

GESTALTUNG
DER ASV RHEUMA –
BEISPIELE UND
RECHTLICHE ASPEKTE

Ausgabe 3

ASV

RHEUMA



AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE
VERSORGUNG



„Dank Ihnen wieder ein Alltagsheld!“

UMFASSEND THERAPIEREN*

Bewährt für Ihre PsA- und axSpA-Patienten¹

 **Cosentyx**[®]
secukinumab

Here with you

* Signifikante Wirksamkeit auf die PsA-Manifestationen nach GRAPPA und Symptome der axSpA.¹

PsA: angezeigt für Erwachsene mit aktiver Psoriasis-Arthritis nach DMARDs, in Monotherapie oder in Kombination mit MTX.

axSpA: angezeigt für die Behandlung von Erwachsenen mit aktiver AS nach konventioneller Therapie und mit aktiver nr-axSpA mit objektiven Entzündungsanzeichen nach NSAR.

1. Fachinformation Cosentyx[®].

Cosentyx[®] 75 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Cosentyx[®] 150 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Cosentyx[®] 150 mg Injektionslösung in einem Fertigpen, Cosentyx[®] 150 mg Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung, Cosentyx[®] 300 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Cosentyx[®] 300 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. Wirkstoff: Secukinumab (in Ovarialzellen d. chinesischen Hamsters [CHO-Zellen] produzierter, gegen Interleukin-17A gerichteter, rekombinanter, vollständig humaner monoklonaler Antikörper der IgG1/k-Klasse). **Zus.-setz.:** 75/150/300 mg Injektionslösung: *Arzneil. wirks. Bestandt.:* 1 Fertigspritze enthält 75 mg Secukinumab in 0,5 ml bzw. 1 Fertigspritze/Fertigpen enthält 150 mg Secukinumab in 1 ml bzw. 300 mg Secukinumab in 2 ml. *Sonst. Bestandt.:* Trehalose-Dihydrat, Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Methionin, Polysorbat 80, Wasser f. Inj.-zwecke. Pulver z. Herst. einer Injektionslösung: *Arzneil. wirks. Bestandt.:* Eine Durchstechflasche mit Pulver enthält 150 mg Secukinumab (nach Rekonstitution enthält 1 ml Lösung 150 mg Secukinumab). *Sonst. Bestandt.:* Sucrose, Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Polysorbat 80. **Anwend.:** Für Behandl. von Kdr. und Jugendl. ab einem Alter von 6 J. mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Ther. in Frage kommen. **150/300 mg Injektionslösung und Pulver z. Herst. einer Injektionslösung zusätzl.:** Behandl. erw. Pat. mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine system. Ther. in Frage kommen. Behandl. erw. Pat. mit aktiver Psoriasis-Arthritis, allein od. in Kombination mit Methotrexat (MTX), wenn das Ansprechen auf eine vorhergehende Ther. mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) unzureichend gewesen ist. Behandl. erw. Pat. mit aktiver ankylosierender Spondylitis, die auf eine konventionelle Ther. unzureichend angesprochen haben. Behandl. erw. Pat. mit aktiver nicht-röntgenologischer axialer Spondyloarthritis mit objektiven Anzeichen der Entzündung, angezeigt durch erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) und/oder Nachweis durch Magnetresonanztomographie (MRT) die unzureichend auf nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) angesprochen haben. **Gegenanz.:** Überempfindlichkeitsreakt. gegen d. Wirkstoff od. einen d. sonst. Bestandt. Klinisch relevante, aktive Infekt. (z. B. aktive Tuberkulose). **Nebenw.:** *Sehr häufig:* Infekt. d. oberen Atemwege. *Häufig:* Oraler Herpes, Tinea pedis, Kopfschmerzen, Rhinorrhö, Diarrhö, Übelkeit, Ermüdung. *Gelegentl.:* Orale Candidose, Otitis externa, Infekt. d. unteren Atemwege, Neutropenie, Konjunktivitis, Entzünd. Darmerkrankungen, Urtikaria. *Selten:* Anaphylakt. Reakt. Exfoliative Dermatitis. *Häufigkeit nicht bekannt:* Mukokutane Candidose (einschl. ösophageale Candidose). **Verschreibungspflichtig. Weit. Angaben:** S. Fachinformationen. Stand: Juli 2021 (MS 07/21.17). **Novartis Pharma GmbH, Roonstr. 25, 90429 Nürnberg.** Tel.: (09 11) 273-0, Fax: (09 11) 273-12 653. www.novartis.de

 **NOVARTIS**

AUSGABE 3

INHALT

Vorwort	5
Checkliste - Einstieg in die ASV-Arbeit	6
Der Weg der Patienten in der ASV	8
Erfahrungsberichte zur regionalen Gestaltung der ASV	13
– Helios Fachklinik Vogelsang-Gommern, Prof. J. Kekow	13
– MVZ für Rheumatologie Planegg, Dr. M. Welcker	15
Pragmatische Lösungsansätze im Rahmen der ASV	17
Dr. J. Weinerth, Potsdam	
Rechtliche Aspekte der ASV	19
RA C. Koller, München	
FAQ-Chat	22
Erratum	25

VORWORT

Beilagenserie ASV Rheuma

1. Getting started – Anzeigeverfahren und praktische Tipps (erschiene April 2021)
 2. Status quo – Aktueller Stand und strukturelle Hürden (erschiene Juni 2021)
 3. Gestaltung der ASV Rheuma – Beispiele und rechtliche Aspekte
 4. Quo vadis – Verbesserungspotenzial und Reformvorschläge
 5. Resümee – Zusammenfassung und Update praktischer Tipps

Mit freundlicher Unterstützung von

Novartis Pharma GmbH, Nürnberg
medac GmbH, Wedel
WORTREICH Ges. f. ind. Komm. mbH, Limburg

IMPRESSUM

Herausgeber: Sigurd Rudeloff
WORTREICH Gesellschaft für individuelle Kommunikation mbH, Limburg/Lahn
Tel. 06431/590960, Fax 06431/5909611, info@wortreich-gik.de

Die ersten beiden Beilagen fokussierten sich auf das Anzeigeverfahren und den Status Quo der ASV. In dieser dritten Beilage geht es nun um die Gestaltung und praktische Arbeit in der ASV.

Wir starten mit einer Checkliste, die Ihnen nach dem erfolgreichen Durchlaufen des Anzeigeverfahrens den Start in die Arbeit der ASV erleichtern soll. Danach zeigen wir Ihnen, wie und welche Patienten in die ASV aufgenommen werden können.

Einige Teams berichten wieder von ihren Erfahrungen, wie sie ihre regionale ASV gestaltet haben. Frau Dr. Jutta Weinerth, Teamleiterin der ASV Rheumatologie Potsdam, zeigt uns praktische Lösungsansätze im Rahmen der ASV auf.

Rechtsanwalt Christian Koller widmet sich rechtlichen Aspekten in der ASV, wie beispielsweise dem Zustandekommen des Behandlungsvertrages oder der Haftungsregelung innerhalb des ASV-Teams.

Zu guter Letzt beantworten wir bei den FAQ Fragen zum Unterschriftenverfahren der Verträge sowie zu Rezepten und Verordnungen.

