




Bundesverband
ambulante
spezialfachärztliche
Versorgung e.V.



Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Ihr Weg in den neuen Versorgungsbereich

1. Auflage: Februar 2026

AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

ÜBERBLICK

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) wurde durch die Neufassung des § 116b SGB V zum 01.12.2012 eingeführt. Die Idee: ein ambulantes Versorgungsangebot für Patient:innen mit komplexen oder seltenen Erkrankungen sowie für bestimmte hochspezialisierte Leistungen zu schaffen (siehe Infobox „Indikationen“).

In diesem Versorgungsbereich können bei Vorliegen der Qualifikationsanforderungen sowohl Krankenhäuser als auch niedergelassene Ärzt:innen tätig werden. Ein Kernelement der ASV ist die Verpflichtung zur Bildung interdisziplinärer Teams, bestehend aus einer Teamleitung, einem Kernteam sowie hinzuzuziehenden Fachärzt:innen. Einschlusskriterien für Patient:innen, die Zugangsvoraussetzungen für Leistungserbringer:innen sowie die Zusammensetzung der interdisziplinären ASV-Teams werden in der ASV-Richtlinie und den sogenannten krankheitsspezifischen Konkretisierungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen.

Die Konkretisierung zu den Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung in der ASV ist im Juni 2025 in Kraft getreten. Seitdem ist die Bildung von ASV-Teams für diese Indikation möglich.

BESONDERHEITEN DER ASV

- Ambulante Behandlung komplexer Erkrankungen (seltene Krankheiten bzw. Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf)
- Zugang für Leistungserbringer:innen ausschließlich über Qualifikation, keine Bedarfsplanung
- Zugangsprüfung für ASV-Teams durch die Erweiterten Landesausschüsse (ELA)
- Interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit
- Eigene Vergütungs- und Abrechnungssystematik
- Extrabudgetäre Vergütung
- Abrechnungsmöglichkeit auch für ausgewählte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

STRATEGISCHE CHANCEN

- Positionierung als Schwerpunktzentrum/Fachexpert:in
- Bindung von Zuweiser:innen
- Auf- und Ausbau von Kooperationen ambulant/stationär
- Kooperatives Arbeiten im interdisziplinären Team
- ggf. Gewinnung neuer Patient:innen



WIRTSCHAFTLICHE CHANCEN

- Versicherte aller gesetzlichen Krankenkassen können behandelt werden
- Extrabudgetäre Vergütung mit festen Preisen
- Ambulante Behandlung und Abrechnungsmöglichkeiten für Krankenhäuser, auch für mehrere Abteilungen (z. B. Radiologie, Labor)
- Abrechnung von Leistungen, die in der vertragsärztlichen Versorgung nicht vergütet werden (PET, PET/CT, Vorstellung eines Patienten in der Tumorkonferenz, Vorhaltung einer 24-Stunden-Rufbereitschaft)
- Krankenhäuser können Pauschalen entsprechend der Onkologie-Vereinbarung abrechnen

BEREITS IN DER ASV ENTHALTENE INDIKATIONEN

ERKRANKUNGEN MIT BESONDEREN KRANKHEITSVERLÄUFEN

- Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
- Gynäkologische Tumoren
- Urologische Tumoren
- Hauttumoren
- Tumoren der Lunge und des Thorax
- Kopf- oder Halstumoren
- Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven
- Knochen- und Weichteiltumoren
- Tumoren des Auges
- Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung
- Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene
- Rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- Multiple Sklerose
- Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

SELTENE ERKRANKUNGEN

- Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
- Mukoviszidose
- Hämophilie
- Neuromuskuläre Erkrankungen
- Sarkoidose
- Morbus Wilson
- Marfan-Syndrom
- Pulmonale Hypertonie
- Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation
- Ausgewählte seltene Lebererkrankungen
- Angeborene Skelettsystemfehlbildungen *
- Kurzdarmsyndrom *

* noch nicht in Kraft

(Stand: Januar 2026)

