

# PraxisWissen

EIN SERVICE DER KASSENÄRZTLICHEN  
BUNDESVEREINIGUNG

KBV

## ASV

➤ AMBULANTE  
SPEZIALFACHÄRZTLICHE  
VERSORGUNG  
INTERDISZIPLINÄR IN  
PRAXEN UND KLINIKEN



## LIEBE KOLLEGINNEN, LIEBE KOLLEGEN,

die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ist gestartet. In dem neuen Versorgungsbereich werden Patienten ambulant behandelt – von niedergelassenen Fachärzten und von Krankenhausärzten. Zusätzlich neben den „klassischen“ Sektoren soll das Angebot die medizinische Versorgung von Patienten mit seltenen und besonders schweren Erkrankungen verbessern.

Die Vorgaben für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) hat der Gemeinsame Bundesausschuss unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erarbeitet. Wesentliche Eckpunkte hatte der Gesetzgeber mit dem 2012 neu gefassten Paragraphen 116 b im Sozialgesetzbuch V vorgegeben. Dieser sieht den schrittweisen Aufbau eines sektorenverbindenden Versorgungsbereichs vor. Der Praxisalltag wird zeigen, wie gut das Konzept funktioniert und wo nachgebessert werden muss.

Wir möchten Ihnen mit dieser Broschüre den neuen Versorgungsbereich näher vorstellen und Sie auf wesentliche Neuerungen aufmerksam machen. Für welche Patienten kommt die ASV in Betracht? Wer übernimmt die Behandlung und wie können Vertragsärzte teilnehmen? Auf diese und andere Fragen finden Sie auf den folgenden Seiten Antworten. Dabei werden Sie feststellen, dass einiges anders abläuft als in der Regelversorgung. Das hängt damit zusammen, dass die ASV ein sektorenverbindendes Angebot ist und nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehört.

Das Heft bietet Ihnen einen Einstieg in die Thematik. Wenn Sie mehr zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung wissen wollen, gehen Sie auf unsere Internetseite [www.kbv.de/asv](http://www.kbv.de/asv). Dort finden Sie weitere Informationen für sich und Ihre Patienten.

## IHRE KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG



## INHALT

.....

**Start für ein neues Versorgungsangebot** Seite 1

**Interview: Dr. Andreas Gassen** Seite 3

.....

**Der neue Versorgungsbereich im Überblick** Seite 4

**Fokus: ASV Konkret – Tuberkulose** Seite 8

**Fokus: ASV Konkret – gastrointestinale Tumore** Seite 10

.....

**Wissen für ASV-Ärzte** Seite 12

**Hinweise zur Abrechnung und Vergütung** Seite 14

**Verordnungen und Formulare in der ASV** Seite 16

**Praxissoftware** Seite 18

.....

**Das „Abc“ der ASV** Seite 20

.....

# Start für ein neues Versorgungsangebot



*Seit 1. April 2014 gibt es ein neues Behandlungsangebot für Patienten, die an einer schweren oder seltenen Erkrankung leiden: die ambulante spezialfachärztliche Versorgung – kurz ASV. Das Besondere: Die Behandlung erfolgt durch interdisziplinäre Ärzteteams in Praxen und Kliniken. Erstmals übernehmen Vertragsärzte und Krankenhausärzte gemeinsam die ambulante hochspezialisierte Versorgung und das zu gleichen Rahmenbedingungen. Noch steht das neue Angebot nur für Patienten mit Tuberkulose und für Patienten mit einem gastrointestinalen Tumor zur Verfügung. Weitere Indikationen sollen nach und nach folgen.*

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung geht zurück auf das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, das Anfang 2012 in Kraft getreten ist. Es sieht vor, für die Behandlung seltener und schwerer Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf sowie bestimmte hochspezialisierte Leistungen einen neuen Versorgungsbereich aufzubauen. In diesem können sowohl Krankenhäuser als auch niedergelassene Ärzte bei entsprechender Qualifikation ambulant tätig werden.

## **ALTES RECHT ERLAUBTE DIE AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG NUR AN KRANKENHÄUSERN**

Mit der ASV will der Gesetzgeber sicherstellen, dass Patienten mit bestimmten schweren Erkrankungen flächendeckend Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Diagnostik und Therapie erhalten. Das wollte auch Ex-Bundesgesundheitsmi-

nisterin Ulla Schmidt (SPD), als sie vor Jahren den Paragraphen 116 b in das Sozialgesetzbuch V (SGB V) hob. Allerdings mit dem feinen Unterschied, dass ausschließlich geeignete Krankenhäuser für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung geöffnet werden sollten. Krankenhäuser durften fortan Patienten mit seltenen Erkrankungen und besonderen Krankheitsverläufen wie Rheuma, Krebs oder Multiple Sklerose ambulant behandeln, wenn die Landesregierung einen entsprechenden Antrag des Krankenhausträgers genehmigt hat.

Diese Praxis sorgte für reichlich Zündstoff: Niedergelassene Ärzte fürchteten eine übermächtige, finanzstärkere Konkurrenz. Hinzu kam, dass die Kliniken weniger Beschränkungen unterlagen als die Praxen. So durften sie Leistungen uneingeschränkt ohne Mengengrenzung abrechnen, und die Genehmigung eines Krankenhauses unterlag nicht der Bedarfsplanung.

## **JETZT ÜBERNEHMEN VERTRAGS- UND KLINIKÄRZTE DIE BEHANDLUNG**

Diesen unfairen Wettbewerb hat der Gesetzgeber beendet. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz von 2012 wurde der umstrittene Paragraph 116 b SGB V neu gefasst, nachdem die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berufsverbände und andere Ärzteorganisationen wiederholt dagegen protestiert und gleiche Rahmenbedingungen angemahnt hatten. Der zuvor ausschließlich auf Krankenhäuser bezogene Geltungsbereich wurde auf die Vertragsärzte ausgedehnt. Nunmehr sollen Arztpraxen und Kliniken die ambulante medizinische Versorgung von schwerkranken Patienten gemeinsam übernehmen, ohne dass einer von beiden auf der Strecke bleibt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erhielt den Auftrag, die Rahmenbedingungen für den neuen Versorgungsbereich in einer Richtlinie festzulegen.

## RICHTLINIE REGELT NEUEN VERSORGUNGSBEREICH

Seit Frühjahr 2013 liegt die Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung vor. Sie regelt die Anforderungen an die ASV, die grundsätzlich für alle ASV-Indikationen gelten. So ist vorgeschrieben, dass die Behandlung von einem interdisziplinären Team zu erfolgen hat. In Anlagen zur Richtlinie werden die übergreifenden Regelungen dann für jede einzelne Erkrankung konkretisiert. Dabei geht es um Fragen wie: Welche Fachärzte müssen zu einem Behandlungsteam dazu gehören oder welche Anforderungen werden an die Qualitätssicherung gestellt? Auch der Behandlungsumfang, also welche Leistungen im Rahmen der ASV abgerechnet werden dürfen, wird für jedes Krankheitsbild genau definiert.

## ASV HAT IHRE EIGENEN „GESETZE“

Für die ersten beiden Erkrankungen hat der G-BA diese Arbeit abgeschlossen: Die Anlage zur Tuberkulose ist zum 1. April in Kraft getreten, die Anlage zu den gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle am 1. Juli. Der neue Versorgungsbereich nimmt damit konkrete Formen an. Nicht alles ist anders. Doch es gibt einige neue Regelungen, allein deshalb, weil zwei unterschiedliche Sektoren beteiligt sind. Und die ASV gehört nicht zur vertragsärztlichen Versorgung, so gilt für diesen Bereich nicht der Bundesmantelvertrag. Auch die Abrechnung und die Vergütung laufen anders. So werden alle Leistungen zu festen Preisen und extrabudgetär bezahlt.

## ASV: ERSTE INDIKATIONEN GESTARTET

Für die Tuberkulose können Fachärzte seit Anfang April, für gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle seit Anfang Juli eine „Berechtigung“ zur ASV bei den erweiterten Landesausschüssen beantragen. Sobald ihnen diese vorliegt, können sie mit der Behandlung der Patienten in dem neuen Versorgungsbereich beginnen. Parallel erarbeitet der G-BA die Anlagen zu weiteren Erkrankungen. Als nächstes folgen das Marfan-Syndrom und gynäkologische Tumore.

## AUS PARAGRAF 116 B SGB V

*[...] Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. [...]*

## VORTEILE DES NEUEN VERSORGUNGSBEREICHS:

- *Zusammenarbeit von Vertragsärzten und Krankenhausärzten unterschiedlicher Fachdisziplinen*
- *Gleiche Wettbewerbsbedingungen für Praxen und Krankenhäuser (gleiche Qualitätsanforderungen, gleiche Vergütung, Facharztstandard etc.)*
- *Vergütung zu festen Preisen und ohne Mengengrenzung*
- *Bundesweit einheitlich geregelt*

## INTERVIEW DR. ANDREAS GASSEN, VORSTANDSVORSITZENDER DER KBV

**Auch heute schon werden Patienten mit schweren Erkrankungen ambulant behandelt. Was ist das Besondere an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung?**

Für die Behandlung bestimmter Erkrankungen werden nicht nur Spezialkenntnisse und eine besondere Qualifikation benötigt, sondern auch eine enge Kooperation zwischen Fachleuten unterschiedlicher Disziplinen. Hier setzt die ambulante spezialfachärztliche Versorgung an. Die Ärzte schließen sich zu Teams zusammen und stimmen die Behandlung eng miteinander ab. Natürlich gibt es das in einigen Bereichen schon, zum Beispiel in der Onkologie. Mit der ASV will man diese Strukturen bundesweit etablieren, um Patienten mit seltenen oder sehr schweren Erkrankungen flächendeckend eine interdisziplinäre Versorgung anbieten zu können.

