

Identifizierung von Zugangsbarrieren und beeinflussbaren Faktoren bei der Umsetzung Ergebnisse der Befragungen von Ärzten in der ASV und Nichtteilnehmern

10 Jahre ASV
Symposium in Berlin

Niels Straub

Leitfaden-Interviews mit ASV-Teamleitungen

- N=20 Interviews im Zeitraum 6/2020 – 11/2020
- Verteilung über alle Indikationen, die zu zum Stichtag mind. 1 ASV aufwiesen
- Berücksichtigung der verschiedenen Einrichtungsarten und KV-Regionen
- durchschnittliche Länge der Interviews ca. 70 Minuten
- Auswertungsmethodik:
 - Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring
 - Kodierung mittels Software MAXQDA
 - Deduktiv-induktive Kategorienbildung
 - Validierung der Interrater-Reliabilität mittels Cohens Kappa Koeffizienten

Indikation	N Teams		Rücklauf	Rücklaufquote (Zusagen)	Interview-Sample-
	Insgesamt (Daten ASV-Servicestelle 06.03.2020)	Kontakte mit Ansprechpartner			
Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	132	117	24	21%	5
Gynäkologische Tumore	80	69	12	17%	4
Tuberkulose und atypische <u>Mykobakteriose</u>	39	36	6	17%	2
Pulmonale Hypertonie	30	27	7	26%	2
Rheumatologische Erkrankungen (Erwachsene)	25	25	12	48%	2
Urologische Tumore	16	16	4	25%	1
Mukoviszidose	11	11	4	36%	1
<u>Marfan-Syndrom</u>	6	6	3	50%	1
Ausgewählte seltene Lebererkrankungen	3	2	1	50%	1
Hauttumore	1	1	1	100%	1
<i>Rheumatologische Erkrankungen (Kinder)</i>	0				
<i>Morbus Wilson</i>	0				
<i>Hämophilie</i>	0				
<i>Sarkoidose</i>	0				
<i>Tumore der Lunge und des Thorax</i>	0				
SUMME	350	317	75	24%	20

Motivation zur Teilnahme

Heterogene Motivationslage zwischen Niedergelassenen und Kliniken, sowie zwischen Indikationen mit häufigen und seltenen Erkrankungen:

➤ **von Klinikleitung** (bei häufigen Indikationen) oftmals **vorgegeben**

- Wahrung des Zugangs zur ambulanten Versorgung bei Kliniken mit Altberechtigung
- Verbesserung der unterfinanzierten Vergütung durch Pauschalen (z.B. Hochschulambulanz)
- Ausbau der unzureichenden Versorgungskapazitäten (z.B. Ersatz für persönliche Ermächtigung)

➤ Bei Niedergelassenen sowie Klinikärzten bei seltenen Erkrankungen vor allem **aus persönlichem Antrieb/Engagement**

➤ Motivation bei den **Niedergelassenen durch extra-budgetäre Vergütung**, sowie teilweise aus strategischen Wettbewerbsüberlegungen

➤ Verbesserte Patientenbehandlung und interdisziplinäre Versorgung wurden kaum als maßgebliche Motivation angeführt

„also ich glaube, das Krankenhaus hatte mit der Altberechtigung eigentlich gute Erfahrungen gemacht und es war irgendwie klar, wir möchten die Nachfolgestruktur auch erwerben“

„wir wollten als Niedergelassene uns aber nicht die ambulanten Patienten wegnehmen lassen, und deshalb habe ich [...] gesagt, kommt liebe Kollegen, wer macht mit, wir machen unser eigenes ASV-Team“

Teilnahmeanzeige

Das Anzeigeverfahren wurde meist als **bürokratisch, unflexibel und sehr aufwändig** eingeschätzt :

- Das Beibringen der **persönlichen Qualifikationsnachweise** wurde häufig als Hindernis angesehen (v.a. bei Klinikärzten)
- **Nicht an der Versorgungspraxis orientierte Vorgaben** (z.B. Facharztgruppen bei Teamzusammensetzung bei den Hinzuzuziehenden, Ziffernkranz etc.)
- Zeitspanne des Anzeigeverfahrens von wenigen Wochen bis mehr als zwei Jahre
- **Vereinfachung des Anzeigeverfahrens** durch Fokussierung auf fachlich relevante Anforderungen gefordert
- **Verbesserter Datenaustausch** zwischen KV, ELA und ASV-Servicestelle gewünscht (auch bei personellen Änderungen, Nachmeldungen in einem ASV-Team)

„wir haben eine Sekretariatskraft, die macht nichts anderes als mit einer Wiedervorlage immer wieder mit dem ELA und den Aushangergebnissen, das Seepferdchen des behandelnden Lungenfacharztes zu finden oder den Führerschein des Augenarztes, der gewünscht ist, das ist bis zu 20 mal, kommen diese Anträge zurück, um irgendwelche Detailnichtigkeiten nochmal neu nachzureichen.“

„kein Mensch braucht das auch, muss man sagen, für so eine urologische ASV, aber es ging einfach nicht, es ging nicht, weil keiner hat die Abrechnungsziffer“

