

Schöne neue ASV-Welt?

Ergebnisse einer Umfrage unter ASV-Teamleitern

SONJA FROSCHAUER-HÄFELE,
HELEN GRUPP,
ROGER JAECKEL,
CHRISTOFF JENSCHKE,
AXEL MUNTE,
SABINE PÖTTGEN,
ROBIN RÜSENBERG

Sonja Froschauer-Häfele
ist Geschäftsführerin beim
Bundesverband ambulante
spezialfachärztliche
Versorgung e. V., München

Dr. Helen Grupp
ist Referentin beim
Bundesverband Managed
Care e. V., Berlin

Prof. Roger Jaeckel* ist
Market Access Director
D.A.CH bei Baxter
Deutschland GmbH

Prof. Dr. Christoff Jenschke,
LL.M. (Lond.) ist Professor
für Wirtschafts- und
Gesundheitsrecht an der bbw
Hochschule, Berlin

Dr. Axel Munte ist im
Vorstand des Bundesverbandes
ambulante spezialfachärztliche
Versorgung e. V., München

Sabine Pöttgen ist
studentische Mitarbeiterin an
der bbw Hochschule, Berlin

Robin Rüsenberg* ist
Geschäftsführer der Deutschen
Arbeitsgemeinschaft
niedergelassener Ärzte in der
Versorgung HIV-Infizierter
e. V., Berlin

Die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) wurde durch die Neufassung des §116b SGB V zum 1. Januar 2012 eingeführt. Derzeit wird jedoch die Einführung nicht im Sinne eines Monitoring begleitet. Um Erkenntnisse über die Versorgungsrealität innerhalb der ASV zu gewinnen, wurde Ende 2016 eine Umfrage unter berechtigten ASV-Teams durchgeführt. Insgesamt spiegelte sich die Idee der ASV, die sektorenübergreifende Versorgung zu stärken, in der Empirie wider. Der ASV als neues Strukturelement in der fachärztlichen Versorgung wird zudem eine perspektivisch nutzenstiftende Rolle zugesprochen.

1. Hintergrund

Die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V beginnt Anfang 2017 ihr 5-jähriges Jubiläum. Zum 1. Januar 2012 hatte der Gesetzgeber den neuen Versorgungssektor durch die Neugestaltung des § 116b SGB V im Zuge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) eingeführt. „Die ASV ist ein Angebot für Patientinnen und Patienten mit bestimmten seltenen oder sehr komplexen Krankheiten mit dem Ziel, deren Versorgung zu verbessern“, so der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der die krankheitsspezifischen Detailregelungen zu erarbeiten hat: „Eine ASV wird entweder von Krankenhäusern oder niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten oder beiden gemeinsam angeboten“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016).

Feststellung zum Jubiläum wollte jedoch nicht aufkommen. Vielmehr wird eine erfolgreiche Zukunft der ASV angezweifelt (Merten 2017). Grundsätzlich herrscht bei den beteiligten Akteuren und in der Politik Ernüchterung, da sich die Umsetzung innerhalb des G-BA, in den ergänzenden Selbstverwaltungsgremien

sowie in den Regionen als mühselig erwiesen hat (Leber/Wasem 2016; Hennrich 2017; Jaeckel et al. 2013; Raskop 2017). Allen Urteilen über Erfolg oder Misserfolg der ASV liegt jedoch bisher nur sehr wenig empirische Evidenz über die Versorgungsrealität des neuen Sektors zugrunde. Bis Anfang 2017 hatte der G-BA zeitversetzt die Konkretisierungen für Tuberkulose (Tbc), gastrointestinale Tumoren (GiT), gynäkologische Tumoren, Marfan-Syndrom, Pulmonale Hypertonie sowie Mukoviszidose und Rheuma verabschiedet. Bis Januar 2017 gab es jedoch nur 40 ASV-Teams zur Behandlung der GiT und 22 für Tbc, die sich sehr heterogen auf die KV-Regionen verteilt. Die Krankenkassen verzeichneten 1.550 (Tbc) bzw. 4.153 (GiT) Quartalspatienten (Leber 2017). Erste Trends im ASV-Tbc-Versorgungsgeschehen zeichnen ein regional sehr heterogenes Bild mit noch geringer Dynamik, bei der allerdings die Idee der „gemischten“ Teams zu funktionieren scheint (Jaeckel/Rüsenberg 2016; Lange 2015). Die Bundesregierung selbst verweist auf die zum

* Der Beitrag gibt die persönliche Meinung des Autors wieder.

31. März 2017 vorzulegende gemeinsame Evaluation von GKV-Spitzenverband, Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG), zu der das GKV-VStG verpflichtet (Bundesministerium für Gesundheit 2016).

Natürgemäß sind offizielle Statistiken und Abrechnungsdaten in ihrer Aussagekraft beschränkt. Bereits für sein Sondergutachten 2012 hatte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen eine Untersuchung zur ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser nach der alten Rechtslage des § 116b SGB V durchgeführt (Sachverständigenrat Gesundheit 2012: 249-270). Der Fokus lag neben Fallzahlen und gewählten Indikationen nicht zuletzt auf der Darstellung von Motiven, Plänen und Zukunftsaussichten der Krankenhäuser bezüglich der ambulanten Leistungserbringung. Um Erkenntnisse über die Versorgungsrealität innerhalb der ASV zu gewinnen, haben die bbw Hochschule¹, der Bundesverband Managed Care e.V. und der Bundesverband ASV e.V. Ende 2016 eine Umfrage unter berechtigten ASV-Teams durchgeführt.

2. Studiendesign und Methode

Vom 6. Oktober bis zum 26. November 2016 fand eine Befragung per Fragebogen statt, zu der bundesweit 54 ASV-Teamleiter eingeladen wurden. Die Kontaktdaten der Teamleiter wurden der Website der ASV-Servicestelle (<https://www.asv-servicestelle.de>) entnommen. Die Einladungen zur Befragung wurden entweder postalisch oder über das Onlinetool „Umfrage Online“ (www.umfrageonline.com) an die Teamleiter versandt. Die Schwerpunkte der Befragung lagen auf den folgenden Themen: 1) Allgemeine Angaben zum ASV-Team, 2) Angaben zum Anzeigeverfahren, 3) Angaben zur Versorgungspraxis, 4) Verbesserungsbedarf in der ASV.

Zum Zeitpunkt der Auswertung im Dezember 2016 lagen von insgesamt 20 Teamleitern vollständige und damit verwertbare Antworten vor. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 37%. Die Rücklaufquote des Sachverständigenrats Gesundheit im Jahr 2012 war mit fast 41% folglich nur geringfügig höher (Sachverständigenrat Gesundheit 2012: 251).