HILFREICHE LINKS

RECHTSQUELLEN UND RICHTLINIEN

- Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung: www.g-ba.de/richtlinien/80/
- Richtlinie zur ambulanten Behandlung am Krankenhaus (nach § 116b SGB V alter Fassung): www.g-ba.de/richtlinien/43/
- Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM): <https://ebm.kbv.de>

WEITERE LINKS

- Informationen zur ASV auf den Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: www.kbv.de/praxis/patientenversorgung/asv
- Appendizes der bereits beschlossenen Konkretisierungen im Excel-Format: www.institut-ba.de/service/asvabrechnung.html
- ASV-Servicestelle: www.asv-servicestelle.de
- Patient:innen-Information des Gemeinsamen Bundesausschusses zur ASV: www.g-ba.de/downloads/17-98-4077/2019-11-05_G-BA_Merkblatt_Patienteninformation_ASV_bf.pdf
- Bundesverband BV ASV: www.bv-asv.de

UMSETZUNG

KRANKHEITSSPEZIFISCHE VORAUSSETZUNGEN

Damit Patient:innen im Rahmen der ASV behandelt werden können, müssen sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Zur Gruppe der Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes bzw. schweren Erkrankungen der Blutbildung im Sinne der ASV-Richtlinie zählen Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer gesicherten Diagnose einer der folgenden Erkrankungen:

ÜBERSICHT ÜBER DIE EINSCHLUSSKRITERIEN FÜR PATIENT:INNEN

- C81.- Hodgkin-Lymphom (Lymphogranulomatose)
- C82.- Follikuläres Lymphom
- C83.- Nicht follikuläres Lymphom
- C84.- Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome
- C85.- Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms
- C86.- Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome
- C88.- Bösartige immunproliferative Krankheiten
- C90.- Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen
- C91.- Lymphatische Leukämie
- C92.- Myeloische Leukämie
- C93.- Monozytenleukämie
- C94.- Sonstige Leukämien näher bezeichneten Zelltyps
- C95.- Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps
- C96.- Sonstige und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
- D45 Polycythaemia vera
- D46.- Myelodysplastische Syndrome
- D47.- Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
- D55.- Anämie durch Enzymdefekte
- D56.0 Alpha- Thalassämie
- D56.1 Beta-Thalassämie
- D56.2 Delta-Beta-Thalassämie
- D56.8 Sonstige Thalassämien

- D57.- Sichelzellenkrankheiten
- E85.9 Amyloidose, nicht näher bezeichnet (Leichtketten-Amyloidose)

nur Formen der Anämie mit kritischer (Pan-) Zytopenie und schwerwiegender Störung der Hämatopoese:

- D59.- Erworbene hämolytische Anämien
- D60.- Erworbene isolierte aplastische Anämie [Erythroblastopenie] [pure red cell aplasia]
- D61.- Sonstige aplastische Anämien
- D64.- sonstige Anämien

nur ITP und sonstige Thrombozytopenien bei chronischem Verlauf mit kritisch erniedrigten Thrombozytenwerten:

- D69.3 Idiopathische thrombozytopenische Purpura
- D69.4- Sonstige primäre Thrombozytopenie
- D69.6- Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet

nur bei chronischem Verlauf und dem Risiko einer vital bedrohlichen Symptomatik:

- D70.- Agranulozytose und Neutropenie
- D71 Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten
- D72.0 Genetisch bedingte Leukozytenanomalien

Bei Langzeitkomplikation/Spättoxizität ist der behandelte Tumor des lymphatischen oder blutbildenden Gewebes als „Zustand nach“ zu dokumentieren.

Neben der gesicherten Diagnose muss der Patient aufgrund der Ausprägung seiner Erkrankung einen Bedarf an einer komplexeren Versorgung aufweisen. Dies betrifft Patient:innen, bei denen eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumorthherapie oder eine regelmäßige Transfusion von Erythrozyten- oder Thrombozytenkonzentraten oder eine andere krankheitsspezifische systemische medikamentöse Therapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