Strukturen & Prozesse

- In der Team-übergreifenden Zusammenarbeit wird meist **auf bereits bestehende Abläufe aufgebaut**
- neue ASV-spezifische Strukturen oder Prozesse **eher selten**
- Einbindung und Schulung des nicht-ärztlichen Personals ist ein wichtiger Faktor für die erfolgreiche Umsetzung
- Hohes ASV-Engagement oftmals **nur bei Teamleitung** und wenigen Ärzten im Kernteam
- Teilweise geringe ASV-Aktivitäten im erweiterten Team (Hinzuzuziehende), Passivteilnahme
- **Teilweise verbesserte Versorgungseffizienz** durch schnellere Terminvergabe bei Teammitgliedern (z.B. Radiologie) vermutet

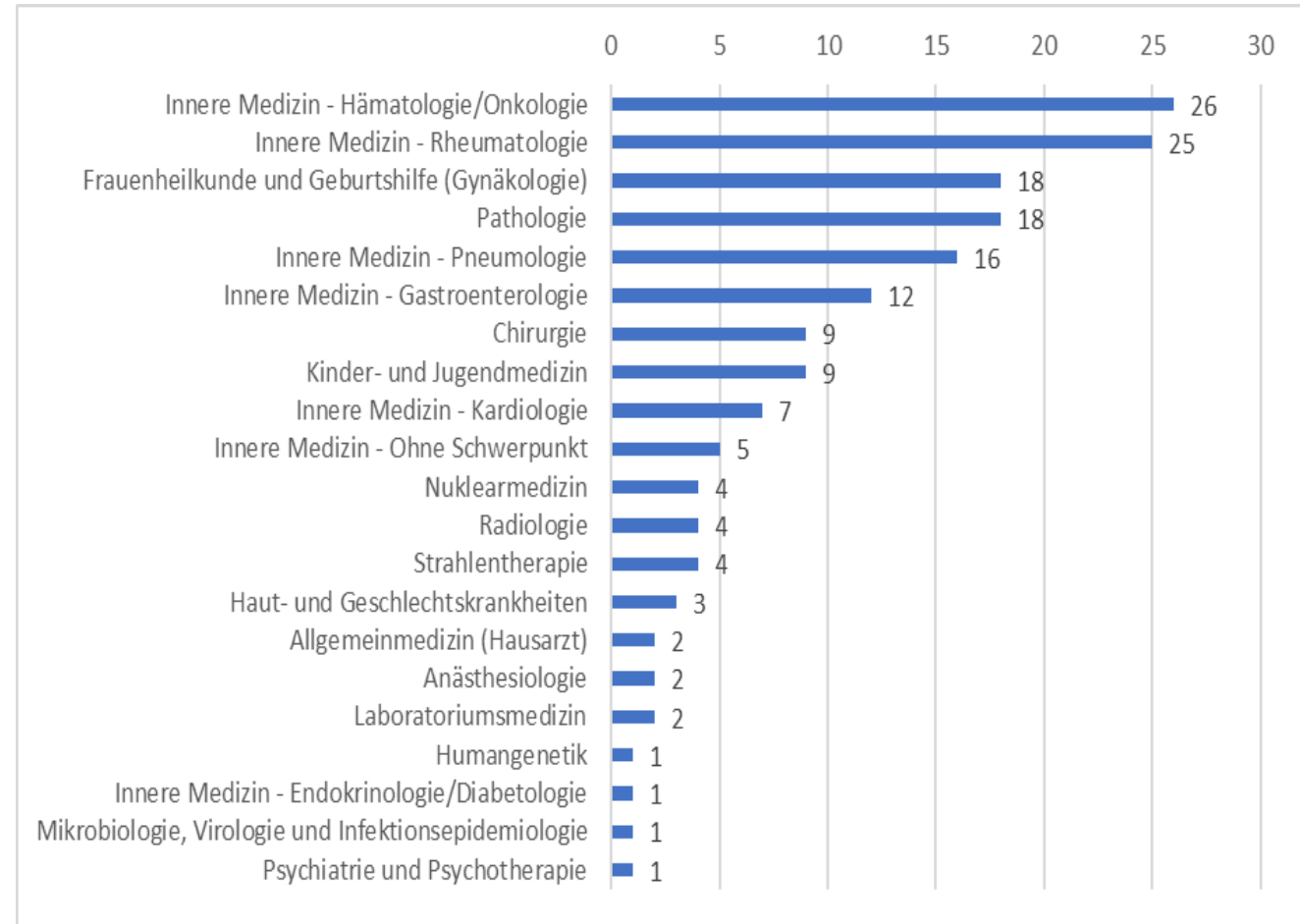
„wir haben einmal die Woche eine gemeinsame Besprechung zwischen der Herzchirurgie, der Gefäßchirurgie, interventionellen Radiologen und mir, wo wir konkret Patienten besprechen. Das ist aber etwas, was wir auch vorher schon etabliert hatten.“

