

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	FOM Hochschule für Oekonomie & Management gemeinnützige Gesellschaft mbH Ausführende Stelle: ifgs Institut für Gesundheit & Soziales, Prof. Dr. Dengler
Förderkennzeichen:	01VSF19002
Akronym:	GOAL-ASV
Projekttitle:	Generelle, alle ASV-Indikationen übergreifende Evaluation und Weiterentwicklung der ASV-RL
Autoren:	Robert Dengler, Niels Straub, Katja Waldeyer, Laura Bredow, Oliver Riedel, Michel Hornschuch, Jana Becker, Josefin Martin, Kerstin Hermes-Moll, Sandra Osburg, Ulrike Haug, Vitali Heidt, Sonja Froschauer
Förderzeitraum:	1. Januar 2020 – 28. Februar 2022

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis	3
II.	Abbildungsverzeichnis	5
III.	Tabellenverzeichnis	6
1.	Zusammenfassung	7
2.	Beteiligte Projektpartner	8
2.1	Konsortium	8
2.2	Kooperationspartner	8
3.	Projektziele	10
3.1	Hintergrund	10
3.2	Ziele	13
3.3	Fragestellungen	13
4.	Projektdurchführung	17
5.	Methodik	21
5.1	Evaluations- und Studiendesign	21
5.2	Zielpopulation	22
5.3	Stichproben, Operationalisierung, Datenerhebung und Analyse	22
5.3.1	Status quo (AP 1)	22
5.3.2	Zugangsverfahren	23
5.3.3	Versorgung und Inanspruchnahme	25
5.3.4	Motivation und Hürden	28
5.3.5	Patientenperspektive	31
5.3.6	Aufwand und Ertrag	33
5.3.7	Workshops	34
5.4	Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte	34
6.	Projektergebnisse	36

6.1	Status quo (Arbeitspaket 1)	36
6.2	Zugangsverfahren (Arbeitspaket 2)	44
6.2.1	Auswertung der Anzeigenvordrucke.....	44
6.2.2	Umfrage bei den ELA	44
6.3	Inanspruchnahme (Arbeitspaket 3)	48
6.3.1	Abschätzung der Grundgesamtheit.....	48
6.3.2	ASV-Patienten	51
6.3.3	Detailanalyse der Inanspruchnahme	53
6.4	Motivation und Hürden (Arbeitspaket 4)	56
6.4.1	Information, Motivation und Vorbereitung zur Teilnahmeentscheidung.....	56
6.4.2	Teilnahmeanzeige und Aspekte während der ASV-Teilnahme	62
6.5	Patientenperspektive (Arbeitspaket 5)	66
6.5.1	Patientenvertreter	66
6.5.2	Patienten	67
6.6	Aufwand und Ertrag (Arbeitspaket 6)	71
6.6.1	Ärztebefragung	71
6.6.2	Auszahlungsquoten und Bereinigungsverfahren.....	75
6.7	Expertenworkshops (Arbeitspaket 7)	76
7.	Diskussion der Projektergebnisse	77
7.1	Kritische Diskussion, Bewertung und Fazit	77
7.2	Limitationen.....	83
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung, Empfehlungen	85
8.1	Allgemeine Ausführungen	85
8.2	Empfehlungen	85
8.2.1	Empfehlungen zum Abbau von Teilnahmehürden	85
8.2.2	Empfehlungen zum Abbau von Hürden während der Teilnahme.....	87
8.2.3	Empfehlungen zu Vergütung und Abrechnung.....	88
8.2.4	Empfehlungen zur Steigerung des Patientennutzens und der Versorgungsqualität	90
8.2.5	Empfehlungen zur Optimierung des Informationsaustauschs.....	90
8.2.6	Empfehlungen zur Verbesserung und Weiterentwicklung der Dokumentation	91
8.2.7	Weitere Empfehlungen und Verbesserungspotenziale.....	91
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	92
10.	Literaturverzeichnis	93
11.	Anhang	100
12.	Anlagen	101

I. Abkürzungsverzeichnis

Im Text verwendete Abkürzungen
(alphabetisch)

ABK	Ambulante Behandlung im Krankenhaus
ABK-RL	Richtlinie Ambulante Behandlung am Krankenhaus
ACHSE	Arbeitsgemeinschaft chronischer und seltener Erkrankungen e.V.
ATC	Anatomisch therapeutisch chemische Klassifikation
ASV	Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung
ASV-RL	Richtlinie Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AWMF	Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften
BA	Bewertungsausschuss
BAR	Bundesarztregister
BIPS	Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BV-ASV	Bundesverband Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung
BNHO	Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V.
BSNR	Betriebsstättennummer
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease Management Programme
DMR	Deutsches Mukoviszidoseregister
DRG	Diagnosis related groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ELA	Erweiterter Landesausschuss
FOM	Fachhochschule für Oekonomie & Management
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GEKID	Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.
GEPARD	German Pharmacoepidemiological Database
GIT	Gastrointestinale Tumoren
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GOP	Gebührenordnungsposition
ICD 10 GM	International Classification of Diseases, Version 10 German Modification
InBA	Institut des Bewertungsausschusses
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus
KISS	Klinikinformationssystem
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LANR	Lebenslange Arztnummer
MAXQDA	Software für Mixed-Methods und qualitative Datenanalyse
MGV	Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren
QSV	Qualitätssicherungsvereinbarung
QZV	Qualitätsgesichertes Zusatzvolumen
PH	Pulmonale Hypertonie
PRE	Patient reported experiences
PRO	Patient reported outcome
PVS	Praxisverwaltungssystem

Akronym: GOAL-ASV

Förderkennzeichen: 01VSF19002

RKI	Robert Koch Institut
RLV	Regelleistungsvolumen
RV	Regelversorgung
OPS	Operationen und Prozeduren Schlüssel
OV	Onkologievereinbarung
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat
TBC	Tuberkulose
TNM	Tumor, Node, Metastases Klassifikation der UICC
UICC	Union international contre le cancer
VA	Vertragsarzt
WINHO	Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen GmbH
ZfKD	Zentrum für Krebsregisterdaten am RKI

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studiendesign im Mehrebenenansatz	21
Abbildung 2: Zeitliche Entwicklung der ASV-Teamzahlen für Erkrankungen.....	38
Abbildung 3: Zeitliche Entwicklung der ASV-Teamzahlen für seltene Erkrankungen.	38
Abbildung 4: ABK-Bestimmungen und ASV-Teams / 1 Mio Einwohner je Bundesland	39
Abbildung 5: Anteil Teamleitungen in Klinik, bei Vertragsärzten (Praxen) und von MVZ.	43
Abbildung 6: Verteilung der ASV-Teams auf Raumordnungsgrößen	43
Abbildung 7: Ablehnungsgründe der ELA.....	45
Abbildung 8: Besonders aufwändige Bereiche in der Bearbeitung gemäß ELA-Befragung	46
Abbildung 9: Beispielhafte (fiktive) Verteilung der Versorgungssegmente von Tumorpatienten mit colorektalem Karzinom (ICD 10 C 18, C 19, C 20) mit gesicherter Diagnose.	49
Abbildung 10: Entwicklung der ASV-Quartalspatientenzahlen und ASV-Teams seit Beginn der ASV	52
Abbildung 11: Anzahl identifizierter GIT-Patienten im Analysezeitraum 2012 – 2018.....	54
Abbildung 12: Wie wichtig waren die folgenden möglichen Motive bei der Entscheidungsfindung für die Teilnahme an der ASV?	58
Abbildung 13: In welchem Ausmaß haben Sie Informationen zur ASV-Teilnahme aus folgenden Quellen erhalten?.....	59
Abbildung 14: Gründe für Nichtteilnahme (n=177; Mehrfachnennungen möglich).	60
Abbildung 15: Angegebene Schwierigkeiten bei der Erfüllung der Teilnahmeanforderungen.	61
Abbildung 16: Einschätzung der vermuteten Veränderung durch die ASV (Nicht-Teilnehmer).....	61
Abbildung 17: Wie stark empfanden Sie folgende Faktoren im Anzeigeverfahren als Hindernis zur Erfüllung der jeweiligen Vorgaben der ASV-Richtlinie bzw. des ELAs für die ASV- Teilnahme?	63
Abbildung 18: Wie bewerten Sie insgesamt das Anzeigeverfahren für die ASV-Teilnahme?.....	64
Abbildung 19: Wie stark empfinden Sie folgende Faktoren für Ihr ASV-Team als Hindernis in der praktischen Umsetzung der ASV?	65
Abbildung 20: Wie haben sich Ihrer Ansicht nach die folgenden Aspekte durch die ASV verändert?	65
Abbildung 21: Informationsstand und Wünsche	69
Abbildung 22: Wartezeiten in der ASV	69
Abbildung 23: Eingeschätzte Bestandteile der Kooperation zwischen den Ärzten	70
Abbildung 24: Wieviele ASV-Patienten haben Sie persönlich im letzten Quartal versorgt?	72
Abbildung 25: Anteil Passivteilnehmer	73
Abbildung 26: Wie beurteilen Sie insgesamt die Vergütung in der ASV im Vergleich zur Vergütung vor der ASV-Teilnahme?.....	74
Abbildung 27: Patientenpfad eines fiktiven Tumorpatienten mit gastrointestinalem Tumor.	82

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Konsortialpartner.....	8
Tabelle 2: Kooperationspartner	9
Tabelle 3: Paragraphen und Inhalte des Paragrafenteils der ASV-Richtlinie des G-BA.....	10
Tabelle 4: ASV-Konkretisierungen mit Beschlussdatum und Datum des Inkrafttretens (Stand: 31.12.2020)	11
Tabelle 5: Nicht berücksichtigte Anlagen bzw. Ergänzungen (Stand 31.12.2021).....	12
Tabelle 6: Arbeitspakete (AP) mit geplanter Durchführung.....	17
Tabelle 7: Beobachtungszeitraum / Messzeitpunkte.....	35
Tabelle 8: Gegenüberstellung Anzahl Krankenhäuser mit ABK-Bestimmungen und ASV-Teams.....	37
Tabelle 9: Anzahl ASV-Teams, Anzahl Ärzte je KV-Bezirk sowie Anzahl ABK-Bestimmungen.....	40
Tabelle 10: Auswertung der Größe und Struktur der ASV-Teams je Konkretisierung (Indikation)	41
Tabelle 11: Anzahl Ärzte im Kernteam nach Fachgruppe	42
Tabelle 12: Potenziell für die einzelnen ASV-Konkretisierungen qualifizierende Patientenzahlen#.....	50
Tabelle 13: Für die ASV qualifizierende Patienten gemäß den Daten des InBA sowie des G-BA aus den Tragenden Gründen	51
Tabelle 14: Gegenüberstellung Patientenzahlen ASV und ABK	53
Tabelle 15: Anzahl Arztkontakte* im Beobachtungszeitraum 2012 – 2018 von Patienten in der Indikation GIT. n = 67.277. Prozentanteile je Spalte in Klammern	55
Tabelle 16: Befragungsteilnehmer nach Indikationsgebiet und Teamzugehörigkeit	57
Tabelle 17: Patienten mit den jeweiligen Erkrankungen in der Gesamtstichprobe	68

1. Zusammenfassung

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) wurde zum 1.1.2012 geschaffen, um die Behandlung von Patienten mit besonderem Erkrankungsverlauf, seltenen Erkrankungen sowie hochspezialisierte Leistungen sowohl durch niedergelassene Ärzte als auch durch Krankenhäuser zu ermöglichen und zu verbessern.

Die Umsetzung verläuft jedoch schleppend. Der G-BA hat daher 2018 im Rahmen des Innovationsfonds ein Versorgungsforschungsprojekt zur Evaluation der ASV-Richtlinie (ASV-RL) ausgeschrieben, welches den Status quo, die aktuelle Inanspruchnahme, Motivation, Hürden und Hemmnisse für die Leistungserbringer evaluieren und Vorschläge für eine Optimierung durch den G-BA sowie den Gesetzgeber erarbeiten soll. Unser Konsortium erhielt 2019 den Zuschlag, der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse der Analyse zusammen und unterbreitet Empfehlungen für eine Anpassung.

Das Evaluationsdesign beinhaltete eine multiperspektivische Mixed-Methods Studie mit Primärdatenerhebungen sowie Sekundär- bzw. Routinedatenanalysen. Zum Versorgungsstand und der Inanspruchnahme wurden für die bis 31.12.2020 in Kraft getretenen 15 Krankheitsbilder bzw. Konkretisierungen Daten der ASV-Service-Stelle, Routinedaten der Krankenkassen sowie Versorgungsforschungsdaten analysiert. Die Teilnahmeanzeigen aller 17 Erweiterten Landesausschüsse (ELA) wurden beispielhaft ausgewertet und die ELA um Beantwortung eines Fragebogens gebeten. Es wurden 202 an der ASV teilnehmende sowie 248 nicht teilnehmende Fachärzte mittels einer Online-Erhebung befragt, außerdem 43 Krankenhäuser mit ehemaliger oder aktueller Teilnahme an der ABK. Zusätzlich wurden 26 Interviews mit ASV-Teamleitern und Patientenvertretern durchgeführt. 513 Patienten in und außerhalb der ASV wurden mittels Online-Umfrage befragt.

Seit Beginn der ASV bis zum Stichtag unserer Analyse (Quartal 1/2021) haben in 509 ASV-Teams ca. 22.500 Ärzte insgesamt 615.531 Quartalspatienten in der ASV behandelt. Im 1. Quartal 2021 wurden 102.945 Patienten in den Indikationen, die bis 31.12.2020 vom G-BA in der Richtlinie konkretisiert waren, versorgt. Dies sind 9,8 % der von uns abgeschätzten potenziell für die ASV in Frage kommenden ca. 1,05 Mio. Patienten. Eine Detailanalyse der Inanspruchnahme bei den gastrointestinalen Tumoren ergab einen relevanten Anteil an Mehrfachinanspruchnahmen. Es fanden sich erhebliche regionale Unterschiede in Art und Umfang des Anzeigeverfahrens sowie der Etablierung der Teams. Auch bei der Ausgestaltung des Anzeigeverfahrens unterschieden sich die einzelnen ELA hinsichtlich Umfangs und Detailtiefe zum Teil erheblich.

Als Motivation für eine Teilnahme wurden von den Ärzten eine verbesserte interdisziplinäre Kooperation, eine bessere Vergütung, eine Verbesserung der Patientenversorgung sowie strategische Überlegungen und bei den Kliniken, die bisher im Rahmen der ABK tätig waren, das Auslaufen dieser Altberechtigung im Rahmen der dreijährigen Übergangsfrist genannt. Haupthürden und Gründe für eine Nichtteilnahme der Leistungserbringer sind das aufwändige Anzeigeverfahren sowie bei den seltenen Erkrankungen die EBM-Vergütungssystematik. Bei der Befragung der Patienten, die in der ASV behandelt werden, ergaben sich keine relevanten Verbesserungen bei patientenbezogenen Endpunkten verglichen mit in der Regelversorgung befindlichen Patienten.

Zusammenfassend hat die ASV nach anfänglicher Zurückhaltung der Leistungserbringer inzwischen Fahrt aufgenommen, sich jedoch auch knapp 10 Jahre nach ihrer Einführung im Gesetz noch nicht flächendeckend etabliert. Es werden konkrete Empfehlungen u.a. zur Effizienzsteigerung und Abkürzung des Beschlussverfahrens für die Konkretisierungen, zum Abbau von Teilnahmehürden, zur Senkung der Hürden für die Leistungserbringer während der ASV-Teilnahme, zur Weiterentwicklung der Vergütungssystematik, zur Optimierung des Informationsaustauschs und Steigerung des Patientennutzens vorgelegt.

2. Beteiligte Projektpartner

2.1 Konsortium

Tabelle 1: Konsortialpartner

Einrichtung	Institut	Personen	Verantwortlichkeiten
FOM Hochschule für Oekonomie & Management gGmbH, Essen	Institut für Gesundheit & Soziales (ifgs), München	Prof. Dr. med. Robert Dengler	Projektleitung
		Niels Straub Dipl. Volkswirt, MPH	Wissenschaftlicher Mitarbeiter
	Bereich Support Forschung, Essen	Katja Waldeyer MPH	Projektassistenz
Wissenschaftliches Institut der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) GmbH, Köln		Dr. Vitali Heidt	Geschäftsführer
		Dr. Kerstin Hermes-Moll	Wissenschaftliche Leitung
		Jana Becker M.Sc.	Wissenschaftliche Mitarbeiterin
		Sandra Osburg MHMM	Projektmanagerin
		Josefin Martin	Stud. Hilfskraft
Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung (BV-ASV), Grünwald		Sonja Froschauer Dipl. Phys.	Geschäftsführender Vorstand
		Laura Bredow M.Sc.	Projektmanagerin
		Kristina Schwarzer	Projektassistenz
Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie Bremen (BIPS), Bremen	Abteilung Klinische Epidemiologie	Prof. Dr. Ulrike Haug	Teilprojektleitung
		PD. Dr. Oliver Riedel	Stellvertretende Teilprojektleitung
		Michel Hornschuch M.Sc.	Wissenschaftlicher Mitarbeiter

2.2 Kooperationspartner

Zusätzlich zu den Konsortialpartnern haben sich folgende Institutionen mittels LOI (Letter of Intent) als Kooperationspartner (ohne finanzielle Förderung) beteiligt, um das Projekt durch Zugang zum Netzwerk bzw. ihren Mitgliedern bezüglich der Befragungen von Ärzten und Patienten sowie der Teilnahme an den Workshops zu unterstützen (Tabelle 2).

Tabelle 2: Kooperationspartner

Institution	Namen	Stellung
Berufsverbände		
BNHO <i>Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen e.V.</i>	Armin Goetzenich Prof. Dr. Wolfgang Knauf	Geschäftsführer Vorstandsvorsitzender
BVDD <i>Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V.</i>	Dr. Klaus Strömer	Präsident
BDI <i>Berufsverband Deutscher Internisten e.V.</i>	Dr. Hans-Friedrich Spies + Christine Neumann- Grutzeck (seit 09/2020)	Präsident Präsidentin
BDRH <i>Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V.</i>	Dr. Silke Zinke	1. Vorsitzende
Bng <i>Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V.</i>	Dr. Albert Beyer	1. Vorsitzender
BdP <i>Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner e. V.</i>	Michael Horst	Geschäftsführer
Patientenvertretungen		
Deutsche Rheuma-Liga	Rotraut Schmale-Grede	Präsidentin
Mukoviszidose e.V.	Miriam Schlangen	Geschäftsführung
pulmonale hypertonie e.V.	Günther Thimm	Ansprechpartner
ACHSE e.V. (Arbeitsgemeinschaft chronischer und seltener Erkrankungen)	Dr. Christine Mundlos	stv. Geschäftsführung
Frauenselbsthilfe nach Krebs	Ulrike Voß-Bös	Ansprechpartnerin
Deutsche ILCO e.V.	Erich Grohmann	Ansprechpartner

3. Projektziele

3.1 Hintergrund

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) trat im Zuge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (Deutscher Bundestag, 2011) mit der Novellierung des bereits 2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeführten § 116b SGB V für die ambulante Behandlung im Krankenhaus (ABK), im Folgenden auch als § 116b SGB V alter Fassung (a.F.) bezeichnet, zum 1.1.2012 in Kraft. Durch die Neufassung sollte die Beteiligung niedergelassener Vertragsärzte gefördert werden, die in der ABK zwar vorgesehen war, faktisch aber nicht zur Anwendung kam. Die ASV beinhaltet einen einheitlichen Ordnungsrahmen für Klinik- und Vertragsärzte bezüglich Teilnahme, Qualitätssicherung und Vergütung in der ambulanten Versorgung von Patienten mit besonderem Krankheitsverlauf oder seltenen Erkrankungen. Es gibt weder eine Bedarfsplanung noch ein Zulassungsverfahren, teilnehmen kann, wer seine ASV-Tätigkeit dem Erweiterten Landesausschuss (ELA) anzeigt und die Voraussetzungen erfüllt. Die Versorgungsstruktur besteht aus interdisziplinären Teams mit einem Teamleiter, einem Kernteam sowie hinzuzuziehenden Fachärzten (sog. Zwiebschalenmodell).

Die vom G-BA beschlossene Richtlinie zur ASV (ASV-RL) nach § 116b Abs. 4 SGB V trat am 20. Juli 2013 in Kraft und legt die Rahmenbedingungen für die Struktur- und Prozessqualität fest (G-BA, 2013). Am 19.12.2013 wurde die erste Konkretisierung zur Tuberkulose und atypischen Mykobakteriose beschlossen, die am 24.4.2014 in Kraft trat.

Die ASV-RL besteht aus dem Paragraphenteil mit allgemeinen Regelungen (Tabelle 3), den erkrankungs- bzw. leistungsspezifischen Regelungen in den Anlagen 1 bis 3 (Tabelle 4) sowie den indikationsspezifischen Appendizes.

Tabelle 3: Paragraphen und Inhalte des Paragraphenteils der ASV-Richtlinie des G-BA

§1	Rechtsgrundlage und Geltungsbereich
§2	Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“)
§3	Personelle Anforderungen
§4	Sächliche und organisatorische Anforderungen
§5	Behandlungsumfang
§6	Studienteilnahme
§7	Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen
§8	Überweisungen
§9	Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung
§10	Kooperationen nach § 116b Abs. 4 Satz 10 SGB V
§11	Mindestmengen
§12	Qualitätssicherung
§13	Evaluation
§14	Dokumentation
§15	Patienteninformation
§16	Jährliche ICD 10-GM Anpassung

Diese bestehen je aus einem Abschnitt 1 der EBM-Kapitel II – V und Kapitel VII sowie einem Abschnitt 2, der sogenannte Verbotsvorbehaltsleistungen wie neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) mit Vergütung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sowie entsprechend der Onkologievereinbarung (Kassenärztliche Bundesvereinigung und

GKV-Spitzenverband, 2021) abrechenbare Leistungen enthält. Der Leistungsumfang wird in den Appendizes der Anlagen zur ASV-RL abschließend konkretisiert (Tabelle 4).

*Tabelle 4: ASV-Konkretisierungen mit Beschlussdatum und Datum des Inkrafttretens
 (Stand: 31.12.2020)*

Anlage	Beschluss	Inkrafttreten
Appendix Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	19.12.2013	24.04.2014
Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (GIT)	20.02.2014	26.07.2014
Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	22.01.2015	10.08.2016
Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie	17.12.2015	01.06.2016
Anlage 2 k) Marfan-Syndrom	22.01.2015	30.06.2015
Anlage 2 b) Mukoviszidose	15.12.2016	18.03.2017
Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene	15.12.2016 bzw. 21.12.2017	19.04.2018
Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	15.12.2016 bzw. 21.12.2017	19.04.2018
Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	21.12.2017	26.04.2018
Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen	17.05.2018	16.08.2018
Anlage 2 h) Morbus Wilson	16.03.2018	12.06.2018
Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 4: Hauttumoren	20.12.2018	11.05.2019
Anlage 2 c) Hämophilie	22.03.2019	04.07.2019
Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	19.12.2019	07.04.2020
Anlage 2 e) Sarkoidose	19.12.2019	07.04.2020

In den erkrankungsspezifischen Anlagen ist in den jeweiligen Präambeln zu den Appendizes geregelt, dass der G-BA jährlich den Anpassungsbedarf der Appendizes an den aktualisierten Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und weitere Änderungen prüft. Das Plenum entscheidet über die sich aus der Prüfung ergebenden Änderungen. Die für die hier vorgelegte Evaluation letzte Änderung beinhaltet die Beschlüsse der 66. Sitzung des G-BA am 18. März 2021.

Die ASV-RL legt in § 5 den Behandlungsumfang fest, Ein- und Ausschlusskriterien werden in den einzelnen Konkretisierungen (siehe Anhang A) geregelt (Fassung vom 21.3.2013, in Kraft getreten am 20.7.2013, zuletzt geändert am 20.3.2020, in Kraft getreten am 24.7.2020, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 23.7.2020, B1). Nicht berücksichtigt wurden aufgrund des Stichtags für die Datenerhebung und des festgelegten Evaluationszeitpunktes Anlagen bzw. Ergänzungen und deren Appendizes, die zwar beschlossen, aber noch nicht in Kraft getreten waren, oder solche (Ausnahmeregelungen COVID-19 Pandemie) für unsere Evaluation nicht vorgesehen waren (Tabelle 5).

Tabelle 5: Nicht berücksichtigte Anlagen bzw. Ergänzungen (Stand 31.12.2021)

	Beschluss	Inkrafttreten
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ausnahmeregelungen für die Aufnahme von Leistungen aufgrund der COVID-19-Pandemie	17.12.2020	02.11.2020
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe d – Neuromuskuläre Erkrankungen	17.12.2020	06.05.2021
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 1.1 Buchstabe a – onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	17.12.2020	06.05.2021
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 1.1 – Buchstabe c: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)	16.12.2021	Noch nicht in Kraft*
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 1.1 – Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	16.12.2021	Noch nicht in Kraft*

* zum Stichtag unserer Evaluation

Laut § 116b Abs. 9 SGB V sind die Auswirkungen der ASV auf die Kostenträger, Leistungserbringer sowie die Patientenversorgung fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes zu bewerten und die Ergebnisse dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zuzuleiten. Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben am 12.5.2017 einen Bericht vorgelegt. Dieser beinhaltet jedoch lediglich Zahlen zur Anzahl an ASV-Teams, teilnehmender Ärzte und behandelter Patienten. Daten zu Behandlungsergebnissen, Versorgungsqualität, Leistungserbringung und Erlössituation oder den Gründen der bis dahin zögerlichen Teilnahme an der ASV sowie zu möglichen Hürden etc. wurden nicht berichtet (GKV-SV, KBV, DKG, 2017). Ein erneuter Bericht wurde vom Ergänzten Bewertungsausschuss gemäß §87 Abs. 5a SGB V in seiner 67. Sitzung zum 1.3.2021 an das InBA für die Berichtsjahre 2014 bis 2019 in Auftrag gegeben, die Ergebnisse stehen zum Zeitpunkt unseres Ergebnisberichts noch aus. Bereits nach Inkrafttreten der ersten Konkretisierungen wurde über eine zurückhaltende Teilnahmebereitschaft der Leistungserbringer berichtet und Kritik am Verfahren geäußert (Klakow-Frank, 2015; Stock, 2015; BMG, 2016; Korzilius, 2017, Nagel, 2017). Erste strukturierte Erhebungen wiesen konkret auf Hürden im Rahmen des Anzeigeverfahrens hin (Dengler et al., 2017; Jenschke et al., 2018). Die umfangreichen, detaillierten Vorgaben bezüglich der Teilnahmevoraussetzungen und der den ELA nachzuweisenden Dokumente hätten daher eher mengenbegrenzenden als qualitätssichernden Charakter und würden letztlich wieder zu einer Art Zulassungsverfahren führen (Klakow-Frank, 2016), obwohl gerade dies durch die vom Gesetzgeber intendierte Form der Teilnahmeanzeige vermieden werden sollte. Auch die Gesundheitsministerkonferenz (2020) zeigte sich mit der bisherigen Ausgestaltung und dem Ablauf der ASV unzufrieden.

Der G-BA hat daraufhin 2018 im Rahmen der Versorgungsforschung des Innovationsfonds die Weiterentwicklung und Evaluation der ASV-RL mit dem Ziel ausgeschrieben, Hemmnisse und beeinflussbare Faktoren bei der Teilnahmebereitschaft und praktischen Umsetzung zu identifizieren, Lösungsansätze aufzuzeigen sowie Empfehlungen zur Anpassung zu erarbeiten (BMG, 2018). Gemäß den Vorgaben des G-BA wurde in der Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses vom 23.11.2018 zur Einreichung von Anträgen für

Forschungsprojekte zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der ASV-RL aufgefordert.

Unser Konsortium erhielt 2019 den Zuschlag. Wir berichten hier über die im Rahmen des Projekts erarbeitete Ergebnisse der Evaluation.

3.2 Ziele

Ziel des Forschungsprojekts war es, Erkenntnisse zu liefern, die vom G-BA zur Weiterentwicklung der Richtlinie übernommen werden können oder dem Gesetzgeber als Grundlage für Veränderungen des gesetzlichen Rahmens dienen können. Es sollten relevante und beeinflussbare Faktoren bei der Teilnahmebereitschaft und praktischen Umsetzung identifiziert und Lösungsansätze aufgezeigt sowie insbesondere die Auswirkungen der ASV-RL auf die Patientenversorgung ermittelt werden. Dabei sollte das Forschungsprojekt auf einer übergeordneten Ebene ein Gesamtbild für alle Krankheitsbilder in den Blick nehmen.

Unter diesen vom G-BA vorgegebenen Prämissen wurde das Evaluationskonzept erstellt. Im Folgenden werden die zu untersuchenden Evaluationsfragestellungen aufgelistet:

- Analyse des aktuellen Stands der ASV-Umsetzung (Status quo)
- Identifizierung relevanter, beeinflussbarer Faktoren für die Teilnahmebereitschaft von Leistungserbringern an der ASV
- Identifizierung von Zugangsbarrieren
- Identifizierung relevanter, beeinflussbarer Faktoren für die praktische Umsetzung
- Ermittlung der Auswirkungen der ASV auf die Patientenversorgung (Zusatznutzen im Vergleich zu Regelversorgung)

Darüber hinaus sollte – sofern möglich – die Zielerreichung evaluiert werden, d.h. ob die erhofften Effekte beobachtet werden können. Die im Rahmen der Richtlinie vorgesehene Dokumentation bei den ASV-Leistungserbringern umfasst allerdings nur einen eingeschränkten Bereich bezüglich der Ziele, so dass diese nur indirekt oder gar nicht analysiert werden konnten.

3.3 Fragestellungen

F1: Status quo

F 1.1 Wie hoch ist die Zahl berechtigter Teams und der zeitliche Verlauf je Indikation?

F 1.2 Was ergibt der Vergleich der berechtigten Teams der seltenen Erkrankungen bzw. Krankheitsbildern mit geringen Fallzahlen mit denen der Krankheiten mit besonderem Krankheitsverlauf?

F 1.3 Wie hoch ist die Anzahl der in den Teams organisierten Leistungserbringer sowie der Anteil von niedergelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Krankenhäusern?

F 1.4 Wie gestaltet sich die regionale Verteilung der ASV-Teams, insbesondere die Anzahl der in der ASV versorgten Patienten in den jeweiligen Indikationen?

F 2: Inanspruchnahmeverhalten aus Routinedatenauswertung der Krankenkassen

F 2.1 Wie hoch ist die Anzahl potenziell für die ASV qualifizierender Patienten?

F 2.2 Welche Arztfachgruppen werden von den Patienten in Anspruch genommen?

F 2.3 Welche Rolle spielt Mehrfachinanspruchnahme?

F 2.4 Wie lange verweilen Patienten in der ASV?

F 2.5 Welche Leistungen werden in Anspruch genommen (ärztliche Leistungen, Medikamente)?

F 2.6 Gibt es Schnittstellen und damit zusammenhängende Schnittstellenprobleme?

F3: Umsetzung der Überprüfung der ASV-Teilnahmevoraussetzungen in den einzelnen Erweiterten Landesausschüssen (ELA)

F 3.1 Wie sind die Mitglieder des ASV-Teams zu benennen (z.B. namentliche Benennung oder nur von Teammitgliedern bestimmter Teamebenen wie Teamleitung und Kernteam)?

F 3.2 Wie werden Mindestmengen abgefragt (z.B. Eigenerklärung der Anzahl ohne weitere Nachweise, Patientenliste)?

