

RESÜMEE –  
ZUSAMMENFASSUNG  
UND UPDATE  
PRAKTISCHER TIPPS

Ausgabe 5

# ASV

# RHEUMA



AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE  
VERSORGUNG



„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/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, 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 5

<b>Vorwort</b>	<b>4</b>
<b>Update Status quo ASV Rheuma</b>	<b>6</b>
<b>Erfahrungsbericht – Klinikambulanz Bad Abbach</b>	<b>10</b>
<b>Erfahrungsbericht – Niedergelassene Rheumapraxis Osnabrück</b>	<b>12</b>
<b>Aufgaben der Teamleitung</b>	<b>14</b>
<b>Checkliste zur Implementierung der ASV</b>	<b>22</b>
<b>ASV aus der Sicht der rheumatologischen Akutkliniken</b>	<b>25</b>
<b>Interview Karin Maag – Rückblick und Perspektiven der ASV</b>	<b>27</b>
<b>Fazit der Beilagenserie ASV Rheuma</b>	<b>29</b>
<b>Glossar</b>	<b>31</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

# VORWORT

In unserer Serie zur ASV haben wir uns dem Anzeigeverfahren, dem Status Quo der ASV, der Gestaltung der praktischen Arbeit in der ASV sowie der Weiterentwicklung der ASV gewidmet. In der letzten Beilage dieser Serie zur ASV Rheuma ziehen wir ein Resümee.

Wir geben ein Update zu den aktuellen Zahlen und Erfahrungsberichte einer Ambulanz sowie einer niedergelassenen Praxis. Außerdem hat sich gezeigt, dass die Aufgaben der Teamleitung oft nicht ganz klar sind. Daher haben wir hier eine Übersicht erstellt und auch eine Checkliste zusammengestellt, die Hilfestellung geben könnte, wenn man die ASV in seiner eigenen Institution implementieren möchte.

Um unsere Beilagenserie abzurunden, konnten wir Frau Karin Maag als neues unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und Vorsitzende des Unterausschusses ASV für ein Interview gewinnen. Sie hat einerseits die Entstehungsgeschichte der ASV als Bundestagsmitglied begleitet und kann nun als G-BA-Mitglied neue Akzente setzen. Sie gibt einen Rückblick und wagt einen Blick nach vorne.

Abschließend folgt ein Fazit des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken (VRA) zu 3,5 Jahren ASV Rheuma und eines aus unserer Sicht zu dieser Beilagenserie. Ein Glossar mit den wichtigsten Begriffen zur ASV komplettiert diese Ausgabe.

Wir hoffen, unsere Beilagenserie hat Ihnen die ASV Rheuma noch einmal nähergebracht und Sie haben den einen oder anderen praktischen Tipp oder Hinweis für sich mitnehmen können. ■

Mit herzlichen Grüßen

**DR. SILKE ZINKE**

1. VORSTANDSVORSITZENDE DES BDRH



**Kontaktdaten**

Dr. med. Silke Zinke  
zinke@bdrh.de

Tel. 030/9869-5230

BDRh e.V.

Hauptstr. 9

13055 Berlin

www.bdrh.de

# UPDATE STATUS QUO DER ASV IN DER RHEUMATOLOGIE



Sonja Froschauer

In dieser Abschlussbeilage darf natürlich ein kurzes Update zu den Zahlen in der ASV Rheuma nicht fehlen. Hier haben wir uns nochmal aktuelle, unveröffentlichte Daten des GKV-Spitzenverbands vom 10.11.2021 und die Daten der ASV-Servicestelle vom 25.10.2021 angesehen.

**ASV RHEUMA FÜR ERWACHSENE**  
**57 TEAMS**  
**453 RHEUMATOLOGEN**



Anna Sollacher

Bei der ASV Rheuma für Erwachsene gibt es laut den Daten des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) 57 Teams mit insgesamt 453 Rheumatologen. Wenn man die Daten mit den 1.106 an der Patientenversorgung tätigen Rheumatologen vergleicht (registrierte Ärzte bei den Ärztekammern in 2020)<sup>1</sup>, nehmen inzwischen 41 % aller Rheumatologen in der Erwachsenenversorgung an der ASV teil.

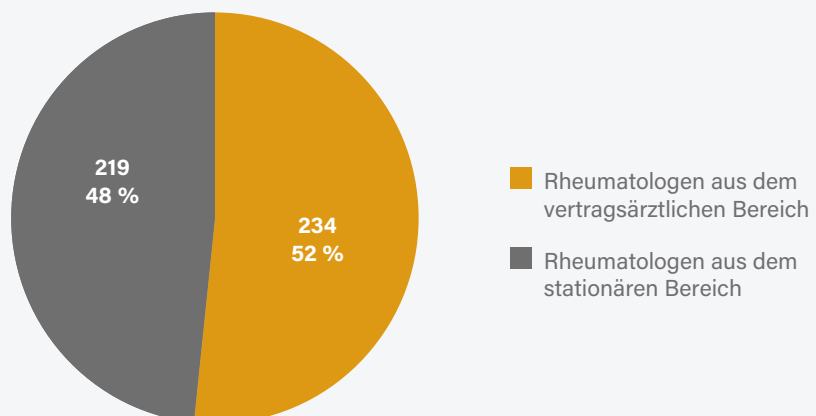
## Kontaktdaten

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

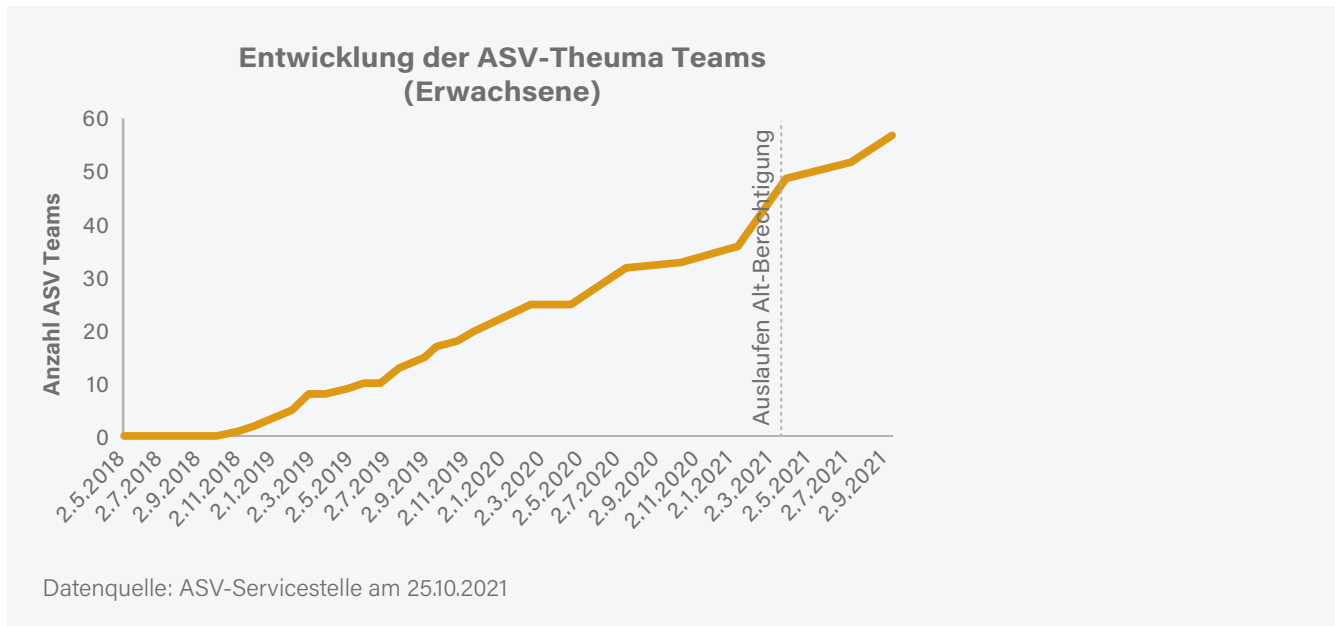
## Verteilung Rheumatologen ambulant / stationär in den ASV-Teams bei Rheuma für Erwachsene



Datenquelle: GKV-Spitzenverband am 10.11.2021

Insgesamt ist die Aufteilung bezogen auf die Sektoren annähernd gleich. 48 % (219) der Rheumatologen in den ASV-Teams für Erwachsene sind stationär tätig und 52 % (234) sind aus dem vertragsärztlichen Bereich.

Die ASV Rheuma-Teams für Erwachsene haben mindestens einen Rheumatologen (den Teamleiter). Das Team mit den meisten Rheumatologen hat 28 eingeschlossen. Im Durchschnitt sind 8 Rheumatologen in einem ASV Rheuma-Team tätig.



Seit dem Inkrafttreten der ASV Rheuma am 19.04.2018 und insbesondere seit dem 4. Quartal 2018 ist bei den Erwachsenen ein stetiger Zuwachs an Teams zu verzeichnen. Ein weiterer starker Anstieg ist ab März dieses Jahres zu sehen, welcher auf das Auslaufen der dreijährigen Übergangsfrist am 18.04.2021 zurückzuführen ist. Denn Krankenhäuser, die noch eine Zulassung zur ambulanten Behandlung am Krankenhaus nach § 116b SGB V alter Fassung hatten, konnten nur noch bis April dieses Jahres auf dieser Grundlage abrechnen. Um weiterhin ambulant tätig sein zu dürfen, müssen sie spätestens seit April 2021 eine ASV-Berechtigung vorweisen, sofern keine alternativen Abrechnungswege wie z. B. eine Hochschulambulanz vorliegen. Seit der Datenauswertung für die zweite Beilage dieser Serie zur ASV Rheuma am 3.5.2021 sind hier 15 weitere Teams hinzugekommen.

