

QUO VADIS –  
VERBESSERUNGS-  
POTENZIAL UND  
REFORMVORSCHLÄGE

Ausgabe 4

# ASV

# RHEUMATISMA



AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE  
VERSORGUNG



BDRh

SERVICE GMBH



„Dank Ihnen wieder ein Alltagsheld!“

## UMFASSEND THERAPIEREN\*

Bewährt für Ihre PsA- und axSpA-Patienten<sup>1</sup>

 **Cosentyx**<sup>®</sup>  
secukinumab

Here with you

\* Signifikante Wirksamkeit auf die PsA-Manifestationen nach GRAPPA und Symptome der axSpA.<sup>1</sup>

**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<sup>®</sup>.

**Cosentyx<sup>®</sup> 75 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Cosentyx<sup>®</sup> 150 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Cosentyx<sup>®</sup> 150 mg Injektionslösung in einem Fertigpen, Cosentyx<sup>®</sup> 150 mg Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung, Cosentyx<sup>®</sup> 300 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Cosentyx<sup>®</sup> 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/κ-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 ankyloisierender 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. Entzündl. Darmerkrankungen. Urtikaria. *Selten:* Anaphylakt. Reakt. Exfoliative Dermatitis, Hypersensitivitätsvaskulitis. *Häufigkeit nicht bekannt:* Mukokutane Candidose (einschl. ösophageale Candidose). **Verschreibungspflichtig. Weit. Angaben:** S. Fachinformationen. Stand: August 2021 (MS 08/21.18). **Novartis Pharma GmbH, Roonstr. 25, 90429 Nürnberg.** Tel.: (09 11) 273-0, Fax: (09 11) 273-12 653. [www.novartis.de](http://www.novartis.de)

 **NOVARTIS**

# AUSGABE 4

# INHALT

<b>Vorwort</b>	<b>4</b>
<b>Jährliches Anpassungsverfahren des G-BA</b>	<b>5</b>
<b>Relevante Punkte zur Weiterentwicklung der ASV</b>	<b>7</b>
<b>Blick über den Tellerrand - Aktivitäten des BNHO</b>	<b>10</b>
<b>Quo vadis ASV</b>	<b>12</b>
<b>Sektorenübergreifende Versorgung in der Zukunft</b>	<b>16</b>



**BDRh** SERVICE GMBH

DIE BROSCHÜRENREIHE „ASV RHEUMA“  
ENTSTAND IN ZUSAMMENARBEIT MIT DER  
BDRH SERVICE GMBH

## **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](mailto:info@wortreich-gik.de)

# VORWORT



Dr. Edmund Edelmann

Die ersten drei Beilagen fokussierten sich auf das Anzeigeverfahren, den Status Quo der ASV und die Gestaltung der praktischen Arbeit in der ASV. Mit der vierten und vorletzten Ausgabe widmen wir uns anlässlich der Bundestagswahl der Weiterentwicklung der ASV.

Zuerst geben wir einen Überblick über das jährliche Anpassungsverfahren des G-BA. Im nächsten Beitrag zeigen wir relevante Punkte auf, die für eine optimierte und gut funktionierende ASV aus rheumatologischer Sicht weiterentwickelt werden sollten.

Wir blicken auch über den Tellerrand hinaus und berichten, was zum Beispiel der Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO) in Sachen ASV unternimmt.

Im Leitartikel Quo-vadis ASV wird ausgehend vom bisherigen Stand der ASV in der Rheumatologie versucht, eine Prognose für die Weiterentwicklung der ASV bzw. der sektorenübergreifenden Versorgung zu geben. Mit sehr unterschiedlicher Zielsetzung wird von allen Playern im Gesundheitswesen eine Ausweitung der intersektoralen Versorgung auf alle Fachgebiete und Indikationen gefordert.

Mit einem Blick auf die Wahlprogramme der Parteien wird es spannend werden, in welcher Koalition, mit welchen gesundheitspolitischen Schwerpunkten, welche Inhalte zur sektorenübergreifenden Versorgung angegangen und letztlich umgesetzt werden.

In der letzten Beilage dieser Serie zur ASV Rheuma werden wir ein Resümee ziehen:

## **5. Beilage: Resümee - Zusammenfassung und Update praktischer Tipps**

Sollten Sie konkrete Anregungen oder Tipps haben, schreiben Sie uns gerne an die BDRh Service GmbH: [kontakt@bdrh-service.de](mailto:kontakt@bdrh-service.de) ■

Mit herzlichen Grüßen

**DR. EDMUND EDELMANN**  
EHRENVORSITZENDER DES BDRH

# JÄHRLICHES ANPASSUNGS- VERFAHREN DES G-BA

Die abrechenbaren Leistungen im Rahmen der ASV werden im Appendix der jeweiligen Konkretisierung zu einer Indikation bzw. Krankheitsgruppe angegeben. Dieser Appendix gliedert sich in zwei Abschnitte. Der erste Abschnitt basiert auf den Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Im zweiten Abschnitt sind Leistungen aufgeführt, die noch nicht Teil des EBM sind.