3. Ergebnisse der Befragung

3.1 Allgemeine Angaben zum Profil des ASV-Teams

Von den Umfrageteilnehmern nahmen 11 für die Indikation GiT und 9 für die Indikation Tbc an der ASV teil.² Jeweils 6 Teamleiter waren in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen ansässig. Aus Bayern, Hessen und Niedersachsen stammte jeweils ein Teamleiter. Weitere 3 Teamleiter kamen aus Sachsen-Anhalt, 2 aus Berlin.

Im Durchschnitt gehörten einem ASV-Kernteam 8 Ärzte an. Die Gruppe der hinzuzuziehenden Fachärzte umfasste durchschnittlich 24 Ärzte. Unterschiede hinsichtlich der Größe des Kernteams wurden bei Differenzierung nach der Indikation sichtbar. Mit durchschnittlich 5 Ärzten im Kernteam waren Tbc-Teams kleiner als GiT-Teams, deren Kernteams durchschnittlich 12 Ärzte angehörten. Die Gruppe der hinzuzuziehenden Fachärzte war hingegen in beiden Indikationen ähnlich groß. Bei den Tbc-Teams umfasste sie durchschnittlich 25 Ärzte, bei den GiT-Teams 24 Ärzte. Die unterschiedliche Größe der Kernteams könnte auf die Vorgaben des G-BA zur Teamzusammensetzung zurückzuführen sein. So sieht die Konkretisierung zu GiT vor, dass das Kernteam (einschließlich Teamleitung) insgesamt 6 Fachgruppen umfasst. In der Tbc sind lediglich 2 Fachgruppen vorzuhalten.

Bei der Beschäftigungssituation der ASV-Teamleitung zeigte sich ein eindeutiges Bild. 12 Teamleiter waren in einem stationären Umfeld tätig. Davon waren 11 in einem Krankenhaus angestellt, lediglich ein Teamleiter arbeitete im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) eines Krankenhauses. Dahingegen waren 7 Teamleiter Vertragsärzte. Bei den vertragsärztlichen Teamleitern fanden sich keine regionalen oder indikationsspezifischen Besonderheiten. Bei den im Krankenhaus ansässigen Teamleitern fiel hingegen auf, dass fast die Hälfte in jenen Bundesländern – konkret: Baden-Württemberg, Bayern und Sachsen-Anhalt – tätig war, die vor dem Jahr 2012 nur außergewöhnlich wenige Bestimmungen nach der alten Fassung des § 116b SGB V hatten (Leber 2017).

Aus der starken Präsenz des stationären Sektors bei der ASV-Teamleitung sollte nicht geschlossen werden, dass die

Vertragsärzteschaft im ASV-Team nicht vertreten ist. Dies zeigte sich bei Betrachtung der Beschäftigungssituation der Kernteammitglieder. Demzufolge waren in 80% der Kernteams Krankenhausärzte. Es fanden sich in 70% der Kernteams jedoch ebenfalls Vertragsärzte. Zudem fiel auf, dass fast die Hälfte der ASV-Kernteams Ärzte aus einem MVZ in vertragsärztlicher oder gemischter Trägerschaft aufwies. Angestellte Ärzte eines MVZ, das sich in alleiniger Trägerschaft eines Krankenhauses befand, waren hingegen in nur 25% der Teams vertreten. Insbesondere Teamleiter aus dem stationären Sektor griffen offenbar gerne auf Vertragsärzte für ihr Kernteam zurück, lediglich zwei hatten ein reines „Krankenhaus-Team“ zusammengestellt. Ein ähnliches Bild ergab sich bei einer Differenzierung nach der Indikation: 91% der GiT-Teams und 56% der Tbc-Teams waren „gemischt“. Diese Zahlen geben die Erkenntnisse der Bundesregierung wieder, die im Februar 2016 von 100% (GiT) bzw. 50% (Tbc) „gemischten“ Teams berichtet hatte (Bundesministerium für Gesundheit 2016: 12-13). Der hohe Anteil im Rahmen der GiT-ASV ist jedoch nicht verwunderlich, da hier eine sektorenübergreifende Kooperation gesetzlich vorgeschrieben ist.

3.2 Bewertung des Anzeigeverfahrens zur ASV

Der zweite Fragenkomplex widmete sich Fragen hinsichtlich des Anzeigeverfahrens bei den erweiterten Landesausschüssen (eLA).

Gefragt nach den maßgeblich Beteiligten an den Vorbereitungen zur Teilnahme an der ASV, nannten 17 Teams die ärztlichen Mitglieder des Teams. Mitarbeiter der Krankenhausverwaltung wurden von 8 Teams genannt, Praxismitarbeiter von 6 Teams. Bei 2 Teams waren auch Externe, etwa Berater oder Anwälte, entscheidend an den Vorbereitungen zur Teilnahme an der ASV beteiligt.

Bei Betrachtung der Antworten nach Indikation fiel auf, dass bei allen Tbc-Teams die Teamärzte maßgeblich beteiligt

1 Die bbw Hochschule verfolgt in Kooperation mit dem Bundesverband ASV die Einführung der ASV in Form einer langfristigen Begleitstudie: <http://www.asvstudie.de>

2 Nicht alle Teilnehmer haben auf jede Frage geantwortet. Die Gesamtzahl der Antworten variiert somit in der folgenden Ergebnisdarstellung.

waren. Bei den GiT-Teams war dies bei 70% der Fall. Es lässt sich folglich erkennen, dass auch die Vorbereitungsarbeiten häufig von den Ärzten selbst bewältigt werden mussten.

Bei drei Viertel der Teams hatte der zuständige eLA beim Anzeigeverfahren Unterlagen nachgefordert. Nur bei einem Viertel waren die Anzeigedokumente somit von vorneherein als vollständig beurteilt worden. Betrachtet man die Antworten getrennt nach Indikationen, ergibt sich ein interessantes Bild: Bei der Indikation GiT erhielten 63% der Teams Nachforderungen, während der Anteil bei den Tbc-Teams bei 89% lag. An dieser Stelle stellt sich die Frage, ob die Antragsbögen der eLA für die Indikation Tuberkulose ggf. Anlass dazu gaben, dass nicht alle Unterlagen vollständig eingereicht wurden.

Die Teams wurden weiterhin gefragt, ob ihre ASV-Berechtigung durch eine entsprechende Mitteilung des eLA (Positivbescheid) oder durch ein Verstrecken der Zweimonatsfrist ohne Mitteilung durch den eLA erfolgte. Letzteres traf lediglich bei einem GiT-Team zu. Die Beantwortung dieser Frage zeigte deutlich, dass die eLA die Prüfung der Anzeigen ernst nehmen. Fällt die Prüfung positiv aus, erhält das Team üblicherweise eine entsprechende Nachricht durch den eLA. Dies bringt insbesondere in Bezug auf Rechtsklarheit und -sicherheit Vorteile.