**Warum ist für die ASV ein komplett neuer Versorgungsbereich erforderlich?**

In der ASV können niedergelassene Ärzte und Klinikärzte die Patienten ambulant behandeln. Das allein ist schon ein Grund, weshalb die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nicht zur regulären vertragsärztlichen Versorgung gehören kann. Es muss für beide Seiten praktikabel sein. Und es müssen für beide Seiten die gleichen Rahmenbedingungen gelten, für die Qualitätsanforderungen und Zulassung ebenso wie für die Vergütung.

Genauso wichtig ist es, dass die Abläufe für teilnehmende Ärzte möglichst einfach und bürokratiearm gestaltet sind. Hier wird sicherlich noch einiges nachgebessert werden müssen. Dass es ein eigenständiger

Versorgungsbereich ist, hat übrigens der Gesetzgeber vorgegeben, als er vor zwei Jahren den umstrittenen Paragraphen 116 b im Sozialgesetzbuch V neu gefasst hat.

**Es ist viel die Rede von „gleich langen Spießen“ im Wettbewerb zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. Warum?**

Die Diskussion begann vor etwa zehn Jahren mit der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. Die damalige SPD-Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ermöglichte es den Kliniken mit dem Paragraphen 116 b, Patienten mit seltenen und besonders schweren Erkrankungen ambulant zu behandeln, wenn die Länder dem Antrag einer Klinik zustimmten. Dabei spielte zum Beispiel die Bedarfsplanung keine Rolle. Auch gab es kaum Leistungseinschränkungen. Diese Besserstellung stellte für viele Praxen ein ernst zu nehmendes Problem dar.

Die ASV bietet die Möglichkeit für einen fairen Wettbewerb mit „gleich langen Spießen“. Diese Chance sollten die Ärzte nutzen. Die Verhandlungen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen haben gezeigt, wie schwierig es ist, gleiche Rahmenbedingungen durchzusetzen. Das betraf zum Beispiel das Thema Facharztstatus. Für uns als KBV stand von Anfang an fest, dass natürlich auch in der ASV nur Ärzte mit einer abgeschlossenen Facharztweiterbildung tätig sein dürfen und dies nicht verhandelbar ist. Auch müssen alle Beteiligten die gleichen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren einsetzen dürfen. Das sahen nicht alle Seiten so. Wir konnten uns schließlich darauf einigen.



*„Die ASV bietet die Möglichkeit für einen fairen Wettbewerb zwischen Praxen und Kliniken. Diese Chance sollten die Ärzte nutzen.“*

**Was sind die nächsten Aufgaben?**

Der Gemeinsame Bundesausschuss arbeitet bereits an den Konkretisierungen der nächsten Krankheitsbilder. Bei den schweren Erkrankungen sind das die gynäkologischen Tumore, bei den seltenen Erkrankungen das Marfan-Syndrom. Parallel dazu verhandeln wir im ergänzten Bewertungsausschuss mit dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft über die Vergütung der ASV-Leistungen. Eine andere Baustelle betrifft die Servicestelle, die künftig die ASV-Teamnummern vergeben und ein elektronisches Verzeichnis mit allen ASV-Ärzten und ASV-Kliniken führen soll. Diese Stelle muss europaweit ausgeschrieben werden. Bis zu deren Aufbau übernimmt der GKV-Spitzenverband diese Aufgabe. Es gibt also noch jede Menge zu tun.

# Der neue Versorgungsbereich im Überblick

*Interdisziplinär und sektorenverbindend sind Kennzeichen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Doch wie funktioniert der neue Versorgungsbereich? Wer übernimmt die Behandlung der Patienten, wie sind die Strukturen und wer arbeitet mit wem zusammen? Wir stellen Ihnen die wichtigsten Regeln vor.*

## DIE WICHTIGSTEN REGELN

### ➤ DIE PATIENTEN: ASV FÜR WEN

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung stellt ein Angebot für Menschen dar, die an einer komplexen, schwer therapierbaren Krankheit leiden, deren Behandlung besonders hohe Anforderungen an die Ärzte stellt. Um welche Indikationen es sich handelt, hat der Gesetzgeber bereits im Paragraf 116 b SGB V festgelegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann diesen Katalog ergänzen. Die Teilnahme an der ASV ist für die Patienten freiwillig.

### ➤ UM DIESE ERKRANKUNGEN GEHT ES

Die ASV umfasst die Diagnostik und Behandlung von seltenen und schweren Erkrankungen. Hierzu gehören:

---

*Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, zum Beispiel onkologische und rheumatische Erkrankungen*

---

*Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit geringen Fallzahlen, zum Beispiel Tuberkulose und Mukoviszidose*

---

*Hochspezialisierte Leistungen, zum Beispiel CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen*

---

### ➤ DAS BESONDERE AM ANGEBOT

Die Behandlung übernehmen Teams von Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen. Sie können bei Bedarf weitere Ärzte und Psychotherapeuten hinzuziehen, um die Patienten so individuell wie möglich zu versorgen. In den Teams arbeiten niedergelassene Fachärzte und Krankenhausärzte. Je nach Indikation sieht die ASV Kooperationen mit sozialen oder palliativmedizinischen Diensten vor. Die Spezialärzte müssen hohe Qualitätsanforderungen erfüllen.

### ➤ DIESE ÄRZTE ÜBERNEHMEN DIE BEHANDLUNG

Zur ASV berechtigt sind niedergelassene Fachärzte, Medizinische Versorgungszentren, gegebenenfalls ermächtigte Ärzte und Krankenhäuser:

---

*Wenn die Anforderungen und Voraussetzungen der ASV-Richtlinie erfüllt werden.*

---

*Wenn das gegenüber dem erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen unter Beifügung entsprechender Belege angezeigt worden ist.*

---

Im Einzelfall können Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs an der ASV teilnehmen (zum Beispiel bei der HIV-/Aids-Versorgung). Auch Psychologische Psychotherapeuten oder Zahnärzte können zur Behandlung hinzugezogen werden.

### ➤ ANZEIGE BEIM ERWEITERTEN LANDESAUSSCHUSS

Ärzte und Krankenhäuser, die für eine bestimmte Indikation an der ASV teilnehmen wollen, zeigen dies dem erweiterten Landesausschuss als Team an. Der Ausschuss prüft, ob die Teams und deren Mitglieder die Voraussetzungen erfüllen. Er hat dafür zwei Monate Zeit. Die Frist beginnt mit Einreichen der Unterlagen, frühestens allerdings mit Veröffentlichung des jeweiligen Beschlusses im Bundesanzeiger. Die ASV-Berechtigung gilt immer nur für eine bestimmte Indikation, nicht für alle ASV-Krankheitsbilder.



## ASV-TEAM ZUSAMMENSETZUNG & AUFGABEN

EBENE 1 TEAMLEITUNG	KERNTEAM	EBENE 2 TEAMMITGLIEDER	EBENE 3 HINZUZUZIEHENDE FACHÄRZTE
<p>Der Teamleiter koordiniert die ambulante spezialfachärztliche Versorgung fachlich und organisatorisch. Bei ihm laufen alle Fäden zusammen; er ist für die Patienten der erste Ansprechpartner. Die Aufgabe des Teamleiters übernimmt in der Regel der Facharzt, der die Patienten aufgrund seiner Fachkunde schwerpunktmäßig betreut, zum Beispiel bei der Tuberkulose der Pneumologe.</p>	<p>Die Mitglieder des Kernteams sind Fachärzte, die aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen bei der Behandlung der jeweiligen Krankheit mitwirken. Sie arbeiten eng mit dem Teamleiter zusammen. Es ist vorgesehen, dass die Mitglieder des Kernteams an mindestens einem Tag in der Woche eine Sprechstunde in der Praxis des Teamleiters anbieten.</p>	<p>Hinzuzuziehende Fachärzte und Psychotherapeuten sind solche, deren Kenntnisse und Erfahrungen typischerweise bei einem Teil der Patienten ergänzend benötigt werden. Ihr Tätigkeitsort muss ebenfalls in angemessener Entfernung von der Praxis des Teamleiters liegen.</p>	



*In dem neuen Versorgungsbereich übernehmen interdisziplinäre Teams die Behandlung der Patienten. Dabei ist für jede Krankheit genau festgelegt, welche Fachärzte dem ASV-Team angehören müssen. Jedes Team besteht aus einem Kernteam mit einem Teamleiter und den Mitgliedern sowie weiteren Fachärzten oder Psychotherapeuten, die bei Bedarf hinzugezogen werden. Dabei können Vertrags- und Krankenhausärzte auch gemischte Teams bilden.*

*Hinweis: Die Ärzte sind in der Regel nicht nur in der ASV tätig: Ein Lungenfacharzt zum Beispiel, der in einem ASV-Team Patienten mit Tuberkulose behandelt, betreut in seiner Praxis weiterhin Patienten mit anderen Erkrankungen.*

### ➤ **ORT DER BEHANDLUNG**

Die Behandlung erfolgt in den Praxen der jeweiligen ASV-Ärzte beziehungsweise in den Räumen der teilnehmenden Krankenhäuser. Die Teammitglieder müssen nicht unter einem Dach tätig sein. Sie können an unterschiedlichen Orten praktizieren. Um den Patienten möglichst lange Wege zu ersparen, sollen sie in angemessener Nähe zum Teamleiter praktizieren und dort einmal in der Woche eine Sprechstunde anbieten.