Bis zum 31. August eines jeweiligen Jahres muss das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über Änderungen im EBM informieren. Bis zu diesem Datum sammelt der G-BA Änderungsvorschläge. Neben den EBM-Änderungen können auch Vorschläge von Dritten (ohne Formvorgaben) eingereicht werden.

Diese werden dann in Arbeitsgruppen und im ASV-Unterausschuss beraten. Die Beratungen werden meist im Dezember abgeschlossen. Danach beginnt das formale Stellungnahmeverfahren, welches mit festen Fristen abläuft. Die letztendliche Beschlussfas-



Sonja Froschauer



Anna Sollacher

## ABLAUF DES JÄHRLICHEN VERFAHRENS

Sammlung	Beratung	Formales Verfahren	Beschluss und Inkrafttreten
Sammlung von Anpassungsbedarf durch den G-BA, z. B. EBM-Änderungen	Beratung in den Arbeitsgruppen und im Unterausschuss	Einleitung Stellungnahmeverfahren mit festen Fristen	Beschlussfassung im Plenum i. d. R. im März/April
Einreichung von Vorschlägen durch Dritte (ohne Vorgabe Form)	Abschluss der Beratungen ca. Dezember		Anschließend Prüffrist BMG (2 Mo.) und Veröffentlichung im Bundesanzeiger

**Deadline:  
Ende August**

### Kontaktdaten

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

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

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

sung im Plenum erfolgt dann in der Regel im März/April des Folgejahres. Anschließend hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zwei Monate Zeit den Beschluss zu prüfen. Erst wenn dieser nach dieser Prüfung im Bundesanzeiger veröffentlicht wurde, treten die Änderungen in Kraft.

Das letzte Verfahren hat jedoch länger gedauert. Der G-BA-Beschluss erfolgte am 18.3.2021, in Kraft getreten sind die Änderungen allerdings erst am 7.8.2021. Somit sind die Änderungsvorschläge, die bis 31.8.2020 beim G-BA eingegangen waren, erst mit einem Jahr Verzögerung in der Versorgungsrealität angekommen. Der Grund hierfür war der Umfang des Dokuments. Der Beschluss umfasste mehrere hundert Seiten. Diese mussten für den Bundesanzeiger aufbereitet werden und auch die Prüfung der Druckfahne hat dementsprechend lange gedauert. Positiv zu werten ist, dass die ASV-Richtlinie mit ihren Regelungen jährlich angepasst und somit aktualisiert wird. Allerdings ist das Verfahren sehr träge und Änderungen kommen erst mit großem Zeitverzug in der Versorgung an. ■

## ACHTUNG

### UROLOGIE UND GYNÄKOLOGIE NICHT MEHR ZUR ABRECHNUNG BERECHTIGT!

Mit dem letzten G-BA-Beschluss vom 18.3.2021, der am 7.8.2021 in Kraft getreten ist, wurden die Fachgruppen Urologie und Gynäkologie aus der ASV Rheuma gestrichen. Daher sind diese ab sofort nicht mehr zur Versorgung und Abrechnung innerhalb der ASV berechtigt.

#### **Bitte informieren Sie Ihre Kollegen entsprechend!**

Leider hat der G-BA versäumt, die diesen Fachgruppen zugeordneten Sonographieleistungen aus dem Appendix zu streichen. Stattdessen wurden sie in der Abrechnung der Radiologie zugeordnet. Der BDRh hat bereits Berichte erhalten, dass Teams Schwierigkeiten mit dem Anzeigeverfahren hatten, da Radiologen diese Leistungen natürlich in der Regel nicht anbieten. Hier ist er bereits gegenüber dem G-BA aktiv geworden und versucht rasch eine Anpassung zu erreichen.



# RELEVANTE PUNKTE ZUR WEITERENTWICKLUNG DER ASV

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist in der Rheumatologie als Erfolg zu werten. Es haben sich bereits 52 ASV-Teams für die Versorgung Erwachsener gebildet (Stand August 2021), in denen inzwischen die Hälfte der internistischen Rheumatologen in Praxen und Kliniken organisiert sein dürften. Mit der zunehmenden Umsetzung weisen uns Kolleginnen und Kollegen aber auch immer noch auf Punkte hin, die verbessert werden könnten.

Im Rahmen der im August anstehenden turnusmäßigen Aktualisierung der Appendizes haben wir einige davon eingebracht. Wir haben uns bewusst dafür entschieden, uns auf ein paar wenige, dafür gut begründete Forderungen zu beschränken und nur Punkte formuliert, die nicht schon in der Vergangenheit abgelehnt wurden. Diese Vorschläge sind mit dem Verband Rheumatologischer Akutkliniken (VRA), der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) sowie dem Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung abgestimmt und werden von diesen unterstützt.