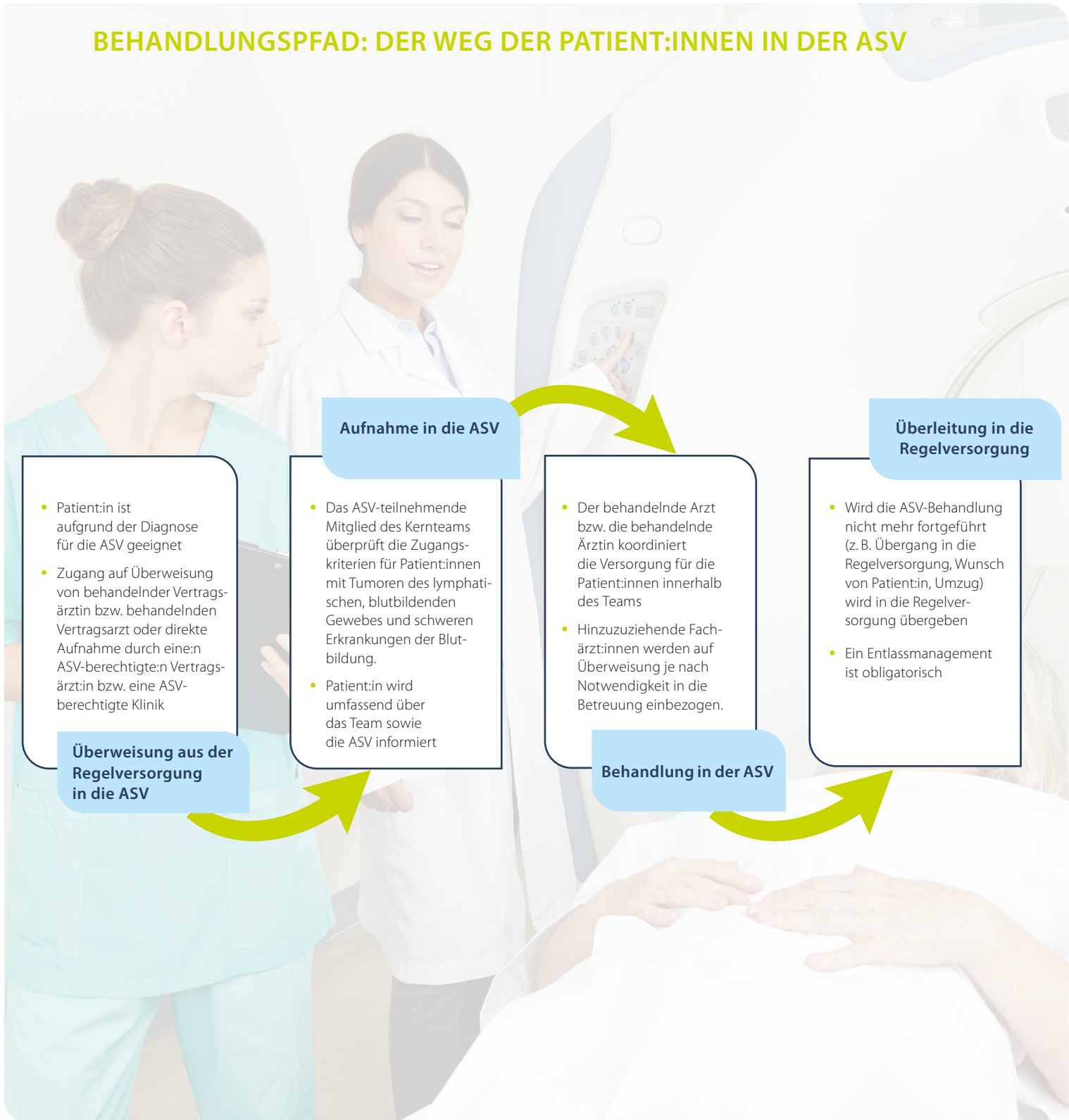
Die ASV-Aufnahme der Patient:innen setzt eine Überweisung durch eine:n behandelnde:n Vertragsärzt:in voraus. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich. Für Patient:innen, die in einem ASV-berechtigten Krankenhaus stationär behandelt wurden, besteht bei ambulanter ASV-Anschlussbehandlung kein Überweisungserfordernis; dasselbe gilt für Bestandspatient:innen von ASV-berechtigten Vertragsärzt:innen.