In den folgenden Beilagen werden wir uns diesen Themenschwerpunkten widmen:

4. Beilage: Quo vadis - Verbesserungspotenzial und Reformvorschläge

5. Beilage: Resümee - Zusammenfassung und Update praktischer Tipps

Wünschen Sie bestimmte Aspekte oder haben selbst Anregungen oder Tipps? Schreiben Sie uns gerne an die BDRh Service GmbH: kontakt@bdrh-service.de ■

Mit herzlichen Grüßen

XENOFON BARALIAKOS

MITGLIED DES BDRH-VORSTANDS

MARTIN WELCKER

MITGLIED DES BDRH-VORSTANDS



Xenofon Baraliakos



Martin Welcker

CHECKLISTE – EINSTIEG IN DIE ASV-ARBEIT

Das Anzeigenverfahren haben Sie erfolgreich durchlaufen? Dann kann es jetzt losgehen. Für einen erleichterten Start in die Arbeit der ASV, können Sie sich an folgender Checkliste orientieren:

OPERATIVE DINGE

- Teamnummer beantragen:** Spätestens jetzt sollten Sie einen Onlinezugang bei der ASV-Servicestelle anlegen (www.asv-servicestelle.de). Dort müssen Sie dann Ihr Team und alle Teammitglieder anlegen und den Positivbescheid des Erweiterten Landesausschusses hochladen. Dann erhalten Sie Ihre Teamnummer, die Sie an alle Teammitglieder weitergeben müssen.
- Haftpflichtversicherung informieren:** Alle Teammitglieder sollten ihre jeweilige Haftpflichtversicherung über die Aufnahme einer Tätigkeit im Rahmen der ASV informieren. Dazu reicht ein formloses Schreiben. Uns ist bisher kein Fall bekannt, in dem es Nachfragen oder gar eine Prämienhöhung gab.
- Formulare bestellen:** In der ASV werden grundsätzlich die Formulare der Regelversorgung verwendet – mit Ausnahme des Rezepts. In der ASV ist ein eigener Rezeptblock nötig, den alle Teammitglieder bestellen müssen. Dafür gilt der reguläre Bezugsweg, d. h. entweder über die KV oder direkt bei der Druckerei. Krankenhausärzte müssen zusätzlich ggf. auch weitere Formulare der vertragsärztlichen Versorgung bestellen. Mehr Informationen zum Formularwesen in der ASV finden sich bei der KBV unter <https://www.kbv.de/html/8161.php>.
- Technische Struktur für die Abrechnung:** Jeder Leistungserbringer im Team muss sich mit der Organisation der Abrechnung beschäftigen. Krankenhäuser rechnen ASV-Leistungen, die von Krankenhausärzten im ASV-Team erbracht werden, über die reguläre Krankenhausabrechnung nach § 301 SGB V ab. Dafür ist in der Regel eine Anpassung des KIS notwendig, da die EBM-Ziffern zu hinterlegen sind. Niedergelassene können entweder bilateral mit den Kassen abrechnen (aufwändig!) oder die KV als Dienstleister beauftragen. Dafür stellen die KVen auf ihren Internetseiten entsprechende Auftragsmuster zur Verfügung (siehe auch <https://bv-asv.de/asv/arbeiten-in-der-asv/wirtschaftliche-aspekte/abrechnungsangebote-der-kven/>). Bei einer Beauftragung der KV ist grundsätzlich in der Praxissoftware die

ASV-Abrechnung zu aktivieren. Einige Anbieter verlangen dafür zum Teil hohe Gebühren. Versuchen Sie, bei zu hohen Angeboten auf jeden Fall zu verhandeln.

- Organisation der Teamverwaltung:** Ihr Team wird sich laufend ändern – so kommen vielleicht neue Kollegen hinzu, die Praxiskonstellationen der teilnehmenden Ärzte ändern sich oder Ärzte scheiden aus. Legen Sie fest, wer Ansprechpartner für diese Fälle ist und erinnern Sie alle Kolleginnen und Kollegen im Team nochmal an ihre Informationspflicht im Falle solcher Änderungen.

ABSPRACHEN IM TEAM

- Kontakt Daten im Team austauschen:** Besprechen Sie im Team, ob Sie Telefonnummern und Email-Adressen austauschen, unter denen eine rasche Kontaktaufnahme unter den Teammitgliedern in dringlichen Fällen möglich ist, um z. B. kurzfristig einen Termin für Patienten vereinbaren zu können.
- Überweisungsprozess besprechen:** Kernteammitglieder können sich Patienten in der ASV ohne Überweisung schicken, die hinzuzuziehenden Fachärzte werden auf Überweisung (durch ein Kernteammitglied) tätig. Erfahrungen aus ASV-Teams haben gezeigt, dass es von Vorteil ist, auch innerhalb des Kernteams einen Überweisungsschein mitzugeben, um die aufnehmende Praxis über die ASV-Teilnahme zu informieren. Tipp: Legen Sie sich im Team „ASV“-Stempel zu, die Sie plakativ auf allen Überweisungen für ASV-Patienten aufdrucken.
- Festlegung interner „Spielregeln“ für die Einschreibung der Patienten:** Grundsätzlich setzt die Aufnahme von Patienten in die ASV eine Überweisung durch einen Vertragsarzt (z. B. Hausarzt) voraus. Bestandspatienten, die bei an der ASV teilnehmenden Ärzten schon vorher behandelt wurden, können ohne Überweisung in die ASV eingeschlossen werden. Die Aufnahme von Patienten in die ASV ist per Richtlinie nicht auf einzelne Teammitglieder (z. B. Teamleitung) beschränkt – grundsätzlich kann jede/r im Team Patienten aufnehmen. Besprechen Sie im Team, ob Sie das so offen handhaben wollen, oder ob Sie den Patienteneinschluss auf bestimmte Teammitglieder einschränken wollen.
- Anlaufphase besprechen:** Stimmen Sie sich im Team ab, welche Patientenzahlen Sie in der Anlaufphase anstreben. Einige Teams testen im ersten ASV-Quartal zunächst mit einer überschaubaren Patientenzahl, um die operativen Prozesse zu erproben.
- Festlegung von Dokumenten:** Die ASV erfordert eine Information und Aufklärung der Patienten, keine Einschreibung. Zu informieren ist über die Versorgungsform, die Ärzte im Team und das Tätigkeitsspektrum. Es ist sinnvoll, dafür im Team einheitliche Dokumente zu nutzen. Der G-BA bietet zum Beispiel eine Patienteninformation an, die verwendet werden kann https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4077/2019-11-05_G-BA_Merkblatt_Patienteninformation_ASV_bf.pdf. Die meisten Teams ergänzen diese Informationsunterlagen noch durch eine Liste der am Team teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte.
- Information der Zuweiser:** Da die ASV ja grundsätzlich eine Überweisung voraussetzt, ist es sinnvoll, die zuweisenden Kollegen zu informieren. Einige Teams laden dafür zu einer Infoveranstaltung, andere informieren schriftlich. ■

DER WEG DER PATIENTEN IN DER ASV



Sonja Froschauer

Das ASV-Team ist gebildet, das Anzeigenverfahren erfolgreich durchlaufen und ihr Team ist bereit für die Arbeit in der ASV. Wie kommen nun die Patienten in die ASV? Darum geht es in diesem Beitrag.

WELCHE PATIENTEN KÖNNEN IN DER ASV BEHANDELT WERDEN?



Anna Sollacher

In die ASV Rheuma können Patienten mit einer Verdachtsdiagnose oder einer gesicherten Diagnose einer festgelegten Liste an ICD-10-Diagnosen eingeschlossen werden (siehe Infokasten). Für Patienten über 18 Jahre muss eine Verdachtsdiagnose zusätzlich durch eine Mindestdiagnostik erhärtet werden, beispielsweise durch:

1. Anamnese (z. B. positive Familienanamnese, Morgensteifigkeit der Gelenke (> 30 Minuten), Trauma, Schmerz, nächtlicher Rückenschmerz, rezidivierende Gelenksteife)
2. Körperliche Untersuchung (z. B. Bewegungseinschränkung, extraartikuläre Manifestationen, schmerzhafte Gelenkschwellung)
3. Laboruntersuchungen (z. B. Entzündungsparameter, falls vorhanden auch spezifische Antikörper wie Antinukleäre Antikörper [ANA] oder Anti-CCP-Antikörper)
4. Fakultativ: Bildgebung (falls bereits vorhanden)

Kontaktdaten

Sonja Froschauer
sonja.froschauer@
bdrh-service.de
Tel. 089/90414141-2

Die Verdachtsdiagnose muss innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein, sonst kann keine weitere ASV-Behandlung mehr erfolgen.