## ENTFERNUNGSREGELUNG UM DEN STANDORT DER TEAMLEITUNG

In der ASV-Richtlinie ist geregelt, dass Teammitglieder, die Leistungen am Patienten erbringen, „in der Regel“ 30 Minuten vom Standort der Teamleitung erreichbar sein müssen. Die Formulierung eröffnet den Erweiterten Landesausschüssen (ELA) explizit Gestaltungsspielraum zur Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten. Leider nutzen nicht alle ELA diesen Spielraum. So haben uns einige ELA die Auskunft gegeben, lediglich eine Überschreitung um zehn Prozent zu tolerieren. Eine Entfernung von 33 Minuten stellt keine wirkliche Verbesserung dar.

Dies erschwert die Bildung von ASV-Teams im ländlichen Raum extrem. Dies erklärt auch, warum sich gerade in den östlichen Bundesländern noch kaum ASV-Teams bilden konnten.

**Hier wäre es wünschenswert, wenn eine Formulierung gewählt würde, die den ELA den flexiblen Umgang nicht nur ermöglicht, sondern diesen fordert.**

→



Silke Zinke



Sonja Froschauer

### Kontaktdaten

Silke Zinke  
zinke@bdrh.de  
Tel. 030/9869-5230  
BDRh e.V.  
Hauptstr. 9  
13055 Berlin  
www.bdrh.de

Sonja Froschauer  
sonja.froschauer@  
bdrh-service.de  
Tel. 089/90414141-2  
BDRh Service GmbH  
Dr.-Max-Str. 21  
82031 Grünwald  
www.bdrh-service.de

## ÜBERWEISUNGSMÖGLICHKEIT FÜR KRANKENHAUSÄRZTE AN NICHT-ASV-ÄRZTE

In der Versorgung kommt es immer wieder vor, dass Patienten Bedarf an Untersuchungen durch Fachärzte haben, die nicht im ASV-Team vertreten sind. Vertragsärzte, die in der ASV tätig sind, können das relativ einfach durch eine vertragsärztliche Überweisung lösen. ASV-teilnehmenden Krankenhausärzten steht diese Möglichkeit nicht zur Verfügung.

**Hier wäre eine pragmatische Lösung wünschenswert.**

## VERORDNUNGSFÄHIGKEIT VON DIGAS

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) werden künftig auch in der Rheumatologie eine zunehmende Rolle spielen. Der Berufsverband Deutscher Rheumatologen (BDRh) etabliert derzeit in Kooperation mit der DGRh und dem VRA eine umfassende IT-Struktur zur Dokumentation und Prozessunterstützung in der rheumatologischen Versorgung. Hier ist auch die Anbindung von DiGAs geplant, die einen wichtigen Beitrag zu einer engmaschigen Therapiekontrolle leisten können.

**Aus diesem Grund ist es aus unserer Sicht essentiell, dass DiGAs nicht nur in der Regelversorgung, sondern auch im Rahmen der ASV verordnet werden können.**

## ERWEITERUNG DES APPENDIX FÜR DIE ASV RHEUMA BEI ERWACHSENEN

Mit Beschluss vom 18.03.2021 wurde der Umfang der in der ASV Rheumatologie einbezogenen Diagnosen im Bereich der Sarkoidose um mehrere ICD10-Codes erweitert. So sind zusätzlich zu der Ziffer D86.8 in Kombination mit einer Gelenkbeteiligung \*M14.8 auch fast alle anderen Sarkoidoseziffern (D86.0, D86.1, D86.2, D86.3) eingeschlossen worden. Ein wichtiger Parameter zur Aktivitätsbeurteilung der Sarkoidose ist die Konzentration löslicher IL-2-Rezeptoren im Blut. Er besitzt eine höhere Korrelation mit der Krankheitsaktivität als das bisher abrechenbare ACE. Auch beim Still-Syndrom des Erwachsenen ist der Parameter gut zur feinen Aktivitätsbeurteilung geeignet.

Ein speziell bei Still-Syndrom des Kindes und Erwachsenen zur Differentialdiagnostik und Aktivitätsbeurteilung in der Routine sehr hilfreicher Marker ist S100A8/9 (Calprotectin) im Serum. Bisher sind beide genannten Marker nicht Bestandteil des ASV-Ziffernkranzes in der Rheumatologie.

**Die Bestimmung der Konzentration löslicher IL-2-Rezeptoren sowie von S100A8/9 (Calprotectin) im Serum (je EBM GOP 32381) in den Ziffernkranz der Rheumatologie sollte aufgenommen und die Abrechnung für Laboratoriumsärzte sowie internistische Rheumatologen vorgesehen werden.**



## STREICHUNG VON LEISTUNGEN AUS DEM APPENDIX

Mit Beschluss vom 18.03.2021 wurden die Fachgruppen Gynäkologie und Urologie aus dem ASV-Team für Rheuma bei Erwachsenen und die Gynäkologie bei Rheuma bei Kindern und Jugendlichen gestrichen. Jedoch sind diesen Fachgruppen zugeordnete sonographische Leistungen im Appendix verblieben und nun der Radiologie zugeordnet. Dies betrifft:

- Uro-Genital-Sonographie (GOP 33043)
- Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase (GOP 33044)
- CW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems (GOP 33062)
- PW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems (GOP 33064)

Diese Leistungen werden in der Versorgungsrealität praktisch nie von Radiologen erbracht, die dafür daher auch in der Regel keine Abrechnungsgenehmigung haben. Einige ELA überprüfen jedoch die Vorhaltung aller Leistungen im ASV-Team, die einer Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V unterliegen, im Rahmen des Anzeigeverfahrens. Der ELA in Bayern hat jetzt bereits eine ASV-Anzeige beanstandet, da die o. g. Ziffern nicht im Team durch den Radiologen vorhalten würden, obwohl der Beschluss vom 18.03.2021 damals noch nicht in Kraft getreten ist.