DER WEG DER PATIENT:INNEN IN DIE ASV

Wie sieht der Versorgungspfad von Patient:innen in der ASV aus?

Im Folgenden haben wir das beispielhaft dargestellt.

BEHANDLUNGSPFAD: DER WEG DER PATIENT:INNEN IN DER ASV



DER WEG DER ÄRZT:INNEN IN DIE ASV

Um als Mediziner:in an der ASV für Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung teilnehmen zu können, müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt werden. So muss ein interdisziplinäres Team gebildet werden, um gemeinsam zum Beispiel Mindestmengen und organisatorische sowie sächliche Voraussetzungen nachzuweisen. Anschließend reicht das Team eine Teilnahmeanzeige beim Erweiterten Landesausschuss (ELA) der jeweiligen Region ein, die grundsätzlich innerhalb von zwei Monaten bearbeitet wird. Sollte innerhalb dieser Frist kein negativer Bescheid vorliegen, ist die ASV-Berechtigung rechtskräftig. Nachforderungen von Unterlagen seitens des ELA hemmen die Frist, d. h. sie läuft erst nach Nachreichung weiter. Berechtigte ASV-Teams werden durch die ASV-Servicestelle (www.asv-servicestelle.de) online veröffentlicht, sofern sie der Veröffentlichung zustimmen und der Servicestelle alle Daten vollständig vorliegen.

CHECKLISTE

Mit der folgenden Checkliste möchten wir Sie bei der Bildung eines ASV-Teams für Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung und der anschließenden ASV-Anzeige unterstützen.

1. Haben Sie Vorteile und Risiken einer Teilnahme abgewogen?

VORTEILE

- Extrabudgetäre Vergütung der Leistungen
- Breite Möglichkeit zur ambulanten Behandlung und Abrechnung (EBM) für Kliniken, einschließlich der Pauschalen entsprechend der Onkologie-Vereinbarung
- Abrechnung von Leistungen, die in der vertragsärztlichen Versorgung nicht vergütet werden (Vorhaltung einer 24h-Rufbereitschaft, Vorstellung des Patienten in der Tumorkonferenz, PET bzw. PET/CT bei ausgewählten Indikationen)
- Möglichkeit zur Intensivierung von Kooperationen
- Strategische Positionierung als Fachexpert:in
- Optimale interdisziplinäre und intersektorale Patient:innenbetreuung
- Berechtigung zeitlich unbegrenzt
- Ggf. Gewinnung neuer Patient:innen

POTENZIELLE NACHTEILE

- Konflikt mit Zuweiser:innen oder Kooperationspartner:innen, die nicht an der ASV teilnehmen können/wollen
- Organisatorischer Aufwand für die Vorbereitung der Teilnahme
- Kosten für die Einrichtung der ASV (z. B. Abrechnungssoftware)
- Höherer Aufwand für die laufende Umsetzung und Verwaltung der ASV neben der Regelversorgung

2. Wer übernimmt die Teamleitung?

Die Teamleitung übernimmt die fachliche und organisatorische Koordination der ASV. Bei Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung wird die Teamleitung durch einen Facharzt bzw. eine Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie wahrgenommen.

Im Forum des BV ASV können Sie sich mit anderen ASV Teams zu Fragen rund um die ASV austauschen:

www.bv-asv.de/unsere-leistungen/asvimdialog/

3. Sind ausreichend Kolleg:innen an einer Teilnahme interessiert, um ein interdisziplinäres Team aus Kernteammitgliedern und hinzuzuziehenden Fachärzt:innen zusammenzustellen?

Folgende Fachgruppen sind zwingend mit ein oder mehreren Vertreter:innen im ASV-Team vorzuhalten:

TEAMLEITUNG:

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

KERNTTEAM:

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie

Berechtigt zur Teilnahme sind neben Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

HINZUZUZIEHENDE FACHÄRZT:INNEN:

- Allgemein- und/oder Viszeralchirurgie
- Anästhesiologie
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und/oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie

Zusätzlich können ein Facharzt/eine Fachärztin für Neurochirurgie und/oder für Transfusionsmedizin benannt werden.