Anna Sollacher
anna.sollacher@
bdrh-service.de
Tel. 089/90414141-7

Bei Kindern und Jugendlichen ist eine ASV-Aufnahme möglich, wenn eine der festgelegten Diagnosen als Verdachtsdiagnose oder gesicherte Diagnose vorliegt. Eine Mindestdiagnostik oder medizinische Begründung des Zuweisers ist dabei nicht nötig. →

BDRh Service GmbH
Dr.-Max-Str. 21
82031 Grünwald
www.bdrh-service.de

EINSCHREIBEDIAGNOSEN RHEUMA

ICD-10	ICD-Bezeichnung	Erwachsene	Kinder
D47.5	Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hyper eosinophiles Syndrom]	x	
D68.6	Sonstige Thrombophilien inkl. Antikardiolipin-Syndrom, Antiphospholipid-Syndrom, Vorhandensein des Lupus-Antikoagulans	x	x
D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien	x	x
D69.0	Purpura anaphylactoides inkl. Allergische Vaskulitis	x	x
D86.0	Sarkoidose der Lunge	x	x
D86.1	Sarkoidose der Lymphknoten	x	x
D86.2	Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten	x	x
D86.3	Sarkoidose der Haut	x	x
D86.8	Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen in Verbindung mit M14.8-*	x	x
D89.1	Kryoglobulinämie	x	
E85.0	Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose. Familiäres Mittelmeerfieber	x	x
H20.9	Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet	x	x
I00	Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzeteiligung inkl. Akute oder subakute Arthritis bei rheumatischem Fieber	x	x
I77.6	Arteriitis, nicht näher bezeichnet	x	x
L50.2	Urtikaria durch Kälte oder Wärme		x
M01.2	Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†)	x	x
M02.1	Postenteritische Arthritis	x	x
M02.9	Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet	x	x
M05.0	Felty-Syndrom	x	x
M05.1	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis	x	x
M05.2	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis	x	x
M05.3	Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme	x	x
M05.8	Sonstige seropositive chronische Polyarthritis	x	x
M05.9	Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet	x	x
M06.0	Seronegative chronische Polyarthritis	x	x
M06.1	Adulte Form der Still-Krankheit	x	x
M07.1	Arthritis mutilans	x	x
M07.2	Spondylitis psoriatica	x	x
M07.3	Sonstige psoriatische Arthritiden	x	x
M08.0	Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ	x	x
M08.1	Juvenile Spondylitis ankylosans	x	x
M08.2	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form	x	x
M08.3	Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form	x	x
M08.4	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form	x	x
M08.7	Vaskulitis bei juveniler Arthritis	x	x
M08.8	Sonstige juvenile Arthritis	x	x
M08.9	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet	x	x
M09.0	Juvenile Arthritis bei Psoriasis	x	x
M09.1	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]	x	x
M09.2	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa	x	x
M09.8	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	x	x
M11.-	sonstige Kristall-Arthropathien	x	
M13.0	Polyarthritis, nicht näher bezeichnet	x	x
M13.1	Monarthritis, anderenorts nicht klassifiziert	x	x
M13.8	Sonstige näher bezeichnete Arthritis	x	x
M13.9	Arthritis, nicht näher bezeichnet	x	x
M14.8	Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten	x	x
M30.0	Panarteriitis nodosa	x	x
M30.1	Panarteriitis mit Lungenbeteiligung	x	x
M30.2	Juvenile Panarteriitis	x	x
M30.3	Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit]	x	x
M30.8	Sonstige mit Panarteriitis nodosa verwandte Zustände	x	
M31.3	Wegener-Granulomatose	x	x
M31.4	Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]	x	x
M31.5	Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica	x	
M31.6	Sonstige Riesenzellarteriitis	x	
M31.7	Mikroskopische Polyangiitis	x	x
M31.8	Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien	x	x
M31.9	Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet	x	x
M32.0	Arzneimittelinduzierter systemischer Lupus erythematodes	x	x
M32.1	Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen	x	x
M32.8	Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematodes	x	x
M32.9	Systemischer Lupus erythematodes, nicht näher bezeichnet	x	x
M33.0	Juvenile Dermatomyositis	x	x
M33.1	Sonstige Dermatomyositis	x	x
M33.2	Polymyositis	x	x
M34.0	Progressive systemische Sklerose	x	x
M34.1	CR(E)ST-Syndrom	x	x
M34.2	Systemische Sklerose, durch Arzneimittel oder chemische Substanzen induziert	x	x
M34.8	Sonstige Formen der systemischen Sklerose	x	x
M34.9	Systemische Sklerose, nicht näher bezeichnet	x	x
M35.0	Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]	x	x
M35.1	Sonstige Overlap-Syndrome	x	x
M35.2	Behçet-Krankheit	x	x
M35.3	Polymyalgia rheumatica	x	
M35.4	Eosinophile Fasziitis	x	x
M35.6	Rezidivierende Pannikulitis [Pfeifer-Weber-Christian-Krankheit]	x	
M35.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	x	x
M35.9	Krankheit mit Systembeteiligung	x	x
M36.0	Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen	x	
M45.0	Spondylitis ankylosans	x	x
M46.8	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien	x	
M46.9	Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet	x	x
M86.3	Chronische multifokale Osteomyelitis (SAPHO, CRMO)	x	x
M94.1	Panchondritis [Rezidivierende Polychondritis]	x	

Aktualisierte beschlossene Diagnoseliste mit Beschlussdatum vom 18.3.2021 – bis Redaktionsschluss allerdings noch nicht in Kraft getreten.

WIE KOMMEN DIE PATIENTEN IN DIE ASV?

1. Überweisung in die ASV

Ein behandelnder Vertragsarzt kann Patienten gezielt in die ASV überweisen. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen zur Behandlung in der ASV weiterhin gegeben sind. Dafür ist der reguläre Überweisungsschein mit den üblichen Informationen für eine Überweisung auszufüllen und zusätzlich „Behandl. gemäß § 116b SGB V“ anzukreuzen.

Überweisungsschein

Krankenhaus bzw. Kostenträger: ADK NordWest

Name, Vorname des Versicherten: Mustermann

Max Musterstr. 05 01.07.91

D 48256 Musterdorf

Kostenübernahme: 103411401 12345678 Status: 1000000

Behälter-Nr.: 182180200 111111111 Datum: 21.11.18

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

06BF Quartal 4 | 18

Behandlung: Kurativ Präventiv Behandl. gemäß § 116b SGB V bei belegzügl. Behandlung

Urdell. Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31 2

Überweisung an: Rheumatologie AU bis

Aufzählung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchung Mit-Wiederbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

182180200 111111111
Dr. med. M. Test
Internistische
Schwerpunktpraxis
Immunologie-Rheumatologie-
Osteologie
Testastr. 56
4123 Muster
01234/56759
Vertragserbringer / Unterschrift des Arztes

Modell-Nr. 10/2014 KStV-Form 186 10/14/000000

Abb. 1. Beispiel Überweisungsschein für die ASV

Eine Überweisung ist nicht erforderlich für Patienten, die wegen ihrer ASV-Diagnose zuvor in einem ASV-berechtigten Krankenhaus stationär versorgt wurden. Dasselbe gilt für Bestandspatienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten, die diese direkt in die ASV einschließen können. Jeder Leistungserbringer arbeitet im Team eigenverantwortlich.

WAS GESCHIEHT IN DER ASV?

2. Aufnahme ins ASV-Team

Der Arzt überprüft die ASV-Fähigkeit der Patienten (gesicherte Diagnose, Verdachtsdiagnose bei medizinischer Begründung).

Sind die Kriterien erfüllt, wird der Patient umfassend über das Team sowie die ASV informiert. Es erfolgt keine formale Einschreibung der Patienten.

3. Erstellung Behandlungsplan

Das Team stellt einen Behandlungsplan für die Patienten auf, nachdem der Patient dann im Team betreut wird. Kernteammitglieder können die Patienten ohne Überweisung behandeln. Hinzuziehende werden auf Überweisung eines Kernteammitglieds tätig.

TIPP

Der BDRh bietet einen filterbaren Appendix inklusive Anleitung an, sodass Sie schnell einen Überblick darüber erhalten, welche Ziffern für eine Fachgruppe abrechenbar sind. Das könnte ggf. für die Arbeit in der ASV, aber auch schon für die Ansprache von Teammitgliedern hilfreich sein.

Diesen Service finden Sie auf www.bdrh.de im Mitgliederbereich.

Die freie Arztwahl bleibt uneingeschränkt bestehen, d. h. wenn der Patient zu einem anderen Arzt außerhalb des ASV-Teams gehen möchte, steht ihm das weiterhin frei.

BLEIBT DER PATIENT IMMER IN DER ASV?