Zudem sollten die Teams das Anzeigeverfahren in Bezug auf den zeitlichen Aufwand für die Erstellung der Anzeige, den Umfang der einzureichenden Unterlagen sowie die Serviceorientierung des eLA, etwa in Hinblick auf die Erreichbarkeit und Auskunftsbereitschaft, beurteilen.

Nur einem Team erschien der zeitliche Aufwand als sehr angemessen und es kreuzte hier „sehr gut“ an. 20% der Teams beurteilten den zeitlichen Aufwand als „eher gut“. Mit 45% gab fast die Hälfte der Teams das Votum „eher schlecht“ ab, weitere 30% waren unzufrieden und beurteilten den zeitlichen Aufwand als „sehr schlecht“. Um die ASV attraktiver zu gestalten, sollte der zeitliche Aufwand somit deutlich reduziert werden.

Hinsichtlich des Umfanges der einzureichenden Unterlagen zeichnete sich ein ähnliches Bild. Nur 5% der Teams vergaben die Note „sehr gut“. Immerhin 25% der Teams beurteilten den Umfang einzureichender Unterlagen als „eher gut“. Jeweils 35% der Teams vergaben die Noten „eher schlecht“ bzw. „sehr

schlecht“. Auch hier erscheint eine Vereinfachung des Verfahrens, bspw. durch Heranziehen von bereits bei anderen Behörden vorliegenden Unterlagen durch den eLA selbst, angebracht.

Die Serviceorientierung der eLA wurde dagegen deutlich besser beurteilt. Hier benoteten 35% der Teams das Anzeigeverfahren in Bezug auf die Serviceorientierung des eLA als „sehr gut“, 30% der Teams vergaben die Note „eher gut“ und 15% die Note „eher schlecht“. Als „sehr schlecht“ wurde die Serviceorientierung des eLA von 20% der Teams beurteilt, hierunter fanden sich 3 Tbc-Teams und ein GiT-Team. Diese Antworten zeigen, dass die Erfahrungen der Teams mit den verschiedenen eLA offenbar sehr ambivalent sind. An der Serviceorientierung mancher eLA darf daher noch gearbeitet werden.

Gefragt nach der Gesamtzufriedenheit mit dem Anzeigeverfahren, erhielten die eLA recht annehmbare Noten

Tbc eher stagnierten, zeigte sich bei der Indikation GiT ein starker Anstieg der Patientenzahlen im Vergleich zum 2. Quartal 2016 mit 982 Patienten. Über die Gründe hierfür – etwa der Wegfall der Eingrenzung auf schwere Verlaufformen bei onkologischen Erkrankungen im Juli 2016, ein Mehr an ASV-GiT-Teams, Überwindung von Problemen der Anfangsphase – kann nur spekuliert werden. Auch die Zukunftsaussichten sind indikationsabhängig unterschiedlich optimistisch. Für das Jahr 2017 liegen die Schätzungen der Tbc-Teamleiter mit durchschnittlich 117 Patienten unter denen der GiT-Teamleiter mit durchschnittlich 163 Patienten. In diesem Zusammenhang ist allerdings anzumerken, dass ein Teamleiter die Frage nach der Anzahl zu erwartender Patienten mit „0“ angab, was den Durchschnittswert deutlich senkte. Der Grund für diese Angabe wurde nicht genannt.

Weiterhin wurden die Befragten gebeten, die Distanz zwischen ihrem Standort als Teamleiter und dem Wohnort der Mehrheit ihrer Patienten zu schätzen. Über alle Antworten hinweg betrug diese durchschnittlich 28 km. Dabei war der Standort der Teamleiter, die für Tbc an der ASV teilnehmen, mit durchschnittlich 34 km weiter von den Patienten entfernt als der von Teamleitern, die für GiT an der ASV teilnahmen. Hier betrug die durchschnittliche Distanz 21 km.

Die geringen Patientenzahlangaben sowie die größere Distanz zum Standort des Teamleiters, die bei der Indikation Tbc deutlich wurden, hängen vermutlich mit der geringeren Prävalenz der Erkrankung zusammen (Raskop 2017). In diesem Zusammenhang wurden bereits Forderungen laut, für seltene Erkrankungen andere Strukturen als die ASV zu finden (Munte/Froschauer 2016). Auch Aussagen von Teamleitern wiesen darauf hin, dass sich aufgrund einer ASV-Teilnahme die Zahl zugewiesener Tbc-Patienten zumindest kurzfristig nicht ändere (Lange 2015).

Eine Vereinfachung des Anzeigeverfahrens zur ASV erscheint angebracht.

ausgestellt. 10% der Teams waren „sehr zufrieden“ und 45% äußerten sich „zufrieden“.³ Dahingegen waren 25% der Teams „unzufrieden“ und 20% sogar „sehr unzufrieden“ mit den Gesamtumständen des Anzeigeverfahrens.

3.3 Angaben zur Versorgungspraxis

Über beide Indikationen hinweg gaben die Teamleiter an, im 2. Quartal 2016 durchschnittlich 44 Patienten behandelt zu haben. Um das Potenzial der ASV abschätzen zu können, wurden sie weiterhin gebeten, eine Prognose für das gesamte Jahr 2017 abzugeben. Hier schätzten sie, dass ihr Team durchschnittlich 141 Patienten behandeln wird.

Es zeigten sich Unterschiede hinsichtlich der Indikation. Mit durchschnittlich 27 Patienten im 2. Quartal 2016 behandelten Tbc-Teamleiter weniger Patienten als GiT-Teamleiter mit durchschnittlich 61 Patienten. Dies wird durch Daten des GKV-Spitzenverbands gestützt: Im 3. Quartal 2016 wurden mit 2.207 deutlich mehr GiT- als Tbc-Patienten (379) behandelt (Leber 2017). Während die Zahlen bei der Indikation