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

TIPPS: Es ist sinnvoll, die Kernteammitglieder doppelt zu besetzen, damit das ASV-Team auch nach dem Ausscheiden eines Mitglieds – trotz Übergangsfrist – weiterhin handlungsfähig bleibt.

Bundesweit bestehen inzwischen über 1.250 ASV-Teams der verschiedenen Indikationen. Sollten Sie Schwierigkeiten haben, eine:n Kolleg:in einer bestimmten Fachgruppe zu gewinnen, prüfen Sie unter www.asv-servicestelle.de, welcher Vertreter:in dieser Fachgruppe in Ihrer Region bereits an einem (anderen) ASV-Team beteiligt ist.

4. Ist Ihr Team ausreichend schnell erreichbar?

An Patient:innen arbeitende Ärzt:innen müssen in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung praktizieren, das sind für Kernteammitglieder in der Regel maximal 30 Minuten. Die Entfernung wird in der Regel mit Hilfe gängiger Online-Kartendienste bestimmt (günstigste Verkehrsverbindung). Der ELA kann abhängig von der regionalen Versorgungssituation Abweichungen zulassen, sodass auch weiter entfernte Teammitglieder einbezogen werden können, zum Beispiel da wo eine bestimmte Fachgruppe näher nicht verfügbar ist. Falls Teammitglieder mehr als 30 Minuten entfernt sind, sollten Sie unbedingt versuchen, eine Ausnahmeregelung zu erwirken.

5. Wird die teambezogene Mindestmenge erfüllt?

Um an der ASV teilnehmen zu können, muss das Kernteam mindestens 90 Patient:innen mit gesicherten Diagnosen der eingeschlossenen Erkrankungen pro Jahr behandeln. Die Patient:innen der Kernteammitglieder werden dabei addiert. Einbezogen werden gesetzlich und privat Versicherte, auch die Behandlungsform (stationär, ambulant) spielt keine Rolle. Die Mindestmenge ist für den 12-Monats-Zeitraum vor der Anzeige nachzuweisen und dann für jedes Jahr der ASV-Tätigkeit. Im Jahr vor der Anzeige und im ersten Jahr der ASV-Teilnahme ist eine Unterschreitung von bis zu 50 Prozent zulässig.

Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen: Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

6. Erfüllen Sie die Anforderungen an die Qualitätsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V?

In der ASV gelten, wie in der vertragsärztlichen Versorgung, die Qualitätsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V (QSV) entsprechend. Das bedeutet, dass bestimmte Leistungen, die Teil des in der ASV abrechenbaren Ziffernkranzes sind, weitere Qualifikationsnachweise vorgelegt werden müssen. Diese müssen bei der ASV-Anzeige beim ELA nachgewiesen werden. Während Niedergelassene den Nachweis über eine vorhandene Abrechnungsgenehmigung der KV bzw. durch einen Verweis auf ihre Arztregisterakte bei der KV erledigen können, müssen Krankenhausärzte in der Regel zusätzliche Zeugnisse oder Bescheinigungen vorlegen.

Betroffen sind zum Beispiel Ultraschall-Leistungen. Für einige dieser genehmigungspflichtigen Leistungen hat der G-BA Anforderungen im § 4a der ASV Richtlinie sowie der zugehörigen Anlage festgelegt. Für alle anderen Leistungen, für die es QSV gibt, legen die ELA die nachzuweisenden Unterlagen fest.

7. Sind die weiteren Teilnahmevoraussetzungen erfüllt?

Personelle Anforderungen (z.B. Erfüllung von Qualitätsanforderungen von Qualitätsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V, sofern diese für Leistungen des Behandlungsumfangs zutreffen).

Sächliche und organisatorische Anforderungen (z.B. 24h-Notfallversorgung und Rufbereitschaft, interdisziplinäre Tumorkonferenz, Möglichkeit zu intensivmedizinischer Behandlung, mehrheitlich onkologisch qualifiziertes Pflegepersonal).