4. Überleitung in die Regelversorgung

Wenn die ASV-Kriterien nicht mehr erfüllt sind, also z. B. eine Verdachtsdiagnose nach zwei Quartalen nicht bestätigt werden konnte, wird der Patient in die Regelversorgung übergeben. Ein Entlassmanagement ist hierbei obligatorisch. ■

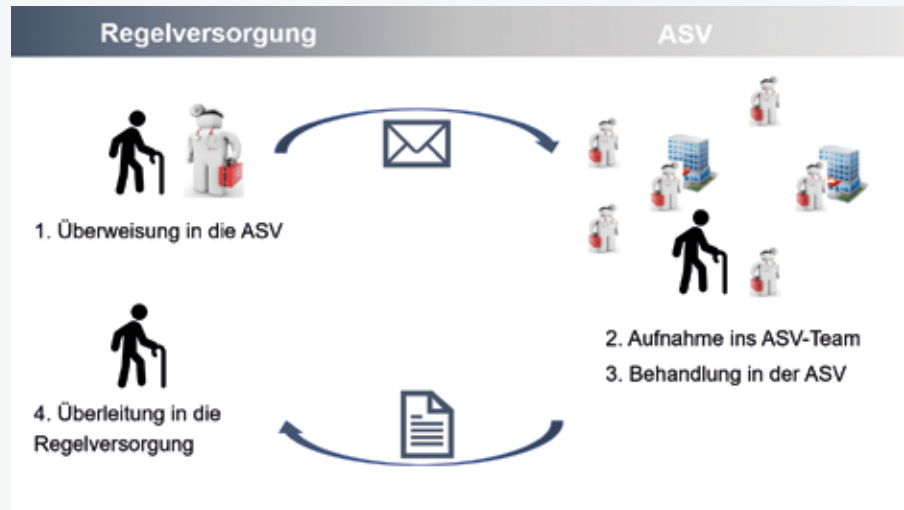


Abb. 2. Der Weg der Patienten in und aus der ASV

WIE HABEN SIE IHRE REGIONALE ASV GESTALTET?

ECKDATEN

Seit wann nimmt Ihr Team an der ASV teil?

09.09.2019

Wie viele Patienten behandeln Sie in etwa im Rahmen der ASV?

Wie viel Prozent Ihrer gesamten Patienten entspricht dies ungefähr?

Schwerpunktpraxis 500 (30 %), Klinik 200 (10 %)

Wie sieht Ihr Team aus? Wie viele Rheumatologen sind an Bord?

7 Rheumatologen



Kontaktdaten

Prof. Dr. Jörn Kekow
Helios Fachklinik
Vogelsang-Gommern
Sophie-von-Boetticher-
Straße 1
39245 Vogelsang-Gommern

ZUSAMMENARBEIT IM TEAM

Wie funktioniert die Zusammenarbeit im Team?

Keine Teamtreffs bis auf ein Zoom-Meeting für alle Teammitglieder am 13.01.2021 zum Erfahrungsaustausch

Wie häufig und auf welche Weise tauschen Sie sich mit ihren Teammitgliedern aus?

Selten, Kommunikation meist per Arztbrief oder Telefon

Wie ist der Ablauf der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit?

Wie in den obigen Antworten beschrieben, konventionell (siehe auch Corona-Problem!)

Was funktioniert gut?

Inzwischen die Abrechnung

Wo gibt es Hürden / Schwierigkeiten?

Umständliche Meldung von Teamänderungen und von neuen Ziffern

Welche technischen Hilfsmittel nutzen Sie?

Keine Besonderen

Wie handhaben Sie die gemeinsame Sprechstunde oder Fallkonferenzen?

Bislang keine Patientenkonferenzen

→

Haben Sie hier Tipps für andere Teams?

Nein, sicher von der Örtlichkeit abhängig (z. B. große Klinik, Ärztehaus)

PATIENTENEINBINDUNG

Wie ist die Akzeptanz der Patienten hinsichtlich der ASV?

Sehr gut

Wie groß ist der Aufwand, den Sie bzgl. der Information der Patienten über die ASV haben bzw. treiben?

Infoblatt für die Patienten sehr hilfreich, wird unterschrieben und abgelegt, bislang keiner der Patienten „nein“ gesagt ■

WIE HABEN SIE IHRE REGIONALE ASV GESTALTET?

ECKDATEN

Seit wann nimmt Ihr Team an der ASV teil?

Das MVZ für Rheumatologie Dr. M. Welcker erhielt im Mai 2021 die Genehmigung zur ASV.

Wie viele Patienten behandeln Sie in etwa im Rahmen der ASV? Wie viel Prozent Ihrer gesamten Patienten entspricht dies ungefähr?

Wir behandeln als rheumatologisches Schwerpunktzentrum fast alle Patienten im Rahmen der ASV. Nur die relativ wenigen Patienten, die chronischen Erkrankungen außerhalb des ASV-Diagnosekranzes zugeordnet sind, werden im Rahmen des klassischen KV-Auftrages betreut.

Wie sieht Ihr Team aus (wie groß ist Ihr Team, vorwiegend ambulant / stationär, Entfernungen etc.)? Wie viele Rheumatologen sind an Bord?

Das Team umfasst ca. 40 Ärzte. Diese sind überwiegend aus der ambulanten Versorgung, allerdings besteht auch eine relevante Beteiligung einer stationären Einheit. Insgesamt sind derzeit 7 Rheumatologen gemeldet.



Kontaktdaten

MVZ für Rheumatologie
Dr. Martin Welcker
Bahnhofstraße 32
82152 Planegg
Tel. 089/893566915
kontakt@rheumatologie-
welcker.de

ZUSAMMENARBEIT IM TEAM

Wie funktioniert die Zusammenarbeit im Team?

Diese entwickelt sich sukzessive. Die Zusammenarbeit aller beteiligter Kollegen hat schon vor der ASV reibungslos funktioniert. Durch die ASV ist eine stationäre Einheit näher ans MVZ „gerückt“. Die administrative Umsetzung der ASV ist bei den Beteiligten mit relevanter Fallzahl umgesetzt und bei jenen mit geringer Fallzahl ausgeblieben.

Wie häufig und auf welche Weise tauschen Sie sich mit ihren Teammitgliedern aus?

Die rheumatologischen Teammitglieder tauschen sich quasi arbeitstäglich aus, die sonstigen bedarfsweise nach Maßgabe der Patientensituation.

Wie ist der Ablauf der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit?

Diese richtet sich wesentlich nach den Notwendigkeiten der Patienten und funktioniert im Wesentlichen reibungslos.

→

Was funktioniert gut?

Der fachliche Austausch, die indikationsentsprechende Terminvergabe, etc.

Wo gibt es Hürden / Schwierigkeiten?

Abrechnungshindernisse für Kollegen mit geringer Fallzahl (wie bekannt)

PATIENTENEINBINDUNG

Wie ist die Akzeptanz der Patienten hinsichtlich der ASV?

Es besteht nur eine Informationspflicht der Patienten. Die wurden oder werden mündlich, in Form ausliegender Information und Website informiert.

Wie groß ist der Aufwand, den Sie bzgl. der Information der Patienten über die ASV haben bzw. treiben?

Der Aufwand der Vorbereitung war nicht unerheblich, da die richtige Form der Informationsweitergabe gefunden werden musste. Im Anschluss ist der Aufwand gering.

ALLGEMEIN

Gab es in der ASV eine Herausforderung, für die Sie eine pragmatische Lösung gefunden haben? Erzählen Sie uns davon.

Der Genehmigungsantrag war eine Herausforderung. Die Einbindung eines lösungsorientierten Medizinjuristen, welcher emotionale Distanz zu den teils „überraschenden“ Rückmeldungen des eLA gestattete, ermöglichte die erfolgreiche Beantragung.

Die Aktualisierung der Unterlagen durch hinzukommende und ausscheidende Kollegen erfordert Aufmerksamkeit und Arbeitszeit. Letztlich entstand hier eine neue Zuständigkeit einer neu eingestellten Mitarbeiterin. ■

PRAGMATISCHE LÖSUNGSANSÄTZE IM RAHMEN DER ASV

In Vorbereitung zur Antragstellung der ASV Rheumatologie fand schon in den Jahren davor ein intensiver Austausch statt zwischen den Potsdamer internistischen Rheumatologen über Konzept, Zielsetzung und Teambildung der ASV. Als erstes erfolgte 2016 der Aufbau der Klinik für Rheumatologie am Klinikum Ernst von Bergmann. Von Anfang an war die Zielsetzung, die heimatortnahe stationäre Versorgung insbesondere schwer erkrankter Patienten mit entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen (Schwerpunkt Kollagenosen/Vaskulitis) in der Landeshauptstadt Potsdam zu stärken.