F 3.3 Wie wird die Erfüllung von Anforderungen nach Qualitätssicherungsvereinbarungen (QSV) nach § 135 Abs. 2 SGB V überprüft, welche Urkunden, Dokumente und Nachweise sind durch die Anzeigenden einzureichen?

F 3.4 Kann dem ELA Erlaubnis zum Zugriff auf Unterlagen bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) erteilt werden?

F4: Was sind die Gründe für die langsame Etablierung der ASV?

F 4.1 Welche Motivatoren, Beweggründe und Bedenken existieren bei der Entscheidungsfindung für oder gegen eine Teilnahme an der ASV?

F 4.2 Welche Aspekte sind bei der Teamzusammenstellung relevant, insbesondere Ablauf und ggf. Probleme bei der Gewinnung der benötigten Fachgruppen (Kernteam, hinzuzuziehende Fachärzte)?

F 4.3 Wie gestaltet sich die Teilnahmeanzeige, insbesondere zeitlicher Umfang, Ablauf des Anzeigeverfahrens? Welche Hürden, Hemmnisse oder Schwierigkeiten für die Teilnahme von Leistungserbringern lassen sich identifizieren?

F 4.4 Wie ist der Kenntnisstand zur ASV?

F 4.5 Welche Auswirkungen auf die Patientenversorgung werden antizipiert?

F 4.6 Welche Auswirkung hat der Wegfall bzw. die Umstellung der Bestimmungen zur ABK?

F5: Welche praktischen Hemmnisse bestehen während der ASV-Teilnahme?

F 5.1 Wie gestaltete sich der Aufbau der notwendigen Strukturen und Prozesse zur Umsetzung der ASV (Dokumentation, Abrechnung, Abläufe im ASV-Team), ggf. welche Schwierigkeiten traten auf?

F 5.2 Welche Handlungsstrategien und Situationsbewertungen, die bei der Gründung des ASV-Teams relevant waren, sowie Probleme bei der Umsetzung der ASV-RL und welche Auswirkungen der ASV-RL auf die Versorgung ihrer Patienten sehen die ASV-Teamleitungen?

F 5.3 Welche Auswirkungen haben bereits vorgenommene Anpassungen der ASV-RL, wie beispielsweise das Auslaufen der Bedingung der schweren Verlaufsform bei onkologischen Erkrankungen oder dem Wegfall der Genehmigungen zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V (alt) für Krankenhäuser.

F 5.4 Wie entwickelte sich die Anzahl der im Rahmen der ASV behandelten Patienten nach Wirksamwerden der ASV-Berechtigung?

F 5.5 Welche Schwierigkeiten traten bei der Umsetzung auf?

F 6: Wie stellt sich das Verhältnis zwischen Aufwand und Ertrag für die Leistungserbringer dar?

F 6.1 Wie hoch ist der einmalige Aufwand für die Erstellung der Anzeige (personeller Aufwand, Kosten z.B. für Rechtsberatung)

F 6.2 Wie hoch ist der Aufwand für den Aufbau der notwendigen Strukturen und Prozesse zur Umsetzung der ASV (personeller Aufwand, Kosten z.B. für Software-erweiterungen)?

F 6.3 Wie gestaltet sich der Aufwand für die Umsetzung der ASV, z.B. personeller Aufwand für die Koordination im Team, organisatorischer Aufwand für die laufende Pflege der ASV (z.B. Änderung der Teamzusammensetzung, Abwesenheitsmitteilungen)?

F 6.4 Wie ist der Ertrag im Lichte des Ziffernkranzes, der fehlenden Mengenbegrenzung und RLV-Budgets, der Erlöse aus dem ASV-spezifischen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und evtl. neuer Untersuchungs- und Behandlungsverfahren (NUB)?

F 6.5 Wie wird im Vergleich zur der bisherigen Versorgungsform der jeweiligen Institution (Kollektivvertrag, §116b alt, Hochschulambulanz, Ermächtigung), auch im Lichte der Bereinigung, der Ertrag in der ASV eingeschätzt?

Hierbei geht es nicht um die Wirtschaftlichkeit der ASV für das Gesundheitssystem, sondern vielmehr darum, die Perspektive der versorgenden Einrichtungen hinsichtlich einer Kosten-Nutzen-Abwägung zu erfassen und abzubilden, da diese relevante Hemmnisfaktoren darstellen können, die es zu adressieren gilt.

F 7: Wie schätzen Ärzte die Patientenversorgung in der ASV ein?

F 7.1 Wie wird die Patientenversorgung aus Sicht von ASV-Ärzten und Nicht-Teilnehmern sowohl im Vertragsarztsektor als auch im Kliniksektor eingeschätzt?

F 7.2 Wie stellt sich der Zugang zu den relevanten Fachärzten dar?

F 7.3 Welche Wartezeiten für Termine bei den Mitbehandlern gibt es?

F 7.4 Wie gestalten sich die Wartezeiten in der jeweiligen Einrichtung der Leistungs-erbringer?

F 7.5 Gibt es Unterschiede im Behandlungsspektrum, z.B. durch neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren (NUB)?

F8: Wie schätzen Patienten die ASV ein?

F 8.1 Welche Wahrnehmung der ASV haben Patienten bezüglich Information und Aufklärung über diese Versorgungsform?

F 8.2 Welche Erfahrungen bestehen mit der in § 15 ASV-RL geforderten Patienten-information?

F 8.3 Welchen Kenntnisstand haben Patienten bezüglich Zugang und Versorgung (Terminvergabe, Überweisungen, Wartezeiten etc.)?

F 8.4 Können Unterschiede zwischen ASV-Patienten und Patienten in der Regelversorgung im Hinblick auf Patient Reported Experiences (PRE) sowie Patient Reported Outcomes (PRO) beobachtet werden (Zufriedenheit mit Leistungserbringern, der Versorgung etc.)?

Folgende Fragestellungen wurden mangels verfügbarer Daten in dieser Evaluation nicht berücksichtigt:

- Auswirkungen der ASV auf Morbidität und Mortalität
- Auswirkung der ASV auf die Behandlungsqualität (Prozess- und Ergebnisqualität, Lebensqualität)

Akronym: GOAL-ASV

Förderkennzeichen: 01VSF19002

Die hier vorliegende Evaluation beurteilt krankheitsübergreifend sämtliche indikationsspezifische Konkretisierungen der ASV-RL und grenzt sich damit klar von den gesetzlich bereits vorgesehenen Evaluationsaufträgen des G-BA ab, die sich mit der Qualität, Inanspruchnahme und Wirtschaftlichkeit bei onkologischen und rheumatischen Erkrankungen gemäß § 116b Absatz 4 Satz 12 SGB V i. V. m. § 13 Satz 2 ASV-RL befassen.

4. Projektdurchführung

Die Grundlage für die Entwicklung des Evaluationskonzepts bildet die ASV-RL in der zum Zeitpunkt des Beginns der Evaluation (1.1.2020) geltenden Fassung (G-BA, 2013).

Um den Auftrag, die ASV-RL umfassend zu evaluieren, möglichst zielführend erfüllen zu können, wurde das Projekt in einzelne Unterpunkte/Arbeitspakete aufgeteilt. Die einzelnen Konsortialpartner bearbeiteten dabei unterschiedliche Aufgabenpakete und Fragestellungen mit den jeweils dafür geeigneten Methoden (Tabelle 6).

Tabelle 6: Arbeitspakete (AP) mit geplanter Durchführung

	AP1	AP2	AP3	AP4	AP5	AP6	AP7
Ziel/ Endpunkte	Status Quo ASV	Zugangs- verfahren	ASV- Inanspruch- nahme	Motivation, Hemmnisse	Bewertung Patienten	Aufwand und Ertrag	Workshops
Studien- design	Sekundär- daten- analyse	Dokumenten- studie	Sekundär- daten- analyse Quer- und Längs- schnitt- studie	Quantitative Querschnitts- befragung mit qualitativer Vorabbefrag- ung	1) qualitative Befragung; 2) quanti- tative Befragung	analog zu AP 4	Delphi- Befragung
Studien- population/ Datengrund- lage	Angaben zu ASV-Teams der ASV- Service- stelle	Anzeigenvor- drucke der 17 ELA. Befragung der 17 ELA	GKV- Abrechnung sdaten (GePaRD- Datenbank)	1) Nicht- ASV- Teilnehmer; 2) Kranken- häuser mit Altberechtig- ung; 3) ASV- Teilnehmer	1) Patienten- vertreter; 2) Patienten	Analog zu AP 4	ASV- relevante Fachgrup- pen, Patienten- vertreter
Stichprobe	Vollerhebu- ng (N=200)	2 Entitäten	GKV (N=25 Mio.)	1) Zufalls- stichprobe (n=200); 2) Voller- hebung (N=25); 3) Zufalls- stichprobe (N=200)	Geclusterte Zufallsstich- probe (n=1.200)	analog zu AP 4	Selektiv
Datener- hebung/ Methode	Deskriptive Statistik	Deskriptive Auswertung	Deskriptive Statistik	Teilstrukturierte Interviews, Fragebogen (Online); qualitativ & quantitativ	Teilstrukturier- te Interviews, Fragebogen (Online & Papier); qualitativ & quantitativ	analog zu AP 4	Qualifizier- tes Ergeb- nisproto- koll

* GePaRD: German Pharmacoepidemiological Database

Beantragte und bewilligte Änderungen des Arbeits- und Zeitplans

Der vorgesehene Arbeitsplan des Projekts wurde im Berichtszeitraum um eine Befragung der erweiterten Landesausschüsse zur Auslegung und Umsetzung der Vorgaben aus der ASV-Richtlinie in den Arbeitsplan mit aufgenommen. Diese Änderung wurde beim Projektträger beantragt und im Zustimmungsschreiben vom 25.09.2020 bewilligt. Für die zusätzlich

beantragte juristische Beratung im Zuge der Weiterentwicklung der ASV Richtlinie erfolgte am 22.01.2021 durch den Projektträger die Zustimmung zu einer entsprechend beantragten Mittelumwidmung.

Des Weiteren wurde eine ausgabenneutrale Verlängerung der Projektlaufzeit um zwei Monate beantragt und mit Schreiben vom 04.10.2021 durch den Projektträger genehmigt. Damit verlängerte sich der Förderzeitraum für die Konsortialführung und den Konsortialpartner WINHO bis zum 28.02.2022. Für die Konsortialpartner BIPS und BV-ASV blieb der Förderzeitraum unverändert.

Zu Beginn des Projektzeitraums wurde eine Kick-off-Veranstaltung der Konsortialpartner in Präsenz durchgeführt. Im Verlauf fanden regelmäßige Meetings statt, die aufgrund der Corona-Pandemie virtuell durchgeführt wurden. Hier wurde der jeweils aktuelle Stand der Arbeiten inkl. Akquise der Stichproben, Fallauswahl, Datenerhebung, Datenauswertung, Probleme etc. besprochen. Zum Ende des Projektzeitraums wurde ein virtuelles Abschlusstreffen durchgeführt, zu dem neben den Konsortialpartnern auch Gäste sowie die Presse geladen waren.

1) Erhebung des Status quo der ASV (Arbeitspaket 1)

Um einen Überblick über den aktuellen Stand der ASV zu erhalten, wurden folgende Aspekte anhand der vorliegenden Daten ausgewertet:

- Zahl berechtigter Teams je Indikation
- Vergleich der berechtigten Teams der seltenen Erkrankungen bzw. Krankheitsbildern mit geringen Fallzahlen sowie der Krankheiten mit besonderem Krankheitsverlauf
- Anzahl der in den Teams organisierten Leistungserbringer bzw. Ärzte
- Zeitliche Entwicklung der Zahl der berechtigten Teams je Indikation
- Anteil von niedergelassenen Ärzten bzw. Krankenhausärzten in den ASV-Teams
- Regionale Verteilung der ASV-Teams

2) Analyse des Zugangsverfahrens (Arbeitspaket 2)

Hier wurde die Komplexität des Anzeigeverfahrens im Vergleich der 17 ELA analysiert. Es wurde herausgearbeitet, wie die Erfüllung von Voraussetzungen durch die Anzeigenden nachzuweisen ist. Ziel war es zum einen, die Komplexität des Zugangsverfahrens in den Regionen der ELA mit der regionalen Verteilung der ASV-Teams zu vergleichen, um zu überprüfen, ob ein aufwändigeres Zugangsverfahren in einer Region mit der Zahl der dort berechtigten Teams tatsächlich korreliert. Zum anderen sollte validiert werden, inwiefern die Vermutung des höchst unterschiedlichen Aufwands des Anzeigeverfahrens in den einzelnen ELA sich mittels der Anzeigevordrucke nachweisen lässt oder nicht. Eine zusätzlich durchgeführte Umfrage unter allen 17 ELA sollte deren Sichtweise berücksichtigen. Hieraus lassen sich Best-Practice-Beispiele für effiziente Zugangsverfahren ableiten. Weiter können Empfehlungen für Präzisierungen in der ASV-RL identifiziert werden, um unnötig aufwändige Prüfverfahren in den ELA zu vermeiden.

3) Inanspruchnahme, Auswertung Routinedaten der Krankenkassen (Arbeitspaket 3)

Mittels Berücksichtigung von Sekundärdaten des Robert-Koch-Instituts (RKI), von Registern und Originalpublikationen sowie Daten des GKV-Spitzenverbands sollte eine Abschätzung der für die ASV potenziell in Frage kommenden Patienten durchgeführt werden. Zur Unterstützung der Datenerhebungen zum Status quo wurden Routinedaten in Form von Abrechnungsdaten gesetzlicher Krankenkassen herangezogen. Dies ermöglicht eine überregionale und intersektorale Abbildung der Versorgungssituation, bei der gleichzeitig die Arzt- und die Patientenebene betrachtet werden kann. Auf der Arzteebene lässt sich u. a. die Beteiligung unterschiedlicher Fachrichtungen an der ASV beschreiben. Patientenseitig lässt

sich die Inanspruchnahme sowohl bei der ASV als auch in der Regelversorgung über einen mehrjährigen Zeitraum darstellen.

4) Informationsstand und Motivation zur Teilnahme an der ASV (Arbeitspaket 4)

Zur weiteren Identifizierung von Zugangsbarrieren, von relevanten beeinflussbaren Faktoren für die Bereitschaft zur Teilnahme und praktischen Umsetzung der ASV sowie zur Ermittlung der Auswirkungen der ASV auf die Patientenversorgung wurden sowohl Nicht-Teilnehmer, Vertreter von Krankenhäusern als auch ASV-Teamleiter befragt, um folgende Aspekte zu erfassen: Kenntnisstand zur ASV, Bewertung von Chancen und Hemmnissen der ASV, antizipierte Auswirkungen auf die Patientenversorgung sowie die Beweggründe für die Nicht-Teilnahme an der ASV. Eingeschlossen wurden alle Fachgruppen, die bei den aktuell bestehenden ASV-Indikationen federführend angesprochen sind, aber noch nicht an der ASV teilnehmen.

Mit einer Befragung der Krankenhäuser sollte die Auswirkung des Wegfalls bzw. der Umstellung der Berechtigungen zur ambulanten Behandlung am Krankenhaus nach § 116b SGB V (alt) im Hinblick auf die Entwicklung der ASV analysiert werden.

ASV-Teamleiter wurden in Interviews zur Identifizierung der Handlungsstrategien und Situationsbewertungen, die bei der Gründung des ASV-Teams relevant waren, zu Problemen bei der Anzeige und der Umsetzung der ASV-RL, wie Strukturen, Prozesse, Abrechnung, sowie zu antizipierten Auswirkungen auf die Versorgung ihrer Patienten befragt.

5) Bewertung durch die betroffenen Patienten (Arbeitspaket 5)

Ziel war es, die ASV aus Sicht der Patienten einordnen und bewerten zu lassen. Es sollte die Wahrnehmung der ASV durch die Patienten in Unterscheidung zur Regelversorgung erarbeitet werden. Zudem sollten hierbei Erfahrungen mit der in § 15 der ASV-RL geforderten Patienteninformation eruiert werden. Somit wurden Informationen über Kenntnisstand, Wahrnehmung Informationsbedarf und Versorgungsaspekte erhoben, die in ggf. nötige Anpassungsempfehlungen umgesetzt werden.

6) Aufwand und Ertrag (Arbeitspaket 6)

In die Befragung der Teamleitungen (sowohl qualitativ als auch quantitativ) wurden Fragenkomplexe integriert, um den personellen und finanziellen Aufwand für die Teilnahme sowie die Umsetzung auf Behandler- bzw. Organisationsebene analysieren zu können. Darüber hinaus sollten die Quotierungen bzw. RLV-Budgets sowie Art und Umfang der Bereinigung in den einzelnen KV-Bezirken berücksichtigt werden.

7) Expertenworkshops (Arbeitspaket 7)

Um ein hohes Verwertungspotenzial zur Weiterentwicklung der ASV-RL zu gewährleisten, werden zwei Workshops mit berufspolitischen und Patientenvertretern durchgeführt, in denen Perspektiven zur Gewinnung von Lösungsstrategien fixiert wurden. Workshop 1 fand in der Mitte der Projektlaufzeit statt und baute auf den Ergebnissen der AP 1-4 auf. Der Workshop hatte als Ziel zu evaluieren, welche Aspekte zu berücksichtigen sind, sowie erste Handlungsempfehlungen zu erstellen. Teilnehmer waren Vertreter der Berufspolitik sowie Ärzte von Versorgungseinrichtungen, die bereits Teil eines ASV-Teams sind oder dies potenziell sein können. Im Workshop 2, etwa 9 Monate später, wurden konkrete Handlungsempfehlungen aus den erhaltenen Ergebnissen (AP 1-6) und Kritikpunkten erarbeitet. Hierzu wurden sowohl Vertreter aus der Berufspolitik als auch aus der Selbsthilfe eingeladen.

8) Ergebnisbericht (Arbeitspaket 8)

Der Konsortialführer koordinierte und erstellte unter Mitarbeit der Konsortialpartner einen Evaluationsbericht. Dabei handelte es sich u.a. um eine Zusammenfassung der Ergebnisse für die Teilnehmer der Workshops und Expertenrunden, für Konferenzen und Tagungen sowie Publikationen, wodurch eine umfassende Transparenz der Evaluation gewährleistet wird.

Ethische und rechtliche Aspekte

Alle Mitarbeiter des Konsortiums sind der guten wissenschaftlichen Praxis verpflichtet. Folgende nationale und internationale Standards wurden in der jeweils geltenden Fassung berücksichtigt:

- Memorandum zur Sicherung der guten wissenschaftlichen Praxis (DFG)
- STROBE Statement (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology),
- Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen
- Memorandum III „Methoden für die Versorgungsforschung“ des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung e.V. (DNVF e. V., 2009 und 2010)
- Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP), 2008
- rechtliche Rahmenbedingungen für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten, die sich insbesondere aus den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des SGB V und SGB X ergeben.

Alle einschlägigen Gesetze (z.B. DS-GVO) wurden beachtet. Die Datenverarbeitung bei den Konsortialpartnern erfolgte nach den jeweiligen, bewährten Datenschutzkonzepten.

Die Teilnahme an allen Befragungen war für die Beteiligten freiwillig und konnte jederzeit abgebrochen werden. Soweit es zur Gewährleistung einer hohen Datenqualität möglich war, wurden Befragungen anonymisiert durchgeführt. Dies galt insbesondere für die Befragungen der Patienten. Bei Befragungen mit Personenbezug (z.B. Online-Befragung der Teamleitungen, um zu gewährleisten, dass nur Antworten berechtigter ASV-Teams in die Auswertung einfließen), wurden die Antworten vor der Auswertung anonymisiert bzw. pseudonymisiert und Daten, soweit möglich und sinnvoll, in aggregierter Form verwendet.

Die Nutzung der in GePaRD (Sekundärdaten) hinterlegten GKV-Daten wird über § 75 SGB X geregelt (Nutzung von Sozialdaten für Forschungszwecke). Für die Übermittlung der Daten, deren Aufbereitung und die Durchführung wissenschaftlicher Forschung im Rahmen von GePaRD liegt ein Datenschutzkonzept vor.

Die vorgelegte Studie griff in keiner Weise und an keiner Stelle in die medizinische Versorgung der Patienten oder in die Therapiefreiheit der Ärzte ein. Es wurden keine Interventionen durchgeführt. Daher war kein Votum der Ethikkommission einer Ärztekammer erforderlich. Es wurde jedoch ein Ethikvotum der Ethikkommission der konsortialführenden Institution (FOM Hochschule für Oekonomie & Management gGmbH, Essen) eingeholt (28.10.2019), welches positiv war.

5. Methodik

5.1 Evaluations- und Studiendesign

Für die Evaluation wurde eine multiperspektivische, empirische Querschnitterhebung im Mixed-Methods-Design gewählt, die neben einer Literaturrecherche zu Thema und Fragestellungen, einerseits einen qualitativen Studienteil mit Leitfaden-gestützten Interviews und Workshops sowie andererseits quantitative Erhebungen mit verschiedenen Sekundärdatenanalysen sowie Fragebogen-gestützten Umfragen beinhaltet (Abbildung 1).

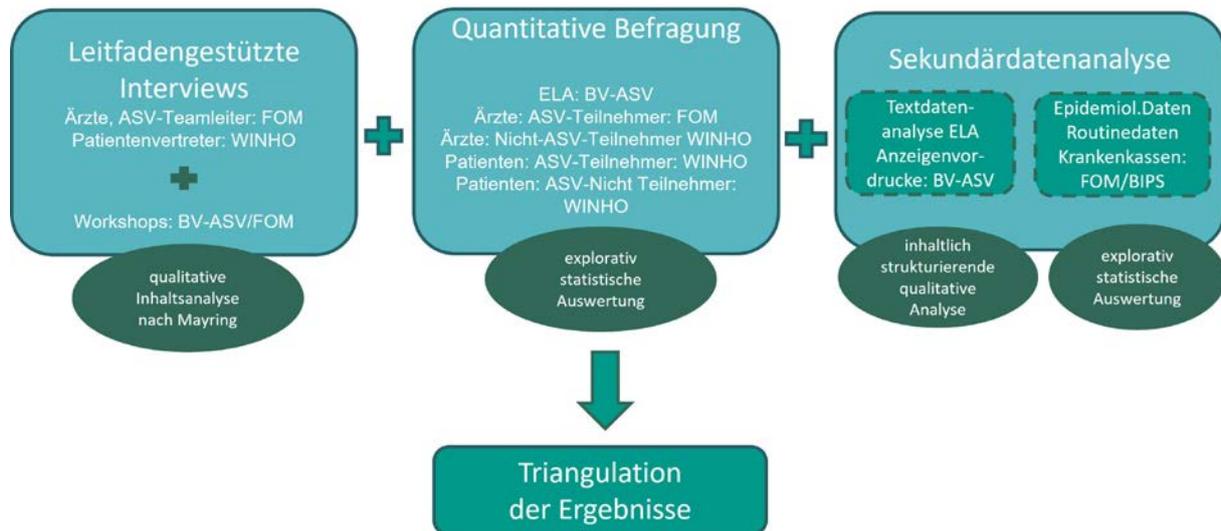


Abbildung 1: Studiendesign im Mehrebenenansatz (Verallgemeinerungs- und Triangulationsmodell nach Mayring, 2001) mit den zuständigen Konsortialpartnern

Das Design besteht aus:

- Qualitative, explorative Vorstudie mit teilstrukturierten (Leitfaden)-Interviews mit Ärzten und Patientenvertretern, um relevante Fragestellungen zu identifizieren
- Sekundärdaten-basierte Auswertung der ASV-Servicestelle
- Sekundärdaten-basierte Analyse der Anzeigenvordrucke der ELA
- Umfrage unter den ELA zu deren Erfahrungen mit dem Anzeigeverfahren
- Sekundärdaten-basierte Analyse von Daten des Robert-Koch-Instituts (RKI) inkl. der GEKID-Datenbank, Einzelpublikationen sowie die Patientenhöchstzahlen des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) und der Zahlen aus den Tragenden Gründen des G-BA zur Abschätzung der potenziell ASV-fähigen Patienten
- Sekundärdaten-basierte Auswertung von GKV-Routinedaten sowie Daten des InBA zu Patientenzahlen, Ärztezahlen, Fachgruppen und KV-Regionen in der ASV-Versorgung
- Sekundärdaten-basierte Auswertung im Design einer retrospektiven Kohortenstudie bzw. Längsschnittstudie von Routinedaten aus der GePaRD-Datenbank ausgewählter Variablen die Konkretisierung Tumorgruppe 1a gastrointestinale Tumoren (GIT) betreffend
- Quantitative Querschnitterhebung durch Befragung von niedergelassenen Ärzten und Klinikärzten sowie Klinikleitungen inkl. solchen mit §116b Altberechtigungen im Rahmen der ABK, in der ASV sowie in der Regelversorgung
- Quantitative Querschnitterhebung durch Befragung von Patienten in Versorgungseinrichtungen in der ASV sowie in der Regelversorgung

- Durchführung von zwei Workshops mit berufspolitischen und Patientenvertretern zur Gewinnung von Lösungsstrategien.

Dadurch sollte zum einen sichergestellt werden, dass alle relevanten Aspekte aus Sicht der Versorger und Patienten erfasst werden (qualitative Studie), zum anderen sollen die gefundenen Ergebnisse mittels belastbarer Fallzahlen (quantitative Studie) überprüft werden, um eine solide Basis für Lösungsansätze zu schaffen.

Basierend auf den Ergebnissen lassen sich Rückschlüsse zu regionalen Unterschieden ziehen und Best-Practice-Beispiele für z.B. die ELA ableiten. Aufbauend auf den in den Arbeitspaketen ermittelten Ergebnissen wurden in Workshops Orientierungshilfen (z.B. für potenzielle ASV-Gründer) und Lösungsansätze (z.B. zur Erleichterung der ASV-Gründung) generiert und mit Blick auf ihre Auswirkungen auf die Patientenversorgung und Förderung der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Versorger einerseits und hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit andererseits bewertet.

5.2 Zielpopulation

Es wurden vier Zielgruppen anvisiert:

- Versorgungseinrichtungen und Ärzte, die an der ASV teilnehmen
- Versorgungseinrichtungen und Ärzte, die (noch) nicht an der ASV teilnehmen
- Patienten, Patientenvertreter/Selbsthilfeorganisationen
- Berufspolitische Vertreter/ Verbände

5.3 Stichproben, Operationalisierung, Datenerhebung und Analyse

5.3.1 Status quo (AP 1)

ASV-Servicestelle

Für die Analyse der Daten der ASV-Servicestelle (ASV-Servicestelle 2021) wurden sämtliche zum Stichtag 3.5.2021 gelisteten Teams (n = 509) der bis 31.12.2020 in Kraft getretenen Konkretisierungen (siehe Anhang A) bezüglich Anzahl der ASV-Teams, zugeordnete Krankheitsbilder und deren Leistungsbereich sowie Ort der Teamleitung ausgewertet. Zudem wurde seit dem 1.7.2015 zunächst monatlich, später quartalsweise die Zahl der eingeschriebenen ASV-Teams - differenziert nach den Indikationen - durch den BV-ASV dokumentiert, was die Darstellung der zeitlichen Entwicklung der ASV-Teams ermöglicht.

Die Daten der ASV-Servicestelle (www.asv-servicestelle.de) bezüglich ASV-Teams mit Informationen zu Indikation und KV-Bezirk sowie Name und Kontaktdaten Teamleiter, wurden von der Internetseite kopiert und in einem Excel-Dokument fortlaufend dokumentiert.

Die Auswertung der Daten der ASV-Servicestelle erfolgte ausschließlich deskriptiv und umfasste die Anzahl der ASV-Teams je Indikation und jeweiligem Zeitpunkt (seit Mai 2015). Weiter wurde der Ort der Tätigkeit des Teamleiters deskriptiv ausgewertet (Postleitzahl, KV-Bezirk). Die anhand der Postleitzahl ermittelte Bevölkerungszahl am Tätigkeitsort wurde für die Einteilung in Gemeindegrößen herangezogen und deskriptiv beschrieben.

GKV-SV

Des Weiteren wurden Daten des GKV-Spitzverbands (GKV-SV), die anonymisiert in Excel-Tabellen vorlagen, mit Stand vom 7.4.2021 ausgewertet. Dabei wurden folgende Daten analysiert: ASV-Indikation gemäß G-BA Richtlinie, Anzahl der ASV-Teams (n = 480) je Indikation, Jahr in dem die Berechtigung zur Teilnahme an der ASV begonnen hat, Anzahl Teammitglieder je ASV-Team sowie Informationen zu den teilnehmenden Ärzten wie Teamebene, Versorgungssektor, KV-Bezirk, ASV-Indikation gemäß Konkretisierung, Fachgruppe gemäß Bundesarztregister (BAR)-Fachgruppencode. Zudem wurden die ASV-

Teams anhand des Tätigkeitsorts der jeweiligen Teamleitung den KV-Bezirken sowie dem Versorgungssektor (Krankenhaus, vertragsärztlicher Bereich) zugeordnet. Die Zugehörigkeit zum Versorgungssektor (Klinik vs. Vertragsarzt) wurde anhand des Teamnamens (bspw. Asklepios-Klinik St. Augustin) bestimmt. Bei vertragsärztlichen Leistungserbringern wurde zwischen niedergelassenen Praxen und MVZ unterschieden.

Die anonymisierten Daten des GKV-SV wurden deskriptiv je Indikation ausgewertet. Dabei wurden die Anzahl der Teammitglieder, deren Teamebene (Kernteam oder Hinzuzuziehender) und Tätigkeitsbereich (vertragsärztlich oder im Krankenhaus) sowie die Anzahl der sektorenübergreifend besetzten Teams mittels der jeweils geeigneten statistischen Kennzahlen beschrieben. Alle oben beschriebenen Analysen wurden mit Excel (Microsoft, USA) durchgeführt.

Die Auswertung der Sekundärdaten des GKV-Spitzenverbands inkl. der InBA-Daten erfolgte deskriptiv und umfasste die Anzahl der Quartalspatienten, der Ärzte und ihrer Fachgruppenzuordnung, die Zuordnung zu Bundesland bzw. KV-Bezirk. Die Darstellung erfolgte mittels absoluter und relativer Häufigkeiten von Ausprägungen kategorialer Variablen (z. B. Vorliegen bestimmter Konkretisierungen). Stetige Variablen wurden mit den jeweils geeigneten statistischen Kennzahlen beschrieben. Relevante Kennwerte wurden sowohl insgesamt als auch nach ausgewählten Merkmalen stratifiziert (z. B. KV-Region). Die Analysen wurden mit Excel (Microsoft, USA) durchgeführt

Die Zuordnung der ASV-Teams zu einem Regionstypus wurde anhand der Postleitzahl des Sitzes der Teamleitung, der entsprechenden Einwohnerzahl und der Einteilung nach Gemeindereferenz des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung ermittelt.

Für die Berechnung der ASV-Teams je KV-Bezirk im Verhältnis zur Einwohnerzahl wurden die Daten der ASV-Teams der Servicestelle mit den Einwohnerzahlen (Statistisches Bundesamt; Landschaftsverband Westfalen-Lippe) zum 31.12.2020 herangezogen. In die Darstellung wurde zudem die Anzahl der ASV-berechtigten Ärzte je Bezirk integriert. Diese Information stammt aus den Daten des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) vom 7.4.2021.