Die Anforderungen (z.B. Intensivstation) können auch durch die Bildung von Kooperationen erfüllt werden. Eine vollständige Übersicht über alle Teilnahmevoraussetzungen finden Sie in der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116 b SGB V – ASV-RL, auf <https://www.g-ba.de/richtlinien/80/>

8. Sind mögliche Kooperationsvereinbarungen erarbeitet und abgeschlossen?

Die sektorenübergreifende Kooperation (siehe 9.) ist vertraglich zu vereinbaren und dem ELA vorzulegen. Ob auch die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team in einem Vertrag zu vereinbaren ist, ist von ELA zu ELA unterschiedlich. Diverse Berufsverbände stellen ihren Mitgliedern für diese Verträge Vorlagen zur Verfügung.

Eine Rechtsberatung ist ergänzend ratsam. Wichtige Punkte, die Sie u. a. regeln sollten:

- Entscheidungsprozesse im Team
- Ausscheiden und Eintritt neuer Mitglieder
- Haftpflichtdeckung
- Teaminterne Standards, z. B. Patient:inneninformationen
- Behandlungspfade und Abläufe im interdisziplinären Team
- Informationspflichten

9. Ist die Kooperation sektorenübergreifend?

In der Onkologie ist auch eine sektorenübergreifende Kooperation vorgeschrieben: Das interdisziplinäre Team (siehe Frage 3) muss sowohl aus Klinik- als auch aus Vertragsärzten gebildet werden. Dabei reicht es aus, wenn ein Arzt des ASV-Teams aus dem jeweils anderen Sektor kommt. Alternativ kann auch eine separate Kooperation mit dem jeweils anderen Sektor geschlossen werden. Die Kooperation muss die Abstimmung von Behandlungspfaden sowie eine zweimal jährlich stattfindende, qualitätsorientierte Konferenz umfassen.

Profitieren Sie von den Vorteilen einer Mitgliedschaft beim Bundesverband ASV.

Mehr Informationen dazu finden Sie auf:

www.bv-asv.de/verband/mitglied-werden/

10. Wie setzen Sie die ASV technisch um?

Aktuell rechnet jedes Teammitglied seine ASV-Leistungen direkt und eigenverantwortlich mit den Krankenkassen ab. Vertragsärzt:innen können die KV als Abrechnungsdienstleister beauftragen. Für die Leistungserfassung wird dabei in der Regel das vorhandene Praxisverwaltungssystem genutzt. Meist muss diese Funktion freigeschaltet werden. Krankenhäuser müssen die ASV-Abrechnung im Krankenhausinformationssystem (KIS) implementieren und sie über die reguläre Krankenhausabrechnung übermitteln. Eine gemeinsame Fallakte ist in der ASV keine Pflicht, allerdings müssen zumindest die Mitglieder des Kernteams zeitnah Zugriff auf die Befund- und Behandlungsdokumentationen haben.

11. Was benötigen Sie für die Anzeige beim ELA?

Die ELA stellen Anzeigenvordrucke für die einzelnen ASV-Erkrankungen zur Verfügung, die man verwenden sollte. Erstreckt sich das Team über die Zuständigkeitsgebiete mehrerer ELA, so ist der Ort der Teamleitung maßgeblich. Abhängig von der Prüftiefe der einzelnen ELA sind neben der ausgefüllten und unterschriebenen Anzeige weitere Unterlagen beizufügen, wie z. B. der Kooperationsvertrag des interdisziplinären Teams sowie ggf. Nachweise über Qualifikationen der einzelnen Teammitglieder (Zeugnisse etc.). Vertragsärzt:innen können den ELA in der Regel berechtigen, Zugriff auf die Unterlagen bei der KV zu nehmen, was den Aufwand deutlich reduziert. Sinnvollerweise wird ein:e Ansprechpartner:in benannt, z. B. aus der Klinikverwaltung, welche:r sich um die Zusammenführung der Unterlagen kümmert.

