertragsärztlichen Versorgung verwendeten Formulare kommen auch in der ASV zum Einsatz. Sie werden im sogenannten Personalienfeld durch zwei entsprechende Kennzeichnungen ergänzt:

- Im Feld „Betriebsstättennummer“ wird im ASV-Fall statt der vertragsärztlichen Betriebsstättennummer die gültige Teamnummer des ASV-Teams eingetragen.
- Im Feld „Status“, in dem der Versichertenstatus des Patienten codiert wird, trägt die ASV-Praxis als zusätzliche, letzte Stelle die Ziffer „1“ ein.

Die Bedruckung der Formulare im Rahmen der ASV kann grundsätzlich durch die Praxisverwaltungssoftware (PVS) erfolgen. Ausnahme: Die Teamnummer wird nicht softwaregestützt zugesetzt. In diesen Fällen muss die Teamnummer handschriftlich eingetragen werden.

Bitte beachten: Für das Ausstellen von Rezepten (Muster 16) gelten in der ASV abweichende Regelungen; siehe hierzu: Verordnung.

Honorarunterlagen (im Dokumentenarchiv des Mitgliederportals)

Unter dem Aktentyp „ASV-ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ werden quartalsweise die Honorarunterlagen der ASV-Behandlung bereitgestellt.

Fallnachweis (17C): Liste aller Patienten/Behandlungsdaten/GOP, die von der KVBW für den Arzt als ASV-Behandlung aus dem Abrechnungsquartal an die Kasse weitergeleitet (in Rechnung gestellt) wurden.

Honorarnachweis (17D): Patientenliste, die sowohl die in Rechnung gestellten Daten, als auch die sogenannten Stornierungen (Minusbeträge) enthält, die bis zu diesem Erstellungszeitpunkt (Ende des Einreichungsquartals) von den Kostenträgern gemeldet wurden. Hintergrund: Teilweise lehnen die Kostenträger in Rechnung gestellte Leistungen/Fälle ab (z. B. weil bestimmte Angaben lt. Richtlinie nicht vorliegen). Sofern möglich, korrigiert die KVBW die beanstandete Abrechnung und stellt danach die Leistungen/den Fall beim Kostenträger erneut in Rechnung. Die Rechnungsbeträge können sich im Verlauf dieser Vorgangsschritte aufgrund der Korrekturen durch den Kostenträger verändern.

Zahlungsmitteilung(17E): Vergleichbar mit dem Honorarbescheid der GKV-Abrechnung. Die Zahlungsmitteilung wird nach Überweisung der ASV-Honorare an die Ärzte von der KVBW quartalsweise erstellt. Berücksichtigt sind alle nicht von den Kassen beanstandeten Rechnungen. Die Auflistung ist nach Rechnungsnummern gegliedert, welche aus den beiden oben genannten Unterlagen (Fallnachweis, Honorarnachweis) aufgeschlüsselt werden können.

IK-Kennzeichen

Soll die ASV-Abrechnung über die KVBW erfolgen, muss dies zu Beginn bei der Servicestelle entsprechend gemeldet sein. Hierzu muss dort als Kennzeichnung für die Abrechnungsstelle das Institutionskennzeichen (IK) 208023561 angegeben sein.

Krankheitsbilder

Die ASV umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die eine spezielle Qualifikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordern. Unterschieden wird in vier Gruppen:

- Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf (z. B. onkologische und rheumatologische Erkrankungen)
- schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (z. B., Multiple Sklerose)
- Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit geringen Fallzahlen (z. B. Tuberkulose, Marfan-Syndrom, pulmonale Hypertonie und Mukoviszidose)
- hochspezialisierte Leistungen (z. B. CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen)

Weitere Indikationen werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss je Krankheitsbild ergänzt. Sobald die entsprechenden Anlagen zur Richtlinie veröffentlicht sind, ist eine Teilnahme möglich.

Kennzeichnung

ASV-Leistungen müssen als solche zu erkennen sein, daher muss entweder über die Praxissoftware gewährleistet sein, dass die Teamnummer zu jeder einzelnen ASV-Leistung angegeben, ODER – als Besonderheit der KVBW – manuell der gesamte ASV-Fall durch eine Pseudo-GOP gekennzeichnet wird (siehe unter Abrechnung).

Laborleistungen (Speziallabor gem. EBM-Kapitel 32.3)

Untersuchungen des Speziallabors sind i.d.R nur für Laborärzte Bestandteil der ASV-Abrechnung. Notwendige Speziallaboruntersuchungen sind deshalb immer im eigenen ASV-Team in Auftrag zu geben. Selbst wenn Sie als Nichtlaborarzt über die entsprechende Abrechnungsgenehmigung der KVBW verfügen.