„Also es gibt Kollegen, die passiv teilnehmen, aber weil wir einfach noch keine Leistung angefordert haben, [...] manche, die man nur selten nutzt, erinnern sich gar nicht mehr, dass sie Mitglied sind in der ASV.“

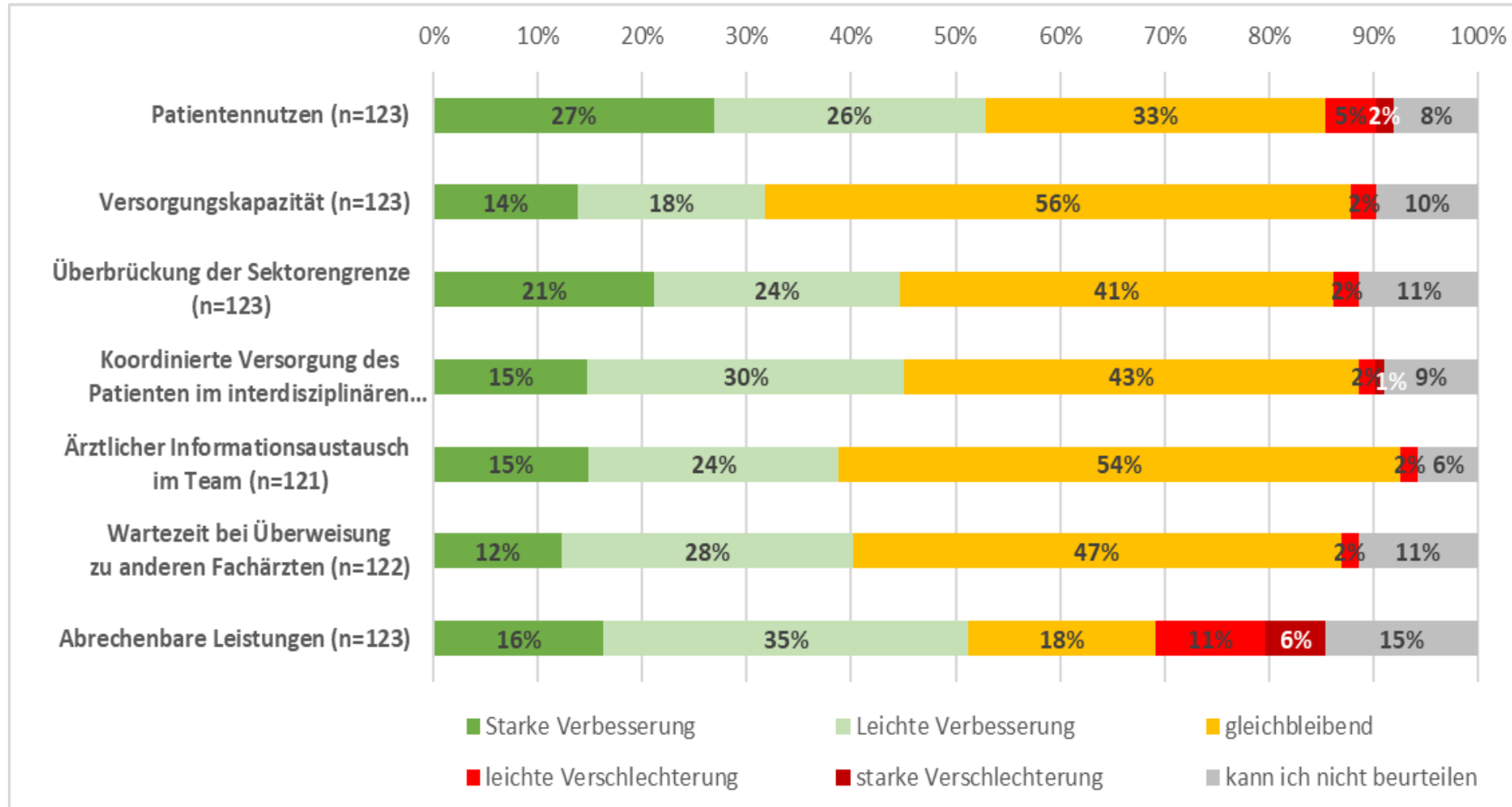
Befragung von ASV-Ärzten

- Online-Befragung im Zeitraum 4/2021 – 7/2021
- Rekrutierung per E-Mail an alle bei ASV- Servicestelle gelisteten Teamleitungen, zusätzlich über Berufsverbände und Krankenhaus-Anschreiben
- n=173 auswertbare Fragebögen, davon
n= 90 Teamleitungen
n= 83 Teammitglieder (Kernteam / Hinzuzuziehende)
- 72% im Krankenhaus tätig,
18% niedergelassene Vertragsärzte
9% im MVZ
- Deskriptive Auswertung der Antworten nach Gesamthäufigkeiten und Subgruppen