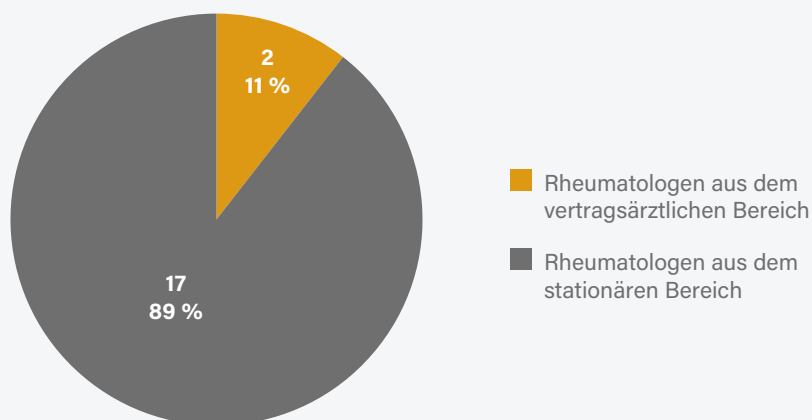
## ASV RHEUMA FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

### 7 TEAMS

### 19 KINDERRHEUMATOLOGEN

Bei der ASV Rheuma für Kinder und Jugendliche gibt es laut den Daten des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) vom 10.11.2021 7 Teams mit insgesamt 19 Kinderrheumatologen. Dies entspricht einem Anteil von 8 % der tätigen Kinderreumatologen, bezogen auf die 226 im Jahr 2020 bei der Bundesärztekammer (BÄK) gelisteten Kinderrheumatologen<sup>2</sup>. →

### Verteilung Rheumatologen ambulant / stationär in den ASV Rheuma-Teams für Kinder und Jugendliche

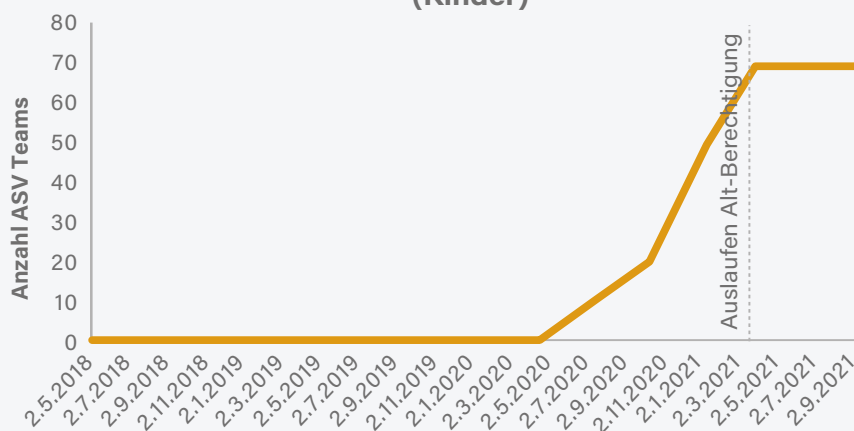


Datenquelle: GKV-Spitzenverband am 10.11.2021

Die ASV Rheuma-Teams für Kinder und Jugendliche befinden sich weitestgehend am Krankenhaus. In diesen Teams gibt es zwei Kinderrheumatologen aus dem vertragsärztlichen Bereich und 17 aus dem stationären Bereich. Die beiden vertragsärztlichen Kinderrheumatologen sind in einem Team, in den anderen 6 Teams sind nur am Krankenhaus tätige Kinderrheumatologen.

In jedem Team gibt es mindestens einen Kinderrheumatologen, der die Teamleitung übernehmen muss. Maximal sind 7 Kinderrheumatologen in einem Team, im Durchschnitt sind es 3 Kinderrheumatologen.

### Entwicklung der ASV-Theuma Teams (Kinder)



Datenquelle: ASV-Servicestelle am 25.10.2021



Bei den ASV-Teams für Kinder ist allerdings weniger Dynamik zu spüren als bei den Erwachsenen. Dort haben sich erst über zwei Jahre nach Inkrafttreten der Indikation die ersten ASV-Teams gebildet. Hier hat das Auslaufen der Alt-Berechtigung keinen weiteren An Schub hervorgerufen. Seit Mai dieses Jahres stagniert die Zahl der ASV-Teams bei Rheuma für Kinder und Jugendliche bei 7.

Zusammenfassend kann hier festgehalten werden, dass die ASV Rheuma für die Erwachsenen einen Aufwärtstrend zeigt. Bei den Kindern ist allerdings eine Stagnation und wenig Entwicklung zu sehen. Hier gilt es die Ursachen zu finden und ggf. weitere Maßnahmen seitens des BDRh in die Wege zu leiten. ■

<sup>1</sup>Ärztinnen und Ärzte mit Schwerpunktbezeichnung, BÄK: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (Pfad: Gesundheitsversorgung > Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung > Ärzte, Ärztliche Praxen, Ärztliche Leistungen) und Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung, BÄK: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (Pfad: Gesundheitsversorgung > Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung > Ärzte, Ärztliche Praxen, Ärztliche Leistungen)

<sup>2</sup>Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung, BÄK: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (Pfad: Rahmenbedingungen > Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals)

# ERFAHRUNGSBERICHT

## AMBULANZ – ASKLEPIOS

### KLINIKUM BAD ABBACH



#### Kontaktdaten

Prof. Dr. med. Boris  
Ehrenstein  
Oberarzt, Facharzt  
für Innere Medizin/  
Rheumatologie, Infektiologie  
Klinik für Rheumatologie und  
Klinische Immunologie  
Asklepios Klinikum  
Bad Abbach GmbH  
Kaiser-Karl V.-Allee 3  
93077 Bad Abbach  
Tel.: 09405/18-2363  
b.ehrenstein@asklepios.com

#### ECKDATEN

##### **Seit wann nimmt Ihr Team an der ASV teil?**

Der erweiterte Landesausschuss (ELA) in Bayern hat unsere ASV Ende Februar 2020 zugelassen, die ersten Patienten wurden im 2. Quartal 2020 behandelt.

##### **Wie sieht ihr Team aus (wie viele Rheumatologen, sind auch niedergelassene Rheumatologen im Team integriert)?**

Unser ASV-Team besteht aus den 5 Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie unserer Klinik.

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

Die ambulante Versorgung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen wurde inzwischen von der bis Ende 2020 betriebenen Hochschulambulanz vollständig auf eine Versorgung in der ASV Rheumatologie umgestellt. Hier werden somit aktuell pro Quartal bereits über 1.000 Patientinnen und Patienten in der ASV behandelt.

##### **Wie ist die Akzeptanz der Patienten hinsichtlich der ASV?**

Wir haben bisher noch keine systematische Patientenbefragung zur Akzeptanz durchgeführt, der persönliche Eindruck im täglichen Behandeln von ASV-Patienten zeigt aber eine große Zufriedenheit, insbesondere da nun Spezialuntersuchungen wie eine MRT zeitnah im Rahmen der ASV veranlasst und vor Ort in unserem Klinikum oder am Universitätsklinikum Regensburg ambulant durchgeführt werden können.

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

Die Patientinnen und Patienten werden bei ihrer ersten Behandlung in der ASV Rheuma durch ein einseitiges Informationsblatt auf die Besonderheiten dieser Behandlungsform hingewiesen. In unserer Erfahrung können hierdurch die allermeisten Fragen bereits in der Wartezeit auf ihren Vorstellungstermin zur Genüge beantwortet werden, selbstverständlich werden organisatorische Fragen auch im Rahmen der Anmeldung an der Leitstelle sowie durch die Ärztinnen und Ärzte beantwortet.

## ZUSAMMENARBEIT IM TEAM

### **Wie funktioniert die Zusammenarbeit im Team?**

Da die Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie in unserer ASV zusätzlich als Oberärztin/Oberarzt/Chefarzt der Klinik für Rheumatologie an unserem Klinikum tätig sind, werden hier bei den täglichen klinikinternen Besprechungen auch alle rheumatologischen fachlichen Herausforderungen bzw. Probleme aus der ASV besprochen.

### **Wo gibt es Hürden / Schwierigkeiten?**

Die Dokumentation und Abrechnung der rheumatologischen Behandlung erfolgt über das Krankenhaus-Informationssystem unseres Klinikums. Da an unserem Standort und anderen Standorten unseres Konzerns im Allgemeinen und insbesondere mit diesem System noch keine Erfahrungen in der ASV-Abrechnung nach EBM bestanden, waren hier viele Anpassungen des Systems, das Hinzuziehen entsprechender IT-Experten, und viele Telefonate mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Krankenkassen bis zur Etablierung einer erfolgreichen Abrechnung in der ASV notwendig.

### **Wie handhaben Sie die gemeinsame Sprechstunde?**

Die Fachdisziplinen des Kernteams sind bzgl. der Dermatologie, Nephrologie und Pneumologie in unserer ASV durch Kolleginnen und Kollegen des Universitätsklinikums Regensburg besetzt. Hier kann bei Bedarf durch den bereits vor der ASV etablierten täglichen rheumatologischen Konsildienst auch eine interdisziplinäre Evaluation in den entsprechenden Sprechstunden angeboten werden. Die Kollegen der Orthopädie können für spezielle Fragestellungen an der Schnittstelle von Rheumatologie und Orthopädie, da sie ebenfalls im Ambulanzbereich unseres Klinikums in Bad Abbach tätig sind, direkt konsiliarisch in unseren ASV-Sprechstunden hinzugezogen werden.

## ALLGEMEIN

### **Gibt es „Lücken“, wo die ASV aktuell noch nicht umfassend ist?**

Durch die Umstellung der ambulanten rheumatologischen Behandlung von einer Hochschulambulanz auf die ASV Rheumatologie zeigte sich, dass weit über 90 % der bisher betreuten Patientinnen und Patienten in der ASV Rheuma ohne Probleme weiterbehandelt werden konnten. Eine Ausnahme hiervon stellen die bisher mit einem humoralen Immundefekt betreuten Patientinnen und Patienten dar, die einer intravenösen oder subkutanen Immunglobulin-Substitutionstherapie dauerhaft bedürfen. Hierfür wurde von uns bereits ein entsprechender Antrag zur Erweiterung der in der ASV Rheuma behandelbaren Diagnosen beim G-BA angeregt.

