



Bundesverband
ambulante
spezialfachärztliche
Versorgung e.V.

Die Onkologie in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Ihr Weg in den neuen Versorgungsbereich

2. Auflage: August 2016

AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

ÜBERBLICK

Zum 1.1.2012 wurde durch die Neufassung des § 116b SGB V die "ambulante spezialfachärztliche Versorgung" (kurz: ASV) eingeführt. Die Idee: die ambulante Diagnostik und Therapie seltener Erkrankungen, von Krankheiten mit besonderem Krankheitsverlauf 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 gleichberechtigt und partnerschaftlich tätig werden. Ein Kernelement der ASV ist dabei die Verpflichtung zur Bildung interdisziplinärer Teams bestehend aus einem Teamleiter, einem Kernteam sowie hinzuzuziehenden Fachärzten. Einschlusskriterien für Patienten, die Zugangsvoraussetzungen für Ärzte und Krankenhäuser sowie die Zusammensetzung der interdisziplinären Teams werden in einer ASV-Richtlinie und so genannten Konkretisierungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geregelt.

BESONDERHEITEN DER ASV

- Ambulante Behandlung komplexer Erkrankungen (seltene Krankheiten bzw. Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf)
- Zugang ausschließlich über Qualifikation
- Zugangsprüfung durch die Erweiterten Landesausschüsse
- Unabhängig von der Bedarfsplanung
- Interdisziplinäre und sektorenübergreifende Arbeit
- Eigene Vergütungs- und Abrechnungssystematik
- Extrabudgetäre Vergütung ohne Mengenbegrenzung
- Verbotsvorbehalt ermöglicht Einsatz neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

DER WEG DES PATIENTEN IN DIE ASV: BEHANDLUNGSPFAD

1. ÜBERWEISUNG IN DIE ASV

- Der Patient ist aufgrund seiner Erkrankung für die ASV geeignet
- Zugang in der Regel auf Überweisung eines Vertragsarztes (2 Quartale gültig) oder direkte Aufnahme durch einen ASV-berechtigten Vertragsarzt bzw. eine Klinik



2. AUFNAHME INS ASV-TEAM

- Überprüfung der Zugangskriterien (Diagnose, Therapiebedarf) durch ASV-berechtigten Arzt
- Umfassende Information des Patienten über die ASV und das Team

3. BEHANDLUNGSPLAN ERSTELLEN

- Das Team bzw. der Teamleiter stellt den Behandlungsplan für den Patienten auf
- Der Patient wird innerhalb des Kernteams ohne Überweisung betreut
- Bei Beteiligung der hinzuzuziehenden Fachärzte ist eine Überweisung notwendig



4. ÜBERLEITUNG IN DIE REGELVERSORGUNG

- Weiterbehandlung in der Regelversorgung, sobald der Patient die ASV-Kriterien nicht mehr erfüllt
- Obligatorisches Entlassmanagement



INDIKATIONEN [1]

ERKRANKUNGEN MIT BESONDEREN KRANKHEITSVERLÄUFEN

- Onkologische Erkrankungen ^b
- HIV / AIDS ^a
- Rheumatische Erkrankungen
- Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3-4) ^a
- Multiple Sklerose ^a
- Zerebrales Anfallsleiden (Epilepsie) ^a
- Komplexe Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie ^a
- Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden ^a
- Querschnittslähmung bei Komplikationen ^a

HOCHSPEZIALISIERTE LEISTUNGEN

- CT / MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen
- Brachytherapie

SELTENE ERKRANKUNGEN

- Tuberkulose ^b
- Mukoviszidose
- Hämophilie
- Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen
- Schwerwiegende immunologische Erkrankungen
- Biliäre Zirrhose
- Primär sklerosierende Cholangitis
- Morbus Wilson
- Transsexualismus
- Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen
- Marfan-Syndrom ^b
- Pulmonale Hypertonie ^b
- Kurzdarmsyndrom
- Versorgung von Patienten vor oder nach einer Organtransplantation und von lebenden Spendern

^a nur schwerer Verlauf ^b bereits in Kraft

UMSETZUNG IN DER ONKOLOGIE

Die Konkretisierung für gastrointestinale Tumoren / Tumoren der Bauchhöhle ist bereits seit 2014 in Kraft und es haben sich ASV-Teams gebildet. Im Juli 2016 wurde die an das Versorgungsstärkungsgesetz angepasste Fassung der Vorgaben in Kraft gesetzt. Im August 2016 ist auch die Konkretisierung zu den gynäkologischen Tumoren in Kraft getreten.