### ➤ **BEHANDLUNGSUMFANG**

Zum Behandlungsumfang gehören EBM-Leistungen sowie ausgewählte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Welche Leistungen das sind, wird für jede Erkrankung in der jeweiligen Anlage zur ASV-Richtlinie festgelegt: In einem „Appendix“ sind alle Gebührenordnungspositionen aufgeführt, die für die jeweilige Erkrankung abgerechnet werden können. Dort stehen auch die Leistungen, die noch nicht Bestandteil des EBM sind und trotzdem noch in der ASV abgerechnet werden dürfen.

### ➤ **SEKTORENVERBINDENDE KOOPERATION**

Die ASV fördert die Zusammenarbeit von Praxis- und Klinikärzten. Bei der Behandlung von Krebspatienten schreibt die ASV-Richtlinie sogar den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit dem jeweils anderen Sektor vor. Das bedeutet, dass in das Team mindestens ein Arzt aus dem anderen Sektor einbezogen werden muss. So könnte zu dem Kernteam aus

niedergelassenen Ärzten ein Chirurg aus dem Krankenhaus gehören.

### ➤ **QUALITÄTSSICHERUNG**

Schon der Name ambulante spezialfachärztliche Versorgung verdeutlicht, dass die Teilnahme besondere fachärztliche Qualifikationen voraussetzt. Die Teammitglieder müssen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung der Erkrankungen verfügen und sich auf dem Gebiet regelmäßig fortbilden. Auch für die ASV gilt: Viele Leistungen wie Ultraschalluntersuchungen oder Schmerztherapie dürfen nur durchgeführt werden, wenn der Arzt eine Abrechnungserlaubnis seiner KV hat. Krankenhausärzte benötigen keine Genehmigung der KV.

### **Sächliche und organisatorische**

**Anforderungen:** Der Gemeinsame Bundesausschuss legt für jede Erkrankung fest, welche Anforderungen das ASV-Team erfüllen muss. Diese können von Geräten zur bildgebenden Diagnostik über eine 24-Stunden-Notfallversorgung bis zum Vorhalten einer Intensivstation reichen. Doch nicht alles kann und muss das Team selbst vorhalten. Es reicht, wenn die Ärzte eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit Einrichtungen (zum Beispiel Krankenhäusern) schließen, die das Geforderte bereitstellen.

### **Facharztstatus versus Facharztstandard:**

Die Teammitglieder sind allesamt Fachärzte (Facharztstatus). Sie sind verpflichtet, die Diagnosestellung und leitende

Therapieentscheidungen persönlich zu treffen. Ärzte in Weiterbildung können in die Behandlung einbezogen werden (Facharztstandard) – jedoch nur unter Verantwortung eines Teammitglieds, das zur Weiterbildung befugt ist. Dies gilt für Praxen genauso wie für die Krankenhäuser, die an der ASV teilnehmen.

### ➤ **VERTRETUNG**

Die Mitglieder des Teams können sich bei Krankheit, Urlaub etc. vertreten lassen. Der Vertreter muss dieselben Anforderungen erfüllen wie der ASV-Arzt, der sich vertreten lässt. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, ist sie dem erweiterten Landesausschuss und der ASV-Servicestelle mitzuteilen.

### ➤ **ÜBERWEISUNGEN**

Die Überweisung in den ASV-Bereich kann je nach Indikation für ein oder für mehrere Quartale erfolgen. Zum Zeitpunkt der Überweisung muss eine gesicherte Diagnose vorliegen, bei seltenen Erkrankungen reicht eine Verdachtsdiagnose. Der ASV-Arzt informiert seinen Kollegen über die Aufnahme und den Abschluss der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.

Soll ein Patient von einem ASV-Team betreut werden, dem auch sein behandelnder Arzt angehört, so muss ihm dieser keine Überweisung ausstellen. Dies gilt ebenso, wenn Patienten nach einem stationären Aufenthalt von einem ASV-Team der Klinik weiterbehandelt werden. Auch zwischen den Mitgliedern des ASV-Kernteam (erste und zweite Ebene) sind keine Überweisungen erforderlich, nur, wenn ein ASV-Facharzt aus der dritten Ebene hinzugezogen wird.

### ➤ **FINANZIERUNG UND VERGÜTUNG**

Die Vergütung ist für Praxis- und Klinikärzte einheitlich. Alle Leistungen werden zu festen Preisen bezahlt, extrabudgetär und ohne Mengenbegrenzung. Der GKV-Spitzenverband, die KBV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben die Aufgabe, eine eigene Vergütungssystematik für die ASV zu entwickeln. Bis dahin gelten die Preise des Einheitlichen Bewer-

## „VERBOTSVORBEHALT“ GILT NUN AUCH IN DER ASV

*Ein Novum: In der ASV dürfen jetzt auch Vertragsärzte ausgewählte neue Untersuchungs- und Behandlungsleistungen durchführen, die nicht Bestandteil des EBM sind. Diese Möglichkeit hatten bislang nur die Krankenhäuser. Dort gilt der sogenannte Verbotsvorbehalt. Diese Regelung bedeutet, dass die Kliniken neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durchführen und von den Kassen bezahlt bekommen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. In der vertragsärztlichen Versorgung reicht das nicht aus. Hier muss der G-BA neue Leistungen in den Leistungskatalog aufnehmen. Erst dann haben die Versicherten darauf Anspruch, und die Ärzte erhalten eine Vergütung.*



tungsmaßstabes (EBM). Leistungen, die nicht im EBM enthalten sind und laut ASV-Richtlinie abgerechnet werden dürfen, werden vorübergehend nach der Gebührenordnung für Ärzte honoriert. Sie sollen spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation in das neue EBM-Kapitel 50 für Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung überführt werden.

#### ➤ **ABRECHNUNG**

Jeder Arzt rechnet seine ASV-Leistungen selbst ab. Es gibt also keine Sammelabrechnung für das ASV-Team. Die Abrechnung kann über die KV, die Krankenkassen oder eine andere Stelle wie private Verrechnungsstellen erfolgen. Bei der Abrechnung über die KV ändert sich für die Ärzte – bis auf die zusätzliche Angabe der ASV-Teamnummer – wenig.

#### ➤ **VERORDNUNGEN**

Die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln unterliegt dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit. Anders als in der vertragsärztlichen Versorgung gibt es in der ASV jedoch keine Richtgrößen, die einzuhalten sind. Die Verordnungen fallen nicht unter die Wirtschaftlichkeitsprüfungen des Kollektivvertrages.

#### ➤ **FORMULARE**

Ärzte nutzen in der ASV grundsätzlich die Formulare, die sie auch in der vertragsärztlichen Versorgung verwenden. Die Vordrucke werden im sogenannten Personalienfeld nur anders über die Software gekennzeichnet, sodass Verordnungen, Bescheinigungen und Überweisungen der ASV zugeordnet werden können. Einen Sonderfall stellen die Rezepte dar. Für die Verschreibung von Arzneimitteln ist in der ASV ein eigener Rezeptblock zu nutzen, den Ärzte ebenfalls über die bekannten Vertriebswege für Vordrucke anfordern. Bei diesen Rezepten ist in der sogenannten Codierleiste anstatt der Betriebsstättennummer (BSNR) die Pseudoziffer „22222222“ (9-mal die 2) eingedruckt. Es ist wichtig, diese Rezepte zu verwenden, damit die Verordnungen für ASV-Patienten nicht das Richtgrößenvolumen belasten.

## ASV IM PRAXISALLTAG

*Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung wird nicht jeden Arzt sofort und gleichermaßen betreffen, aber sie kann die Arbeit jedes Kollegen tangieren. Auch Ärzte, die nicht in der ASV tätig werden, sollten das neue Angebot kennen. Hier erfahren Sie, was Sie als Arzt wissen sollten, wenn Ihre Patienten spezialfachärztlich versorgt werden.*

.....