**Die genannten Ziffern aus den Appendizes für Rheuma bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen sollten gestrichen werden.**

## ERWEITERUNG DER KONKRETISIERUNG DER ERKRANKUNG FÜR ASV RHEUMA FÜR ERWACHSENE

In der Weiterbildungsordnung für den Facharzt für Rheumatologie ist die Behandlung von Patienten mit einem primären oder sekundären Immundefekt vorgesehen, die bisher in vielen rheumatologischen Ambulanzen bzw. Hochschulambulanzen fachärztlich betreut wurden. Aus unserer Erfahrung ist es außerhalb von rheumatologischen Hochschulambulanzen für betroffene Patienten und Patientinnen äußerst schwer Fachärzte zu finden, die die medizinische Versorgung für diese Patienten übernehmen und z. B. eigenständig eine intravenöse oder subkutane Immunglobulin-Substitutionstherapie durchführen.

**Die entsprechenden Diagnosen (D80.-) sollten in die Konkretisierung aufgenommen werden, um hier eine diagnostische Abklärung und Weiterbehandlung der betroffenen Patienten zu ermöglichen.**

Jetzt im Herbst starten die Beratungen zu allen eingegangenen Änderungsvorschlägen, Die Beschlussfassung erfolgt dann voraussichtlich im März/April 2022. Dann wird sich zeigen, welche der von uns eingebrachten Forderungen übernommen wurden. ■

# BLICK ÜBER DEN TELLERRAND – AKTIVITÄTEN DES BNHO



Prof. Dr. med. Robert  
Dengler

Der Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO) war bereits in den frühen Anfängen zur Entwicklung der ASV in die Diskussion z. B. mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) integriert. So haben bereits 2012 Gespräche im G-BA mit Herrn Professor Hecken und Frau Dr. Klakow-Franck stattgefunden. Im Jahr 2013 wurden erste Kontakte auch zur Patientenvertreterin im G-BA zu diesem Thema geknüpft. Der BNHO hat mit dem Lehrstuhl für Medizin-Management der Universität Duisburg/ Essen im Jahr 2011 ein Gutachten zur Neuordnung der ambulanten Onkologie in Auftrag gegeben und dieses Gutachten auch dem Arbeitsentwurf des GKV-VFG (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) zur ASV gegenübergestellt.



Armin Goetzenich

2013 fanden die ersten Workshops für die im BNHO organisierten Praxen zum Thema ASV statt. Über Medizinrechtsanwälte hat der BNHO für die BNHO-Praxen entsprechende Kooperationsverträge als Mustervorlage für die Kollegen entwickelt. In beratender Funktion konnte der BNHO vielfältige Vorstellungen zur Strukturierung der ASV nach vorne bringen, so z. B. die Teilnahme der niedergelassenen Onkologen im Kernteam, die Festlegung der Qualifikation für die Ärzte im Kernteam oder auch die Diskussion um die Höhe der Mindestzahlen.

## **Kontaktdaten**

Prof. Dr. med. Robert  
Dengler  
Vorstandsmitglied BNHO  
OncoLogic Consulting GbR  
FOM Hochschule für  
Oekonomie & Management  
Domspatzenstraße 32  
93152 Nittendorf  
Tel.: 0173/3575113  
info@onkologieberatung.de  
www.onkologieberatung.de

Armin Goetzenich  
Geschäftsführer BNHO  
BNHO e.V.  
Sachsenring 57, 50677 Köln  
Tel: 0221/9987980  
info@bnho.de  
www.bnho.de

Im Spitzenverband der Fachärzte, SpiFa, hatte der BNHO die Leitung der Arbeitsgruppe ASV. Nach der Etablierung der gesetzgeberischen Vorgaben zur ASV und den ersten Umsetzungen durch den G-BA standen für den BNHO vor allem die diversen Anlagen und die Richtlinie im Vordergrund. Der BNHO hat immer wieder Rückkoppelung aus den teilnehmenden Praxen zu den erweiterten Landesausschüssen und bei Bedarf auch direkt zum G-BA vorgenommen.