### **Was möchten Sie anderen Ambulanzen / Teams mit auf den Weg geben?**

Falls organisatorisch möglich, ist ein langsamer Start in die ASV Rheuma mit der Behandlung und Abrechnung einer überschaubaren Anzahl von Patientinnen und Patienten in den ersten Wochen bzw. Monaten anzuraten, da erst im Alltag der ASV eine Reihe von Problemen auffällig werden, und diese dann vor dem großen Routinebetrieb durch Anpassung der Abläufe und gegebenenfalls des Krankenhaus-Informationssystems behoben werden können. ■

# ERFAHRUNGSBERICHT

## NIEDERGELASSENE PRAXIS – RHEUMAPRAXIS AN DER HASE



### Kontaktdaten

Dr. med. Patrick Wurth  
Rheumapraxis an der Hase  
Möserstraße 46  
49074 Osnabrück  
Tel. 0541/358580  
p.wurth@rheumapraxis-os.de

### ECKDATEN

#### **Seit wann nimmt Ihr Team an der ASV teil?**

Seit 2019. Die Vorbereitung hatte uns zuvor über 6 Monate gekostet.

#### **Wie sieht Ihr Team aus? (Wie viele Rheumatologen gibt es? Sind auch stationäre Rheumatologen im Team integriert?)**

5 Rheumatologen aus unserer Praxis bedienen die ASV. Rheumatologisch-orthopädische Kollegen haben wir in Sendenhorst und Lengerich für unser Team gewonnen. Unsere ländliche Lage im Osnabrücker Land bietet uns leider keine stationäre internistisch-rheumatologische Versorgung vor Ort.

#### **Wie viele Patienten behandeln Sie etwa im Rahmen der ASV?**

Gegenwärtig behandeln wir ca. 220 Patienten. Initial haben wir in erster Linie Kollagenosen und Vaskulitiden ins Programm aufgenommen.

#### **Wie ist die Akzeptanz der Patienten hinsichtlich der ASV?**

Die meisten Patienten sind sich der Terminproblematik bei Fachärzten wohl bewusst. Die Möglichkeiten durch die ASV werden daher sehr geschätzt. Die Resonanz ist sehr positiv, die Patienten sind dankbar.

#### **Wie ist der Aufwand, den sie bezüglich der Information der Patienten über die ASV haben bzw. treiben?**

In Frage kommende Patienten werden über die Möglichkeit der ASV aufgeklärt. Die Dokumentation des Aufklärungsgesprächs erfolgt schriftlich und Informationsblätter zur ASV werden ausgehändigt. Speziell geschulte MFAs und ärztliche Kollegen stehen den Patienten im Laufe der weiteren Behandlung telefonisch und vor Ort bei Fragen zur Verfügung. Der Aufwand erscheint angemessen.

## ZUSAMMENARBEIT IM TEAM

### **Wie funktioniert die Zusammenarbeit im Team?**

Die Zusammenarbeit im Kernteam verläuft komplikationslos, die Kollegen haben direkte Kommunikationsmöglichkeiten. Die meisten Termine können innerhalb einer Woche zur Verfügung gestellt werden. Auch außerhalb des Kernteams ist die Arztkommunikation und die Kommunikation unter den Helferinnen sehr zuvorkommend und vor allem schnell.

### **Hat sich die Zusammenarbeit durch die ASV verändert?**

Auch vor der ASV bestand ein enger Draht zu den Kollegen, die heute zumeist im Kernteam organisiert sind. Die Zusammenarbeit der Helferinnen untereinander hat sich allerdings deutlich verbessert.

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

Die Kommunikation erfolgt zumeist schriftlich. Erfreulich verläuft die rasche Befundmitteilung, auch noch über Fax, in dringenden Fällen sicherlich auch umgehend telefonisch oder bei der Konferenz. Im weiteren Verlauf sind wir am E-Arztbrief sehr interessiert.

### **Wie ist der Ablauf der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit?**

- Was funktioniert gut?  
Terminvergabe
- Welche technischen Hilfsmittel nutzen Sie?  
Persönliche Zusammenkunft, Fax, EDV, Telefon
- Haben Sie Tipps für andere Teams?  
Leitende MFA schon bei der Organisation und Etablierung der ASV involvieren.  
Viel Kommunikation in der ASV läuft über MFA.

## ALLGEMEIN

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

Leider gelang es uns nicht, lokale angiologische Kollegen für unsere ASV zu begeistern. Mithilfe der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) und des ELA gelang es uns aber, Kollegen zu finden, die knapp über der angestrebten 30-Minuten-Entfernung zu erreichen sind.

### **Gibt es Lücken, wo die ASV noch nicht umfassend ist?**

In ländlichen Regionen ist die 30-Minuten-Regel eine Einschränkung. Das ASV-Modul unseres Arzt-Information-Systems (Medistar) ist sicherlich, besonders unter Berücksichtigung der Kosten, ausbaufähig.

### **Was möchten Sie anderen Teams mit auf den Weg gegeben?**











Die Möglichkeiten der ASV stellen sicherlich einen guten Weg zur Optimierung der Patientenversorgung dar. ■

# AUFGABEN DER ASV-TEAMLEITUNG

Im ASV-Team den Hut aufzuhaben – das hat derzeit einen strategischen oder psychologischen, aber leider keinen finanziellen Vorteil. Mit der Übernahme der Teamleitung sind jedoch Aufgaben verbunden, über die wir hier einen Überblick geben wollen. Dabei gilt: Nicht alles ist durch die Teamleitung selbst zu leisten, es können auch geeignete organisatorische Strukturen geschaffen werden, z. B. durch die Einbindung von Mitarbeitern aus der Klinikverwaltung oder Praxis.

Die Teamleitung ist Teil des Kernteams. Ihr (geographischer) Tätigkeitsort ist maßgeblich für die mögliche Ausdehnung des Teams. Für die ASV Rheuma wird die Teamleitung stets durch einen Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie wahrgenommen, bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch einen Kinder- und Jugendmediziner mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie. Die Teamleitung ist stets namentlich zu benennen. „Die Teamleitung koordiniert die ASV-Versorgung der Patienten fachlich und organisatorisch“, so die ASV-Richtlinie – aber was heißt das eigentlich genau? Nachfolgend haben wir die wichtigsten Aufgaben zusammengestellt. Nicht aufgeführt sind hier Aufgaben zur Implementierung der ASV in den Versorgungsalltag der eigenen Einrichtung (Klinik, Praxis), da dies alle Teammitglieder unabhängig von ihrer Position im Team gleichermaßen betrifft.

## EINMALIG / VOR START

-  Zusammenstellung des ASV-Teams anhand der in der Konkretisierung vorgegebenen Fachgruppen
-  Koordination der Anzeigenerstellung – Einholen der benötigten Unterlagen
-  Koordination des Unterschriftenverfahrens des Kooperationsvertrages
-  Einreichung der Anzeige beim Erweiterten Landesausschuss (ELA)
-  Übernahme der Funktion als Ansprechpartner des ELAs, Koordination der Beantwortung von Fragen und Bearbeitung von Nachforderungen
-  Einrichtung eines Online-Kontos bei der ASV-Servicestelle ([www.asv-servicestelle.de](http://www.asv-servicestelle.de)) und Einpflegen der Daten des ASV-Teams und seiner Mitglieder
- • • Beantragung der ASV-Teamnummer über die ASV-Servicestelle
-  Weitergabe der ASV-Teamnummer an die Teammitglieder (nach Erteilung)
-  Information aller Teammitglieder (über Vorgaben, Abmeldung bei Krankheit, Urlaub, Ausscheiden, Abläufe)
-  Koordination der Kommunikationsmaterialien und Prozesse im Team
-  Optional: Meldung der ASV-Tätigkeit bei Landesverbänden der (Ersatz-)Kassen, KV und Landeskrankengesellschaften

## EINMALIG / VOR START

### **Zusammenstellung des ASV-Teams anhand der in der Konkretisierung vorgegebenen Fachgruppen**



Vor der Einreichung einer Teilnahmeanzeige muss zuerst das ASV-Team gebildet werden. Dazu gibt der G-BA in seiner Konkretisierung der ASV Rheuma (für Erwachsene bzw. Kinder/Jugendliche) vor, welche Fachgruppen in den jeweiligen Teamebenen vertreten sein müssen. In der Regel kümmert sich die zukünftige ASV-Teamleitung um die Ansprache der umliegenden Kollegen und die Initiierung der Kooperationsvereinbarung. Hier lohnt es sich frühzeitig zu beginnen, denn dieser Prozess samt Einholung der benötigten Unterlagen kann 6 bis 9 Monate in Anspruch nehmen.

### **Koordination der Anzeigenerstellung - Einholen der benötigten Unterlagen**



Die Teamleitung ist letzten Endes auch für die Antragstellung beim erweiterten Landesausschuss (ELA) verantwortlich. Hierzu müssen die notwendigen Informationen und Unterlagen je Arzt und teilweise teamübergreifend gesammelt, das Antragsformular ausgefüllt und die Unterlagen beim ELA eingereicht werden. Die Korrespondenz mit dem ELA läuft über die Teamleitung.

**TIPP:** Es empfiehlt sich, bei den Hinzuzuziehenden lediglich die Institutionen zu nennen, um sich hier einerseits Aufwand bei der Antragstellung zu sparen, aber auch später müssen personelle Änderungen dann zumindest bei den Hinzuzuziehenden nicht ständig gemeldet werden. Die Mitglieder des Kernteams müssen hingegen namentlich genannt werden. Hier empfiehlt sich, die Fachgruppen mindestens doppelt zu besetzen, um bei Urlaub, Krankheit etc. ggf. keine Meldungen vornehmen zu müssen. Dies ist abhängig vom ELA und dort zu erfragen.