5.3.2 Zugangsverfahren

Anzeigevordrucke

Für die Auswertung der Anzeigeverfahren wurden die Anzeigevordrucke der 17 ELA für zwei Indikationen (gynäkologische Tumoren und pulmonale Hypertonie) ausgewertet. Darüber hinaus wurden die 17 ELA zu ihren Entscheidungen und der Identifikation eventueller Probleme, die sich beim Anzeigeverfahren ergeben, befragt. Insgesamt nahmen 14 ELA an der Befragung teil.

Die Analyse der Anzeigevordrucke wurde anhand der im Internet öffentlich zugänglichen Dokumente vorgenommen und exemplarisch für die beiden o.g. Indikationen ausgewertet. Da diese im KV-Bezirk Saarland auch auf Nachfrage nicht verfügbar waren, wurden für das Saarland ersatzweise die Anzeigevordrucke für die Indikationen gastrointestinale Tumoren sowie Tuberkulose ausgewertet. Dies stellte kein Problem dar, da sich zeigte, dass die ELA über die Indikationen hinweg die Überprüfungen bestimmter Voraussetzungen stets in identischer Weise vornehmen. Es wurde analysiert, in welcher Form die Überprüfung bestimmter Anforderungen aus der Konkretisierung jeweils erfolgt. Um die verschiedenen Vorgehensweisen vergleichbar zu machen, wurden während der Auswertung relevante und gemeinsame Kategorien einheitlich für beide Indikationen gebildet. Eine Kategorisierung fand für die folgenden Bereiche statt:

- QSV nach §135 Abs. 2 SGB V
- Mindestmengen Kernteam
- arztbezogene Mindestmengen
- Möglichkeit zum Zugriff auf das KV-Arztregister

- institutionelle Benennung
- personelle Anforderungen
- sächliche und organisatorische Anforderungen.

Die resultierende Auswertung der Anzeigenvordrucke wurde den ELA zur Überprüfung auf Richtigkeit zugesendet. Außerdem fanden weitere Recherchen statt, da bei der Suche nach den Anzeigenvordrucken teils ein zeitlicher Verzug der online verfügbaren Anzeigenvordrucke nach dem Datum des Inkrafttretens einer Konkretisierung festgestellt wurde. Am 21.4.2021 wurden alle Homepages der ELA besucht und festgehalten, ob die Anzeigenvordrucke der Indikationen Tumoren der Lunge und des Thorax sowie Sarkoidose online verfügbar waren. Die beiden Konkretisierungen waren am 7.4.2020 in Kraft getreten. Im Nachgang wurden diejenigen ELA nach den Gründen befragt, bei denen die Anzeigenvordrucke noch nicht verfügbar waren.

Die Anzeigenvordrucke der ELA wurden im Q1 2020 auf den jeweiligen Internetseiten heruntergeladen. Dabei wurden die Anzeigeformulare aller 17 ELA beispielhaft für je eine Indikation aus dem Bereich der seltenen Erkrankungen (pulmonale Hypertonie) sowie der Erkrankungen mit besonderen Verlaufsformen (gynäkologische Tumoren) analysiert; Grund hierfür war, dass nicht Unterschiede zwischen den einzelnen Indikationen, sondern den einzelnen ELA untersucht werden sollten. Des Weiteren wurde im Q2 2021 festgehalten, in welchen KV-Bezirken die Anzeigenvordrucke für die Indikationen Lungen- und Thoraxtumoren sowie Sarkoidose online verfügbar waren.

Die Auswertung erfolgte mittels Kategorisierung zu Fragen der einzelnen Items, welche als Voraussetzung für die Zulassung als ASV-Team gelten: Umfang der Nachweise der Mindestmengen, Qualitätssicherungsdokumente, personelle und sächliche Anforderungen, Möglichkeit der Einsicht in das Arztregister, institutionelle Benennung möglich? Die jeweiligen Anforderungen wurden in einer Tabelle dargestellt, wobei je Item unterschiedliche Kategorien gewählt wurden.

ELA-Umfrage

Die ELA wurden im Herbst 2020 per Fragebogen detailliert zu ihren Erfahrungen hinsichtlich der Umsetzung des Anzeigeverfahrens befragt, insbesondere wie die Konkretisierungen interpretiert werden und ob ggf. Probleme bestehen. Bis auf Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt nahmen alle ELA an der Umfrage teil.

Als Basis für die Entwicklung der Fragen wurde der ELA-Fragebogen von Jenschke et al. (2018) herangezogen und an den aktuellen Wissensstand angepasst. Insbesondere durch die Verbandsarbeit des BV ASV konnten Themenfelder, bei denen ein Klärungsbedarf hinsichtlich der Antragsstellung besteht, identifiziert und berücksichtigt werden. Somit beinhaltete der Fragebogen für die ELA folgende Items:

- Teamzusammensetzung
- Überprüfung der personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen
- Umsetzungsstand und Gründe für Ablehnung
- Dauer, Umsetzung und Aufwand des Anzeigeverfahrens
- Bewertung der Rechtsnormen und des Anzeigeverfahrens
- Verbesserungsvorschläge
-

Die ELA-Umfrage wurde erstmals am 8.10.2020 versendet (Inhalte siehe Anlage 7). Es folgten mehrmalige Erinnerungen per E-Mail, wenn keine Antworten vorlagen. Aufgrund der Corona-Pandemie und den damit verbundenen fehlenden personellen Ressourcen in den Geschäftsstellen der ELA wurde die Umfrage bis März 2021 verlängert. Die Antworten wurden in eine Excel-Tabelle kopiert und dort ausgewertet.

Die Auswertung der ELA-Umfrage erfolgte mit deskriptiver Statistik. Wo es möglich war, wurden kategoriale Variablen gebildet und mit absoluten und relativen Häufigkeiten

dargestellt. Stetige Variablen wurden mit den jeweils geeigneten statistischen Kennzahlen beschrieben. Die weiteren qualitativen Beschreibungen wurden als Empfehlungen zusammengefasst. Zudem wurden die ELA per E-Mail nach den Gründen für den Zeitverzug der online verfügbaren Anzeigenvordrucke befragt. Die Auswertung fand rein qualitativ statt.

5.3.3 Versorgung und Inanspruchnahme

Ermittlung der Anzahl potenzieller ASV-Patienten (Grundgesamtheit)

Zur Abschätzung der potenziell für die ASV qualifizierenden Patienten (sog. Grundgesamtheit) wurden verschiedene Datenquellen genutzt. Diese beinhalteten zunächst die Daten des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) herangezogen, welche im Rahmen der Bereinigung nach § 87 SGB V Abs. 1 für alle ASV-Konkretisierungen ausgewertet werden (InBA, 2021). Im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (Lesefassung) werden in der jeweiligen Nr. 4 der indikationsspezifischen Anhänge je KV-Bezirk die ermittelten sogenannten Patientenzahl-Höchstwerte aufgeführt, also das bislang kollektivvertraglich versorgte ASV-Patientenpotenzial, das sich aus den vorliegenden Abrechnungsdaten ergibt. Da es sich um quartalsweise kollektivvertragliche Zahlen handelt, sind diese für einen Vergleich zu den quartalsweisen ASV-Patientenzahlen geeignet, sie werden außerdem auch für den finanzrelevanten Beschluss des Bewertungsausschusses verwendet. Des Weiteren wurden die vom G-BA abgeschätzten Patientenzahlen aus den Tragenden Gründen berücksichtigt, die im Rahmen der Bürokratiekostenabschätzung ermittelt werden (G-BA, 2019).

Daten zum selektivvertraglichen Leistungsgeschehen sowie zu Versorgungsbereichen, in denen Krankenhäuser ambulante Leistungen erbringen, können den Daten des InBA sowie des GKV-SV nicht entnommen werden und blieben daher unberücksichtigt.

Zur Validierung wurden einerseits die epidemiologischen Inzidenz- und Prävalenzzahlen des Robert-Koch-Instituts (RKI) bzw. dessen Register GEKID sowie ZfKD herangezogen. Andererseits wurde zusätzlich eine strukturierte Literaturdatenbankrecherche durchgeführt. Die Recherche wurde zwischen 2.10.2021 und 12.11.2021 nach dem RefHunter Konzept (Nordhausen & Hirt, 2018) durchgeführt. Themenbezogene Schlagwörter, welche die Indikationen (z.B. gastrointestinale Tumoren, gynäkologische Tumoren, Marfan-Syndrom etc.) sowie die Begriffe Prävalenz, ambulant, Versorgung etc. enthielten, wurden mittels Boole'scher Suchoperatoren (AND/OR) zu Suchstrings kombiniert, darunter PICO (Schardt et al., 2007). Recherchiert wurde u.a. in PubMed/Medline, DIMDI, Statistisches Bundesamt und Cochrane Library sowie entsprechenden Registern (DMR, COMPARE), außerdem über Webseiten wie die des Bundesministeriums für Gesundheit und des GKV-Spitzenverbands. Dabei wurde die Checkliste der Peer Review of Electronic Search Strategie (PRESS) verwendet (Mc Gowan et al., 2016). Nach Entfernen von Duplikaten wurden zunächst die Titel gesichtet, sodann die Abstracts (sofern vorhanden) und zuletzt die verbleibenden Artikel als Volltext gelesen und die jeweils nicht relevanten Artikel ausgeschlossen. Der Flow Chart ist in Anhang B dargestellt. Zuletzt wurden die verbleibenden, als relevant eingeschätzten Publikationen für die hier vorgelegte Arbeit ausgewählt, zitiert und in das Literaturverzeichnis übernommen.

Die erhaltenen Daten wurden sodann weiter bereinigt. Für die Konkretisierungen der Tumorgruppen 1-5 (Appendix-Anlagen 1.1a) wurden die Stadien nach TNM (Wittekind 2017) aus dem Bericht des RKI (Krebs in Deutschland 2021),, ergänzt bei GIT um die Daten von Cardoso et al. (2021) und Schmuck et al. (2020), berücksichtigt (siehe Anhang C). Patienten in frühen Stadien, die entweder lediglich operiert oder keine spezifische Tumorthherapie erhalten, wurden ausgeschlossen. Sodann wurde unter Berücksichtigung der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) versucht, darüber hinausgehende Patientensegmente einzugrenzen, welche die Vorgaben der Konkretisierungen in der ASV-RL (siehe Anhang A) nicht erfüllen, da sie entweder keine aktive

Behandlung (z.B. reine Verlaufsbeobachtung/watchful waiting beim Prostatakarzinom) oder keine "multimodale Therapie oder Kombinationschemotherapie" oder - bei Mammakarzinom und Prostatakarzinom - lediglich eine adjuvante endokrine Therapie erhalten.

Für die übrigen Erkrankungen (Appendix Anlage 1.1b – 2o) wurden die Inzidenz- und Prävalenzdaten des RKI mittels Eingrenzung bzw. Validierung der Daten aus der strukturierten Literaturdatenbankrecherche bereinigt. Studien waren hier nicht relevant.

Diese Daten wurden dann um den Anteil der PKV-Versicherten bereinigt (BMG 2021). Anschließend wurden die resultierenden Patientenzahlen mit den Patientenzahlhöchstwerten des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA), die im Rahmen des Bereinigungsverfahrens nach §87 SGB V erhoben werden (InBA, 2021), sowie zusätzlich den Patientenzahlen des G-BA aus den Tragenden Gründen (G-BA, 2019) abgeglichen.

Zur finalen Abschätzung potenziell für die ASV qualifizierender Patienten wurde eine Hierarchisierung durchgeführt. Diese bestand darin, dass bei weitgehender Übereinstimmung der von uns ermittelten Patientenzahlen mit den Patientenzahlhöchstwerten des InBA die Zahlen des InBA verwendet wurden, da diese im Gegensatz zu den Zahlen aus den Tragenden Gründen durch sog. Schlüsselleistungen wie spezifische EBM-GOP (z.B. Strahlentherapie 25321, 25330, 25331, 25333) oder GOP der Onkologievereinbarung (GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021) wie 86512, 96501, 96503 und 96504 sowie spezifische Laboruntersuchungen (z.B. Kulturzüchtung bei Tbc) validiert sind. Sofern die von uns ermittelten Patientenzahlen deutlich von den InBA Patientenzahlhöchstwerten abwichen, wurden unsere Zahlen verwendet, bei keiner Übereinstimmung die Patientenzahlen aus den Tragenden Gründen des G-BA.

Anzahl der aktuellen ASV-Patienten

Die untersuchte Stichprobe der in der ASV versorgten Patienten aus der Gesamtpopulation aller 73,1 Mio. GKV-Versicherten (BMG KM1, 2021) beinhaltete alle seit Inkrafttreten der ersten Konkretisierung in der ASV (Quartal 1/2013) versorgten Quartalspatienten, letztmalig die im Quartal 1/2021, mit den in den Konkretisierungen bis zum Stichtag 31.12.2020 hinterlegten entsprechenden Diagnosen nach ICD 10-GM (Anhang D) mit mindestens einem Kontakt zum ASV-Versorgungssystem. Diese wurden vom GKV-Spitzenverband (GKV-SV) zur Verfügung gestellt. Dabei ist ein Quartalspatient definiert als Versicherter, für den in einem Quartal mindestens eine Abrechnung eines ASV-Leistungserbringers vorlag. Die Anzahl der Kontakte in diesem Quartal spielt hierbei keine Rolle. Kumulierte Angaben – also solche, die über mehrere Quartale summiert werden - enthalten dann Mehrfachzählungen für Versicherte, für die für mehrere Quartale jeweils mindestens eine Abrechnung vorlagen.

Inanspruchnahme der ASV am Beispiel gastrointestinaler Tumoren (GIT)

Die Stichprobe für die Subgruppenanalyse der GIT-Patienten beinhaltete alle ASV-Patienten der Konkretisierung GIT mit den ICD 10 GM-Diagnosen C15 – C80 aus der Deutschen Pharmakoepidemiologischen Forschungsdatenbank GePaRD (Haug und Schink, 2021) seit Inkrafttreten dieser Konkretisierung bis 31.12.2018. GIT wurde ausgewählt, da diese Erkrankungsgruppe mit die höchsten ASV-Patientenzahlen beinhaltete, als eine der ersten in Kraft getreten ist und die dreijährige Übergangsregelung gemäß § 116b Abs. 8 SGB V ausgelaufen war.

GePaRD wird vom Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) seit 2004 kontinuierlich aufgebaut und jährlich konsekutiv ergänzt. Sie enthält pseudonymisierte, personenbezogene Abrechnungsdaten von insgesamt vier gesetzlichen Krankenkassen (hiervon drei überregional). Verwendungszweck ist die Nutzung dieser Daten für wissenschaftliche Zwecke, diese ist durch § 75 SGB X geregelt (Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung und Planung).

Die Daten ermöglichen eine durchgehende Beobachtung der Versicherten. Aktuell umfasst GePaRD Informationen von ca. 25 Millionen Personen, die seit 2004 bei einer der

teilnehmenden Krankenkassen versichert waren. Das zum Zeitpunkt der Analysen letzte auswertbare Datenjahr war das Abrechnungsjahr 2018. Pro Datenjahr stehen Informationen zu ungefähr 20% der Allgemeinbevölkerung aus allen geographischen Regionen Deutschlands zur Verfügung. In GePaRD liegen neben demographischen Informationen wie Alter und Geschlecht auch Daten vor, die die ambulante ärztliche sowie psychotherapeutische Versorgung umfassen, d.h. Diagnosen (quartalsweise) sowie Leistungen, die über Ziffern aus dem EBM tagesgenau abgerechnet werden. Darüber hinaus stehen umfangreiche Daten zur Verschreibung erstattungsfähiger Arzneimittel zur Verfügung. Zur stationären Versorgung liegen Haupt- und Nebendiagnosen, Aufnahme- und Entlassungsdatum sowie stationär durchgeführte Maßnahmen nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) vor. Alle Diagnosen liegen kodiert nach der German Modification der ICD-10 vor (ICD-10 GM).

Zur Operationalisierung der Fragestellungen wurden auf Basis der beschriebenen Routinedaten verschiedene Designs und Methoden realisiert. In Querschnittstudien wurde die jährliche Nutzung bzw. Abrechnung von Angeboten der ASV dargestellt werden. In Longitudinalstudien (Kohortendesigns) wurden darüber hinaus GIT-Patienten identifiziert und über die Zeit hinweg beobachtet, die Angebote der ASV in Anspruch genommen haben. Dies ermöglicht eine Dokumentation der Versorgungspfade dieser Personen, einschließlich der Beschreibung, welche Facharzttrichtungen an der Versorgung beteiligt werden, ob sie von einem fest definierten Personenkreis von Ärzten versorgt werden oder ob dieser Personenkreis eher stärker fluktuiert und ggf. Mehrfachinanspruchnahmen von Behandlern derselben Fachgruppe erfolgen. In beiden Studiendesigns erfolgt die Identifikation von Patienten bzw. Ärzten der ASV über verschiedene Zugangswege, diese sind in Abschnitt 5.5.3 beschrieben.

ASV-Ärzte wurden mittels der Ziffer in der Codierleiste der Rezeptvordrucke, abgerechneter EBM-Ziffern der Kapitel 50 und 51 bzw. den bundeseinheitlichen Pseudoziffern 88500 bis 88516 und der lebenslangen Arztnummer (LANR) identifiziert. Dabei wurden Alter, Geschlecht, ICD-10 Diagnosen, Komorbiditäten der Patienten, Mehrfachinanspruchnahme von Ärzten, Kontakt zu Facharztgruppen (Fachgruppencode gemäß der Richtlinie der KBV nach § 75 Abs. 7 SGB V), abgerechnete EBM-GOP, verordnete Medikamente etc. analysiert. Anhand des Behandlungsdatums wurde jeder Wechsel von einer Fachdisziplin zu einer anderen sowie innerhalb einer Fachdisziplin (ASV vs. Regelversorgung) ermittelt. Zusätzlich wurde die Mehrfachinanspruchnahme von Fachärzten untersucht, d.h. es wurde untersucht, ob zwei oder mehrere Kontakte zu einem ASV-Arzt und anschließend einem Nicht-ASV-Arzt aus der gleichen Facharztgruppe feststellbar waren. Die Fallzuordnung für die Versorgungsverlaufsanalysen erfolgte über Pseudonyme. Als Eintrittsdatum in die Kohorte wurde das Datum des ersten ASV-Kontaktes oder bei fehlender tagesgenauer Definition die Mitte des Quartals verwendet. Als Kriterien für den Kohortenaustritt wurden Tod, Ende des Beobachtungszeitraums oder Unterbrechung der Versicherungszeit (> 30 Tage) definiert.

Datenaufbereitung: Zunächst wurde der aktuelle Stand sämtlicher ASV-fähiger Indikationen recherchiert. Die Indikationen wurden in standardisierte, maschinenlesbare Codelisten überführt, die für die spätere Auswertung benötigt wurden. Es wurde dann ein Statistischer Analyseplan (SAP) erstellt und Tabellenvorlagen (Table Shells) für die später erfolgenden Auswertungen in Excel entworfen. Der SAP wurde vom Statistiker in einen Datenmanagementplan (DMP) als Grundlage für die späteren statistischen Programmierungen überführt und die Spezifikationen der zu erzeugenden Auswertungsdatensätze festgelegt. Die Dokumente wurden in mehrfachen Schleifen zwischen Statistiker, Epidemiologen und Konsortialpartnern/Konsortialführung optimiert und finalisiert. Im Anschluss daran erfolgte die statistische Programmierung (Erstellung der Auswertungsdatensätze, Durchführung der Analysen mit Ergebnisausgabe in die vorbereiteten Tabellenvorlagen). Die Ergebnisse wurden im Rahmen eines virtuellen Projektmeetings diskutiert und bildeten die Grundlage für die Erstellung des SAPs für die Hauptstudie und der sich daran anschließenden Durchführung der Datenerhebung.

Die Analyse der Routinedaten der Krankenkassen (GePaRD) bezüglich des Erkrankungsspektrums GIT und dessen Leistungsbereiche aus der retrospektiven Kohortenstudie erfolgte nach etablierten nationalen und internationalen Standards wie Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS) (Swart et al., 2015), Leitlinien und Empfehlungen zu Sicherung guter epidemiologischer Praxis (Hoffmann et al., 2018), Leitlinien für eine gute pharmakoepidemiologische Praxis (GPP) (ISPE, 2015) sowie dem ENCePP-Leitfaden für methodische Standards in der Pharmakoepidemiologie (ENCePP, 2021). Grundlage sind die Daten nach §295 SGB V (ambulant) und §301 SGB V (stationär). Die Rechtsgrundlage ergibt sich aus §75 SGB X (Übermittlung von Sozialdaten).

Die Auswertung der Daten erfolgte ausschließlich deskriptiv und umfasste die Darstellung absoluter und relativer Häufigkeiten von Ausprägungen kategorialer Variablen (z. B. Vorliegen bestimmter ICD-10-Diagnosen); stetige Variablen wurden mit den jeweils geeigneten statistischen Kennzahlen (z. B. Mittelwert, Median, Quartilen Min, Max) beschrieben. Relevante Kennwerte (z. B. Morbidität, Inanspruchnahme von bzw. Behandlungsdauer in der ASV, Fluktuationen, Mehrfachinanspruchnahme, verordnete Medikamente etc.) wurden sowohl insgesamt als auch nach ausgewählten Merkmalen stratifiziert (z. B. Geschlecht, Altersgruppe, Abrechnungsjahr). Als Austrittskriterien galten: Tod, mehr als 30 Tage nicht versichert, Ende Beobachtungszeit. Die Analysen wurden mit SAS 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, North Carolina) durchgeführt.

5.3.4 Motivation und Hürden

Qualitative Interviews mit ASV-Teamleitungen

Ärzte, die ASV-Teams leiteten, wurden mittels qualitativer Interviews zu ihren Einschätzungen und Erfahrungen mit der ASV befragt. Aufgrund des zeitlichen wie ökonomischen Aufwands für die Durchführung und Auswertung wurde die Zahl dieser Interviews bereits im Vorfeld auf 20 Interviewpartner limitiert, die Fallauswahl erfolgte im Sinne eines qualitativen Stichprobenplans nach der Methode der absichtsvollen Stichprobenziehung („purposive/purposeful sampling“) nach dem Top-down Verfahren (Hussy, Schreier, Echterhoff, 2013); siehe Anhang E und F. Die Grundgesamtheit bildeten die Teamleitungen der 350 ASV-Teams, die zum Stichtag 6.3.2020 bei der ASV-Servicestelle veröffentlicht waren. Hiervon lagen für 317 Teamleitungen die Namen und Kontaktdaten vor. Diese wurden am 8.7.2020 postalisch angeschrieben. Von 279 Teamleitungen lagen zusätzlich auch E-Mail-Adressen vor, unter denen sie am 15.7.2020 angeschrieben wurden. Bis Mitte August gingen insgesamt 75 Rückmeldungen von Teamleitungen ein, die sich zur Teilnahme an einem Interview bereit erklärten.

Für die Interviews wurde ein Leitfaden (s. Anlage 1) entwickelt, um relevante Aspekte und Inhalte aus Sicht der ASV-Teilnehmer zu erhalten und diese als qualitative Vorstudie für die nachfolgende quantitative Befragung nutzen zu können. Als inhaltliche Basis diente die Entscheidungstheorie (Laux, Gillenkirchen, Schenk-Mathes, 2012), da die Teilnahme an der ASV freiwillig ist und eine aktive Entscheidung des Arztes bzw. Krankenhauses für die Teilnahme erfordert. Die generelle Methodik und der Aufbau des Interviewleitfadens erfolgten nach wissenschaftlichen Standards aus der sozialwissenschaftlichen Literatur (Helfferich, 2011; Döring und Bortz, 2016). Hieraus ergaben sich final insgesamt 21 Leitfragen, die in sechs Oberkategorien strukturiert waren. Zur Validierung des Leitfadens wurden in zwei Pilotierungsinterviews (jeweils mit einer Teamleitung aus dem vertragsärztlichen sowie Krankenhaus-Bereich) am Ende der Interviews spezielle Evaluationsfragen an den Interviewpartner gestellt. Diese orientierten sich an standardisierten Kriterien des 4-Stufenmodells der idealen Fragenbeantwortung nach Tourangeau (vgl. Pohontsch & Meyer, 2015) zu den Aspekten Fragenverständnis, Abruf, Beurteilung und Beantwortung. Es wurden zwei Pilotierungsinterviews zur Validierung des Leitfadens durchgeführt, nach deren Auswertung wurden noch geringfügige Anpassungen des finalen Leitfadens vorgenommen.

Neben den beiden Pilotierungsinterviews wurden im Zeitraum August - November 2020 weitere 18 Interviews mit den ausgewählten Teamleitungen durchgeführt. Für die Interviews war ursprünglich eine persönliche Durchführung vor Ort bei den zu Interviewenden vorgesehen gewesen, aufgrund der Corona-Pandemie und den strengen Schutzvorkehrungen insbesondere in den Räumlichkeiten der medizinischen Leistungserbringer wurde eine Durchführung per Video-Konferenz über die Software MS Teams angeboten und allseits akzeptiert bzw. präferiert. Die Durchführung als Video-Konferenz und die Aufzeichnung zur pseudonymisierten Transkription der Audio-Aufzeichnung der Interviews erfolgte mit vorheriger mündlicher Einverständniserklärung der Interviewpartner. Die Interviews mit ASV-Teamleitern wurden zunächst vollständig transkribiert. Die durchschnittliche Länge der Interviews war ca. 70 Minuten (insgesamt 1.409 Minuten Transkription).

Anschließend wurden die Interviews qualitativ-inhaltsanalytisch nach Mayring (2015) ausgewertet. Hierzu wurde die Software MAXQDA 2020 (Software für qual. Datenanalyse, VERBI Software, Consult. Sozialforschung GmbH, Berlin, Deutschland 2019) zur Kodierung und Auswertung verwendet. Die Auswahl der Kodiereinheiten erfolgte nach inhaltlichen Gesichtspunkten. Jede in sich thematisch zusammenhängende Textstelle wurde als eine Analyseeinheit gekennzeichnet. Zur Strukturierung des Interviewmaterials der ASV-Teamleiter erfolgte die Erstellung des Kategoriensystems in einem gemischt deduktiv-induktiven Verfahren. Im ersten Schritt wurden Oberkategorien deduktiv anhand der jeweiligen Interviewfragen und der zugrundeliegenden Entscheidungstheorie auf Basis des verhaltenspsychologischen Rubikon-Modells der Handlungsphasen (vgl. Betsch, Funke, Plessner 2011, sowie Heckhausen 1987) gebildet. Entsprechend der chronologischen Perspektive des Entscheidungsprozesses wurden folgende vier Oberkategorien spezifiziert:

- Abwägen (prädeisionale Phase) – Informations- und Entscheidungsgrundlage
- Planen (präaktionale Phase) - Vorbereitung und Voraussetzungen der ASV-Teilnahme
- Handeln / Umsetzung (aktionale Phase) - Konkrete Umsetzungserfahrung der ASV-Teilnahme
- Bewerten (postaktionale Phase) - Retrospektive Aufwandsbewertung

Darauf aufbauend wurden für die vier Oberkategorien jeweils Einzelkategorien abgeleitet und um weitere induktive Unterkategorien ergänzt. Anschließend erfolgte die Explikation der Kategorien mit Formulierung der Kategoriendefinitionen sowie Ankerbeispielen und ggf. Abgrenzungsregeln zu potenziell überlappenden Kategorien. Durch den wiederholten Materialdurchlauf wurden das Kategoriensystem und die Kategoriendefinition überarbeitet und angepasst. Die Interrater-Reliabilität bzw. Kodierübereinstimmung wurde durch Kodieren von drei Interviews von zwei unabhängigen Personen und Berechnung des Cohens Kappa Koeffizienten (Döring & Bortz, 2016) überprüft. Als Ergebnis der Intercoder-Übereinstimmung (bei 90%-Überlappung der codierten Segmente) ergab sich für die Interviews eine gesamte Übereinstimmung 76,9% (Einzelinterviews 74% - 81%) und ein Kappa-Wert (nach Brennan & Prediger) von 0,76 (Einzelinterviews 0,73 - 0,80). Der finale Codebaum und die zugehörige Codematrix sind im Anhang G dargestellt, mit insgesamt, 4 Ober-, 20 Haupt- und 11 Unterkategorien.

Quantitative Befragung der an der ASV teilnehmenden Ärzte

Zur Erstellung des Online-Fragebogens für an der ASV teilnehmende Ärzte wurden Fragen und Antwortkategorien aus dem Interviewleitfaden der qualitativen Vorstudie abgeleitet und zusätzlich Elemente aus den bereits fertiggestellten Fragebögen für Nicht-Teilnehmer und Patienten übernommen. Zu Beginn wurde anhand einer Filterfrage eine Unterscheidung zwischen ASV-Teamleitungen und ASV-Teammitgliedern (Kernteam und Hinzuzuziehende Ärzte) vorgenommen. Die Programmierung des Online-Fragebogens erfolgte wie bei den anderen Fragebögen des Forschungsprojekts durch das WINHO.

Zur Validierung wurden Pre-Tests durchgeführt und die Fragebögen daraufhin angepasst. Auf Basis der bei der ASV-Serviceestelle zum Stichtag gelisteten Teamleitungen wurden nach Bereinigung um die doppelten Einträge (mehrfache Teamleitung durch eine Person) und um Teamleitungen ohne Angabe von Kontaktdaten am 27.4.2021 insgesamt 339 Ärzte mit Teamleitungsfunktion per E-Mail angeschrieben und um Beantwortung des Online-Fragebogens ersucht. Außerdem wurden sie gebeten, den Umfrage-Link auch an ihre Teammitglieder aus dem Kernteam sowie den Hinzuzuziehenden mit der Bitte zur Teilnahme zu mailen. Von den 339 Anschreiben kamen 31 Anschreiben als unzustellbar zurück, hiervon konnte durch händische Recherche bei 19 Teamleitungen eine alternative E-Mail-Adresse recherchiert werden, an die die Einladung erneut zugeschickt wurde. Am 26.5.2021 wurde eine Erinnerungsmail an alle zuvor angeschriebenen Teamleitungen verschickt, da die Befragungs-Teilnahme anonym erfolgte und keine Rückschlüsse auf bereits erfolgte Teilnehmer möglich war. Der Fragebogen war von April bis Juli 2021 online aufrufbar. Die Daten wurden anonym erhoben und in einer gesicherten Datenbank gespeichert. Die Inhalte des finalen Online-Fragebogens sind in Anlage 2 dargestellt. Die Online-Befragung der ASV-Ärzte (Teamleitung, Kernteam und Hinzuzuziehende Fachärzte) verlief analog zu der Befragung der Nicht-Teilnehmer. Der Fragebogen wurde 202-mal angerufen, davon wurden insgesamt 29 Datensätze wegen nicht vorhandener bzw. nicht die Mindestkriterien umfassender Einträge bereinigt. Zur Auswertung verblieben somit insgesamt 173 ausgefüllte Fragebögen.