Eine weitere Aufgabe bestand in der Interpretation der jeweiligen Angleichung der verschiedenen Vergütungsstrukturen zwischen EBM, OV (Onkologievereinbarung) und ASV. Zurzeit wird der BNHO auch von Seiten der KBV immer wieder in die Beratung zu neuen Entitäten, die für die ASV vorbereitet werden, herangezogen. Darüber hinaus beschäftigt sich der BNHO mit den vielfältigen Anfragen der Mitglieder zu Abrechnungsproblemen innerhalb der ASV. Innerhalb seiner periodischen Workshops für Neu-Niedergelassene hat die Thematik ASV ihren festen Platz, Ende diesen Jahres oder im ersten Quartal des nächsten Jahres wird der BNHO seinen Mitgliedern eine eigene Fortbildungsveranstaltung zum Thema ASV anbieten.

**Aus Sicht des BNHO sind folgende Aspekte der aktuellen ASV-Richtlinie suboptimal und änderungsbedürftig:**

- Das Anzeigeverfahren ist zu umfangreich, aufwändig und deutschlandweit zu heterogen durch die Erweiterten Landesausschüsse (ELA) ausgestaltet
- Die in der Richtlinie geforderten Fachgruppen sowie die ihnen zugeordneten Leistungsziffern orientieren sich nicht ausreichend an der Versorgungsrealität
- EBM-Ziffern aus dem Kollektivvertrag werden zu spät in die ASV überführt
- Insbesondere für hinzuzuziehende Ärzte besteht nicht selten ein ungünstiges Aufwand-/Ertragsverhältnis, da sie nur wenige ASV-Patienten betreuen, die Kosten für Software, Controlling etc. aber vorhalten müssen und keine Skaleneffekte bestehen
- In der Onkologie nutzen viele ASV-Kliniken ihre eigenen MVZ und umgehen damit die eigentlich vom Gesetzgeber vorgesehenen Kooperationspflicht zwischen Kliniken und Niedergelassenen
- Es sollte mehr externe Expertise der Leistungserbringer sowie der Patientenvertreter im Unterausschuss ASV des G BA vertreten sein ■

**ARMIN GOETZENICH**

GESCHÄFTSFÜHRER BNHO

**PROF. DR. MED. ROBERT DENGLER**

VORSTANDSMITGLIED BNHO

# QUO VADIS ASV



Dr. Edmund Edelmann

## Kontaktdaten

Ehrevorsitzender  
des BDRh  
Rheumazentrum Bad Aibling  
Lindenstrasse 2  
83043 Bad Aibling  
Tel. 08061/90580  
info@rz-badaibling.de

Bei dem steten Wechsel der Vorgaben, die wir im Gesundheitswesen erleben, seien es Änderungen in den Regressvorgaben zur Arzneimitteltherapie, Änderungen der Budgetierung im EBM, Änderungen bei den Selektivverträgen, ist es sinnvoll sich Gedanken zu machen, wie sicher, wie nachhaltig angelegt, der neue Hafen Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung ist und welche Weiterentwicklung dieser sektorenübergreifenden, kooperativ angelegten Versorgung in den nächsten Jahren möglich und in Diskussion ist.

Die gute Nachricht ist, dass insbesondere mit dem bereits sichtbaren Erfolg, der großen Inanspruchnahme der ASV Rheumatische Erkrankungen durch die Rheumatologen in Praxis und Klinik, die Diskussion, diesen Versorgungsbereich zu beenden, in der aktuellen Regierungskoalition und im G-BA nicht mehr geführt wird. Inzwischen sind in 53 ASV-Teams mehr als 350 internistische Rheumatologen tätig, jeweils zur Hälfte aus der Klinik und Praxis. Damit sind fast die Hälfte der im ambulanten Bereich tätigen Rheumatologen inzwischen in der ASV.

In Anbetracht der extremen bürokratischen Hürden, die von den Erweiterten Landesausschüssen vor einer Zulassung zur ASV aufgebaut werden, ist dies eine beeindruckende Teilnehmerzahl. Nachdem in der Rheumatologie als Sonderfall auch Patienten mit Verdachtsdiagnosen zumindest 2 Quartale in der ASV behandelt werden können, und nahezu alle chronisch-entzündlichen Rheumaformen einschließlich der Gicht, zum Indikationsspektrum der ASV Rheumatische Erkrankungen gehören, ist mit einer im Vergleich zu den anderen ASV-Indikationen sehr hohen Patientenzahl in der ASV Rheumatische Erkrankungen zu rechnen.

Für den G-BA Vorsitzenden Prof. Hecken und auch für Teile der Politik war die Umsetzung der ASV durch die Rheumatologen eine Nagelprobe, an dieser Versorgungsebene festzuhalten.

Zu Beginn dieser Legislaturperiode war im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD ein Ausbau der sektorenübergreifenden Versorgung und damit auch der ASV angedacht und eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingesetzt worden, die Vorschläge für eine Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung erarbeiten sollte.

Infolge der Pandemie, den dramatischen Herausforderungen für unser Gesundheits- und Gemeinwesen, und möglicherweise aufgrund divergenter Zielsetzungen innerhalb dieser Arbeitsgruppe, legte diese Arbeitsgruppe bis Mitte September 2021, abgesehen von einem wenig detaillierten Eckpunktepapier, keine für ein Gesetzgebungsverfahren verwertbaren Ergebnisse vor.

