

Begleitstudie zur Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V

Eine Initiative von



Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) wurde im Zuge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes zum 1.1.2012 eingeführt. Sie soll die ambulante Diagnostik und Therapie bestimmter seltener oder komplexer Erkrankungen umfassen - sowohl durch Krankenhäuser als auch niedergelassene Ärzte bei entsprechender Qualifikation. Ein wesentliches Merkmal der ASV ist die Verpflichtung zur fachgruppenübergreifenden Kooperation. Details zur ASV wie die umfassten Krankheitsbilder und die Zugangsvoraussetzungen für Leistungserbringer legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) fest. Neben einer ASV-Richtlinie mit allgemeinen Regelungen wurden mittlerweile auch die krankheits-spezifischen Vorgaben für mehrere Indikationen beschlossen. Die ersten dieser so genannten Konkretisierungen sind bereits in Kraft getreten, so dass Vertragsärzte bzw. Krankenhäuser Teilnahmeanzeigen bei den neu gebildeten Erweiterten Landesausschüssen (eLAs) eingereicht und entsprechende ASV-Berechtigungen erhalten haben.

Die bbw Hochschule, der Bundesverband Managed Care e.V. und der Bundesverband ASV e.V. haben eine Umfrage unter allen bereits berechtigten ASV-Teams durchgeführt. Die bbw Hochschule wird darauf aufbauend in Kooperation mit dem Bundesverband ASV die Einführung der ASV in Form einer langfristigen Begleitstudie weiterverfolgen.

Studiendesign und Methode

Es wurden bundesweit 54 ASV-Teamleiter per Fragebogen angeschrieben, wobei die Kontaktdaten der Teamleiter der Website der ASV-Servicestelle (<https://www.asv-servicestelle.de>) entnommen wurden.

Befragung zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Eine Initiative von

Allgemeine Information
Bitte schicken Sie den Fragebogen in beiliegendem Kuvert, per Fax an +49 (0) 89 45 24 54 65 oder eingeschickt per E-Mail an asvstudie@bbw-hochschule.de zurück.
Diese Befragung richtet sich an den ASV-Teamleiter.
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird ausschließlich die männliche Schreibweise verwendet, die weibliche Form ist darin inbegriffen.

1. Allgemeine Angaben zum Profil Ihres ASV-Teams

1.1 Bitte geben Sie das Bundesland an, in dem Sie als ASV-Teamleitung ansässig sind:

1.2 Für welche Indikation(en) nehmen Sie an der ASV teil? (Mehrfachnennung möglich)

- Gastrointestinale Tumoren / Tumoren der Bauchhöhle
- Gynäkologische Tumoren
- Marfan-Syndrom
- Pulmonale Hypertonie
- Tuberkulose

1.3 Wie viele Ärzte umfasst ...

... Ihr ASV-Kernteam einschließlich der Teamleitung?

... die Gruppe der hinzuzuziehenden Fachärzte?

Zum Zeitpunkt der Auswertung im Dezember 2016 lagen insgesamt 20 vollständige und damit verwertbare Teilnahmen vor, was einer Rücklaufquote von 37% entspricht. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich sofern nicht anders angegeben auf die 20 verwertbaren Antworten der Teamleiter.

Versorgungsstruktur in der ASV

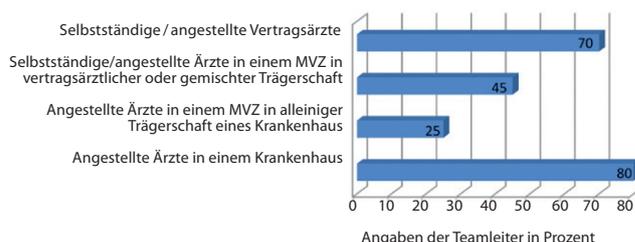
Der erste Fragenkomplex betraf das Profil und die Struktur der ASV-Teams.

11 Teamleiter, die an der Umfrage teilnahmen, hatten eine Berechtigung für die ASV für gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (GIT). 9 Teilnehmer setzten die ASV in der Tuberkulose (Tbc) um.

Bei der Beschäftigungssituation der ASV-Teamleitung zeigte sich bei den 19 vorliegenden Antworten zu dieser Frage eine recht eindeutige Tendenz: 12 Teamleiter waren in einem stationären Umfeld tätig. Davon waren 11 in einem Krankenhaus angestellt, ein Teamleiter arbeitete im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) eines Krankenhauses. 7 Teamleiter waren Vertragsärzte. Bei den im Krankenhaus ansässigen Teamleitern war auffällig, dass fast die Hälfte (5 von 12) in jenen Bundesländern tätig ist, die in der Vergangenheit – also vor dem Jahr 2012 – nur außergewöhnlich wenige Bestimmungen nach § 116b SGB V (alte Fassung) hatten, konkret Baden-Württemberg, Bayern und Sachsen-Anhalt.

Aus der starken Präsenz des stationären Sektors in der ASV-Teamleitung sollte nicht geschlossen werden, dass die Vertragsärzteschaft im ASV-Team nicht vertreten ist. Dies zeigt sich bei Betrachtung der Beschäftigungssituation der Mitglieder der ASV-Kernteam (Abb. 1). Demzufolge waren in 80% der ASV-Kernteam im Krankenhaus angestellte Ärzte. Es fanden sich in 70% der Kernteam jedoch ebenfalls Vertragsärzte. Auffällig ist zudem, dass in fast der Hälfte der ASV-Kernteam Ärzte aus einem MVZ in vertragsärztlicher oder gemischter Trägerschaft waren. Angestellte Ärzte in einem MVZ in alleiniger Trägerschaft eines Krankenhauses 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 haben ein reines „Krankenhaus-Team“ zusammengestellt. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei einer Differenzierung nach Indikation: 91% der GIT-Teams und 56% der Tbc-Team waren „gemischt“. Dabei ist aber zu beachten, dass im Rahmen der GiT-ASV eine intersektorale Kooperation gesetzlich vorgeschrieben ist.

Beschäftigungssituation des ASV-Kernteam



Im zweiten Fragenkomplex wurden die Teilnehmer der Studie gebeten, Fragen zum Anzeigeverfahren bei den eLAs zu beantworten.

Bei drei Viertel der Teams hatte der 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, so ergibt sich ein anderes Bild: Bei den GiT-Teams (11) erhielten 4 Teams keine Nachfragen (63% Nachforderungen), während bei den Tbc-Teams (9) nur ein Team das Anzeigeverfahren ohne Nachforderung von Unterlagen durchlief (89% Nachforderungen).

Die Teams wurden zudem befragt, wie sie das Anzeigeverfahren in Bezug auf den zeitlichen Aufwand für die Erstellung der Anzeige, den Umfang der einzureichenden Unterlagen sowie die Serviceorientierung des eLA (z.B. in Hinblick auf Erreichbarkeit, Auskunftsbereitschaft) beurteilen. Nur einem Team (5%) erschien der zeitliche Aufwand als sehr angemessen und es kreuzte hier „sehr gut“ an. 4 Teams (20%) beurteilten den zeitlichen Aufwand als „eher gut“. Der Großteil der Teams (9 = 45%) gab das Votum „eher schlecht“ ab, weitere 6 Teams (30%) waren unzufrieden und beurteilten den zeitlichen Aufwand als „sehr schlecht“.

Hinsichtlich des Umfangs der einzureichenden Unterlagen zeichnete sich ein ähnliches Bild ab: 1 Team „sehr gut“ (5%), 5 Teams „eher gut“ (25%), 7 Teams „eher schlecht“ (35%), 7 Teams „sehr schlecht“ (35%). Mit dem Umfang der einzureichenden Unterlagen waren somit 70% der Teams unzufrieden.

Die Serviceorientierung der eLA wurde dagegen deutlich besser beurteilt: hier benoteten 7 Teams das Anzeigeverfahren in Bezug auf die Serviceorientierung des eLA als „sehr gut“ (35%), 6 Teams mit „eher gut“ (30%). 3 Teams beurteilten sie mit „eher schlecht“ (15%), 4 Teams mit „sehr schlecht“ (20%). Auffällig ist, dass 3 von den 4 Teams, die die Serviceorientierung des eLA als „sehr schlecht“ beurteilt haben, Tuberkulose-Teams waren.

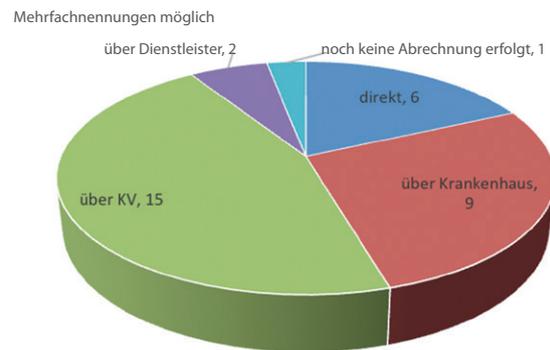
Gefragt nach der Gesamtzufriedenheit mit dem Anzeigeverfahren, erhielten die eLAs mit 10% „sehr zufrieden“, 45% „zufrieden“, recht annehmbare Noten ausgestellt. 25% der Teilnehmer der Umfrage äußerten sich „unzufrieden“ und 20% „sehr unzufrieden“ zu den Gesamtumständen des Anzeigeverfahrens.

Umsetzung der ASV

In einem weiteren Abschnitt wurden den Teilnehmern Fragen zur Versorgungspraxis gestellt.

Auf die Frage, wie viele Patienten der Teamleiter im 2. Quartal 2016 im Rahmen der ASV behandelt habe, antworteten 9 der 11 GiT-Teams. Im Durchschnitt hatten diese Teamleiter 61 ASV-Patienten in diesem Quartal behandelt. Eine Prognose zu den Patientenzahlen in 2017 gaben 10 Teams ab: durchschnittlich gingen sie von 162 Patienten aus. Ein Team gab an, im Jahr 2017 keine Patienten im Rahmen der ASV zu behandeln. Ob dies aufgrund einer Beendigung der Teilnahme erfolgt, konnte nicht verifiziert werden.

Abrechnungsverfahren in der ASV



Bei den für Tbc berechtigten Teams waren die angegebenen Patientenzahlen geringer, was angesichts der geringeren Prävalenz der Erkrankung nicht verwundert. Im Durchschnitt behandelten die Teamleiter im 2. Quartal 2016 26 Patienten. Ein Team hatte angegeben, in diesem Quartal keine Patienten behandelt zu haben. Die Prognose für 2017 lag bei durchschnittlich 117 Patienten

19 Teams gaben eine Auskunft zum Abrechnungsverfahren. Ein Team hatte bislang keine Abrechnung durchgeführt. In 15 Teams hatte mindestens ein Teammitglied die Kassenärztliche Vereinigung (KV) mit der Abrechnung beauftragt (79%). Zweithäufigster Weg mit 9 Nennungen war die Abrechnung über das Krankenhaus (47%); in 6 Fällen wurde eine Direktabrechnung mit den Kassen genannt (32%). Interessant ist, dass in 2 Fällen eine Abrechnung über einen anderen Dienstleister (nicht KV) erfolgt, obwohl die Beauftragung nichtöffentlicher Stellen gesetzlich nicht mehr möglich ist.

6 Teamleiter beurteilten die Durchführung der Abrechnung als „unkompliziert“ (30%), die Mehrheit jedoch als „aufwendig“ (14; 70%). In der Gruppe der Teamleiter, die die Abrechnung als unkompliziert beurteilten, waren Vertragsärzte deutlich stärker vertreten (50% vs. 35% in der Gesamtgruppe).

Die Frage nach einer zeitnahen Vergütung der ASV-Leistungen hatten 19 von 20 Teams beantwortet. Von diesen gaben 7 Teams (37%) an, dass die Vergütung der ASV-Leistungen zeitnah erfolgte, 8 Teams (42%) beurteilten die Vergütung als verzögert. Bei 4 Teams war noch keine Abrechnung erfolgt.

7 von 20 Teams (35%) gaben an, bereits eine gemeinsame IT-Infrastruktur im Team zu nutzen, zum Beispiel zum Austausch von Befund- und Behandlungsdaten. Unterschiede bei den Indikationen bestanden nicht.

17 Teams hatten eine Angabe zur Frequenz der vorgesehenen gemeinsamen Sprechstunde des Kernteams gemacht. 9 Teams (53%) gaben an, noch keine gemeinsame Sprechstunde auf Wunsch des Patienten durchgeführt zu haben. Bei 2 Teams (12%) wurde die Sprechstunde weniger als einmal monatlich, bei weiteren 2 Teams etwa monatlich durchgeführt. 4 Teams (24%) gaben an, die Sprechstunde wöchentlich zu halten.

Die Häufigkeit der gemeinsamen Sprechstunde war bei GiT-Teams deutlich höher. Hier gaben nur 40% der Teams (4) an, bislang noch keine Sprechstunde durchgeführt zu haben. Bei den Tbc-Teams hatten hingegen 71% (5) noch kein derartiges Angebot umgesetzt. 40% der GiT-Teams (4) boten eine wöchentliche Sprechstunde an. Dies war bei Tbc-Teams nie der Fall.

Nutzen der ASV und Motivation der ASV-Teams

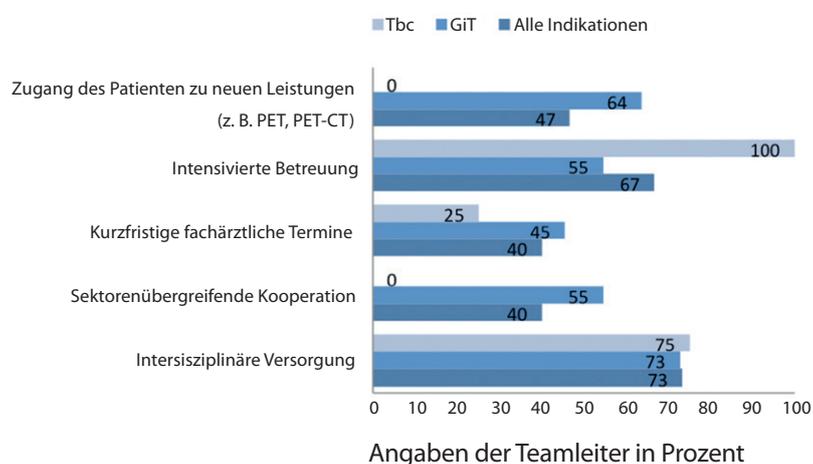
Für die Akzeptanz einer ASV-Versorgungsstruktur dürfte es langfristig auch von besonderem Belang sein, ob durch dieses neue Behandlungssetting im Vergleich zur bisherigen Regelversorgung ein Zusatznutzen für den ASV-Patienten attestiert werden kann.

Über beide Indikationen hinweg bewerteten 45% der Teamleiter den Zusatznutzen für die Patienten als „hoch“, 11% der Teamleiter schätzten diesen als „mittel“ ein und 22% als „gering“. Jeweils 11% der Teamleiter gaben an, ein Zusatznutzen sei „nicht vorhanden“ bzw. „nicht feststellbar“. Somit ergibt sich hinsichtlich des Zusatznutzens der ASV ein recht uneinheitliches Bild, wobei immerhin mehr als die Hälfte aller befragten Teamleiter der ASV einen hohen bzw. mittleren Zusatznutzen bescheinigten. Nach Indikation differenziert, wurde der Zusatznutzen der ASV durch die GiT-Teamleiter deutlich besser bewertet. So gaben 100% der GiT-Teamleiter an, dass die ASV mit einem Zusatznutzen einhergeht. 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, dass dieser nicht vorhanden bzw. gering sei.

Teamleiter, die der ASV einen Zusatznutzen attestierten, wurden gebeten, diesen zu spezifizieren (Abb. 3). Hier nannten 73% der Teamleiter die „interdisziplinäre Versorgung“ sowie 67% der Teamleiter die „intensivierte Betreuung“. Aber auch der „Zugang zu neuen medizinischen Leistungen“ spielte bei fast der Hälfte der Teamleiter eine Rolle. Die beiden Aspekte „sektorenübergreifende 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.

Worin sehen Sie den Zusatznutzen der ASV?

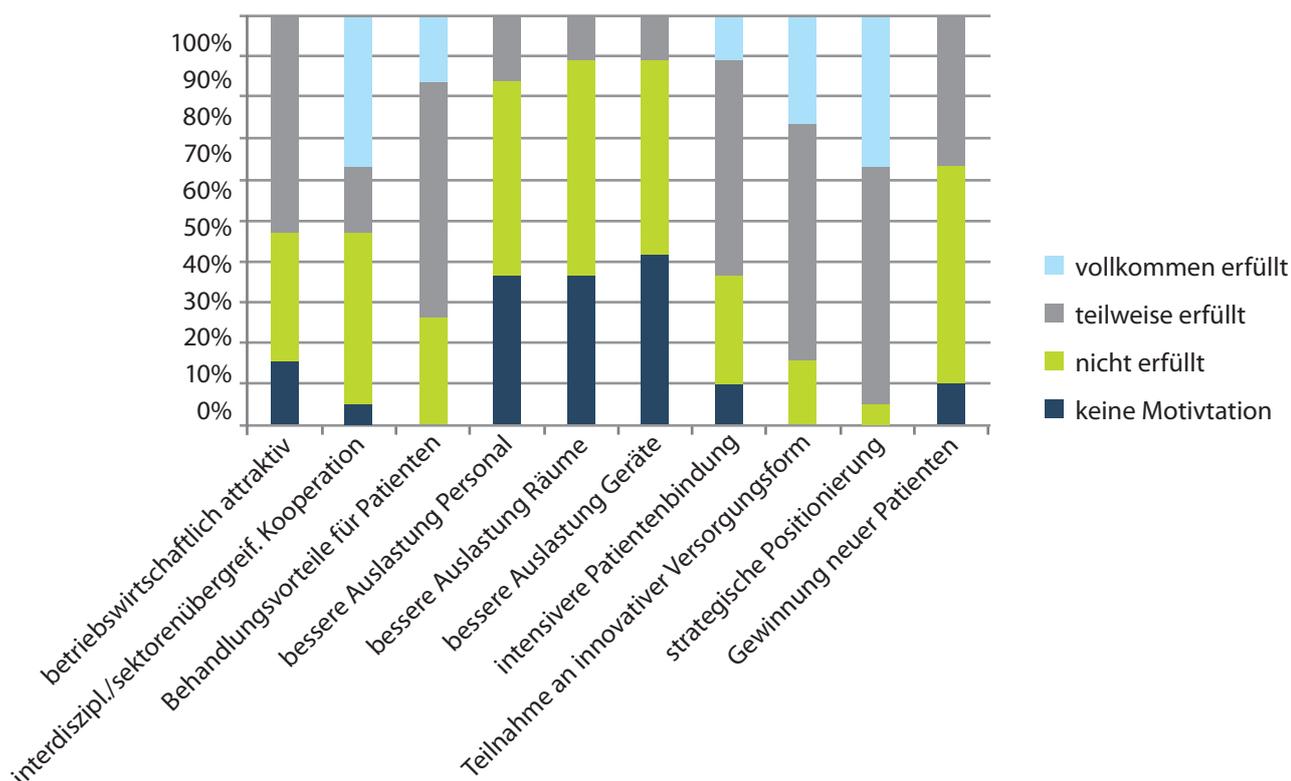


Gefragt nach der Motivation zur Teilnahme an der ASV lassen sich zwei Gruppen von Beweggründen identifizieren (Abb. 4). Wenig überraschend spielten ökonomische Überlegungen eine Rolle. Die betriebswirtschaftliche Attraktivität war für ca. 85% der Teamleiter bei der Entscheidung zur ASV-Teilnahme von Belang. Dabei war dieser Aspekt für Vertragsärzte wichtiger 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 jedoch für Tbc-ASV-Teams weniger bedeutsam zu sein als für GiT-ASV-Teams. Vielmehr waren langfristige strategische Motive und die Möglichkeit zur Teilnahme an einer innovativen Versorgungsform von grundlegenderer Bedeutung. Das „revolutionäre“ Potenzial der ASV an der Schnittstelle von ambulantem und stationärem Sektor wird von den Teilnehmern folglich erkannt.

Hier ist auch der Übergang zur zweiten Gruppe der Beweggründe fließend: Die Teilnehmer der Umfrage sahen ebenfalls Chancen zur Versorgungsverbesserung. Hierzu zählen insbesondere die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Kooperation sowie Behandlungsvorteile für Patienten. Beinahe alle Teamleiter gaben diese Faktoren als Beweggrund an, an der ASV teilzunehmen.

Fraglich ist allerdings, ob sich diese Erwartungen bisher erfüllten: Die ASV ist für die Umfrageteilnehmer bisher nicht (mehr als 31%) bzw. nur teilweise (53%) betriebswirtschaftlich attraktiv. Angesichts der geringen Fallzahlen wenig überraschend, hat sich auch die Hoffnung auf neue Patienten bei nur wenigen Teamleitern erfüllt – bei mehr als 52% hat sie sich sogar überhaupt nicht erfüllt. Dies traf insbesondere auf die ASV zur Behandlung der Tbc zu. Hier gaben mehr als 66% der Teamleiter an, dass keine neuen Patienten gewonnen werden konnten. Die langfristige Motivation aller Umfrageteilnehmer litt jedoch (noch) nicht: Für lediglich einen ASV-Teamleiter wurde die Erwartung auf eine strategische Positionierung enttäuscht. Dies steht jedoch im Kontrast zur großen Mehrheit der Teamleiter, die ihre Erwartungen teilweise bzw. vollkommen erfüllt sah.

Motivation zur Teilnahme an der ASV



Fazit

Das Ergebnis der Umfrage zeigt, dass das Ziel der ASV im Ansatz erreicht wurde, eine sektorenübergreifende und interdisziplinär-kooperative Versorgungsstruktur für schwere und seltene Erkrankungen zu etablieren.

Die Umfrageteilnehmer verbinden mit der ASV neben einem höheren Patientennutzen durch eine besser verzahnte Versorgung auch einen ökonomischen wie auch versorgungspolitischen Vorteil. Dabei betrachten sie die ASV tendenziell eher als langfristiges Engagement, welches nicht zeitnah ökonomische Gewinne erzielen muss. Demensprechend wird die ASV – allen Widrigkeiten zum Trotz – grundsätzlich positiv gesehen. Es überrascht folglich nicht, dass eine große Mehrheit von fast 78% eine Ausweitung der gesetzlich verankerten ASV-Indikationen bejaht.

Die mit Einführung der ASV von Seiten des Gesetzgebers verfolgten Zielsetzungen haben sich mit Blick auf die Versorgungspraxis durchaus erfüllt und ermöglichen gegenüber der Regelversorgung eine Verbesserung der Patientenversorgung - zumindest aus Sicht der ASV-Teamleiter.

Der ASV wird als neues Strukturelement in der fachärztlichen Versorgung folglich insgesamt eine perspektivisch nutzenstiftende Rolle zugesprochen. Ferner wird die ASV jedoch als bürokratisch und zu anforderungsreich erlebt.

Von einer flächendeckenden Etablierung dieser neuen Versorgungsform kann angesichts der bislang geringen Anzahl berechtigter ASV-Teams jedoch noch nicht gesprochen werden.

Die Studie der bbw Hochschule Berlin in Kooperation mit dem Bundesverband ASV wird unterstützt von Siemens sowie SERVIER Deutschland.

Diese Publikation stellt eine Kurzfassung der Studienergebnisse dar. Eine ausführliche Darstellung wird in Kürze veröffentlicht. Nähere Informationen zur Studie erhalten Sie unter www.asv-studie.de.

Autoren

Prof. Dr. iur. Christoff Jenschke, LL.M. (Lond.) | bbw Hochschule

Sabine Pöttgen | bbw Hochschule

Dr. med. Axel Munte | BV ASV e.V.

Dipl.-Phys. Sonja Froschauer-Häfele | BV ASV e.V.

Prof. Roger Jaeckel | BMC e.V.

Dipl.-Pol. Robin Rösenberg | BMC e.V.

Dr. rer. oec. Helen Grupp | BMC e.V.

Kontaktdaten

bbw Hochschule

Leibnizstr. 11-13, 10625 Berlin

Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V., (BV ASV)

Grafinger Str. 2, 81671 München

Bundesverband Managed Care e.V.

Friedrichstr. 136, 10117 Berlin