

# ASV: Krankenhäuser sollten ihre Prozesse prüfen

## Strategische Dimensionen der ambulanten Leistungserbringung – Teil 2

### Abrechnungsspezifische Neuerungen in der ASV

Am 21. März 2013 hat der G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) die Eckpunkte des Paragraphenteils der Richtlinie für die ASV beschlossen. Das Inkrafttreten der Richtlinie bedarf noch der Prüfung durch das Bundesgesundheitsministerium.

Der Paragraphenteil der Richtlinie entfaltet seine rechtliche Wirksamkeit erst mit Inkrafttreten der Anlagen (Konkretisierung der einzelnen Erkrankungen). Dennoch ist eine frühzeitige Auseinandersetzung mit dem Thema empfehlenswert, denn Ziel des G-BA ist es, mindestens zwei bis drei Konkretisierungen bis zum 31. Dezember 2013 zu beschließen. Vorgesehen ist, gemäß den in gleicher Sitzung beschlossenen Eckpunkten für die Bearbeitung der Konkretisierungen, die vorrangige Bearbeitung der Gastrointestinalen Tumoren/Tumoren der Bauchhöhle, der Gynäkologischen Tumoren, der Rheumatologischen Erkrankungen, der Herzinsuffizienz bei den schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. Bei den seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen sollen die Tuberkulose, das Marfan-Syndrom, die Pulmonale Hypertonie, die Mukoviszidose sowie die Primär sklerosierende Cholangitis im Vordergrund der Bearbeitung stehen.

Wie sehen nun die einheitlichen Rahmenbedingungen für Niedergelassene und Krankenhäuser – insbesondere im Hinblick auf die daraus resultierenden Abrechnungsfragen – aus? An dieser Stelle sollen drei Paragraphen näher beleuchtet werden, die sich unmittelbar auf die Abrechnung von § 116 b-Behandlungsfällen auswirken.

### §2 Berechtigte Leistungserbringer

In § 2 Absatz 4 der Richtlinie („ASV-Berechtigte“) sind bereits erste Hin-

weise zur Verwendung des schon 2011 neu gestalteten Überweisungsscheines Muster 6 zu finden. So findet der Überweisungsschein mit der damals neu aufgenommen Behandlungsart „Behandlung gemäß § 116 SGB V“ nach wie vor keine Anwendung zwischen den Leistungserbringern des Kernteams.

### Wer ist Mitglied des Kernteams?

Das Kernteam besteht aus der Teamleitung und den Fachärzten, die in der Regel eingebunden werden müssen. Teamleitung und Kernteam bilden neben „weiteren hinzuzuziehenden Fachärzten“ das sog. „interdisziplinäre Team“. Der Beschluss sieht nun keine Überweisungsmöglichkeiten innerhalb des Kernteams vor. Somit muss die Rechnungsstellung der gesamten Leistungen des Kernteams nach wie vor in einer Gesamtrechnung des Leistungserbringers nach § 116 b SGB V gegenüber der Krankenkasse erfolgen.

Gefordert ist jedoch der Einsatz des Überweisungsscheines Muster 6 bei Leistungserbringung durch die „hinzuzuziehenden Fachärzte“. Hinzuzuziehende Fachärzte gehören nicht zum Kernteam (s. o.) und sind nur bei medizinischer Notwendigkeit mit einzubinden. Handelt es sich beim behandelnden Krankenhaus nicht um ein Krankenhaus der Maximalversorgung, wird es sich dabei oftmals um niedergelassene Vertragsärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches handeln. Diese sollen ihre Leistungen zukünftig im Rahmen des Definitions- oder Indikationsauftrages erbringen. Damit liegt bereits eine Teilkklärung der Problematik „Abrechnung mehrerer Grundpauschalen“ vor, sofern in den zu einem späteren Zeitpunkt zu erwartenden Konkretisierungen, nichts anderes definiert ist. Der Definitions- oder Indikationsauftrag ist für bei der Abrechnung gemäß EBM an die Gebührenordnungsnummer 01436 Konsultati-

onspauschale (zweiter Spiegelstrich) gebunden. Der zweite Spiegelstrich dieser EBM-Leistung formuliert:

„*Diagnostik und/oder Behandlung einer/von Erkrankung(en) eines Patienten im Rahmen einer Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1*

*Der vorliegende Beitrag knüpft an den Beitrag der Autoren in der KU 5/2013, S. 17 ff. an und stellt die Fragen der Abrechnung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser in den Fokus. Am Beispiel der aktuell neu geregelten Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sollen die Abrechnungsregelungen und -modalitäten einer genaueren Betrachtung zugeführt werden.*



Rechtsanwalt Matthias Wallhäuser  
Fachanwalt für Medizinrecht



Ursula Klinger-Schindler  
Fachdozentin ärztliches Abrechnungswesen

*Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 27 Abs. 7 Nr. 1 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV)) an nicht ausschließlich auf Überweisung tätige Ärzte gemäß § 13 Abs. 4 BMV-Ä bzw. § 7 Abs. 4 EKV“.*

Der Indikations- oder Definitionsauftrag einer Überweisung selbst ist definiert in § 24 Abs. 7 Bundesmantelvertrag bzw. Abs. 4 EKV. Diese ▶

neu in den Paragraphenteil aufgenommene Regelung zwingt die an der bisherigen Leistungserbringung nach § 116 b SGB V teilnehmenden Krankenhäuser, im Hinblick auf die zukünftige Teilnahme an der ASV die bestehenden Kooperationsvereinbarungen mit „hinzuzuziehenden Fachärzten“ zu prüfen. Denn zukünftig ersetzt die Überweisung mit Definitionsauftrag derzeit bestehende Kooperationsvereinbarungen, die oftmals zusätzlich zu den beauftragten Leistungen mit Abrechnung der Grundpauschale oder gar mit entsprechenden Grundleistungen (Beratung und körperliche Untersuchung) auf Basis der GOÄ geschlossen waren.

Für alle Leistungserbringer jedoch gilt: nach der Veröffentlichung der neu überarbeiteten Konkretisierungen darf keinesfalls die Ankreuzmöglichkeit „§ 116 b SGB V“ bei hinzuziehenden Ärzten vergessen werden. Denn nur so kann gewährleistet werden, dass diese Leistungen, die größtenteils von niedergelassenen Vertragsärzten erbracht werden, außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung vergütet werden können.

### § 5 Behandlungsumfang

Ein weiterer vorausschauender Blick lohnt auf den neu gestalteten § 5, der den Behandlungsumfang definiert. Neu wird sein, dass abzurechnende EBM-Positionen im jeweiligen Appendix der einzelnen Konkretisierungen den Behandlungsumfang der jeweiligen Erkrankung aufgeführt sind. Damit werden zukünftig zumindest Falschabrechnungen nicht möglicher Gebührenordnungspositionen des EBM vermieden. Kliniken, die über Jahre bereits an der § 116-Behandlung teilnehmen, werden jedoch auch feststellen können, welche Leistungen sie vielfach ganz einfach verschenkt haben. Allerdings besteht auch weiterhin die Möglichkeit, weitere Gebührenordnungspositionen über den jeweiligen Appendix hinaus zu erbringen und abzurechnen. Neu wird also sein, dass die jeweiligen EBM-Gebührenordnungspositionen der Erkrankung bereits vorgegeben sind. Dennoch werden auch zukünftig die umfangreichen EBM-Bestimmungen und Abrechnungsaus-schlüsse dadurch nicht aufgehoben,

## Terminhinweis und Buchtipp

Seminarreihe „Strategische Dimension der ambulanten Abrechnung“

Die nächsten Termine:

25.9.2013, Hamburg

23.10.2013, Berlin

12.11.2013, Stuttgart

Anmeldung unter [www.abrechnungsseminare.de](http://www.abrechnungsseminare.de)

*abrechnungsseminare.de*

Ursula Klinger-Schindler,

Wolf Constantin Bartha:

Die § 116 b-Abrechnung

ISBN 978-3-941468-81-8

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

und müssen weiterhin berücksichtigt werden.