### **Koordination des Unterschriftenverfahrens des Kooperationsvertrages**



Die Teammitglieder müssen nicht in einer Institution – einem Krankenhaus oder Medizinischem Versorgungszentrum (MVZ) – tätig sein, sondern das Team kann auch durch eine Kooperation mehrerer Einrichtungen gebildet werden. In diesem Fall ist ein Kooperationsvertrag zu schließen, der dem ELA mit der Teilnahmeanzeige vorzulegen ist. Ein privatrechtlicher Vertrag ist ausreichend, eine vertragsarztrechtliche Gestaltung beispielsweise als Berufsausübungsgemeinschaft oder Teil-Berufsausübungsgemeinschaft ist nicht erforderlich. Die Kooperation begründet rechtlich gesehen eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), sodass im Vertrag bestimmte formale Punkte beachtet werden sollten. Eine Rechtsberatung ist daher zu empfehlen.

### **Einreichung der Anzeige beim Erweiterten Landesausschuss**



Haben Sie alle Unterlagen beisammen, reichen Sie diese beim ELA ein. Bisher ist nur in sehr wenigen ELAs eine elektronische Übermittlung möglich. Am besten informieren Sie sich hier direkt bei Ihrem ELA.

Reichen Sie die Unterlagen am besten komplett und auf einmal ein. Das reduziert Nachforderungen und beschleunigt insgesamt den Prozess. Der ELA hat zwar eine Zwei-Monatsfrist, in der er der Anzeige widersprechen kann, werden jedoch Nachforderungen gestellt, hemmt dies diese Frist.





### **Übernahme der Funktion als Ansprechpartner des ELAs, Koordination der Beantwortung von Fragen und Bearbeitung von Nachforderungen**

Hat der ELA Fragen oder werden Nachforderungen gestellt, werden diese an den Teamleiter gerichtet. Dieser ist dann dafür verantwortlich, die Informationen und Unterlagen ggf. auch bei seinen Teammitgliedern einzuholen und an den ELA weiterzugeben.



### **Einrichtung eines Online-Kontos bei der ASV-Servicestelle und Einpflegen der Daten des ASV-Teams und seiner Mitglieder**

Spätestens wenn die Anzeige eingereicht ist, sollte ein Online-Konto bei der ASV-Servicestelle ([www.asv-servicestelle.de](http://www.asv-servicestelle.de)) eingerichtet werden. Dort müssen die Daten des ASV-Teams und all seiner Mitglieder eingepflegt werden. Jedes Team kann aber entscheiden, ob die Daten dann öffentlich zugänglich sind. Anhand dieser Daten kann man dann bei der ASV-Servicestelle die Teamnummer beantragen.



### **Beantragung der ASV-Teamnummer über die ASV-Servicestelle**

Für die Abrechnung, Verordnungen und Überweisungen benötigen die Ärzte eine 9-stellige ASV-Teamnummer. Diese beantragt der Teamleiter bei der ASV-Servicestelle. Für die Ausgabe der Teamnummer benötigt die ASV-Servicestelle verschiedene Angaben zu den Teammitgliedern wie Name, Fachgebiet, Abrechnungs-IK und Praxisadresse sowie den positiven Bescheid des ELA zur ASV-Berechtigung.

**TIPP:** Um das Verfahren zu beschleunigen, sollte der Teamleiter die Nummer bereits beantragen, sobald der Antrag beim ELA eingereicht wurde. Sobald der Bescheid über die ASV-Berechtigung vorliegt, kann diese digital – am besten per Mail – an die ASV-Servicestelle übermittelt werden.



### **Weitergabe der ASV-Teamnummer an die Teammitglieder (nach Erteilung)**

Hat die Teamleitung die ASV-Teamnummer von der ASV-Servicestelle erhalten, sollte er die Nummer an die Teammitglieder weitergeben, damit diese Ihre Formulare entsprechend vorbestellen oder ihr PVS / KIS für die ASV-Tätigkeit vorbereiten können.



### **Information aller Mitglieder (über Vorgaben, Abmeldung bei Krankheit, Urlaub, Ausscheiden, Abläufe)**

Vor dem Start der ASV-Tätigkeit sollte die Teamleitung alle Mitglieder über die wesentlichen Eckpunkte der Zusammenarbeit informieren. Es sollte darüber informiert werden, wann und wie die Abmeldung bei Krankheit, Urlaub und Ausscheiden erfolgt. Denn diese Informationen sind an weitere Institutionen zu geben (siehe weiter unten).



### **Koordination der Kommunikationsmaterialien und Prozesse im Team**

Im Team sollte gemeinsam entschieden werden, welche Kommunikationsmaterialien im Rahmen der ASV-Arbeit verwendet und wie die Prozesse im Team strukturiert werden. Die Teamleitung sollte diese Abstimmung koordinieren. Kommunikationsmaterialien sind z. B. für folgende Personen sinnvoll: Patienten, Überweisende, im Team (siehe S. 19ff.).

Die Information des Patienten ist zu dokumentieren (vgl. § 15 ASV-RL). Es sollte festgelegt werden, wie / wann die Teammitglieder über neue ASV-Patienten informiert werden und über welche Tools und Wege kommuniziert wird.









**TIPP:** Es bietet sich an, eine Online-Plattform für das Team anzuschaffen, mit dem nicht nur der zeitnahe Zugriff auf die Befund- und Behandlungsdokumentationen erfolgen kann (siehe oben), sondern über die ggf. gleich eine digitale Akte der Patienten geführt werden kann und über die auch die Kommunikation der Teammitglieder und die Einbindung der Zuweiser erfolgen kann.

### **Optional: Meldung der ASV-Tätigkeit bei Landesverbänden der (Ersatz-) Kassen, KV und Landeskrankengesellschaft**



Wurde die ASV-Berechtigung erteilt, müssen die berechtigten Leistungserbringer ihre Teilnahme an der ASV auch gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und der Landeskrankengesellschaft benennen. Neben der Angabe des Erkrankungs- und Leistungsbereichs, auf den sich die Berechtigung erstreckt, ist auch die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams namentlich zu benennen. Die Hinzuzuziehenden sind bei dieser Mitteilung namentlich oder institutionell zu benennen (vgl. § 2 Abs. 2 ASV-RL). Diese Meldung kann, muss aber nicht zwingend die Teamleitung für das gesamte Team übernehmen.

#### **LAUFEND**

-  Laufende Pflege der Übersicht der Teammitglieder und der Kontaktdaten
-  Koordination von Vertretungsmeldungen
-  Kommunikation von Teamänderungen gegenüber dem ELA: Information über Austritte, Nachmeldung von neuen Teammitgliedern
-  Teamverwaltung bei der ASV-Servicestelle (Erfassung Ein- und Austritte)
-  **Empfehlenswert:** regelmäßige stichprobenartige Kontrolle der Richtigkeit der Daten bei der ASV-Servicestelle
-  Ansprechpartner bei Fragen der Teammitglieder

### **LAUFEND**

#### **Laufende Pflege der Übersicht der Teammitglieder und der Kontaktdaten**



Bei der ASV-Servicestelle werden alle Teammitglieder öffentlich gelistet, sofern dem zugestimmt wurde. Der Teamleitung obliegt damit die Aufgabe, die Zusammenstellung des Teams bei der ASV-Servicestelle laufend zu überprüfen und ggf. zu aktualisieren sowie die generelle Kommunikation mit der Servicestelle. Aus Erfahrung sollte regelmäßig, z. B. einmal pro Quartal, eine Abfrage bei den Teammitgliedern durchgeführt werden, ob die Angaben noch aktuell sind. Dies gilt insbesondere für große Teams.

#### **Empfehlenswert: regelmäßige stichprobenartige Kontrolle der Richtigkeit der Daten bei der ASV-Servicestelle**



Die ASV-Servicestelle meldet regelmäßig den Krankenkassen das „ASV-Verzeichnis“ als Grundlage für die Abrechnungsprüfung. In der Vergangenheit gab es Fehler bei der Servicestelle, wodurch Teamdaten verloren gingen. Es empfiehlt sich, regelmäßig kurssorisch die Daten des eigenen Teams zu prüfen.





### **Teamverwaltung bei der ASV-Servicestelle (Erfassung Ein- und Austritte)**

Verlassen Teammitglieder das ASV-Team oder kommen neue hinzu, ist dies auch bei der ASV-Servicestelle regelmäßig einzupflegen.



### **Koordination von Vertretungsmeldungen**

Ein ASV-Team besteht aus zahlreichen Ärzten. Aufgabe der Teamleitung ist es, hier die Zusammensetzung laufend zu überprüfen, da die ASV-Berechtigung maßgeblich von der Qualifikation der beteiligten Fachärzte abhängt. Es ist normal, dass Teammitglieder aufgrund von Urlaub oder Krankheit vertreten werden oder auch einmal ausscheiden (vor allem im Krankenhaus). Dies ist auch in der ASV möglich. Jedoch müssen diese Vertretungen innerhalb bestimmter Fristen an die jeweiligen Institutionen gemeldet werden.

**TIPP:** Bei Hinzuzuziehenden keine namentliche Nennung, sondern nur Institutionen melden (weniger Korrekturbedarf).

Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen sind durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich zu treffen (Facharztstatus). Eine Vertretung der Teammitglieder ist möglich, wenn die Vertretung die persönlichen fachlichen und organisatorische Qualifikationen erfüllt, die für die ASV-Indikationen vorgegeben sind. Dauert die Vertretung mehr als 1 Woche, ist diese dem ELA, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der KV sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden (vgl. § 3 Abs. 4 ASV-RL).



