

ASV-Abrechnung von A – Z

Abrechnung

Grundlage ist die ASV-Abrechnungs-Vereinbarung (ASV-AV).

Jeder in der 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 erfolgt über die Praxisverwaltungssoftware (PVS) im Zuge der normalen 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 (FK) 5100). In diesem Fall muss nur die ASV-Teamnummer in den Stammdaten des PVS hinterlegt und diese bei jeder erbrachten ASV-Leistung, zusätzlich zur lebenslangen Arztnummer (LANR) und anstatt der Betriebsstättennummer (BSNR), ausgewählt werden. Gebührenordnungspositionen (GOP) 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 einzigen ASV-Team angehört.

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 denen jeweils die einzelnen ASV-Indikationen konkretisiert werden.

Die aktuellen Abrechnungsgrundlagen für die einzelnen ASV-Krankheiten stellt das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) online bereit. Mit den Übersichten im Excel-Format 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.

Arztfall/Fachgruppenfall

Um die speziell in der ASV wesentliche Behandlungsform in einem Team in den Abrechnungsvorschriften abbilden zu können, gelten anstatt dem Behandlungsfall (je Praxis, Patient und Quartal) folgende Falldefinitionen:

Arztfall: Für Ärzte in Einzelpraxen gilt in der ASV 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.

Fachgruppenfall: Für Krankenhäuser sowie Vertragsärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) gilt in der ASV 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. → Siehe „Vergütung“.

ASV-Erklärung

Für die ASV-Fälle gilt eine eigene Erklärung. Diese wird bei Vorliegen der ersten ASV-Abrechnung von der KVBW zugeschickt. Das Formular muss einmalig ausgefüllt und zurückgeschickt werden und gilt für die angegebene Betriebsstättennummer auch für künftige Quartale.

Berechtigung

Ärzte dürfen ASV-Leistungen erst dann abrechnen, wenn sie die Berechtigung haben, in dem neuen 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.

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 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 Analog-Ziffern definiert (Anlage 5 zur ASV-AV), die in der Abrechnung angegeben und mit der Teamnummer gekennzeichnet (bzw. bei der KVBW-Lösung auf dem mit Pseudo-GOP 99990 gekennzeichneten ASV-Fall abgerechnet) werden.

Vorgehensweise:

- analog GOP laut Richtlinie abrechnen
- GOÄ-Nummern festlegen und im Feld „Sachkosten-Bezeichnung“ (Feldkennung 5011) eintragen
- Eurobetrag durch festgelegte Gebührensätze ermitteln
- Laborleistungen 1-facher Gebührensatz
- technische Leistungen 1,2-facher Gebührensatz
- übrige ärztliche Leistungen 1,5-facher Gebührensatz
- Eurobetrag im Feld „Sachkosten/Materialkosten in Cent“ (Feldkennung 5012) eintragen

Fallnachweis

→ Siehe „Honorarunterlagen“.

Formulare

Die in der vertragsärztlichen Versorgung verwendeten Formulare kommen auch in der ASV zum Einsatz. Sie werden nur 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.

Für die Verordnung von Arzneimitteln gibt es ein eigenes Rezept-Formular (→ Siehe „Verordnung“).

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

Honorarnachweis

→ Siehe „Honorarunterlagen“.

Honorarunterlagen (im Dokumentenarchiv des Mitgliederportals)

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

Fallnachweis: 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: 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: 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.

Institutionelle Benennung (ASV-Teilnahme als Institut/MVZ/BAG)

Die Vorgaben laut ASV-Abrechnungsvereinbarung regeln unter anderem, dass die ASV-berechtigten Ärzte im ASV Verzeichnis personenbezogen eingetragen werden müssen. Für hinzuzuziehende Fachgruppen (Ebene 3) ist jedoch eine Ausnahme definiert. Hier kann grundsätzlich auch eine institutionelle Benennung durch Eintragen eines Fachgruppencodes erfolgen.

Zu beachten ist jedoch, dass eine Abrechnung über die KVBW nur möglich ist, wenn im Verzeichnis der ASV-Servicestelle für den einzelnen ASV Teilnehmer sowohl eine lebenslange Arztnummer als auch eine Betriebsstättennummer eingetragen ist. Der Eintrag eines Fachgruppencodes/Fachgruppennummer ist für die ASV Abrechnung über die KVBW nicht ausreichend.

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. Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3 – 4), 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 (G-BA) 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 ist ODER – als Besonderheit der KVBW – manuell der gesamte ASV-Fall durch eine Pseudo-GOP gekennzeichnet wird (→ Siehe Abrechnung).