DIAGNOSE- UND THERAPIESPEZIFISCHE VORAUSSETZUNGEN: GASTROINTESTINALE TUMOREN / TUMOREN DER BAUCHHÖHLE

C15.- Ösophagus
C16.- Magen
C17.- Dünndarm
C18.- Kolon
C19.- Rektosigmoid, Übergang
C20.- Rektum
C21.- Anus und Analkanal
C22.- Leber und intrahepatischen Gallengänge
C23, C24.- Gallenblase und -wege
C25.- Pankreas
C26.0 Intestinaltrakt, Teil nicht näher bezeichnet
C26.1 Milz
C26.8 Verdauungssystem, mehrere überlappend
C45.1 Mesotheliom, Mesotheliom des Peritoneums
C47.4/5/8 Periphere Nerven des Abdomens bzw. Beckens bzw. mehrere überlappend
C48.1/2/8 Teile des Peritoneums oder überlappend
C49.4/5/8 Bindegewebe und and. Weichteilgewebe des Abdomens bzw. Beckens bzw. überlappend
C73 Schilddrüse
C74.- Nebenniere
C75.0/8 Nebenschilddrüse bzw. mehrere endokrine Drüsen
Nur in Verbindung mit C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt
C76.2 Abdomen
C76.3 Becken
C76.8 Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt

Gleichzeitig muss auf Grund der Ausprägung der Tumorerkrankung Bedarf an einer multimodalen Therapie oder Kombinationschemotherapie bestehen.

D.h. es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine systemische Therapie und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

DIAGNOSE- UND THERAPIESPEZIFISCHE VORAUSSETZUNGEN: ENTHALTENE DIAGNOSEN: GYNÄKOLOGISCHE TUMOREN

MAMMAKARZINOM
C50.0-C50.9/D05.1 Mamma

SONSTIGE GYNÄKOLOGISCHE TUMOREN

C47.5/8 Periphere Nerven des Beckens bzw. autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
C49.5/8 Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens bzw. mehrere Teilbereiche überlappend
C51.0 – C51.9 Vulva
C52 Vagina
C53.0 – C53.9 Zervix
C54.0 – C54.9 Corpus uteri
C55 Uterus
C56 Ovar
C57.0 – C57.8 Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter weiblicher Genitalorgane (ohne C57.9)
C58 Plazenta
C76.3/8 Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken bzw. mehrere Teilbereiche überlappend
C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

Gleichzeitig muss auf Grund der Ausprägung der Tumorerkrankung Bedarf an einer multimodalen Therapie oder Kombinationschemotherapie bestehen.

D.h. es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine systemische Therapie (ausgenommen eine endokrine Therapie) und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

DER WEG DES ARZTES IN DIE ASV

Um an der ASV teilnehmen zu können, müssen indikationsspezifische Voraussetzungen erfüllt werden. Dazu muss ein interdisziplinäres sowie sektorenübergreifendes Team gebildet werden, um gemeinsam zum Beispiel Mindestmengen und organisatorische sowie sächliche Voraussetzungen der gewünschten ASV-Indikation zu erfüllen.

Anschließend stellt man beim Erweiterten Landesausschuss (ELA) der jeweiligen Region eine Teilnahmeanzeige, die innerhalb von zwei Monaten bearbeitet wird. Sollte kein negativer Bescheid vorliegen, ist die ASV-Zulassung rechtskräftig. Berechtigte ASV-Teams werden durch die ASV-Servicestelle online veröffentlicht, sofern sie der Veröffentlichung zustimmen und der Servicestelle alle Daten vollständig vorliegen.

www.asv-servicestelle.de/Home/ASVVerzeichnis

CHECKLISTE

Die folgende Checkliste soll Ihnen bei der Bildung eines ASV-Teams und der anschließenden ASV-Anzeige behilflich sein.