### **Kommunikation von Teamänderungen gegenüber dem ELA: Information über Austritte, Nachmeldung von neuen Teammitgliedern**

Scheidet ein Mitglied aus, ist dies dem ELA innerhalb von 7 Werktagen zu melden. War dieses Mitglied relevant für die Erfüllung der personellen Voraussetzungen des ASV-Teams, muss innerhalb von 6 Monaten ein neues Mitglied dem ELA benannt werden. Bis zur Benennung muss die Versorgung durch eine Vertretung sichergestellt werden. Erfolgt keine Nachbenennung innerhalb der 6 Monate verlieren alle Mitglieder ihre ASV-Berechtigung, da das Team dann die personellen Voraussetzungen nicht mehr erfüllen kann (vgl. § 2 Abs. 3 ASV-RL). Dies ist dem ELA spätestens 3 Werktage nach Ablauf der 6-Monatsfrist anzuzeigen.

**TIPP:** Team immer mit mehreren Vertretern einer Fachgruppe besetzen!

INFORMATION	VERTRETUNG MEHR ALS 1 WOCHE	AUSSCHEIDEN EINES MITGLIEDS	NACH-BENENNUNG EINES MITGLIEDS	INFORMATION, FALLS KEIN NACHFOLGER GEFUNDEN WURDE	VOLLSTÄNDIGKEIT & RICHTIGKEIT DER KONTAKTDATEN
<b>FRIST</b>	k. A.	innerhalb von 7 Werktagen	innerhalb von 6 Monaten	spätestens 3 Werktage nach Ablauf 6-Monatsfrist	regelmäßig
<b>INSTITUTIONEN</b>	ELA	ELA	ELA	ELA	ASV-Servicestelle
	Landesverbände (Ersatz-)Krankenkassen	ASV-Servicestelle keine feste Frist, regelmäßig	ASV-Servicestelle keine feste Frist, regelmäßig		
	KV				
	Landeskrankenkassenhausgesellschaft				

Abb.: Meldepflichtige Informationen und Fristen

### Ansprechpartner bei Fragen der Teammitglieder

Auch für die Teammitglieder ist die Teamleitung der zentrale Ansprechpartner.



## TIPPS

Bei großen Teams oder auch wenn mehrere Teams geleitet werden, lohnt sich die Schaffung / Einstellung einer Person als „Leitung Organisation ASV“ / „ASV-Koordinator“

Für einen erleichterten Datenaustausch im Team kann sich die Anschaffung einer Online-Plattform lohnen. Dies kann folgende Komponenten umfassen: digitale Akte, zentrale Dokumentation, Kommunikation der Teammitglieder, Einbindung Zuweiser etc.

## MÖGLICHE KOMMUNIKATIONSMATERIALIEN

### Information des Patienten

Der Patient ist vor Aufnahme in die ASV über diese Versorgungsform und das behandelnde interdisziplinäre Team umfassend aufzuklären (vgl. § 15 ASV-RL). Hierzu kann die Patienteninformation des G-BA verwendet werden (Patienteninformation zur Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)). Erfahrungen haben gezeigt, dass ein zusätzlicher Flyer mit Vorstellung der Teammitglieder sinnvoll sein kann. Der Bundesverband ASV bietet hier einen Flyer für Patienten an, der bei Bedarf auf Ihre Praxis / Krankenhaus individualisiert werden kann (Rheuma\_Patienten-individuell.pdf, [asv-rheuma.de](http://asv-rheuma.de)).

Bei Abschluss der Behandlung im Rahmen der ASV muss dem Patienten eine schriftliche Information über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen zur Verfügung gestellt werden. Wird die Behandlung außerhalb der ASV von Nicht-Kernteam-Mitgliedern fortgesetzt, umfasst das Überleitungsmanagement mindestens fol-



gende Komponenten: einen patientenverständlichen Entlass-/Überleitungsbrief (einschließlich Angaben zu Diagnosen, Therapievorschlügen inkl. Medikation, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Häusliche Krankenpflege, Kontrolltermine) sowie die Anleitung der Fortsetzung der Arzneimitteltherapie (vgl. § 15 ASV-RL). Hierfür empfiehlt es sich ebenfalls, eine Mustervorlage zu erstellen.

### **Informationen des Überweisenden**

Verdachtsdiagnosen können im Rahmen der ASV abgeklärt werden. Dazu können auch Nicht-ASV-Teammitglieder Patienten an einen ASV-Teamarzt überweisen. Um die umliegenden Zuweiser über die ASV zu informieren, kann z. B. eine Zuweiserbroschüre des Bundesverbandes ASV verwendet werden (Zuweiserinfo\_2018\_DIN\_lang\_final.pdf, asv-rheuma.de).

Um die Abklärung der Verdachtsdiagnose zu strukturieren, bietet es sich an, ein Zuweiserformular zur Verfügung zu stellen. Hier bietet der Bundesverband ASV ebenfalls ein Muster an (Zuweiserformular\_final.pdf, asv-rheuma.de).

Nach Aufnahme eines zugewiesenen Patienten sollte der zuweisende Arzt über die weitere Behandlung informiert werden. Es ist zu empfehlen, hierfür ein Standardschreiben aufzusetzen, dass dann von allen Teammitgliedern verwendet wird.

### **Kommunikation im Team**

Befunde und Behandlungsdokumentation müssen zumindest dem Kernteam zeitnah zur Verfügung gestellt werden (vgl. § 14 ASV-RL).

**TIPP:** Es empfiehlt sich daher eine Daten-Plattform oder Austauschplattform zu nutzen, für die entsprechende Zugriffsrechte definiert werden.

### **Überweisungserfordernis**

Innerhalb des Kernteams oder des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis. Bei Überweisungen zu Hinzuzuziehenden ist ein Überweisungsschein erforderlich (mit Kennzeichnung Behandlung § 116b und Ausführung einer Auftragsleistung).

Leistungsanforderungen im Rahmen der ASV müssen jedoch schriftlich erfolgen. Es bietet sich daher an, einen Muster-Anforderungsbogen für ASV-Patienten für das gesamte Team zu erstellen.

Innerhalb eines Krankenhauses kann dies über das KIS erfolgen. Ein externes Kernteammitglied hat jedoch keinen Zugriff auf das KIS / PVS. Daher werden hier die herkömmlichen vertragsärztlichen Formulare verwendet (mit Ausnahme des Rezeptes). Wichtig ist die Kennzeichnung des ASV-Falles:

- Teamnummer statt BSNR
- Status erhält an der letzten Stelle „01“
- Beim Überweisungsschein: Kreuz oben rechts bei „Behandlung nach § 116b“

Für das ASV-Rezept stellt die KBV ein Muster zur Verfügung (KBV – Verordnungen und Formulare in der ASV).

**Im Haus:** Wenn ein Patient innerhalb des Klinikums Leistungen im Rahmen der ASV erhält, ist kein Überweisungsschein erforderlich. Es reicht der Anforderungsbogen mit Definitionsauftrag.

**Extern:** Wird ein Patient extern zur Untersuchung im Rahmen der ASV geschickt, benötigt er einen Überweisungsschein mit Kreuz bei „Behandlung gemäß § 116b SGB V“ und „Ausführen von Auftragsleistungen“!

## FAQ

### **Spricht etwas dagegen, im Rahmen einer persönlichen Ermächtigung und gleichzeitiger Funktion als Kernteammitglied eines ASV-Teams, Leistungen der ASV im Rahmen der Ermächtigung zu erbringen?**

Gemäß § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V nehmen ermächtigte Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teil, und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer sind gem. § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V berechtigt, Leistungen der ASV zu erbringen. Grundsätzlich kann ein ermächtigter Arzt in seiner Rolle als Vertragsarzt an der ASV teilnehmen. Er müsste allerdings dann auch entsprechend dem ELA in dieser Funktion gemeldet werden. Ein „Umfirmieren“ eines Krankenhausarztes, der als Krankenhausarzt ins Team gemeldet wurde, ist aus unserer Sicht nicht möglich.

Es wäre (bei entsprechender Genehmigung des ELA) dann auch nötig, dass der ermächtigte Arzt über die KV oder direkt mit den Kassen abrechnet. Eine Abrechnung über die Krankenhausabrechnung wäre nicht mehr zulässig.

### **Wann sind Überweisungen in der ASV nötig?**

#### **Zugang in die ASV:**

- Grundsätzlich Überweisung durch einen behandelnden Vertragsarzt. Kreuz muss je bei „Behandlung nach § 116b SGB V“ und bei „Weiterbehandlung“ gesetzt sein.
- Ausnahmen:
  - Keine Überweisung nach stationärem Aufenthalt wegen der ASV-Erkrankung im ASV-teilnehmenden Krankenhaus.
  - Ebenso keine Überweisung für Bestandspatienten von ASV-berechtigten Vertragsärzten.

#### **In der ASV:**

- Keine Überweisung nötig im Kernteam.
- Überweisung an Hinzuzuziehende mit Zielauftrag (keine Mit- oder Weiterbehandlung). Kreuz bei „Behandlung nach § 116b SGB V“ muss laut KBV nicht zwingend gesetzt werden.
- Keine Überweisung, wenn Veranlasser (Kernteammitglied) und Hinzuzuziehender im selben Krankenhaus tätig sind, dann aber schriftliche Leistungsanforderung notwendig. ■

# CHECKLISTE ZUR IMPLEMENTIERUNG DER ASV

Der Prozess der Anzeigenerstellung ist erfolgreich durchlaufen und Sie sind Teil eines ASV-Teams? Nun sollen Sie die ASV in den Versorgungsalltag Ihrer Praxis bzw. Klinik implementieren. Dies ist eine Aufgabe, die jedem im Team zufällt, unabhängig von der Position, die im ASV-Team wahrgenommen wird. An was Sie hier denken sollten, haben wir im Nachfolgenden zusammengestellt.

## **Formulare bestellen**

In der ASV werden die Formulare aus der vertragsärztlichen Versorgung verwendet (AU-Bescheinigungen, Reha-Anträge, Überweisungen). Für Verordnungen wird allerdings ein eigenes ASV-Rezept genutzt. Die normalen Formulare müssen im sogenannten Personalienfeld durch eine entsprechende Kennzeichnung ergänzt werden.

- Feld „Betriebsstättennummer“: statt der vertragsärztlichen Betriebsstättennummer (BSNR) wird bei ASV-Patienten die gültige Teamnummer des ASV-Teams eingetragen.
- Feld „Status“: hier ist an der letzten Stelle eine „1“ einzutragen.