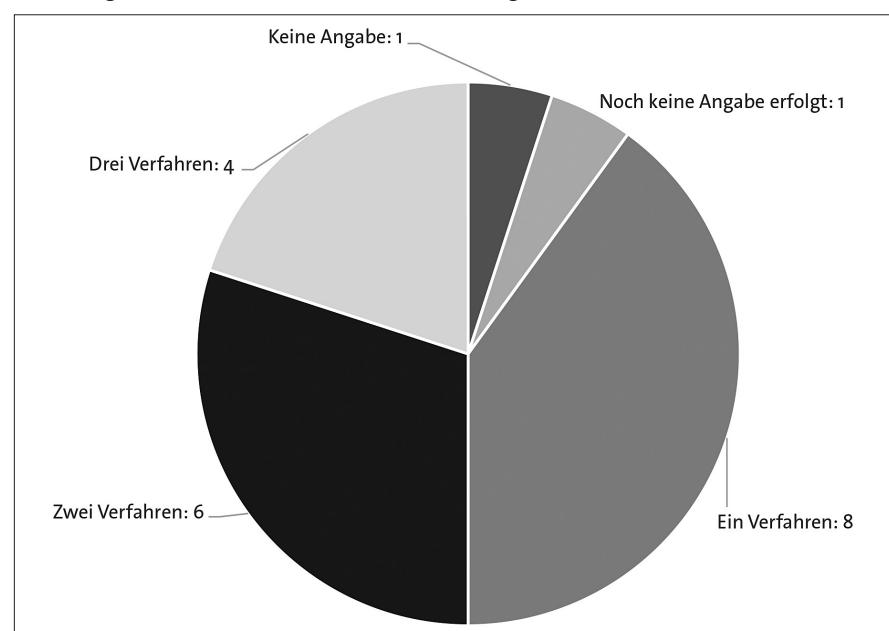
³ Hier ist allerdings auf eine Antwort hinzuweisen, die implausibel erschien: Ein Team äußerte sich in den Einzelfragen zum Anzeigeverfahren stets mit „sehr schlecht“. Die Antwort auf die Frage nach der Gesamtzufriedenheit war jedoch mit „sehr zufrieden“ dem diametral entgegengesetzt. Nimmt man diese Antwort heraus, so hätte sich nur ein Team mit „sehr zufrieden“ zur Gesamtheit des Anzeigeverfahrens geäußert.

3.4 Technische Umsetzung der Abrechnung und Dokumentation von ASV-Leistungen

Die ASV sieht grundsätzlich eine direkte Abrechnung mit den Krankenkassen vor. Leistungserbringer können jedoch ebenfalls die Kassenärztliche Vereinigung (KV) mit der ASV-Abrechnung beauftragen. Diese Möglichkeit wurde durchaus von den Befragten in Anspruch genommen. 79% der Teamleiter gaben an, dass mindestens ein Teammitglied die KV mit der Abrechnung beauftragt habe. Zweithäufigster Weg war die Abrechnung über das Krankenhaus (47%). Bei 32% der Teams nutzte mindestens ein Arzt die Direktabrechnung mit den Kassen. Interessanterweise wurde in 2 Fällen angegeben, eine Abrechnung sei über einen anderen Dienstleister (nicht KV) erfolgt, obwohl die Beauftragung nichtöffentlicher Stellen gesetzlich ausgeschlossen wurde.

Ein einheitliches Abrechnungsverfahren innerhalb eines ASV-Teams ist nicht vorgeschrieben. So wurden in 53% der Teams nach Auskunft des Teamleiters zwei oder drei unterschiedliche Abrechnungswege genutzt (Abbildung 1). 42% der Teamleiter gaben an, im Team nur ein einziges Abrechnungsverfahren zu nutzen. Ein Team hatte nach eigener Angabe noch keine Abrechnung durchgeführt. Ob tatsächlich bei einem so großen Anteil der Teams ein einheit-

Abbildung 1: Zahl der Teams mit einem Abrechnungsverfahren oder mehr

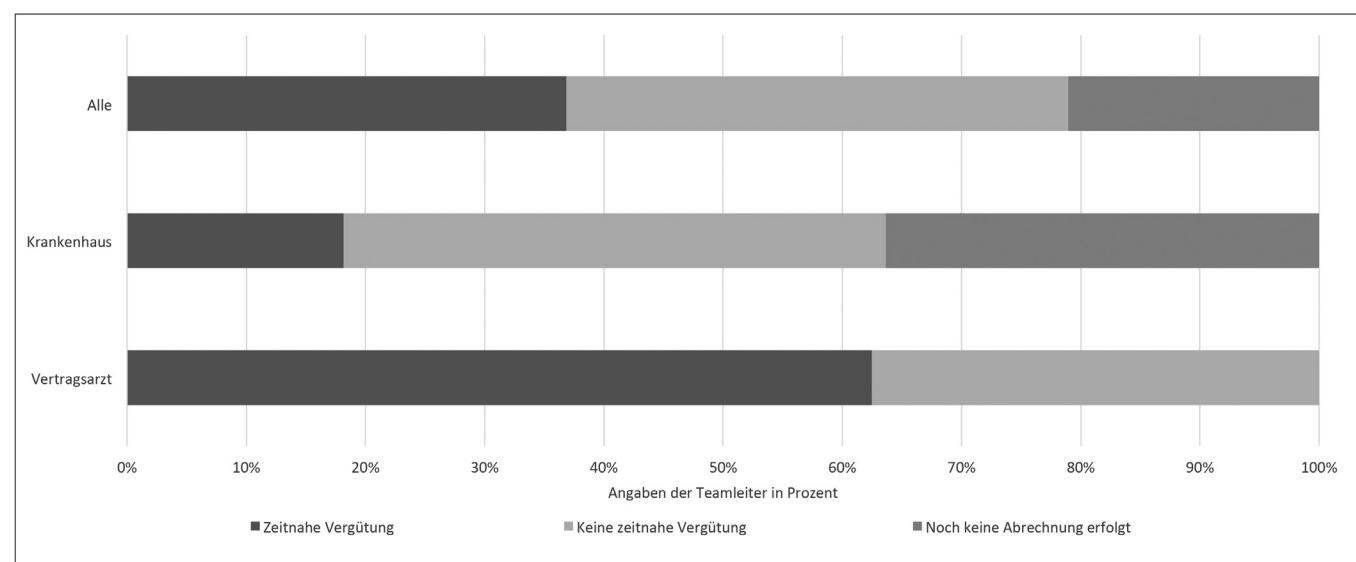


Quelle: Eigene Darstellung

liches Abrechnungsverfahren eingesetzt wurde, ist fraglich. Es ist zu vermuten, dass einzelne Teamleiter die Frage möglicherweise nur auf ihren eigenen Abrechnungsmodus bezogen hatten. Diese Hypothese wird gestützt, da in einem Teil dieser Teams im Kernteam sowohl Vertrags- als auch Krankenhausärzte vertreten waren, die in der Regel unterschiedliche Präferenzen hinsichtlich der Abrechnung aufweisen.