Als Reaktion auf die Einrichtung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe erstellte der Spitzenverband Fachärzte Deutschland e.V. (SpiFa) im Jahre 2019 ein Konzept, bzw. einen umfassenden Gesetzesvorschlag zur sektorenübergreifenden Versorgung. Ziele des Konzepts sind ein Wegfall der Sektorengrenzen und identische Vergütungen für gleiche Leistungen ambulant und stationär. Im Fokus stehen hierbei das ambulante Operieren und das Belegarztwesen sowie eine Vereinfachung des Zugangs zu dieser Versorgungsebene. Der § 116b würde bei diesem Gesetzesvorschlag mit anderen, die ambulante Versorgung der Kliniken regelnden Gesetzen, in einen einzigen Paragraphen münden.

In einer gemeinsamen und viel beachteten Stellungnahme forderten der AOK-Bundesverband und Klinikträger wie Helios, Diakoneo und die Bezirkskliniken Mittelfranken Ende August 2021 die Auflösung der Sektorengrenzen für eine aus ihrer Sicht bessere und effizientere Gesundheitsversorgung.

- Die Aufhebung der Sicherstellung der Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigung,
- die Organisation über regionale Gesundheitszentren,
- eine Vergütung, die sich stärker an der Ergebnisqualität orientiert und
- ggf. die Schließung von nicht versorgungsrelevanten Kliniken, sind Inhalte dieses Papiers, das vielfältigen Widerspruch hervorrief. Das Positionspapier wurde von ärztlicher Seite (BÄK, KBV und SpiFa) harsch und umfassend abgelehnt.

Politisch ist dies als eine detailliertere Vorlage für teils ähnliche Pläne in den Partei-Schubladen der Grünen und der Linken zu sehen, und als deutliche Positionierung einzelner Klinikketten für eine ungebremste ambulante Öffnung.

Ein Plädoyer für den Ausbau der sektorenübergreifenden Versorgung findet sich in den Wahlprogrammen einzelner Parteien (SPD, FDP, Grüne). Die Geister scheiden sich am sogenannten Verbotsvorbehalt, d. h. ob neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Bereich auch ambulant, wie zum Teil in der ASV (z. B. das PET-CT), vergütet werden sollen. Die CDU/CSU will in ihrem Wahlprogramm eine Beibehaltung des Status quo der ASV. Andererseits sieht Bundesgesundheitsminister Jens Spahn eine engere Verzahnung zwischen ambulant und stationär durchaus auf der Agenda der Gesundheitspolitik in der nächsten Legislaturperiode. Die Grünen sind für eine allgemeine Öffnung der Sektorengrenzen mit regionaler Organisation, lehnen aber einen eigenen Versorgungsbereich (wie z. B. die ASV) und den Verbotsvorbehalt im ambulanten Bereich ab. Die SPD ist für eine breite Öffnung der Sektorengrenzen. Die FDP spricht sich analog wie der SpiFa für die Regel ambulant vor stationär aus und eine weite Öffnung der Sektorengrenzen mit einem einheitlichen, nicht budgetierten Vergütungssystem. →

Die Linke spricht v. a. von regionalen Gesundheitszentren, die die bisherige sektorale Versorgung ersetzen sollten. Ein Anreizsystem mit einer budgetfreien Vergütung wie in der ASV, dürfte für die SPD, Grüne und Linke auf dem Prüfstand stehen.

Es hängt nun sehr von der Zusammensetzung künftiger Koalitionen im Bundestag ab, und wer im Gesundheitswesen den Hut aufhat, ob die ASV weitergeführt und weiterentwickelt wird, oder ob an die Stelle der ASV, wie u. a. auch vom SpiFa angedacht, eine umfassendere sektorenübergreifende Versorgung treten wird.

In Anbetracht des großen Themas Bürgerversicherung für potenzielle Koalitions-Kandidaten wie die Grünen, SPD und Linke, und dass die Pandemie unser Gesundheitswesen, die Politik, die Menschen auch noch in den nächsten Jahren beschäftigen wird, ist es auch für die kommende Legislaturperiode fraglich, ob tatsächlich umfassende Änderungen beim Thema Sektorengrenzen zu erwarten sind. Warum auch? Die Pandemie hat eindrücklich vor Augen geführt, dass unser Gesundheitswesen sehr gut aufgestellt ist, um mit großen Herausforderungen schnell und effizient umzugehen. Eine wie bisher stufenweise Weiterentwicklung der intersektoralen Versorgung macht mehr Sinn, als mit einem vermeintlich großen Wurf unter Umständen mehr Schaden anzurichten als Nutzen zu erreichen.

