

# RED Lexikon - ASV (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)

Seit 2014 gibt es ein neues Behandlungsangebot für Patienten, die an einer schweren oder seltenen Erkrankung leiden: die ambulante spezialfachärztliche Versorgung – kurz ASV. Die Behandlung erfolgt durch interdisziplinäre Ärzteteams in Praxen und Kliniken. Erstmals übernehmen Vertragsärzte und Krankenhausärzte gemeinsam die ambulante hochspezialisierte Versorgung und das zu gleichen Rahmenbedingungen. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) erfordert regelmäßig die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team:

- **Teamleitung:** Sie ist namentlich zu benennen. Sie koordiniert die ASV-Versorgung der Patienten fachlich und organisatorisch. Ihr (geographischer) Tätigkeitsort ist maßgeblich für die mögliche Ausdehnung des Teams. Die Teamleitung ist Teil des Kernteams.
- **Kernteam:** Die Mitglieder des Kernteams sind ebenfalls namentlich zu benennen. Es umfasst Fachärzte, die bei der Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. Sie müssen die ASV-Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag pro Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung erbringen (gemeinsame Sprechstunde). Dabei sind an immobile Apparate gebundene Leistungen (z.B. MRT) oder die Untersuchung entnommenen Untersuchungsmaterials (z.B. Labor) von dieser Regelung ausgenommen. In diesem Fall müssen die Leistungsorte dieser Ärzte bei Leistungen, die am Patienten erbracht werden, jedoch in angemessener Entfernung gelegen sein (in der Regel max. 30 Minuten).
- **Hinzuziehende Fachärzte:** Sie können namentlich oder institutionell benannt werden. Sie umfassen Fachärzte, die in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patienten ergänzend benötigt werden. Ihr Tätigkeitsort muss in angemessener Entfernung liegen, d.h. in der Regel maximal in 30 Minuten erreicht werden können.

Zwischen den Mitgliedern des Kernteams sind keine Überweisungen für ASV-Patienten nötig. Die hinzuzuziehenden Fachärzte erbringen ihre Leistungen entsprechend dem jeweiligen Behandlungsumfang auf Überweisung.

Scheidet ein Mitglied des interdisziplinären Teams aus der ASV aus, so ist dies innerhalb von sieben Werktagen beim jeweiligen Erweiterten Landesausschuss anzuzeigen. Sofern das ausscheidende Teammitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist, so ist innerhalb von 6 Monaten ein neues Teammitglied gegenüber dem Erweiterten Landesausschuss zu benennen, sonst entfällt die Grundlage für die ASV-Teilnahme.

Wichtig für die Abrechnung ist, dass jedes ASV-Team eine bundesweit eindeutige ASV-Teamnummer (neunstellig) erhält, die mit der Abrechnung übermittelt werden muss.

Die Abrechnung der ASV-Leistungen kann über die Kassenärztliche Vereinigung (KV), direkt mit der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse des Patienten oder über eine andere Stelle, zum Beispiel eine private Verrechnungsstelle, erfolgen.

- bei der Abrechnung über die KV setzt der Vertragsarzt bei der Leistungserfassung die ASV-Teamnummer zur Leistung hinzu, die so als ASV-Leistung markiert wird. Die Abrechnung erfolgt im Rahmen der regulären KVDT-Abrechnung.
- bei der Abrechnung über ASV-Servicestellen findet ein eigenes Datenformat Verwendung.

Leistungen, die nicht im EBM oder der Onkologie-Vereinbarung enthalten sind und laut ASV-Richtlinie abgerechnet werden dürfen, werden vorübergehend nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) honoriert.

- Für die Abrechnung eines PET/PET-CT muss vorerst die entsprechende Pseudoziffer ausgewählt werden. Die den ASV-Leistungen zuzuordnenden Pseudoziffern werden von KBV, GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft in der Anlage 5 zur ASV-Abrechnungsvereinbarung vereinbart und sind in RED hinterlegt (z.B. Pseudo-GOP: 88500)
- Die darauf folgende Zuordnung der entsprechenden GOÄ erfolgt durch den rechnungsstellenden Arzt. Dieser gibt im Feld „Sachkosten-Bezeichnung“ (Feldkennung 5011) die jeweilige GOÄ ein: GOÄ-Nummer: 5489 (Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit quantifizierender Auswertung ggf. einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen)
- Der Steigerungsfaktor ist in Paragraf 2 des Beschlusses des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses vom 20. Juni 2014 festgelegt: Leistungen, die den Leistungen des Abschnittes O des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ entsprechen, werden zum 1,2-fachen des Gebührensatzes vergütet.
- In der Praxisverwaltungssoftware wird abschließend in dem Feld „Sachkosten/Materialkosten in Cent“ (Feldkennung 5012) der Geldwert dieser Leistung eingetragen: Preis = 437,15 Euro \* 1,2 = 524,58 Euro