Quantitative Befragung der nicht an der ASV teilnehmenden Ärzte

Für die Befragung der nicht an der ASV teilnehmenden Ärzte (niedergelassene sowie aus Kliniken mit und ohne ABK) wurden die Fragen auf Basis von vorhandener Literatur sowie vorausgegangenen Befragungen entwickelt (Dengler et al. 2017, Edelmann et al. 2019). Zusätzlich wurden sie ergänzt auf Basis von drei Interviews mit ausgewählten Vertretern der Zielgruppe. Darüber hinaus wurde ein Pre-Test des Fragebogens mit 20 Teilnehmern über eine Online-Eingabemaske mit Kommentarfunktion durchgeführt und daraufhin kleinere Anpassungen an dem Fragebogen vorgenommen. Der finale Fragebogen umfasste Fragen zu Kenntnisstand über die ASV, Planung, Wahrnehmung, Wissen und Vernetzung, Honorarfragen, Altberechtigungen, ASV-Teams, Organisation der ASV, sowie einige soziodemografische Merkmale. Für die Durchführung der Befragung wurden die relevanten Berufsverbände, insbesondere jene, die als Kooperationspartner am Projekt teilnahmen (Tabelle 2), per E-Mail kontaktiert und um Versand der Links für die Online-Befragung an ihre Mitglieder gebeten. Der Link wurde zusätzlich über soziale Medien und die ÄrzteZeitung gestreut. Eine exakte Zahl kontaktierter Ärzte kann daher nicht angegeben werden, da nicht überprüfbar ist wie viele Ärzte den Link erhalten haben. Zusätzlich wurden alle Krankenhäuser in Deutschland wiederholt per E-Mail angeschrieben und – sofern auf sie zutreffend – um Beantwortung der Online-Befragung durch die Geschäftsleitung oder die zuständigen Ärzte gebeten. Die Kontaktdaten wurden den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser entnommen. Der erste Aufruf an ärztliche Leitungen erfolgte an 1.728 (davon 1.186 zugestellt) Adressaten am 12.5.2021. Ein gesonderter Aufruf an Krankenhausleitungen mit der Bitte um Weiterleitung an Ärzte umfasste 1.287 Adressaten (davon 1.057 zugestellt) am 7.6.2021. Schließlich erfolgte ein erneuter Aufruf zur Mitwirkung an ärztliche Leitungen am 12.6.2021 mit 1.649 Adressaten (davon 1.472 zugestellt). Zusätzlich wurden die Leitungen von 180 Einrichtungen mit einer ASV-relevanten ABK telefonisch zur Teilnahme aufgerufen. Die Inhalte der finalen Online-Fragebögen sind den Anlagen 3 und 4 zu entnehmen.

Der Fragebogen adressiert an nicht an der ASV teilnehmende Ärzte wurde insgesamt 238-mal aufgerufen. Davon wurden folgende Datensätze bereinigt: 28 leere Datensätze, zwei aufgrund von Plausibilitätsprüfungen und vier, da sie als ASV-Mitglieder den Einschlusskriterien nicht entsprachen. Somit waren 204 Datensätze auswertbar. Die vorhandenen Daten wiesen keine

weiteren Besonderheiten auf, z.B. eine zu hohe Anzahl an „missings“, sodass eine weitere Bereinigung der Fragebögen nicht nötig war.

Äquivalent zu der Befragung der Ärzte verlief die Befragung der Krankenhäuser mit Altberechtigung. Dieser Fragebogen wurde 124-mal aufgerufen. Davon wurden folgende Datensätze bereinigt: 14 leere Datensätze und einer aufgrund von Plausibilitätsprüfungen. Somit waren 109 Datensätze auswertbar. In dem Datensatz befanden sich 43 Krankenhäuser mit Altberechtigung im Rahmen der ABK sowie 66 Krankenhäuser ohne Altberechtigung. Von den 43 Krankenhäusern mit Altberechtigung gab es in 12% (fünf) kein ASV-Team. Von den 66 Krankenhäusern ohne Altberechtigung gab es in 59% (39) kein ASV Team. Diese 44 Krankenhäuser wurden in die Auswertung der Nicht-Teilnehmer mit aufgenommen, sodass sich hier eine Zahl von 248 auswertbaren Datensätze ergab. Die vorhandenen Daten wiesen keine Auffälligkeiten auf, sodass eine weitere Bereinigung nicht nötig war.

Die Datenanalyse der Befragungen der Ärzte und Krankenhäuser erfolgte mittels deskriptiver bzw. univariater Statistik (Häufigkeiten, Verteilungen, Streuungsmaße, Varianz, Standardabweichungen, Kreuztabellen). Ausgegeben wurden Medianwerte, Mittelwerte, Verhältniszahlen und Prozentzahlen. Die Aufbereitung erfolgte in Tabellen und Diagrammen. Die Analyse erfolgte mit der Software IBM SPSS Statistics Version 28 (IBM, Armonk, New York).

5.3.5 Patientenperspektive

Patientenvertreter

Zur Erfassung der Patientenperspektive wurden zunächst qualitative Interviews mit Patientenvertretern durchgeführt. Sie dienten als qualitative Vorstudie für die quantitative Befragung der Patienten und sollten relevante Aspekte aus Sicht der Patienten und Patientenvertreter erheben. Dazu wurden Patientenvertreter von allen ASV-relevanten Patientenverbänden kontaktiert (ca. 20). Konkretisiert hat sich die Zusammenarbeit mit den folgenden Institutionen:

1. Morbus-Wilson e.V.
2. Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband
3. Frauenselbsthilfe nach Krebs – Bundesverband
4. Mukoviszidose e.V. Bundesverband, Cystische Fibrose (CF)
5. pulmonale hypertonie e.V.
6. Deutsche ILCO e.V.

Mit deren jeweiligen Vertretern wurden telefonische, teilstrukturierte qualitative Interviews durchgeführt. Die angewandte Methodik überschneidet sich in vielen Punkten mit der Methodik der Interviews mit den ASV-Teamleitungen (s.o.). Zur Anwendung kam ein semi-strukturierter Interviewleitfaden (s. Anlage 5), der anhand von bereits bestehender Literatur entwickelt wurde (Gruhl 2017, Hahn 2020, Noest et al. 2014). Damit sollte gewährleistet werden, dass in den Interviews sowohl alle bereits identifizierten Themenfelder abgedeckt wurden, als auch ausreichend Raum für weitere Aspekte geschaffen wurde. Zur Validierung des Leitfadens wurde ein Pilotierungsinterview geführt, in dem am Ende zusätzlich spezielle Evaluationsfragen gestellt wurden. Da es keine inhaltlichen Anpassungen im Leitfaden gab, konnte das erste Pilotierungsinterview (Morbus Wilson e.V.) in die Datenerhebung mit aufgenommen werden.

Die transkribierten Interviews wurden nach dem Schema der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) ausgewertet:

1. Initiierende Textarbeit: Markieren wichtiger Textstellen, Schreiben von Memos
2. Entwickeln von Hauptkategorien
3. Codieren des gesamten bisher vorhandenen Materials mit den Hauptkategorien
4. Zusammenstellen aller mit der gleichen Hauptkategorie codierten Textstellen
5. Induktives Bestimmen von Subkategorien am Material

6. Codieren des kompletten Materials mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem
7. Kategorienbasierte Auswertung und Ergebnisdarstellung

Die Kategorien wurden induktiv am Material erstellt und auf Basis von theoretischem Vorwissen und Literaturstudium entwickelt. Insgesamt wurden 401 Codes in 4 Über- und 14 Unterkategorien vergeben, welche im finalen Codebaum und der zugehörigen Codematrix in Anhang I dargestellt sind.

Die Datenerhebung erfolgt durch Aufzeichnungen der Interviews. Diese erfolgten videotelefonisch, da aufgrund der pandemischen Lage auf persönliche Treffen verzichtet wurde. Die Durchführung als Video-Konferenz und die Aufzeichnung zur pseudonymisierten Transkription der Audio-Aufzeichnung der Interviews erfolgte mit vorheriger mündlicher Einverständniserklärung der Interviewpartner. Die aufgezeichneten Daten wurden durch professionelle Schreibbüros transkribiert. Die durchschnittliche Länge der Interviews lag bei ca. 38 Minuten und sie wiesen eine Gesamtdauer von 192 Minuten auf (230 Minuten inkl. Pre-Test).

Patienten

Die quantitative Befragung der Patienten wurde papierbasiert sowie als Online-Fragebogen in verschiedenen Einrichtungendurchgeführt. Ziel war es 20 Praxen und Krankenhäuser, die in einem ASV-Team tätig sind, für die Durchführung der Patientenbefragung zu rekrutieren. Zusätzlich sollten nach demselben Schema 20 Praxen und Krankenhäuser rekrutiert werden, welche diese Erkrankungen behandeln, jedoch nicht an der ASV teilnehmen. Neben der Unterscheidung zwischen ASV und Regelversorgung (RV) gab es drei weitere Hauptkriterien für die Patientenrekrutierung: die Indikation, die Art der Versorgungseinrichtung (Praxen und Krankenhäuser), sowie die regionale Verteilung (bezogen auf ganz Deutschland). Zu den Merkmalen der befragten Patienten siehe Anhang H.

Die Befragung der Patienten wurde als strukturierte Querschnitterhebung durchgeführt. Der quantitative Fragebogen (s. Anlage 6) setzt sich aus verschiedenen Blöcken zusammen. Zum einen wurde ein Basisfragebogen bestehend aus bereits etablierten und frei verfügbaren Erhebungsinstrumenten entwickelt (Braun et al., 2010; Gruhl, 2017; Hahn, 2020; Ludt et al., 2014). Hier wurden insbesondere Daten zu Zufriedenheit und der Behandlung in der Einrichtung (Wartezeiten etc.) abgefragt. Zusätzlich dienten die qualitativen Interviews mit den Patientenvertretern als Grundlage für die Entwicklung von weiteren Fragen. Die aus den Interviews entwickelten Fragen beziehen sich zum großen Teil auf die Behandlung im Rahmen der ASV und die Unterscheidung zur RV. Im Vorfeld wurden Skalenniveaus und Lageparameter für jede einzelne Frage intensiv diskutiert, um eine gute Abgrenzung für die Befragten zu gestalten (bspw. hinsichtlich der Wartezeiten und Terminvergabe), aber auch eine sinnvolle Datenerfassung und -auswertung zu ermöglichen. Alle Einrichtungen wurden in einem teilrandomisierten Verfahren angeschrieben. Die Kontaktdaten der ASV-Praxen lagen aus dem ASV-Verzeichnis und vorangegangenen Interviews vor. Die Kontaktdaten der Regelversorger wurden aus den Datenbanken der KVen entnommen. Der Zugang zu den Patienten erfolgte zusätzlich über die Patientenorganisationen bzw. Selbsthilfegruppen.

Der Fragebogen wurde zuvor in einem Interview mit Hilfe der Think-Aloud Methode pilotiert. Außerdem wurden für einen Pre-Test je 10 Fragebögen an Einrichtungen mit und ohne ASV-Team versendet. Davon wurden fünf Fragebögen von der Einrichtung mit Regelversorgung und sechs aus der ASV-Einrichtung zurückgesendet. Nach Analyse des Pre-Tests wurden einige wenige Anpassungen am Fragebogen vorgenommen.

Um Effekte zwischen den Patientengruppen (ASV und Regelversorgung) feststellen zu können, wurde anhand einer Power-Analyse eine Mindestgruppengröße von je 176 Patienten (ges. 352) errechnet. Ausgehend von einer Responserate von 30% sollten demnach mindestens 1.173 Patienten angesprochen werden.

Insgesamt wurden von 1.450 verschickten Fragebögen 509 zurückgesendet. Da unter diesen vier Fragebögen nicht ausgefüllt wurden, waren 505 Fragebögen auswertbar. Eine

pseudonymisierte ID auf den Fragebögen erlaubte die Zuordnung der Fragebögen zu Einrichtungen mit und ohne ASV. Unter den erhaltenen Fragebögen wurden 315 Patienten im Rahmen der ASV versorgt und 194 in der Regelversorgung. Zusätzlich zur papierbasierten Befragung in den Versorgungseinrichtungen hatten Patienten über die Patientenorganisationen die Möglichkeit, die Befragung online durchzuführen. Hier wurden acht weitere Fragebögen ausgefüllt. Da hier nicht überprüft werden konnte, ob der Patient die Art der Behandlung (ASV oder Regelversorgung) richtig identifiziert hat, war eine eindeutige Zuordnung bei diesen acht Patienten nicht möglich. Die gesamte Zahl der zurückgesendeten Fragebögen von 513 Patienten, ermöglicht die Abbildung signifikanter Effekte zwischen den Gruppen bei einzelnen Fragestellungen.

Nach Teilnahmezusage wurden den Versorgungseinrichtung die Studiendokumente zugesendet. Diese umfassten:

- ein Anschreiben mit Instruktionen zum Studienablauf
- jeweils 50 Papierfragebögen zum Verteilen an die Patienten mit bzw. ohne ASV-Indikation
- eine Übersichtsliste mit den Indikationen, die in der ASV eingeschlossen sind
- eine Sammelbox für ausgefüllte Papierfragebögen
- ein frankierten Rückumschlag
- ein Formular zur Überweisung einer einmaligen Aufwandsentschädigung

Nach der Bearbeitung der Fragebögen durch die Patienten wurden diese zur Erfassung und Auswertung zurückgesendet. Erst nach Erhalt der Fragebögen wurde die Aufwandsentschädigung ausgezahlt.

Die Befragung erfolgte anonym auf Patientenebene, auf Versorgungseinrichtungsebene pseudonymisiert. Sie erfolgte unabhängig vom Behandler, mögliche Selektionseffekte durch die Behandler bzw. etwaige Response-Bias-Effekte durch die Patienten wurden dadurch reduziert. Die Daten der Online-Befragung wurden mittels Onlineplattform (SQL-Datenbank) verschlüsselt erhoben. Nach der bereits genannten Aussortierung von leeren Fragebögen, musste keine weitere Bereinigung der Papierfragebögen vorgenommen werden. Der Online-Fragebogen wurde 11-mal aufgerufen. Drei Datensätze mussten entfernt werden, zwei weil sie leer waren und einer aufgrund von Plausibilitätsprüfungen. Daraus ergibt sich eine Stichprobe von 513 Patienten.

Die Datenanalyse der Patientenumfrage erfolgte mittels deskriptiver bzw. univariater Statistik (Häufigkeiten, Verteilungen, Streuungsmaße, Varianz, Standardabweichungen). Ausgegeben wurden Medianwerte, Mittelwerte, Verhältniszahlen und Prozentzahlen. Da die Patienten ihre Versorgung mit Hilfe von Likert-Skalen einschätzen sollten, wurden signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (ASV-Patienten/Patienten in der Regelversorgung) mit dem Mann-Whitney-U-Test und dem Vergleich von Mittelwerten ermittelt. Ein zweiseitiges p-Niveau von 0,05 wurde als Grenzwert für die statistische Signifikanz gewählt ($p \leq 0,05$: signifikant). Die Aufbereitung erfolgte in Tabellen und Diagrammen. Die Analyse erfolgte mit der Software IBM SPSS Statistics Version 28 (IBM, Armonk, New York).

5.3.6 Aufwand und Ertrag

Zur Bewertung des Aufwand-/Ertragsverhältnisses durch Effekte der Budgetierung sowie der Bereinigung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wurde eine stichprobenartige Erhebung der Auszahlungsquoten bei den einzelnen Fachgruppen (Obergrenze RLV bzw. QZV) sowie der Bereinigungsebene durch Anschreiben aller 17 KVen durchgeführt. Zusätzlich wurden zur Validierung die Auszahlungsquoten der jeweiligen KVen bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) abgefragt.

Die Quotierungen (RLV-/QZV-Obergrenzen) wurden aus den von der KBV zur Verfügung gestellten Daten in Form von MS Excel-Listen des Quartals 4/2019 für alle KV-Bezirke sowie alle Fachgruppen erhoben. Die Zahlen aus den Excellisten wurden mittels einer Tabelle aufbereitet. Die Daten zur Bereinigungsebene in den jeweiligen KV-Bezirken wurden textlich aufbereitet.

Die Auswertung der Abfrage der Quotierungen und Bereinigungsebenen bei den 17 KVen erfolgte deskriptiv mit Darstellung von Absolutzahlen und Prozentangaben tabellarisch mittels Diagramm. Die Auswertung der von der KBV übermittelten Quotierungen erfolgte ebenfalls in Diagrammdarstellung.

5.3.7 Workshops

Um ein hohes Verwertungspotenzial zur Weiterentwicklung der ASV-RL zu erhalten und konkrete Handlungsempfehlungen zu formulieren, wurden zwei Workshops mit Vertretern von Berufsverbänden, von ASV-Teams und Patientenvertretern durchgeführt (WS 1/WS 2). Workshop 1 fand am 2.12.2020 mit Teilnehmern aus dem Bereich Berufspolitik sowie Ärzten von Versorgungseinrichtungen statt, die bereits Teil eines ASV-Teams sind oder dies potenziell sein können. Diskutiert wurden Status quo, Probleme und Best Practice Beispiele anhand der folgenden vier Themenschwerpunkte: Informationsbeschaffung und -austausch; Anforderungen und Anzeigeverfahren; Umsetzung, Strukturen und Prozesse sowie Qualität und Mehrwert für Patienten. In Workshop 2, der am 9.6.2021 stattfand, wurden Vertreter aus der Berufspolitik als auch aus der Selbsthilfe eingeladen und Ideen für konkrete Handlungsempfehlungen zusammengetragen. Hier fanden die Kleingruppenarbeiten getrennt nach den besonderen Krankheitsverläufen sowie den seltenen Erkrankungen statt, da sich die Umsetzung der ASV und Änderungsbedarfe teils deutlich unterscheiden. Beide Workshops mussten aufgrund der Corona-Pandemie digital als Videokonferenz durchgeführt werden. Die Operationalisierung erfolgte mittels einer modifizierten Delphi-Methode als Gruppendiskussion der eingeladenen Experten zur Erlangung inhaltlicher-thematischer Befunde zu einem vorgegebenen Themenfeld (vgl. Lamnek, 2005).

Im Rahmen von zwei Workshops, die am 2.12.2020 sowie am 9.6.2021 virtuell stattfanden, fand eine Diskussionsrunde mit jeweils 13 sowie elf externen Teilnehmern statt. Da, wie unter 5.3.7 beschrieben mehrere Themenschwerpunkte diskutiert wurden, wurde die Gruppe in der Videokonferenz in Kleingruppen aufgeteilt. Die Ergebnisse der Kleingruppenarbeit wurden anschließend in einer Plenumsdiskussion allen Teilnehmern vorgestellt und von den anderen Teilnehmern ergänzt. Die so zusammengetragenen Hinweise und Empfehlungen wurden je Workshop in einem qualifizierten Ergebnisprotokoll festgehalten (siehe Anlagen 8a und 8b).

Die Auswertung der Workshops 1 und 2 erfolgte jeweils durch ein qualifiziertes Ergebnisprotokoll (siehe Anlagen 8a und b). Diese wurden im Nachgang zur Überprüfung an die Teilnehmer gesendet. Wichtige Erkenntnisse aus den Ergebnisprotokollen wurden bei der Formulierung der Handlungsempfehlungen entsprechend berücksichtigt.

5.4 Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte

Die Studie wurde vom 1.1.2020 bis zum 28.2.2022 durchgeführt. Die einzelnen Daten aus den Arbeitspaketen wurden zu folgenden Zeitpunkten erhoben (Beobachtungszeitraum):

Tabelle 7: Beobachtungszeitraum / Messzeitpunkte

Arbeitspaket	Datenquelle	Zeitraum/Messzeitpunkt
AP 1: Status quo	Sekundärdaten ASV-Servicestelle Sekundärdaten GKV-Spitzenverband	Alle 3 Monate von 2013 – Q2/2021 Q1/2020 und Q1/2021
AP 2: Zugang	ELA-Anzeigenvordrucke ELA-Befragung/Umfrage	Q1 2020 sowie Q2 2021 Q4 2020 – Q1 2021
AP 3: Inanspruchnahme	Sekundärdaten GKV-Spitzenverband Routinedaten Krankenkassen GePaRD	Q1/2020 / Q1/2021 Q1/2012 – Q4/2018
AP 4: Motivation und Hürden	Befragung/Umfrage ASV-Teammitglieder Befragung/Umfrage Nicht-Teilnehmer (Ärzte) über Berufsverbände Befragung/Umfrage Kliniken/Altberechtigte Interviews ASV-Teamleiter	April 2021 – Juli 2021 Oktober 2020 – Juni 2021 Juni 2021 – August 2021 Juni 2020 – Nov. 2020
AP 5: Patientenperspektive	Interviews Patientenvertreter Befragung/Umfrage Patienten	Juni 2020 – Sept. 2020 Februar 2021 – Juni 2021
AP 6: Aufwand und Ertrag	Befragung/Umfrage Ärzte Abfrage Budgets und Quotierungen	April 2021 – Juli 2021 Juni 2021
AP 7: Expertenworkshops	Workshop 1 Workshop 2	2.12.2020 9.6.2021

6. Projektergebnisse

6.1 Status quo (Arbeitspaket 1)

Teilfragestellungen F 1.1 – F 1.4)

Zum Letzten Stichtag der Auswertung der Daten der ASV-Serviceestelle am 3.5.2021 waren 509 ASV-Teams in 15 Indikationen berechtigt. In den meisten Indikationen erfolgte die Gründung von ASV-Teams in den ersten Jahren nach Inkrafttreten der Konkretisierung sehr zögerlich (Abbildung 2, Abbildung 3). Die Zahl berechtigter ASV-Teams nimmt in den meisten Indikationen entsprechend dem Datum des Inkrafttretens der Konkretisierung noch zu, teilweise jedoch relativ langsam. Bei einigen Indikationen scheint sich andererseits bereits ein Plateau herausgebildet zu haben (Tuberkulose, Mukoviszidose, Marfan-Syndrom).

Häufig ist ein deutlicher Anstieg der ASV-Teams zum Zeitpunkt der Beendigung der Bestimmungen zur ABK zu beobachten. Insbesondere bei den seltenen Erkrankungen haben sich in einzelnen Indikationen bislang sehr wenige Teams, - und bei Morbus Wilson keines - gebildet. Bei den Indikationen Mukoviszidose, Marfan-Syndrom und Pulm. Hypertonie hat die Anzahl der ASV-Teams nicht die Anzahl der ehemaligen ABK (Stand 31.12.2020) – jeweils vier Jahre nach Inkrafttreten – erreicht (Tabelle 8), obschon in der ASV zusätzlich die Vertragsärzte teilnehmen können und die ASV-RL hier bereits ebenfalls vier Jahre – wie die ABK - in Kraft getreten war. Nur bei Tuberkulose, GIT und gynäkologischen Tumoren hat nach vier Jahren Inkrafttreten die Anzahl ASV-Teams die der ABK-Berechtigungen übertroffen.

Betrachtet man die regionale Verteilung der zugelassenen ASV-Teams je 1 Mio. Einwohner, sieht man deutliche Unterschiede zwischen den KV-Bezirken. So wurden in Relation zur Einwohnerzahl die meisten Teams in Schleswig-Holstein und Hessen, die wenigsten im Saarland und in Rheinland-Pfalz gegründet, in Mecklenburg-Vorpommern bis zum 3.5.2021 kein einziges (Tabelle 9).

Ein Vergleich der ASV-Teams je Bundesland bzw. KV-Bezirk mit den Bestimmungen nach §116b SGB V alter Fassung (ABK) zeigt, dass in der ABK die meisten Institutionen anteilig je einer Million Einwohner in Schleswig-Holstein gefolgt von Bremen, Hamburg und Hessen, dann Nordrhein und Berlin, Brandenburg und Sachsen tätig waren (Abbildung 4). Die wenigsten waren in Bayern und Baden-Württemberg zu verzeichnen (IGES-Institut, 2012). In der ASV ist ebenfalls Schleswig-Holstein auf Platz 1, es folgen dann Hessen, Berlin, Bremen, Nordrhein sowie Westfalen-Lippe und Hamburg, dann mit mehr Abstand Baden-Württemberg. Schlusslichter sind Saarland, Rheinland-Pfalz und - ohne ein einziges Team - Mecklenburg-Vorpommern, das in der ABK noch weit vor Baden-Württemberg und Bayern lag.

Tabelle 8: Gegenüberstellung Anzahl Krankenhäuser mit Bestimmungen nach §116b SGB V alter Fassung (ABK) und ASV-Teams

	ABK 2007* ¹	ABK 2008	ABK 2009	ABK 2010	Auslaufen ABK * ²	ASV-RL Inkrafttreten * ²	ASV 2015 * ³	ASV 2017	ASV 2019	ASV 2020
Tuberkulose	4	14	26	27	24.04.2017	24.04.2014		10	39	40
GIT	4	27	67	91	26.07.2017	26.07.2014	15	50	134	146
Marfan Syndrom	5	7	16	19	30.06.2018	30.06.2015	0	0	6	7
Pulmonale Hypertonie	2	11	32	40	01.06.2019	01.06.2016		4	30	35
Gyn. Tumore	5	28	63	82	10.08.2019	10.08.2016	-	5	83	100
Mukoviszidose	2	14	32	34	18.03.2020	18.03.2017	-	2	10	22
Rheuma Erwachsene	4	10	23	34	19.04.2021	19.04.2018	-	-	23	34
Rheuma Kinder/Jugendl.	2	5	17	23	19.04.2021	19.04.2018	-	-	-	4
Urol. Tumore	5	24	50	60	26.04.2021	26.04.2018	-	-	12	38
M. Wilson	1	4	10	14	12.06.2021	12.06.2018		0	0	0
Seltene Lebererkrankungen	4	9	20	33	16.08.2021	16.08.2018	-	-	2	3
Hauttumore	4	19	32	37	11.05.2022	11.05.2019	-	-	1	6
Hämophilie	2	6	8	12	04.07.2022	04.07.2019	-	-	-	1
Sarkoidose	7	10	13	17	07.04.2023	07.04.2020	-	-	-	2
Lungentumore	5	27	55	73	07.04.2023	07.04.2020	-	-	-	9

*¹ Quelle: IGES-Institut (2012) und SVR-Gutachten (2012)*² G-BA (2013)*³ ASV-Servicestelle und GKV-Spitzenverband. Stand 31.12.2020

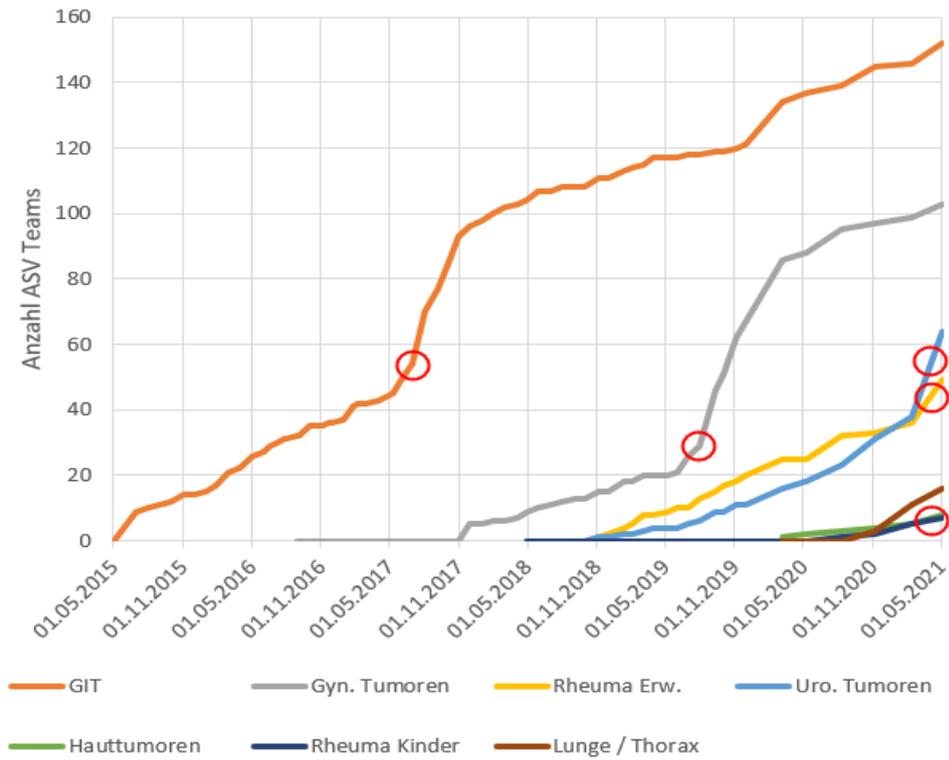


Abbildung 2: Zeitliche Entwicklung der ASV-Teamzahlen für Erkrankungen mit besonderem Versorgungsbedarf. Die roten Kreise markieren das Auslaufen der Berechtigung nach §116b a.F.

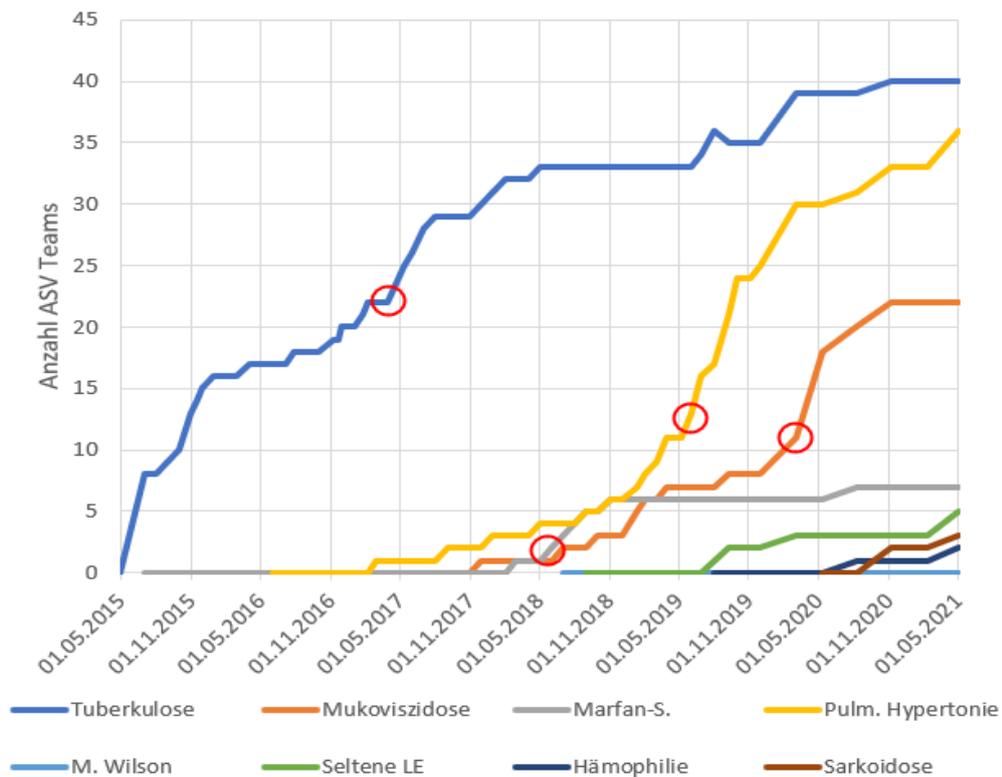


Abbildung 3: Zeitliche Entwicklung der ASV-Teamzahlen für seltene Erkrankungen. Die roten Kreise markieren das Auslaufen der Berechtigung nach §116b alter Fassung.

