

## ASV – spezialfachärztliche Versorgung

Eine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) **setzt grundsätzlich** eine **gesicherte Diagnose einer ASV-relevanten Erkrankung** voraus. Nur bei seltenen Erkrankungen ist auch bei Vorliegen einer Verdachtsdiagnose eine ASV-Teilnahme möglich.

Die ASV-Teilnahme erfordert eine Überweisung (Einschreibung) durch ein Mitglied des Kernteams. Nach zwei Quartalen prüft ein Kernteammitglied, ob die Indikation nach wie vor vorliegt.

Der in die ASV überweisende Arzt informiert die Patientin oder den Patienten über die Zuweisung in die ASV und übergibt nachfolgend aufgeführte Unterlagen:

- Unterzeichnung Patienteneinverständniserklärung
- Herausgabe ASV Patientenausweis
- Herausgabe ASV Broschüre

Die Patientinnen und Patienten erhalten dann beim Erstkontakt mit der ASV allgemeine Informationen über diese Versorgungsform sowie die Zusammensetzung und das Leistungsspektrums des behandelnden interdisziplinären Teams (Broschüre). Diese Information der Patientinnen und Patienten ist durch den ASV-teilnehmenden Arzt oder die ASV-teilnehmende Ärztin zu **dokumentieren**.

**!!! Behandlungen im Rahmen der ASV-Versorgung dürfen nur innerhalb des ASV-Teams erfolgen!!!**

Eine Versorgung die mit der ASV-Erkrankung nicht im Zusammenhang steht, kann wie gewohnt in der Regelversorgung erfolgen.

**Die kurzfristige und strukturierte Versorgung von ASV-Patienten:innen ist immer zu gewährleisten. Hierbei bedeutet kurzfristig, dass Terminierungen innerhalb von 4 Wochen möglich gemacht werden müssen.**

Nach Abschluss der ASV-Behandlung ist den Patientinnen und Patienten eine schriftliche Information über die Behandlungsergebnisse und das weitere Vorgehen zur Verfügung zu stellen.

(Thema der nächsten Qualitätskonferenz mit Erstellung einer Vorlage)

## 1. Überweisung in die ASV

- Patient ist laut Konkretisierung geeignet
- Überweisung



## 2. Aufnahme ins ASV-Team

- Überprüfung ASV-Fähigkeit des Patienten
- Patient wird umfassend über das Team sowie der ASV informiert
- Hausarzt erhält im Arztbrief die Information ASV
- **Vorstellung in der Tumorkonferenz**