#### ➤ **ASV-PATIENTEN**

*Im neuen Versorgungsbereich werden nur Patienten behandelt, die an einer seltenen oder schweren Erkrankung mit besonderem Verlauf leiden und deshalb über einen längeren Zeitraum umfangreiche, interdisziplinäre Behandlung benötigen.*

#### ➤ **BEHANDLUNG**

*Es wird „nur“ die ASV-Erkrankung des Patienten behandelt, zum Beispiel ein Magenkrebs, der bereits Metastasen gebildet hat. Alle anderen Erkrankungen, die nichts mit dem Tumor zu tun haben, zum Beispiel ein grippaler Infekt oder ein Beinbruch, werden behandelt wie bisher – außerhalb der ASV.*

#### ➤ **ÜBERWEISUNG / ÜBERWEISUNGSSCHEIN**

*Patienten, die in der ASV behandelt werden, benötigen in der Regel eine Überweisung des behandelnden Arztes. Für die Überweisung in die ASV verwenden Ärzte wie gewohnt den gelben Überweisungsschein (Muster 6) und machen dort die Angaben zu Diagnose / Verdachtsdiagnose, Befund / Medikation, Auftrag.*

#### ➤ **TEILNAHME**

*Die ASV stellt ein Angebot dar. Patienten, die sich dafür entscheiden, erklären sich bereit, die Ärzte des jeweiligen ASV-Teams zu konsultieren. Eine Teilnahmeerklärung müssen sie nicht unterschreiben.*

#### ➤ **GESICHERTE DIAGNOSE / VERDACHTSDIAGNOSE**

*Zum Zeitpunkt der Überweisung in den neuen Versorgungsbereich muss eine gesicherte Diagnose vorliegen. Bei seltenen Erkrankungen reicht eine Verdachtsdiagnose.*

#### ➤ **ARZTBRIEF**

*Der überweisende Arzt erhält nach Abschluss der Behandlung in der ASV einen Überleitungsbrief für seinen Patienten. Dieser enthält Angaben zu Diagnosen, Therapieempfehlungen inklusive Medikation, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Häusliche Krankenpflege sowie Kontrolltermine. Auch über die Aufnahme eines Patienten in die ASV wird der Arzt, der die Überweisung ausgestellt hat, informiert.*

## ASV KONKRET TUBERKULOSE

AB  
1. APRIL  
2014

*In der ASV-Richtlinie hat der Gemeinsame Bundesausschuss alle wichtigen Grundlagen des neuen Versorgungsbereichs zusammengefasst. In Anlagen konkretisiert er nach und nach für die einzelnen Krankheitsbilder, wie der Behandlungsumfang aussieht und welche Anforderungen es an Teilnehmer, Ausstattung und Qualitätssicherung gibt. Die ersten beiden Programme liegen vor: Für Tuberkulose und für gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle stehen die Eckdaten fest. Nächste Indikationen in der Gruppe der seltenen Erkrankungen sind das Marfan-Syndrom, die pulmonale Hypertonie und Mukoviszidose. Bei den schweren Erkrankungen folgen gynäkologische Tumore, rheumatologische Erkrankungen und Herzinsuffizienz.*

*Tuberkulose ist nach HIV/AIDS die häufigste Infektionskrankheit der Welt. In Deutschland gehört sie zu den seltenen Erkrankungen: Im Jahr 2012 traten bundesweit 4.238 Fälle auf. Die Tuberkulose ist die erste Erkrankung, die Ärzte in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung behandeln können. Die Details sind in der Anlage 2a zur ASV-Richtlinie geregelt.*

### ➤ STARTTERMIN

Seit 1. April können Fachärzte beim erweiterten Landesausschuss anzeigen, dass sie für diese Indikation eine ASV-Berechtigung erhalten möchten. Sobald diese vorliegt, kann die Behandlung im neuen Versorgungsbereich beginnen.

### ➤ PATIENTENGRUPPE UND ERKRANKUNG

Das Angebot richtet sich an Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose. Dazu gehören grundsätzlich alle Fälle von Tuberkulose (ICD-10-GM: A15.- bis A19.- und A31.-). Auch (Kontakt-)Personen, die gegebenenfalls eine Chemoprophylaxe / Chemoprävention benötigen, können in der ASV behandelt werden.

### ➤ BEHANDLUNGSUMFANG

Ärzte mit einer ASV-Berechtigung für Tuberkulose können im Wesentlichen alle Leistungen durchführen, die zur Diagnostik und Behandlung der Infektionserkrankung erforderlich sind und für die sie qualifiziert sind. Dazu gehört auch die Therapie von Nebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen. Da es sich bei der Tuberkulose um eine seltene Erkrankung handelt, kann auch das Abklären einer Verdachtsdiagnose in der ASV erfolgen. Der Behandlungsumfang umfasst nicht die Therapie von Begleiterkrankungen wie die Methadon-Substitution bei Opiatabhängigen oder von Behandlungsspätfolgen.

## ASV-TEAM TUBERKULOSE ZUSAMMENSETZUNG DES BEHANDLUNGSTEAMS

EBENE 1 TEAMLEITUNG	KERNTTEAM	EBENE 2 TEAMMITGLIEDER	EBENE 3 HINZUZUZIEHENDE FACHÄRZTE
KERNTTEAM VARIANTE A			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Augenarzt</li> <li>➤ Hals-Nasen-Ohren-Arzt</li> <li>➤ Gastroenterologe</li> <li>➤ Urologe</li> <li>➤ Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie</li> <li>➤ Neurologe</li> <li>➤ Pathologe</li> <li>➤ Laboratoriumsmediziner</li> <li>➤ Radiologe</li> </ul>
➤ Pneumologe	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Internist mit Zusatzbezeichnung Infektiologie</li> <li>oder</li> <li>➤ Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie</li> </ul>		
KERNTTEAM VARIANTE B			
➤ Internist mit Zusatzbezeichnung Infektiologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pneumologe</li> </ul>		
ZUSÄTZLICH ZU VARIANTE A UND B			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kinder- und Jugendmediziner bei Patienten unter 18 Jahre</li> </ul>	

Welche Leistungen konkret zur ASV-Behandlung gehören, listet die Anlage 2a zur ASV-Richtlinie auf. Neben EBM-Gebührenordnungspositionen enthält der Appendix für die Tuberkulose Leistungen, die nicht Bestandteil des EBM sind: ausgewählte molekularbiologische Schnellresistenztestverfahren sowie die Prüfung des Farbsinns.

### ➤ ANFORDERUNGEN AN DAS ASV-TEAM

Neben allgemeinen Anforderungen, die für alle ASV-Indikationen gelten, gibt es weitere Qualitätsvorgaben, die das ASV-Team für Tuberkulose erfüllen muss. Dazu gehören:

**Organisation und Kooperation:** Das ASV-Team sorgt dafür, dass bei Bedarf eine Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Physiotherapie und sozialen Diensten möglich ist. Ein Kooperationsvertrag ist nicht notwendig. Darüber hinaus müssen Möglichkeiten zur Suchtbehandlung, Methadon-Substitution und HIV/AIDS-Behandlung

bestehen. Außerdem muss eine räumliche Trennung von Patienten mit offener Tuberkulose beziehungsweise nachgewiesener Multiresistenz gewährleistet sein.

**Dokumentation:** Die Ärzte dokumentieren die Diagnose nach ICD-10-GM sowie das Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit, um die regelhafte Indikationsstellung überprüfen zu können.

**Mindestmengen:** Das Kernteam muss mindestens 20 Patienten mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandelt haben, um eine ASV-Berechtigung zu erhalten. Für die Berechnung ist die Summe aller Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose maßgeblich, die die Mitglieder des Kernteams im Vorjahr der Antragsstellung behandelt haben. Die Mindestmenge gilt auch nach Erteilung der ASV-Erlaubnis. Wird sie nicht erfüllt, kann das Team seine Berechtigung verlieren.

**Ausnahme:** Das ASV-Team hat bis zu einer Dauer von zwei Jahren die erforderliche Patientenzahl um maximal die Hälfte unterschritten, aber es ist davon auszugehen, dass es die Mindestmenge im folgenden Jahr erfüllt.

### ➤ ÜBERWEISUNGEN

Möchte ein Nicht-ASV-Arzt einen Patienten mit Tuberkulose von einem ASV-Arzt behandeln lassen, ist eine Überweisung erforderlich. Er verwendet hierzu wie gewohnt den gelben Überweisungsschein (Muster 6).

### MEHR INFORMATIONEN

➤ Anlage 2a zur ASV-Richtlinie mit allen Infos zur ASV Tuberkulose:  
[www.kbv.de/asv](http://www.kbv.de/asv)

## ASV KONKRET GASTROINTESTINALE TUMORE

AB  
1. JULI  
2014

*Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle sind die ersten onkologischen Erkrankungen, die Ärzte in der ASV behandeln können. Sie fallen unter die Kategorie schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen und werden in der Anlage 1a zur ASV-Richtlinie konkretisiert. Dazu gehören auch Karzinome der Schilddrüse.*

### ➤ STARTTERMIN

Seit dem 1. Juli können Fachärzte gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzeigen, dass sie für diese Indikation eine ASV-Berechtigung erhalten möchten. Sobald diese vorliegt, kann die Behandlung im neuen Versorgungsbereich beginnen.

### ➤ PATIENTENGRUPPE

Das Angebot richtet sich an Patienten ab 18 Jahren mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle sowie Schilddrüsenkarzinomen, die eine schwere Verlaufsform haben. Die Patienten benötigen aufgrund der Ausprägung ihrer Tumorerkrankung eine interdisziplinäre, komplexe Versorgung, eine besondere Expertise oder besondere Ausstattung der Praxis.