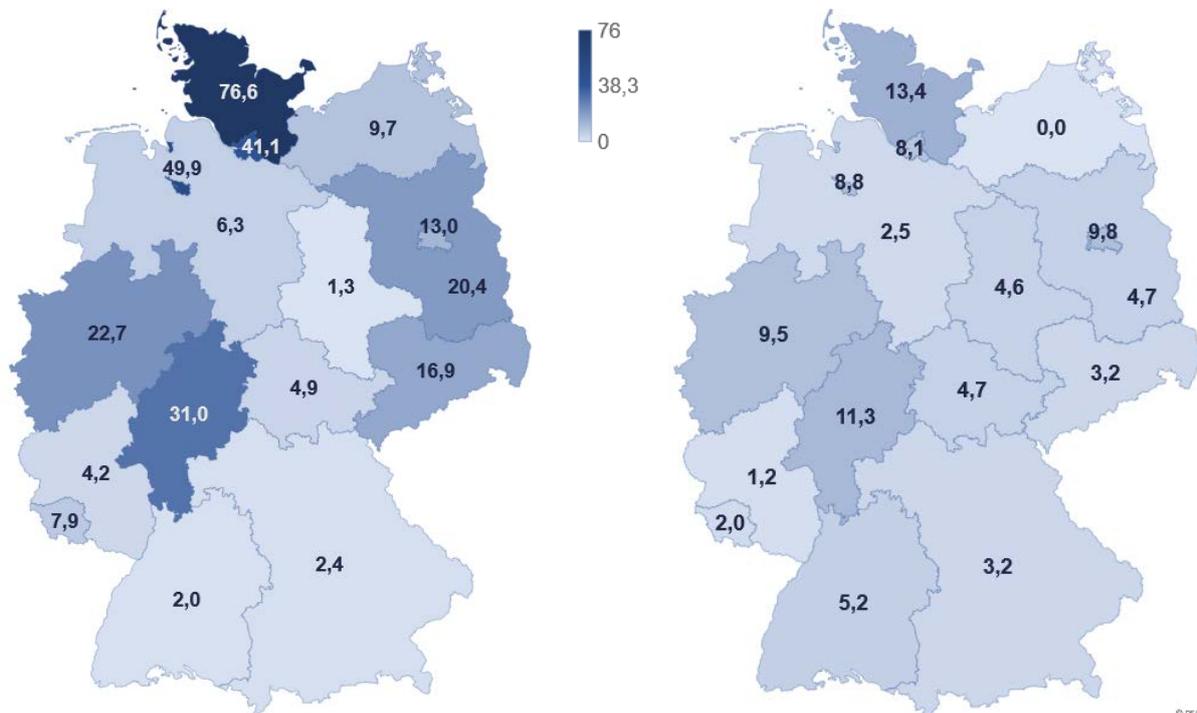


Abbildung 4: ABK-Bestimmungen und ASV-Teams / 1 Mio Einwohner je Bundesland

Links: Bestimmungen nach ABK/1 Mio Einwohner je Bundesland, Stand 2012. Quelle: IGES. Rechts: ASV-Teams/1 Mio. Einwohner je Bundesland, Stand 5/2021. Quelle: ASV-Servicestelle. Darstellung mit Unterstützung von Bing, ©DSAT for MSFT, GeoNames, TomTom

Einschließlich Quartal 1/2021 waren 480 ASV-Teams mit 26.540 Ärzten gemeldet (Tabelle 10). Bei der Analyse der Daten des GKV-SV zeigt sich eine große Varianz hinsichtlich Größe und Zusammensetzung sowie der Ansiedlung der ASV-Teams. Je nach Indikation sind durchschnittlich zwischen 18 (Pulmonale Hypertonie) und 70 (GIT) Ärzte in den Teams organisiert (Mittelwert 44), wobei das kleinste Team zehn und das größte Team 322 Mitglieder umfasst (Tabelle 10).

Teams für Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf sind deutlich größer als die für seltene Erkrankungen. 95% aller Teams sind sektorenübergreifend besetzt, bei 80% der Teams sind im Kernteam sowohl niedergelassene als auch am Krankenhaus tätige Ärzte vertreten. Dies ist für die onkologischen Indikationen nicht verwunderlich, da hier die sektorenübergreifende Zusammenarbeit eine Teilnahmevoraussetzung für die ASV ist (sog. ASV-Kooperation nach § 10 ASV-RL). Aber auch bei den seltenen Erkrankungen sind 79% der ASV-Teams sektorenübergreifend besetzt, wobei dies vor allem durch eine Besetzung der hinzuzuziehenden Fachärzte mit niedergelassenen Ärzten gelingt.

Bei den seltenen Erkrankungen ist nur ein Drittel der Kernteam sowohl mit Niedergelassenen als auch mit Krankenhausärzten besetzt. Der Anteil der Vertragsärzte in den ASV-Teams liegt über alle Indikationen hinweg bei ca. 42%, wobei Unterschiede zwischen den Indikationen zu verzeichnen sind. Lediglich bei Rheuma (Erwachsene) und bei Sarkoidose stammt die Mehrheit der Ärzte aus dem Vertragsarztsektor.

Tabelle 9: Anzahl ASV-Teams, Anzahl Ärzte je KV-Bezirk sowie Anzahl ABK-Bestimmungen

Bundesland	ASV-Teams	Anzahl Ärzte ASV	ABK-Bestimmungen
Nordrhein-Westfalen	170	7.402	405
Hessen	71	3.643	188
Baden-Württemberg	58	2.092	21
Bayern	42	1.498	30
Schleswig-Holstein	39	1.354	217
Berlin	36	1.239	45
Niedersachsen	20	710	50
Hamburg	15	706	74
Sachsen	13	796	70
Brandenburg	12	668	51
Thüringen	10	1.110	11
Sachsen-Anhalt	10	483	3
Bremen	6	224	33
Rheinland-Pfalz	5	398	17
Saarland	2	240	8
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	16

Datenquellen: ASV-Teams: ASV-Servicestelle, Datenstand vom 03. Mai 2021. Anzahl Ärzte: GKV-Spitzenverband, Datenstand vom 07. April 2021. ABK-Bestimmungen: IGES-Bericht (IGES-Institut 2012)

In Tabelle 11 sind die in den Kernteams gemeldeten Fachärzte nach deren Fachgruppe dargestellt. Die meisten Fachärzte im Kernteam sind Internisten mit dem Schwerpunkt Hämatologie-Onkologie, Gastroenterologie und Pulmologie sowie Strahlentherapeuten, Urologen und Viszeralchirurgen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Zahlen überschätzt sein dürften, da manche Ärzte mit mehr als einer Schwerpunktbezeichnung gelistet sind. Außerdem sind Ärzte in mehreren ASV-Teams tätig: knapp 41 Prozent der LANR (Lebenslange Arztnummer) im ASV-Teamverzeichnis sind für zwei oder mehr Teams gemeldet, der höchste Werte liegt für eine LANR bei 27 Teams. Im Durchschnitt ist eine LANR für 2,05 Teams gemeldet. Bei den Krankenhaus-Institutskennzeichen (IK) sind rund 58 Prozent in zwei oder mehr Teams, eines der IK ist für 55 Teams gemeldet. Im Durchschnitt ist ein IK für 2,95 Teams gemeldet (GKV-Spitzenverband, pers. Mitteilung).

Ausgehend vom Namen der ASV-Teams, waren (Stand Q2 2021) 86% der Teamleitungen in einer Klinik angesiedelt, 9% in einer Praxis und 5% in einem MVZ (Abbildung 5).

Bei mehr als der Hälfte der ASV-Teams (62%) liegt der Sitz der Teamleitung gemäß Daten der ASV-Servicestelle in einer Großstadt mit über 100.000 Einwohnern, lediglich 7% sind in Orten bis 20.000 Einwohner angesiedelt (Abbildung 6). Bei den seltenen Erkrankungen sind sogar 76% der ASV-Teamleitungen in einer Großstadt mit über 100.000 Einwohnern tätig (Abbildung 6).

Tabelle 10: Auswertung der Größe und Struktur der ASV-Teams je Konkretisierung (Indikation)

	Anzahl ASV Teams	Anzahl Ärzte gesamt	Anzahl Ärzte pro Team			Anzahl Ärzte im Kernteam		Anzahl Vertragsärzte*		Teams nur KH oder VA	Anzahl Vertragsärzte* Kernteam		Teams nur KH / VA im Kernteam	Mehrfachbesetzung
	absolut	absolut	Ø	min	max	absolut	%	absolut	%	absolut	absolut	%	absolut	max
Erkrankungen mit besonderem Verlauf														
Gastrointestinale Tumoren	150	10457	70	20	322	4280	41	4239	41	0	1362	32	4	46
Gynäkologische Tumoren (alle)	102	6209	60	11	205	1709	28	2576	41	0	667	39	6	46
Hauttumoren	5	313	40	32	61	104	33	99	32	0	41	39	0	12
Rheuma (Erwachsene)	42	2885	69	24	185	1027	36	1689	59	1	532	52	4	46
Rheuma (Kinder)	4	182	46	19	90	32	18	39	21	0	9	28	1	14
Urologische Tumoren	49	2966	61	18	154	1161	39	1250	42	0	529	46	2	70
Tumoren Lunge und Thorax	14	714	51	22	95	335	47	247	35	0	107	32	1	25
Seltene Erkrankungen														
Hämophilie	1	60	60	60	60	9	15	3	5	0	0	0	1	14
Marfan Syndrom	6	182	22	14	29	91	50	6	3	2	0	0	6	16
Mukoviszidose	22	715	33	15	102	220	31	158	22	4	17	8	16	16
Pulmonale Hypertonie	37	657	18	10	46	254	39	200	30	4	27	11	27	22
Sarkoidose	3	120	40	24	63	36	30	83	69	0	23	64	0	15
Seltene Lebererkrankungen	5	106	21	11	48	36	34	51	48	1	11	31	3	15
Tuberkulose	40	974	24	11	74	335	34	455	47	13	146	44	25	31
Erkrankungen mit besonderem Verlauf	366	23726	57	11	322	8648	36	10139	43	1	3247	38	18	70
Seltene Erkrankungen	114	2814	31	10	102	981	35	956	34	24	224	23	78	31
Gesamt	480	26540	44	10	322	9629	36	11095	42	25	3471	36	96	70

* Unter Vertragsärzte werden niedergelassene Ärzte sowie in einem MVZ tätige Ärzte summiert.

Abkürzungen: KH = Krankenhaus; VA = Vertragsarzt

Bei der oben genannten Anzahl der Ärzte handelt es sich streng genommen um Teammitglieder, da die hinzuzuziehenden Mitglieder in einigen Bezirken auch institutionell benannt sein können. Die Zahlen der Ärzte liegen im Vergleich zu Tabelle 9 höher, da Ärzte teilweise mehrfach gelistet sind, da die gleichen Ärzte in mehreren ASV-Teams tätig sein können, außerdem sind manche Ärzte mit mehr als einer Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung gelistet. Datenquelle: GKV-Spitzenverband, Datenstand vom 07. April 2021. Prozentangaben gerundet, daher Absolutzahlen geringfügig abweichend.

Tabelle 11: Anzahl Ärzte im Kernteam nach Fachgruppe

Fachgruppe ¹	Kernteamärzte n = 9.629	
27	Innere Medizin, Hämato-Onkologie	1.985
65	Strahlentherapie	1.637
26	Innere Medizin, Gastroenterologie	865
30	Innere Medizin, Pneumologie	632
67	Urologie	571
08	Viszeralchirurgie	567
06	Allgemeinchirurgie	418
23	Innere Medizin ohne Schwerpunkt	416
31	Innere Medizin, Rheumatologie	358
19	HNO	218
54	Nuklearmedizin ²	293
17	Gynäkologische Onkologie	256
21	Dermatologie	209
28	Innere Medizin, Kardiologie	179
15	Frauenheilkunde und Geburtshilfe,	189
29	Innere Medizin, Nephrologie	161
10	Orthopädie und Unfallchirurgie	99
62	Radiologie	91
40	Kinder- und Jugendmedizin	64
49	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	48
45	Kinderpneumologie	35
07	Gefäßchirurgie	31
14	Thoraxchirurgie	29
42	Kinderkardiologie	27
33	Innere Medizin, Infektiologie	16
48	Labormedizin	13
05	Augenheilkunde	13
25	Innere Medizin, Endokrinologie/Diabetologie	12
56	Pathologie	3
53	Neurologie	2
24	Innere Medizin, Angiologie	1
99	Sonstige	191

Die Zahlen der Ärzte sind in gewissem Umfang überschätzt, da die gleichen Ärzte in mehreren ASV-Teams tätig sein können, außerdem sind manche Ärzte mit mehr als einer Schwerpunktbezeichnung gelistet. Für eine exakte Abschätzung dieses Anteils liegen keine Daten vor.
 Quelle: GKV-Spitzenverband, Stand 7.4.2021

¹⁾ Gemäß BAR

²⁾ Sowohl Kernteam als auch Hinzuzuziehende

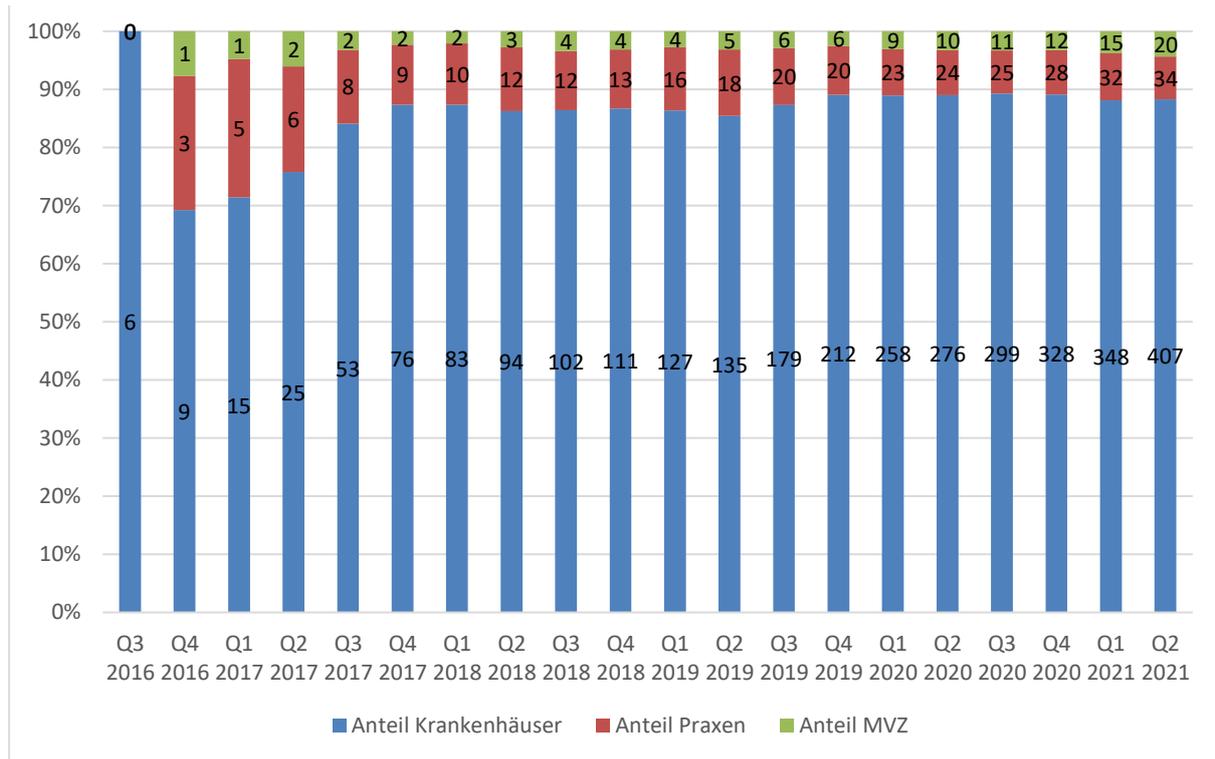


Abbildung 5: Anteil Teamleitungen in Klinik, bei Vertragsärzten (Praxen) und von MVZ.

Stand: 3.5.2021, n=471. Quelle: ASV-Servicestelle.

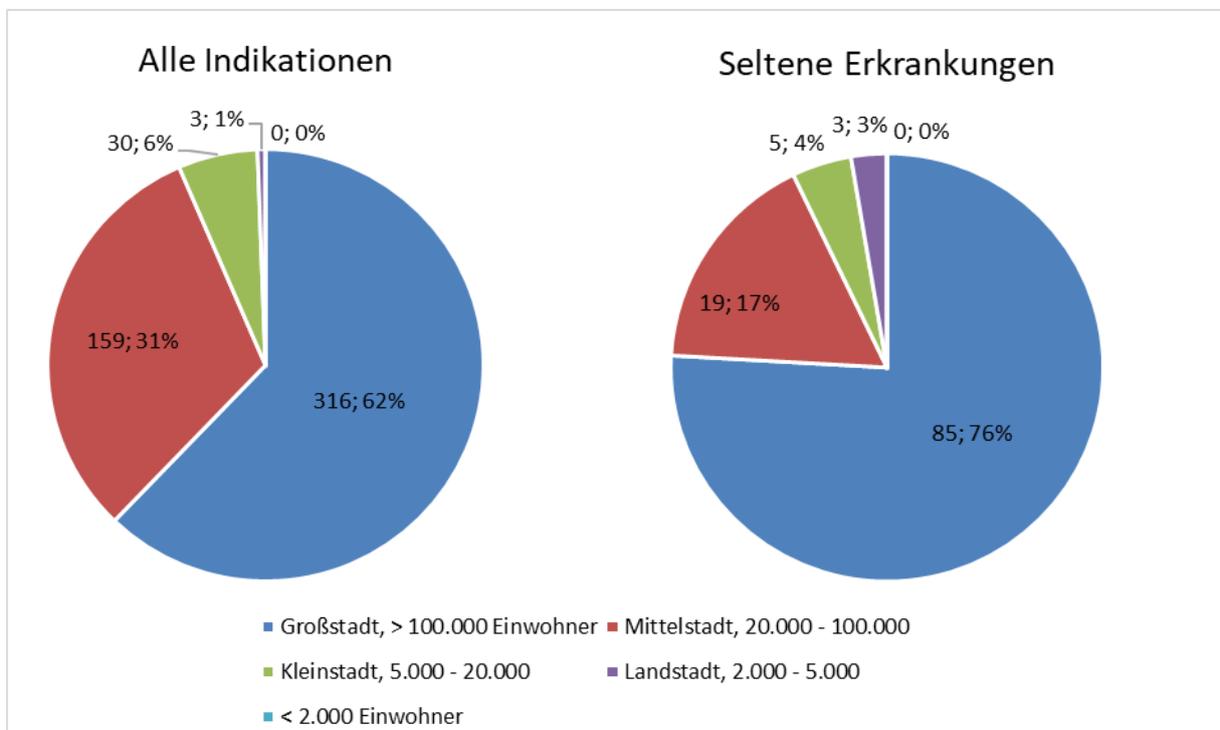


Abbildung 6: Verteilung der ASV-Teams auf Raumordnungsgrößen

Datenquelle: ASV-Servicestelle vom 3.5.2021 sowie Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2021), Gemeindeverzeichnis-online mit Daten vom 31.12.2020.

6.2 Zugangsverfahren (Arbeitspaket 2)

6.2.1 Auswertung der Anzeigenvordrucke

Teilfragestellung F 3.1 – F 3.4

Bei den 17 ELA ergaben sich deutliche Unterschiede bezüglich der Anforderungen an die nachzuweisenden Angaben und Dokumente (Anhang J). Hierbei wurden exemplarisch die Vordrucke aller 17 ELA für die Indikation „Pulmonale Hypertonie“ sowie „Gynäkologische Tumoren“ analysiert. Dies zeigt sich z.B. bei der Frage, ob hinzuzuziehende Fachärzte namentlich benannt werden müssen oder eine institutionelle Benennung ausreicht. Auch unterscheiden sich Art und Umfang der Nachweise für personelle (z.B. Facharzturkunden) sowie sächliche/ organisatorische Anforderungen (z.B. Nachweis der Vorhaltung der 24h-Notfallversorgung) teils erheblich. Der Nachweis der Mindestmengen des Kernteams erfolgt in Baden-Württemberg beispielweise durch Eintragen der Patientenzahl im Anzeigenvordruck, während in Bremen eine pseudonymisierte Patientenliste vorgelegt werden muss.

Die meisten ELA ermöglichen es Vertragsärzten, sie zur Einsicht ins KV-Arztregister zu berechtigen, um bestimmte ASV-Voraussetzungen zu überprüfen. In Bremen, Hamburg und Niedersachsen ist dies nicht möglich. In Bayern kann zwar die Erlaubnis zum Zugriff erteilt werden, jedoch müssen die Arztunterlagen wegen der „Mitwirkungspflicht“ dennoch selbst beim ELA vorgelegt werden. Zudem ergab die Umfrage bei den ELA, dass sieben von 14 ELA bei Vorliegen eines Einverständnisses auch Zugriff auf das KV-Arztregister aus einem anderen KV-Bezirk nehmen.

Neben der Analyse der Anzeigenvordrucke, wurde im April 2021 recherchiert, ob die ELA Anzeigenvordrucke nach Inkrafttreten einer Konkretisierung zeitnah zur Verfügung stellen. Dies wurde anhand der Indikationen „Tumoren der Lunge und des Thorax“ und „Sarkoidose“ untersucht, die ein Jahr zuvor in Kraft getreten waren. Dabei fiel auf, dass sechs von 17 ELA die Anzeigenformulare zum Zeitpunkt der Recherche nicht oder nicht vollständig auf ihrer Homepage veröffentlicht hatten. Auf Nachfrage wurde mitgeteilt, dass diese durch die Leistungserbringer bei den jeweiligen ELA angefragt werden könnten. Zudem sei die Bereitstellung und Verwendung der Anzeigenvordrucke keine zwingende Voraussetzung für die Teilnahme an der ASV. Begründet wurde die verzögerte Bereitstellung mit dem Aufwand der ELA für die Erarbeitung.

6.2.2 Umfrage bei den ELA

Teilfragestellung F 3.1 – F 3.4

Von den 17 angeschriebenen ELA nahmen 14 an der Umfrage teil. Die meisten ELA zeigten sich sehr interessiert an einer Mitwirkung an der Umfrage und der Schilderung ihrer Erfahrungen.

Ablehnungsgründe:

Die Raten der endgültigen Ablehnung von Teilnahmeanzeigen differieren deutlich zwischen den Indikationen sowie den ELA (Anhang J). Die meisten Ablehnungen gab es für Anzeigen für Sarkoidose (20%), Rheuma (Kinder und Jugendliche) (14%) und Tuberkulose (13%). Im regionalen Vergleich wiesen Nordrhein (17%) und Thüringen (11%) die höchsten Ablehnungsraten auf. Als Gründe wurden vor allem fehlende Nachweise/Dokumente sowie Nicht-Erfüllen der Voraussetzungen (personell, Teamzusammensetzung, Vorhalten aller Appendix-Leistungen) genannt (Abbildung 7). Dabei handelt es sich um: (Anzahl in Klammern - Mehrfachnennungen möglich)

- Erfüllung personeller Voraussetzungen (3)
- Vorhaltung aller Leistungen Appendix (2)
- Erfüllung von QSV (1)
- Geforderte Teamzusammensetzung (1)

- Erfüllung der Voraussetzung der ASV Richtlinie (1)

Zudem werden bei einem ELA die Anzeigen abgelehnt, wenn nachgeforderte Unterlagen von den Leistungserbringern nicht vollständig innerhalb einer zwei Monatsfrist eingereicht werden. Im Gesetz ist diese Frist eigentlich nur für die Bearbeitung durch die ELA vorgesehen.

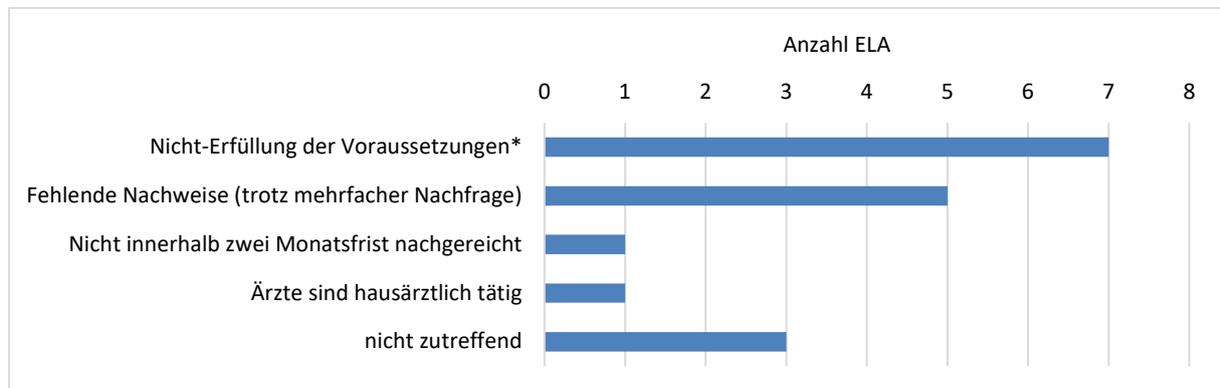


Abbildung 7: Ablehnungsgründe der ELA. * siehe Text.

Besetzung der ASV-Teams:

Elf von 14 ELA gaben an, keine Teilnahme von Fachärzten zuzulassen, die nicht in der Konkretisierung genannt sind. Als Ausnahmen wurden der Nachweis besonderer Qualifikation durch Abrechnungs- oder andere KV-Genehmigung, der Nachweis besonderer Erfahrung sowie Facharztbezeichnungen aus früheren Fassungen der Weiterbildungsordnungen genannt. Falls notwendige Fachgruppen nicht gefunden wurden, ließen zwei ELA Ausnahmen zu. In zwei ELA ist die Mitwirkung von Fachärzten im ASV-Team zulässig, die weder Vertragsärzte noch Angestellte des Leistungserbringers gemäß § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V sind (z. B. Honorarärzte).

Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen:

Auch bei Betrachtung der Zulassungsvoraussetzungen zeigte sich ein heterogenes Bild. So wird z.B. die verpflichtende intersektorale Kooperation für onkologische Erkrankungen sehr unterschiedlich interpretiert. Bei den sieben ELA konnte die intersektorale Kooperation innerhalb des gesamten ASV-Teams realisiert werden, drei ELA forderten dies explizit innerhalb des Kernteams.

Zehn ELA fordern die Vorhaltung aller im Appendix aufgeführten Leistungen als Voraussetzung für die ASV-Berechtigung. Einige ELA lassen in begründeten Fällen mit Ausnahmen für einzelne Gebührenordnungspositionen (GOP) zu. Die Erfüllung der Anforderungen aus den GOP der Qualitätsgesicherten Zusatzvolumina (QSV) muss bei 13 von 14 ELA nachgewiesen werden, davon bei neun ELA durch eine Selbsterklärung. Werden die Anforderungen von ein oder mehreren relevanten QSV nicht durch mindestens ein Teammitglied erfüllt, wird die Anzeige bei zehn von 14 ELA abgelehnt.

Der Nachweis von Mindestmengen, sowohl vor Aufnahme der ASV-Tätigkeit als auch laufend, ist in Anhang J ersichtlich. Acht ELA überprüfen die laufende Erfüllung der Mindestmengen – teils jährlich, teils alle fünf Jahre – durch Nachfrage bei den Leistungserbringern. Fünf ELA sehen die ASV-Teams in der Pflicht, eine Nichterfüllung zu melden. Ein ELA gibt an, dass er sowohl die Leistungserbringer in der Pflicht sieht als auch selbst überprüft.

Bei der 30-Minuten-Regelung um den Standort der Teamleitung gaben 13 von 14 ELA an, dass sie Ausnahmen zuließen. 12 ELA haben dies bereits getan. Dabei wurden teilweise Entfernungen bis zu 80 min akzeptiert. Gründe waren u.a. eine geringe Facharzttdichte im ländlichen Raum oder die Seltenheit der Fachgebiete. Zwei ELA gaben an, dass die

Zulassungskriterien in ihrem Bezirk besonders schwer umsetzbar seien, u.a. aufgrund des Facharztmangels und somit der weiten Entfernungen.

Formalien:

13 von 14 ELA gaben an, eine Information bzw. einen Bescheid zu versenden, wenn die Anzeige nicht beanstandet und somit eine ASV-Berechtigung erlangt wurde. Je nach ELA gilt die Berechtigung für das gesamte ASV-Team (n=7) oder nur den Leistungserbringer / die Institution bei den hinzuzuziehenden Fachärzten (n=3) oder in seltenen Fällen für beides (n=2). Wirkt ein Leistungserbringer an mehreren ASV-Teams mit, müssen bei sechs von 14 ELA alle Unterlagen erneut eingereicht werden.

Für die Prüfung der Anzeigen gilt eine zweimonatige Frist für die ELA. Elf ELA gingen davon aus, dass diese Frist ab Eingang der Anzeige gilt. Bei drei ELA lief diese erst, sobald alle Unterlagen vollständig vorlagen. Zehn der befragten ELA sprachen sich für einen Fristbeginn erst bei Vorlage der vollständigen Dokumente aus. Dagegen argumentierte ein ELA, die Frist diene der Beschleunigung des Verwaltungsverfahrens und durch die Genehmigungsfiktion sei nicht klar, ob der Leistungserbringer bereits zur Teilnahme an der ASV berechtigt sei.

Die Dauer des Anzeigeverfahrens vom Eingang bis zum Bescheid betrug ohne Berücksichtigung von Unterbrechungen durch Nachforderungen im Durchschnitt ein bis 12 Monate (im Mittel vier Monate). Allerdings unterschied sich die Verfahrensdauer zwischen den ELA (durchschnittlich ein bis zwölf Monate) (siehe Anhang K). Einige ELA geben maximale Bearbeitungszeiten von 24 Monaten an. Pro Anzeige fiel im ELA im Durchschnitt ein Aufwand von 14 Personentagen an, wobei dies stark von der Teamgröße und Zahl an Nachforderungen abhängig war. Die Komplexität der Anzeigeverfahren zeigte sich in der Aufwandsbewertung. Sechs ELA bewerteten das Verfahren als aufwändig, acht als sehr aufwändig. In Abbildung 8 findet sich eine Übersicht mit den laut der ELA besonders aufwändigen Bereichen im Prüfungsverfahren.

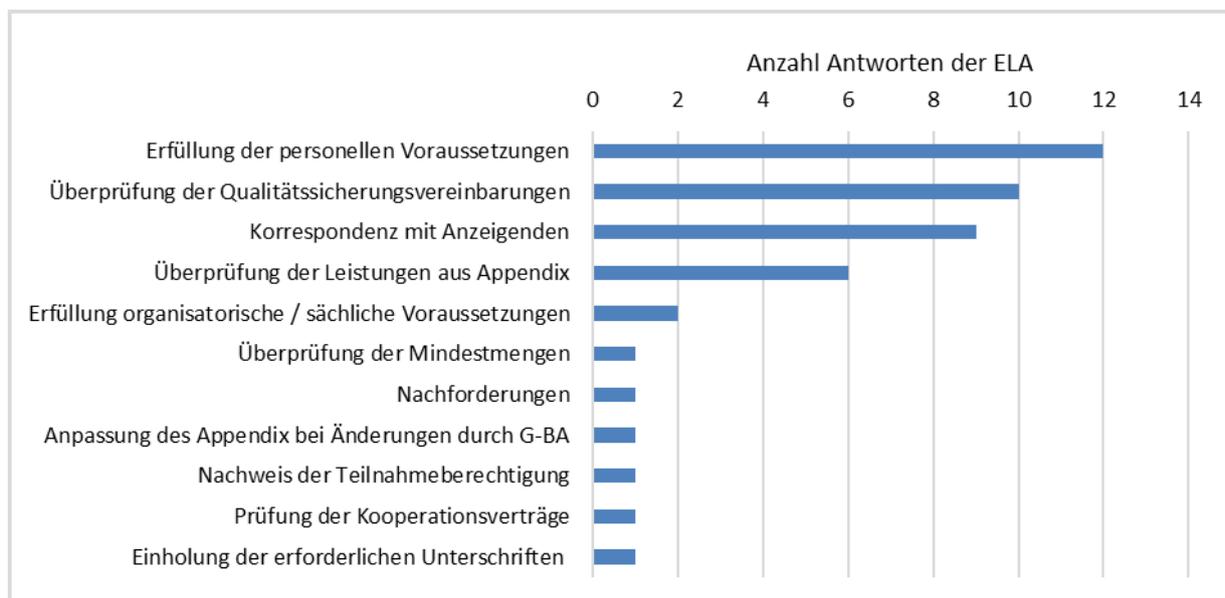


Abbildung 8: Besonders aufwändige Bereiche in der Bearbeitung gemäß ELA-Befragung (Mehrfachantworten möglich)

Im Durchschnitt erhielten die ELA elf Anfragen pro Monat von interessierten Leistungserbringern sowie teils sehr viele Fragen zu laufenden Anzeigeverfahren. Die Zahl variierte zwischen den ELA von sehr wenigen bis 40 Anfragen pro Monat. Auch innerhalb der ELA traten teils starke Schwankungen auf. Je nach ELA gab es unterschiedliche

Beratungsmöglichkeiten wie Informationen auf der Internetseite, die Bereitstellung von FAQ, Musterunterlagen und Checklisten, telefonische und persönliche Beratung oder auch die Vorprüfung von Unterlagen.