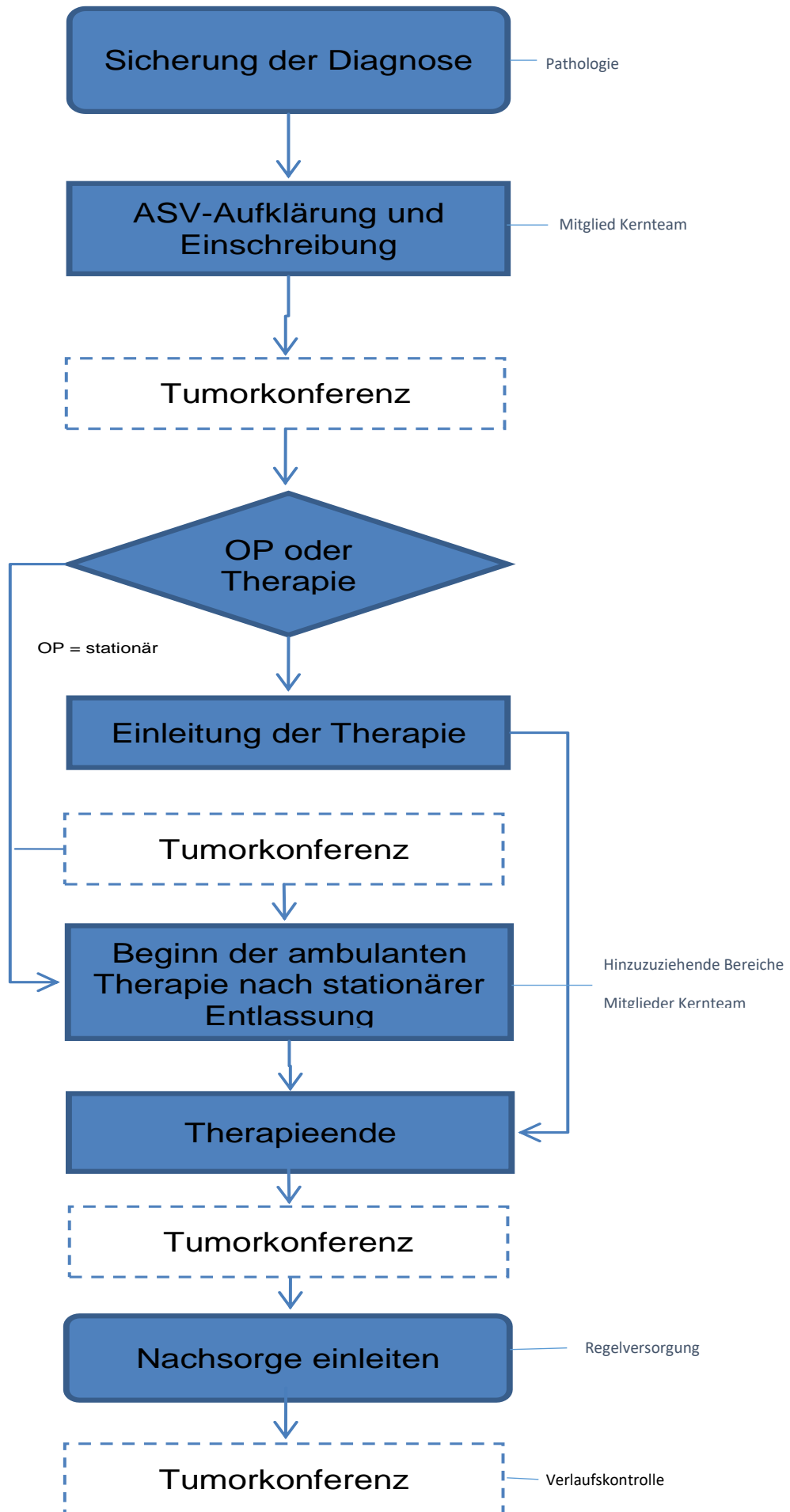
## 3. Behandlungsplan erstellen

- Team stellt Behandlungsplan für den Patienten auf (Tumorkonferenzprotokoll)
- **Patient darf nur im Team betreut werden**  
**Andernfalls drohen Regresse**
- **!! Überweisungen für hinzuzuziehende Bereiche nur für die Zeit in der ASV ausstellen. Nachsorgekontrollen sind auf einem neuen Überweisungsschein mit BSNR zu beauftragen!!**



## 4. Überleitung in die Regelversorgung

- Sie die ASV-Kriterien nicht mehr erfüllt wird der Patient in die Regelversorgung übergeben
- Zunächst Einbringung in die Tumorkonferenz
- Entlassmanagement obligatorisch
- ASV Hinweis aus den Arztbriefen für die Hausärzte entfernen
- **!! Nachsorgekontrollen sind auf einem neuen Überweisungsschein mit BSNR zu beauftragen!!**



## Wie erkenne ich den ASV Patient

### 1. aktiv nach ASV Behandlungsausweis fragen

<p>Im Onkologischen Netz Osthessen (ONO) kooperieren niedergelassene Arzt*innen, Medizinische Versorgungszentren und das Klinikum Fulda.</p> <p><b>Klinikum Fulda</b> Klinikum Fulda gAG   Pacellallee 4   36043 Fulda Telefon: (0661) 84-0   Telefax: (0661) 84-9013 info@klinikum-fulda.de   www.klinikum-fulda.de</p>	<p><b>Klinikum Fulda</b></p> <p>Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) im Onkologischen Netz Osthessen (ONO)</p> <p><b>Behandlungsnachweis</b></p>
<p><b>Erläuterung für Patient*innen:</b> Dieser Behandlungsnachweis gilt als Ausweis, dass Sie in der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) behandelt werden. Bitte führen Sie dieses Dokument mit sich und informieren Sie Ihre behandelnden Arzt*innen, dass Sie in der Versorgungsform „ASV“ eingeschrieben sind.</p> <p>Pat.-Name: _____ ASV: _____ Teamnummer: _____</p>	<p><b>Hinweis für den behandelnden Arzt:</b> Alle Behandlungen, die im Zusammenhang mit der im G-BA konkretisierten Diagnose zur Betreuung von ASV-Patient*innen stehen, sollten von Arzt*innen des ASV-Teams erfolgen (hausärztliche Versorgung ausgenommen). Wir bitten um Information an den weiterbehandelnden Facharzt und um Beachtung bei der Abrechnung der Leistungen.</p> <p><b>Kontakt:</b> Für Fragen steht Ihnen das Onkologische Netz Osthessen (ONO) gerne zur Verfügung. Telefon: (0661) 84-5481 E-Mail: ono@klinikum-fulda.de</p>

### 2. Überweisung prüfen

An Stelle einer BSNR wird die Teamnummer eingefügt

Typ: Ergänzung der Arztstammdaten in der Verwaltungssoftware mit zusätzlicher Teamnummer

<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger <b>AOK Hessen</b> Name, Vorname des Versicherten <b>Test</b> geb. am <b>04.04.00</b> <b>Dr. med. Labor von</b> <b>Teststraße 33</b> <b>D 36037 Fulda</b> Kostenträgerkennung <b>105313145</b>   Versicherten-Nr. <b>1000001</b> Status Praxisstellen-Nr. <b>000003761</b>   Arzt-Nr. <b>41515406</b>   Datum <b>09.03.20</b></p>	<p><b>Überweisungsschein</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V <input type="checkbox"/> bei belegärztlicher Behandlung</p> <p>Quartal <b>1</b>   <b>2</b>   <b>0</b>   <b>06</b></p> <p><input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2</p> <p>Überweisung an _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input checked="" type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung <input type="checkbox"/> AU bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V</p> <p>Diagnose / Verdachtsdiagnose _____</p> <p>Befund / Medikation _____</p> <p>Auftrag _____</p> <p>4233900 MVZ Osthessen GmbH Pacellallee 4 36043 Fulda Tel: 0661/84-335612 od. 845614 Fax: 0661/84-5613 Dr. med. Dipl.-Biol. Michael Frenken FA für Chirurgie <b>Adipositaschirurgie</b> Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes Muster © (10.2014)</p>
--	--

### Teamnummern

ASV Gastrointestinale Tumore 000001769  
ASV Gynäkologische Tumore 000003761  
ASV Urologische Tumore 000005178  
ASV Rheuma 000008222