Leistungskatalog

Welche Leistungen in der ASV abgerechnet werden können, wird in den Anlagen zur ASV-Richtlinie für jede Erkrankung beschrieben. Nur die im dortigen „Appendix“ aufgeführten Leistungen können über die ASV-Teamnummer von den aufgeführten Fachgruppen abgerechnet werden.

Materialkosten

siehe Sachkosten

Prüfung

Die Abrechnungsprüfung erfolgt durch die KVBW ausschließlich nach formalen Kriterien. Weitergehende Abrechnungsprüfungen können ggf. durch die Krankenkassen stattfinden.

Qualitätssicherung

Genehmigungspflichtige Leistungen sind nur berechnungsfähig, wenn von der Qualitätssicherung der KVBW ein Genehmigungsbescheid erteilt wurde.

Weitere Informationen finden Sie unter:
Genehmigungspflichtige Leistungen *www.kvbawue.de/genehmigungspflichtige-leistungen*

Richtlinie

Sie 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 ASV-Richtlinie sowie die Anlagen werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen (siehe Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - Gemeinsamer Bundesausschuss www.g-ba.de/richtlinien/80).

Sachkosten

Werden nach den Regelungen der GKV (siehe EBM, Bereich VII, Punkt 6) erstattet. Anwendung und Abrechnung gesondert berechnungsfähiger Materialien müssen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit erfolgen. Bitte beachten Sie: Sofern es entsprechende Mehrweginstrumente gibt, ist der Gebrauch von Einmalartikeln i.d.R. unwirtschaftlich.
Rechnungen müssen als Nachweis mit der Abrechnung eingereicht werden.

Die folgenden Feldkennungen werden bei einer zugehörigen GOP zusätzlich befüllt:

- Produktname in Feld Sachkostenbeschreibung (Feldkennung 5011) eintragen
- Eurobetrag (muss auf Rechnung ersichtlich sein) in Feld „Sachkosten/Materialkosten in Cent“ Feldkennung 5012 eintragen
- Wenn vorhanden, OPS aus Anhang 2 in Feld „OPS“ Feldkennung 5035 eintragen

Servicestelle (ASV-Servicestelle)

Die ASV-Servicestelle vergibt die Teamnummer an die ASV-Teams und verwaltet unter anderem die zugeordneten Daten wie Namen, Teilnahmedatum, Praxisadresse, Fachgruppe und Abrechnungsstelle. Sie führt ein Verzeichnis über alle ASV-Ärzte und ASV-Kliniken. Im Auftrag von GKV-Spitzenverband, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Deutscher Krankenhausgesellschaft wird derzeit der Dienstleister Swiss Post Solutions GmbH, Systemformstraße 5, 83209 Prien am Chiemsee mit dieser Aufgabe betraut.

Sonstige Kostenträger

Eine ASV-Abrechnung ist bei Sonstigen Kostenträgern nicht möglich.

Sprechstundenbedarf

Vorgaben, Umfang und Bezugswege sind analog zur Regelversorgung.

Technische Voraussetzungen

Regelung in der entsprechenden Vereinbarung (ASV-AV Anlage 2a).

Team (ASV-Team)

Die Behandlung in der ASV erfolgt durch Teams, in denen Praxis- und Klinikärzte auch gemeinsam tätig sein können. Ein Team besteht jeweils aus Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen. Es setzt sich zusammen aus

einem Teamleiter (Ebene 1) und einem Kernteam (Ebene 2) sowie weiteren Kollegen, die bei Bedarf hinzugezogen werden können (Ebene 3). Jedes Teammitglied benötigt eine ASV-Berechtigung.

Die notwendigen Voraussetzungen und Qualifikationen regeln die entsprechenden Richtlinien. Anmeldung und Berechtigung für die Gründung eines Teams regeln der Erweiterte Landesausschuss (E-LA).
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.

Teamnummer

Besteht aus neun Ziffern. Die ersten beiden Stellen „00“ kennzeichnen die ASV. Die dritte bis achte Stelle ist eine fortlaufende Nummer, die eine eindeutige Zuordnung des ASV-Teams ermöglicht. Die neunte Stelle ist eine Prüfziffer. Jedes Team erhält eine eigene Teamnummer, mit der jede ASV-Leistung über das Praxisverwaltungssystem (PVS) gekennzeichnet wird.

Überweisung

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 seltenen Erkrankungen reicht eine Verdachtsdiagnose.

Soll ein Patient von einem ASV-Team betreut werden, dem auch sein behandelnder Vertragsarzt angehört, so muss ihm dieser keine Überweisung in die ASV ausstellen. Wenn Patienten nach einem stationären Aufenthalt von einem ASV-Team derselben Klinik weiterbehandelt werden, ist ebenfalls keine Überweisung erforderlich. Auch zwischen den Mitgliedern des ASV-Kernteams sind keine Überweisungen notwendig.
Fachärzte aus der dritten Ebene benötigen immer eine Überweisung.

