

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Steht der Patient im Mittelpunkt?

von Robert Dengler¹

ABSTRACT

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) wurde aus dem § 116b des Fünften Sozialgesetzbuchs (ambulante Behandlung im Krankenhaus) entwickelt. Sie bietet seit 2012 Leistungserbringern aus dem Krankenhaus und niedergelassenen Fachärzten bei einheitlichem Ordnungsrahmen für Teilnahme, Qualitätssicherung und Vergütung die Möglichkeit, Patienten mit seltenen Erkrankungen oder mit besonderem Versorgungsbedarf ambulant zu betreuen. Aufgrund vielfältiger Hürden und Probleme wurde die ASV anfangs nur zögerlich angenommen, inzwischen hat sie Fahrt aufgenommen. Es bleiben jedoch weiterhin viele Fragen offen, was Sektorenüberwindung, Wettbewerb, Aufwand und Umsetzung angeht, vor allem aber, inwiefern die ASV vom Patienten her gedacht ist und dessen Versorgung verbessert.

Schlüsselwörter: Versorgungssteuerung, Sektorengrenzen, ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Ambulatory specialized care was developed from outpatient treatment in hospitals. Since 2012, it has offered care deliverers in hospitals and in private practice the option to treat patients with rare or complex diseases in a uniform frame concerning participation, quality aspects and reimbursement. In the beginning and for different reasons this new care concept was only hesitantly accepted. Meanwhile, it is increasingly accepted and implemented more often. However, there still are unanswered questions concerning sector transition, competition aspects, efforts to participate, and various details of its implementation. One of the crucial questions is, whether and in which way this new system really improves patient care.

Keywords: health care control, sector transition, ambulatory specialist care

1 Ausgangssituation

Seit mindestens 30 Jahren wird versucht, Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem abzubauen (vergleiche SVR 2000/2001). Als einer der Gründe für ineffiziente Versorgung gelten seit ebenso langer Zeit unter anderem die Sektoren (Krankenhaus und Vertragsarzt) mit ihren je eigenen Planungs-, Zulassungs-, Qualitätssicherungs-, und Vergütungssystematiken (vergleiche SVR-G 2012; SVR-W 2018). Allerdings haben Krankenhäuser inzwischen durch vielfältige gesetzliche Reformen im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) die Möglichkeit, ambulant tätig zu sein. Das betrifft die vor- und nachstationäre Versorgung, Ermächtigungen, Hochschulambulanzen, Institutsambulanzen, sozialpsychiatrische Ambulanzen, Spezialambulanzen an Kinderkliniken sowie die besondere Versorgung nach § 140a etc.

Auch der Erwerb von Vertragsarztsitzen und die Integration in ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 Abs. 2 SGB V ist hier zu nennen. Vertragsärzte haben demgegenüber weniger Optionen, im Klinikbereich zu agieren, hauptsächlich über Belegbetten nach § 121 Abs. 2 und als Honorararzt nach § 115a/b SGB V.

Der im Rahmen des 2004 in Kraft getretenen Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (GMG) geschaffene § 116b SGB V ermöglichte die Teilöffnung der Krankenhäuser, hoch spezialisierte Leistungen sowie die Behandlung seltener Erkrankungen oder solcher mit besonderem Krankheitsverlauf ambulant anzubieten. Er führte zu mehr Wettbewerb im ambulanten Sektor. Eine Überwindung der Sektorengrenze beförderte er nicht, da Vertragsärzte nicht teilnehmen konnten und die spezifischen

¹ Prof. Dr. med. Robert Dengler, Institut für Gesundheit & Soziales (ifgs), FOM Hochschule für Oekonomie & Management, Hochschulzentrum München Arnulfstraße 30 · 80335 München · Telefon: 089 202452277 · E-Mail: robert.dengler@fom.de

Bedingungen (Qualitätssicherung, Vergütung etc.) nicht angeglichen wurden. Außerdem nutzten die Vertragsparteien, also Krankenhaus und Krankenkassen, die potenziellen Gestaltungsspielräume aus verschiedenen Gründen nicht. Zu diesen Gründen gehörten eine fehlende Bereinigung zur Vermeidung von Doppelfinanzierung und die Gefahr negativer Deckungsbeiträge durch die damals im Risikostrukturausgleich noch fehlende Morbiditätsorientierung (Cassel et al. 2006). Die Politik reagierte 2007 darauf mit der Neufassung des § 116b im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), in dem die Vertragskompetenz der Krankenkassen entfiel. Zuständig für die Zulassung war nun das Land auf Antrag des Krankenhausträgers. Im Verlauf zeigte sich eine erhebliche Variabilität bei den Genehmigungen, die nicht durch Daten der Patientenversorgung erklärbar war (SVR-G 2012, 249 ff.). Die politisch gewollte Öffnung der Kliniken für die ambulante Versorgung als Wettbewerbsaspekt war also auch hier nicht ausreichend umgesetzt.

So wurde der § 116b im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) 2012 erneut novelliert und in die seither geltende ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) umgewandelt. Diese sieht nun auch die Teilhabe der Vertragsärzte vor und beinhaltet erstmals im deutschen Gesundheitssystem einen einheitlichen Ordnungsrahmen für Klinikärzte und niedergelassene Ärzte, was Teilnahme, Qualitätssicherung und Vergütung angeht (Klakow-Frank 2016). Es gibt keine Bedarfsplanung und keine Mengenbegrenzung, außerdem werden zusätzliche Leistungen vergütet. Teilnehmen kann, wer die in der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) erstellten ASV-Richtlinie (ASV-RL) definierten Voraussetzungen erfüllt („Wer kann, der darf“).