Vertragsärzte können zur Bedruckung der Formulare in der ASV ihr Praxisverwaltungssystem nutzen.

## **Sonderfall: eigenes Rezeptformular**

Die speziellen ASV-Rezepte haben seitens der Druckerei in der sogenannten Codierleiste bereits die Pseudoziffer „22222222“ (9-mal die 2) aufgedruckt. An dieser Stelle wird bei den normalen Rezepten für die vertragsärztliche Versorgung die BSNR der Praxis eingedruckt, wenn die Rezepte durch die Druckerei ausgeliefert werden. Somit benötigen Vertragsärzte, die an der ASV teilnehmen, zwei Rezeptblöcke.

Die neuen ASV-Rezepte können über die regulären Bezugskanäle beschafft werden, also je nach Region über die KV oder direkt bei den Druckereien.

**PRAXIS-TIPP:** Nutzen Sie für die Versorgung von ASV-Patienten ausschließlich die besonderen ASV-Rezepte mit „22222222“ in der Codierleiste. Andernfalls besteht die Möglichkeit, dass Apotheken die Ausgabe von Medikamenten ablehnen.

## **EDV vorbereiten**

Kartenlesegeräte sollten in den entsprechenden Abteilungen, die Patienten in die ASV einschließen, konfiguriert bereitstehen. Hat sich das ASV-Team für eine gemeinsame Plattform zum Austausch aller Befunde entschieden, müssen vorab auch die Zugänge

organisiert werden. Im PVS / KIS sollten alle Beteiligten mit Fachgruppennummer der ASV zugeordnet werden. Die Fachgruppennummer ist wie folgt strukturiert:

- Stellen 1 bis 6: Pseudo-Arztnummer „55555“ (6 x 5)
- Stelle 7: Ordnungsnummer für die Reihenfolge in der Anzeige an die ASV-Verzeichsstelle (KH-Zähler)
- Stellen 8 und 9: Fachgruppencode

Für Kliniken empfiehlt sich ebenfalls, die Teamzusammenstellung ins Intranet zu stellen (mit Ebenen für Überweisungserfordernis).

Gegebenenfalls lohnt sich die Einrichtung einer automatischen Übertragung häufiger Leistungen (z. B. Labor-Ziffern direkt bei Erbringung).

#### **Rezeptdruck mit Teamnummern**

Wurde die ASV-Teamnummer von der Teamleitung mitgeteilt, kann der Rezeptdruck mit den Teamnummern initiiert werden.

#### **Abrechnung mit Praxissoftware klären**

Die Abrechnung im Krankenhaus erfolgt über § 301 SGB V („AMBO-Datensatz“), im vertragsärztlichen Bereich (das beinhaltet auch angeschlossene MVZ) nur noch über die KVen (in der Regel mit einer Gebühr von ca. 2,5 %) oder direkt mit den Krankenkassen. Die direkte Abrechnung bieten die meisten PVS-Systeme jedoch nicht an.

**ACHTUNG:** in der ASV prüft der MDK auch das MVZ bzw. die niedergelassenen Praxen!

#### **Alle Beteiligte / Abteilungen ins Boot holen**

Vor dem Start der ASV-Tätigkeit ist es sinnvoll, alle Beteiligten im Haus / der Praxis über die neue Versorgungsform und Prozesse zu informieren und vom Vorteil für die Organisation zu überzeugen. Außerdem ist es wichtig, die Zuständigen für die Abrechnung z. B. zu den Sachkosten, Abrechnungsausschlüssen etc. zu schulen. Das KIS hat meist keine eigene Plausibilitätsprüfung. Nur wenn alle Beteiligten davon wissen und die Prozesse entsprechend umsetzen, kann von den Vorteilen der ASV profitiert werden.

#### **Zuständigkeiten bei Leistungserfassung, Dokumentation exakt festlegen**

Hierzu ist es auch wichtig, festzulegen, wer für die Leistungserfassung und Dokumentation zuständig ist.

#### **Controlling**

Für das Controlling im Krankenhaus empfiehlt es sich, eine Planung anhand der geschätzten Patientenzahl mal erwartetem Fallwert vorzunehmen. Es empfiehlt sich, im KIS bzw. PVS eine eigene „Station“ / „Einheit“ einzurichten. Die Abrechnung der Leistungen sollte nach Fachgruppennummern erfolgen. Im Krankenhaus sollten die Erlöse den Abteilungen zugeordnet werden. Zur Kontrolle kann die Schlüssigkeit der Patientenzahl mit den erbrachten Leistungen überprüft werden.

**TIPP:** Es empfiehlt sich (zumindest im Klinikum), Abrechnungsbögen für die einzelnen Fachrichtungen zu erstellen. Dies erleichtert einerseits die Abrechnung und erhöht außerdem die Vollständigkeit der Abrechnung.



### Überprüfung der Ein- und Aussteuerungen

Regelmäßig sollte überprüft werden, ob die ASV-Einschlusskriterien noch greifen. Verdachtsdiagnosen sind innerhalb von zwei Quartalen zu bestätigen. Andernfalls ist die Abrechnung der Leistungen im Rahmen der ASV nicht mehr möglich.

## WICHTIG

- Unterschrift auf Formularen, Rezepten – nur der Gemeldete!
- Vertretung (wie im KV-Bereich) nur bei Urlaub, Krankheit, Fortbildung!
- Höchstpersönliche Leistungserbringung bei Diagnosestellung und leitender Therapieentscheidung.
- Leistungserbringung nur möglich, wenn „1“ im Appendix bei entsprechender Fachrichtung gesetzt ist.

## FAQ

**Muss man für die wenigen Fälle, die man als hinzuzuziehender Facharzt hat, auch den gesamten Aufwand mit der Abrechnung, den ASV-Stempeln, KV-Vordrucken usw. betreiben? Erfolgt die Abrechnung hier ebenso wie bei den „großen“ Teams unter der entsprechenden Teamnummer, Pseudoarztnummer) als ASV-Fall bei den Kassen?**

Leider ja: Streng genommen muss für jeden Patienten genau differenziert werden, über welches Team (Teamnummer) dieser zugewiesen wird und ihn dann in der Krankenhausabrechnung mit dieser Kennzeichnung unter allen anderen Rahmenbedingungen als ASV-Fall führen. ■



# DIE ASV AUS DER SICHT DER RHEUMATOLOGISCHEN AKUTKLINIKEN

Bei fast dreiviertel der derzeit aktiven rheumatologischen ASV-Teams liegt die Teamleitung bei einem stationären Versorger, wovon mehr als die Hälfte Mitglieder im Verband Rheumatologischer Akutkliniken (VRA) sind. Zum Teil wurden bereits bestehende § 116b-Ambulanzen in die ASV überführt, und darüber hinaus neue Beantragungen durchgeführt, was für einige Krankenhäuser die erstmalige Möglichkeit der ambulanten Behandlung von Rheumapatienten darstellt. Somit hat die ASV zu einer Ausweitung der ambulanten rheumatologischen Versorgung nicht nur in rheumatologischen Kliniken bzw. Abteilungen, sondern auch in Kliniken anderer Fachdisziplinen wie z. B. Pneumologie oder Rheumaorthopädie geführt, die als Kernteammitglieder in der ASV in die Lage versetzt wurden, bisher nicht vorhandene ambulante Versorgungseinheiten aufzubauen.

Neben dieser Steigerung der Quantität ambulanter Ressourcen liegt ein weiterer Vorteil der ASV in der Verbesserung der Versorgungsqualität, welche durch eine engere Vernetzung sowohl der niedergelassenen Ärzte mit den Kliniken als auch der unterschiedlichen Fachbereiche im Kernteam zustande kommt. Neben der hierdurch verbesserten Kommunikationsstruktur zwischen den Fachdisziplinen stellt die Verfügbarkeit der apparativen Einheiten der Krankenhäuser (Röntgen, MRT, Endoskopie...) eine Qualitätsverbesserung in der Versorgung von Menschen mit Rheuma dar, welche nicht nur durch die Erweiterung der zeitlichen Ressourcen für ambulante Termine, sondern auch die oft hochwertige technische Ausstattung in den Kliniken begründet ist. Letztendlich konnte hierdurch innerhalb der letzten 3 Jahre die ambulante Behandlungsquantität und -qualität für Rheumapatienten durch die inzwischen fast 60 rheumatologischen ASV-Teams in Deutschland gesteigert werden, was nicht unerheblich durch die weitere Öffnung der Kliniken für den ambulanten Sektor befördert wurde.

In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass nicht nur die bessere Vergütung der unmittelbaren rheumatologischen Tätigkeiten am Patienten, sondern insbesondere auch die Nutzung von in den Krankenhäusern vorgehaltenen Großgeräten für ambulante Untersuchungen im GKV-Bereich, zusätzliche Erlöse für die Krankenhausträger generieren, welche bisher in der akutstationären Versorgung keine Rolle gespielt haben. →



## **Kontaktdaten**

Prof. Dr. med. Johannes  
Strunk  
Chefarzt Klinik für  
Rheumatologie  
Ärztlicher Direktor  
MVZ PoRZ  
ASV-Teamleitung  
Rheuma am Rhein  
KRANKENHAUS PORZ  
AM RHEIN gGmbH  
Urbacher Weg 19  
51149 Köln  
Tel. 02203/566-0  
j.strunk@khporz.de



### **Kontaktdaten**

Prof. Dr. med.  
Heinz-Jürgen Lakomek  
Direktor Universitätsklinik  
für Geriatrie  
Geschäftsführer Verband  
Rheumatologischer  
Akutkliniken  
Johannes Wesling  
Klinikum  
Hans-Nolte-Str. 1  
32429 Minden  
Tel. 0571/790-3801  
rheumatologie-minden@  
muehlenkreiskliniken.de

Diese neuen Möglichkeiten der Refinanzierung ambulanter Tätigkeiten können für die Etablierung von Weiterbildungsstellen genutzt werden, da ein Assistenzarzt in der Weiterbildung im Rahmen der ASV unter Supervision eines Rheumatologen (Kernteammitglied) aktiv eingesetzt werden kann, und sich über die Erlöse der Sprechstunde sozusagen selbst finanziert. Somit hat die Einrichtung der ASV in der Rheumatologie zusätzliche indirekte positive Auswirkungen im Sinne einer Förderung der Ausbildung von Rheumatologen, was aufgrund des bestehenden Facharztmangels in Deutschland von Bedeutung ist.