Verordnung (Rezept; eRezept)

Verordnungen von Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel im Rahmen der ASV fallen nicht unter das Verordnungsvolumen der Richtwerteprüfung beim verordnenden Arzt.

Jedoch gilt für Verordnungen auch in der ASV das Wirtschaftlichkeitsgebot: Alle Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Für die ASV ist ein Rezept (Muster 16) nötig, bei dem in der Codierleiste (statt der BSNR) die Pseudoziffer 222222222 ("9-mal die 2") eingedruckt ist. Der Bezug ist z. B. über den Kohlhammer Verlag möglich.

Die verpflichtende Ausstellung eines eRezepts gilt grundsätzlich auch in der ASV und ist somit analog zur Papierversion möglich (ASV-Kennzeichnung siehe unter Formulare); das Praxisverwaltungssystem kennzeichnet beim eRezept alle im ASV-Fall erforderlichen Felder automatisch.

Hinweis: Erfolgt die Kennzeichnung der ASV-Leistungen durch die Pseudo-GOP 99990 der KVBW, d. h. die Teamnummer wird nicht softwaregestützt zugesetzt, kann in aller Regel auch beim Ausstellen von Formularen die Teamnummer nicht automatisch eingesetzt werden. Insbesondere beim ASV-Rezept (Muster 16) ist hierbei zu beachten, dass im Personalienfeld entweder alles gedruckt oder alles handschriftlich ausgefüllt werden muss. Eine Kombination ist nicht möglich.

Vertretung

Die Mitglieder des Teams können sich bei Krankheit, Urlaub etc. vertreten lassen. Der Vertreter muss dieselben Anforderungen erfüllen wie der ASV-Arzt, der sich vertreten lässt, und bei der ASV-Servicestelle gemeldet sein. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, ist sie dem erweiterten Landesausschuss und der ASV-Servicestelle mitzuteilen.

Vergütung

Die Leistungen der ASV werden zu festen Preisen extrabudgetär vergütet. Somit gibt es keine Mengenbegrenzung. Die Vergütung ist für Praxis- und Klinikärzte einheitlich. Der Wert der Leistungen entspricht der regionalen Euro-Gebührenordnung.

Leistungen, die noch nicht im EBM enthalten sind und abgerechnet werden dürfen, werden vorübergehend nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) honoriert. Diese Regelung gilt dabei immer nur so lange, bis die Leistungen in die neuen EBM-Kapitel 50/51 aufgenommen werden.

Folgende Besonderheit gilt bei Mehrfachabrechnung von ASV-Leistungen innerhalb desselben ASV-Teams: Wenn in einem ASV-Kernteam Ärzte derselben Fachgruppe dieselbe behandlungsfallbezogene Gebührenordnungsposition in einem Behandlungsfall mehrmals abrechnen, kommt eine Abschlagsregelung zur Anwendung. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Ärzte in einer Einzelpraxis, einer BAG, einem MVZ oder im Krankenhaus arbeiten.

EBM-Leistungen, die pro Patient nur einmal im Quartal abgerechnet werden dürfen, sind nur von einem Facharzt des ASV-Kernteams einmal zu 100 Prozent berechnungsfähig. Wird beispielsweise dieselbe Grundpauschale von mehreren ASV-Kernteammitgliedern derselben Fachgruppe abgerechnet, bekommen zwar alle Ärzte die Leistung vergütet, die Krankenkassen nehmen dann aber einen Abschlag von der Punktzahl in Höhe von 15 Prozent vor.

EBM-Leistungen, die pro Patient begrenzt, mehrmals im Quartal durchgeführt und abgerechnet werden dürfen, wie beispielsweise einige Leistungen der Diagnostik, werden so oft voll vergütet wie im EBM vorgegeben – z. B. dreimal im Behandlungsfall. Wird die Maximalhäufigkeit überschritten, werden auch hier alle Leistungen vergütet, allerdings mit einem Abschlag von der Punktzahl in Höhe von zehn Prozent.

Verwaltungskosten

Der Aufwendungsersatz beträgt 2,57 % der über die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg abgerechneten und von den Kostenträgern vergüteten Leistungen und Kosten.

Zahlungen

Die ASV-Leistungen werden unabhängig von der Quartalsabrechnung (Honorarbescheid) bezahlt.

Sobald die Krankenkassen an die KVBW die in Rechnung gestellten ASV-Leistungen eines Quartals bezahlt haben, wird an den ASV-Arzt überwiesen. Es gibt keine Abschlagszahlungen.

Der Arzt erhält von der KVBW die Vergütung der spezialfachärztlichen Leistungen in der von den Krankenkassen festgestellten Höhe. Einwendungen gegen die Vergütung der spezialfachärztlichen Leistungen sind gegenüber dem betreffenden Kostenträger geltend zu machen.

Ansprechpartner: ASV-Hotline per E-Mail an *asv-hotline@kvbawue.de*