1. Haben Sie Vorteile und Risiken einer Teilnahme abgewogen?

VORTEILE

- Extrabudgetäre Einzelleistungsvergütung für betreuungsintensive Patienten
- Keine Mengenbegrenzung
- Möglichkeit zur ambulanten Behandlung und Abrechnung (EBM) für Kliniken
- Abrechnungsmöglichkeit für bisher nicht im EBM abgebildete Leistungen (z.B. Tumorkonferenz, Qualitätskonferenz, PET-CT, Genexpressionsanalyse)
- Möglichkeit zur Intensivierung von Kooperationen
- Strategische Positionierung als Fachexperte
- Ggf. Gewinnung neuer Patienten

POTENTIELLE NACHTEILE

- Konflikt mit Zuweisern oder Kooperationspartnern, die nicht an der ASV teilnehmen können / wollen
- Reduktion des KV-Budgets durch Bereinigung der Gesamtvergütung
- Organisatorischer Aufwand für Vorbereitung der Teilnahme und laufende Abstimmung in der ASV

2. Für welche Indikation planen Sie eine Teilnahme?

Legen Sie fest, für welches Krankheitsbild Sie eine ASV-Teilnahme anstreben. Im Bereich der gynäkologischen Tumoren gibt es die Besonderheit, dass eine Subspezialisierung für Mammakarzinom oder sonstige gynäkologische Tumoren (siehe Kasten S. 5) möglich ist. Entsprechend bestehen unterschiedliche Teilnahmevoraussetzungen, z.B. hinsichtlich der Zusammensetzung des interdisziplinären Teams.

3. Sind ausreichend Kollegen an einer Teilnahme interessiert, um ein interdisziplinäres Team aus Kernteammitgliedern und Hinzuzuziehenden zusammenzustellen?

GASTROINTESTINALE TUMOREN UND TUMOREN DER BAUCHHÖHLE

Kernteam:

- (Hämato-)Onkologie³
- Strahlentherapie
- Gastroenterologie⁴
- Allgemein Chirurgie oder Visceralchirurgie
- HNO-Heilkunde¹
- Nuklearmedizin¹

Hinzuziehende Fachärzte:

- Anästhesiologie
- Nuklearmedizin
- Gefäßchirurgie oder Angiologie
- Kardiologie
- Neurologie
- Humangenetik
- Nephrologie
- Labor
- Radiologie
- Psychiatrie oder Psychotherapie
- Pathologie
- Gynäkologie¹
- Urologie
- Endokrinologie¹

GYNÄKOLOGISCHE TUMOREN

Kernteam:

- (Hämato-)Onkologie³
- Strahlentherapie
- Gynäkologie (Schwerpunkt gynäkologische Onkologie)⁵

Hinzuziehende Fachärzte:

- Anästhesiologie
- Nuklearmedizin
- Gefäßchirurgie
- Angiologie
- Kardiologie
- Neurologie
- Humangenetik
- Nephrologie²
- Labor
- Radiologie
- Psychiatrie oder Psychotherapie
- Pathologie
- Urologie²
- Endokrinologie / Diabetologie²
- Gastroenterologie²
- Visceralchirurgie²

1) Nur bei (Neben-)Schilddrüse

2) Nicht bei Subspezialisierung Mammakarzinom notwendig

3) Auch Fachärzte für Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis 31.12.2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) erteilt wurde