Die Abrechnung erbrachter ASV-Leistungen wurde von 70% der Teamleiter als aufwändig bewertet. Es wurde deutlich, dass vertragsärztlich tätige Teamleiter die Abrechnung positiver beurteilten als ihre Kollegen aus dem Krankenhaus. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Vergütung der ASV-Leistungen aktuell im Wesentlichen auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beruht und somit Vertragsärzten bereits vertraut ist.

Abbildung 2: Beurteilung der Geschwindigkeit der Vergütung nach Tätigkeitsform des Teamleiters



Quelle: Eigene Darstellung

Ebenso fiel auf, dass Teamleiter aus dem vertragsärztlichen Bereich die Abrechnungsgeschwindigkeit, also die Zeitspanne bis zur Auszahlung des Honorars für ASV-Leistungen, deutlich positiver beurteilten (Abbildung 2). Insgesamt gaben 37% der Teams an, dass die Vergütung der ASV-Leistungen zeitnah erfolgte, 42% beurteilten die Vergütung als verzögert. Bei 21% der Teams war noch keine Abrechnung erfolgt. Demgegenüber bewerteten 63% der Teamleiter aus dem vertragsärztlichen Bereich die Abrechnung als zeitnah. Bei Teamleitern im Krankenhaus waren es lediglich 18% der Teams bzw. 29% derjenigen, die bereits abgerechnet hatten.

Auch wenn die ASV eine interdisziplinär vernetzte Versorgung vorsieht, fällt die technische Umsetzung hinter dieser Idealvorstellung zurück. Nur 35% der Teams gaben an, bereits eine gemeinsame IT-Infrastruktur im Team zu nutzen, zum Beispiel zum Austausch von Befund- oder Behandlungsdaten. Indikationsspezifische Unterschiede bestanden nicht. Damit wird die Vorgabe der ASV-Richtlinie, dass zumindest das Kernteam zeitnah Zugriff auf Befund- und Behandlungsdokumentationen erhalten muss, technisch noch nicht realisiert. Dieses Problem wird auch von ASV-Teams erkannt (Tappe 2016). Aus diesem Grund wurden wiederholte Forderungen nach einer verpflichtenden elektronischen Fallakte in der ASV geäußert (Munte 2014).

3.5 Bewertung des Nutzens

Für die Akzeptanz einer ASV-Versorgungsstruktur dürfte es langfristig auch von besonderem Belang sein, ob durch dieses neue Behandlungssetting im Vergleich zur bisherigen Regelversorgung für den ASV-Patienten ein Zusatznutzen attestiert werden kann. Während das Bundesministerium für Gesundheit (2016) sich bei der Bewertung des Versorgungsstandes noch zurückhält, geben die befragten ASV-Teamleiter erste Hinweise. Über beide Indikationen hinweg bewerteten 45% der Teamleiter den für die Patienten entstehenden Zusatznutzen als hoch, 11% der Teamleiter schätzten diesen als mittel und 22% als gering ein. Jeweils 11% der Teamleiter gaben an, ein Zusatznutzen sei nicht vorhanden bzw. nicht feststellbar. Somit ergab sich hinsichtlich des Zusatznutzens der ASV ein recht uneinheitliches Bild.

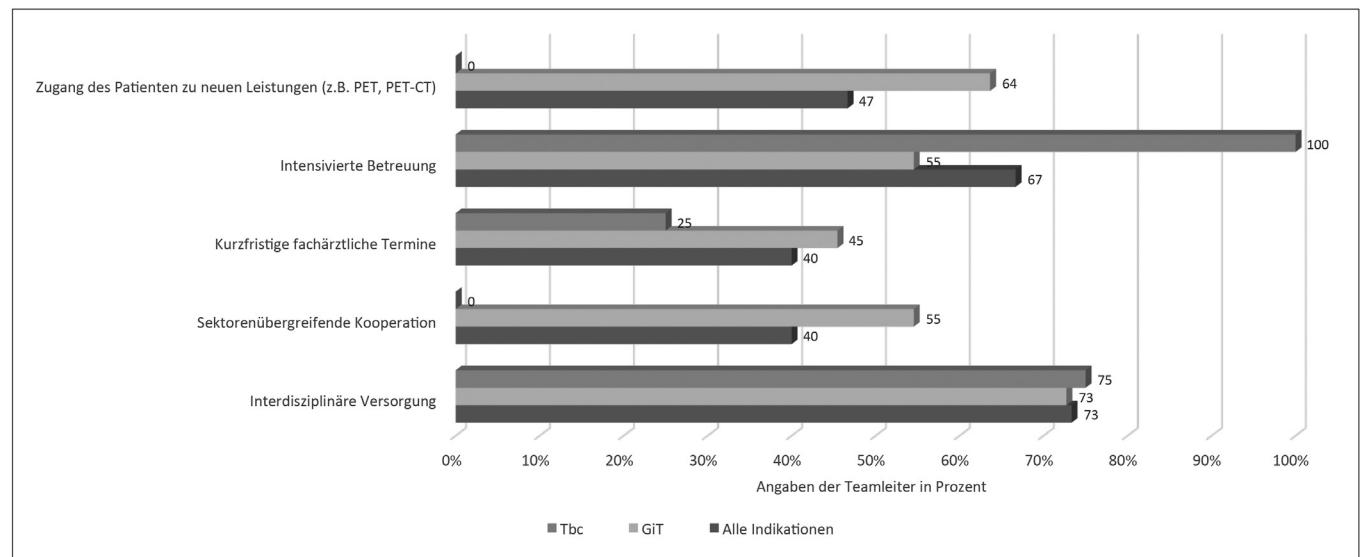
Nach Indikation differenziert, wurde der Zusatznutzen der ASV durch die GiT-Teamleiter deutlich besser bewertet. So gaben 100% der GiT-Teamleiter an, die ASV gehe mit einem Zusatznutzen einher. 60% beurteilten diesen sogar als hoch. Unter den Teamleitern im Bereich Tbc waren dies nur 25%. Jeweils 25% der Tbc-Teamleiter konnten entweder keinen Zusatznutzen feststellen oder gaben an, dieser sei nicht vorhanden bzw. gering.

Jene Teamleiter, die der ASV einen Zusatznutzen konstatierten, wurden in einer weiteren Frage gebeten zu spezifizieren, worin dieser bestand (Abbildung 3). Hier wurden von 73% der Teamleiter die „Interdisziplinäre Versorgung“ sowie von 67% der Teamleiter die „Intensivierte Betreuung“ genannt. Aber auch der „Zugang zu neuen medizinischen Leistungen“ spielte bei fast der Hälfte der Teamleiter eine Rolle. Die beiden Aspekte „Sektorübergreifende Kooperation“ sowie die „Kurzfristige Wahrnehmung von Facharztterminen“ wurden von jeweils 40% der Teamleiter als nutzenstiftend angesehen. Darüber hinaus bestand die Möglichkeit, in einem Textfeld weitere Aspekte anzuführen. So wurde in einem Fall konstatiert, dass die ASV nahezu die einzige Möglichkeit für Patienten mit einer komplizierten Tbc darstelle, überhaupt eine Therapie zu erhalten.