Rechtsnormen:

Weiter wurden die ELA nach einer Beurteilung der normativen Vorgaben gefragt, z.B. in welchen Bereichen sie sich eindeutigeren Vorgaben durch den G-BA wünschten. Dabei gaben 13 von 14 ELA den Bereich der QSV an. Jeweils sechs ELA wünschten mehr Vorgaben bei der institutionellen Benennung sowie bei den Appendizes. Drei ELA wünschten sich klarere Vorgaben bei persönlichen Voraussetzungen, je ein ELA wies auf Klärungsbedarf bei Mindestmengenregelungen bzw. Zeiten der gemeinsamen Sprechstunde hin. Zehn ELA wünschten sich konkrete Verfahrensregeln hinsichtlich der Prüftiefe und Entscheidungsfindung vom G-BA. Sechs ELA waren der Meinung, dass die KVen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Krankenhausgesellschaft das Recht haben sollten, gegen Entscheidungen der ELA Widerspruch einzulegen bzw. zu klagen.

Verbesserungsvorschläge der Erweiterten Landesausschüsse

Viele ELA nutzten die Möglichkeit, konkrete Verbesserungsvorschläge zu formulieren. Genannt wurden u.a. eine Digitalisierung des Verfahrens, eine Präzisierung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit oder die Streichung der 30-Minuten-Regelung. Auch wurde angeregt, die QSV-Anforderungen und deren Nachweise bundesweit zu vereinheitlichen. Hingewiesen wurde auch auf Probleme in der Zusammenarbeit mit der ASV-Servicestelle. Mehrere ELA wünschten sich einen fachlichen Austausch der ELA auf Bundesebene, insbesondere unter Einbeziehung der ausführenden Geschäftsstellen.

6.3 Inanspruchnahme (Arbeitspaket 3)

6.3.1 Abschätzung der Grundgesamtheit

Teilfragestellung F 2.1 und F 2.6

Um eine Relation der Patientenzahlen in der ASV mit der potenziell für die jeweilige Erkrankung bzw. Konkretisierung in Frage kommenden Patientenzahl aufstellen zu können, wurden verschiedene Quellen genutzt (siehe hierzu Kapitel 5.5.5) und die Daten in einem hierarchisierten Verfahren kompiliert. Die reinen Inzidenzen (z.B. RKI) sind für die meisten ASV-Konkretisierungen nicht ausreichend aussagekräftig, da sie lediglich die Neuerkrankungsrate darstellen, entscheidend aber die Versorgungs-Prävalenz wäre, also die Morbidität über einen definierten Behandlungszeitraum in der ASV. Andererseits müssen bei den Tumorerkrankungen die Einschränkungen in der ASV-RL (z.B. Notwendigkeit einer multimodalen Therapie) berücksichtigt werden, was die Zahlen durch Ausschluss früher Tumorstadien, Verlaufsbeobachtung, Nachsorge etc. reduziert (siehe unten).

Bei den seltenen Erkrankungen können für die Konkretisierung Tuberkulose und atyp. Mykobakteriose (TBC/atyp. MB) die Inzidenzen des RKI zunächst als Anhaltspunkt dienen, da diese Erkrankung im Gegensatz zu allen anderen, vor allem den chronischen Erkrankungen (Rheuma, Mukoviszidose, PAH, Marfan-Syndrom, seltene Lebererkrankungen etc.) heilbar ist und die Behandlungsdauer ca. ein Jahr beträgt (AWMF). Außerdem ist die TBC meldepflichtig, sodass die Dunkelziffer als gering angesehen werden kann. Darüber hinaus müssen praktisch alle Patienten medikamentös behandelt werden. Probleme der Stadieneinteilung und die Frage der „multimodalen Therapie“, die wir bei den Tumorerkrankungen haben (s.u.), stellen sich nicht. 2019 wurden dem RKI 4.791 inzidente TBC-Fälle (ICD 10 A15.- bis A19.-) gemeldet (RKI 2019). Rechnet man mit einem Prävalenzüberhang (Diagnose im Jahr vorher gestellt, Behandlung noch bis ins Folgejahr) von ca. 1/3 (R. Diel, pers. Mitteilung), also zusätzlich ca. 1.597 Patienten/Jahr, so käme man auf 6.388 Patienten/Jahr. Davon sind 10,8% PKV-Versicherte (BMG 2021), also 690, abziehen, verbleiben 5.698 TBC-Patienten. Hinzurechnen sind die Patienten mit atyp. Mykobakteriose (ICD 10 A31.0), ca. 1.040 GKV-Patienten/Jahr (Diel et al. 2019); PKV-Versicherte waren hier nicht eingeschlossen. Auch hier ist ein Quartalsüberhang einzurechnen (ca. 347 Pat.), insgesamt also 1.380 Patienten. Zusammengefasst ist also mit 7.085 GKV-Versicherten in diesem Indikationsspektrum zu rechnen.

Bei den Tumorerkrankungen können gemäß der ASV-RL bei den Tumorgruppen 1-4 lediglich Patienten eingeschlossen werden, die „... eine multimodale Therapie“ erhalten (siehe Anhang A: Konkretisierungen). Somit sind Patienten in Stadien, die ausschließlich operiert werden, bei denen lediglich eine Verlaufsbeobachtung (watchfull waiting, active surveillance), eine adjuvante endokrine Therapie (Gyn. Tumoren, Prostatakarzinom) oder in fortgeschrittenen Stadien eine rein palliative Versorgung erfolgt (z.B. Schmerztherapie), von der ASV ausgeschlossen.

So lag gemäß den Daten des RKI die Inzidenz für das maligne Melanom (ICD 10 C43) 2018 bei 22.890 (GEKID 2020; ZfKD, 2020). Die Stadienverteilung weist 79% in situ Karzinome und Stadium I, 11% Stadium II, 10% Stadium III und lediglich 4% Stadium IV auf (siehe Anhang C). Gemäß der Konkretisierung der Tumorgruppe 4 Hauttumoren der ASV-RL qualifizieren Patienten für die ASV, wenn diese eine multimodale Therapie benötigen, d.h. entweder eine adjuvante oder neoadjuvante Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Therapie. Dies bedeutet konkret, dass lediglich 3.205 der 22.890 Patienten ASV-fähig sind. Selbst wenn man die Prävalenz doppelt so hoch ansetzen würde, weil die aktuelle Entwicklung mit neuen immunonkologischen Therapien (Checkpoint-Inhibitoren) mehr Patienten im Stadium III und IV in die ASV bringen wird, wären dies lediglich ca. 6.410 Patienten. Nahezu alle übrigen Patienten (ICD 10 C44.- ff) qualifizieren ebenfalls nicht für die ASV, da eine Metastasierung, für die eine Strahlentherapie oder eine multimodale Therapie indiziert wäre, bei diesen Hauttumoren sehr selten ist. Die übrigen Erkrankungen (ICD 10 C 46.- sowie C82.-

-C88.-) wie nicht HIV-assoz. Kaposi-Sarkom und maligne Lymphome mit Hautbefall können aufgrund ihrer Seltenheit hier unberücksichtigt bleiben.

Für die colorektalen Tumoren in der Tumorgruppe GIT zeigen die Daten des RKI (2021) sowie die von Schmuck et al. (2020) und Cardoso et al. (2021) übereinstimmende Stadienverteilungen (siehe Anhang C). Patienten im Stadium I machen ca. 20% aus und qualifizieren nicht für die ASV. Aber auch in den übrigen Krankheitsstadien II, III und IV nach UICC erfüllen nicht alle das Kriterium der Konkretisierung der ASV-RL, da sie entweder nicht multimodal oder rein symptomatisch/palliativ behandelt werden. Abbildung 9 stellt diese Segmente grafisch dar.

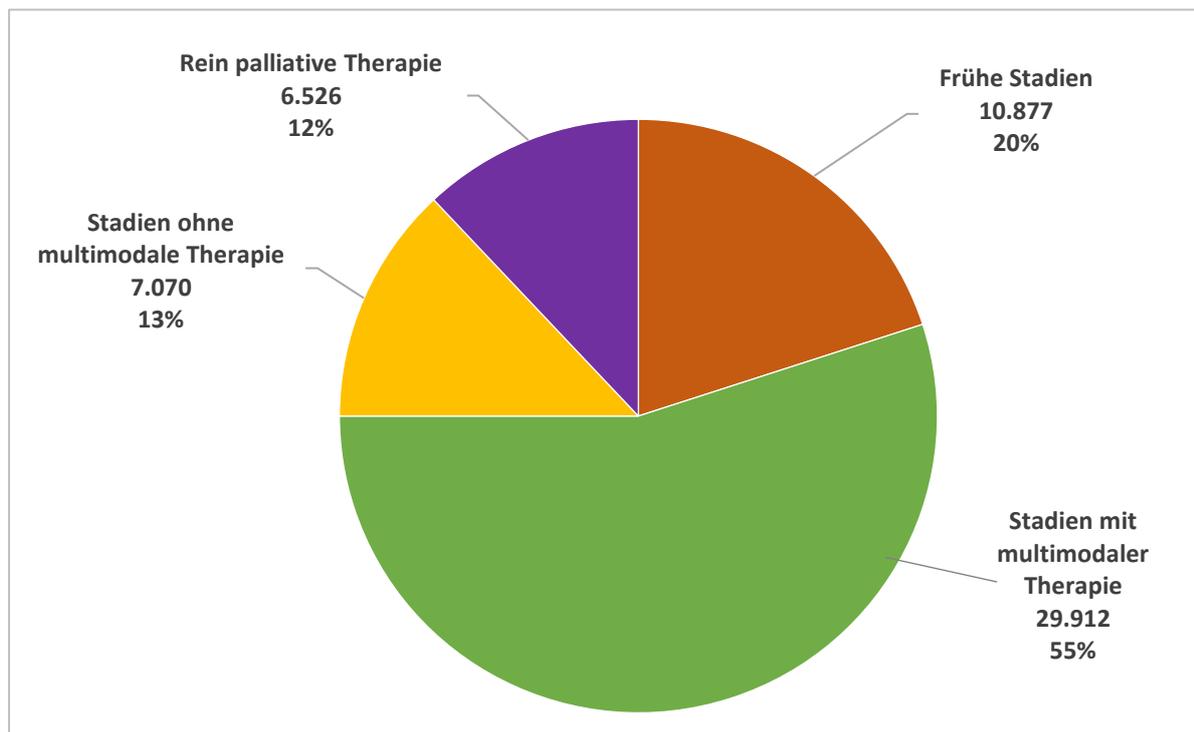


Abbildung 9: Beispielhafte (fiktive) Verteilung der Versorgungssegmente von Tumorpatienten mit colorem Karzinom (ICD 10 C 18, C 19, C 20) mit gesicherter Diagnose.

Quelle: RKI 2021, Schmuck et al. 2020, Cardoso et al. 2021, AWMF 2021.

Tabelle 12 fasst die Ergebnisse unserer iterativen Abschätzung der Patientenzahlen für die einzelnen Erkrankungsbereiche bzw. Konkretisierungen zusammen. Für die seltenen Lebererkrankungen sowie die Hämophilie konnten in der Literatur keine ausreichend validen Daten für Deutschland ermittelt werden.

Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass eine vollumfängliche Berücksichtigung aller potenziell für die ASV in Frage kommender Patienten für alle im Rahmen unserer Evaluation relevanten Konkretisierungen nicht nur wegen der unzureichenden Daten zur Versorgungsprävalenz nicht möglich war, sondern auch, da der Anteil von Patienten in besonderen Versorgungsbereichen bzw. Direktverträgen außerhalb der Regelversorgung, wie z.B. Hochschulambulanzen oder Selektivverträgen, nicht strukturiert erfasst wird. Selbst wenn diese Daten, z.B. über die einzelnen Krankenkassen eruiert wären, wäre damit ein unverhältnismäßig hoher Aufwand verbunden gewesen. Wir glauben dennoch, dass unsere Zahlen einen Anhaltspunkt für die Abschätzung des Anteils von ASV-Patienten bietet und überdies die beste, derzeit verfügbare Datengrundlage darstellt.

Tabelle 12: Potenziell für die einzelnen ASV-Konkretisierungen qualifizierende Patientenzahlen[#]

Anlage/Konkretisierung	Potenziell qualifizierende Patienten	Referenz (Quelle)
Bes. Versorgungsverlauf:		
1.1.a TG 1 GIT	77.500	RKI/GEKID 2016/2018/, Schmuck et al. 2020, Cardoso et al. 2021, AWMF-Leitlinie
1.1.a TG 2 Gyn. Tumoren	109.000	RKI/GEKID 2016/2018, AWMF-Leitlinie
1.1.a TG 3 Urologische Tumoren	40.000	RKI/GEKID 2016/2018, AWMF-Leitlinie
1.1.a TG 4 Hauttumoren	6.400	RKI/GEKID 2018, AWMF-Leitlinie
1.1.a TG 5 Lungen-/Thorax Tumoren	40.000	RKI/GEKID 2016/2018, AWMF-Leitlinie
1.1.b Rheuma Erw.	700.000	Fiehn et al. 2020, Strahl et al. 2018, Zink & Albrecht 2016, InBA
1.1.b Rheuma Kinder	15.000	Fiehn et al. 2020, Minden 2012
Seltene Erkrankungen:		
2 a Tb und atyp. Mykobakteriose	7.000	RKI 2019, Diel et al. 2017, Diel & Mertsch 2019
2 b Mukoviszidose	6.300	DMR 2021
2 k Marfan-Syndrom	9.100	BÄK 2020
2 l Pulmonale Hypertonie	5.000	Hoeper et al. 2016
2 h Morbus Wilson	2.000	Olivarez et al. 2001
2 o Seltene Lebererkrankungen	n.d.*	
2 c Hämophilie	7.500	PEI 2019
2 e Sarkoidose	20.000	Newman et al. 1997, InBA

[#] Zahlen gerundet. TG: Tumorgruppe. GIT: Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle. DMR: Deutsches Mukoviszidoseregister. BÄK: Bundesärztekammer. * keine ausreichenden Daten verfügbar.

Einen weiteren Anhaltspunkt können die sog. Patientenzahl-Höchstwerte des InBA aus der vertragsärztlichen Versorgung, die im Rahmen der Bereinigung erhoben werden, und uns vom GKV-SV zur Verfügung gestellt wurden, geben. Diesen sind im Folgenden die Patientenzahlen aus den Tragenden Gründen des G-BA, die zur Bürokratiekostenabschätzung ermittelt werden, gegenübergestellt (Tabelle 13). Es ist zum einen ersichtlich, dass die InBA-Zahlen bei einigen Konkretisierungen relativ gut mit den Zahlen des G-BA übereinstimmen (z.B. Rheuma Kinder, M. Wilson, seltene Lebererkrankungen), bei anderen jedoch (Rheuma Erwachsene, Tumorentitäten) teilweise erheblich differieren. Die Patientenzahlen des InBA sind aus unserer Sicht bezüglich der Tumorerkrankungen valider als die aus den Tragenden Gründen des G-BA, da sie mit sog. Schlüsselleistungen validiert werden (z.B. EBM-GOP Strahlentherapie 25321, 25330 ff. sowie die GOP der Onkologievereinbarung 86512, 96501, 96503, 96504. Bei der Tuberkulose erfolgt dies z.B. durch Labor-GOP wie Kulturzüchtung. Es bleiben aber auch hier Limitationen bezüglich der Übertragbarkeit auf die ASV, da z.B. die GOP 86512, 96501 etc. eine multimodale Therapie nicht berücksichtigen, die Inanspruchnahme der Ärzte auch wegen einer Begleiterkrankung erfolgt sein kann, keine aktive Tumorerkrankung mehr vorliegt bzw.

sich die Patienten ggf. in der Nachsorge befinden und niedergelassene Ärzte vergessen, Dauerdiagnosen zu löschen, sodass die Zahlen überschätzt sein dürften.

Tabelle 13: Für die ASV qualifizierende Patienten gemäß den Daten des InBA sowie des G-BA aus den Tragenden Gründen

Konkretisierung	InBA Patientenzahl-Höchstwert	InBA Umrechnungsfaktor (ABKH-ASV)*	G-BA Tragende Gründe
Anlage 1.1 a Tumorgruppe 1 GIT	61.886	0,92	105.000
Anlage 1.1a, Tumorgruppe 2 gynäkol. Tumore	109.853	0,93	232.000
Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 3 Urologische Tumore	97.681	0,71	40.500
Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 4, Hauttumore	16.585	0,93	50.000
Anlage 1.1a, Tumorgruppe 6, Lunge/Thorax	25.464	0,80	35.000
Anlage 1.1 b Teil 1 Rheuma Erwachsene	760.628	1,0	1.040.000
Anlage 1.1 b, Teil 2 Rheuma Kinder	13.792	1,0	13.000
Anlage 2 a Tuberkulose/atyp. Mykobakteriose	1.518	1,0	2.250
Anlage 2 b, Mukoviszidose	5.052	1,0	4.000
Anlage 2 c Hämophilie	4.049	1,0	5.000
Anlage 2e Sarkoidose	24.048	- #	10.000
Anlage 2 h M. Wilson	967	1,0	1.250
Anlage 2 k Marfan-Syndrom	2.994	1,0	4.000
Anlage 2 l pulm. Hypertonie	1.292	1,0	2.500
Anlage 2 o seltene Lebererkrankungen	10.593	1,0	10.000

* da in der ASV teilweise ein eingeschränktes Patientenspektrum behandelt werden kann (z.B. keine Nachsorge) als im Rahmen der ABK, legt das InBA einen Umrechnungsfaktor fest. #: keine Festlegung in der ABK-RL, daher kein Umrechnungsfaktor

6.3.2 ASV-Patienten

Teilfragestellung F 2.1

Im nächsten Schritt wurden die in der ASV versorgten Patienten ermittelt. Hierzu wurden uns vom GKV-SV die im Rahmen der Bereinigung erforderlichen Zahlen der Quartalspatienten zur Verfügung gestellt (zur Definition der Quartalspatienten siehe Kapitel 5.3.3. Mit Stichtag 5.4.2021 wurden insgesamt 615.531 Quartalspatienten seit Beginn der ASV-Umsetzung gemeldet (Abbildung 10). Davon 19.257 für Tb, 244.307 für GIT, 21.107 für pulm. Hypertonie, 118.018 für gyn. Tumoren, 5.892 für urol. Tumoren, 9.964 für Mukoviszidose, 4.838 für Marfan-Syndrom, 191.282 für Rheuma Erwachsene und sieben für Rheuma Kinder, 391 für seltene Lebererkrankungen, 2.039 für Haut-Tumoren, neun für Sarkoidose und 31 für Hämophilie. Bei den seltenen Erkrankungen sowie Rheuma sind auch Patienten mit Verdachtsdiagnosen eingeschlossen. Im Q1/2021 waren 104.591 Quartalspatienten gemeldet. Diese wurden gemäß den uns vom GKV-SV zur Verfügung gestellten Daten (Stand 7.4.2021) von 26.540 Ärzten in der ASV versorgt (siehe Anhang L). Allerdings werden einige hinzuzuziehende Fachärzte sicherlich in mehreren Teams tätig sein, so dass diese mehrfach gezählt werden.

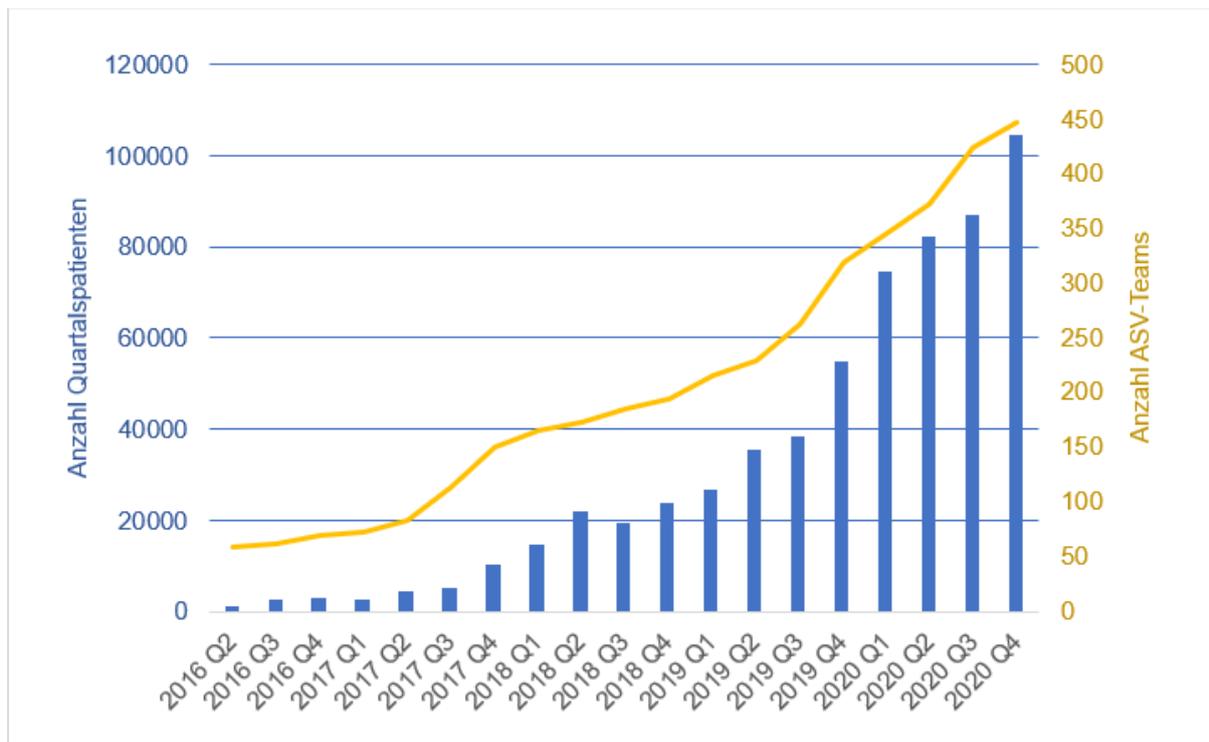


Abbildung 10: Entwicklung der ASV-Quartalspatientenzahlen und ASV-Teams seit Beginn der ASV
 Blau: Entwicklung der ASV-Quartalspatientenzahlen seit Beginn der ASV bis einschließlich Q 4/2020.
 Meldestand: 28.3.2021; Gelb: Entwicklung der ASV-Teams seit Beginn der ASV. Quelle: GKV-Spitzenverband 2021, ASV-Servicestelle 2021.

Die Quartalspatientenzahlen müssen jedoch für unsere Fragestellung (wie viele „Köpfe“ pro Zeiteinheit werden in der ASV versorgt) bereinigt werden. Hierzu haben wir aus den Daten des GKV-SV die bisher höchsten Zahlen abgerechneter Quartalspatienten in einem Quartal (denn so viele Pat. wurden mindestens in der ASV versorgt) oder den Mittelwert aus vier Quartalen verwendet, sofern bei der jeweiligen Konkretisierung bereits ein Plateau eingetreten war. Hieraus ergibt sich, dass im Quartal 1/2021 102.945 Patienten in der ASV versorgt wurden (Tabelle 14).

Es zeigt sich, dass die Durchdringung der ASV je nach Indikation ausgesprochen heterogen ist (Tabelle 14). Zwar treten in der ASV die einzelnen Indikationen sukzessive mit deutlichem Zeitverzug in Kraft, trotzdem ist der Anteil der ASV-Patienten auch bei schon lange konkretisierten Indikationen (selbst nach Ablauf der ABK-Altberechtigung, wie z.B. GIT, Marfan-Syndrom, Tuberkulose) weiterhin relativ gering. Tabelle 14 stellt die ASV-Patienten denen in der ABK gegenüber. Die Daten zu den Patientenzahlen in der ABK aus dem Bericht des IGES sind aus unserer Sicht verwertbar, da sich bei vielen Indikationen bereits 2009 ein Plateau gebildet hatte oder absehbar war und auch keine signifikante Zunahme mehr erfolgte (SVR Sondergutachten, 2012). Da mit Inkrafttreten der ASV zum 1.1.2012 keine Antragstellung mehr nach ABK möglich war, ist davon auszugehen, dass die Anzahl der ABK-Genehmigungen zwischen Ende 2021 und 1. Januar 2012 nicht weiter angestiegen ist.

Insgesamt entsprechen die 102.945 im Quartal 1/2021 in der ASV versorgten Patienten über alle Indikationen (Konkretisierungen) gemittelt 9,8% der von uns ermittelten theoretisch qualifizierenden Grundgesamtheit von 1.051.942 Patienten.

Tabelle 14: Gegenüberstellung Patientenzahlen ASV und ABK

Anlage/Konkretisierung	Potent. qualifiz. Patienten (Grundgesamtheit) ¹	In ASV ²	Anteil ASV in % (gerundet)	in ABK
Bes. Krankheitsverlauf:				
1.1.a TG 1 GIT	77.500	20.078	25,9 %	15.374
1.1.a TG 2 Gyn. Tumoren	109.000	22.959	21,1 %	25.312
1.1.a TG 3 Urologische Tumoren	40.000	1.559	3,9 %	5.323
1.1.a TG 4 Hauttumoren	6.400 ³	86	1,3 %	2.309
1.1.a TG 5 Lungen-/Thoraxumoren	40.000	184	0,5 %	8.487
1.1.b Rheuma Erwachsene	700.000	50.933	7,3 %	24.849
1.1.b Rheuma Kinder	15.000	7	0,0 %	1.460
Seltene Erkrankungen:				
2 a Tb und atyp. Mykobakteriose	7.000	1.192	17,0 %	683
2 b Mukoviszidose	6.300	2.272	36,1 %	1.893
2 k Marfan-Syndrom	9.100	529	5,8 %	808
2 l Pulmonale Hypertonie	5.000	2.997	59,9 %	4.102
2 h M. Wilson	2.000	0	0,0 %	- ⁴
2 o Seltene Lebererkrankungen	10.593	109	1,0 %	324
2 c Hämophilie	4.049	31	0,8 %	139
2 e Sarkoidose	20.000	9	0,0 %	n.d.
Summe	1.051.942	102.945	9,8 %	90.972

¹ Zur Datenbasis der Zahlen siehe Text. Zahlen gerundet, außer es wurden die des InBA verwendet (Seltene Lebererkrankungen, Hämophilie). ² Meldestand 28.3.2021. ³ Da im Rahmen der ABK keine Eingrenzung auf die Therapieform bestand, in der ASV jedoch eine multimodale Therapie Voraussetzung ist, liegt die Grundgesamtheit niedriger. ⁴ Da zum Zeitpunkt unserer Analyse kein ASV-Team und damit keine ASV-Patienten für M. Wilson vorhanden waren, erfolgte durch den InBA bis zum Stichtag keine Bereinigung, somit existierten bis dahin keine ABK-Zahlen (da diese zur Bereinigung erhoben werden). n.d.: keine Daten. Quelle Grundgesamtheit: eigene Berechnungen, Datengrundlage siehe Text. Quelle ASV und ABK: GKV-Spitzenverband. Stand Patienten in ASV: 28.3.2021.

6.3.3 Detailanalyse der Inanspruchnahme

Teilfragestellung F 2.2 – F 2.5 – F 2.6

Für eine Detailanalyse wurde in der Deutschen Pharmakoepidemiologischen Datenbank GePaRD im Beobachtungszeitraum 1.1.2012 bis 31.12.2018 aus insgesamt 4.666 Versicherten in der ASV mit den bis dahin in Kraft getretenen Konkretisierungen eine Kohorte von 3.260 Personen mit GIT nachverfolgt. Die überwiegende Mehrheit (98,2%) war zwischen 2016 und 2018 in die Kohorte eingetreten (Abbildung 11).

Etwas weniger als die Hälfte (43,3%) aller Patienten litt an einem kolorektalen Karzinom (ICD-10 C18-C20), weitere Karzinomdiagnosen betrafen Pankreas (C25, 19,7%), Magen (C16, 13,0%) und Ösophagus (C15, 11,0%). Das mediane Lebensalter lag bei 67 Jahren (Mittelwert 66 J.). 44,8% der Patienten in der Kohorte waren weiblich. Der Anteil der Patienten, die bis

zum Ende des Beobachtungszeitraums verstarben, betrug zwischen 37,1% (Kohorteneintritt in 2017) und 48,8% (Kohorteneintritt in 2016).