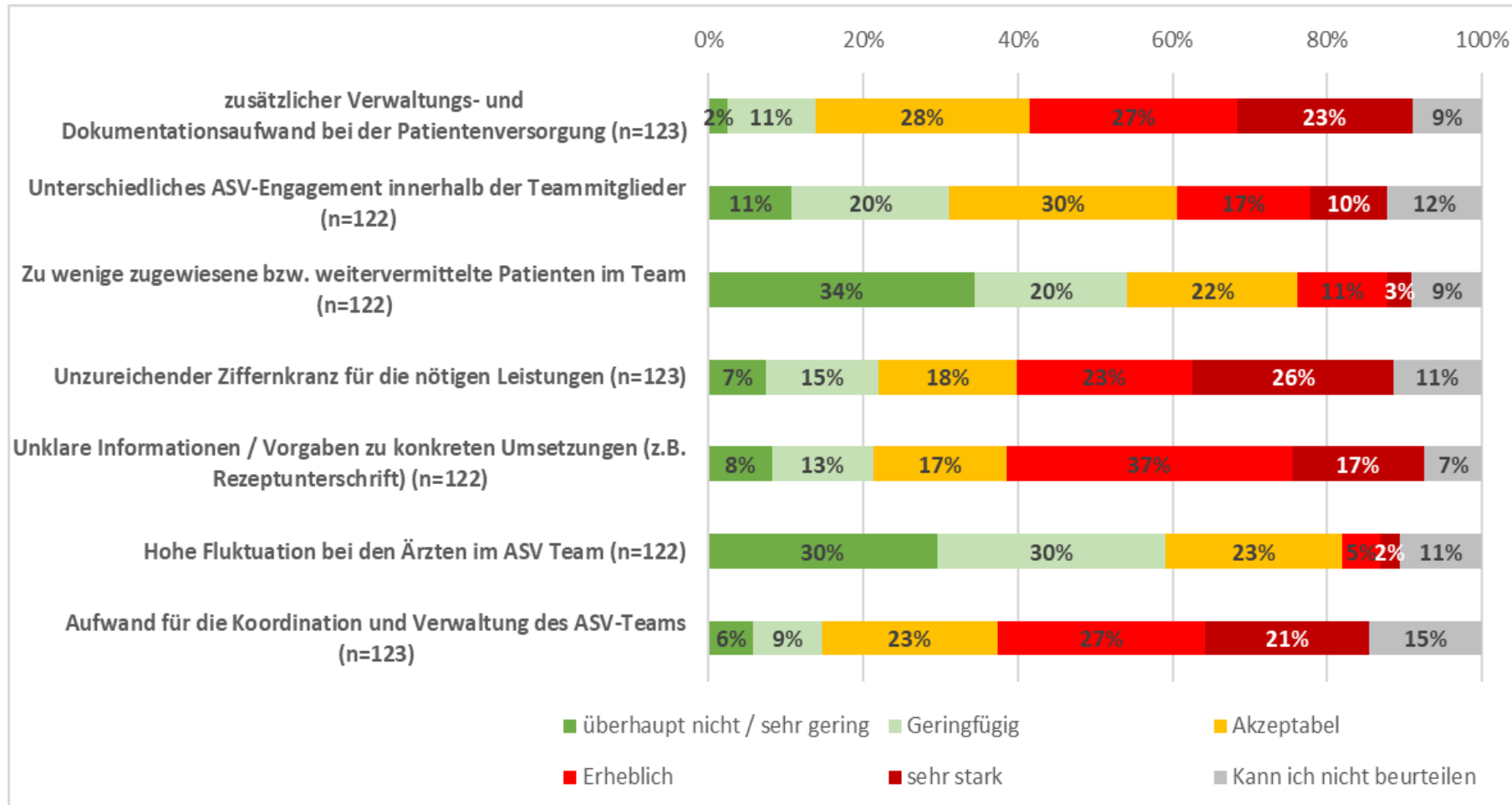
Teilnehmer nach Facharzttrichtung



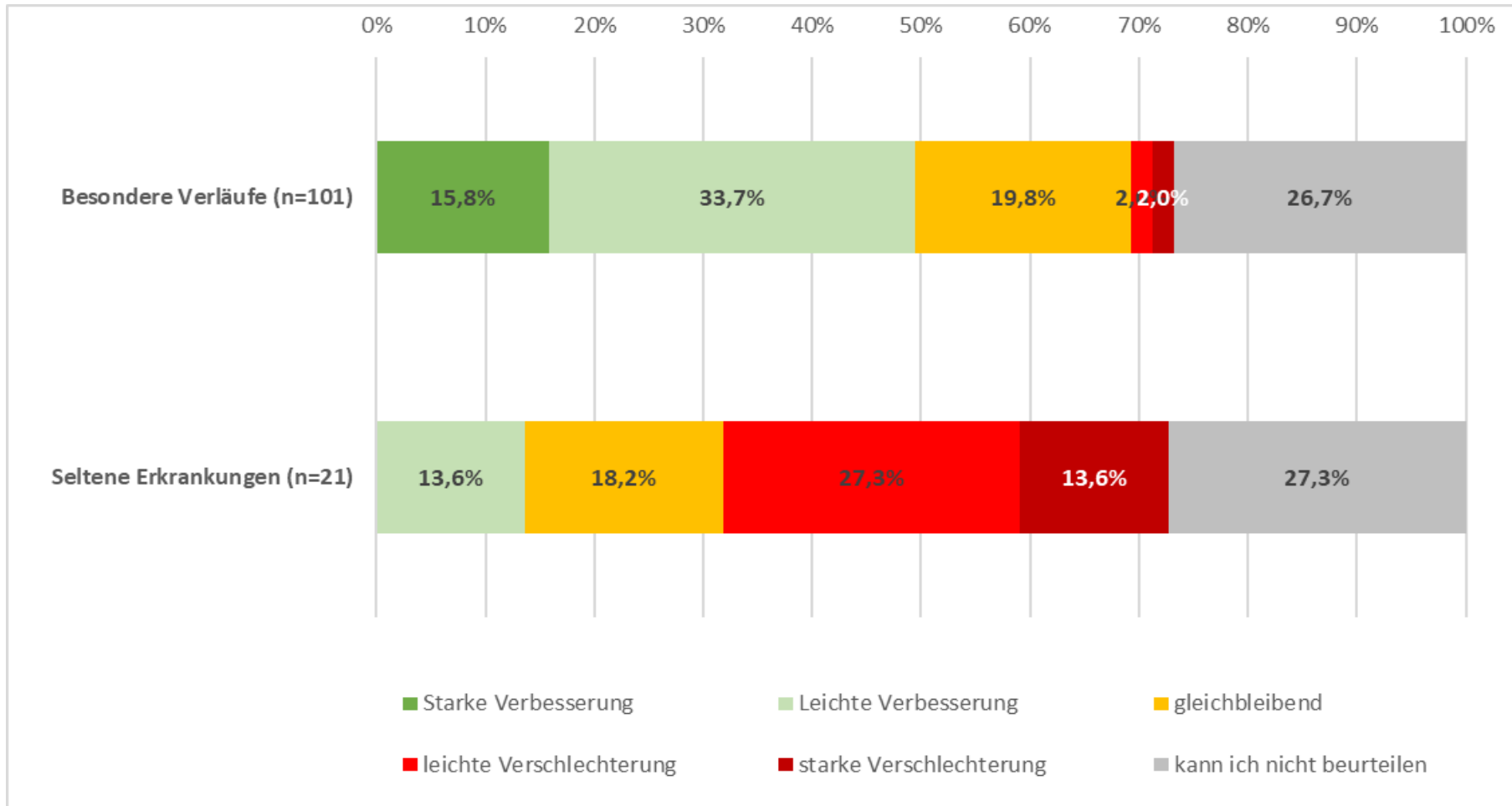
Wie haben sich Ihrer Ansicht nach die folgenden Aspekte durch die ASV verändert?



Wie stark empfinden Sie folgende Faktoren für Ihr ASV-Team als Hindernis in der praktischen Umsetzung der ASV?



Wie beurteilen Sie insgesamt die Vergütung in der ASV im Vergleich zur Vergütung vor der ASV-Teilnahme?