Laborleistungen (Speziallabor gem. EBM-Kapitel 32.3)

Untersuchungen des Speziallabors sind nur für Laborärzte Bestandteil der ASV-Abrechnung. Notwendige Speziallaboruntersuchungen sind deshalb immer beim Laborarzt des eigenen ASV-Teams in Auftrag zu geben. Selbst wenn Sie als Nichtlaborarzt über die entsprechende Abrechnungsgenehmigung der KVBW verfügen. Ausnahmen bei bestimmten Krankheitsbildern sind ausdrücklich in der ASV-Richtlinie genannt.

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 durch die KVBW erfolgt auf Basis der Regelungen im EBM. Weitergehende Abrechnungsprüfungen können ggf. durch die Krankenkassen stattfinden.

Richtlinie

Gibt den formalen Rahmen für den neuen 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 Richtlinie sowie die Anlagen werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen.

Sachkosten

Werden nach den Regelungen der GKV (→ Siehe EBM, Bereich VII, Punkt 6) erstattet. Die Anwendung und Abrechnung gesondert berechnungsfähiger Materialien muss unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit erfolgen. Rechnungen müssen als Nachweis mit der Abrechnung eingereicht werden.

Die Abrechnung der tatsächlichen Kosten erfolgt durch Zuordnung zu einer Produktgruppe (→ Siehe Produktgruppenliste <https://www.kvbawue.de/pdf1493> und Merkblatt „Abrechnung von Sachkosten“ <https://www.kvbawue.de/pdf1555> auf der Homepage der KVBW). Die folgenden Feldkennungen werden bei einer beliebigen GOP zusätzlich befüllt.

- Produktgruppennummer (ggf. Restegruppe 205) in Feld „Sachkostenbezeichnung“ Feldkennung 5011 eintragen
- Produktname (Bezug zur Rechnung beachten) in Feld „Freier Begründungstext“ Feldkennung 5009 eintragen (Feldlänge maximal 40 Zeichen)
- Hersteller/Lieferant eintragen (Feldkennung 5074)
- Artikel-/Modellnummer eintragen (Feldkennung 5075)
- Eurobetrag (muss auf Rechnung ersichtlich sein) in Feld „Sachkosten“ 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 Bun-

desvereinigung 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 regelt der Erweiterte Landesausschuss (E-LA).

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 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.

Auf dem Überweisungsschein ist anzugeben:

- korrekte BSNR des Überweisers
- Versorgungsart: § 116b SGBV
- gesicherte ASV-Diagnose bzw. 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-Kernteam sind keine Überweisungen notwendig. Fachärzte aus der dritten Ebene benötigen immer eine Überweisung.

Verordnung

Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel unterliegen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Das heißt, die Verordnungen fallen nicht unter das Verordnungsvolumen der Richtwertprüfung beim verordnenden Arzt.

Für die ASV-Versorgung ist ein besonderes Rezept nötig. Es muss in der so genannten Codierleiste die Kennzeichnung „22222222“ (9-mal die 2) eingedruckt sein. Bezug z. B. über den Kohlhammer Verlag.

Erfolgt die Kennzeichnung der ASV-Leistungen durch die Pseudo-GOP 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.

Besonderheit 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.

EBM-Leistungen, die pro Patient nur einmal im Quartal abgerechnet werden dürfen, sind nur von einem Facharzt des ASV-Kernteam 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. Insoweit kommt es zu einer Differenz von (sachlich rechnerisch) anerkannter Honorarforderung und Vergütung durch die Krankenkassen.

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.

Bei teilnehmenden Ärzten derselben Fachgruppe innerhalb einer BAG/eines MVZ gilt die o. g. Abschlagsregelung nicht. Hier werden die Leistungen, die die Maximalhäufigkeit überschreiten, nicht vergütet.

Verwaltungskosten

Der Aufwendungsersatz entspricht dem allgemeinen Verwaltungskostenbeitrag der KVBW und bezieht sich auf alle über die KVBW 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.

Zahlungsnachweis

→ Siehe „Honorarunterlagen“.

Ansprechpartner

Für Fragen oder Anregungen stehen Ihnen die Mitarbeitenden der ASV-Hotline unter der Telefonnummer 0711 7875-3338 oder per E-Mail an asv-hotline@kvbawue.de gerne zur Verfügung.

Glossar

- ASV: Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung
- BAG: Berufsausübungsgemeinschaft
- EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab; Gebührenordnung der gesetzlichen Krankenversicherung
- GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
- GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte (Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland)
- GOP: Gebührenordnungsposition (Nummer zur Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen)
- MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum
- OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel
- PVS: Praxisverwaltungssystem/Praxisverwaltungssoftware
- SKT: Sonstige Kostenträger (z. B. Sozialhilfe, Asylbewerber, Polizei, Bundeswehr etc.)