12. Was benötigt die ASV-Servicestelle?

Die ASV-Servicestelle (www.asv-servicestelle.de) vergibt die Teamnummer, die Sie für die Abrechnung benötigen. Dafür werden Daten Ihres ASV-Teams benötigt, die zum Teil über die der Teilnahmeanzeige hinausgehen, z. B. das Institutionskennzeichen (IK) der Teammitglieder bzw. von deren Abrechnungsdienstleister (KV). Registrieren Sie sich daher frühzeitig auf der Internetseite und prüfen Sie die benötigten Daten. Holen Sie diese idealerweise parallel zu den Informationen und Unterlagen für die Anzeige ein.

13. Ab wann sind Sie zur ASV-Teilnahme berechtigt?

Es gilt eine Anzeigepflicht, keine Genehmigungspflicht. Wenn Sie zwei Monate nach der Eingangsbestätigung Ihrer Unterlagen nichts vom ELA hören, sind Sie zur ASV-Teilnahme berechtigt. Alle ELA versenden jedoch eine Bestätigung, dass alle Anforderungen erfüllt wurden. Sollten Sie Unterlagen nachreichen müssen, wird diese Zwei-Monatsfrist unterbrochen und läuft nach Einreichung der Dokumente weiter. Generell empfiehlt es sich, mit der ASV-Tätigkeit zum Quartalsbeginn zu starten. Bei Vorliegen einer ASV-Berechtigung sind Sie nicht verpflichtet, umgehend die ASV umzusetzen.

VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

Für die ASV gilt ein eigenes Vergütungs- und Abrechnungssystem. Der G-BA definiert pro ASV-Indikation den sogenannten „Behandlungsumfang“ aus den ambulanten Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht und abgerechnet werden können. In der Konkretisierung wird dieser Behandlungsumfang qualitativ beschrieben. Im sogenannten Appendix (Anhang zur Konkretisierung) wird er auf Ebene einzelner Ziffern exakt verbindlich definiert. ASV-zugelassene Krankenhäuser können – über den Behandlungsumfang hinaus – weitere fachärztliche Leistungen erbringen, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang mit der ASV-Erkrankung stehen, im selben Krankenhaus erbracht werden und Patient:innen eine Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung nicht zuzumuten ist. Die Abrechnung solcher weiteren Leistungen gestaltet sich in der Realität jedoch schwierig.

ABRECHNUNG NACH DER REGIONALEN EURO-GEBÜHRENORDNUNG

Da die ASV-Leistungen vorerst sowohl durch Vertragsärzt:innen als auch durch Krankenhäuser nach dem EBM abgerechnet werden, gilt die regionale Euro-Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung. Allerdings werden ASV-Leistungen direkt durch die Krankenkassen vergütet, d. h. ohne Budgetierung.

NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

Der G-BA kann in den Behandlungsumfang auch Leistungen aufnehmen, die bislang nicht Bestandteil des ambulanten Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen sind. Diese Leistungen werden dann zunächst nach GOÄ vergütet, bis der ergänzte Bewertungsausschuss dafür eigene Gebührenordnungspositionen im Kapitel 50 und 51 des EBM geschaffen hat.

Es gelten folgende Steigerungssätze:

Abschnitt M der GOÄ	Laborleistungen	x 1,0
Nr. 437 GOÄ	Labor bei Intensivbehandlung	
Abschnitt A der GOÄ	Gebühren in besonderen Fällen	x 1,2
Abschnitt E der GOÄ	Physik.-med. Leistungen	
Abschnitt O der GOÄ	Strahlenmedizin/MRT	
Übrige Leistungen		x 1,5

Eine Auflistung der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finden Sie rechts auf Seite 11

SONDERFALL: ONKOLOGIE-VEREINBARUNG

Im Behandlungsumfang sind Pauschalen entsprechend der Onkologie-Vereinbarung enthalten. Diese können auch in der ASV in den regional jeweils gültigen Höhen abgerechnet werden. Dabei gilt: Werden die Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung im Rahmen der ASV abgerechnet, sind sie bei demselben Patienten im selben Quartal bei einer Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Regelversorgung nicht berechnungsfähig. Wechselt der Patient im Quartal den Versorgungsbereich und gleichzeitig den Behandler (d. h. sein bisheriger behandelnder Arzt oder ein anderer Arzt derselben Berufsausübungsgemeinschaft/desselben MVZ ist nicht Teil des ASV-Kernteam, das die ASV-Behandlung übernimmt), so können die Kostenpauschalen im selben Quartal je einmal im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und einmal in der ASV abgerechnet werden.