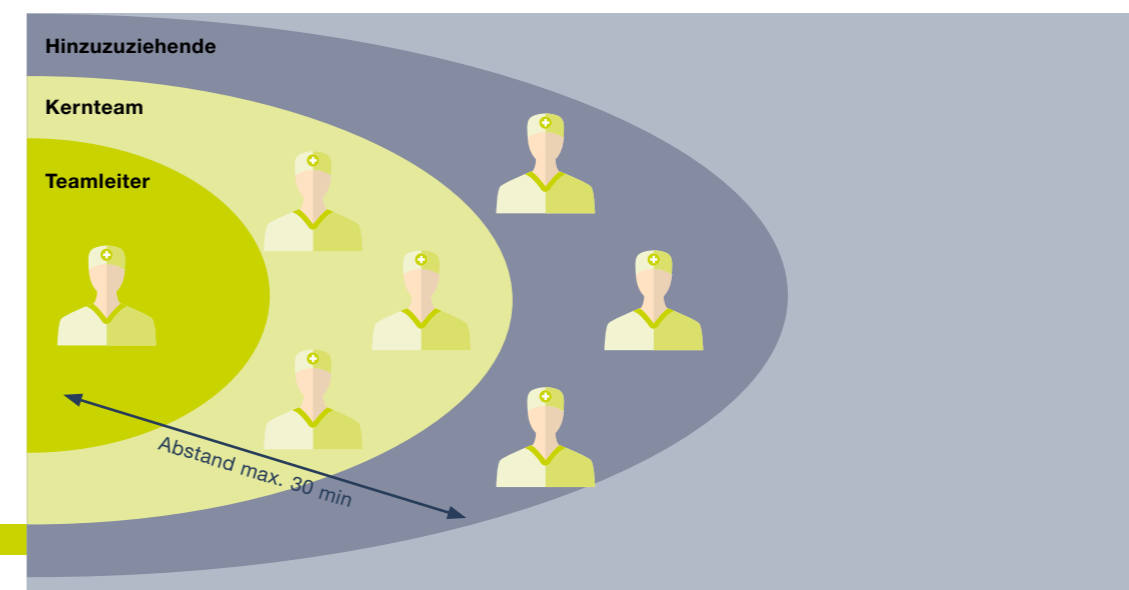
4) Auch Fachärzte für Innere Medizin, denen bis 31.12.2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Erbringung gastroenterologischer Leistungen seitens der zuständigen KV erteilt wurde

5) Auch Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis 31.12.2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)) seitens der zuständigen KV erteilt wurde

4. Wer übernimmt die Teamleitung?

Alle Mitglieder aus dem Kernteam können potenzielle Teamleiter sein. Der Teamleiter übernimmt die fachliche und organisatorische Koordination der ASV. Nach Auffassung der meisten ELAs muss der Teamleiter eindeutig benannt sein (keine kooperative oder rollierende Teamleitung).

Interdisziplinäres Team als zentrale Voraussetzung in der ASV:



5. Ist das Team ausreichend schnell erreichbar?

Am Patienten arbeitende Ärzte dürfen in der Regel maximal 30 min vom Tätigkeitsort des Teamleiters entfernt sein (gilt nicht für Labor, Pathologie). Der ELA kann abhängig von der regionalen Versorgungssituation Abweichungen zulassen.

6. Ist die Kooperation sektorenübergreifend?

In der Onkologie ist auch eine sektorenübergreifende Kooperation vorgeschrieben: das interdisziplinäre Team (siehe 3.) muss sowohl aus Klinik- als auch aus Vertragsärzten gebildet werden. Dabei reicht es aus, wenn ein Arzt des ASV-Teams aus dem jeweils anderen Sektor kommt. Alternativ kann auch eine separate Kooperation mit dem jeweils anderen Sektor geschlossen werden. Die Kooperation muss die Abstimmung von Behandlungspfaden sowie eine zweimal jährlich stattfindende, qualitätsorientierte Konferenz umfassen.

7. Werden die teambezogenen Mindestmengen erfüllt?

Um an der ASV teilnehmen zu können, muss das Kernteam Mindestmengen nachweisen. Diese beziehen sich auf die in die ASV eingeschlossenen Erkrankungen und Schweregrade.

GASTROINTESTINALE TUMOREN UND TUMOREN DER BAUCHHÖHLE

- 230 Patienten, die die Einschlusskriterien der Konkretisierung erfüllen (siehe S. 4)
- 4 Quartale vor ASV-Anzeige und laufend nachzuweisen, maximal 50% Unterschreitung in den 4 Quartalen vor der ASV-Anzeige und den ersten 4 Quartalen in der ASV zulässig

GYNÄKOLOGISCHE TUMOREN

- 250 Patienten mit Mammakarzinom (gesicherte Diagnose ICD 10 Code C50), die die Einschlusskriterien der Konkretisierung erfüllen (siehe S. 4)
- 60 Patienten mit gynäkologischen Tumoren (gesicherte Diagnose ICD Code C51-C58), die die Einschlusskriterien der Konkretisierung erfüllen (siehe S. 4)
- 4 Quartale vor ASV-Anzeige und laufend nachzuweisen, maximal 50% Unterschreitung in den 4 Quartalen vor der ASV-Anzeige und den ersten 4 Quartalen in der ASV zulässig

8. Erfüllen Sie die arztbezogene Mindestmenge?

Mindestens ein Mitglied des Kernteams muss persönlich eine Mindestfallzahl nachweisen.