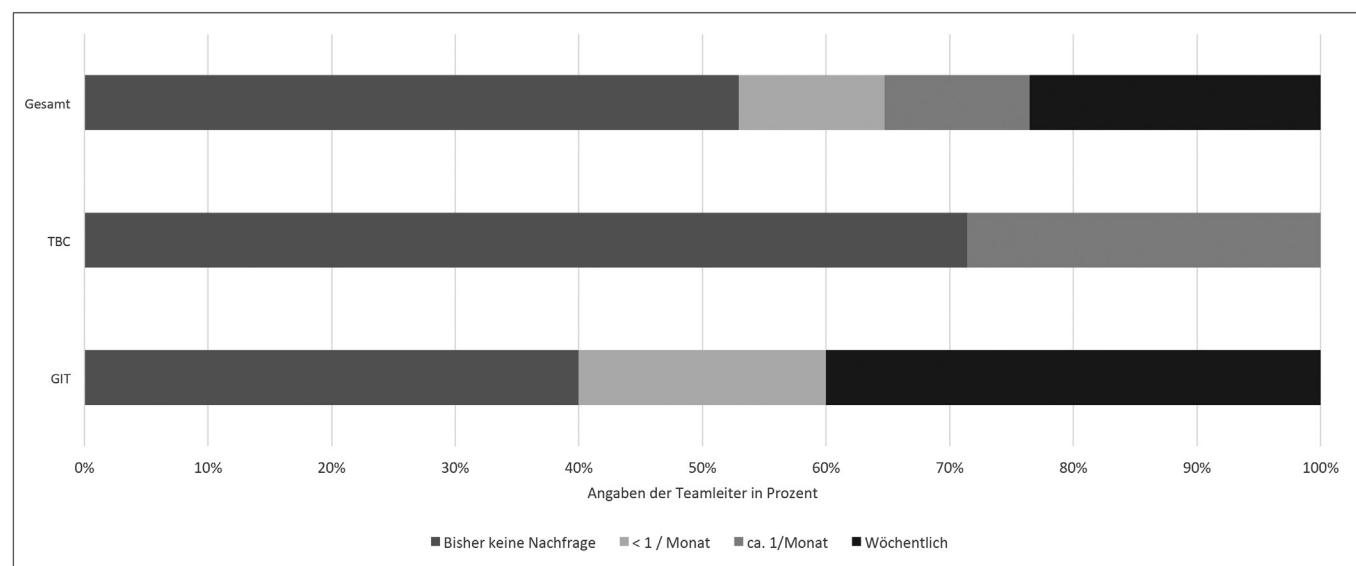
Bei indikationsspezifischer Betrachtung spielten bei der ASV zur Versorgung der GiT alle genannten Aspekte eine zum Teil sehr wesentliche Rolle. Dahingegen wurden bei der Indikation Tbc allein die Aspekte „Intensivierte Betreuung“, „Interdisziplinäre Versorgung“, sowie die Möglichkeit kurzfristig fachärztliche Termine zu erhalten, als nutzenstiftend angesehen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Umsetzung der gemeinsamen Sprechstunde durch das Kernteam, die für die Indikation GiT mindestens ein-

Abbildung 3: Beschreibung des Zusatznutzens der ASV-Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 4: Häufigkeit der gemeinsamen Sprechstunde nach Indikation

Quelle: Eigene Darstellung

mal wöchentlich am Tätigkeitsort des Teamleiters anzubieten ist. Indikationsübergreifend gaben 53% der Teams an, noch keine gemeinsame Sprechstunde auf Wunsch des Patienten durchgeführt zu haben (Abbildung 4). Bei jeweils 12% der Teams wurde die Sprechstunde weniger als einmal monatlich bzw. etwa monatlich durchgeführt. Nur 24% der Teams gaben an, wöchentlich eine gemeinsame Sprechstunde abzuhalten.

Indikationsspezifisch betrachtet wurde die gemeinsame Sprechstunde bei GiT deutlich häufiger angeboten. Hier gaben nur 40% der Teams an, bislang noch keine gemeinsame Sprechstunde durchgeführt zu haben. Bei den Tbc-Teams hatten hingegen 71% noch kein derartiges Angebot umgesetzt. 40% der GiT-Teams boten die gemeinsame Sprechstunde wöchentlich an. Dies war bei Tbc-Teams nie der Fall. Dies ist ein Indiz, dass im Bereich der Onkologie die Idee einer interdisziplinär vernetzten Versorgung tatsächlich umgesetzt wird.

3.6 Verbesserungsbedarf

Gefragt nach der Motivation zur Teilnahme an der ASV lassen sich zwei Gruppen von Beweggründen identifizieren (Abbildung 5). Wenig überraschend spielten ökonomische Überlegungen eine Rolle. Die betriebswirtschaftliche Attraktivität war für 85% der Teamleiter bei der Entscheidung zur ASV-Teilnahme von

Belang. Dabei spielte dieser Aspekt für Vertragsärzte eine größere Rolle als für im Krankenhaus angestellte Ärzte. Konkrete ökonomische Motive, wie etwa die Auslastung von vorhandenem Personal, Geräten oder Räumen, waren für etwa 60% der Teamleiter relevant. Diese Faktoren schienen für Tbc-Teamleiter etwas weniger bedeutsam zu sein als für GiT-Teamleiter. Vielmehr waren langfristige

allerdings, ob sich die Erwartungen an die ASV bisher erfüllten. Für 31% bzw. 53% der Teamleiter war die ASV bisher nicht bzw. nur teilweise betriebswirtschaftlich attraktiv. Angesichts der geringen Fallzahlen wenig überraschend, hat sich auch die Hoffnung auf neue Patienten bei nur wenigen Teamleitern erfüllt – bei 50% hat sie sich überhaupt nicht erfüllt. Dies traf insbesondere auf

die ASV zur Behandlung der Tbc zu. Hier gaben mehr als 66% der Teamleiter an, keine neuen Patienten gewonnen zu haben. Die langfristige Motivation der Umfrageteilnehmer litt jedoch (noch) nicht. Für lediglich einen ASV-Teamleiter wurde die Erwartung auf eine