2 Probleme und bisheriger Verlauf

Bis Ende 2017 lag die Zahl von ASV-Teams in Deutschland bei lediglich 71. Es gab 2.301 teilnehmende Ärzte, die gerade einmal 2.224 Patienten im Quartal versorgten, insgesamt circa 13.000 prävalente Patienten (GKV-Spitzenverband et al. 2017). Die Gründe hierfür sind vielfältig (Klakow-Frank 2016, 97 f.; Dengler und Cassens 2018). Hemmend für die Entwicklung könnte zum Beispiel die Vergütungsverbesserung der Hochschulambulanzen im Rahmen der Novellierung des § 117 SGB V im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VStG) von 2015 sein sowie aktuell die Zuschläge und Entbudgetierung vieler Leistungen im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) von 2019 bei der Erstvorstellung. Außerdem dauert es sehr lange, bis eine Indikation vom GBA in die Richtlinie überführt wird und damit formal eine Teilnahme möglich ist. Selbst dann vergeht relativ viel Zeit, bis erste Teams die Arbeit aufnehmen (siehe auch Tabelle 1). Dies liegt teilweise daran, dass manche erweiterte

Landesausschüsse (eLA), bei denen die Anzeige einzureichen ist, sehr spät ein Anzeigeformular zur Verfügung stellen.

Hürden für die Leistungserbringer bestehen außerdem im aufwendigen Anzeigeverfahren (Lehr 2017; Nagel et al. 2017, 35 f.; Dengler und Vehling-Kaiser 2020; Dengler et al. 2019) mit einer Vielzahl beizubringender Dokumente. Auch die Zusammenstellung des relativ umfangreichen Facharztteams wird als problematisch empfunden. Diese geht teilweise an der Versorgungsrealität vorbei. So dürfen beispielsweise Kardiologen keine Pulmonalisangiographie durchführen, obwohl sie hoch qualifiziert sind, es muss dafür ein interventioneller Radiologe gefunden werden; diese Untersuchung wird aber aufgrund ihrer Risiken gar nicht ambulant durchgeführt. Für die erforderlichen sogenannten hinzuzuziehenden Ärzte, die selten oder eventuell nie benötigt werden, stellt die ASV aufgrund der wenigen Zuweisungen ein ungünstiges Verhältnis zwischen Aufwand (zum Beispiel für die Software und das Controlling) und Ertrag dar. Dies führt unter anderem zu sogenannten Passivteilnehmern, also Ärzten, die zwar im ASV-Team gemeldet sind, aber die ihnen zugewiesenen Patienten im Kollektivvertrag behandeln. Die extrem detaillierte und personalisierte Zuordnung von Leistungsziffern zu den einzelnen Ärzten stellt außerdem ein Hemmnis für die Teamzusammenstellung dar und zwingt dazu, das Team ständig zu aktualisieren, das heißt Mitglieder neu anzumelden (zum Beispiel, weil sie Facharztstatus erlangt haben), andere abzumelden (zum Beispiel im Rahmen der Abteilungsrotation oder des Ausscheidens aus der Klinik). Auch die Zahl der Ärzte, die Rezepte unterschreiben dürfen, ist limitierter als in der alten Versorgungsform und das erschwert die Abläufe.

Definitionsgemäß können Hausärzte nicht an der ASV teilnehmen. Dies führt unter anderem dazu, dass sie kaum über die ASV informiert sind (Kaiser et al. 2018) und damit die auch für sie relevanten Inhalte der ASV-RL nur unzureichend kennen. Dies wiederum verursacht einen administrativen Mehraufwand, da sie vom ASV-Team kontaktiert und um eine korrekte Überweisung gebeten werden müssen. Auch die für viele Vertragsärzte in ihrer komplexen Systematik intransparente und in ihrer Konsequenz für die Vergütung der verbleibenden Leistungen noch unklare Auswirkung der Bereinigung stellt ein Hindernis dar (Dengler et al. 2019, 484). Der eng definierte Entfernungsradius von maximal 30 Minuten für die Patienten wird ebenfalls als problematisch empfunden. Darüber hinaus ist das Patientenspektrum im Vergleich zum § 116b alter Fassung, zu Hochschulambulanzen und zum Kollektivvertrag deutlich eingeschränkt. Ursächlich dafür sind mehrere Ausschlüsse in der ASV: Verdachtsdiagnosen, reine Verlaufsbeobachtung, Begrenzung auf schwere Verlaufsformen und Nachsorge – zumindest bei onkologischen Erkrankungen.

TABELLE 1

Stand der ASV im Januar 2020

Indikation	RL in Kraft getreten	Teams*	Ärzte	Patienten**
Tuberkulose	24.4.2014	39	805	12.926
Gastrointestinale Tumoren	26.7.2014	134	7.272	144.931
Marfan-Syndrom	30.6.2015	6	149	2.354
Pulmonale Hypertonie	1.6.2016	30	473	6.158
Gynäkologische Tumoren	10.8.2016	83	3.799	23.047
Mukoviszidose	18.3.2017	10	281	2.731
Rheuma bei Erwachsenen	19.4.2018	23	1.377	19.825
Rheuma bei Kindern	19.4.2018	0	0	0
Urologische Tumoren	26.4.2018	12	851	457
Morbus Wilson	12.6.2018	0	0	0
Seltene Lebererkrankungen	16.8.2018	2	49	0
Hauttumoren	11.5.2019	1	18	0

* Stand: 29.1.2020 Die Tabelle listet alle Diagnosen auf, zu denen bislang eine Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung vom

** Stand: 7.1.2020 Gemeinsamen Bundesausschuss definiert wurde.

Quelle: Versorgungsforschungsprojekt GOAL_ASV im Innovationsfonds; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

Ob sich durch die ASV die Qualität der Patientenversorgung verbessert, ist eine – wenn nicht die – zentrale Frage, die bislang aber nicht beantwortet wurde. Umfragen unter niedergelassenen und Klinik-Ärzten ergaben ein uneinheitliches Bild (Dengler et al., 2019; Froschauer-Häfele et al. 2017; Jenschke et al. 2018). Jedenfalls sieht die ASV-RL keine über § 135a SGB V hinausgehenden Qualitätsanforderungen vor, auch die Mindestmengen sind zum Beispiel bei den onkologischen Indikationen nicht höher als im Rahmen der sogenannten Onkologievereinbarung (GKV-Spitzenverband und KBV 2019). Fallbesprechungen und Qualitätszirkel haben bereits in der alten Versorgungsform, zum Beispiel im Rahmen von Tumorboards, stattgefunden.

Nach § 116b Abs. 9 SGB V sowie § 13 der ASV-RL müssen der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten der ASV dem Gesundheitsministerium (BMG) eine erste Evaluation des Sachstandes übermitteln. Dabei sollen die Auswirkungen der ASV auf Kostenträger, Leistungserbringer und Patienten beurteilt werden. Der Bericht wurde am 12. Mai 2017 erstellt (GKV-Spitzenverband et al. 2017), jedoch wurden ausschließlich deskriptive Zahlen von ASV-Teams, teilnehmenden Ärzten und versorgten Patienten in den jeweiligen Indikationen dargelegt. Daten zu erbrachten Leistungen, zur Versorgungsqualität sowie zu patientenrelevanten Endpunkten wurden nicht mitgeteilt, wohl

auch aufgrund der damals noch geringen Fallzahlen. Auch existieren hierfür bei den Leistungserbringern und den Krankenkassen keine Dokumentationsanforderungen.

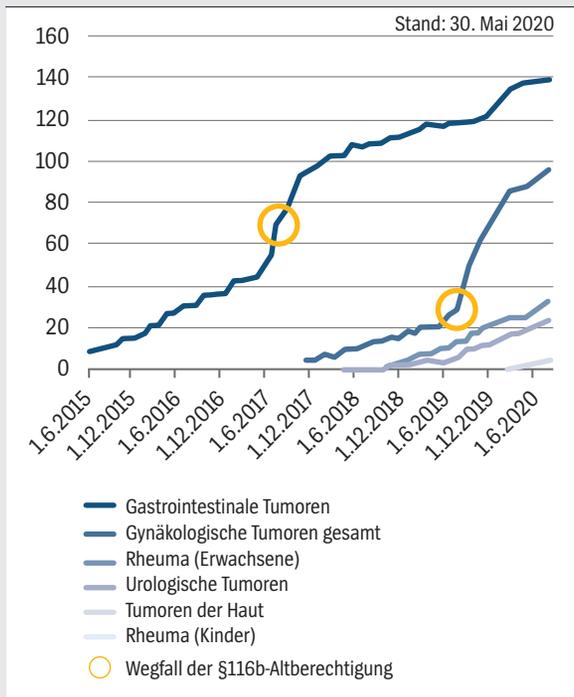
3 Aktueller Stand und Evaluation

Inzwischen hat auch der GBA diese Probleme erkannt und daher 2018 im Rahmen des Innovationsfonds nach § 92a SGB V ein Versorgungsforschungsprojekt ausgeschrieben, in dem die ASV-RL evaluiert werden soll (GBA 2018). Den Zuschlag erhielt am 16. August 2019 ein Konsortium unter der Leitung des Autors dieses Beitrags (Förderkennzeichen 01VFS19002). Es besteht aus der Hochschule für Oekonomie & Management (FOM) München, dem Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) Bremen, dem Bundesverband Spezialfachärztliche Versorgung (BV-ASV) München sowie dem Wissenschaftlichen Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) Köln. Als Kooperationspartner konnten darüber hinaus mehrere Berufsverbände sowie Patientenorganisationen gewonnen werden. Der Förderzeitraum beträgt zwei Jahre.

Es geht darum, eine detaillierte Bestandsaufnahme und Analyse der Inhalte und der Umsetzungspraxis der ASV-RL für

ABBILDUNG 1

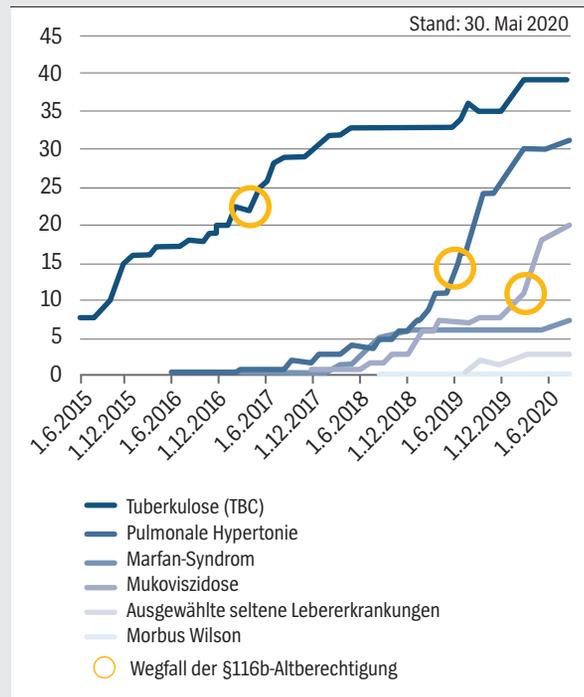
ASV-Teams für Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf



Die Zahl der ASV-Teams für Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf und für seltene Erkrankungen nahm anfänglich nur zögerlich zu. Der Wegfall der §116b-Altberichtigung führte bei einigen Indikationen zu deutlich steigenden Zahlen.

ABBILDUNG 2

ASV-Teams für seltene Erkrankungen



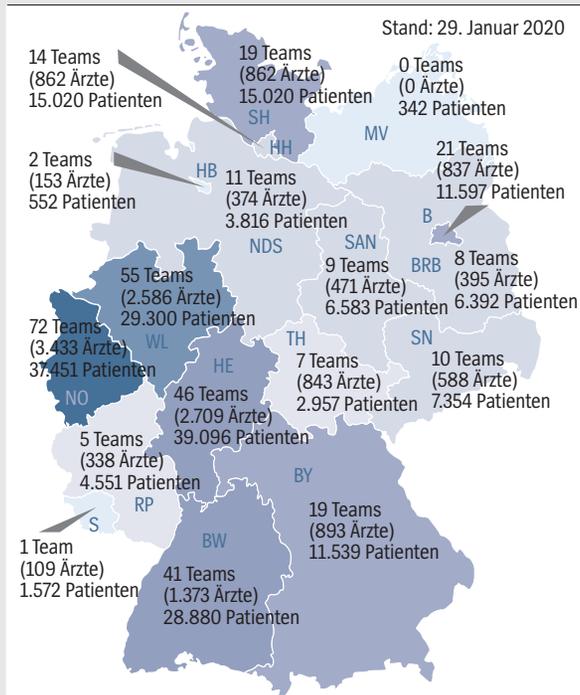
alle Indikationen durchzuführen und Optimierungsempfehlungen abzuleiten. Insbesondere werden der aktuelle Stand teilnehmender Teams, Ärzte und Patienten, beeinflussbare Faktoren für die Teilnahmebereitschaft, Zugangsbarrieren und Auswirkungen sowie der Nutzen für die Patientenversorgung untersucht. Zielgruppen sind dabei Versorgungseinrichtungen (Kliniken), Vertragsärzte, berufspolitische Vertreter, Patienten, Selbsthilfegruppen sowie die eLA. Dabei werden Interviews, Workshops, quantitative Befragungen sowie Analysen der Daten der ASV-Servicestelle und aus GKV-Routinedaten der GePaRD-Datenbank (Pigeot und Ahrens 2008) nach § 75 SGB V zu ICD-10-Diagnosen, Prozeduren beziehungsweise Leistungen, Versorgungspfaden sowie Medikamentenverordnungen durchgeführt. Aktuell (Stand: November 2020) ist die Erfassung und Analyse der Daten der ASV-Servicestelle abgeschlossen, die Interviews mit den Teamleitern sowie die Befragung der Nichtteilnehmer und der Patientenorganisationen sind durchgeführt. Mit der Befragung der eLA wurde begonnen. Die Matrix und das Matchingverfahren für die geplante Patientenbefragung wur-

den erstellt. Die GePaRD-Datenbank wurde katalogisiert und referenziert sowie der statistische Analyseplan erstellt. Im Folgenden werden erste Ergebnisse der Studie vorgestellt.

Nach anfänglichem Zögern der Leistungserbringer nimmt die ASV inzwischen Fahrt auf (siehe Abbildungen 1 und 2). Dies hängt neben anderen Faktoren sicher einerseits mit der laufenden Erweiterung der Indikationsgebiete zusammen (inzwischen sind einige der häufigsten Tumorentitäten und die Rheumaerkrankungen integriert), andererseits mit dem Auslaufen der §116b-Altberichtigungen jeweils drei Jahre nach Inkrafttreten der entsprechenden ASV-RL. Mit Stand Januar 2020 gab es 340 Teams bundesweit. Dabei wurden von 15.074 teilnehmenden Ärzten 212.429 Quartalspatienten versorgt. Zu diesem Zeitpunkt waren noch keine Teams für Morbus Wilson und Rheuma (Kinder und Jugendliche) verzeichnet, obwohl die entsprechende Richtlinie bereits 2018 veröffentlicht war (vergleiche Tabelle 1).

ABBILDUNG 3

ASV-Teams, teilnehmende Ärzte und versorgte Patienten nach Bundesländern



Die Patientenzahlen werden nach Wohnort gemeldet. Daher sind zum Beispiel in Mecklenburg-Vorpommern 342 Patienten gelistet, obwohl dort kein ASV-Team existiert.

Quelle: Versorgungsforschungsprojekt GOAL_ASV im Innovationsfonds; Grafik: G+G Wissenschaft | 2021

Nach wie vor sind die Teams sehr ungleich über Deutschland verteilt (Abbildung 3). Es existierte im Januar 2020 kein Team in Mecklenburg-Vorpommern, lediglich eines im Saarland, fünf in Rheinland-Pfalz, zwei in Bremen, sieben in Sachsen-Anhalt und acht in Thüringen. Die Anzahl der Teamärzte schwankt dabei von 17 (Streubreite: 11 bis 41) bei der pulmonalen Hypertonie, bis 65 (Streubreite: 20 bis 299) bei gastrointestinalen Tumoren. Dabei haben die niedergelassenen Ärzte einen sehr unterschiedlichen Anteil, von fünf Prozent bei der Indikation Marfan-Syndrom bis 55 Prozent bei Rheuma (Erwachsene). Bei diesen Angaben ist jedoch zu berücksichtigen, dass sie wahrscheinlich etwas unterschätzt sind, da etliche Arztgruppen lediglich institutionell benannt werden.

Inzwischen (Stand: November 2020) wurde die Richtlinie um die Indikationen Tumoren der Lunge und des Thorax, Sarkoidose und Hämophilie erweitert. Insgesamt waren zu diesem Zeitpunkt 391 ASV-Teams gemeldet, davon 291 für Erkrankungen mit besonderem Versorgungsbedarf und 100 für seltene Erkrankungen. Die meisten Teams werden von

Kliniken gegründet, worauf der hohe und im Verlauf weiter steigende Anteil von Krankenhausärzten als Teamleiter hinweist. Bereits 2016 lag ihr Anteil bei 62 Prozent (Nagel et al. 2017, 36 f.), inzwischen liegt er nach unserer Auswertung bei 85 Prozent. Kliniken dürften den hohen zeitlichen und damit personellen Aufwand im Rahmen des Anzeigeverfahrens sowie der Abwicklung eher stemmen als Praxisärzte. Des Weiteren ist es auch zumindest bislang nicht zu einer Reduktion der Unter- und Fehlversorgung in ländlichen Gegenden gekommen. Die meisten ASV-Teams sind im großstädtischen Raum entstanden. Zum Zeitpunkt 1. November 2020 sind von 391 Teams 252 in Großstädten mit mehr als 100.000 Einwohnern, 112 in Mittelstädten mit 20.000 bis 100.000 Einwohnern und lediglich 27 in Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern entstanden. Bei den 100 ASV-Teams für seltene Erkrankungen liegt die Verteilung bei 76, 16 und 8, respektive.

Ein wesentliches Ziel war es unter anderem auch, die Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen zu verbessern. Gerade bei diesen Indikationen aber zeigen sich Probleme. So sind (zum Beispiel beim Marfan-Syndrom) im Gegensatz zur bisherigen Versorgungsform andere hereditäre Bindegewbserkrankungen nicht eingeschlossen. Darüber hinaus ist der Ziffernkranz bei einigen seltenen Erkrankungen eingeschränkt und zum Teil geringer als vorher (zum Beispiel bei der Mukoviszidose). Damit besteht die Gefahr, dass gerade für die seltenen Erkrankungen keine flächendeckende Betreuung in der ASV zustande kommt. Die Entwicklung der Teams zeigt, dass es bis zum Januar 2020 in 11 von 16 Bundesländern noch kein einziges ASV-Team für Mukoviszidose und das Marfan-Syndrom gab. Und dies, obwohl die Richtlinie bereits 2015 beziehungsweise 2017 veröffentlicht wurde. Unter den Ländern ohne Team sind Niedersachsen, Westfalen-Lippe und Hessen, also Länder mit hohen Einwohner- und damit potenziellen Patientenzahlen; das Fehlen der Teams ist also nicht ausreichend durch die Seltenheit der Krankheitsbilder erklärt.

Da in der ASV-RL kein einheitliches Dokumentationssystem für Versorgungsdaten und keine Plattform für die Kommunikation der einzelnen Teammitglieder vorgesehen ist, ist die Datenverfügbarkeit für diese rudimentär. Eine gemeinsame Patientenakte existiert nicht (weder analog noch digital), Interoperabilität zwischen den einzelnen Softwaresystemen steht nicht zur Verfügung. Die aus dem bisherigen System bekannten Schnittstellenprobleme bestehen somit weiter. Die Vergütung beurteilen vor allem die Teamleiter bei den häufigen Indikationen (Tumoren, Rheuma) positiv, wohl auch, da hier Skaleneffekte zum Tragen kommen. Für die Kliniken mit §116b-Altberechtigung erweitert sich bei den onkologischen Erkrankungen das Honorar außerdem deutlich durch den Zugriff auf die Kostenpauschalen der Onkologievereinbarung. Der hohe Beratungs- und Betreuungsbedarf bei seltenen Erkrankungen wird jedoch als nicht ausreichend

vergütet eingeschätzt. Die bei Einführung der ASV angekündigte neue Vergütungsordnung („ambulante DRG“) ist nach wie vor nicht ansatzweise umgesetzt.

Auf die Frage, ob und inwieweit sich die Versorgungsqualität der Patienten verändert habe, antworteten viele der befragten Teamleiter überwiegend mit: „Kaum ein Unterschied.“ Auf die zusätzlich möglichen Optionen im Rahmen der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten (NUB) (PET-CT, Gendiagnostik etc.) sowie der Leistungen der Kapitel 50 und 51 des Einheitlichen Bewertungs-Maßstabes (EBM) angesprochen, geben sie an, dass der Anteil dieser Leistungen eher gering sei und man sie im Rahmen der alten Versorgungsform eben ohne Vergütung erbracht habe. Als ein Vorteil wird von einigen Teamleitern eine raschere Terminvergabe, zum Beispiel für radiologische Schnittbildgebung, sowie eine Intensivierung des Austauschs der beteiligten Ärzte genannt. Die Ergebnisse der Patientenbefragungen sowie die Analyse der Versorgungsdaten der Krankenkassen bleiben abzuwarten. Ob sich die ASV-spezifischen Anforderungen an die Teilnehmer (zum Beispiel Mindestmengen) bei §116b-Altberechtigten zugunsten der Qualität auswirken, erhoffen wir durch die Auswertung der Befragungen zu erfahren.

Da die ASV – wie so viele bisherige Modelle – krankheitsbeziehungsweise diagnosespezifisch aufgebaut ist, müssen die Patienten für alle anderen Gesundheitsprobleme Hilfe außerhalb der ASV suchen (Stock 2015). Der Pfad des Patienten ist daher weiterhin durch Schnittstellen erschwert, wie am Beispiel der onkologischen Erkrankungen zu erkennen ist. Da bei diesen Indikationen eine gesicherte Diagnose erforderlich ist, kann die Abklärung beziehungsweise Diagnostik bei Verdacht nicht in der ASV durchgeführt werden. Wegen der Begrenzung des Ziffernkranzes exakt auf die Teilnehmer können Zusatz-erkrankungen nicht mitbehandelt werden. Da eine multimodale Therapie in der ASV Voraussetzung ist, müssten die Patienten bei einer längeren Therapiepause erneut wechseln. Mangels Integration der Nachsorge verlässt der Patient die ASV ebenfalls wieder; ein dann vermutetes Rezidiv muss zunächst wieder von anderen Ärzten gesichert werden (Abbildung 4).

4 Gesundheitspolitische Perspektiven

Es ist weitgehend unstrittig, dass das Gesundheits- und Pflegesystem stärker an den Behandlungsnotwendigkeiten des Patienten und weniger an den sich abgrenzenden, eigenen Interessen der Sektoren und deren Institutionen auszurichten ist (vergleiche SVR-G 2012; Hahn und Kurscheid 2020). Die Sektorentrennung erhöht das Risiko von Schnittstellenproblemen und Versorgungsbrüchen. Außerdem sind verbesserte Versorgungsoptionen für ein komplexes, multimorbi-

des Krankheitspanorama auch aufgrund der Altersstruktur und des medizinisch-technischen Fortschritts dringend erforderlich (SVR-G 2012; SVR-W 2018). Keines der bisherigen punktuellen Modelle (Belegarztwesen, Modell- und Innovationsfondsprojekte etc.) hat je einen relevanten Versorgungsanteil erzielt (Gruhl 2020; Nagel et al. 2017). Diese konnten sich aufgrund des Beharrungsvermögens des Gesamtsystems und teils rigider Vorgaben der Aufsichtsbehörden nicht durchsetzen. Jahrzehntlang haben die einzelnen Akteure daher ihre eigenen „Gesetze“ in Form unterschiedlicher Vergütungssysteme, Leistungsberechtigungen, Datenerhebungen mit unterschiedlicher Qualitätssicherung, fehlender Koordination oder getrennter Bedarfsplanung entwickelt. Eine durchgängige, übergreifende, kooperative Versorgung der Patienten war dadurch erschwert (Gruhl 2020).

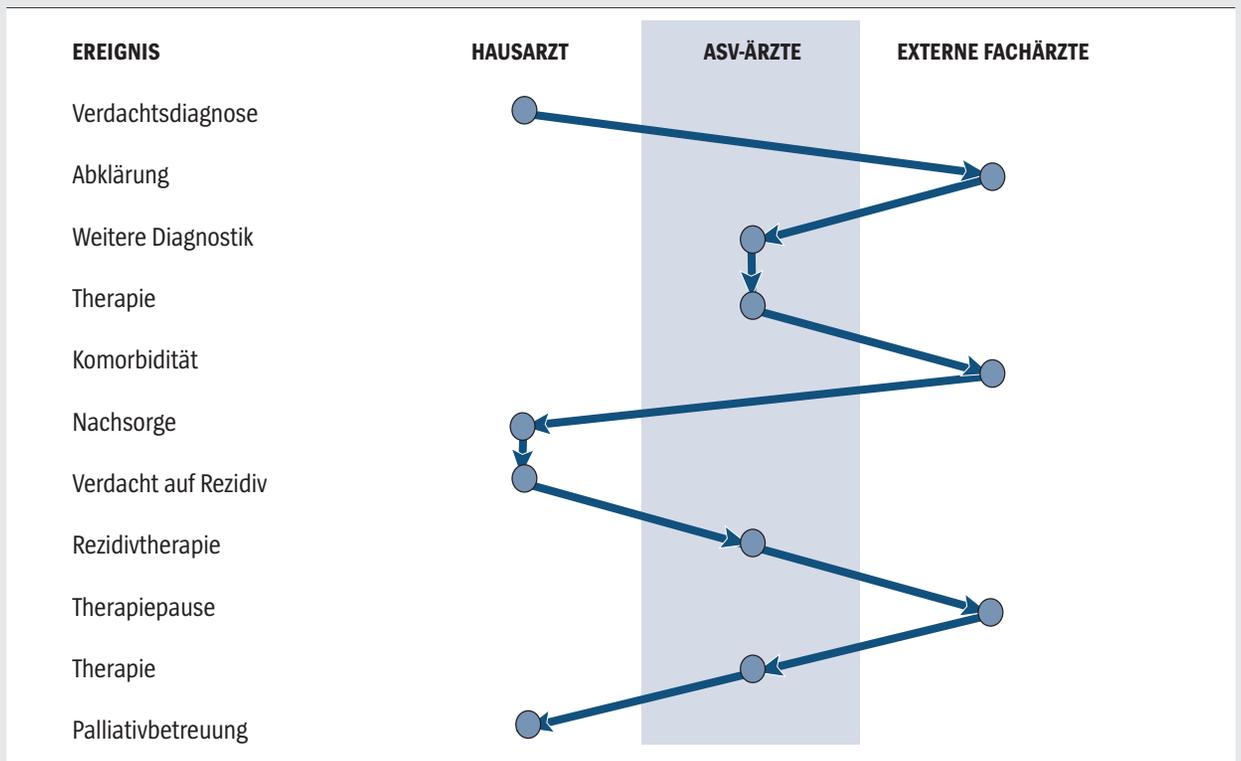
Was hält die ASV für diese Aspekte an Lösungen bereit? Eine echte Steuerung beziehungsweise Koordination der Versorgung des Patienten auf seinem Pfad durch den „Dschungel“ (Hahn und Kurscheid 2020) der verschiedenen Institutionen der ärztlichen (ambulant, stationär, Hausarzt, ASV-Fachärzte, Nicht-ASV-Fachärzte) und weiterer Gesundheitsberufe (Physiotherapie, Logopädie, Pflege etc.) durch einen Case Manager, Lotsen oder Netzwerkmanager fehlt. Die Funktion des ASV-Teamleiters ist hierfür ungeeignet, da es keine gemeinsame Patientenakte gibt, er die Leistungen der einzelnen Teammitglieder nicht beeinflussen kann und die meisten Patienten nie zu Gesicht bekommt. Ein wirklicher Sektorenübergreif durch Einbeziehung von Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzten ist nur bei den onkologischen Erkrankungen (und damit aktuell bei lediglich 5 von derzeit 15 Indikationen) vorgeschrieben. Er kann – und wird – selbst dort häufig „umgangen“, indem Kliniken ihre eigenen MVZ integrieren. Damit bleibt die ASV sogar hinter traditionellen Konzepten wie dem der Disease-Management-Programme (DMP) und der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V zurück.

Kein Zweifel, die ASV gibt den bislang über den alten § 116b tätigen Kliniken die Möglichkeit, überhaupt weiter ambulant tätig sein zu können, und ist daher für diese praktisch alternativlos, sofern sie nicht über andere Optionen wie Ermächtigung, Hochschulambulanz oder ein MVZ verfügen. Die durchgehende Versorgung der Patienten ist jedoch durch den starren Ziffernkranz, den Wegfall von Verdachtsdiagnosen und Verlaufsbetreuungen, den Verlust der Nachsorgepatienten etc. eingeschränkt. Die extrabudgetäre Vergütung ist für die Kliniken kein Vorteil, da Regelleistungsvolumina beziehungsweise Quotierungen nur bei niedergelassenen Vertragsärzten bestehen. Viele Aspekte bezüglich Versorgungswettbewerb und Versorgungssteuerung bleiben weiterhin offen.

Löst die Einführung eines neuen („dritten“) Sektors in das System die benannten Probleme oder kommen nicht eher neue hinzu, etwa Zusatzbürokratie, neue Schnittstellen und

ABBILDUNG 4

Fiktiver Pfad eines Tumorpatienten durch die Versorgungslandschaft



Der Fall eines fiktiven, aber typischen Patienten zeigt anhand der verschiedenen Bedarfe beziehungsweise Ereignisse im Laufe seiner Erkrankung, dass er auch und gerade bei Einbindung der ASV immer wieder zwischen Sektoren und Behandlern wechseln muss.

erzwungener Wechsel von Patienten im Behandlungsverlauf? Die fehlende Vertragsbasierung mit den Krankenkassen zugunsten zentraler Vorgaben des GBA verzichtet außerdem auf den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Er reduziert diese auf eine reine Payer-Funktion. Der Such- und Findungsprozess (Gruhl 2020) und die damit zusammenhängenden Effizienzpotenziale gehen verloren. Könnte eine individuellere, regionale Versorgungsgestaltung, wie sie im § 140a SGB V (Besondere Versorgung) geplant und ja auch in vielen Formen konkret umgesetzt wurde, möglicherweise eher in der Lage sein, Versorgung vom Patienten her zu organisieren sowie deren Bedarfe adäquater und gegebenenfalls auch effizienter zu adressieren (Jacobs 2019; Gruhl 2020)? Es sollen ja laut Koalitionsvertrag „Spielräume für eine regionale Ausgestaltung ermöglicht werden“ (CDU, CSU, SPD 2018). Vergessen wir aber nicht, dass die Erwartungen an diese und andere Versorgungsformen (Modellvorhaben nach § 64 SGB V, Ärztenetze nach § 87 SGB V und andere) bislang nicht erfüllt wurden; ihr Anteil an den Leistungs-

ausgaben bewegt sich seit über zehn Jahren im einstelligen Prozentbereich.

Da die ASV eine freiwillige Teilnahme der Leistungserbringer vorsieht, fehlt in ihr auch der Sicherstellungsaspekt (Jacobs 2019, 25). Dass in einigen Regionen Deutschlands immer noch kein ASV-Team tätig ist, weist darauf hin, dass diese Versorgungsform keine Gewähr dafür ist, dass überhaupt Angebote zur Verbesserung der Patientenversorgung zustande kommen. Die im Koalitionsvertrag vorgesehene und 2018 eingerichtete Bund-Länder-Arbeitsgruppe (BLAG) „Sektorenübergreifende Versorgung“ soll Vorschläge bezüglich „einer weiteren Entwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der tele-matischen Infrastruktur“ vorlegen (BMG 2018). Es bleibt abzuwarten, wie hier der Patientenpfad berücksichtigt wird.

5 Fazit

Die ASV stellt den erneuten Versuch dar, zumindest für einige Erkrankungen im Rahmen der ambulanten Versorgung an der starren Sektorengrenze zu rütteln. Manches daran ist innovativ und hat durchaus etwas für sich. Dazu gehören der einheitliche Ordnungsrahmen mit gleichen Teilnahmebedingungen, Qualitätssicherungsmaßnahmen und Vergütungsregelungen. Und dass es keine Mengenbegrenzung und keine Quotierungen gibt, hören sicher alle Leistungserbringer gerne. Fast möchte man applaudieren für so viel Mut.

Bei genauer Betrachtung stellen sich dann aber doch viele Fragen, die zumindest in den ersten Jahren sehr zögerliche Entwicklung der ASV lässt ebenfalls aufhorchen. Hohe Zugangshürden in der Ausgestaltung der Richtlinie mit einem aufwendigem Antragsverfahren, rigiden Vorgaben bezüglich beizubringender Dokumente und einem starren, personalisierten Ziffernkranz hemmen die Teilnahme. Die bisher im Rahmen unseres Projekts erhaltenen Aussagen aus den Interviews ergeben, dass die Versorger die Rahmenbedingungen der ASV oft eher als Probleme schaffende denn als Probleme lösende Ansätze sehen. Die zusätzliche bürokratische Überfrachtung reduziert sogar noch die für die Patientenversorgung erforderliche Zeit. Diese praktischen Probleme könnten aber gelöst werden, sofern der GBA und die eLA willens dazu sind.

Entscheidend ist aber eigentlich etwas anderes. Wir erinnern uns: „Die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen müssen ausgebaut und verstärkt werden. Für eine sektorenübergreifende Versorgung wollen wir weitere nachhaltige Schritte einleiten, damit sich die Behandlungsverläufe ausschließlich am medizinisch-pflegerischen Bedarf der Patienten und Patientinnen ausrichten“ (CDU, CSU, SPD 2018, 96 f.). Der Aufbau und die Ausgestaltung der ASV-RL bildet dies derzeit eher nicht ab. Wieder wurde ein auf definierte Erkrankungen und Diagnosen limitiertes System implementiert und nicht vom Patienten und seinem Pfad durch das System her gedacht. Daher müssen die ASV-Patienten weiterhin zwischen Versorgungssegmenten mit ihren je eigenen Gesetzmäßigkeiten, Schnittstellen und Versorgungsbrüchen hin und her pendeln. Die unzureichende Wertschätzung für die „Kümmerer“, die bei Antragstellung, Implementierung und operativer Umsetzung kaum Unterstützung erhalten, ist ein weiterer Aspekt. Koordination, Kooperation und Kommunikation hängen daher derzeit aufgrund der beschriebenen Defizite häufig vom persönlichen Einsatz dieser Akteure ab. Die Auseinandersetzung mit der Frage, wie die ambulante Versorgung von Patienten mit seltenen oder komplex zu therapierenden Krankheiten am besten und effizientesten erfolgen und gesteuert werden soll, wird uns also in der Gesundheitspolitik auch künftig nicht so schnell verlassen.

Danksagung

Die dargestellte Analyse und Einschätzung spiegelt die Meinung des Autors wider. Sie greift in Teilen auf Daten der laufenden Versorgungsforschungsstudie GOAL_ASV zur Evaluierung der ASV-Richtlinie zurück, die aus Mitteln des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert wird (Förderkennzeichen: 01VVF19002). Dazu haben die Mitglieder des Forschungskonsortiums beigetragen, denen ich hiermit danke: Niels Straub, Katja Waldeyer, Ulrike Birkhold (FOM Hochschule), Sonja Froschauer, Laura Bredow, Kristina Schwarzer (Bundesverband ASV), Vitali Heidt, Jana Becker, Josefin Martin, Alina Breuer, Kerstin Hermes-Moll, Sandra Osburg (Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen), Oliver Riedel, Katja Oppelt, Michel Hornschuch (Leibniz Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie).

Literatur

- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2018):** Mehr Zusammenarbeit und bessere Vernetzung im Gesundheitswesen – Bundesländer-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“ nimmt Arbeit auf. Pressemitteilung vom 24. September 2018; bundesgesundheitsministerium.de → Presse → Pressemitteilungen → 2018
- Cassel D et al. (2006):** Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte; wido.de → Publikationen & Produkte → Gesundheitssystem → Versorgungssteuerung → Gutachten Vertragswettbewerb
- CDU, CSU, SPD (2018):** Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode. Berlin, 12. März 2018; bundesregierung.de/breg-de/themen/koalitionsvertrag-zwischen-cdu-csu-und-spd-195906
- Dengler R, Cassens M (2018):** Neustrukturierung der fachärztlichen Behandlung am Beispiel der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFG), Jg. 133, Heft 5, 51–57
- Dengler R, Walawgo T, Baumann W, Cassens M (2019):** Bereitschaft zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV): eine kritische Bestandsaufnahme. Das Gesundheitswesen, Jg. 81, Heft 6, 478–485
- Dengler R, Vehling-Kaiser U (2020):** Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV): ein innovatives Versorgungskonzept mit vielen Herausforderungen. In: Hahn U, Kurscheid C (Hrsg.): Intersektorale Versorgung – Best Practices. Wiesbaden, Heidelberg: Springer, 37–54
- Deutscher Bundestag (2015):** Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG). Bundesgesetzblatt Teil I, Nr. 30 vom 22. Juli 2015, 1211–1244

Deutscher Bundestag (2019): Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG). Bundesgesetzblatt Teil I, Nr. 18 vom 10. Mai 2019, 646–691

Froschauer-Häfele S et al. (2017): Schöne neue ASV-Welt? Umfrage unter ASV-Teamleitern. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 71, Heft 2, 25–32

GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2013): Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Richtlinie des G-BA über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V). In: Bundesanzeiger (BAz) AT vom 19. Juli 2013 B1

GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2018): Innovationsfonds. Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss zur Förderung von Versorgungsforschung gemäß § 92a Absatz 2 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V): Forschungsprojekte zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) vom 23. November 2018. In: Bundesanzeiger (BAz) AT vom 12. Dezember 2018 B6

GKV-Spitzenverband, DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft), KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2017): Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit zu den Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie die Patientenversorgung. Berlin, 12. Mai 2017

GKV-Spitzenverband, KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2019): Vereinbarung über die qualifizierte Versorgung krebskranker Patienten („Onkologie-Vereinbarung“). Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag Ärzte. Berlin. Stand: 1. April 2020

Gruhl M (2020): Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“ vor der Reaktivierung. Observer Gesundheit vom 12. August 2020; observer-gesundheit.de → Kommentare → Seite 3

Hahn U, Kurscheid C (2020): Lessons Learned. In: Hahn U, Kurscheid C (Hrsg): Intersektorale Versorgung – Best Practices. Wiesbaden, Heidelberg: Springer, 461–469

Jacobs K (2019): Aus Erfahrungen lernen: Versorgungsgestaltung braucht ein stimmiges Konzept. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 19, Heft 1, 23–26

Jenschke C et al. (2018): Ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Analyse der Entstehung einer neuen Versorgungsform. Bericht und erste Ergebnisse der ASV-Studie. bbw Hochschule 9/2018. Potsdam: Welttrends

Kaiser F et al. (2018) Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Erste Erfahrungen von Patienten und Hausärzten. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Jg. 94, Heft 3, 128–133

Klakow-Frank R (2016): Ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.): Krankenhaus-Report, Stuttgart: Schattauer, 97–108

Lehr A (2017) ASV: ein mühsamer Weg zum Erfolg. Das Krankenhaus, Jg. 109, Heft 3, 173–175

Nagel E, Neukirch B, Schmid A, Schulte G (2017): Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Gutachten für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung. Berlin, 31. Mai 2017

Pigeot I, Ahrens W (2008): Establishment of a Pharmacoepidemiological Database in Germany: Methodological Potential, Scientific Value and Practical Limitations. Pharmacoepidemiology and Drug Safety, Vol. 17, No. 3, 215–223

Stock S (2015): Integrated Ambulatory Specialist Care – Germany's New Health Care Sector. New England Journal of Medicine, Vol. 372, No. 19, 1781–1785

SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2000/2001): Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos

SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Bundestags-Drucksache 17/10323 vom 10. Juli 2012, 237–308

SVR-W (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2018): Jahresgutachten 2018/2019. Achstes Kapitel: Über Wettbewerb mehr Effizienz im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Sachverständigenrat, 385–438; sachverstaendigenrat-wirtschaft.de → Publikationen → Jahresgutachten

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 5. Dezember 2020)

DER AUTOR



Prof. Dr. med. Robert Dengler,

Jahrgang 1958, studierte Medizin in Hamburg und München. Er lehrt am Hochschulzentrum München der FOM Hochschule für Oekonomie & Management. Er promovierte an der Technischen Universität München und arbeitete zunächst in einem DFG-Sonderforschungsbereich an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinikum Innenstadt. Dort absolvierte er auch seine Weiterbildung zum Internisten. Danach war er 20 Jahre als niedergelassener Facharzt in der von ihm gegründeten Schwerpunktpraxis für Hämatologie und Onkologie in Regensburg tätig. Er leitet das Versorgungsforschungsprojekt GOAL_ASV, das im Rahmen des Innovationsfonds die Richtlinie zur ASV evaluiert.