(Hämato-)Onkologe: durchschnittlich 120 Patienten mit Neoplasien pro Quartal im Vorjahr des ASV-Antrags, darunter 70 Patienten mit medikamentöser Tumortherapie, davon 30 mit intravenöser, intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung.

und/oder

Kernteam-Mitglied anderer Fachgruppe: durchschnittlich 80 Patienten mit Neoplasien pro Quartal im Vorjahr der ASV-Anzeige, darunter 60 Patienten mit antineoplastischer Therapie, davon 20 mit intravenöser, intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung.

Auch die arztbezogene Mindestmenge ist 4 Quartale vor ASV-Anzeige und laufend nachzuweisen, wobei maximal 50% Unterschreitung in den 4 Quartalen vor der ASV-Anzeige und den ersten 4 Quartalen in der ASV zulässig ist.

9. Sind die weiteren Teilnahmevoraussetzungen erfüllt?

- Persönliche Anforderungen (z.B. Erfüllung der QS Richtlinie nach § 135 Abs. 2 SGB V, Facharztstatus)
- Sächliche und organisatorische Anforderungen (z.B. 24-Stunden-Notfallversorgung und -Rufbereitschaft, interdisziplinäre Tumorkonferenz, Möglichkeit zu intensivmedizinischer Behandlung, mehrheitlich onkologisch qualifiziertes Pflegepersonal)

Die Anforderungen (z.B. Intensivstation) können auch durch die Bildung von Kooperationen erfüllt werden. Eine vollständige Übersicht über alle Teilnahmevoraussetzungen finden Sie unter www.bv-asv.de im Reiter „ASV“.

10. Ist die Kooperationsvereinbarung erarbeitet und abgeschlossen?

Vorlagen stellen diverse Berufsverbände ihren Mitgliedern zur Verfügung. Eine Rechtsberatung ist ergänzend ratsam. Wichtige Punkte, die Sie u.a. regeln sollten:

- Entscheidungsprozesse im Team
- Ausscheiden und Eintritt neuer Mitglieder
- Haftpflichtdeckung
- Teaminterne Standards, z.B. Patientenfür Informationen
- Behandlungspfade und Abläufe im interdisziplinären Team

11. Wie setzen Sie die ASV technisch um?

Aktuell rechnet jedes Teammitglied seine ASV-Leistungen bilateral oder über die KV mit den Krankenkassen ab. Ein gemeinsamer Abrechnungsweg kann hierbei sinnvoll sein. Auch eine Infrastruktur für den zeitnahen Zugang zu Befund- und Behandlungsdokumentationen (Fallakte) ist mittelfristig notwendig. So ist darzulegen, dass zumindest die Mitglieder des Kernteams zeitnah Zugriff auf die Befund- und Behandlungsdokumentationen nehmen können.

12. Was benötigen Sie für die Anzeige der ASV beim ELA?

Alle ELAs stellen Musteranzeigen 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. Kooperationsvertrag des interdisziplinären Teams sowie ggf. Nachweise über Qualifikationen der einzelnen Teammitglieder (Zeugnisse etc.).

13. Welche Informationen 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. 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.

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

Es gilt eine Anzeigepflicht, keine Genehmigungspflicht. Wenn Sie nach 2 Monaten 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 2-Monatsfrist unterbrochen.

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

Der G-BA kann in den Behandlungsumfang auch Leistungen aufnehmen, die bislang nicht Bestandteil des ambulanten Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen waren. Diese Leistungen werden dann zunächst nach GOÄ vergütet, bis der ergänzte Bewertungsausschuss dafür eigene Gebührenordnungspositionen im Kapitel 50 des EBM geschaffen hat. Eine Übersicht der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die Onkologie finden Sie in der Tabelle auf S. 11.