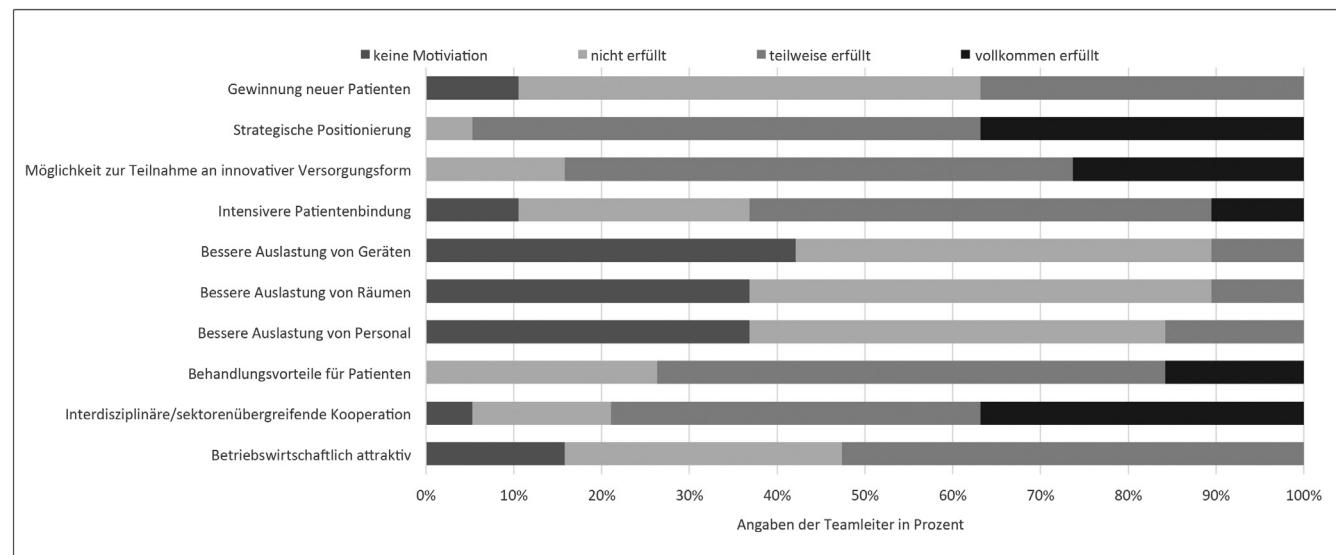
strategische Positionierung enttäuscht. Dies stand jedoch im Kontrast zur großen Mehrheit der Teamleiter, die ihre Erwartungen teilweise bzw. vollkommen erfüllt sah.

Interessanterweise zeigte die Motivlage der ASV-Teamleiter Parallelen zu den Krankenhäusern, die bereits nach der alten Rechtslage des § 116b SGB V eine ambulante Behandlung im Krankenhaus erbrachten. Auch hier waren weniger betriebswirtschaftliche Gründe für eine Antragsstellung ausschlaggebend als vielmehr die langfristigen Vorteile einer Patientenbindung und Versorgungskontinuität (Sachverständigenrat Gesundheit 2012: 254).

Das „revolutionäre“ Potenzial der ASV an der Schnittstelle von ambulantem und stationärem Sektor wurde erkannt.

strategische Motive und die Möglichkeit zur Teilnahme an einer innovativen Versorgungsform von grundlegender Bedeutung. Das „revolutionäre“ Potenzial der ASV an der Schnittstelle von ambulanten und stationären Sektor wurde von den Teilnehmern folglich erkannt.

Hier waren auch die Übergänge zur zweiten Gruppe der Beweggründe fließend. Die Teilnehmer der Umfrage sahen ebenfalls Chancen zur Versorgungsverbesserung. Hierzu zählten insbesondere die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Kooperation sowie Behandlungsvorteile für Patienten. Beinahe alle Teamleiter sahen hierin Beweggründe an der ASV teilzunehmen. Fraglich war

Abbildung 5: Motivation zur Teilnahme an der ASV

Quelle: Eigene Darstellung

Weiterhin sollten die angeschriebenen Teamleiter Auskunft darüber geben, ob die bisher gesetzlich verankerten ASV-Indikationen ausreichend sind. Insgesamt sprachen sich fast 78% der Teamleiter für eine Ausweitung aus. Die kritischen Stimmen unterschieden sich de facto nicht nach Indikation oder Tätigkeitsort der Teamleitung. Vielmehr wurde der Patientennutzen im Vergleich zur Regelversorgung hier pessimistischer beurteilt. Ferner wurde die ASV als vergleichsweise bürokratisch und zu anforderungsreich erlebt.

Das große Interesse an der ASV hatte sich bereits in der Untersuchung des Sachverständigenrates Gesundheit im Jahr 2012 angedeutet. Über 80% der Befragten betonten damals das Potenzial ambulanter Leistungserbringung am Krankenhaus, um Versorgungslücken im niedergelassenen Bereich zu schließen. Eine deutliche Mehrheit von über 72% der Befragten zeigte sich konkret an der ASV interessiert. Zugleich handelte es sich damals weniger um ein „Nachholbedarf“ bisher nicht zum Zuge gekommener Krankenhäuser als vielmehr um Ausbaupläne größerer bzw. innerstädtischer Krankenhäuser. Dass Wettbewerbsgründe eine Rolle spielen, zeigte sich insbesondere bei der ASV zur Behandlung der Tbc. Viele ASV-Teams befinden sich in Ballungsräumen, bspw. im Rheinland oder im Ruhrgebiet. Hier treten Vertragsärzte in unmittelbare Konkurrenz zu Krankenhäusern, die nach der alten

Fassung des § 116b SGB V behandeln (Jaeckel/Rüsenerg 2016).

Weiterhin hatten die Teilnehmer die Möglichkeit anzugeben, inwiefern die ASV verbessert werden könnte. Lediglich 25% Teamleiter machten hier Angaben. Ihre Verbesserungsvorschläge zielten im Kern auf den Prozess des Anzeigeverfahrens ab sowie auf die Rechtsauslegung der ASV-Richtlinien durch die erweiterten Landesausschüsse. Des Weiteren wurde eine bessere Zusammenarbeit mit den Krankenkassen angemahnt und die fehlende Möglichkeit der Nachsorge im Rahmen der ASV-Behandlung bemängelt.

4. Fazit

Ziel der ASV ist, bei schweren oder seltenen Erkrankungen einen sektorenübergreifenden Versorgungsbereich zu etablieren, der sich durch Interdisziplinarität und – nicht zuletzt – der gleichberechtigten Zusammenarbeit von im Krankenhaus angestellten Ärzten und Vertragsärzten auszeichnet. Insgesamt spiegelte sich die Idee der ASV, die sektorenübergreifende Versorgung zu stärken, in der Empirie wider. Dies ist allerdings nur zum Teil überraschend, denn zumindest bei der Indikation GiT ist eine Kooperation mit dem jeweils anderen Versorgungsbereich gesetzlich vorgeschrieben.