### ➤ BEHANDLUNGS- UND LEISTUNGSUMFANG

Ärzte mit einer ASV-Berechtigung für gastrointestinale Tumore können im Wesentlichen alle Leistungen durchführen, die zur Diagnostik, Behandlung und Beratung erforderlich sind. Dazu gehören auch Leistungen, die nicht Bestandteil des EBM sind. So kann ein PET/PET-CT bei Patienten mit einem Ösophagus-Karzinom zur Detektion von Fernmetastasen und bei Patienten mit resektablen Lebermetastasen eines kolorektalen Karzinoms durchgeführt werden. Darüber hinaus werden tumorspezifische Leistungen – analog zu den Pauschalen der Onkologie-Vereinbarung – vergütet, zum Beispiel die Durchführung der zytostatischen Tumortherapie sowie die Koordination der Behandlung.

Welche Leistungen konkret zur ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung gehören, weist die Anlage 1a der ASV-Richtlinie aus.

### ➤ KRANKHEITEN

Die Anlage zu den gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle unterscheidet laut Gesetz zwischen Tumoren mit einem regelhaft schweren und einem im Einzelfall schweren Krankheitsverlauf.

**Tumore mit regelhaft schwerem Verlauf sind zum Beispiel:** Bösartige Neubildung des Dünndarms, der Leber, der Gallenblase, des Pankreas, der Nebenniere, der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems, des Bindegewebes und anderer Weichteile.

**Tumore mit im Einzelfall schwerem Verlauf sind zum Beispiel:** Bösartige Neubildungen des Ösophagus, des Magens und der Schilddrüse. Ärzte können diese Tumorerkrankungen in der ASV nur behandeln, wenn eines der folgenden Kriterien zutrifft:

---

*Tumorstadium mit Lymphknotenbefall, Fernmetastasen, High Grade oder R > 0*

---

*Rezidiv oder Progression der Tumorerkrankung (einschließlich non-response)*

---

*Schwere Grunderkrankung (zum Beispiel Immunschwäche) oder Schwangerschaft*

---

*Onkologische Diagnosen mit Prävalenz  $\leq 1:100.000$*

---

**➤ ANFORDERUNGEN AN DAS ASV-TEAM**  
Neben den Anforderungen, die für alle ASV-Indikationen gelten, gibt es weitere Qualitätsvorgaben, die das ASV-Team für Magen-Darm-Tumore erfüllen muss. Dazu gehören:

## ASV-TEAM GASTROINTESTINALE TUMORE ZUSAMMENSETZUNG DES BEHANDLUNGSTEAMS

EBENE 1 TEAMLEITUNG	KERNTEAM	EBENE 2 TEAMMITGLIEDER	EBENE 3 HINZUZUZIEHENDE FACHÄRZTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Die Teamleitung übernimmt ein Arzt aus dem Kernteam. Dessen Fachgebiet ist damit abgedeckt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Facharzt für Hämatologie und Onkologie</li> <li>➤ Strahlentherapeut</li> <li>➤ Gastroenterologe</li> <li>➤ Allgemeinchirurg oder Viszeralchirurg</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom zusätzlich Hals-Nasen-Ohren-Arzt und Nuklearmediziner</li> </ul>	<p><i>Ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin verfügen.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anästhesist</li> <li>➤ Nuklearmediziner</li> <li>➤ Gefäßchirurg oder Angiologe</li> <li>➤ Kardiologe</li> <li>➤ Neurologe</li> <li>➤ Humangenetiker</li> <li>➤ Psychiater oder Psychotherapeut (ärztlich o. psychologisch) oder Facharzt für Psychosomatische Medizin</li> <li>➤ Nephrologe</li> <li>➤ Laboratoriumsmediziner</li> <li>➤ Radiologe</li> <li>➤ Pathologe</li> <li>➤ Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe</li> <li>➤ Urologe</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bei Schilddrüsenkarzinom, Nebenschilddrüsenkarzinom oder anderen endokrinen Tumoren zusätzlich Endokrinologe und Diabetologe.</li> </ul>

**Organisation und Kooperation:** Die Anforderungen an das ASV-Team hinsichtlich Organisation und Kooperationen reichen von einer 24-Stunden-Notfallversorgung über eine Tumorkonferenz vor Behandlungsbeginn bis zur Zusammenarbeit mit sozialen Diensten und Einrichtungen der Palliativversorgung. Es müssen außerdem eine intensivmedizinische Behandlung sowie stationäre Notfalloperationen möglich sein.

**Kooperation Praxis-Klinik:** Zu jedem ASV-Team muss grundsätzlich mindestens ein Arzt des jeweils anderen Versorgungsbereichs gehören. Eine entsprechende Kooperationsvereinbarung ist dem erweiterten Landesausschuss vorzulegen.

**Dokumentation:** Die Ärzte dokumentieren die Befunde – einschließlich Diagnose nach

ICD-10-GM sowie das Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen inklusive Behandlungstag. Zur Klassifikation des Tumors hinsichtlich Ausbreitung und Stadium ist ferner der TNM-Status mit R- und G-Code nach UICC anzugeben.

**Mindestmengen:** Das Kernteam muss mindestens 140 Patienten mit einem gastrointestinalen Tumor (mit gesicherter Diagnose) behandelt haben, um eine ASV-Berechtigung zu erhalten. Für die Berechnung ist die Summe aller Patienten maßgeblich, die die Mitglieder des Kernteams im Vorjahr der Antragsstellung behandelt haben. Die Mindestmenge gilt auch nach Erteilung der ASV-Erlaubnis. Wird sie nicht erfüllt, kann das Team seine Berechtigung verlieren. Im März 2014 wurden nachträglich

weitere Mindestmengen festgelegt, die mindestens ein Mitglied des Kernteams erfüllen muss. Die hierbei zugrunde gelegten Mindestmengen entsprechen denen der Onkologie-Vereinbarung und stehen ebenfalls unter 3.4 Mindestmengen in der Anlage 1a) zur ASV-Richtlinie.

### ➤ ÜBERWEISUNGEN

Möchte ein Nicht-ASV-Arzt einen Patienten mit einem entsprechenden Tumor von einem ASV-Arzt behandeln lassen, ist eine Überweisung erforderlich. Er verwendet hierzu wie gewohnt den gelben Überweisungsschein (Muster 6).

### MEHR INFORMATIONEN

➤ Anlage 1a zur ASV-Richtlinie mit Infos zur ASV gastrointestinale Tumore: [www.kbv.de/asv](http://www.kbv.de/asv)

# Wissen für ASV-Ärzte

*Sie möchten als Arzt in dem neuen Versorgungsbereich ASV arbeiten? Die Teilnahme ist nicht so kompliziert, wie es auf den ersten Blick vielleicht aussieht. Wir erklären Ihnen Schritt für Schritt den Weg in die ASV.*

*Wie nehme ich an der ASV teil? Wie rechne ich ASV-Leistungen ab? Wie unterstützt mich meine Software? Welche Formulare kann ich verwenden? In diesem Kapitel haben wir grundlegende Informationen für die Praxis zusammengestellt. Das Spektrum reicht von der Idee bis zur Arbeit in der ASV über Abrechnungsgrundlagen und Vergütung bis hin zu Rezepten und Software.*

## VON DER IDEE BIS ZUR ARBEIT IN DER ASV – SO KÖNNEN SIE MITMACHEN

1

### TEAM BILDEN

Grundvoraussetzung für die Teilnahme an der ASV ist die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team. Es besteht aus einer Teamleitung, einem Kernteam und Ärzten, die hinzugezogen werden können. Aus welchen Fachgruppen sich das Team zusammensetzen muss beziehungsweise welche Qualifikationen von den Teammitgliedern gefordert werden, regelt die jeweilige Anlage zur ASV-Richtlinie.

2

### TEILNAHME BEIM ERWEITERTEM LANDESAUSSCHUSS ANZEIGEN

Steht das Team, folgt die Anzeige zur Teilnahme an der ASV beim erweiterten Landesausschuss (eLA). Das Gremium aus Vertretern von Ärzteschaft, Krankenkassen und Krankenhäusern prüft, ob die Ärzte die Zugangsvoraussetzungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erfüllen.

#### Wie das Anzeigeverfahren geht:

- Der ASV-Teamleiter reicht die gesammelten Unterlagen seines Teams beim eLA des KV-Bereichs ein, in dem er zugelassen ist.
- Der eLA hat zwei Monate Zeit, den Antrag zu prüfen. Nachfragen, zum Beispiel aufgrund fehlender Unterlagen, unterbrechen diese Frist bis zum Eingang der Auskünfte. Die Frist beginnt frühestens mit Veröffentlichung des jeweiligen Beschlusses im Bundesanzeiger.
- Wenn binnen zwei Monaten ein zustimmender Bescheid ergeht beziehungsweise keine Ablehnung erfolgt, kann das Team teilnehmen.