### § 8 Überweisungserfordernis

Zu den Kernpunkten des neuen Paragraphenteils der G-BA-Richtlinie, die sich auf Abrechnung und Organisation des § 116 b-Prozesses auswirken, gehört § 8. Ist in den bisherigen Anlagen 2 und 3 der alten Fassung der Richtlinie, noch die „Erstzuweisung“ definiert, schreibt der neue Paragraphenteil in § 8 die „Überweisung“ fest. Diese kann zukünftig für „ein“ oder „mehrere“ Quartale erfolgen; ob ein Überweisungserfordernis konkret für „jedes“ einzelne Quartal erfolgen muss, regeln die zu erwartenden konkretisierenden Anlagen. Die Überweisung ist für die entsprechende Indikation auszustellen, was es ausschließt, dass ein bestimmter ASV-Berechtigter auf der Überweisung benannt werden muss. Grundsätzlich muss für die Erkrankungen eine gesicherte Diagnose vorliegen. Andererseits ist § 8 zu entnehmen, dass bei den seltenen Erkrankungen der Anlage 2 in begründeten Fällen auch eine Verdachtsdiagnose ausreichend ist. Die Behandlungsart „Behandlung gemäß § 116 SGB V“ muss hier zwingend genutzt werden, sofern es sich um die Zuweisung an einen ASV-Berechtigten aus dem vertragsärztlichen, niedergelassenen Bereich handelt (beispielsweise vom Hausarzt zum entsprechenden Facharzt). Welche Fachrichtung in die ASV überweisen darf, wird zukünftig in

den Anlagen geregelt. Damit wird bis zur Veröffentlichung der Konkretisierung offen gelassen, welche Fachrichtung bei welcher Indikation, aus dem niedergelassenen Bereich an die ASV-berechtigten Leistungserbringer überweisen darf.

### Strategische Überlegungen

Die neue Überweisungsregelung führt (sofern in den Anlagen nichts anderes konkretisiert ist) grundsätzlich dazu, dass der Vorteil hier deutlich beim ASV-berechtigten Leistungserbringer im niedergelassenen, vertragsärztlichen Bereich liegt. Dieser kann bei nicht Vorliegen einer entsprechenden Indikation der ASV, die Leistung zumindest innerhalb seiner vertragsärztlichen Tätigkeit gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in Ansatz bringen, wenn auch in Teilbereichen der budgetierten Vergütung.

Krankenhäuser, die noch nach altem Recht tätig sind und oftmals „alles“ behandelt haben, sind dringend aufgefordert, ihre bisherigen Prozesse zu prüfen.

Eine Empfehlung stellt die Analyse von Überweisungen und Diagnosen der Abrechnung dar.

Auch sollte der Blick nicht allein auf die ASV gerichtet werden. Wie im Beitrag der Autoren in der KU 5/2013, S. 17 ff. geschildert, stellt die ASV nur eine Möglichkeit für Krankenhäuser dar, sich selbst oder in Kooperation mit niedergelassenen Leistungserbringern an der ambulanten Versorgung zu beteiligen. Ob die ASV oder eine andere der ambulanten Leistungserbringungsmöglichkeiten die Wahl der Wahl darstellt, sollte – auch von den noch an der § 116 b-Versorgung nach altem Recht teilnehmenden Krankenhäusern – sorgfältig entschieden werden. Das Leistungserbringungsrecht und der „Markt“ sind beide zu dynamisch, um eine vor Jahren getroffene Entscheidung ungeprüft in die Zukunft zu übernehmen. ■

Matthias Wallhäuser  
Meyer-Köring Rechtsanwälte/  
Steuerberater

Oxfordstr. 21 – Sterntorhaus, 53111 Bonn  
[www.krankenhausjustitiar.de](http://www.krankenhausjustitiar.de)

Ursula Klinger-Schindler  
Konstanzer Str. 6, 10707 Berlin  
[www.abrechnungsseminare.de](http://www.abrechnungsseminare.de)

Der gesamte Beschluss unter: <http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1706/>