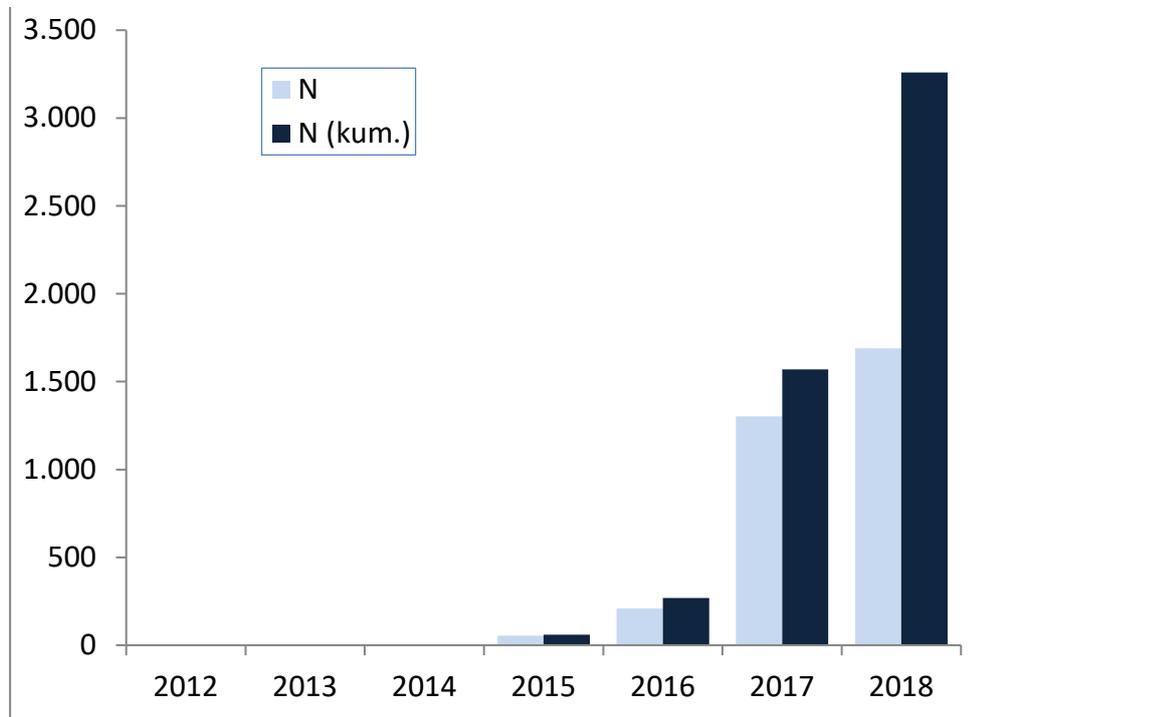


Abbildung 11: Anzahl identifizierter GIT-Patienten im Analysezeitraum 2012 – 2018

Die mediane Verweildauer in der ASV lag bei 252 Tagen (1. Quartil 123 Tage, 3. Quartil 411 Tage). 18,9% haben im Beobachtungszeitraum die ASV wieder verlassen (d.h. wiesen mehr als 271 Tage keine abgerechnete Leistung eines ASV-Arzt mehr auf). Die mediane Anzahl stationärer Behandlungstage innerhalb eines Jahres nach Kohorteneintritt betrug 9 Tage (1. Quartil: 0 Tage, 3. Quartil: 26 Tage) und war für Männer etwas höher als für Frauen (10 vs. 8 Tage). Bezogen auf die gesamte Beobachtungszeit nach Kohorteneintritt betrug die mediane Anzahl stationärer Behandlungstage 11, mit geringeren Geschlechterunterschieden (Männer: 11 Tage, Frau: 10 Tage)

Die Patienten haben ASV-Ärzte folgender Fachrichtungen kontaktiert: Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie (60,8%), Innere Medizin und Gastroenterologie (15,2%), Radiologie (10,9%), Chirurgie mit Schwerpunkt Orthopädie (3,7%) und Strahlentherapie (1,9%). Zur Definition der Kontakte siehe Methodenteil, Kapitel 5.5.3. In der Kohorte wurden im gesamten Beobachtungszeitraum 36.874 fachärztliche Kontakte, basierend auf Verordnungen, im Rahmen der ASV gezählt, hiervon entfielen 33.765 (91,6%) auf Ärzte des ASV-Kernteams und 3.109 (8,4%) auf hinzuziehende Fachärzte (Tabelle 15).

30.403 Kontakte bzw. Verordnungen entfielen außerdem auf Ärzte, die grundsätzlich nicht an der ASV teilnehmen können wie Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internisten (27.332 bzw. 88,0%) sowie Fachärzte, die bei der Indikation GIT nicht an der ASV teilnehmen können (Dermatologen etc., 12,0%).

Tabelle 15: Anzahl Arztkontakte* im Beobachtungszeitraum 2012 – 2018 von Patienten in der Indikation GIT. n = 67.277. Prozentanteile je Spalte in Klammern

Fachgruppe	Ärzte		
	Kernteam (n = 33.765)	Hinzuzuziehende (n = 3.109)	Nicht-ASV Ärzte (n = 30.403)
Innere Medizin, Hämato-Onkologie	26.129	(77,4)	
Strahlentherapie	405	(1,2)	
Innere Medizin, Gastroenterologie	6.520	(19,3)	
Viszeralchirurgie	248	(0,7)	
Allgemeinchirurgie	126	(0,4)	
HNO	222	(0,7)	
Nuklearmedizin#	115	(0,3)	
Anästhesiologie		115	(3,7)
Gefäßchirurgie		287	(9,2)
Innere Medizin, Angiologie		30	(1,0)
Innere Medizin, Kardiologie		15	(0,5)
Innere Medizin, Nephrologie		150	(4,8)
Neurologie		160	(5,1)
Humangenetik		121	(3,9)
Psychiatrie und Psychotherapie		30	(1,0)
Radiologie		150	(4,8)
Gynäkologie		1.030	(33,1)
Urologie		323	(10,4)
Innere Medizin, Endokrinologie/Diabetologie		592	(19,0)
Innere Medizin ohne Schwerpunkt		106	(3,5)
Innere Medizin, Pneumologie			1.370 (4,4)
Innere Medizin, Rheumatologie			229 (0,7)
Dermatologie			28 (0,1)
Augenheilkunde			383 (1,2)
Orthopädie			516 (1,7)
Innere Medizin, Infektiologie			189 (0,6)
Allgemeinmedizin und hausärztl. Internisten			55 (0,2)
Sonstige			27.332 (88,0)
			301 (1,2)

* Da die Aufgreifkriterien für die Arztkontakte neben der LANR, den ASV-spezifischen EBM-Ziffern sowie Pseudoziffern auch die Verordnungen von Medikamenten über die Codierleiste der Rezeptvordrucke beinhaltet, sind die hier dargestellten Zahlen unterschätzt, da nicht bei allen Arztkontakten Medikamente rezeptiert werden.

Kann sowohl im Kernteam als auch bei Hinzuzuziehende sein

Mehrfachinanspruchnahmen, also das Aufsuchen von Ärzten gleicher Fachrichtungen sowohl in der ASV als auch in der Regelversorgung, lagen bei 1.009 (31,0%) Patienten vor. Am häufigsten wurden Ärzte der Fachgruppen Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie (77,8%) und Innere Medizin und Gastroenterologie (14,3%) sowie Radiologie (2,6%) mehrfach in Anspruch genommen (siehe Anhang M).

2409 der Patienten (73,9%) wiesen Komorbiditäten auf, wobei es sich bei den häufigsten Zusatzerkrankungen um Herz-/Kreislauferkrankungen, Diabetes mell., chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Adipositas sowie Lebererkrankungen handelte. Die Mehrheit der Patienten wurde im Beobachtungszeitraum mit Schmerzmitteln (ATC-Gruppe N02A, N02B, 70,1%), Antiemetika (A04, 61,6%) und antineoplastischen Wirkstoffen (L01, 53,9%) versorgt.

Hierbei entfiel die Mehrheit der kumulativen DDDs auf die Gruppe der antineoplastischen Wirkstoffe (410.585 Dosen, 52,7%) bzw. auf die Gruppe der Schmerzmittel (224.529, 28,8%).

6.4 Motivation und Hürden (Arbeitspaket 4)

6.4.1 Information, Motivation und Vorbereitung zur Teilnahmeentscheidung

Teilfragestellung F 2.6, F 4.1 und F 7.1 – F 7.5

Interviews ASV-Teamleiter

In den Interviews mit 20 ASV-Teamleitern gab ein Teil der Teamleiter an, bezüglich der Informationsgewinnung im Vorfeld der Teilnahme bereits frühzeitig durch die eigene Mitarbeit und Vernetzung in Fachgesellschaften und Gremien über die indikationsspezifischen ASV-Regelung Kenntnis gehabt zu haben. Der andere Teil der Teamleiter hatte sich erst mit der konkret anstehenden Entscheidung zur Teilnahme über die ASV informiert, bei Klinikärzten teilweise erst mit dem Ablauf der Altberechtigungsfrist. Als erste Informationsquellen dienten vor allem eigene Recherche und der fachliche Austausch mit Kollegen. Hierbei wurde auch von eher negativen Einschätzungen und Erfahrungsberichten zur ASV-Teilnahme aus dem Kollegenkreis und Institutionen (z.B. Berufsverband) berichtet, die auf potenzielle Teamgründer abschreckend wirken und von einer Teilnahme abhalten können. Dies bezog sich meist auf den hohen zeitlichen und bürokratischen Aufwand der Teilnahmeanzeige und bei den seltenen Erkrankungen teilweise auch auf die fehlenden finanziellen Anreize, wie folgende Aussage veranschaulicht:

- *„Ansonsten war es, ja doch hatte ich auch nochmal mit dem [...] Berufsverband gesprochen und da hatte mir ein Kollege mitgeteilt, [...] dass eigentlich die finanzielle Ausstattung des Programms sehr zu wünschen übriglässt. Der hatte mir eigentlich eher abgeraten davon muss ich sagen. Und ja rückblickend vielleicht nicht ganz unberechtigt.“*

Von vielen Teilnehmern wurde im gesamten Vorbereitungsprozess von einem hohen Informationsdefizit vor allem zu den konkreten Anforderungen zur ASV-Teilnahme berichtet, weniger zur Art der Leistungserbringung oder Vergütungssystematik.

Die Motivationslage der befragten Teamleiter stellte sich heterogen dar, vor allem zwischen Niedergelassenen und Klinikärzten, sowie zwischen Indikationen mit häufigen und seltenen Erkrankungen. Bei den Vertragsärzten aus dem Bereich der häufigen onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen ergaben sich die wesentlichen Anreize zur ASV-Teilnahme vor allem durch die extrabudgetäre Vergütung, den (vermeintlichen) Wegfall der Regresse und Plausibilitätsprüfungen, sowie teilweise aus strategischen Wettbewerbsüberlegungen. Hierzu wurde von den niedergelassenen Ärzten angeführt, dass sie den umliegenden Kliniken nicht die ambulante Versorgung überlassen und ihr Budget für diese Fälle bereinigt bekommen wollten. Teilweise wurde aber auch der gezielte Ausbau der bereits etablierten Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und ihren Kollegen aus dem Krankenhaus als Motivation zur Gründung eines ASV-Teams angeführt. Bei den teilnehmenden Klinikärzten lagen die wesentlichen Motive in der Wahrung des Zugangs zur ambulanten Versorgung, der Verbesserung der zuvor unterfinanzierten Vergütung (z.B. Hochschulambulanz-Pauschalen) und im Ausbau der unzureichenden Versorgungskapazitäten (z.B. durch Wegfall der persönlichen Ermächtigung). Vor allem bei den häufigen Indikationen (v.a. Tumorerkrankungen) ist der wirtschaftliche Antrieb durch die Krankenhaus-Geschäftsführung stärker gegeben und die Entscheidung zur ASV-Teilnahme erfolgte nicht von der Teamleitung persönlich, sondern auf Vorgabe der übergeordneten Klinikinstanz (Verwaltungen). Dagegen wurden bei den seltenen Erkrankungen eher die dringend notwendige Patientenbehandlung und die interdisziplinäre Versorgung als Motivation genannt. Wesentliche Verbesserungen in der Art der Patientenversorgung in der ASV im Vergleich zu vorher wurden kaum als

Teilnahmegrund angeführt, einige berichteten allerdings von vermuteten Vorteilen für ASV-Patienten, z.B. bei der kurzfristigen Terminvergabe bei Teammitgliedern oder von einzelnen nur in der ASV vergüteten Leistungen (z.B. PET-CT).

Während die Zusammenstellung des Kernteams meist basierend auf bereits etablierten Netzwerkstrukturen erfolgte, führten die Teamleitungen oftmals eine erhöhte persönliche Überzeugungsarbeit für die Gewinnung der hinzuzuziehenden Ärzte an. Bei nur wenigen ASV-Patienten würden bei diesen Fachgruppen die finanziellen Anreize, bei gleichzeitig teilweise erheblichem bürokratischem Aufwand, fehlen.

Umfragen, ASV-Teammitglieder

Teilfragestellung F 4.1 – F 4.6

Bei der Online-Befragung der ASV-Teilnehmer entfielen von den insgesamt 202 Rückläufern nach Bereinigung (unvollständig bzw. ohne Mindestangaben) n=90 Teilnehmer auf Teamleitungen und n=83 auf ASV-Teilnehmende aus dem Kreis des Kernteams und der Hinzuzuziehenden Fachärzte. Bei den angeschriebenen 339 Teamleitungen ergibt sich somit eine Responserate von 26,5%, für die Teammitglieder kann keine Responserate ermittelt werden, da hier keine direkte Ansprache erfolgte.

Die meisten befragten Ärzte waren in ASV-Teams der Indikationen GIT, Rheuma und gyn. Tumore tätig, aber auch aus dem Bereich der seltenen Erkrankungen (Tabelle 16).

Tabelle 16: Befragungsteilnehmer nach Indikationsgebiet und Teamzugehörigkeit

Teilnehmer nach Indikation(en) <i>(Mehrfach-Antworten möglich)</i>	Team-Leitung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärzte
Rheumatologische Erkrankungen – Erwachsene	16	11	10
Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	14	23	14
Gynäkologische Tumoren	14	17	17
Urologische Tumoren	8	16	7
Mukoviszidose	7	4	1
Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	5	3	3
Pulmonale Hypertonie	3	3	5
Tumoren der Lungen und des Thorax	3	4	4
Ausgewählte seltene Lebererkrankungen	2	1	4
Marfan-Syndrom	2	2	0
Rheumatologische Erkrankungen - Kinder und Jugendliche	2	0	1
Sarkoidose	2	2	0
Tumoren der Haut	2	1	2
Hämophilie	0	0	0
Morbus Wilson	0	0	0
o.A.	13	12	0
Summe	93	99	68

Entsprechend waren die am häufigsten vertretenen Facharztgruppen „Innere Medizin, Hämatologie/Onkologie“ (n=26), „Innere Medizin, Rheumatologie“ (n=25) und „Gynäkologie“ (n=18). Pathologen, die nur als Hinzuzuziehende Fachärzte in der ASV tätig sein können, waren mit n=18 Teilnehmern vertreten. Insgesamt waren knapp drei Viertel aller befragten ASV-Teilnehmer im Krankenhaus tätig, 32 Teilnehmer arbeiteten als niedergelassene Vertragsärzte. Außerdem gaben 16 Teilnehmer an, in einem MVZ tätig zu sein, hiervon waren 25% einem Krankenhaus zugehörig, der Rest bei einem Vertragsarzt oder in sonstiger Trägerschaft.

Die befragten ASV-Ärzte gaben als wichtigste Motive für die Teilnahme an der ASV vor allem den Patientennutzen, die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit, sowie strategisch-langfristige Überlegungen an (Abbildung 12). Die Gefälligkeit gegenüber Kollegen war bei den Kernteammitgliedern kaum relevant, allerdings in der Gruppe der Hinzuzuziehenden bei knapp der Hälfte der Befragten ein wichtiger Teilnahmegrund. Bei den Teilnehmern im Bereich seltenen Erkrankungen wurde der Patientennutzen noch etwas häufiger und Versorgungseffizienz sowie monetäre Aspekte etwas seltener als wichtiges Motiv zur Teilnahme genannt.

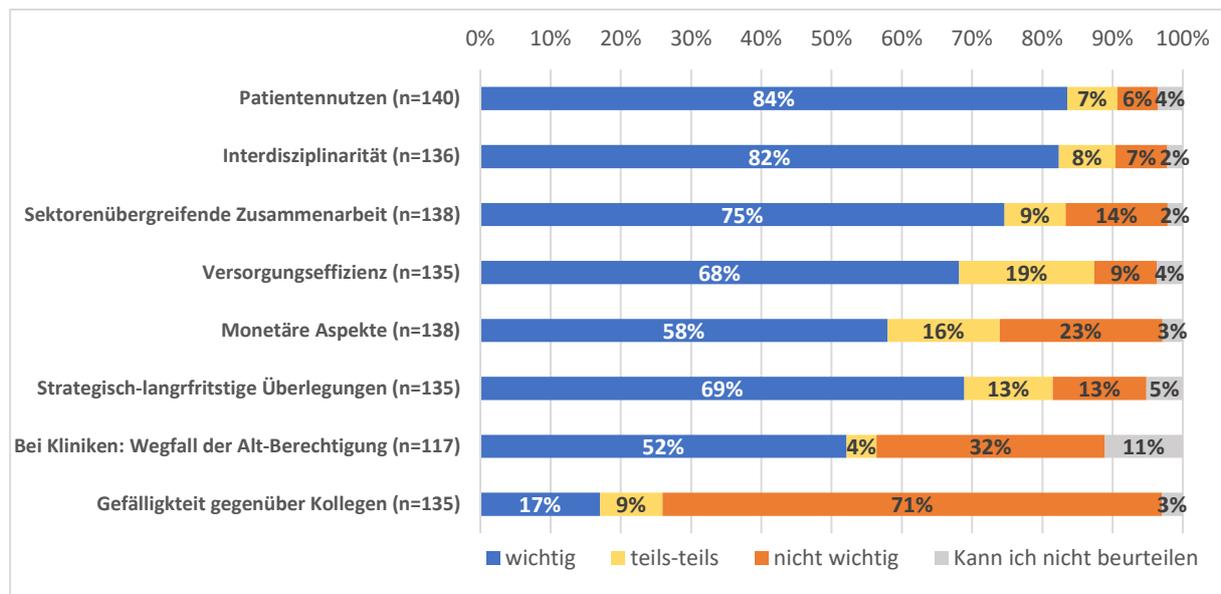


Abbildung 12: Wie wichtig waren die folgenden möglichen Motive bei der Entscheidungsfindung für die Teilnahme an der ASV?

Insgesamt fühlte sich weniger als die Hälfte der befragten ASV-Teilnehmer bei der Vorbereitung zur Teilnahme gut über die ASV informiert. Als maßgebliche Informationsquelle für die ASV-Teilnehmer diente bei der Entscheidungsfindung vor allem die eigene Tätigkeit und Recherche, sowie für die Teammitglieder die Information durch die eigene Teamleitung. Außerdem leisteten in etwas geringerem Umfang noch der Kollegenkreis in der eigenen und anderen Einrichtungen einen Beitrag zur Information. Die ELAs, Berufsverbände und institutionelle Einrichtungen wie KV oder Krankenhausgesellschaft spielten dagegen als Informationsquelle eine untergeordnete bis gar keine Rolle (Abbildung 13).

Von den insgesamt 43 Krankenhäusern mit ABK-Zulassung, die an der Umfrage teilnahmen, verfügten 27 (62,8%) noch über eine zum Zeitpunkt der Erhebung aktuelle ABK, in den anderen Krankenhäusern war die ABK bereits ausgelaufen. Insgesamt waren in 38 (88%) der Krankenhäuser Ärzte angestellt, die Teil eines ASV-Teams sind (teilweise in anderen ASV-Indikationen als ABK-Zulassungen). Im Durchschnitt gaben die Krankenhäuser an, dass 3,6 ASV-Teams in der Einrichtung tätig sind.

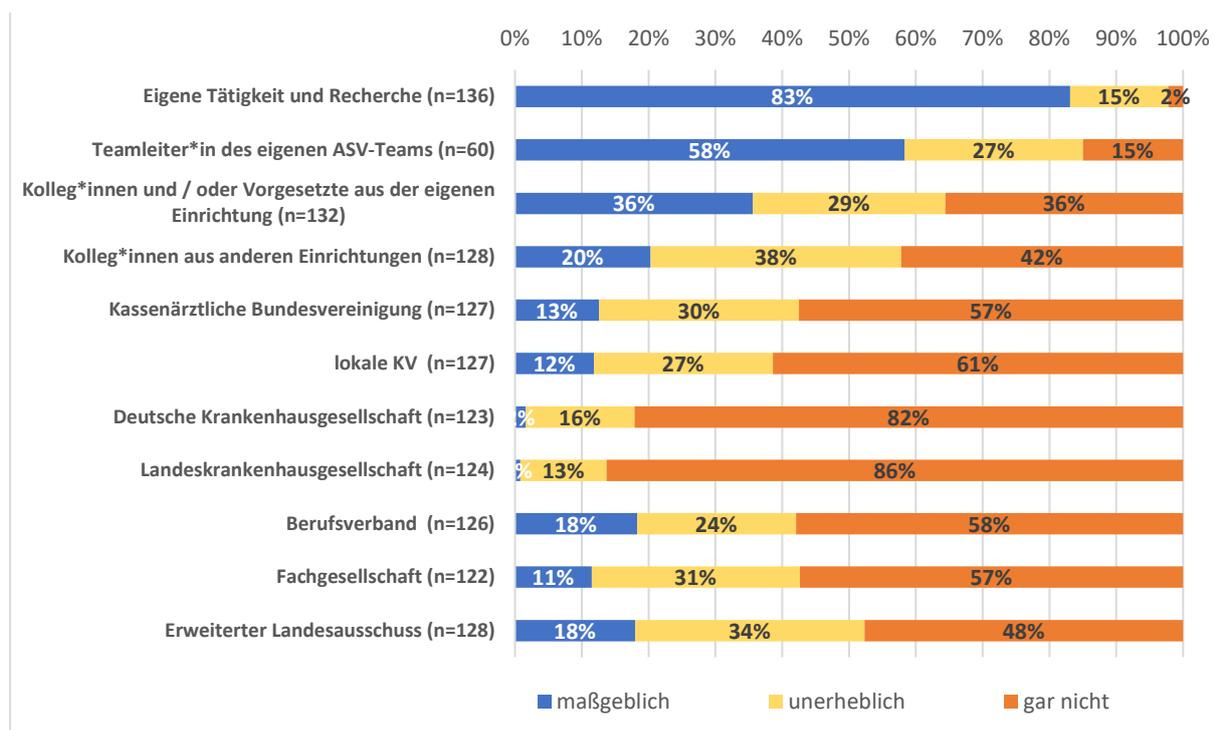


Abbildung 13: In welchem Ausmaß haben Sie Informationen zur ASV-Teilnahme aus folgenden Quellen erhalten?

Lediglich 5 Krankenhäuser nahmen folglich zum Zeitpunkt der Erhebung nicht an der ASV teil. Drei dieser Krankenhäuser gaben jedoch an, noch über eine aktuelle ABK zu verfügen. Ein weiteres Krankenhaus ohne ASV-Team hatte angegeben für eine Vielzahl von Indikationen Patienten im Rahmen einer Hochschulambulanz zu versorgen. Lediglich ein Krankenhaus hatte nach Ablauf der ABK keine andere Möglichkeit der Abrechnung und Versorgung der Patienten angegeben. Zwei der Krankenhäuser ohne ASV-Team können sich vorstellen in Zukunft eines zu gründen. Besonders Krankenhäuser mit der Möglichkeit Hochschulambulanzen einzurichten, sahen häufig wenig Nutzen in der Gründung einer ASV.

Umfragen, nicht-teilnehmende Ärzte und Krankenhäuser

Teilfragestellung F 4.1 – F 4.6

Insgesamt waren die Daten von 248 nicht-teilnehmenden Ärzten auswertbar. Davon gaben 173 an im niedergelassenen Bereich tätig zu sein, 58 im Krankenhaus und 17 in einem MVZ. Von den Krankenhäusern mit einer Bestimmung nach ABK waren die Daten von 43 Teilnehmenden auswertbar.

Die Mehrheit der befragten nichtteilnehmenden Ärzte gehörte zur Facharztgruppe Innere Medizin mit den Schwerpunkten Rheumatologie, Gastroenterologie oder Hämatologie und Onkologie, sowie der Facharztgruppe Haut- und Geschlechtskrankheiten. Von den 43 Krankenhäusern mit ABK hatten bisher fünf kein ASV-Team gegründet und wurden folglich in dieser Auswertung mitberücksichtigt. Von diesen waren drei der ABK noch nicht ausgelaufen. Es gaben 38,6% der Nichtteilnehmer an, dass sie sich eher gut über die ASV informiert und 37,3% an, dass sie sich eher schlecht über die ASV informiert fühlen, 24,2% antworteten mit „teils teils“. In Übereinstimmung mit diesen Ergebnissen antwortete eine Mehrheit (50,6%) der nichtteilnehmenden Ärzte auf die Frage „Ich würde mir mehr Informationen zur ASV wünschen“ mit voll oder eher zutreffend. Die meisten nichtteilnehmenden Ärzte haben bereits schon einmal selbst bezüglich der ASV recherchiert (65,7%). Auf die Frage „Können Sie

sich grundsätzlich vorstellen Teil eines ASV-Teams zu werden?“ antworteten 67,5% der Befragten mit „Ja“ und 32,5% mit „Nein“.

Abbildung 14 zeigt die Antworten auf die Frage nach den Gründen für die Nichtteilnahme.

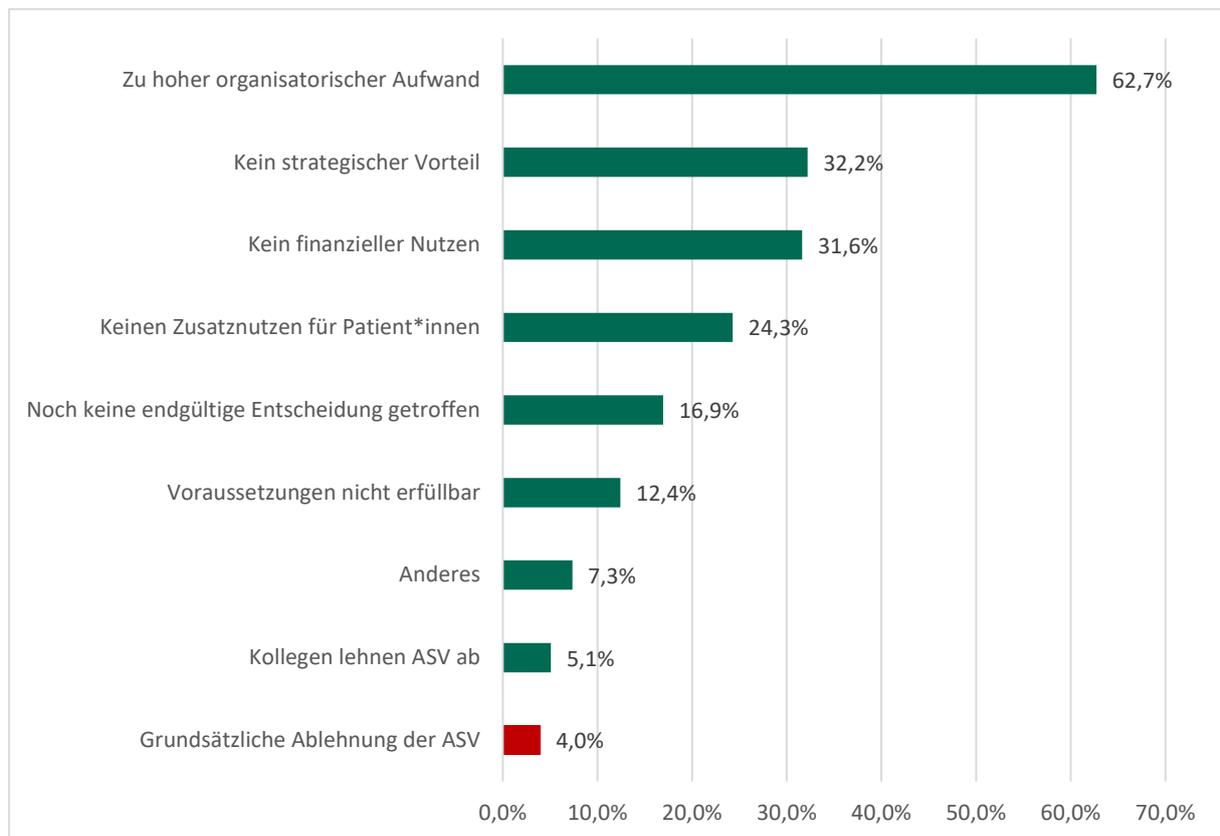


Abbildung 14: Gründe für Nichtteilnahme (n=177; Mehrfachnennungen möglich).
„Aus welchen Gründen haben Sie sich (noch) nicht konkret für eine ASV-Teilnahme entschieden?“

Genannte Gründe gegen die ASV-Teilnahme waren der als zu hoch bewertete organisatorische Aufwand, gefolgt von einem fehlenden finanziellen Nutzen, einem fehlenden strategischen Vorteil und dem fehlenden Zusatznutzen für Patienten. Eine Minderheit hat noch keine endgültige Entscheidung zur ASV-Teilnahme getroffen (Abbildung 14). Entsprechend diesen Ergebnissen gaben die nicht-teilnehmenden Ärzte die fehlenden Facharztgruppen für die Teambildung, fehlende Motivation anderer Fachärzte sowie die formalen Anforderungen als größte Schwierigkeiten für das Bilden eines ASV-Teams an. 4 % lehnten die ASV grundsätzlich ab.

Bei näherer Betrachtung, ob die Anforderungen der ASV von den eigenen Einrichtungen erfüllt werden könnten, wurden die sächlichen und organisatorischen sowie die personellen Anforderungen am ehesten als Hinderungsgrund aufgeführt (Abbildung 15). Einige Befragte gaben auch an, dass sie diese Anforderungen zwar als Schwierigkeit sehen, diese jedoch nicht ausschlaggebend für die Bildung eines ASV-Teams sind (14,4% / 14,8%). Selten wurde die Mindestzahl der zu behandelnden Patienten sowie die Dokumentationspflicht als Schwierigkeit bzw. als Hinderungsgrund genannt. Fast ein Viertel der Befragten gab an, die Anforderungen nicht zu kennen (Abbildung 15).

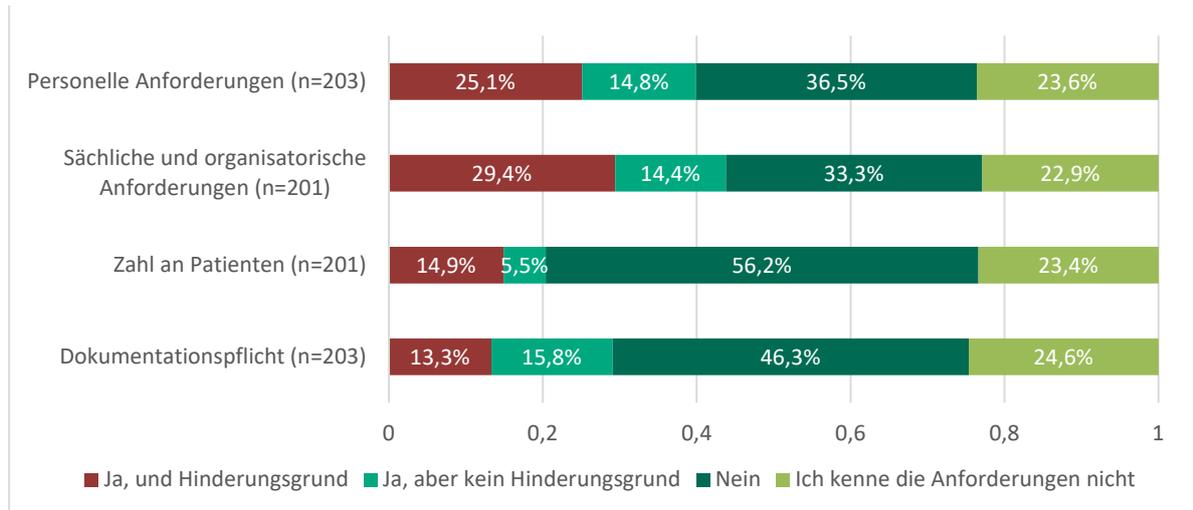


Abbildung 15: Angegebene Schwierigkeiten bei der Erfüllung der Teilnahmeanforderungen. „Hätten Sie selbst bzw. Ihre Einrichtung Schwierigkeiten die folgenden Anforderungen für die Gründung eines ASV-Teams zu erfüllen?“

Bezüglich der räumlichen Nähe zu anderen Fachärzten, gab eine Mehrheit (66,2%) der befragten nichtteilnehmenden Ärzte außerdem an, dass für sie alle relevanten Fachärzte innerhalb von 30 Minuten erreichbar sind und sie bereits sehr gut diesen vernetzt seien. Abbildung 16 zeigt die Antworten bezüglich der vermuteten Veränderungen bei einer ASV-Teilnahme.