„PARALLEL WURDE EIN HALBER KV-SITZ ALS SONDERBEDARF
BEANTRAGT, UM EINEN ZUGANG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG FÜR
DIE LEITERIN ZU SCHAFFEN BIS ZUR ZULASSUNG DES TEAMS ASV
RHEUMATOLOGIE 12/2018.“*

*Ort der Berufsausübung Rheumahaushaus Potsdam, Berufsausübungsgemeinschaft Martin Bohl-Bühler/Dr. Sabine Reckert

Schon in dieser Zeit intensivierte sich die Zusammenarbeit zwischen der ambulanten Rheumatologie und dem Klinikum. Durch z. B. gemeinsame Fallkonferenzen mit der Pulmonologie, intensiver Konsultativität (Augenheilkunde, HNO, Kardiologie, Nephrologie, Dermatologie, Neurologie, Gastroenterologie u. a.) und Austausch u. a. mit den Disziplinen Radiologie, Nuklearmedizin, Labormedizin und Pathologie war die Sensibilität für die Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen interdisziplinären Zusammenarbeit in der Versorgung geweckt. Diese Erfahrungen einer fruchtbaren Zusammenarbeit haben die ASV-Teambildung erheblich erleichtert. Zusätzlich besteht seit Jahren eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Rheumahaushaus Potsdam und der Rheumaorthopädie des Krankenhauses Waldfriede, Berlin, mit dem unabhängig vom Rheumahaushaus ein Kooperationsvertrag mit dem Klinikum Ernst-von-Bergmann besteht. So konnte im Rahmen der ASV eine interdisziplinäre internistisch-orthopädisch-rheumatologische Sprechstunde (Schwerpunkt Handchirurgie) etabliert werden.

Die Zielsetzung war, alle internistisch tätigen Rheumatologen Potsdams im Kernteam aufzunehmen. Aus organisatorischen Gründen hat die Leiterin der Klinik für Rheumatologie auch die ASV-Teamleitung übernommen, logistisch unterstützt von der ASV-Bbeauftragten der Verwaltung des Klinikums. Alle Disziplinen des Kernteams sind doppelt besetzt, die meisten Fachgebiete der Hinzuzuziehenden ebenfalls. Die meisten Fachgebiete sind mit stationär tätigen Kollegen besetzt, auch bedingt durch die Abrechnungsmodalitäten. Trotzdem erfolgt ein reger Austausch mit den niedergelassenen Kollegen anderer Fachgebiete, die nicht im ASV-Team sind.

Kontaktdaten

Dr. med. Jutta Weinerth
Leitende Oberärztin
Teamleiterin ASV
Rheumatologie Potsdam
Klinikum Ernst von
Bergmann gemeinnützige
GmbH

Charlottenstr. 72
14467 Potsdam
Tel. 0331/24136202
jutta.weinerth@klinikumevb.de
www.klinikumevb.de



„MONATLICH FINDEN TREFFEN IM RAHMEN DER ILD (INTERSTITIELLE LUNGENERKRANKUNGEN)-KONFERENZ (IN PANDEMIEZEITEN PARTIELL VIRTUELL), MONATLICH EINE ASV RHEUMATOLOGIE-RÖNTGENBESPRECHUNG MIT AUSWÄRTIGEN RHEUMATOLOGEN UND EINE JÄHRLICHE ASV-FORTBILDUNG STATT.“

Durch den Zugang zur schnelleren apparativen Diagnostik, dem interdisziplinären Austausch und einer psychosomatischen Versorgung konnten insbesondere auch in der Pandemiezeit die stationären Aufnahmen deutlich reduziert werden. Umgekehrt war bei deutlich eingeschränkten stationären Kapazitäten eine intensive ambulante Versorgung in der Klinik unter erhöhten Sicherheitsmaßnahmen erforderlich.

Vor einer geplanten rheumatologischen stationären Aufnahme erfolgt ein Austausch zwischen den einweisenden Rheumatologen und einem der stationär tätigen Fachärzte. Auch während des Aufenthaltes und vor Entlassung findet erneut eine Kommunikation statt mit Absprache der Therapie statt. Dadurch können Informationsverluste und Brüche zwischen den Versorgungsstrukturen minimiert werden. Wenn ein rheumatologisch erkrankter Patient stationär aus anderen Gründen aufgenommen wurde, steht die stationäre Rheumatologie konsiliarisch zur Verfügung und verbessert somit die Versorgung. Zusammengefasst hat die Versorgungsstruktur „ASV Rheumatologie“ zur verbesserten sektorenübergreifenden rheumatologischen Versorgung in Potsdam und Umgebung geführt. Der bereits vorher bestandene Austausch zwischen den einzelnen Rheumatologen untereinander und zwischen den anderen Disziplinen wurde intensiviert und ausgebaut. ■

RECHTLICHE ASPEKTE DER ASV

Mit wem schließt der Patient in der ASV seinen Behandlungsvertrag? Wer haftet im Falle eines Behandlungsfehlers? Und welche Haftungsregelungen sollen zwischen den Teammitgliedern vereinbart werden? Mit diesen Fragen beschäftigt sich der folgende Beitrag.



Kontaktdaten

Rechtsanwalt
Christian Koller
Fachanwalt für Medizinrecht
Kanzlei TACKE KOLLER
Rindermarkt 3 und 4
80331 München
Tel. 089/1994430
koller@tacke-koller.de
www.tacke-koller.de
www.kanzlei-medizinrecht-
muenchen.de

EINFÜHRUNG

Die ASV stellt eine besondere Kooperationsform zwischen den ärztlichen Leistungserbringern dar. Diese gilt es auch juristisch abzubilden. Dabei sind zwei Sichtweisen zu berücksichtigen:

- Zum einen die des Patienten, der sich einem großen Team aus mehreren Praxen und ggfs. Kliniken gegenübersehen sieht. Treten alle ASV-Mitglieder als Einheit auf oder als selbstständige Leistungserbringer auf?
- Zum anderen geht es um das Binnenverhältnis zwischen den Teammitgliedern. Haftet einer für alle oder jeder nur für sich?

WIE KOMMT DER PATIENT IN DIE ASV?

Zum besseren Verständnis soll vorab dargestellt werden, wie der Patient in die ASV eingebunden wird. Soweit der einzelne Kassenpatient an einer ASV-relevanten Erkrankung leidet, wird er durch den behandelnden Vertragsarzt an ein ASV-Team überwiesen. Befindet er sich bereits bei einem ASV-berechtigten Vertragsarzt oder in einer entsprechenden Klinik, wird er ohne Überweisung in die ASV aufgenommen (vgl. § 8 Satz 3 ASV-RL). Beim Erstkontakt mit dem ASV-Team wird zunächst das Vorliegen der Indikation geprüft. Anschließend wird der Patient über die besondere Versorgungsform sowie die Zusammensetzung und das Leistungsspektrum des behandelnden interdisziplinären Teams informiert (§ 15 Satz 1 ASV-RL). Diese Aufklärung über die ASV ist sehr wichtig. Auf ihre Bedeutung kommen wir gleich noch zu sprechen.

DER BEHANDLUNGSVERTRAG

Entschließt sich sodann der Patient dazu, die ASV-Behandlung durchzuführen, kommt ein Behandlungsvertrag gemäß § 630a BGB zustande. Ein schriftlicher Behandlungsvertrag ist dabei nicht erforderlich.

→

Entscheidend ist aber nun, dass nicht das gesamte ASV-Team Vertragspartner des Patienten wird, sondern nur der jeweilige Behandler. Dies ergibt sich aus § 2 Abs. 1 der ASV-Richtlinie (ASV-RL). Danach erbringt jeder Leistungserbringer seine Leistung innerhalb der ASV eigenständig.

Hierbei muss jedoch unterschieden werden: Ist der Leistungserbringer ein Mitglied oder Angestellter z. B. in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), so kommt der zivilrechtliche Behandlungsvertrag nicht mit dem Arzt als Einzelperson zustande. Vielmehr sind die BAG bzw. das MVZ Vertragspartner. Dies ist auch dann der Fall, wenn nur ein Mitglied der BAG oder ein Angestellter eines MVZs Teammitglied ist.