Aus der Sicht der rheumatologischen Akutkliniken kann ein positives Resümee bezüglich der Einführung der ASV mit folgenden Vorteilen zusammengefasst werden:

### **Verbesserung der Versorgungsquantität und -qualität**

- neue rheumatologische ASV-Ambulanzen, die vorher nicht existierten
- ASV-Ambulanzen in anderen Kernteam-Fachdisziplinen
- Nutzung stationär vorgehaltener Großgeräte und Infrastruktur
- Vernetzung niedergelassener Ärzte und Kliniken.

### **Verbesserung der ambulanten Erlössituation**

- Ausweitung der ambulanten Tätigkeit, Schaffung neuer Stellen
- indirekte Förderung der rheumatologischen Weiterbildung. ■

# INTERVIEW KARIN MAAG – RÜCKBLICK UND PERSPEKTIVEN DER ASV

Seit dem 1. Juli 2021 ist Karin Maag unparteiisches Mitglied beim G-BA. Sie folgt auf Prof. Dr. Elisabeth Pott, die Ende Februar 2021 aus persönlichen Gründen aus der laufenden sechsjährigen Amtszeit ausgeschieden ist. Die Amtszeit von Karin Maag endet – wie die der anderen beiden unparteiischen Mitglieder – im Juni 2024.

In ihrer neuen Funktion beim G-BA übernimmt sie den Vorsitz der beschlussvorbereitenden Unterausschüsse, neben den Bereichen Qualitätssicherung und Disease-Management-Programme (DMP), auch für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Aus diesem Anlass haben wir Frau Maag interviewt.

**Sie waren bis Mitte des Jahres Abgeordnete im Deutschen Bundestag und haben daher die Entstehungsgeschichte der ASV in der Rolle des Gesetzgebers begleitet. Was waren Ihre politischen Intentionen hinter der Einführung der ASV?**

Mit der Neufassung des § 116b SGB V startete am 1. Januar 2012 die ASV im heutigen Sinne. Sie löste die „ambulante Behandlung im Krankenhaus“ ab. Nach wie vor geht es darum, das Versorgungsangebot für Patientinnen und Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren und seltenen Erkrankungen zu verbessern – das heißt beispielsweise eine schnelle und gute Abklärungsdiagnostik und ein interdisziplinäres Behandlungskonzept. In der alten Form mit der Begrenzung auf Kliniken als Leistungsanbieter hatte es allerdings große regionale Unterschiede beim Angebot gegeben, das war nicht akzeptabel. Mit der Öffnung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und der Leitidee „jeder kann, der darf“ ging es nicht nur um einen interdisziplinären, sondern auch um einen sektorenübergreifenden Versorgungsansatz, der die Patientinnen und Patienten direkt erreicht.

2015 sind wir mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz nochmals an die ASV herangegangen. Um bestehende Versorgungsstrukturen für die Patientinnen und Patienten zu erhalten, wurde der Bestandsschutz für die bisherigen „§ 116b-Krankenhäuser“ geregelt. Zudem haben wir bei den onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen die Einschränkung der ASV auf schwere Verlaufsformen aufgehoben, um die betroffenen



## Kontaktdaten

Karin Maag  
Unparteiisches Mitglied  
Vorsitzende  
Unterausschuss ASV  
Gemeinsamer  
Bundesausschuss  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin  
<http://www.g-ba.de>

Patientinnen und Patienten im Rahmen der ASV weiter kontinuierlich zu erreichen und behandeln zu können.

ASV-Angebote sehe ich als große Chance für eine zielgerichtete Versorgung, die ihr Potential bisher leider noch nicht ausgeschöpft hat.

**Wie sieht der Realitätscheck rund vier Monate nach Amtsantritt als unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses ASV aus?**

Als unparteiisches Mitglied beim G-BA bekomme ich tiefergehende Einblicke in jene Ursachen, die dafür verantwortlich sind, dass die ASV mit ihren politisch gesetzten Zielen noch nicht so funktioniert wie erhofft. Ich schaue aus einer anderen Perspektive auf die Ziele und den politischen Auftrag. Gleichgeblieben ist mein Wunsch, Lösungen zu finden, um am Ende die Versorgung auch wirklich besser zu machen. Dazu gehört der Beschluss neuer ASV-Anforderungen. In diesem Jahr kommen beispielsweise Regelungen zu chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen sowie zu Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven hinzu. Nennen möchte ich hier aber auch die Analyse unserer derzeitigen Vorgaben.

**Wo sehen Sie die Hauptherausforderungen?**

Wenn wir ein bundesweit gut gestreutes Angebot an ASV-Teams haben wollen, müssen wir dringend schauen, an welchen Stellen es hakt. Das passiert auch schon, der G-BA ist beispielsweise im Gespräch mit den erweiterten Landesausschüssen. Derzeit ist die Anzahl der Teams regional noch sehr unterschiedlich, woran liegt das genau? Und warum werden die Teams trotz der Öffnung in den niedergelassenen Bereich so selten ambulant oder sektorenübergreifend angeboten? Mein erster, noch nicht abschließender Eindruck ist, dass die Krankenhäuser organisatorisch und strukturell einen Vorsprung gegenüber den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten haben. Möglicherweise bindet der Anmeldevorgang für ein interessiertes Team so viele Kapazitäten, dass das nur Krankenhäuser oder große MVZ mit Verwaltungskapazität stemmen können. Auch unsere eigenen Richtlinienbestimmungen müssen natürlich angeschaut werden, das ist selbstverständlich.

**Wo sehen Sie besonderen Handlungsbedarf?**

Bei der Verschlinkung unserer ASV-Richtlinie: Beispielsweise erfordert das Erstellen und Aktualisieren der sogenannten Appendizes, die die einzelnen Leistungsangebote mit ihren Gebührenordnungsziffern (GOP) listet, einen enormen Verwaltungsaufwand. Hier suchen wir nach Möglichkeiten, den Aufwand deutlich zu verringern, gleichzeitig aber die Vergütungssicherheit nicht zu gefährden.

**Wo möchten Sie Schwerpunkte setzen?**

Wichtige Impulse werden wir hoffentlich durch die Ergebnisse eines Innovationsfonds-Projektes zur Evaluation der ASV-Richtlinie bekommen: Hiervon erwarte ich mir nochmals umfassende und belastbare Hinweise dazu, wo wir nacharbeiten müssen beziehungsweise können. Bei der Richtlinie selbst, aber auch bezogen auf Zugangsbarrieren, die nicht beim G-BA, sondern bei anderen Akteuren liegen. ■

FRAU MAAG, VIELEN DANK FÜR DAS GESPRÄCH!

# FAZIT DER BEILAGENSERIE

## ASV RHEUMA

Anlässlich des dreijährigen Bestehens der ASV Rheuma hatte sich der BDRh dieses Jahr das Ziel gesetzt, diese lang erwartete neue Versorgungsform im Rahmen dieser Beilagenserie näher zu betrachten.

Verteilt über die fünf Beilagen wurden die unterschiedlichsten Aspekte vertieft, beleuchtet und mit thematisch relevanten FAQs und rechtlichen Fragen ergänzt. Die erste Ausgabe fokussierte sich überwiegend auf das Anzeigenverfahren und gab praktische Tipps, um überhaupt in die ASV zu kommen. In der zweiten Ausgabe wurden der Status quo und die aktuellen Zahlen zur ASV Rheuma analysiert. Die dritte Beilage widmete sich der Gestaltung der ASV mit vielen Beispielen und auch rechtlichen Aspekten. Anlässlich der Bundestagswahl im September wurden in der 4. Ausgabe Verbesserungspotenziale und Reformvorschläge vorgelegt. In der letzten Beilage schließen wir mit einem Update der Zahlen, ein paar weiteren praktischen Checklisten und Erfahrungsberichten sowie mit Fazits aus verschiedenen Blickwinkeln ab.

Im Großen und Ganzen kann man sagen, dass die ASV Rheuma zumindest für die Versorgung Erwachsener im Vergleich zu anderen Indikationen von Anfang an gut angenommen wurde und bereits in der Fläche angekommen ist. Zu Beginn dieser Serie waren 37 ASV Rheuma Teams für Erwachsene bei der ASV-Servicestelle gemeldet. Jetzt, ein dreiertel Jahr später, sind weitere 20 Teams hinzugekommen, sodass es mittlerweile 57 Teams sind. Bei der ASV Rheuma für Kinder und Jugendliche hat es allerdings keinen Zuwachs im Laufe dieses Jahres gegeben. Hier besteht definitiv Handlungsbedarf.

Die Erfahrungsberichte aus Praxen und Kliniken zeigen, dass bereits bestehende Kooperationen die Bildung der ASV-Teams erheblich erleichtert haben, aber durch die teambasierte Arbeit, der Austausch mit den Kollegen und vor allem zwischen den MFA noch besser geworden ist. Die erbrachten Leistungen können im Rahmen der ASV vollumfänglich vergütet werden. Außerdem können Kliniken in die ambulante Versorgung Rheumakranker mit eingebunden werden. Knapp die Hälfte der Rheumatologen in der ASV für Erwachsene kommt aus dem stationären Bereich. Die unbudgetierte Vergütung und die Öffnung der ambulanten Versorgung auch für Kliniken und Ambulanzen kann helfen, der Unterversorgung in der Rheumatologie entgegenzuwirken.