#### Was für den Antrag benötigt wird:

- Der Teamleiter und die Mitglieder des Kernteams sind namentlich zu benennen. Bei den hinzuzuziehenden Ärzten kann auch eine Institution genannt werden, zum Beispiel der Name des Labors.
- Sie müssen dem Ausschuss nachweisen, dass Sie alle Anforderungen und Voraussetzungen der ASV-Richtlinie und der entsprechenden Anlage erfüllen.
- Darüber hinaus sind schriftliche Kooperationsvereinbarungen zwischen den einzelnen Teammitgliedern erforderlich.
- Prüfen Sie auch, ob in der ASV-Richtlinie beziehungsweise der jeweiligen Anlage organisatorische Voraussetzungen wie Notfall-Labor, Intensivstation oder eine Rufbereitschaft genannt sind. Hier müssen Sie gegebenenfalls eine Kooperation, beispielsweise mit einer Klinik, schließen.

#### PRAXIS-TIPP

Die Antragsverfahren können regional unterschiedlich sein. Der für Ihre KV-Region zuständige erweiterte Landesausschuss kann Ihnen sagen, welche Unterlagen er genau benötigt und in welcher Form. Ihre KV hilft Ihnen hier ebenfalls gerne weiter.

## WAS PASSIERT, WENN SICH DAS ASV-TEAM VERÄNDERT?

*Alle zukünftigen Änderungen des Teams müssen dem erweiterten Landesausschuss angezeigt werden. Dabei gelten besondere Fristen: Verlässt ein Mitglied das Team, muss dies dem Ausschuss innerhalb von sieben Werktagen mitgeteilt und innerhalb von sechs Monaten Ersatz gefunden werden, sonst wird die Berechtigung entzogen. In der Zwischenzeit muss eine Vertretung einspringen.*

3

### ASV-TEAMNUMMER ERHALTEN

Sobald das Team seine ASV-Berechtigung hat, informiert der Teamleiter die ASV-Servicestelle. Das Team erhält dann eine ASV-Teamnummer. Diese Nummer benötigen die Ärzte für die Abrechnung, für Verordnungen und Überweisungen.

Für die Ausgabe der Teamnummer benötigt die Servicestelle verschiedene Angaben zu den Teammitgliedern wie Name, Fachgebiet und Praxisadresse. Diese Daten können schnell und einfach online eingegeben oder per E-Mail an die Servicestelle übermittelt werden.

#### PRAXIS-TIPP

Um das Verfahren zu beschleunigen, beantragen Sie die Teamnummer schon, sobald Sie dem erweiterten Landesausschuss Ihre ASV-Teilnahme angezeigt haben.

4

### VERTRAG FÜR DIE ABRECHNUNG SCHLIESSEN

Legen Sie nun fest, wie Sie Ihre ASV-Leistungen abrechnen möchten. In der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung haben Sie dazu mehrere Möglichkeiten: Über Ihre Kassenärztliche Vereinigung, direkt mit der Krankenkasse Ihres Patienten oder über eine andere Stelle, zum Beispiel eine privatärztliche Verrechnungsstelle.

Wählen Sie die KV als Dienstleister, schließen Sie mit ihr eine schriftliche Vereinbarung ab. Anderenfalls müssen Sie mit einem anderen Dienstleister oder den Krankenkassen die Abrechnungsmodalitäten klären.

5

### STARTEN UND PATIENTEN INFORMIEREN

Sobald Sie die ASV-Berechtigung sowie die Teamnummer erhalten haben, können Sie mit der Behandlung beginnen.

- Die ASV-Richtlinie sieht vor, dass Sie Ihre Patienten bei einem ersten Kontakt mit der ASV über diesen neuen Versorgungsbereich informieren. Dazu zählt auch, das behandelnde interdisziplinäre Team und dessen Leistungsspektrum vorzustellen.
- Die Information des Patienten ist zu dokumentieren – Art und Weise ist nicht vorgegeben.
- Ist die Behandlung abgeschlossen, erhält der Patient eine schriftliche Information über die Ergebnisse sowie das weitere Vorgehen.
- Auch den Vertragsarzt, der Ihnen den Patienten überwiesen hat, informieren Sie über die Aufnahme sowie den Abschluss der ASV.

#### MEHR INFORMATIONEN

- Kontaktdaten der ASV-Servicestelle und der erweiterten Landesausschüsse
- Näheres zum Meldeverfahren  
[www.kbv.de/asv](http://www.kbv.de/asv)

## HINWEISE ZUR ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG

*Sie steht jedes Quartal an: die Abrechnung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen. Doch welche Unterschiede gibt es bei der ASV? Wird auch arztbezogen abgerechnet oder gibt es eine Team-Sammelerklärung? Bildet der EBM die Grundlage für die Abrechnung der ASV-Leistungen? Hier erfahren Sie, wie die Abrechnung bei der ASV abläuft, was die Besonderheiten sind und was Sie beachten müssen. Darüber hinaus informieren wir Sie darüber, wie ASV-Leistungen vergütet werden.*

### ➤ **NUR MIT ASV-BERECHTIGUNG ABRECHNEN**

Ärzte dürfen ASV-Leistungen erst dann abrechnen, wenn sie eine Berechtigung haben, in dem neuen Versorgungsbe- reich tätig zu sein. Da die Berechtigung immer nur für ein bestimmtes Krank- heitsbild gilt, können nur Leistungen für dieses Krankheitsbild abgerech- net werden.

### ➤ **JEDER ASV-BERECHTIGTE RECHNET SELBST AB**

Jeder ASV-berechtigte Arzt rechnet seine ASV-Leistungen selbst ab. Es gibt keine Sammelabrechnung, die einer für das ganze Team übernimmt. Dabei wird jede ASV-Leistung mit der ASV-Teamnummer gekennzeichnet.

### ➤ **ASV-TEAMNUMMER BEI DER ABRECHNUNG ANGEBEN**

Jedes Team erhält eine einheitliche ASV- Teamnummer. Rechnet der Arzt über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) ab, markiert er in seiner Abrechnung jede ASV-Leistung mit dieser Nummer. So kann jede ASV-Leistung eindeutig als solche erkannt werden. Die Kenn- zeichnung erfolgt ganz einfach elektro- nisch: Setzt der Arzt die Nummer zur

Leistung im Praxisverwaltungssystem (PVS) hinzu, wird diese als ASV- Leistung markiert.

### ➤ **ABRECHNUNGSGRUNDLAGE: „APPENDIX“ FÜHRT ALLE ASV-LEISTUNGEN AUF**

Welche Leistungen Ärzte in der ASV abrechnen können, wird in den Anlagen zur ASV-Richtlinie für jede Erkrankung beschrieben. In dem „Appendix“ ist auch festgelegt, wer von den ASV-Teammit- gliedern die Leistung abrechnen darf.

### **Der Appendix besteht aus zwei Abschnitten:**

---

**Abschnitt 1** des Appendix führt alle EBM-Gebührenordnungspositionen (GOP) für die jeweilige ASV-Erkrankung auf.

---

**Abschnitt 2** führt analog neue Untersuchungs- und Behandlungs- methoden auf, die noch nicht Bestandteil des EBM sind, aber im Rahmen der ASV angewendet werden dürfen.

---

Alle definierten Leistungen sollen spätes- tens sechs Monate nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation in das neue EBM- Kapitel 50 für die ASV überführt werden.

## LEISTUNGS-BEISPIELE TUBERKULOSE

### ➤ **ASV-LEISTUNG, AUS DEM EBM ÜBERNOMMEN:**

„GOP 34242 ÜBERSICHTSAUFNAHMEN UND DURCHLEUCHTUNG DER BRUSTORGANE“:

Abrechenbar durch: Innere Medizin und Pneumologie; Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Infektiologie; Radiologie; Kinder- und Jugendmedizin

### ➤ **ASV-LEISTUNG, NEUE LEISTUNG, NUR IN DER ASV:**

„PRÜFUNG DES FARBSINNS“:

Abrechenbar durch: Augenheilkunde



➤ **ABRECHNUNG ÜBER DIE KASSEN-ÄRZTLICHE VEREINIGUNG ODER DIREKT MIT DEN KRANKENKASSEN**

Die ASV ist ein eigener Versorgungsbereich. Deshalb können Vertragsärzte ASV-Leistungen nicht automatisch über die normale Quartalsabrechnung einreichen. Sie können wählen, mit wem sie abrechnen: Über die KV, direkt mit der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse des Patienten oder über eine andere Stelle, zum Beispiel eine private Verrechnungsstelle.

**Am einfachsten ist der gewohnte Weg über die Kassenärztliche Vereinigung:**

*Der Arzt wählt in seiner Praxissoftware die ASV-Leistung aus, die er abrechnen will.*

*Zusätzlich gibt er die ASV-Teamnummer ein, damit die KV die Leistung richtig zuordnen kann.*

*Die Abrechnung wird an die KV übermittelt.*

Die Übertragung der Abrechnung erfolgt über das sichere Netz der KVen, zum Beispiel mit einem KV-SafeNet\*-Anschluss.