WER HAFTET DEM PATIENTEN GEGENÜBER?

Kommt es nun zu einem (vermeintlichen) Behandlungsfehler, stellt sich für den Patienten die Frage, ob er das gesamte ASV-Team oder nur den einzelnen Arzt (bzw. seine Praxis, in der der Patient den Behandlungsfehler vermutet) in Anspruch nehmen kann. Die Inanspruchnahme des gesamten ASV-Teams würde für den Patienten dann Sinn machen, wenn er den (vermeintlichen) Fehler nicht sicher einem Leistungserbringer zuordnen kann.

Nach der herrschenden Auffassung wird jedoch grundsätzlich eine sogenannte gesamtschuldnerische Haftung des ASV-Teams abgelehnt. Neben der bereits zuvor zitierten Regelung in § 2 ASV-RL ergibt sich dies auch aus § 14 Satz 2 ASV-RL. Danach muss aus der Dokumentation die Zuordnung der jeweiligen Leistungserbringung des einzelnen ASV-Berechtigten deutlich werden. Dies spricht gegen eine gemeinschaftliche Behandlung und somit auch gegen eine gesamtschuldnerische Haftung auf Grundlage des Behandlungsvertrages.

Dies hat zur Folge, dass der Patient nur den Leistungserbringer in Anspruch nehmen kann, der den Behandlungsfehler verursacht hat. Etwas anderes ergibt sich nur dann, wenn das ASV-Team nach außen hin den Anschein erweckt, dass es als Behandlungseinheit vergleichbar einer Berufsausübungsgemeinschaft auftritt (sog. Rechtsscheinhaftung).

BEDEUTUNG DER AUFKLÄRUNG

Dieser Anschein lässt sich jedoch mit einer entsprechenden Aufklärung vermeiden. § 15 Satz 1 ASV-RL schreibt vor, dass Patienten bei Erstkontakt mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung eine verständliche, allgemeine Erläuterung über diese Versorgungsform sowie eingehendere Informationen über das im konkreten Einzelfall behandelnde interdisziplinäre Team und sein Leistungsspektrum erhalten. Dabei soll durch die Darstellung des Teams dem Patienten deutlich vor Augen geführt werden, dass zwar eine interdisziplinäre Behandlung durch mehrere Leistungserbringer erfolgt, jedoch gerade keine gemeinsame Berufsausübung und damit auch keine gemeinsame Haftung

vorliegt. Da die Aufklärung dokumentiert werden muss (§ 15 Satz 2 ASV-RL), verwenden viele aktive ASV-Teams das Muster der Patienteninformation, die der Gemeinsame Bundesausschuss auf seiner Homepage zur Verfügung stellt.¹ Der Aspekt der getrennten Haftung wird dort jedoch nicht in der gebotenen Deutlichkeit wiedergegeben.

Soweit das Muster des G-BA Verwendung findet, wird empfohlen, in dem Abschnitt „Wer ist in dem ASV-Team mein Ansprechpartner und wer entscheidet“ den zweiten Absatz um folgenden Satz zu ergänzen:

„DIE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DES ASV-TEAMS ARBEITEN DABEI RECHTLICH EIGENSTÄNDIG.“

Mit dieser ergänzenden Information wird deutlich gemacht, dass jeder Leistungserbringer trotz der Kooperation seine Teilbehandlungen in eigener Verantwortung durchführt. Der Rechtsschein der gemeinschaftlichen Haftung wird hierdurch vermieden.

REGELUNG DES INNENVERHÄLTNISSES

Für den Fall, dass ein Patient dennoch das gesamte ASV-Team in die Haftung nimmt, sollten in der Kooperationsvereinbarung entsprechende Rückgriffsansprüche geregelt werden. Ebenso sollten Ausgleichsansprüche für den Fall vereinbart werden, dass einem Leistungserbringer ein Behandlungsfehler unterläuft, der auf fehlerhaften Vorleistungen eines anderen Behandlers des ASV-Teams beruht.

HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Zuletzt sei darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an der ASV in jedem Fall der eigenen Haftpflichtversicherung mitgeteilt werden muss. Anderenfalls droht eine Deckungslücke. Unterbleibt eine Meldung könnte die Versicherung mit guten Gründen bei einem Behandlungsfehlervorwurf im Zusammenhang mit der ASV die Deckung versagen, da diese Leistungen nicht Gegenstand des vereinbarten Haftpflichtversicherungsvertrages sind. ■

¹https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4077/2019-11-05_G-BA_Merkblatt_Patienteninformation_ASV_bf.pdf

FAQ-CHAT

KOOPERATIONSVERTRAG

Wer unterzeichnet den Kooperationsvertrag eines interdisziplinären ASV-Teams, das aus Krankenhausärzten und Vertragsärzten aus verschiedenen Praxen / MVZ besteht?

Der Vertrag muss zwischen den Institutionen geschlossen werden, die Ärzte in das ASV-Team entsenden. Der angestellte Arzt in einem Krankenhaus oder MVZ ist dahingehend ja nichtselbständiger Angestellter und daher nicht zeichnungsberechtigt. Im Rubrum des Vertrages sind daher die Institutionen aufzuführen; es unterzeichnen die jeweils Vertretungsberechtigten. **TIPP:** Unser Justiziar empfiehlt, als Anlage dann eine Liste der Ärzte im Team aufzuführen.

REZEPTE UND VERORDNUNGEN

In einer Rheumapraxis werden auch Medikamente gegen Osteoporose verschrieben. Ist es richtig, dass nur diese Medikamente über die ASV zugelassen sind, die auch für die Diagnosen, die in der ASV Rheuma aufgenommen sind, zugelassen sind?

Es kann auf dem ASV-Rezeptblock alles verordnet werden, was der Patient benötigt. Hier gibt es keine Beschränkung auf Medikamente, die zur „ASV-Diagnose“ passen. Die Begrenzung auf bestimmte Inhalte gibt es nur bei den abrechenbaren Leistungen, nicht bei Verordnungen.

In der ASV werden die KV-Formulare genutzt. Im Orbis wird bei der Krankmeldung die Betriebsstättennummer der KV, nicht die Nummer der ASV eingedruckt. Ebenso die lebenslange Arztnummer, nicht die ASV-Nummer, ist das korrekt?

Aus unserer Sicht ist das so nicht korrekt - es müsste die ASV-Teamnummer und die Fachgruppennummer eingedruckt werden.

Dürfen Ärzte in Weiterbildung im Rahmen der ASV Rezepte ausstellen?

Wir sind der Ansicht, dass jeder Arzt, der im Krankenhaus ASV-Leistungen erbringen darf, dann auch die Verordnungen ausstellen dürfen muss. Die Einschränkung bezüglich der Delegierbarkeit von Leistungen gilt nur für Diagnose und leitende Therapieentscheidungen.

Bestätigt wird dies m. E. durch die weiteren Schnittstellen zwischen Krankenhaus und vertragsärztlicher Versorgung wie z. B. bei der Entlassung und der Verordnung häuslicher Krankenpflege: In § 39 Abs. 1a S. 6, 7 SGB V bestimmt das Gesetz, dass Krankenhausärzte (ohne sie als Fachärzte zu kennzeichnen) bestimmte Verordnungen vornehmen dürfen. Konkretisiert wird das beispielsweise in der G-BA-RL zur Verordnung häuslicher Krankenpflege in § 3 Abs. 1 S. 2 i.V.m. § 7 Abs. 5: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1770/HKP-RL_2019-01-17_iK-2019-02-22.pdf. Dort ist auch nur vom Krankenhausarzt die Rede, d.h. jeder Arzt im Krankenhaus (vorausgesetzt Facharztstandard wird eingehalten!).