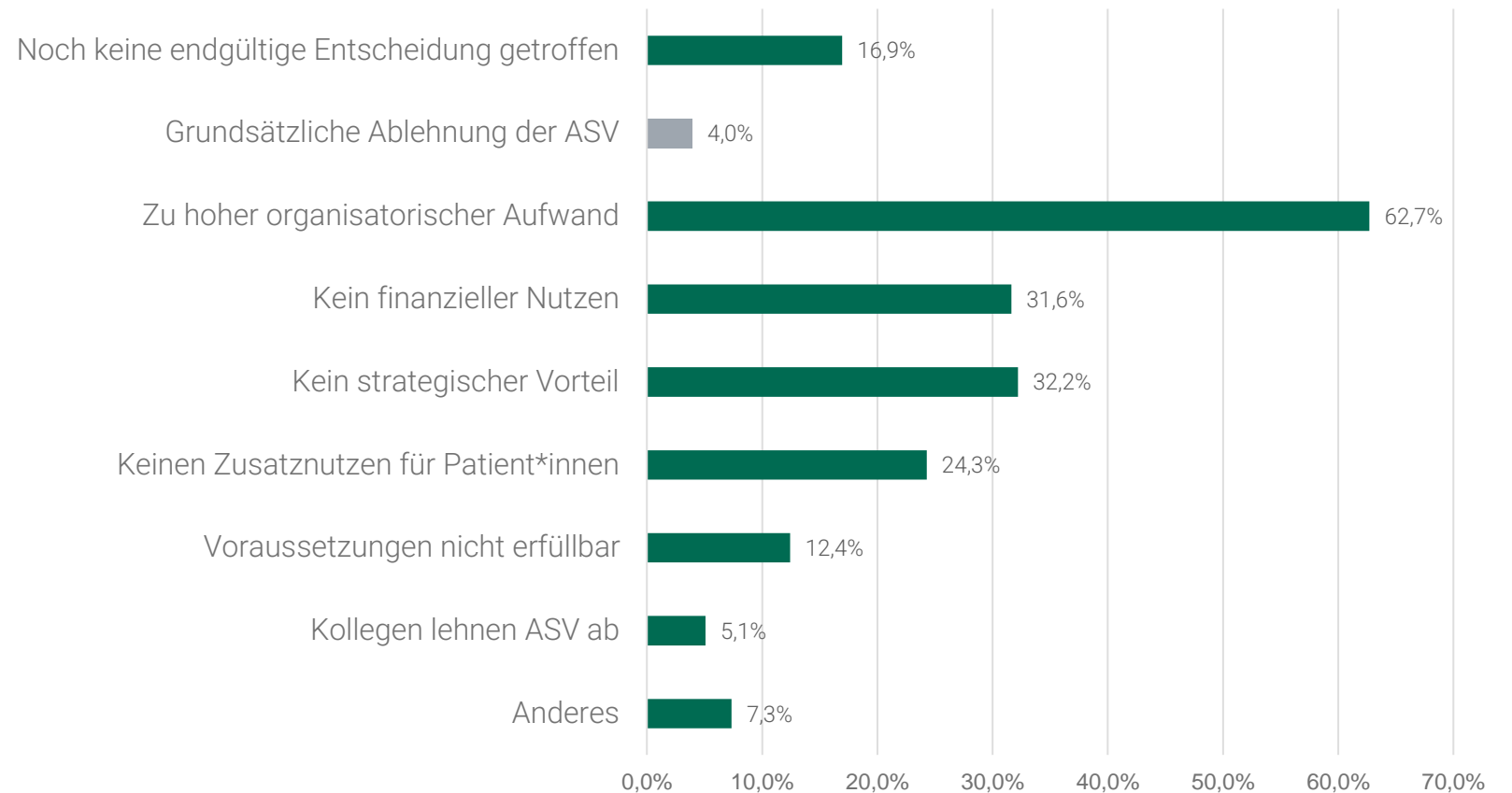


Nicht-Teilnehmende Ärzt*innen / Krankenhausleitungen

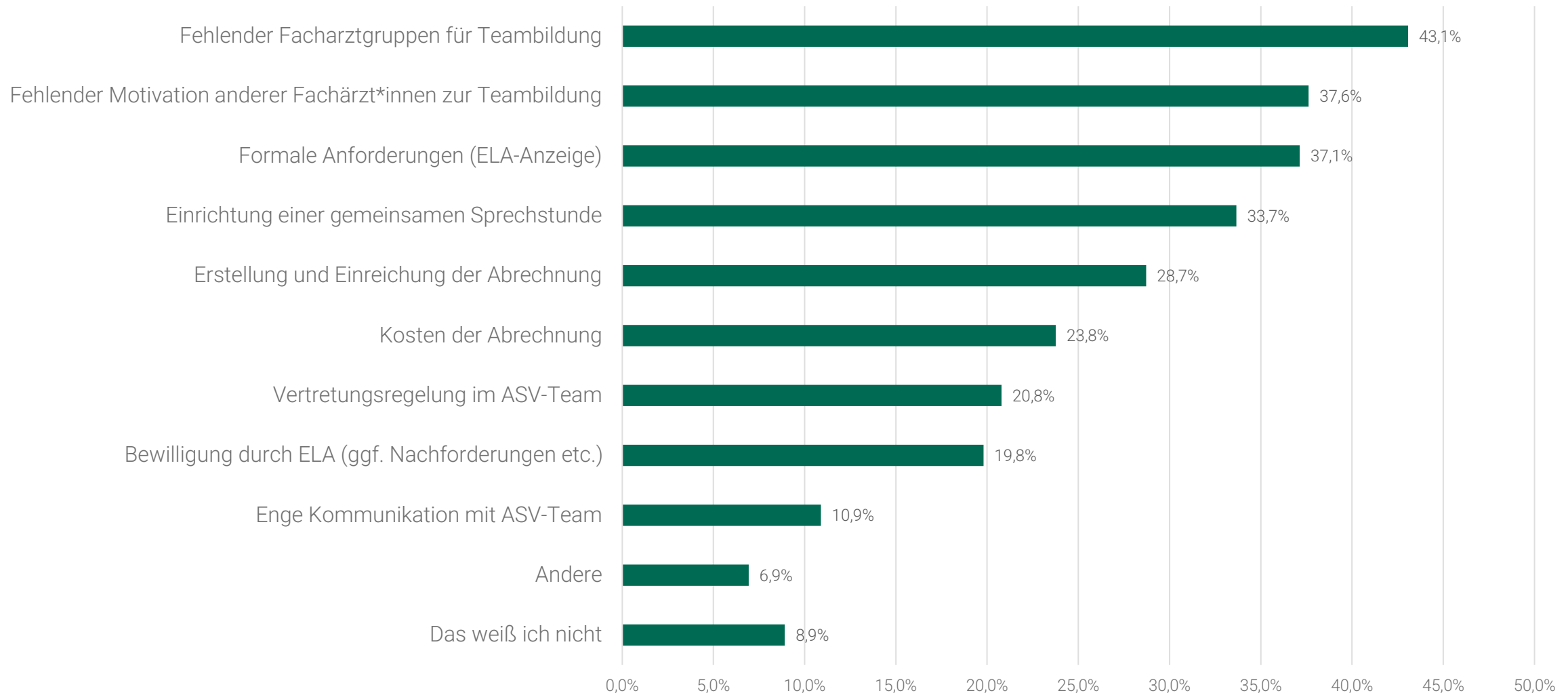
➤ Quantitative Online-Befragung

Aus welchen Gründen haben Sie sich (noch) nicht zur Teilnahme an der ASV entschieden?