BESCHLOSSENE NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN FÜR TUMOREN DES LYMPHATISCHEN, BLUTBILDENDEN GEWEBES UND SCHWERE ERKRANKUNGEN DER BLUTBILDUNG

Folgende neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs) wurden übergreifend für alle Tumorgruppen aufgenommen:

- PET/PET-CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose bei malignen Lymphomen oder extramedullären Leukämieherden zur Therapieplanung
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86510 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zum Zeitpunkt der Drucklegung der Broschüre war die Aufnahme einer Ziffer entsprechend der 86522 der Onkologie-Vereinbarung noch nicht umgesetzt, sie war jedoch in Planung

NÄCHSTER SCHRITT: EIGENE GEBÜHRENORDNUNG

Laut Gesetz soll eine eigene Gebührenordnung für die ASV entwickelt werden. Ein Zeitplan liegt dafür noch nicht vor.

VERORDNUNGEN

Seit dem 1. Januar 2024 ist das eRezept verpflichtend für die Verordnung von allen verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine abweichende Regelung für die Verordnung innerhalb der ASV ist nicht vorgesehen.

Auf dem eRezept müssen das entsprechende ASV-Kennzeichen und die ASV-Teamnummer sowie bei einer Ausstellung im Krankenhaus die ASV-Fachgruppennummer des Arztes angegeben werden. Das ASV-Kennzeichen musste auch bereits auf den Papiermustern im Personalienfeld (im Statusfeld) angegeben sein: Der Versichertenstatus des Patienten wird an der letzten Stelle um „01“ ergänzt. Für Rezepturen wird vorerst weiterhin auf das Papierrezept zurückgegriffen. Hier ist ein eigener ASV-Rezeptblock nötig, der in der Codierzeile mit der Pseudoziffer „22222222“ gekennzeichnet ist. Auch hier wird ins BSNR-Feld die ASV-Teamnummer eingetragen.

DER BUNDESVERBAND ASV

Wir vertreten fachgruppenübergreifend die Interessen von hochspezialisierten ambulant tätigen Ärztinnen, Ärzten, ASV-Koordinator:innen und ASV-Manager:innen in Klinik, Praxis und MVZ. Wichtig ist uns, die Umsetzung der ASV aktiv mitzugestalten und für sinnvolle und pragmatische Regelungen einzutreten. Wir unterstützen und fördern unsere Mitglieder durch Fortbildungsangebote, Informationen und natürlich den Erfahrungsaustausch der ASV-Teams untereinander.

Werden Sie Mitglied: www.bv-asv.de/verband/mitglied-werden/

IMPRESSUM

Dr. med. Robert Dengler, Vorsitzender des Vorstands
PD Dr. Harald Rau, stellvertretender Vorsitzender des Vorstands
Sonja Froschauer, Geschäftsführender Vorstand

Dr.-Max-Str. 21, 82031 Grünwald bei München
Amtsgericht München VR 203940, Steuernummer: 143/236/02191

Bildnachweise: Titel: National Cancer Institute/unsplash | S. 3: Blue Planet Studio/stock.adobe | S. 5: Fotolia

Ergänzung zur Geschlechterneutralität:

Alle Personen- und Funktionsbezeichnungen beziehen sich in gleicher Weise auf Frauen und Männer. Die alleinige Verwendung der männlichen Form an einigen Stellen dient der besseren Lesbarkeit des Textes. Der Gender-Doppelpunkt soll die geschlechtliche Vielfalt (m/w/d) auf der sprachlichen Ebene verdeutlichen.

Stand: Februar 2026

Diese Broschüre entstand in Zusammenarbeit mit



SERVIER
moved by you

QUELLEN

- § 116b SGB V in der am 23.10.2023 gültigen Fassung
- Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung
- Handbuch zur ASV, 2. aktualisierte Auflage, Kohlhammer Verlag, November 2024