Die Tragenden Gründe zur ASV-RL bestätigen das zudem: Mit der Regelung in Satz 4 wird gewährleistet, dass auch zur Weiterbildung beschäftigte Ärztinnen und Ärzte entsprechend des Standes ihrer Weiterbildung in die Behandlung einbezogen werden können →

nen (es gilt der Facharztstandard). Durch diese Regelung wird einerseits gewährleistet, dass die Kenntnisse und Erfahrungen der an der ASV teilnehmenden Fachärztinnen bzw. Fachärzte auch im Rahmen der Weiterbildung an junge Ärztinnen bzw. Ärzte weitervermittelt werden. Andererseits trägt die Regelung der üblichen Arbeitsorganisation und Einbeziehung von Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten in Krankenhäusern, aber auch in Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, Rechnung. **https://www.g-ba.de/downloads/40-268-2303/2013-03-21_ASV-RL_Neufassung_TrG.pdf**

Das Verordnen ist ärztliche Tätigkeit. Die Verantwortung bleibt natürlich beim Teammitglied. Diese Auffassung wird auch von der KBV bestätigt. Unter <https://kbv.de/html/8161.php> heißt es: „Grundsätzlich sind nur Ärzte des ASV-Teams zur Unterzeichnung der Verordnungen berechtigt. In Fällen, die weder die Diagnosestellung noch eine leitende Therapieentscheidung betreffen, können Verordnungen auch von Ärzten, die zwar nicht Mitglied des ASV-Teams aber an der ASV-Behandlung beteiligt sind, unterzeichnet werden.“

Welche Anforderungen gelten für den Stempel in der ASV, insbesondere für Krankenhäuser?

Uns liegt dazu eine Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft vor: Für die Arztstempel der ASV-Verordnungen gelten die landesspezifischen Richtlinien der KVen. Hier gibt es für die ASV keine gesonderten Regelungen.

Welche Anforderungen gelten bei Krankenhausärzten für die Befüllung von Rezepten?

Dazu hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft folgende Auskunft gegeben: Bezogen auf die Bedruckung des Personalienfeldes sind Vorgaben im „Anforderungskatalog Formularbedruckung“ der KBV für den ambulanten Bereich weiter spezifiziert. Dort heißt es „Im Personalienfeld muss es möglich sein, dass, im Falle eines Krankenhausarztes, im Feld „Arzt-Nr“ die „Pseudo-LANR für Krankenhäuser“ aufgedruckt wird.“

Der Rückschluss auf ein Teammitglied im Krankenhaus über die Arztnummer muss nicht gegeben sein, die Krankenhausarztnummer (LANR bzw. ANR) ist nur in den gesetzlich bestimmten Fällen gemäß § 293 Abs. 7 SGB V zu verwenden und zu nutzen, worunter bisher nur die Nutzung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V auf Verordnungen im Krankenhaus fällt. Die Nutzung der Krankenhaus-Arztnummer ist im Rahmen der ASV gesetzlich nicht vorgesehen.

ERRATUM

ASV RHEUMA BEI ERWACHSENEN: VERTEILUNG IN DEUTSCHLAND

In der letzten Beilage, Ausgabe 2, haben sich leider zwei Fehler teufel eingeschlichen. Bei der Graphik zur Verteilung der absoluten Teamzahlen auf Seite 9 sollte bei Hamburg eine 1 stehen.

Ein Blick auf die Tabelle zeigt, dass sich der Großteil der ASV Rheuma Teams für Erwachsene mit 16 Teams in Nordrhein-Westfalen befindet. Die zweitmeisten Teams gibt es mit jeweils 6 Teams in Hessen und Bayern. Dies entspricht in etwa auch dem indikationsübergreifenden Vorkommen der ASV Teams in Deutschland. Danach folgen Berlin und Baden-Württemberg mit je 4 Teams, Niedersachsen mit 3 Teams und Schleswig-Holstein sowie Sachsen mit je 2 Teams. Jeweils nur ein Team gibt es bisher in Sachsen-Anhalt, Thüringen, Hamburg, Bremen und Brandenburg.

Die korrekte Verteilung der ASV Rheuma Teams je Bundesland von Seite 10 muss korrekterweise wie in der untenstehenden Tabelle, Spalte Anteil, aussehen: Sieht man sich die anteilige Verteilung der Teams nach Einwohnerzahlen je Bundesland an, gibt es in Bremen am meisten ASV Teams für erwachsene Rheumapatienten, nämlich 1,5 Teams pro eine Million Einwohner. Lediglich in Berlin (mit 1,1) und Hessen (mit 1,0) gibt es mindestens ein ASV Rheuma-Team pro eine Million Einwohner. In den anderen Bundesländern ist es sogar weniger als ein Team pro eine Million Einwohner. ■

Bundesland	Anzahl ASV Teams	Bevölkerung	Anteil
Baden-Württemberg	4	11,1	0,4
Bayern	6	13,14	0,5
Berlin	4	3,67	1,1
Brandenburg	1	2,53	0,4
Bremen	1	0,68	1,5
Hansestadt Hamburg	1	1,85	0,5
Hessen	6	6,29	1,0
Mecklenburg-Vorpommern	0	1,61	0,0
Niedersachsen	3	8	0,4
Nordrhein-Westfalen	16	17,93	0,9
Rheinland-Pfalz	0	4,1	0,0
Saarland	0	0,98	0,0
Sachsen	2	4,06	0,5
Sachsen-Anhalt	1	2,18	0,5
Schleswig-Holstein	2	2,9	0,7
Thüringen	1	2,12	0,5

Quelle: Daten der ASV-Serviceestelle vom 3.5.2021, Statista – Einwohnerzahl der Bundesländer in Deutschland am 31.12.2020

PACK'S AN!

metex® PEN 7,5 mg / 10 mg / 12,5 mg / 15 mg / 17,5 mg / 20 mg / 22,5 mg / 25 mg / 27,5 mg / 30 mg Injektionslösung im Fertigpen. **Wirkstoff:** Methotrexat-Dinatrium. **Zusammensetzung:** 1 Fertigpen mit 0,15 ml / 0,20 ml / 0,25 ml / 0,30 ml / 0,35 ml / 0,40 ml / 0,45 ml / 0,50 ml / 0,55 ml / 0,60 ml Lösung enthält 7,5 mg / 10 mg / 12,5 mg / 15 mg / 17,5 mg / 20 mg / 22,5 mg / 25 mg / 27,5 mg / 30 mg Methotrexat. **Sonstige Bestandteile:** Natriumchlorid, Natriumhydroxid-Lösung 5%, Salzsäure 0,37%, Wasser für Injektionszwecke.

metex® 50 mg/ml Injektionslösung, Fertigspritze **Wirkstoff:** Methotrexat-Dinatrium. **Zusammensetzung:** 1 ml Lösung enthält 50 mg Methotrexat (als Methotrexat-Dinatrium). 1 Fertigspritze mit 0,15 ml / 0,20 ml / 0,25 ml / 0,30 ml / 0,35 ml / 0,40 ml / 0,45 ml / 0,50 ml / 0,55 ml / 0,60 ml enthält 7,5 mg / 10 mg / 12,5 mg / 15 mg / 17,5 mg / 20 mg / 22,5 mg / 25 mg / 27,5 mg / 30 mg Methotrexat. **Sonstige Bestandteile:** Natriumchlorid, Natriumhydroxid zur pH-Einstellung, Wasser für Injektionszwecke.