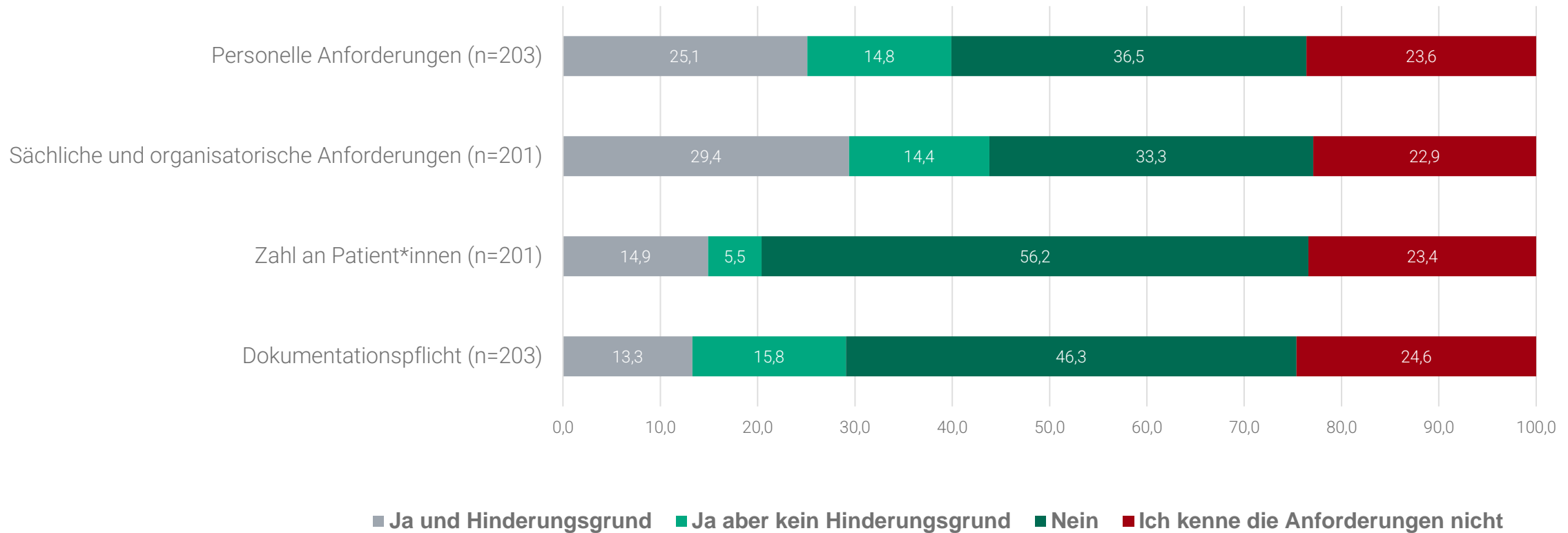
(n=177; Mehrfachnennungen möglich)