Für diesen Weg einer umsichtigen Weiterentwicklung der ASV steht absehbar das neue Unparteiische Mitglied des G-BA, Frau Karin Maag, die seit Mitte des Jahres für den Bereich ASV und DMP im G-BA zuständig ist. Sie war vorher als gesundheitspolitische Sprecherin der CDU-Fraktion im Bundestag maßgeblich an der Mitgestaltung der Gesetzesvorgabe zur ASV, dem § 116b mitbeteiligt und hatte in den vergangenen Jahren stets ein offenes Ohr für eine Verbesserung der rheumatologischen Versorgung.

Es ist zu erwarten, dass wichtige Anregungen für eine Verbesserung der ASV aus einer vom Innovationsfonds geförderten Evaluation der ASV kommen. Die Evaluation erfolgt unter der Konsortialführung der FOM Hochschule für Ökonomie & Management unter der Leitung von Prof. Dengler und u. a. der Mitwirkung des Bundesverbands ASV von Frau Sonja Froschauer.

Es ist zu hoffen, dass nachfolgend verschiedene Geburtsfehler der ASV behoben werden, die den Zugang zur ASV massiv und unnötig erschweren. Eine bundesweite Homogenisierung der antiquierten und maximal aufwändig gestalteten Anmeldung und die Umstellung auf ein ausschließlich IT-basiertes und verschlanktes Zulassungsverfahren zur ASV sind überfällig.

In mittlerer Zukunft könnte es vor allem unter einer SPD-geführten Koalition eintreten, dass die jetzige ASV in eine größere sektorenübergreifende Versorgung einschließlich der ambulanten Operationen, dem Herzkatheter, der Dialyse etc. überführt und eine umfassende einheitliche Gebührenordnung für Kliniken und Niedergelassene geschaffen wird. Inwieweit dann noch die für Niedergelassene wie Klinikverwaltungen in der ASV gleichermaßen attraktive, nicht budgetierte und freie Leistungserbringung aufrechterhalten wird, bleibt abzuwarten.

Auch wenn gesetzliche Vorgaben, wie zu Beginn dieser Legislaturperiode, zum Teil im Wochentakt durch den Bundestag und Bundesrat gepeitscht wurden, war und ist die Umsetzung der Gesetzesvorgaben durch die Selbstverwaltung aus Krankenkassen, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlichen Vereinigungen in der Regel sehr, sehr langsam und Sand im Getriebe der Gesetzesvorgaben.

Es erscheint daher als wenig wahrscheinlich, dass eine umfassende sektorenübergreifende Versorgung vor dem Jahr 2030 an den Start gehen wird. Für die aktuelle ASV würde es dann, ebenso wie für die früheren § 116b-Ambulanzen, eine Übergangsregelung von ca. 3 Jahren geben.

Wie auch immer die Zukunft einer umfänglicheren sektorenübergreifenden Versorgung aussehen mag, wir werden als Fachgebiet weiterhin an der Spitze dieser Entwicklung stehen und diese Entwicklung mitgestalten können. Davon werden die Patienten und die Rheumatologen in Klinik und Praxis gleichermaßen profitieren.

Ergänzt durch die Versorgung über Selektivverträge und ein Disease-Management-Programm (DMP) Rheumatoide Arthritis, wird über die ASV oder eine künftig erweiterte sektorenübergreifende Versorgung eine große Chance bestehen, die Rheumatologie besser in unserem Gesundheitswesen zu verankern, die Versorgung zu verbessern und unser Fachgebiet sowohl in der Klinik als auch in der Praxis für den Nachwuchs attraktiver zu machen. ■

**DR. EDMUND EDELMANN**  
EHRENVORSITZENDER DES BDRH



# SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG IN DER ZUKUNFT – ABGLEICH DER WAHLPROGRAMME



Sonja Froschauer

Den Kern der ASV stellt die interdisziplinäre und sektorenverbindende Patientenversorgung im Team dar. In welche Richtung wird sich sektorenübergreifende Versorgung jedoch in Zukunft entwickeln? Angesichts der Bundestagswahl vom 26. September haben wir uns die Wahlprogramme der führenden Parteien hinsichtlich ihrer Positionierung in Bezug auf die sektorenübergreifende Versorgung angesehen. Es bleibt abzuwarten, was die Parteien nach den Koalitionsverhandlungen dann tatsächlich in die Tat umsetzen. Die Parteien werden in der Reihenfolge dargestellt, in der sie auf der Seite [www.bundestagswahl-2021.de](http://www.bundestagswahl-2021.de) basierend auf den aktuellen Umfragewerten aufgeführt wurden (Stand 8.9.2021).



Anna Sollacher

## Kontaktdaten

Sonja Froschauer  
[sonja.froschauer@bdrh-service.de](mailto:sonja.froschauer@bdrh-service.de)  
Tel. 089/90414141-2

Anna Sollacher  
[anna.sollacher@bdrh-service.de](mailto:anna.sollacher@bdrh-service.de)  
Tel. 089/90414141-7

BDRh Service GmbH  
Dr.-Max-Str. 21  
82031 Grünwald  
[www.bdrh-service.de](http://www.bdrh-service.de)

## SPD

Die SPD will laut ihrem Wahlprogramm explizit die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung vorantreiben. Hier ist davon auszugehen, dass Versorgungsmodelle wie die ASV gestärkt und auch weitere Veränderungen wie z. B. eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung verfolgt werden.

„Eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung kann am besten durch eine Neuordnung der Rollenverteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor, durch eine Überwindung der Sektorengrenzen und eine gute Koordination und Kooperation der medizinischen, psychotherapeutischen und pflegerischen Berufe gelingen. Wir brauchen darum eine stärkere Öffnung von Krankenhäusern für ambulante, teambasierte und interdisziplinäre Formen der Versorgung.“

## CDU/CSU

Die Union bleibt in ihrem Wahlprogramm sehr pauschal hinsichtlich Versorgungsmodellen an der Sektorengrenze.

„In einem zukunftsfähigen Gesundheitswesen setzen wir deshalb auf stärkere vernetzte Zusammenarbeit der einzelnen Akteure und nutzen das Potenzial der Digitalisierung. Die Krankenhäuser sind zusammen mit der leistungsfähigen ambulanten Versorgung das Rückgrat unseres Gesundheitswesens.“

Wir sorgen dafür, dass alle Bürgerinnen und Bürger einen digitalen, wohnortnahen und möglichst barrierefreien Weg, zum Beispiel zur Haus-, Fach-, Zahnarzt- und Notfallversorgung, zu Apotheken, Hebammen, Physiotherapeuten, Gesundheitshandwerken und Sanitätshäusern haben. Wir setzen uns verstärkt für den flächendeckenden Ausbau des psychotherapeutischen Behandlungsangebots für Kinder und Jugendliche ein.“

## BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Die sektorenübergreifende Bedarfsplanung findet sich explizit im Wahlprogramm von Bündnis 90/Die Grünen. Auch die Rolle der Kommunen soll weiter gestärkt werden. Mit der Forderung nach einer Vereinheitlichung der ambulanten und stationären Vergütung und der Fusion von EBM und GOÄ gehen die Forderungen von Bündnis 90/Die Grünen am weitesten von allen Parteien.

„Um die Versorgung in Stadt und Land sicherzustellen, wollen wir, dass ambulante und stationäre Angebote in Zukunft übergreifend geplant werden und etwa regionale Versorgungsverbände mit enger Anbindung an die Kommunen gefördert werden. Perspektivisch soll es eine gemeinsame Abrechnungssystematik für ambulante und stationäre Leistungen geben. Außerdem heben wir die strikte Trennung der ambulanten Gebührenordnungen EBM und GOÄ auf. [...] Gleichzeitig wollen wir die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen stärken.“

→

## FDP

Auch im Wahlprogramm der FDP kann man herauslesen, dass die Krankenhäuser weiter für ambulante Leistungen geöffnet werden sollen.

„Wir wollen die künstliche Sektorenbarriere zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungsbereich konsequent abbauen und die Verzahnung und Vernetzung aller Versorgungsbereiche weiterentwickeln. Wir lassen uns weiterhin vom Grundsatz „ambulant vor stationär“ leiten. Die gesetzlichen Vergütungsregelungen erschweren es derzeit, Behandlungsmethoden aus dem Krankenhaus in den ambulanten Sektor zu überführen. Für die Dauer der Entscheidungsverfahren muss die stationäre Vergütung erhalten bleiben, damit keine Patientin und kein Patient unversorgt bleibt.“

## DIE LINKE

Sektorenübergreifende Bedarfsplanung und die Neuordnung der Landesausschüsse steht auch auf der Agenda der LINKEN.

„Wir wollen, dass stationäre und ambulante Versorgung gemeinsam nach Gemeinwohlinteressen geplant und gestaltet wird. Auch Psychotherapeut\*innen, Physio- und Ergotherapeut\*innen, Logopäd\*innen, Podolog\*innen, Hebammen und Apotheken müssen überall erreichbar sein. Wir wollen gemeinsame Planungsgremien auf Landesebene unter Beteiligung von Patient\*innenvertretung, Ländern und Kommunen, Ärzt\*innen, Krankenhäusern und Krankenkassen einrichten.“ ■

# 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 Fertigen. **Wirkstoff:** Methotrexat-Dinatrium. **Zusammensetzung:** 1 Fertigen 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 / Lebersuffizienz; 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, Verschleiertheit. **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:** Lebersversagen. **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:** Stresstraktur, 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, Brustdrüse:** **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:

Ausgabe 1: Getting started – Anzeigeverfahren und praktische Tipps (erschieden April 2021)

Ausgabe 2: Status quo – Aktueller Stand und strukturelle Hürden (erschieden Juni 2021)

Ausgabe 3: Gestaltung der ASV Rheuma – Beispiele und rechtliche Aspekte (erschieden August 2021)

Ausgabe 4: Quo vadis – Verbesserungspotenzial und Reformvorschläge (Erscheinungstermin Oktober 2021)

Ausgabe 5: Resümee – Zusammenfassung und Update praktischer Tipps (Erscheinungstermin Dezember 2021)