Anwendungsgebiete: Aktive rheumatoide Arthritis bei erwachsenen Patienten; polyarthritische Formen von schwerer aktiver juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), wenn das Ansprechen auf nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) nicht ausreichend war. Leichter bis mittelschwerer Morbus Crohn, allein oder in Kombination mit Kortikosteroiden bei Erwachsenen, die auf Thiopurine nicht ansprechen oder diese nicht vertragen. Schwere Psoriasis arthropathica bei Erwachsenen. **PEN:** Mittelschwere bis schwere Psoriasis vulgaris bei erwachsenen Patienten, die für systemische Therapieformen in Frage kommen. **Fertigspritze:** Schwere therapieresistente behindernde Psoriasis vulgaris, die nicht ausreichend auf andere Therapieformen wie Phototherapie, PUVA und Retinoide anspricht. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Methotrexat oder einen der sonstigen Bestandteile; schwere Leberfunktionsstörungen / Leberinsuffizienz; Alkoholabusus; schwere Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin-Clearance unter 30ml/min); vorbestehende Blutbildveränderungen wie Knochenmarkshypoplasie, Leukopenie, Thrombozytopenie oder signifikante Anämie; schwere, akute oder chronische Infektionen wie Tuberkulose, HIV oder andere Immundefizienzsyndrome; Ulzera der Mundhöhle und bekannte Ulzera des Magen-Darm-Traktes; Schwangerschaft, Stillzeit; gleichzeitige Impfung mit Lebendimpfstoffen. **Warnhinweis:** metex PEN / metex FS darf zur Behandlung von rheumatoider Arthritis, juveniler idiopathischer Arthritis, Psoriasis, Psoriasis arthropathica und Morbus Crohn nur einmal wöchentlich angewendet werden. Eine fehlerhafte Dosierung kann zu schwerwiegenden, einschließlich tödlich verlaufenden Nebenwirkungen, führen. **Nebenwirkungen:** Wichtigste Nebenwirkungen sind Beeinträchtigung des hämatopoetischen Systems und Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts. Auftreten und Schweregrad hängen von Dosierung und Häufigkeit der Anwendung ab. Da es auch bei niedrigerer Dosierung zu schwerwiegenden Nebenwirkungen kommen kann, ist eine regelmäßige Überwachung durch den Arzt in kurzen zeitlichen Abständen unerlässlich. **Infektionen:** Gelegentlich: Pharyngitis. **Selten:** Infektionen einschließl. Reaktivierung inaktiver chronischer Infektionen, Sepsis, Konjunktivitis. **Neubildungen:** *Sehr selten:* Lymphom. **Blut, Lymphsystem:** Häufig: Leukozytopenie, Anämie, Thrombozytopenie. Gelegentlich: Panzytopenie. *Sehr selten:* Agranulozytose, schwere Verläufe von Knochenmarkdepression, lymphoproliferative Erkrankungen. **Eosinophilie (Häufigkeit nicht bekannt).** **Immunsystem:** *Selten:* Allergische Reaktionen, anaphylaktischer Schock, Hypogammaglobulinämie. **Stoffwechsel, Ernährung:** Gelegentlich: Manifestation eines Diabetes mellitus. **Psychiatrisch:** Gelegentlich: Depressionen, Verwirrtheit. *Selten:* Stimmungsschwankungen. **Nervensystem:** Häufig: Kopfschmerzen, Müdigkeit, Verschlafenheit. Gelegentlich: Schwindel. *Sehr selten:* Schmerzen, Muskelschwäche oder Parästhesie/ Hypoästhesie, Geschmacksveränderungen (metallischer Geschmack), Krampfanfälle, Meningismus, akute aseptische Meningitis, Lähmungen, Enzephalopathie/ Leukenzephalopathie (Häufigkeit nicht bekannt). **Augen:** *Selten:* Sehstörungen. *Sehr selten:* Sehverschlechterung, Retinopathie. **Herz:** *Selten:* Perikarditis, Perikarderguss, Perikardtamponade. **Gefäße:** *Selten:* Hypotonie, thromboembolische Ereignisse. **Atemwege, Brustraum, Mediastinum:** Häufig: Pneumonie, interstitielle Alveolitis/Pneumonitis, oft verbunden mit Eosinophilie. Symptome die auf potenziell schwere Lungenschädigungen (interstitielle Pneumonitis) hinweisen: trockener Reizhusten, Kurzatmigkeit, Fieber. *Selten:* Lungenfibrose, Pneumocystis-jirovecii-Pneumonie, Kurzatmigkeit, Asthma bronchiale, Pleuraerguss, Epistaxis, pulmonale alveoläre Blutung (Häufigkeit nicht bekannt). **Gastrointestinaltrakt:** *Sehr häufig:* Stomatitis, Dyspepsie, Übelkeit, Appetitlosigkeit, abdominale Schmerzen. Häufig: Ulzerationen der Mundschleimhaut, Diarrhö. Gelegentlich: Ulzerationen und Blutungen des Magen-Darm-Traktes; Enteritis, Erbrechen, Pankreatitis. *Selten:* Gingivitis. *Sehr selten:* Hämatemesis, Hämatorrhö, toxisches Megakolon. **Leber, Galle:** *Sehr häufig:* Abnorme Leberfunktionswerte (ALAT, ASAT, alkalische Phosphatase und Bilirubin erhöht). Gelegentlich: Leberzirrhose, Leberfibrose, Leberverfettung, Verminderung von Serumalbumin. *Selten:* Akute Hepatitis. *Sehr selten:* Leberversagen. **Haut, Unterhaut:** Häufig: Exantheme, Erytheme, Pruritus. Gelegentlich: Photosensibilität, Haarausfall, Zunahme von Rheumaknoten, Hautulzera, Herpes Zoster, Vaskulitis, herpetiforme Hauteruptionen, Urtikaria. *Selten:* Verstärkte Pigmentierung, Akne, Petechien, Ekchymose, allergische Vaskulitis. *Sehr selten:* Stevens-Johnson-Syndrom, toxische epidermale Nekrolyse (Lyell-Syndrom), verstärkte Pigmentierung der Nägel, akute Paronychie, Furunkulose, Teleangiektasie, Exfoliation der Haut/ exfoliative Dermatitis (Häufigkeit nicht bekannt). **Skelettmuskulatur, Bindegewebe, Knochen:** Gelegentlich: Arthralgie, Myalgie, Osteoporose. *Selten:* Stressfraktur, Osteonekrose des Kiefers, sekundär zu lymphoproliferativen Erkrankungen (Häufigkeit nicht bekannt). **Niere, Harnwege:** Gelegentlich: Entzündungen und Ulzerationen der Harnblase, Nierenfunktionsstörungen, Miktionsstörungen. *Selten:* Niereninsuffizienz, Oligurie, Anurie, Elektrolytstörungen, Proteinurie (Häufigkeit nicht bekannt). **Geschlechtsorgane, Brustdrüsen:** Gelegentlich: Entzündungen und Ulzerationen der Vagina. *Sehr selten:* Libidoverlust, Impotenz, Gynäkomastie, Oligospermie, Menstruationsstörungen, vaginaler Ausfluss. **Allgemein, Verabreichungsort:** *Selten:* Fieber, Wundheilungsstörungen. *Sehr selten:* Lokale Schädigungen (Bildung von sterilem Abszess, Lipodystrophie) an der Injektionsstelle nach intramuskulärer oder subkutaner Anwendung. Asthenie, Nekrose an der Injektionsstelle, Ödem (Häufigkeit nicht bekannt). Subkutane Anwendung von MTX ist lokal gut verträglich; nur leichte örtliche Hautreaktionen wie Brennen, Erythem, Schwellung, Verfärbung, Pruritus, starker Juckreiz, Schmerzen, die im Laufe der Behandlung abnehmen. **Verschreibungspflichtig.** medac GmbH, Theaterstr. 6, 22880 Wedel, Deutschland. Stand März 2021



- ▶ Kleines Injektionsvolumen (50 mg/ml)
 - ▶ Qualität made in Germany
 - ▶ Umfassendes Service-Angebot
- bewährt | einfach | sicher**

metex PEN

metex FS

medac

Der BDRh möchte mit der 5-teiligen Beilagenserie in dem BDRh-Mitteilungsorgan „Rheuma Management“ die ASV Rheuma näher beleuchten. Die ASV ermöglicht es den internistischen Rheumatologen, die Patienten durch eine stärkere Vernetzung noch besser zu betreuen, auch mit der Möglichkeit, für die erbrachten Leistungen adäquat vergütet zu werden. Es hat sich jedoch gezeigt, dass die Bildung eines Teams, die Anzeigenerstellung und auch die Arbeit in der ASV durchaus mit Aufwand verbunden ist.

Diese Beilagenserie soll einerseits Hintergrundinformationen bieten, aber auch mit praktischen Tipps und Erfahrungsberichten helfen, die ASV auch für sich pragmatisch umsetzen zu können. Die Beilagen werden auch Antworten auf häufig gestellte Fragen enthalten. Folgende fünf Beilagen werden im Laufe dieses Jahres in der „Rheuma Management“ erscheinen:

1. Getting started – Anzeigeverfahren und praktische Tipps (erschiene April 2021)
2. Status quo – Aktueller Stand und strukturelle Hürden (erschiene Juni 2021)
3. Gestaltung der ASV Rheuma – Beispiele und rechtliche Aspekte (Erscheinungstermin August 2021)
4. Quo vadis – Verbesserungspotenzial und Reformvorschläge (Erscheinungstermin Oktober 2021)
5. Resümee – Zusammenfassung und Update praktischer Tipps (Erscheinungstermin Dezember 2021)