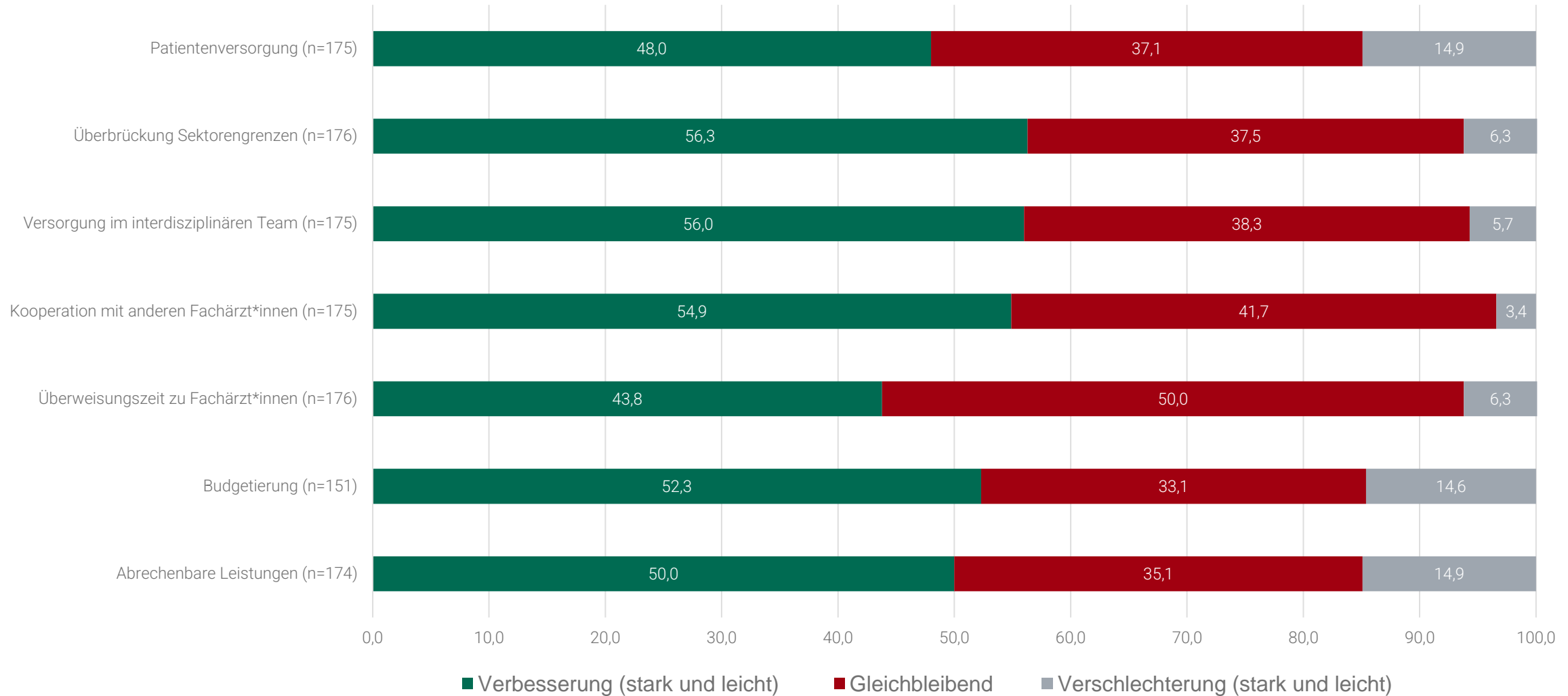
Worin sehen Sie die größten Schwierigkeiten der ASV? (n=202; Mehrfachnennungen möglich)



Hätten Sie selbst / Ihre Einrichtung Schwierigkeiten die folgenden Anforderungen zu erfüllen?



Wie würden sich folgende Aspekte in Ihrer Einrichtung durch die ASV verändern?



Ziffernkranz im EBM: „nicht an der Versorgungsrealität orientiert“ oder „reduziert im Vergleich zur Regelversorgung“

- Hinzuzuziehende können bei Überweisung nur in Auftragsleistung tätig werden, nicht Mit-/Weiterbehandlung. Dadurch deutlich reduziertes Ziffernspektrum
- Z.B. Endokrinologen können bei Nebenwirkungen der Tumorthherapie an der Schilddrüse kein Labor abrechnen
- Molekulargenetik kann nur von Humangenetik erbracht werden, obwohl in der Regelversorgung überwiegend von Laborärzten durchgeführt
- Pulmonalisangiographie nur Radiologen zugeordnet, nicht auch Kardiologen. Zwingend nachzuweisen, obschon fast immer stationär durchgeführt
- Erforderliche Untersuchungen (z.B. Referenzpathologie, Speziallabor) können von Klinikärzten nicht an entsprechende Leistungserbringer in der Regelversorgung überwiesen werden
- Erforderliche Untersuchungen durch Fachgruppen, die in der jeweiligen Indikation nicht in der ASV gelistet sind (z.B. Dermatologie, Traumatologie), werden von den Krankenkassen nicht erstattet, obwohl dies in §5 Abs, 1 Satz der ASV-RL vorgesehen ist

Zusammenfassende Bewertung durch Leistungserbringer (ASV-Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer):

- ASV wird als generell **geeignete und sinnvolle Versorgungsform** beurteilt, jedoch mit signifikanten **Einschränkungen** in der **Umsetzung** bewertet
- Teilnahmeanzeige als wesentliches Hemmnis aufgrund des als überfrachtet und **bürokratisch empfundenen Anzeigeverfahrens**, der **komplexen Vorgaben**, der **Abweichung von der Versorgungsrealität** und der heterogenen Umsetzungspraxis durch die ELAs
- Bei **häufigen Erkrankungen** (Tumoren, Rheuma) wird die **Vergütung** als sehr **positiv** eingeschätzt
- Bei **seltenen Erkrankungen** fehlen **wirtschaftliche Anreize** zur Teilnahme aufgrund eines als **inadäquat eingeschätzten Vergütungssystems** (EBM), dies könnte zu struktureller Unterversorgung führen
- Zukunftsfähigkeit der ASV wird überwiegend als hoch eingeschätzt, wenn die bestehenden Hürden abgebaut werden
- **Bessere Informationsmöglichkeiten und strukturierter Austausch über Plattformen** für die weitere Etablierung der ASV wird als nötig erachtet



Weiterentwicklung und Anpassung der ASV sinnvoll und notwendig