Die Berichte in dieser Beilagenserie haben aber auch gezeigt, dass es noch großes Verbesserungspotenzial für die ASV gibt. Das Anzeigeverfahren ist beispielsweise zu unterschiedlich über die erweiterten Landesausschüsse hinweg und viel zu bürokratisch.



Sonja Froschauer



Anna Sollacher

### 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

Hier sind große MVZ oder Kliniken im Vorteil, die für die Antragstellung und laufende Verwaltung der Teams entsprechend Personal zur Verfügung haben. Für kleine, niedergelassene Praxen ist dieser Aufwand oft schwer zu stemmen. Auch ist das Verfahren zur Anpassung des Leistungsverzeichnisses sehr träge, sodass neue Ziffern erst mit großer Verzögerung in der ASV ankommen. Manche gut gemeinten Regelungen, wie die 30-Minuten-Entfernungsregel, erweisen sich in der Praxis oft als nicht umsetzbar, vor allem in Flächenländern mit geringer Facharztdichte. Auch neuartige Entwicklungen im Gesundheitswesen, wie z. B. die Integration von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs), finden bisher noch keine Berücksichtigung in der ASV.

**Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ist für die Rheumatologie eine wichtige neue Versorgungsform, die der Unterversorgung entgegenwirken kann. Dafür muss aber noch an einigen Stellschrauben gedreht und notwendige Reformen durchgeführt werden. Es bleibt spannend, was Karin Maag als neue unparteiische Vorsitzende des G-BA und auch die neue Ampel-Koalition in dieser Hinsicht bewirken werden. ■**

# GLOSSAR

Abschließend werden hier die wichtigsten Begriffe zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erklärt.

## ABRECHNUNGSVERFAHREN

Die ASV sieht eine direkte Abrechnung der einzelnen ASV-berechtigten Ärzte und Krankenhäuser mit den Krankenkassen vor. Die Einzelheiten wurden durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den GKV-Spitzenverband in einer Abrechnungsvereinbarung festgelegt. Diese regelt zum Beispiel die Formate der Abrechnungsdaten und deren Übertragung.

Aktuell kommen drei Arten eines Abrechnungsweges in Betracht: unmittelbare Abrechnung mit der Krankenkasse, Abrechnung unter Einschaltung der Kassenärztlichen Vereinigung, Verfahren nach § 301 SGB V.

## ANZEIGEVERFAHREN

Um ASV-Leistungen erbringen und abrechnen zu dürfen, ist eine Berechtigung notwendig. Dazu ist der Teilnahmewunsch an der ASV unter Vorlage aller notwendigen Dokumente (z. B. Qualifikationsnachweise) beim Erweiterten Landesausschuss anzuzeigen. Dieser ist berechtigt, bei Fehlen einer notwendigen Teilnahmevoraussetzung (trotz Monierung und Nachforderung durch den Erweiterten Landesausschuss) die ASV-Berechtigung zu verweigern.

## ASV-BERECHTIGTE

ASV-berechtigt sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer (Vertragsärzte, MVZ, ermächtigte Ärzte, Heil- und Hilfsmittelerbringer) oder zugelassene Krankenhäuser, die die Voraussetzungen zur ASV-Teilnahme entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (und ihrer Anlagen zu den jeweiligen ASV-Indikationen) erfüllen. Sie müssen ihre Teilnahme beim zuständigen Erweiterten Landesausschuss angezeigt haben, der dieser nicht widersprochen hat. Im Falle von bestehenden Kooperationsverpflichtungen (z. B. ASV-Kooperation oder zur Erfüllung der personellen oder sächlichen Voraussetzungen) bleibt ASV-Berechtigter jeweils der →

einzelne Leistungserbringer, der seine ASV-Leistungen im Rahmen der Kooperationsvereinbarung eigenständig erbringt.

## **ASV-SERVICESTELLE**

Eine bundesweit tätige Stelle, die auf Antrag der einzelnen Teamleiter eine Teamnummer vergibt. Die Registrierung der Teams bei der Servicestelle erfolgt über ein Onlineportal. Die ASV-Servicestelle führt außerdem das bundesweite Verzeichnis der ASV-berechtigten Leistungserbringer (ASV-Verzeichnis), das in Auszügen auch veröffentlicht wird. Derzeit wird die ASV-Servicestelle von der EWERK DIGITAL GmbH betrieben, die im Rahmen einer Ausschreibung ermittelt wurden.

## **BEHANDLUNGSUMFANG**

Für jede in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung enthaltene Indikation (= ASV-Indikation) legt der Gemeinsame Bundesausschuss den Behandlungsumfang fest, das heißt den Katalog der Leistungen, die innerhalb der ASV erbracht und abgerechnet werden können. Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden im Appendix der jeweiligen Konkretisierung bzw. des jeweiligen Anhangs der ASV-Richtlinie abschließend definiert.

## **ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

Für die Zulassung von Ärzten und Krankenhäusern für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung wird je KV-Bezirk ein „Erweiterter Landesausschuss“ gebildet. Dafür wird der bestehende Landesausschuss der Ärzte (neun Vertreter) und Krankenkassen (neun Vertreter) um neun Vertreter der Krankenhäuser erweitert. Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausesellschaft bestellt. Über den Vorsitzenden des erweiterten Landesausschusses und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausesellschaft einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die Rechtsaufsicht des Landes berufen. Die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sowie die obersten Landesbehörden haben ein Mitberatungsrecht.

## **INTERDISZIPLINÄRES TEAM**

Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt in der Regel als persönliche und qualitative Voraussetzung eine Zusammenarbeit in einem interdis-



ziplinen Team voraus. Das interdisziplinäre Team besteht aus Teamleitung, Kernteam und hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten. Eine solche interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen. In den Anlagen zur ASV-Richtlinie können Sonderregelungen zu den personellen/qualitativen Anforderungen an das interdisziplinäre Team getroffen werden, die von den allgemeinen Vorgaben der ASV-Richtlinie abweichen, jedoch nur in den gesetzlichen Grenzen des § 116b SGB V.

## KONKRETISIERUNG

Regelung zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung für einzelne Krankheitsbilder oder Leistungsbereiche (= „ASV-Indikation“). Die Konkretisierung für die Erkrankungen und die hochspezialisierten Leistungen erfolgt für:

1. Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in Anlage 1,
2. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen in Anlage 2 und
3. hochspezialisierte Leistungen in Anlage 3 der ASV-Richtlinie.

Die Einschränkung auf schwere Verlaufsformen in Punkt 1 entfällt bei onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen.

## LEISTUNGSKOOPERATION

Die ASV-Richtlinie sieht die Möglichkeit vor, dass bestimmte organisatorische oder sächliche Voraussetzungen (z. B. die Vorhaltung eines Notfalllabors oder die Möglichkeit intensivmedizinischer Betreuung) durch die Bildung von Kooperationen mit geeigneten Partnern erfüllt werden können. Diese werden als Leistungskooperationen bezeichnet.

## MINDESTMENGENREGELUNG

Richtlinienvorgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, eine Mindestbehandlungszahl von Patienten mit definierten Diagnosen nachzuweisen, um die ASV-Berechtigung zu erlangen oder aufrecht zu erhalten. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann Mindestmengen als Teilnahmevoraussetzung an der ASV in der jeweiligen Richtlinie festlegen. Mindestmengen können dabei sowohl für einzelne Ärzte als auch kumulativ für das Kernteam vorgegeben werden.

## TEAMLEITUNG

Das interdisziplinäre Team in der ASV hat eine namentlich benannte Teamleitung (ein/e Teamleiter/in). Sie hat die Aufgabe, die spezialfachärztliche Versorgung der Patientin- →

nen und Patienten fachlich und organisatorisch zu koordinieren und gehört dem Kernteam an.

## **TEAMNUMMER**

Eine bundesweit eindeutige neunstellige Nummer, die der Teamleiter auf Antrag von der ASV-Servicestelle erhält. Die Teamnummer identifiziert ein interdisziplinäres Team und ist durch alle Teammitglieder bei der Abrechnung von ASV-Leistungen anzugeben.

## **ÜBERGANGSREGELUNG ZUR VERGÜTUNG**

Bis zur Entwicklung einer eigenen Gebührenordnung für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung werden Leistungen in der ASV nach dem EBM mit dem Punktwert der jeweils gültigen Euro-Gebührenordnung vergütet. Falls es noch keine passende Leistungsziffer (GOP) gibt, kommt auch eine entsprechende Ergänzung des EBM durch Beschluss des Bewertungsausschusses in Betracht. Eine Mengenbegrenzung erfolgt nicht.

## **ÜBERWEISUNGSERFORDERNIS**

Bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen setzt die ASV kraft Gesetzes zwingend die Überweisung durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt voraus. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt, auch darüber hinaus, die Einzelheiten des Überweisungserfordernisses, z. B. die überweisungsberechtigten Fachgruppen oder die Gültigkeitsdauer einer ASV-Überweisung.

## **VERPFLICHTUNG ZUR QUALITÄTSSICHERUNG (EINRICHTUNGSINTERNES QUALITÄTSMANAGEMENT UND EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG NACH § 135A IN VERBINDUNG MIT § 137 SGB V)**

Gemäß der ASV-Richtlinie des G-BA vom 21.03.2013 wurde für die ASV geregelt, dass die in der ASV-Richtlinie festgelegten sächlichen und personellen Anforderungen in den Anlagen dieser Richtlinie gelten. Darüber hinaus gelten die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (§ 137 SGB V) und die für Krankenhäuser und Vertragsärzte geltenden Anforderungen an ein einrichtungswartungsfähiges Qualitätsmanagement (§ 135a SGB V) auch in der ASV. Daneben gelten die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V (Festlegung der Ausführung und Abrechnung von Leistungen durch die Partner der Bundesmantelverträge) entsprechend. ■

# 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, Verschläfenheit. 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 enthalten auch Antworten auf häufig gestellte Fragen. Folgende fünf Beilagen erschienen im Laufe dieses Jahres in der „Rheuma Management“:

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)