**ENTWICKLUNG EINER EIGENEN VERGÜTUNGSSYSTEMATIK**

<b>1</b>	Übergangsweise hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass die Vergütung der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen auf Grundlage des EBM erfolgt – das heißt, zunächst gelten die Preise der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung. Leistungen, die noch nicht im EBM enthalten sind und abgerechnet werden dürfen, werden vorübergehend nach der Gebührenordnung für Ärzte honoriert. Die Regelung gilt dabei immer nur so lange, bis die Leistungen in das neue EBM-Kapitel 50 für die ASV aufgenommen wurden.
<b>2</b>	In einem weiteren Schritt prüft der ergänzte Bewertungsausschuss – ein Gremium mit Vertretern aus KBV, GKV-Spitzenverband und ergänzt um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft – ob die Vergütung nach regionaler Euro-Gebührenordnung im Rahmen der ASV angemessen ist, und passt die Vergütung gegebenenfalls an. Ziel ist die Entwicklung einer eigenen Vergütungssystematik für den Versorgungsbereich ASV.
<b>3</b>	In Zukunft soll es dann in einer dritten Stufe diagnosebezogene Pauschalen für ASV-Leistungen geben. Die genaue Systematik wird vom ergänzten Bewertungsausschuss noch festgelegt.

Entscheidet sich der Arzt für diesen Abrechnungsweg, beauftragt er die KV als Dienstleister. Näheres dazu erfahren Sie bei Ihrer KV.

*\* Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.*

➤ **ASV-LEISTUNGEN WERDEN EXTRABUDGETÄR VERGÜTET**

Die Leistungen der ASV werden zu festen Preisen extrabudgetär vergütet. Somit gibt es keine Mengengrenzung. Die Vergütung ist für Praxis- und Klinikärzte einheitlich.

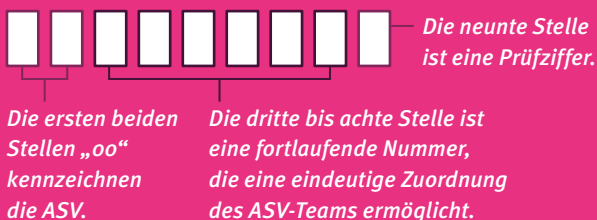
**DAS IST DIE ASV-TEAMNUMMER**

➤ Die ASV-Teamnummer ist ein bundesweit eindeutiges Identifikationsmerkmal.

➤ Vergeben wird sie im Zuge der Erteilung der ASV-Berechtigung.

➤ Sie umfasst neun Ziffern und ist wie eine Betriebsstättennummer (BSNR) aufgebaut.

**ZUSAMMENSETZUNG DER NEUN STELLEN DER ASV-TEAMNUMMER:**



## VERORDNUNGEN UND FORMULARE IN DER ASV

*AU-Bescheinigungen, Reha-Anträge, Überweisungen, Verordnungen – auch in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden Formulare benötigt. Spezielle Vordrucke für die ASV gibt es bislang nicht, mit Ausnahme des Rezepts für Arzneimittel. Ärzte nutzen für ihre ASV-Patienten somit fast alle Formulare der vertragsärztlichen Versorgung. Wichtig ist, dass der „ASV-Fall“ gekennzeichnet wird. Ansonsten könnte es passieren, dass zum Beispiel eine Verordnung für ASV-Patienten fälschlicherweise den vertragsärztlichen Leistungen der Praxis zugeordnet wird und das Richtgrößenvolumen belastet.*

### ➤ REGULÄRE FORMULARE: KENNZEICHNUNG ALS „ASV-FALL“

Die in der vertragsärztlichen Versorgung verwendeten Formulare kommen auch in der ASV zum Einsatz. Sie werden nur im sogenannten Personalienfeld durch eine entsprechende Kennzeichnung ergänzt:

---

*Im Feld „Betriebsstättennummer“ wird im ASV-Fall statt der vertragsärztlichen Betriebsstättennummer die gültige Teamnummer des ASV-Teams eingetragen.*

---

*Im Feld „Status“, in dem der Versichertenstatus des Patienten codiert wird, trägt die ASV-Praxis an der letzten Stelle zusätzlich die Ziffer „1“ ein.*

---

Die Bedruckung der Formulare für Patienten, die im Rahmen der ASV versorgt werden, erfolgt durch die Praxisverwaltungssoftware (PVS). Vertragsärzte sollten bei ihrem PVS-Anbieter nachfragen, ob ihr PVS-System die ASV unterstützt.

### ➤ EIGENE REZEPTE FÜR DIE ASV

Einen Sonderfall gibt es bei den Verordnungen für Arzneimittel. Denn Vertragsärzte, die an der ASV teilnehmen, benötigen zwei Rezeptblöcke:

#### 1. REZEPTBLOCK FÜR DIE REGULÄRE VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG

*Bei diesen Rezepten ist in der sogenannten Codierleiste die Betriebsstättennummer der Vertragsarztpraxis bei der Auslieferung durch die Druckerei bereits eingedruckt.*

#### 2. REZEPTBLOCK FÜR DIE ASV-VERSORGUNG

*Bei diesen Rezepten ist in der sogenannten Codierleiste die Pseudoziffer „22222222“ (9-mal die 2) bei der Auslieferung durch die Druckerei bereits eingedruckt.*

Die neuen ASV-Rezepte können die Praxen über die regulären Bezugskanäle ihrer Rezepte beschaffen, also je nach Region über ihre Kassenärztliche Vereinigung 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. Zudem können, wenn die ASV-Rezepte nicht genutzt werden, die Verordnungen für ASV-Patienten fälschlicherweise dem Richtgrößenvolumen der Praxis zugeordnet werden. Sie würden dann bei der Richtgrößenprüfung für Arzneimittel berücksichtigt werden. Mit der Nutzung der ASV-Rezepte ist dies ausgeschlossen.

## MUSTER 16 UND DIE KENNZEICHNUNG IN DER ASV

Das Bild zeigt ein Formular für die ASV (Arbeitsärztliche Versorgung) mit dem Titel 'Verbindliches Muster'. Die Formularelemente sind wie folgt beschriftet:

- P** (Personalien-Feld): Freigabe 02.11.2012
- S** (Status-Feld): Status
- B** (BSNR-Feld): Betriebsstätten-Nr.
- C** (Codierleiste): Abgabedatum in der Apotheke

Das Formular enthält verschiedene Felder für die Erfassung von Patientendaten, Versicherungsdaten, Arztinformationen und die Codierung von Verordnungen. Ein roter Text 'Verbindliches Muster' ist über das Formular gelegt.

**P** PERSONALIEN-FELD

**S** STATUS-FELD

Für ASV-Fälle wird hier an der letzten Stelle eine Kennzeichnung mit der Ziffer „1“ vorgenommen.

**B** BSNR-FELD

In ASV-Fällen wird hier anstatt der Betriebsstättennummer (BSNR) die ASV-Teamnummer eingetragen (diese beginnt immer mit „00“).

**C** CODIERLEISTE

Während in der vertragsärztlichen Versorgung Rezepte mit der BSNR in der Codierleiste zu nutzen sind, werden in der ASV Arzneimittel auf Vordrucken, deren Codierleiste die Pseudoziffer „22222222“ enthält, verordnet.



## KEINE RICHTGRÖSSEN, ABER WIRTSCHAFTLICHKEITSGEBOT

Verordnungen von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln unterliegen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Das heißt, die Verordnungen belasten nicht das Richtgrößenvolumen des verordnenden Arztes. Es gilt jedoch auch hier das Wirtschaftlichkeitsgebot. Es besagt, dass alle Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen.

## PRAXISSOFTWARE

*Die Praxisverwaltungssoftware unterstützt Ärzte und Psychotherapeuten bei der Abrechnung ihrer Leistungen und beim Ausstellen von Verordnungen. Dies gilt auch für die ASV. Was Sie dazu wissen sollten, haben wir auf dieser Seite zusammengestellt.*

### ➤ KEINE NEUE SOFTWARE NÖTIG, ABER EINE NEUE NUMMER

Zunächst einmal: Vertragsärzte und -psychotherapeuten benötigen keine neue Praxisverwaltungssoftware (PVS), um ASV-Leistungen über ihre KV abzurechnen. Alle zertifizierten PVS können die ASV leicht integrieren. Sie müssen bei der KV-Abrechnung aber eine neue Nummer angeben: die sogenannte ASV-Teamnummer.

### ➤ KV-ABRECHNUNG MIT DER TEAMNUMMER

Mit der ASV-Teamnummer können Vertragsärzte und -psychotherapeuten ihre Abrechnung über ihre KV problemlos durchführen. Ihre Eingabe ist wie eine Weichenstellung: Setzt der Vertragsarzt die Nummer zur Leistung hinzu, wird diese als ASV-Leistung markiert. Voraussetzung ist natürlich, dass die Leistung zum Appendix gehört, also eine ASV-Leistung ist (siehe S. 14/ 15 Abrechnung).

### ➤ SOFTWAREHÄUSER SIND ÜBER ASV INFORMIERT

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat rechtzeitig vor dem Start der ASV die Softwarehäuser informiert und ein PVS-Update verschickt. Das Update enthielt auch die Anforderungen an die Praxisverwaltungssoftware, um diese „ASV-tauglich“ zu machen.

Das System muss dann gewährleisten, dass die Ärzte ihre jeweiligen ASV-Teamnummern eingeben und bei der KV-Abrechnung übertragen können. Dabei muss berücksichtigt sein, dass ein Arzt in mehreren ASV-Teams tätig sein und somit mehrere Nummern haben kann.