Ferner wurden die mit der Einführung der ASV von Seiten des Gesetzgebers verfolgten Ziele in der Versorgungspraxis durchaus erreicht. Sie ermöglichen gegenüber der Regelversorgung eine Verbesserung der Patientenversorgung – zumindest aus Sicht der ASV-Teamleiter. Der ASV als neues Strukturelement in der fachärztlichen Versorgung wird folglich insgesamt eine perspektivisch nutzenstiftende Rolle zugesprochen.

Die Gesundheitspolitik wird nicht umhinkommen, sich mit dieser Form der ambulanten fachärztlichen Behandlung reformpolitisch erneut zu befassen.

Gleichzeitig wird die ASV jedoch als vergleichsweise bürokratisch und zu anforderungsreich gesehen. Die Frage nach ihrer Praxistauglichkeit, insbesondere nach der Akzeptanz bei denjenigen, die die ASV mit Leben füllen sollen, begleitet die neue Versorgungsform seit Anbeginn (Jaeckel et al. 2013). Es ist daher erfreulich, dass die ASV bei den Teamleitern, die an der Umfrage teilgenommen haben, – allen Widrigkeiten zum Trotz – grundsätzlich positiv gesehen wird. Die Umfrageteilnehmer verbinden

mit der ASV einen ökonomischen wie auch versorgungspolitischen Nutzen. Dabei betrachten sie die ASV tendenziell eher als langfristiges Engagement, das nicht zeitnah ökonomische Gewinne erzielen muss. Es überrascht nicht, dass eine große Mehrheit der Befragten eine Ausweitung der gesetzlich verankerten ASV-Indikationen bejaht.

Für die Weiterentwicklung der ASV wäre es zukünftig ebenfalls von Interesse zu erfahren, an welchen Hürden des Anzeigeverfahrens Teams gescheitert sind, die den Anzeigeprozess nicht erfolgreich durchlaufen haben. Des Weiteren ist für die künftige Angebotsausrichtung von weitreichender Bedeutung, wie eine erforderliche, sektorenübergreifende Versorgungsstruktur auch ohne Bedarfsplanung flächendeckend etabliert werden kann. Die Tatsache, dass sich in drei Bundesländern bis Anfang 2017 noch keine ASV-Teams etablieren konnten, zeugt von der Dringlichkeit dieser Fragestellung. Letztlich wird die Gesundheitspolitik nicht umhinkommen, sich mit dieser speziellen Form der ambulanten fachärztlichen Behandlung über die Sektorengrenzen hinweg reformpolitisch erneut zu befassen. ■

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2016) Antwort der Bundesregierung auf Kleine Anfrage „Patientennutzen, Relevanz und Wirkungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV)“. BT-Drucksache 18/7407.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2016) Patienteninformation zur Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4077/2016-11-02_G-BA_Merkblatt_Patienteninformation_ASV_bf.pdf

Hennrich, M. (2017) Interview, in: Knieps, F. (Hrsg.) Gesundheitspolitik. Berlin: 244-249.

Jaeckel, R. et al. (2013) Der lange Weg der ASV in die Versorgungspraxis: Hält der G-BA, was der neue § 116b SGB V verspricht?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Nr. 6, S. 46-53.

Jaeckel, R./ Rüsenberg, R. (2016)

Bestandsaufnahme zur ASV: Wundertüte mit Gestalt, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 6: 544-546.

Lange, C. (2015) „Die Zusammenarbeit mit den Niedergelassenen funktioniert sehr gut“, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/63364/Die-Zusammenarbeit-mit-den-Niedergel>

Leber, WD. (2017) Fünf Jahre ASV – Erste Bilanz und Ausblick aus Sicht der Krankenkassen. Vortrag auf dem Symposium „Fünf Jahre ASV: Eine Bestandsaufnahme“ in Berlin am 1. Februar.

Leber, WD./ Wasem, J. (2016) Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen, in: Klauber, J. et al. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2016. Berlin: 3-41.

Merten, M. (2017) ASV: Erfolgsgeschichten sehen anders aus, aber es gibt kleine Lichtblicke, in: Ärztezeitung vom 8. Februar.

Munte, A./Froschauer, S. (2016) Interview, in: Operation Gesundheitswesen vom 19. Oktober.

Munte, A. (2014) Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) – Sprung über die Sektorengrenzen?, in: Albring, M. (Hrsg.), IMPLICONplus, 11 / 2014.

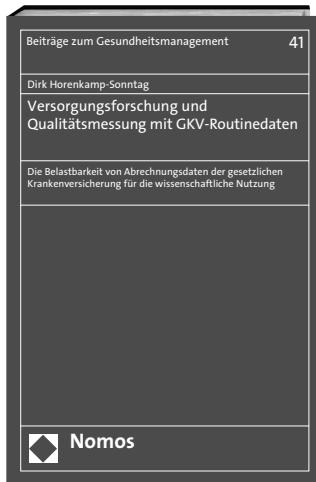
Raskop, A. (2017) Fünf Jahre ASV – Erste Bilanz und Ausblick aus Sicht der Vertragsärzte. Vortrag auf dem Symposium „Fünf Jahre ASV: Eine Bestandsaufnahme“ in Berlin am 1. Februar.

Sachverständigenrat Gesundheit (2012)

Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. BT-Drucksache 17/10323.

Tappe, U. (2016) ASV Hürden überwinden, Erfolgreich starten. Vortrag auf dem Fachgespräch „ASV – Hürden überwinden und erfolgreich starten – ein Erfahrungsbericht aus Westfalen-Lippe“ in Dortmund am 10. März 2016.

Können GKV-Routinedaten „lügen“?



Versorgungsforschung und Qualitätsmessung mit GKV-Routinedaten

Die Belastbarkeit von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung für die wissenschaftliche Nutzung

Von Dr. Dirk Horenkamp-Sonntag, M.Sc.

2017, 120 S., brosch., 29,- €

ISBN 978-3-8487-3634-8

eISBN 978-3-8452-7968-8

(Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Bd. 41)

nomos-shop.de/28555

Da GKV-Routinedaten zur Leistungsabrechnung erhoben worden sind, können diese nur als Sekundärdaten für die wissenschaftliche Forschung herangezogen werden. Dirk Horenkamp-Sonntag untersucht, wie valide diese Daten im Vergleich zu Primärdatenangaben sind, die von Ärzten und Patienten zur Verfügung standen.



Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar unter: www.nomos-elibrary.de

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter (+49)7221/2104-37.

Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos