

Analyse der Einführungsphase der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Kurzübersicht

Christoff Jenschke, Sonja Froschauer-Häfele, Laura Bredow, Phil Hartmann und Axel Munte

Disclaimer

Diese Zusammenfassung stellt keine Veröffentlichung dar. Jeglicher Abdruck oder die Weiterverwendung der hier dargestellten Ergebnisse dürfen nur in Absprache mit den Autoren erfolgen.

Die zugrundeliegende Studie dieser Kurzübersicht wurde zwischen 2016 und 2018 durch SERVIER Deutschland GmbH und Siemens finanziell unterstützt. Seit 1. April 2018 fördert Novartis die Studie.

Einleitung

Zum 1. Januar 2012 wurde mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) im Gesetz eine neue Versorgungsform für die hochspezialisierte ambulante Behandlung von Patienten mit bestimmten komplexen sowie seltenen Erkrankungen geschaffen. Die Rahmenbedingungen wurden für erste Krankheitsbereiche bereits durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) festgelegt.

Eine Analyse der Entstehungsphase dieser wegweisenden Versorgungsstruktur wird seit 2016 durch die bbw Hochschule Berlin auf Initiative und in Kooperation mit dem Bundesverband ASV durchgeführt. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse und konkreten Handlungsempfehlungen findet sich in dieser Kurzübersicht. Der ausführliche Bericht, der diesen Ergebnissen zugrunde liegt, wurde 2018 im Welttrends Verlag unter dem Titel „*Ambulante spezialfachärztliche Versorgung - Analyse der Entstehung einer neuen Versorgungsform*“ veröffentlicht. Dort finden sich umfassende Analysen sowie eine Diskussion der Ergebnisse.

Beschreibung der ASV

Zum 1. Januar 2012 wurde mit der Neufassung des § 116b SGB V eine neue Versorgungsform definiert: die ASV. Das Ziel: Sowohl niedergelassene als auch am Krankenhaus tätige Ärzte sollen in die ambulante Diagnostik und Therapie von Patienten mit komplexen Erkrankungen einbezogen werden. Die ASV soll – so der Gesetzgeber – künftig folgendes umfassen:

- Ambulante Betreuung von Patienten mit Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf, wobei außer bei onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen eine Einschränkung auf

schwere Verlaufsformen vorgesehen ist.

- Ambulante Behandlung von Patienten mit seltenen Erkrankungen (< 5:10.000 Einwohner), z.B. Tuberkulose, Marfan-Syndrom oder pulmonale Hypertonie.
- Hochspezialisierte Leistungen, wie beispielsweise die Brachytherapie.

Die Anforderungen der ASV werden vom GBA in einer Richtlinie geregelt (ASV-RL). Erkrankungsspezifische Anforderungen werden schrittweise in Konkretisierungen ergänzt. Seit 2014 wurden bislang elf Konkretisierungen beschlossen. Aktuell erarbeitet der GBA die Konkretisierung zu den Tumoren der Haut und zur Hämophilie.

Besonderes Merkmal der ASV ist die Bildung von interdisziplinären Ärzteteams sowohl durch Vertrags- als auch durch Krankenhausärzte. Die im Team nötigen Fachgruppen werden pro Krankheitsbild in der Konkretisierung festgelegt.

Wenn ein interdisziplinäres Team an der ASV teilnehmen möchte, muss es eine Anzeige beim Erweiterten Landesausschuss (ELA) einreichen. Insgesamt gibt es 17 ELA, die regional organisiert sind (entsprechend den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen). Der ELA hat nach Eingang der Anzeige eine zweimonatige Prüffrist, welche gehemmt werden kann, wenn wegen nicht vollständiger Unterlagen noch Nachforderungen nötig sind. Sollten die erforderlichen Voraussetzungen vom Anzeigenden nicht erfüllt sein, kann die ASV-Teilnahme durch entsprechende Erklärung verweigert werden.

Die Zugangsvoraussetzungen für die an der ASV teilnehmenden Patienten, werden u.a. durch die Diagnose nach ICD-10-GM geregelt.

Zudem kann der GBA weitere Zugangsvoraussetzungen festlegen, wie beispielsweise den Bedarf einer bestimmten komplexen Therapie.

Die abrechenbaren ASV-Leistungen werden im so genannten Behandlungsumfang vom GBA im Rahmen der Konkretisierungen festgelegt. Dafür soll laut Gesetzgeber eigentlich eine eigene Gebührenordnung mit diagnosebezogenen Fallpauschalen eingeführt werden. Übergangsweise erfolgt die Vergütung auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) der vertragsärztlichen Versorgung.

Charakteristika der ASV-Teams

Zum Mai 2018 waren laut Daten der ASV-Serviceestelle etwa **150 Teams in der ASV tätig**. Davon waren 102 Teams für die Indikation Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (GIT), 33 Teams für Tuberkulose und atypische Mykobakteriose (TBC), 10 Teams für gynäkologische Tumoren, 1 Team für Mukoviszidose, 2 Teams für Marfan-Syndrom sowie 4 Teams für pulmonale Hypertonie gemeldet. In der Abbildung 2 ist der zeitliche Verlauf über die Entwicklung der Zahl der ASV-Teams je Indikation wiedergegeben.

Die **Teamgröße der ASV-Teams** ist laut Analyse der ASV-Serviceestelle sehr unterschiedlich. Da die Fachgruppen häufig doppelt oder mehrfach besetzt werden, wird die Mindestzahl meist deutlich überstiegen. Die durchschnittliche Mitgliederzahl liegt innerhalb der GIT-Teams bei 47 vertretenen Ärzten und bei TBC-Teams bei 18 Ärzten. Insgesamt waren im Mai 2018 etwa 5.800 Ärzte in der ASV tätig.

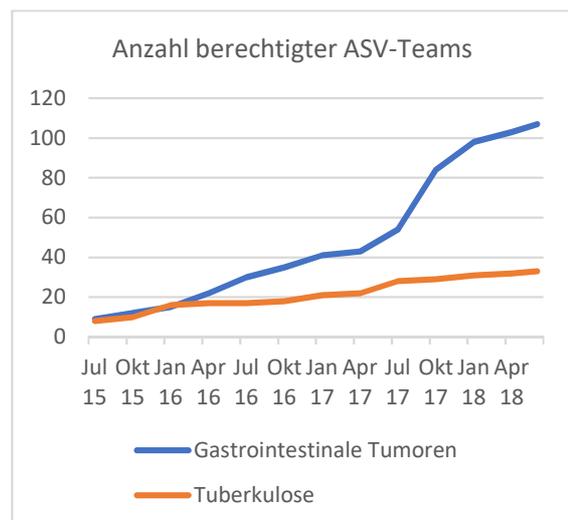
Dabei wurden im 2. Quartal 2016 laut Befragung der GIT und TBC Teamleiter durchschnittlich **44 Patienten in den ASV-Teams** behandelt. Bei den elf GIT-Teams wurden im Durchschnitt 61 Patienten und bei den neun

TBC-Teams durchschnittlich 27 Patienten behandelt.

Zudem betrug die **Distanz zwischen dem Tätigkeitsstandort der Teamleiter und dem Wohnort** der Patienten für Patienten mit TBC durchschnittlich 34 km und für Patienten mit durchschnittlich bei 21 km.

Die **Teamleitung der ASV-Teams** wurde in der Indikation GIT in 76 Prozent aus dem Bereich Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und in der Indikation TBC in 79 Prozent durch einen Facharzt aus dem Bereich der Pneumologie besetzt.

Entwicklung der Zahl der veröffentlichten ASV-Teams zwischen 1. Juli 2015 und 22. Mai 2018 (Jenschke et al. 2018)



Eine Betrachtung der **beteiligten Sektoren** zeigt, dass etwas mehr als die Hälfte der ASV-Teams durch Krankenhausärzte besetzt wird.

Bei der Indikation GIT sind im Jahr 2018 insgesamt 82 Prozent der Teamleiter, sowie 62 Prozent der Ärzte aus dem Kernteam und 55 Prozent der hinzuzuziehenden Fachärzte im Krankenhaus tätig. Der hohe Anteil der im Krankenhaus angesiedelten Teamleiter lässt sich durch die Beendigung der bestehenden

Bestimmungen nach § 116b SGB V alte Fassung erklären, welche primär durch Krankenhäuser initiiert wurden.

Bei der Indikation TBC ist eine andere Verteilung zu erkennen. Im Jahr 2018 sind insgesamt 70 Prozent der Teamleiter, sowie 49 Prozent der Ärzte aus dem Kernteam und 53 Prozent der hinzuziehenden Fachärzte im Krankenhaus angesiedelt.

In der Onkologie besteht eine gesetzliche Verpflichtung der ASV-Teams zur Kooperation mit dem jeweils anderen Versorgungssektor. Der Gedanke des Gesetzgebers war hier die Vernetzung von Krankenhäusern und Vertragsärzten in Hinblick auf die Konflikte, die bei der Zulassung von Krankenhäusern nach § 116b SGB alter Fassung entstanden waren. 8 von 102 GIT Teams bestanden jedoch aus Ärzten, die faktisch dem stationären Sektor zurechenbar sind (Krankenhausärzte sowie Ärzte aus einem MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses), so dass die Kooperationsverpflichtung faktisch (wenn auch nicht rechtlich) unterlaufen wird).

Schließlich wurde noch die **regionale Verteilung** der ASV-Teams betrachtet. 78 Prozent der Teamleitungen sind in Städten mit mehr als 50.000 Einwohnern ansässig. Lediglich drei Prozent der Teamleiter kamen aus ländlichen Gemeinden. Es wird somit deutlich, dass ein Versorgungsangebot durch die ASV derzeit weitgehend auf städtische Regionen beschränkt ist

Umsetzung der ASV

Eine Befragung der ASV-Teamleiter ergab, dass 85 Prozent der Vorbereitungsarbeiten für die **ASV-Anzeige** durch die Ärzte erfolgt. Dabei wurden bei drei Viertel der Anzeigeverfahren fehlende Anzeigedokumente vom ELA

nachgefordert. Im Falle einer Zulassung zur ASV wurde bis auf einen Fall immer ein Positivbescheid vom ELA ausgestellt. Insgesamt bewerteten 55 Prozent der Teams die Gesamtzufriedenheit mit dem Anzeigeverfahren als positiv. Allerdings bewerteten nur 25 Prozent der Teamleiter den zeitlichen Aufwand als gut. Ebenso wurde der Umfang der einzureichenden Unterlagen nur von 30 Prozent der Befragten als gut bewertet. Für die Serviceorientierung hingegen erhielten die ELA bessere Bewertungen. 65 Prozent der Teamleiter haben diese als positiv bewertet.

In 42 Prozent der befragten Teams wurde bei allen Mitgliedern ein einheitliches **Abrechnungsverfahren** durchgeführt. Dabei wurde in 79 Prozent der Teams von mindestens einem Arzt die KV mit der Abrechnung beauftragt. Zudem wurde in 47 Prozent der Teams die Abrechnung vom Krankenhaus übernommen und in 32 Prozent fand eine Direktabrechnung mit der Krankenkasse von mindestens einem Arzt statt. Insgesamt bewerteten 70 Prozent der Teamleiter das Abrechnungsverfahren der ASV aufwändig, wobei die Bewertung der Vertragsärzte deutlich positiver ausfiel. Darüber hinaus bewerteten 63 Prozent der vertragsärztlichen Teamleiter die Vergütung als zeitnah, während dies nur von 29 Prozent der Krankenhaus-Teamleiter empfunden wurde.

Eine **gemeinsame IT-Infrastruktur** wurde bereits von 35 Prozent der Teams genutzt, wobei 42 Prozent der Krankenhausteams und 26 Prozent der vertragsärztlich geleiteten Teams diese anwenden.

Eine **gemeinsame wöchentliche Sprechstunde** wurde bislang nur von 24 Prozent aller Teams abgehalten, wohingegen 53 Prozent der Teamleiter noch keine bzw. zwölf Prozent diese (weniger als) monatlich durchgeführt haben.

Bei der Einschätzung des **Zusatznutzens der ASV für die Patienten** bewerteten 45 Prozent der Teamleiter diesen als „hoch“, elf Prozent mit „mittel“, 22 Prozent mit „gering“ und elf Prozent mit „gar keinen“. Als Zusatznutzen wurden vor allem die „Interdisziplinäre Versorgung“ (55 Prozent der Befragten), die „Intensivierte Betreuung“ (55 Prozent), der „Zugang zu neuen medizinischen Leistungen“ (40 Prozent), die „Sektorenübergreifende Kooperation“ (35 Prozent) sowie die „Kurzfristige Wahrnehmung von Facharztterminen“ (35 Prozent) angesehen.

Interessanterweise war der erwartete Zusatznutzen für die Patienten für alle Befragten ein wichtiges **Motiv für die Teilnahme** an der ASV, wobei 74 Prozent der Teamleiter diesen Zusatznutzen zumindest teilweise als erfüllt ansahen.

Neben dem Zusatznutzen waren folgende Punkte ein ausschlaggebender Grund für die ASV-Teilnahme:

- **Teilnahme an innovativer Versorgungsform** (100 Prozent der befragten Teamleiter)
- **Strategische Positionierung** (100 Prozent)
- **Behandlungsvorteile für Patienten** (100 Prozent)
- **Interdisziplinäre bzw. sektorenübergreifende Kooperation** (für 95 Prozent)
- **Gewinnung neuer Patienten durch die ASV** (89 Prozent)
- **Intensivere Patientenbindung** (89 Prozent)
- **Betriebswirtschaftliche Erwägungen** (84 Prozent)
- **Bessere Auslastung von Geräten** (58 Prozent) sowie von **Räumen und Personal** (jeweils 63 Prozent der Teamleiter)

Vor allem die Motive „strategische Positionierung“, „Teilnahme an innovativer Versorgungsform“, „Interdisziplinäre bzw. sektorenübergreifende Kooperation“, „Behandlungsvorteile für Patienten“, „Intensivere Patientenbindung“ und „Betriebswirtschaftlich attraktiv“ haben sich für die Mehrheit der Befragten zumindest teilweise erfüllt.

Bei der Frage nach **Verbesserungswünschen** wurden insbesondere Vorschläge hinsichtlich des Prozesses des Anzeigeverfahrens, der Rechtsauslegung der ASV-Richtlinie durch die ELA, eine verbesserte Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und eine geforderte Krebs-Nachsorge genannt.

Kritisch betrachtet wurde der vermisste Zusatznutzen für den Patienten im Vergleich zur Regelversorgung sowie der hohe Aufwand für die ASV-Teilnahme im Zusammenhang mit bürokratischen Hürden.

Umfrage bei den ELA

Ein weiterer Teil der Begleitstudie umfasste eine Umfrage der 17 ELA, um eventuelle Unterschiede in der Genehmigungspraxis herauszuarbeiten.

Die Handhabung der Frage, ob **hinzuzuziehende Fachärzte namentlich zu benennen** sind, oder ob eine institutionelle Benennung ggf. unter persönlicher Nennung des Arztes, der die Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt, ausreichend ist, variiert in der Praxis sehr.

Die Mehrheit der ELA lässt eine institutionelle Benennung zu (11 von 13 gegebenen Antworten), wobei jedoch die Mehrzahl einen weiteren persönlichen Qualifikationsnachweis mindestens eines Arztes aus der Institution fordert (sieben von elf).

Das Ergebnis der Frage, ob eine **Mehrfachbesetzung von Fachgruppen** zulässig sei, war von Einhelligkeit unter den ELA geprägt: 13 von 14 ELA gaben an: „Ja, uneingeschränkt“, nur ein ELA beantwortete die Frage mit „Ja“, schränkte sie aber dahingehend ein, dass eine Mehrfachbesetzung von Kernteammitgliedern je Fachgruppe 10 nicht übersteigen sollte, bei Hinzuzuziehenden 15. Die überwiegende Mehrheit der ELA erklärte zudem, dass bei Mehrfachbesetzung im Team die Meldung einer Abwesenheit eines Teammitglieds von mehr als einer Woche dem ELA nicht mehr mitgeteilt werden müsse.

Uneinheitlich waren die Antworten der ELA in Bezug auf die Frage, welchen Nachweis Teams führen müssen, eine **Kooperation nach § 10 ASV-RL** sei nicht zustande gekommen, weil entweder ein notwendiger Leistungserbringer aus dem anderen Sektor nicht vorhanden war oder nicht gewonnen werden konnte. Die Hälfte der 14 antwortenden ELA gab an, damit keine Erfahrungen zu haben, teilte aber auch nicht mit, wie sie diesen Fall handhaben würden. Die anderen sieben ELA verlangen „glaubhaftgemachte Selbsterklärungen“, schriftliche Begründungen ggf. mit geeigneten Nachweisen, Zeugenaussagen von den Anzeigenden bzw. individuell entscheiden.

Eindeutiger hingegen war die Antwort auf die Frage, ob Ausnahmen bei entsprechendem Nachweis zugelassen würden, wenn die Anzeigenden notwendige Teammitglieder (außerhalb der Pflichtkooperation nach § 10 ASV-RL; also ggf. Kernteammitglieder oder Hinzugezogene) nicht gewinnen oder finden konnten. Zehn der 14 an der Umfrage teilnehmenden ELA verneinte die Frage, drei teilten mit, der Fall habe noch nicht vorgelegen, ein ELA

machte keine Angabe. Vor diesem Hintergrund erscheint es richtig, dass der GBA bei der Zusammensetzung der Rheuma-Teams in der Konkretisierung konkret die Ausnahmemöglichkeit in Bezug auf die Kernteammitgliedschaft eines Facharztes für Orthopädie mit dem Schwerpunkt Rheumatologie zugelassen hat.

Bei der Mehrheit der ELA sind die **Qualifikationsnachweise für Teammitglieder**, die bereits in einem anderen ASV-Team Mitglied sind, nochmals einzureichen.

Sämtliche ELA beantworteten die Frage, ob die **Vorlage einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung bei den onkologischen Indikationen** (Pflichtkooperationen bzw. ASV-Kooperation nach § 116b Abs. 4 Sätze 9 und 10 SGB V) gefordert würde, mit „Ja“.

Dass neun von 14 ELA auch die Vorlage von Vereinbarungen bei sog. Leistungskooperationen (interdisziplinäre Zusammenarbeit gemäß § 3 Abs. 1 ASV-RL im Rahmen von vertraglich geregelten Kooperationen) fordert, überrascht vor dem Hintergrund eines fehlenden normierten Erfordernisses hierfür.

Das Bild der Antworten auf die Frage, wie die Erfüllung der Voraussetzungen entsprechend der **Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V** überprüft werden, ist uneinheitlich. Die Mehrheit der ELA (sechs von 14) lässt eine Eigenerklärung ausreichen, während vier von 14 ELA für jedes Mitglied (bei institutioneller Benennung nur von einer dort angestellten Person) einen persönlichen Nachweis fordern. Festzuhalten bleibt, dass fast jeder ELA hier eine andere Verwaltungspraxis an den Tag legt.

Auch im Rahmen der Prüfung der Nachweise, dass für eine **geeignete Organisations- und Infrastruktur** im Team Sorge getragen wird, legt die Mehrheit der ELA unbürokratisches Vorgehen an den Tag und verlangt lediglich eine Eigenerklärung (7 von 14). Die übrigen ELA fordern mitunter weitere Nachweise, wie Vereinbarungen oder eine Beschreibung der Zusammenarbeit.

Eine uneinheitliche Herangehensweise legen die ELA auch in Bezug auf den **Nachweis der Mindestmengen** erkennen. Etwa die Hälfte der ELA lassen Eigenerklärungen ausreichen, andere Verlangen Bescheinigungen, weitere fordern anonymisierte oder pseudonymisierte Patientenverzeichnisse.

Abermals zeigt sich eine unterschiedliche ELA-Praxis. Ist man bestrebt, eine Entbürokratisierung des Verfahrens zu erreichen, sollten eingeschränkte Eigenerklärungen, ggf. mit der Angabe der Patientenzahlen hier als ausreichend erachtet werden.

Nicht überraschend waren die Antworten auf die Frage, ob die ELA einer **Ermöglichung des Zugriffs auf Daten der KV** (z.B. Arztregister) für die vertragsärztlich tätigen Leistungserbringern zustimmen, so dass eine Einreichung der dort vorliegenden Dokumente entfallen kann: zwölf von 14 ELA beantworteten die Frage mit „Ja“. Ein ELA verwies darauf, dass dies nach Auffassung der entsprechenden KV nicht möglich sei, da eine Rechtsgrundlage dafür fehle. Nur ein ELA antwortete mit einem „Nein“.

Die Mehrheit der ELA lässt **unbeglaubigte Kopien amtlicher Nachweise**, z.B. der Qualifikation, ausreichen. Ein ELA lässt nur beglaubigte Abschriften zu, ein weiterer neben be-

glaubigten Abschriften auch Originale, ein dritter lässt auch die Bestätigung der Klinikleitung ausreichen, dass die Originale mit den Kopien übereinstimmen.

Die **Einreichung Unterlagen in elektronischer Form** (Dateien) ist bei vier von 14 ELA uneingeschränkt möglich, mithin auch das Anzeigeformular und weitere Unterlagen. Weitere vier akzeptieren gar keine elektronisch eingereichten Unterlagen. Bei den restlichen sechs ELA gelten unterschiedliche Voraussetzungen.

10 von 14 ELA haben bereits Ausnahmen von der Soll-Vorgabe des § 3 Abs. 2 ASV-RL, dass Tätigkeitsorte von Mitgliedern des ASV-Teams für Leistungen am Patienten nicht mehr als **30 Minuten vom Tätigkeitsort der Teamleitung entfernt** sein sollen, zugelassen. Ausnahme-genehmigungen werden beispielsweise zugelassen im Flächenland, mitunter seien geringfügige Überschreitungen bis zu zehn Prozent unproblematisch. Ein ELA prüft aber bei Antrag auf Überschreitung, ob ein Arzt dieser Fachgruppe näher zu erreichen wäre. Ist dies der Fall, würde der Antrag abgelehnt werden. Ferner lässt sich erkennen, dass die ELA Ausnahmen insbesondere bei den sogenannten patientenfernen und/oder auch seltenen Fachgruppen zulassen (Humangenetik, Labor, Pathologie etc.; vgl. § 3 Abs. 2 S. 6 und 8 ASV-RL).

Etwa die Hälfte der ELA (6 von 14) sehen es als Voraussetzung für die Berechtigung an, dass das Team **alle im Appendix aufgeführten Leistungen in der ASV-RL vorhält**.

Die Leistungsvorhaltung würde dann je nach ELA durch eine Bestätigung durch den Teamleiter oder das Einholen medizinischer Experti-

sen überprüft, soweit die ELA überhaupt eine Überprüfung als notwendig erachten.

Sieben der 14 an der Umfrage teilnehmenden ELA nahmen auf entsprechende Frage allein eine **Meldepflicht bei Nichterfüllung der Mindestmengen** im weiteren Verlauf der Leistungserbringung durch die Leistungserbringer an (vgl. § 116b Abs. 2 S. 8 SGB V). Ein ELA teilte ohne weitere Erläuterung mit, er sei der Auffassung, zur Überprüfung verpflichtet zu sein. Zwei ELA sähen dies ebenso und würden die Nachweise jährlich bei den Leistungserbringern abfragen. Ein ELA wolle eine Überprüfung nur vornehmen, sofern vom GBA die Mindestmengen erhöht würden, ansonsten nur alle fünf Jahre innerhalb der Berechtigung nach § 116b Abs. 2 S. 9 SGB V. Auf diese Überprüfungsmöglichkeit und auf die Möglichkeit, bei gegebenem Anlass überprüfen zu können, verwiesen die restlichen ELA.

Befragt nach dem Beginn der **zweimonatigen Prüffrist der Anzeige** für den ELA, antwortete die Mehrheit „bei Posteingang“. Nach der Ansicht von vier ELA soll diese Frist erst mit Vorliegen einer vollständigen Anzeige beginnen, was aber dem Gesetzeswortlaut widersprechen dürfte. 12 von 14 ELA versenden im Falle der Nichtbeanstandung der Anzeige bestätigende Bescheide an die Teams.

Der **Bearbeitungsstand der Anzeigeverfahren** kann der nebenstehenden Tabelle entnommen werden, wobei darauf hinzuweisen ist, dass die veröffentlichten Zahlen zu den ASV-Teams sich deutlich von den Angaben der ELA unterscheiden.

Übersicht des Bearbeitungsstands der Anzeigeverfahren für alle ELA zusammen (eigene Darstellung, Stand: Februar 2018)

	Bewilligt	Abgelehnt	In Arbeit
Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	70	7	5
Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	156	10	18
Marfan Syndrom	1	0	1
Gynäkologische Tumoren	13	0	7
Pulmonale Hypertonie	8	0	5
Mukoviszidose	5	1	2

Bei 11 von 14 ELA gibt es **Erledigungsausschüsse**, bei zwei ELA bereiten Arbeitsgruppen die Entscheidungen des ELA-Plenums vor ohne eigene Entscheidungsbefugnis. Die Tagungshäufigkeit der ELA wurde höchst unterschiedlich benannt (2 bis 17 mal pro Jahr). Viele ELA entscheiden auch im Umlaufverfahren.

Die ELA wurden gebeten, die **durchschnittliche Dauer der Anzeigeverfahren** mitzuteilen. Die Spanne der Antworten reichte von vier Wochen bis zu unter einem Jahr (siehe Abbildung 15). Ein ELA hat allerdings die Fristunterbrechungen herausgerechnet, so dass diesbezüglich das Bild leicht verfälscht wird. Der aus den Angaben der ELA errechnete Durchschnitt liegt damit bei 4,2 Monaten. Die kürzeste Dauer eines Anzeigeverfahrens wurde mit einem Monat angegeben, die längste mit 18 Monaten.

Handlungsempfehlungen

Anhand der erworbenen Erkenntnisse wurden folgende konkrete Handlungsempfehlungen an den Gesetzgeber bzw. den GBA formuliert:

- **Vereinheitlichung und Vereinfachung des Anzeigeverfahrens:** das Anzeigeverfahren sollte durch eine Umsetzungsempfehlung in allen 17 ELA angeglichen werden, wobei eine pragmatische und unaufwändige Umsetzung angestrebt werden sollte.
- **Elektronisches Anzeigeverfahren mit bundesweit einheitlichem Formular:** die Umsetzung eines elektronischen Anzeigeverfahrens zur Vereinfachung der Anzeigenstellung wäre zu begrüßen. Da bereits beim Ausfüllen des Formulars eine Überprüfung stattfindet, könnten einige der Nachforderungen seitens der ELA vermieden werden.
- **Flexibilisierung der Anforderungen insbesondere im ländlichen Raum:** eine Erweiterung der Entscheidungsspielräume für die ELA würde die Bildung von ASV-Teams auch außerhalb der Ballungszentren fördern. Dabei sollten insbesondere Ausnahmen bei der Teamzusammensetzung möglich sein, wenn in zumutbarer Entfernung bestimmte Fachgruppen nicht vorhanden sind.

Fazit

Nach einer anfänglich zögerlichen Entwicklung hat sich die ASV-Versorgungsstruktur in den ersten Indikationen etabliert. Das Ziel des Gesetzgebers, Patienten mit komplexen Erkrankungen durch eine interdisziplinär vernetzte Struktur besser zu versorgen, scheint erreicht zu werden. Auch die Leistungserbringer bescheinigen der ASV in diesem Punkt einen Nutzen für den Patienten. Leider zeigt sich, dass die Überwindung der Sektorengrenze zwischen vertragsärztlichem und stationärem Bereich durch die ASV nur partiell erreicht werden kann. Denn derzeit scheinen Krankenhäuser die neue Versorgungsform zu dominieren. Auch vor diesem Hintergrund ist eine Vereinfachung des Anzeigeverfahrens dringend angezeigt. Denn in der Regel stehen Vertragsärzten nicht die organisatorischen Strukturen zur Verfügung wie einem Krankenhaus. Ein aufwändiges Zugangsverfahren ist daher für sie schwieriger zu bewältigen als für ein Krankenhaus.

Es wäre daher zu begrüßen, wenn auf Basis der nun vorliegenden Erfahrungswerte Gesetzgeber und GBA tätig werden würden, um noch bestehende Hürden für die Etablierung der ASV als flächendeckende Versorgungsstruktur zu reduzieren.

Weitergehender Analysebedarf besteht sicher hinsichtlich der Auswirkungen der ASV auf die tatsächliche Patientenversorgung sowie auf die Kostenträger. Dazu konnten bis dato im Rahmen der vorliegenden Studie mangels Daten keine Aussagen getroffen werden. Ein Aufgreifen dieser Fragestellungen im Rahmen der weiteren Fortführung ist jedoch sicher lohnenswert.

Autorenhinweise:

Prof. Dr. Christoff Jenschke, LL.M. (Lond.), Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht, ist Professor für Wirtschafts- und Gesundheitsrecht an der bbw Hochschule, Berlin, christoff.jenschke@bbw-hochschule.de

Sonja Froschauer-Häfele ist geschäftsführender Vorstand beim Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V., München, sonja.froschauer@bv-asv.de

Laura Bredow ist Projektmanagerin beim Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V., München

Dr. Axel Munte ist Vorsitzender des Vorstands des Bundesverbandes ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V., München

Ergänzung zur Geschlechterneutralität:

Alle Personen- und Funktionsbezeichnungen beziehen sich in gleicher Weise auf Frauen und Männer. Die alleinige Verwendung der männlichen Form an einigen Stellen dient der besseren Lesbarkeit des Textes.