Es gelten folgende Steigerungssätze:^[4]

Abschnitt M der GOÄ	Laborleistungen	x 1,0
Nr. 437 GOÄ	Labor bei Intensivbehandlung	
Abschnitt A der GOÄ	Gebühren in besonderen Fällen	x 1,2
Abschnitt E der GOÄ	Physik. – med. Leistungen	
Abschnitt O der GOÄ	Strahlenmedizin / MRT	
Übrige Leistungen		x 1,5

AUSNAHME: ONKOLOGIEVEREINBARUNG ^[4]

Im Behandlungsumfang der gastrointestinalen sowie gynäkologischen Tumoren sind Pauschalen entsprechend der Onkologie-Vereinbarung enthalten. Diese können auch in der ASV in den regional jeweils gültigen Höhen abgerechnet werden. Dabei gilt seit 1.1.2016: Werden die Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung im Rahmen der ASV abgerechnet, sind sie bei demselben Patienten im selben Quartal bei einer Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Regelversorgung nicht berechnungsfähig. Wechselt der Patient im Quartal den Versorgungsbereich und gleichzeitig den Behandler (d.h. sein bisheriger behandelnder Arzt oder ein anderer Arzt derselben Berufsausübungsgemeinschaft / desselben MVZ ist nicht Teil des ASV-Kernteam, das die ASV-Behandlung übernimmt), so können die Kostenpauschalen im selben Quartal je einmal im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und einmal in der ASV abgerechnet werden.

NÄCHSTER SCHRITT: EIGENE GEBÜHRENORDNUNG ^[1]

Mittel- bis langfristig soll eine eigene Gebührenordnung für die ASV entwickelt werden. Diese wird voraussichtlich diagnoseabhängige Fallpauschalen enthalten.

BESCHLOSSENE NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN FÜR DIE ONKOLOGIE ^[2,3]

Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	Gynäkologische Tumoren
PET / PET-CT (nur bestimmte Indikationen)	PET / PET-CT (nur bestimmte Indikationen)
Koordination der Behandlung eines Patienten unter tumorspezifischer, insbesondere zytostatischer, Therapie	Koordination der Behandlung eines Patienten unter tumorspezifischer, insbesondere zytostatischer, Therapie
Zusätzlicher Aufwand für Behandlung / Betreuung eines Patienten bei laufender onkologischer Therapie	Zusätzlicher Aufwand für Behandlung / Betreuung eines Patienten bei laufender onkologischer Therapie
Zusätzlicher Aufwand für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumorthapie	Zusätzlicher Aufwand für die intravenös oder intraarteriell oder intracavitär applizierte zytostatische Tumorthapie
Teilnahme an einer Tumorkonferenz (bereits in Kap. 50 des EBM aufgenommen)	Teilnahme an einer Tumorkonferenz
Durchführung von und Teilnahme an sektorenübergreifenden Qualitätskonferenzen	Durchführung von und Teilnahme an sektorenübergreifenden Qualitätskonferenzen
Zuschlag für die Palliativversorgung	Zuschlag für die Palliativversorgung
Vorhaltung einer 24-h-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft	Vorhaltung einer 24-h-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft
	Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung
	Genexpressionsanalyse *

* nur für Mamma-Karzinom abrechenbar.

CHANCEN DURCH DIE TEILNAHME AN DER ASV

Strategische Chancen:

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

Wirtschaftliche Chancen:

- Kollektive Wirkung für alle Kassen
- Einzelleistungsvergütung mit festen Preisen ohne Mengenbegrenzung
- Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten für Kliniken (z.B. Onkologie-Pauschalen)
- Verbotsvorbehalt: Abrechnung neuer Leistungen

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 eine Vielzahl an Vordrucken und Formularen für die ASV Bewerbung zur Verfügung.

Werden Sie Mitglied: www.bv-asv.de/beitreten

IMPRESSUM

Dr. Axel Munte, Vorsitzender des Vorstands
Dr. Wolfgang Abenhardt, stellv. Vorsitzender des Vorstands

Grafinger Str. 2, 81671 München
Amtsgericht München VR 203940, Steuernummer: 143/236/02191

www.bv-asv.de

Stand: 08.2016 / 00319438

Diese Broschüre wurde ermöglicht durch



QUELLENVERZEICHNIS

- [1] § 116b SGB V in der Fassung des Krankenhausstrukturgesetzes ab 1.1.2016
- [2] Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V: Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
- [3] Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V: Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren
- [4] Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V in seiner 1. Sitzung am 20. Juni 2014 mit Wirkung zum 01. Juli 2014