### PRAXIS-TIPP

Damit Sie auf Nummer sicher gehen, fragen Sie bei Ihrem PVS-Anbieter nach, ob Ihre Software angepasst wurde. Sonst gehen Sie das Risiko ein, Ihre ASV-Leistungen nicht im Rahmen der KV-Abrechnung elektronisch übermitteln zu können.

## ABRECHNUNGS-BEISPIEL TUBERKULOSE

*Ein vertragsärztlicher Pneumologe, der zu einem ASV-Team gehört und einen ASV-Patienten behandelt hat, will die Atemgymnastik (Einzelbehandlung) als ASV-Leistung abrechnen. Er gibt bei seiner KV-Abrechnung nun neben der GOP 30410 zusätzlich seine ASV-Teamnummer ins PVS ein. Damit kennzeichnet er seine Leistung als ASV-Leistung. Tut er dies nicht, gilt seine Leistung bei der KV als vertragsärztlich erbrachte Leistung, denn die GOP 30410 steht sowohl im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen (EBM), also auch im Appendix. Allein durch Angabe der GOP rechnet er also keine ASV-Leistung ab.*

ÜBER 40.000 ÄRZTE UND  
PSYCHOTHERAPEUTEN  
SIND BEREITS EINGELOGGT.



## DAS SICHERE NETZ DER KVEN NUTZEN

*Online abrechnen, elektronisch dokumentieren,  
mit Kollegen Befunde austauschen: Das alles ist  
problemlos und datenschutzkonform möglich im  
sicheren Netz der KVen.*



**KV-S@feNet**

### ASV-BERECHTIGTE NUTZEN DAS SICHERE NETZ, UM:

- die KV-Abrechnung mit allen vertragsärztlichen Leistungen und sämtlichen ASV-Leistungen an ihre Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln,
- sich mit den Kollegen im ASV-Team auszutauschen,
- und Termine innerhalb des ASV-Teams zu koordinieren.

*Über einen KV-SafeNet\*-Anschluss kann jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut direkt ins sichere Netz einsteigen: Das Rundum-sorglos-Paket für die sichere Online-Verbindung ist bundesweit verfügbar.*

\* Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

➤ Wie auch Sie sich einloggen können, erfahren Sie auf der Internetseite der KBV und im Flyer „Einfach gut vernetzt“. Sie können den Flyer kostenlos herunterladen oder bestellen: [versand@kbv.de](mailto:versand@kbv.de)

**WEITERE INFORMATIONEN  
IM INTERNET UNTER:**  
[www.kbv.de/kv-safenet/](http://www.kbv.de/kv-safenet/)

# Das „Abc“ der ASV

*Appendix, erweiterter Landesausschuss, ergänzter Bewertungsausschuss – mit der ASV sind viele neue Begriffe und Bezeichnungen verbunden. Doch was verbirgt sich dahinter? Hier erhalten Sie einen schnellen Überblick.*

## ➤ APPENDIX

Der Appendix enthält sämtliche Leistungen, die ASV-Berechtigte bei einer ASV-Erkrankung abrechnen können. Im ersten Abschnitt sind die Gebührenordnungspositionen des EBM aufgeführt. Im zweiten Abschnitt finden sich die Leistungen, die noch nicht Bestandteil des EBM sind. Der Appendix ist Teil der Anlagen zur ASV-Richtlinie, in denen jeweils die einzelnen ASV-Indikationen konkretisiert werden.

## ➤ ASV-BERECHTIGUNG

Ärzte, die an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen wollen, benötigen eine ASV-Berechtigung. Sie stellen dazu beim erweiterten Landesausschuss einen Antrag. Dieser prüft, ob die Ärzte die Anforderungen erfüllen. Die Berechtigung gilt immer nur für eine ASV-Indikation.

## ➤ ASV-RICHTLINIE

Die Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gibt den formalen Rahmen für den neuen sektorenübergreifenden Versorgungsbereich vor. Sie regelt die Anforderungen an die ASV, die grundsätzlich für alle ASV-Erkrankungen gelten. Die einzelnen Krankheiten werden in den Anlagen konkretisiert. Die Richtlinie sowie die Anlagen wurden beziehungsweise werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen.

## ➤ ASV-SERVICESTELLE

Die ASV-Servicestelle weist den ASV-Teams eine Teamnummer zu und trägt sie in das elektronische ASV-Verzeichnis ein. Dieses Verzeichnis listet alle berechtigten ASV-Teams und ihre Mitglieder auf. Außerdem übernimmt sie für die ASV-Berechtigten die Meldung ihrer Teilnahme an die KV, die Landesverbände der Krankenkassen und die Landeskrankenhausgesellschaft.

## ➤ ASV-TEAM

Die Behandlung in der ASV erfolgt durch Teams, in denen Praxis- und Klinikärzte auch gemeinsam tätig sein können. Ein Team besteht jeweils aus Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen. Es setzt sich zusammen aus einem Teamleiter und einem Kernteam sowie weiteren Kollegen, die bei Bedarf hinzugezogen werden können. Jedes Teammitglied benötigt eine ASV-Berechtigung.

## ➤ ASV-TEAMNUMMER

Jedes Team erhält von der ASV-Servicestelle eine ASV-Teamnummer. Mit ihr kennzeichnen ASV-Ärzte die Leistungen oder Verordnungen, die sie in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durchführen. Die Teamnummer umfasst neun Ziffern und ist wie eine Betriebsstättennummer (BSNR) aufgebaut. Sie wird vergeben, sobald die Ärzte eine ASV-Berechtigung haben – zusätzlich zur BSNR und zur lebenslangen Arztnummer.

## ➤ ASV-VERZEICHNIS

Im ASV-Verzeichnis werden alle berechtigten Teams und ihre Mitglieder gelistet. Geplant ist, dass es ab 2015 eine ASV-Servicestelle gibt, die die ASV-Teamnummern vergibt und das Verzeichnis führt. Übergangsweise übernimmt der GKV-Spitzenverband diese Aufgaben. Einige Angaben im Verzeichnis sollen öffentlich einsehbar sein, damit zum Beispiel Hausärzte für ihre Patienten nach passenden Behandlungsangeboten in der Nähe suchen können.

## ➤ ERGÄNZTER BEWERTUNGS-AUSSCHUSS

Der ergänzte Bewertungsausschuss entscheidet über die Vergütung der ASV-Leistungen. Er ist besetzt mit Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

## ➤ ERWEITERTE LANDESAUSSCHÜSSE

Die erweiterten Landesausschüsse (eLA) erteilen die ASV-Berechtigungen. Sie prüfen, ob die Ärzte die Anforderungen erfüllen. Landesausschüsse gibt es bereits in jedem KV-Bezirk. Sie werden für die ASV um Vertreter der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft erweitert.

## ➤ PARAGRAF 116 b SGB V

Paragraf 116 b des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) bildet die gesetzliche Grundlage für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Er wurde mit dem Versorgungsstrukturgesetz von 2012 neu gefasst.

# Hinterher ist man immer schlauer.

## PraxisNachrichten

Der wöchentliche E-Mail-Newsletter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, exklusiv für Ärzte und Psychotherapeuten. Mit den **PraxisNachrichten** informieren wir Sie jeden Donnerstag über das, was für die Praxis wichtig ist:

- › Aktuelles aus Gesundheits- und Berufspolitik
- › Wissenswertes zu Honorar und Abrechnung
- › IT-Neuerungen für die Praxis
- › Neue Regelungen und Richtlinien
- › Nachrichten aus dem Arzneimittelbereich
- › Tipps für die Praxisorganisation
- › Informationen für Ihre Patienten
- › und vieles mehr

WISSENS-  
VORSPRUNG  
PER E-MAIL

JETZT  
AUCH ALS  
APP

SCHNELL  
UND KOMPAKT  
INFORMIERT

EXKLUSIVE  
INFOS AUS  
ERSTER HAND

**Jetzt kostenlos abonnieren!**  
Melden Sie sich für den E-Mail-Newsletter an:  
[www.kbv.de/PraxisNachrichten](http://www.kbv.de/PraxisNachrichten)  
Oder laden Sie sich die App herunter:  
[www.kbv.de/kbv2go](http://www.kbv.de/kbv2go)

**KBV**



**AMBULANTE  
SPEZIALFACHÄRZTLICHE  
VERSORGUNG**  
*www.kbv.de*



**LESEN SIE DIESE BROSCHÜRE  
BARRIEREFREI AUF**  
*www.kbv.de/asv*

**IMPRESSUM**

*Herausgeber:* Kassenärztliche Bundesvereinigung

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Telefon 030 4005-0, [info@kbv.de](mailto:info@kbv.de), [www.kbv.de](http://www.kbv.de)

*Redaktion:* Dezernat Kommunikation der KBV

*Gestaltung:* [www.malzwei.de](http://www.malzwei.de)

*Fotos:* © axentis.de / Lopata; © Corbis; © Fotolia.com –

Alexander Raths, Edyta Pawlowska, photocrew,

Photographie.eu, rangizzz; © Shotshop.com – LFL;

© wikimedia – CDC/Dr. George Kubica

*Stand:* August 2014

*Aus Gründen der Lesbarkeit wurde die männliche Form der  
Berufsbezeichnung gewählt. Selbstverständlich ist hiermit auch  
die weibliche Form gemeint.*