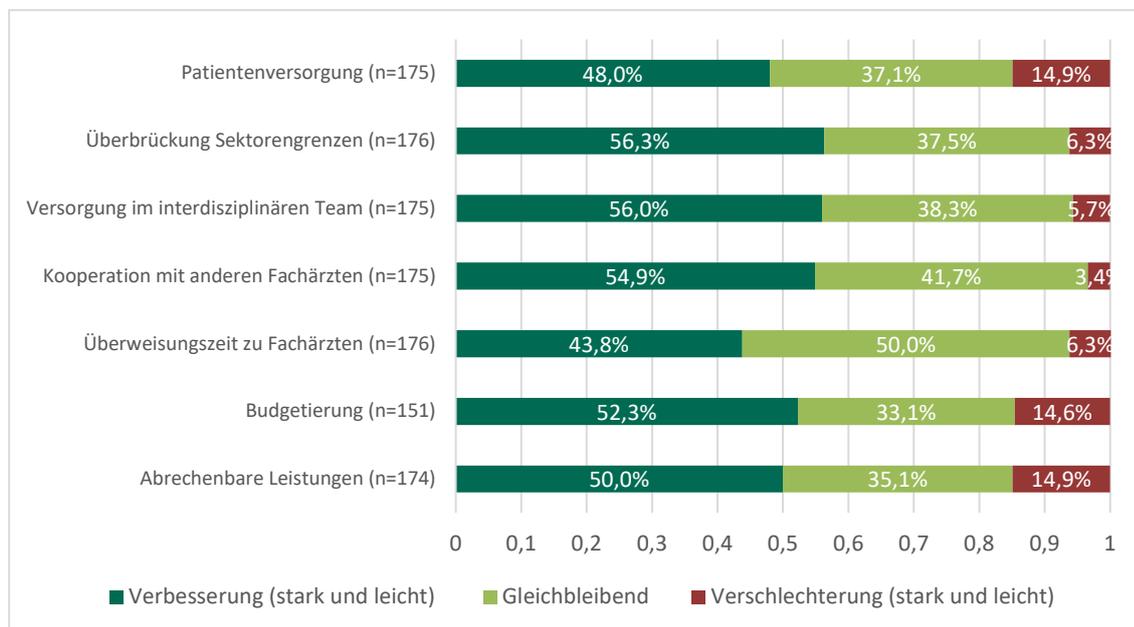


Abbildung 16: Einschätzung der vermuteten Veränderung durch die ASV (Nicht-Teilnehmer).

„Wie würden sich Ihrer Ansicht nach in Ihrer Einrichtung die folgenden Aspekte durch die ASV verändern?“

Insbesondere hinsichtlich der Überbrückung von Sektorengrenzen (56,3%), der Versorgung im interdisziplinären Team (56%) und der Kooperation mit anderen Fachärzten wurde überwiegend eine Verbesserung bzw. gleichbleibende Situation vermutet. Auch bei Aspekten wie der Budgetierung und der Patientenversorgung gehen Nicht-Teilnehmer von einer Verbesserung aus. Bei der Überweisung zu Fachärzten wird jedoch von der Hälfte der Ärzte

davon ausgegangen, dass sich durch die ASV-Teilnahme nichts ändern würde. Hier bestehen bereits gute Netzwerke. Nur sehr selten wird eine Verschlechterung der Bedingungen durch die ASV-Teilnahme erwartet, insbesondere aber bei den Aspekten Patientenversorgung und abrechenbaren Leistungen (14,9%) sowie Budgetierung (14,6%).

6.4.2 Teilnahmeanzeige und Aspekte während der ASV-Teilnahme

Teilfragestellung F 4.3 und F 5.1 – F 5.5

Das Anzeigeverfahren wurde von den interviewten Teamleitungen – bis auf vereinzelte Ausnahmen – als ein wesentlicher Hindernisfaktor für die ASV beschrieben. Es wurde meist als bürokratisch, unflexibel und sehr aufwändig eingeschätzt. Als wesentlicher Kritikpunkt über verschiedene Indikationen hinweg wurden die nicht an der Versorgungspraxis orientierten Vorgaben beispielweise zu den vorzuhaltenden Leistungsziffern und Facharztgruppen angeführt. Einerseits waren aus Sicht der Teamleitungen medizinisch sinnvolle Fachrichtungen aufgrund der ausschließenden Vorgaben nicht in das ASV-Team mit aufzunehmen und auf der anderen Seite waren Fachrichtungen zwingend erforderlich, deren Notwendigkeit in der praktischen Versorgung oftmals angezweifelt wurde. Dies hatte zur Folge, dass manche Hinzuzuziehende Fachärzte nur „pro Forma“ in ein ASV-Team aufgenommen wurden und in der praktischen Umsetzung als Passiv-Teilnehmer nicht an der ASV-Versorgung beteiligt waren. Gleichzeitig war zudem vor allem im ländlichen Bereich die Erfüllung der Entfernungsvorgaben mit der vorgesehenen 30-Minuten-Regel bei allen beteiligten Teammitgliedern teilweise schwierig umzusetzen.

Von den interviewten Klinik-Ärzten wurde zudem das Beibringen der persönlichen Qualifikationsnachweise häufig als großes bürokratisches Hindernis bei der Teilnahmeanzeige angeführt, das mit einem hohen Zeit- und Arbeitsaufwand verbunden ist. Beispielhaft beschrieben wurde es in den folgenden Aussagen:

„Das war ein extremer Papieraufwand, das wissen Sie, ne, das ist einfach horrender Papieraufwand, das schreckt auch sehr viele Leute ab, und wir haben eine Sekretariatskraft, die exzellent ist, die macht nichts anderes als mit einer Wiedervorlage immer wieder mit der KV 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.“

„[...] aber für die reinen Krankenhausärzte, die noch nie im KV-Betrieb gearbeitet haben, für die [...] wenn man denen dann sagt, ja, aber wir brauchen deine Befunde im Original, die letzten 200 Koloskopien mit nachgewiesener Polypektomie und mit Bilddokumentation und so, dann sagen die, wie soll das gehen, wann soll ich das machen, weil dann muss man sich an den PC setzen und irgendwie die Altbefunde alle ausdrucken, dann haben die ihre Sekretärin beauftragt, also da sind so Sachen, das hat manchmal fünf Monate gedauert oder länger, ein Jahr, bis die Leute, nach 20-maliger Aufforderung, dem nachgekommen sind, nicht, weil sie nicht wollten, sondern weil sie immer gesagt haben, sie haben keine Zeit, sie müssten dafür sich zwei Tage von morgens bis abends an den PC setzen und diese ganzen Sachen finden...“

Zudem wurde auch berichtet, dass einzelne hochqualifizierte Ärzte letztendlich nicht für das Team gemeldet werden konnten, da die notwendigen Qualifikationsnachweise nicht erbracht werden konnten, z.B. weil sie nicht über „analoge“ Bescheide verfügten. Von den Teamleitungen wurde daher in nahezu allen Interviews eine deutliche Vereinfachung des Anzeigeverfahrens durch Fokussierung auf fachlich relevante Anforderungen gefordert. Außerdem wurden die oftmals unklaren Vorgaben der ASV-Richtlinie und die Umsetzung durch die zuständigen ELAs kritisiert. Zudem wurde ein verbesserter Datenaustausch zwischen den beteiligten Institutionen ELA, KV und ASV-Servicestelle gewünscht. Die Zusammenarbeit mit den jeweils zuständigen ELA wurde von den Teamleitern sehr unterschiedlich beschrieben, von sehr hilfsbereit und auskunftsfreudig bis uninformiert und abweisend. Ein Teil der interviewten Krankenhausärzte hatte jedoch auch nie selber direkten Kontakt zum ELA und

konnte hierzu keine Einschätzung abgeben. Teilweise wurde von Problemen bei der Beantragung der Teamnummer bei der ASV-Servicestelle berichtet und einem großen zusätzlichen Aufwand bei der hierfür nötigen Datenerfassung. Ein Großteil der befragten Klinikärzte konnte dazu allerdings keine Aussage machen, da die Beantragung der ASV-Teamnummer von Verwaltungsmitarbeitern durchgeführt wurde und sie in diesen Prozess nicht eingebunden waren.

In der Online-Befragung bezeichneten die ASV-Ärzte als wesentliche Hindernisse im Anzeigeverfahren vor allem die Vorgaben der ASV-Richtlinie zu den jeweils vorgeschriebenen Fachrichtungen und die von einigen ELA geforderte Vorhaltung aller Leistungen des Ziffernkranzes. Insgesamt bewerteten dies 35% bzw. 28% als erhebliches oder sehr starkes Hindernis, bei den seltenen Erkrankungen wurden die vorgeschriebenen Fachrichtungen sogar von der Hälfte der Teilnehmer als erhebliches oder sehr starkes Hindernis angesehen. Auch die Entfernungsregelung von 30 Minuten (27%) und die geforderten Qualitätsnachweise entsprechend der QSV (28%) wurden teilweise als schwer erfüllbar bewertet. Die vorgeschriebenen Mindestmengen stellten für den Großteil der Befragten kein Problem dar, auch nicht bei den seltenen Erkrankungen (Abbildung 17).

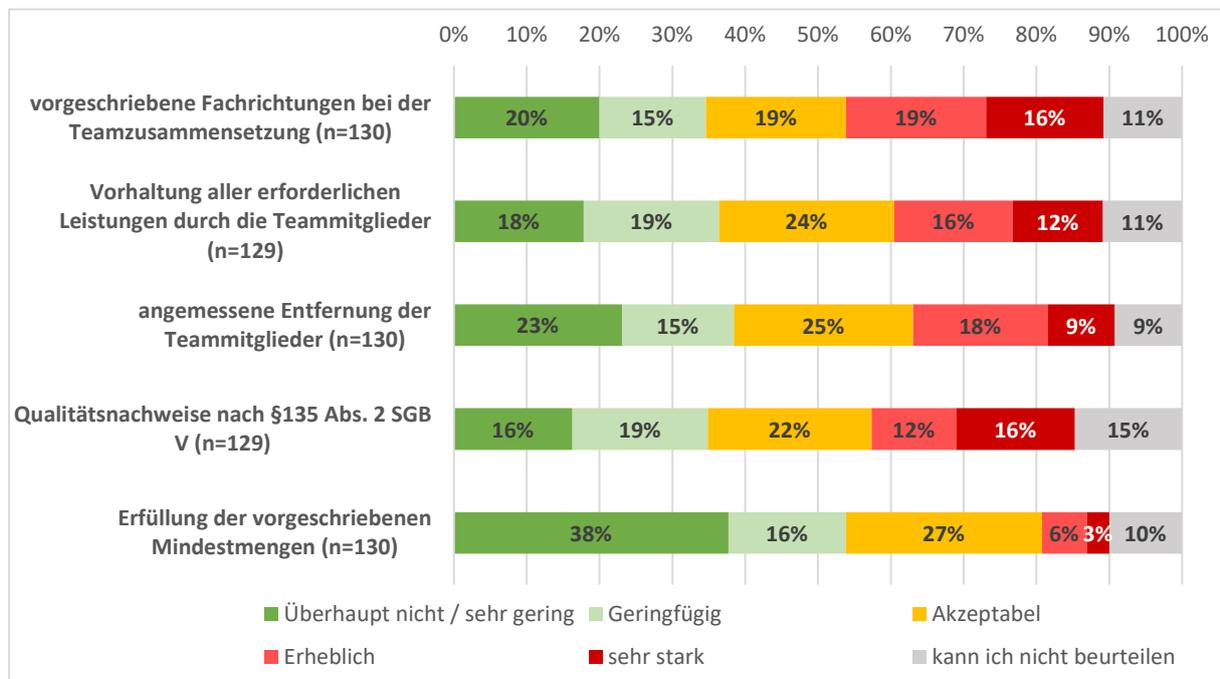


Abbildung 17: Wie stark empfanden Sie folgende Faktoren im Anzeigeverfahren als Hindernis zur Erfüllung der jeweiligen Vorgaben der ASV-Richtlinie bzw. des ELAs für die ASV-Teilnahme?

Insgesamt zeigt die Befragung der ASV-Teilnehmer eine geringe Zufriedenheit mit dem Anzeigeverfahren, es wurde nur von weniger als 20% der Befragten als sehr gut oder gut eingeschätzt, während über 30% es als schlecht oder sehr schlecht bewerteten. Bei den seltenen Erkrankungen fiel die Einschätzung schlechter aus als bei den Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (Abbildung 18). Vor allem der Arbeitsaufwand für das Anzeigeverfahren und die Vorbereitung wurde von einem Großteil der Befragten als zu hoch bewertet. Dies spiegelt sich auch bei der Frage nach der Dauer des Anzeigeverfahrens wider, das bei nur rund 25% der befragten ASV-Ärzte vom Bearbeitungsbeginn des Anzeigevordrucks bis zum positiven Bescheid maximal 4 Monate dauerte. Bei 24% lag die Dauer bei fünf bis acht Monaten, bei 33% dauert es mindestens neun Monate und bei 12% sogar länger als ein bzw. bei 2% länger als zwei Jahre.

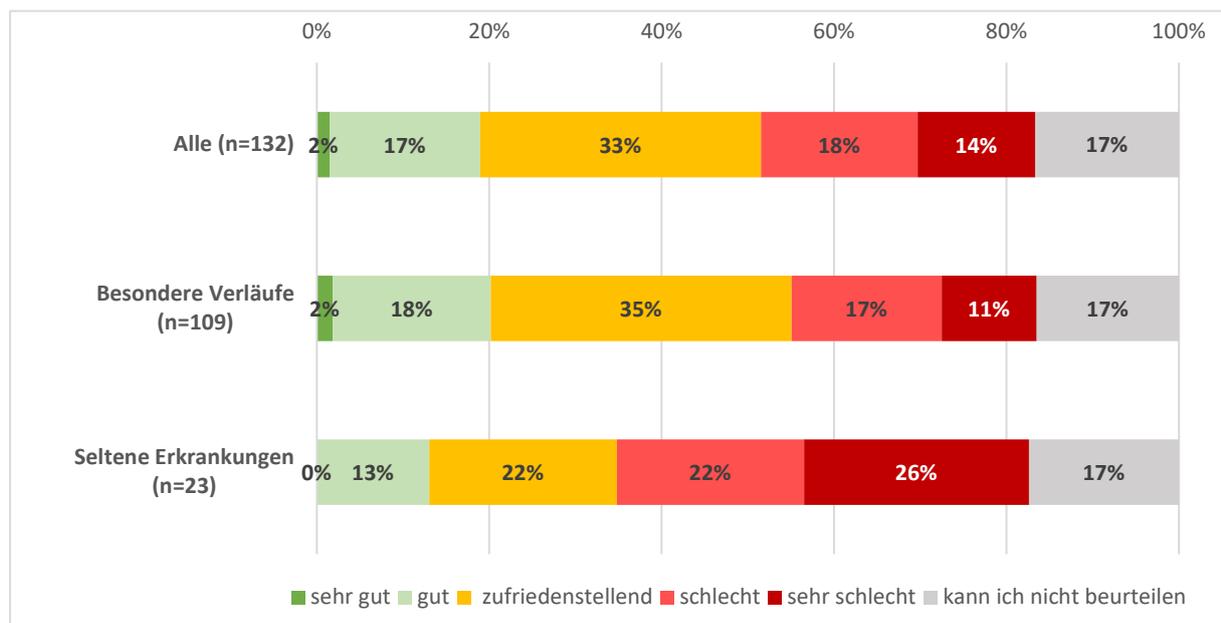


Abbildung 18: Wie bewerten Sie insgesamt das Anzeigeverfahren für die ASV-Teilnahme?

Insgesamt gaben knapp 70% der Teilnehmer an, dass Unterlagen vom ELA nachgefordert wurden; nur bei 14% war dies nicht der Fall. Die restlichen Prozent konnten hierzu jeweils keine Angabe machen.

Auch während der ASV-Teilnahme stellt der zusätzliche Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand nach Einschätzung der befragten Teilnehmer ein wesentliches Hindernis dar (50%). Die unklaren Informationen und Umsetzungsvorgaben wurden sogar von mehr als der Hälfte (54%) als erhebliches oder sehr starkes Problem angegeben.

Zusätzlich wurden auch ein unzureichender Ziffernkranz – vor allem bei den seltenen Erkrankungen - sowie der Aufwand für die Koordination des ASV-Teams als Hindernis genannt. Eine zu geringe Anzahl an ASV-Patienten wurde zwar über alle Befragten hinweg kaum als hinderlich eingeschätzt, jedoch in der Gruppe der Hinzuziehenden Fachärzte war dieser Aspekt für rund ein Drittel (32%) der Befragten ein erhebliches oder sehr starkes Hindernis. Die Fluktuation der Ärzte innerhalb des ASV-Teams stellte nach Einschätzung der ASV-Teilnehmer kein Hindernis dar. (Abbildung 19).

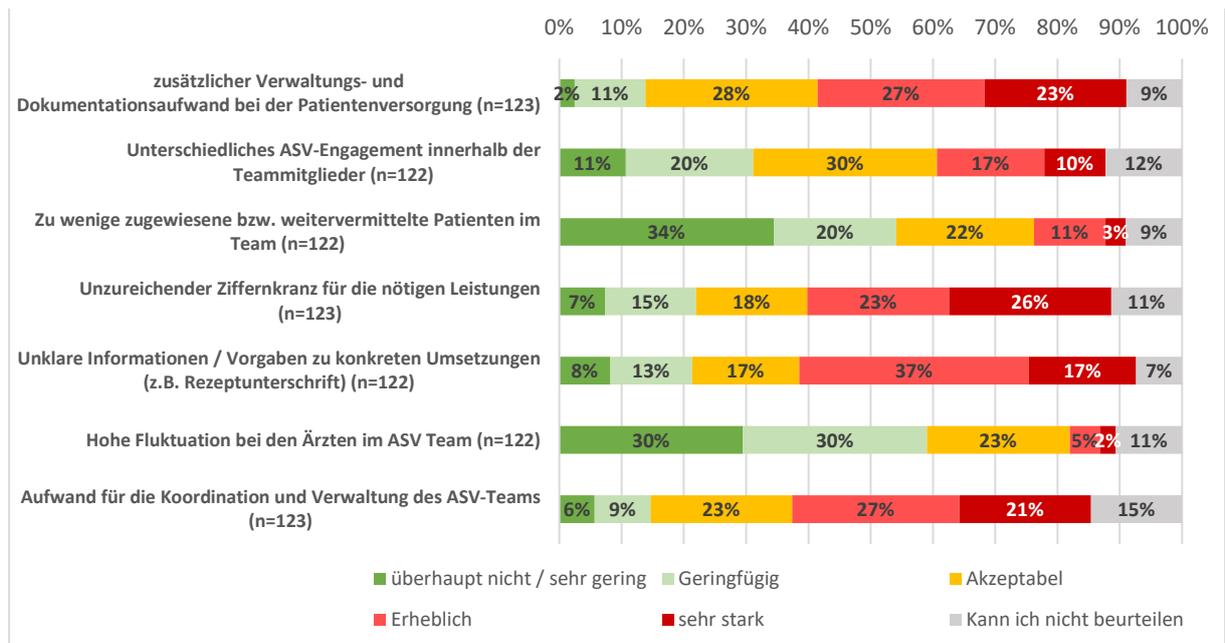


Abbildung 19: Wie stark empfinden Sie folgende Faktoren für Ihr ASV-Team als Hindernis in der praktischen Umsetzung der ASV?

Bei der Online-Befragung teilte über die Hälfte (53%) der ASV-Ärzte bezüglich der Veränderungen, die sich durch die ASV ergaben, eine starke oder leichte Verbesserung des Patientennutzens durch die ASV mit. Im Bereich der abrechenbaren Leistungen sah ebenfalls eine Mehrheit der ASV-Ärzte eine Verbesserung, allerdings auch 17% eine leichte oder starke Verschlechterung (Abbildung 20).

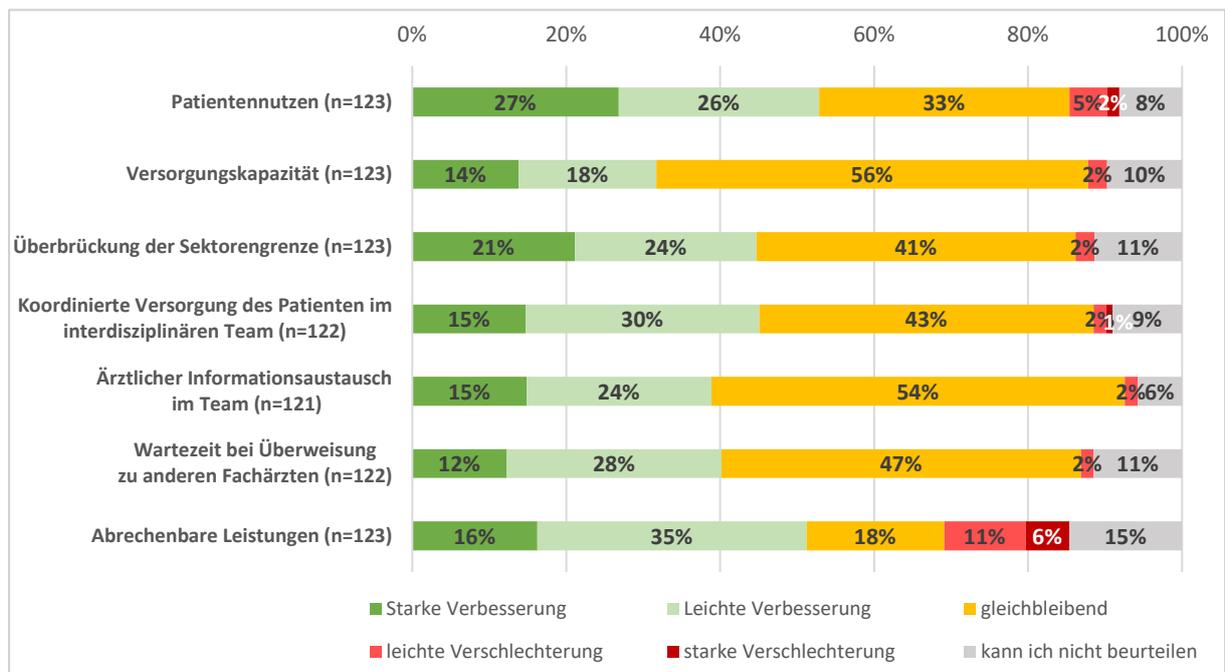


Abbildung 20: Wie haben sich Ihrer Ansicht nach die folgenden Aspekte durch die ASV verändert?

6.5 Patientenperspektive (Arbeitspaket 5)

6.5.1 Patientenvertreter

Teilfragestellung F 8.1 – F 8.3

Die Patientenvertreter berichteten in den Interviews aus sehr verschiedenen Blickwinkeln über die ASV. So wurde zum einen die Patientenperspektive präsentiert, viele hatten aber auch Kontakt zu Ärzten und berichteten über die ASV aus deren Perspektive.

Bezüglich der Einführung der ASV ergab sich ein gemischtes Bild. Von einigen Selbsthilfe- und Patientenorganisationen wurde kritisiert, dass sie nicht oder zu spät in den Prozess eingebunden worden seien. So beschrieb ein Patientenvertreter den Prozess wie folgt: *„Und die Patientenvertreter, die immer nur so ein, wie soll ich sagen, so ein stiefmütterliches Dasein im Vergleich zu den anderen haben, weil sie einfach nicht mitstimmen dürfen, sondern nur beratend da sind, da fühlte ich mich persönlich [...] veräppelt und auch nicht ernst genommen.“*

Andere Vertreter wiederum waren ab dem ersten Referentenentwurf dabei und konnten so mit größerem Einfluss auf den Appendix der jeweiligen ASV einwirken.

Gefragt nach den Barrieren oder Schwierigkeiten bei der Implementierung der ASV wurde angeführt, dass besonders bei den seltenen Erkrankungen die Ärzte mit ausreichendem Wissen zu den jeweiligen Erkrankungen fehlen würden. So sei es oft unmöglich, die Zahl an Ärzten mit der zusätzlich geforderten speziellen Fachrichtung zur Bildung eines Teams an einem Ort zu finden. Eine Aussage lautete:

„Wir haben überhaupt keine Ärzte. [...] Natürlich ist das ein Idealfall Neurologen, Hepatologen, Kinderärzte, [...] aber Fakt ist, wir sind froh, wenn einer sich überhaupt mit der Krankheit befasst.“ Zur Zeit der Datenerhebung in diesem Arbeitspaket gab es für die Erkrankungen Morbus Wilson bundesweit kein und für das Marfan-Syndrom nur sechs bestehende ASV-Teams.

Die Zurückhaltung bei der Teilnahme bei bestimmten Erkrankungsbildern wurde auch auf eine nicht adäquate Vergütung zurückgeführt. So wurde, neben weiteren strukturellen Problemen, wie fehlende Qualifizierung bzw. fehlende Versorgungseinrichtungen, besonders häufig auf die bestehende Abrechnungsproblematik hingewiesen. Da im EBM viele Leistungen, besonders die zeitaufwändigen Gespräche zwischen Arzt und Patient bei komplexen und seltenen Krankheitsbildern, nicht berücksichtigt seien, könne keine kostendeckende Vergütung erzielt werden. Dies wurde z.B. wie folgt in einem Interview eingeschätzt: *„seltene Erkrankungen sind überall Hobby“*. Bezüglich der sehr seltenen Erkrankungen wurden vollkommen neue Herangehensweisen an die Behandlung der Patienten gewünscht. So wurde einmal der Vorschlag genannt, ein explizit spezialisiertes Zentrum pro Bundesland einzurichten mit besonderer Ausbildung der dort tätigen Ärzte.

Als ein weiterer Hauptkritikpunkt wurde eine zu starke Bürokratisierung als Schwäche der ASV aufgeführt. Dies betreffe insbesondere das Anzeigeverfahren, die aufwändigen Qualifizierungsnachweise des Personals, das Vorhandensein besonderer Medizingeräte sowie weitere Nachweise, z.B. zu Mindestmengen versorgter Patienten, die sich zusätzlich je nach ELA unterscheiden. Dies sei eine große, bürokratische und finanzielle „Vorleistung“ für Versorgungseinrichtungen, die sich in manchen Fällen bei den seltenen Erkrankungen nicht refinanzieren ließen. Es wurde erwähnt, dass das Anzeigeverfahren für die Altberechtigung deutlich einfacher gestaltet gewesen sei.

Hingegen wurde die Behandlung in einem interdisziplinären Fachärzteteam sehr positiv bewertet:

„Also die Idee, dass man mit einem Verdacht in diese ASV gehen kann und das da ein fächerübergreifendes Team zur Verfügung steht, die finde ich super, die finden auch alle anderen Patienten super.“ Auch die Tatsache, dass die ASV neue Leistungen (Untersuchungsmethoden) für Patienten ohne Budgetierung beinhaltet, könne die Patientenversorgung verbessern: *„Und deswegen war eben die Hoffnung in die ASV, dass darüber mehr an Versorgung stattfinden kann, dadurch dass die Fachärzte eben nicht mehr budgetiert sind, also nicht diese Regelleistung zu Volumina haben und dadurch eben die*

Versorgung verbessert werden kann. So, ob das jetzt wirklich passiert, ich glaube es ist für Sie vielleicht doof, aber es ist noch zu früh das zu sagen.“

Zusätzlich wurde erwähnt, dass die Erstdiagnose bei komplexen Krankheitsbildern einfacher gestellt oder ein fehlender Patientenzugang zu den Fachärzten (z.B. Rheumatologen) verbessert werden. Darüber hinaus sahen die Patientenvertreter die Chance, über die ASV die Wartezeiten auf einen Facharzttermin zu verkürzen und die Möglichkeit, dass Patienten zertifizierte Zentren besser als solche erkennen.

Ein weiterer positiv bewerteter Punkt für die Patientenvertreter war die Möglichkeit, dass durch die ASV mehrere Ärzte an einem Ort Untersuchungen bzw. Sprechstunden durchführen könnten. Jedoch herrschte Unsicherheit darüber, ob solche gemeinsamen Sprechstunden wirklich stattfinden:

„Das ist ja jetzt so, dass die ASV im Grunde genommen nicht mehr standardmäßig die Ärzte wirklich auch zusammenholt. Man kann zwar als Patient das verlangen und dann muss das auch gemacht werden aber das ist, glaube ich, nicht wirklich realistisch, dass das dann auch passiert. Das wäre etwas, was aus unserer Sicht wirklich auch für die Betroffenen einen Mehrwert bringt. Also wenn diejenigen, die wirklich starke Mobilitätseinschränkungen haben und durch Fatigue und Schmerzen geplagt sind, nicht mit Ihren Zetteln überall hinlaufen müssten, sondern das wirklich vor Ort die Koordination stattfindet und die verschiedenen Ärzte den Patienten dann auch wirklich an dem einen Ort sehen.“

Auf den Wissensstand angesprochen, wurde angemerkt, dass die Patienten zum großen Teil nichts über die ASV wissen würden. Sie würden zwar darüber informiert, dass der Arzt sie in die ASV aufgenommen hat, und es gebe ja auch ein Informationsblatt des G-BA (siehe Anhang N) aber danach spiele das Thema ASV in der Behandlung häufig keine Rolle mehr. Es bestand Uneinigkeit darin, inwieweit die Information zur Teilnahme an der ASV wichtig für die Patienten ist. Nicht alle Patientenvertreter waren der Meinung, dass die Patienten von einem umfangreicheren Wissen über die ASV profitieren würden.

Einige Patientenvertreter waren außerdem der Meinung, dass im Vergleich zu einer vorherigen Behandlung innerhalb der Altberechtigung (ABK) keine wahrnehmbare Veränderung für die Patienten existiere:

„Meine Vermutung ist, dass wir unter anderem deswegen nichts hören, weil sie [die Patienten] es nicht merken oder zumindest der Unterschied zu einer Standardversorgung jetzt nicht so auffällt. Es kann aber auch sein, wenn sie einfach sehr zufrieden sind, dann melden sie sich ja auch nicht bei uns.“ Es wurde jedoch auch bekräftigt, dass dies nicht bedeutet, dass es keine Verbesserungen durch die ASV gibt: *„Also wie gesagt, es ist nicht ideal, ist es nicht, aber es ist, sagen wir mal, das Beste, was zur Zeit wahrscheinlich möglich ist.“*

Sollten Anpassungen bspw. eine Entbürokratisierung des Anzeigeverfahrens erfolgen, wurde die ASV von den Patientenvertretern als eine zukunftssträchtige Versorgungsform angesehen. Eine Patientenvertreterin fasste dies so zusammen:

„So ist die ASV ja auch angelegt, dass es immer wieder auch Ergänzungen zum Appendix geben kann, und ich glaube, Ihr Projekt zeigt ja auch, dass an der ASV durchaus noch gefeilt wird und das jetzt ja auch sehr gründlich evaluiert wird, und deshalb möchten wir die ASV wirklich auch als eine Versorgungsform für die Zukunft sehen.“

6.5.2 Patienten

Teilfragestellung F 8.4

Die meisten ASV-Patienten in der Stichprobe waren wegen einer häufigen Indikation im Bereich Rheuma Erwachsene, gynäkologische Tumoren und GIT in Behandlung (Tabelle 17), es nahmen aber auch einige Patienten mit seltenen Erkrankungen wie pulmonale Hypertonie, Marfan-Syndrom oder Sarkoidose an der Umfrage teil (siehe hierzu auch Anhang H).

Tabelle 17: Patienten mit den jeweiligen Erkrankungen in der Gesamtstichprobe

Behandelte Erkrankungen	ASV-Patienten		RV-Patienten	
	Zahlen, % in Klammer		Zahlen, % in Klammer	
Rheuma Erw.	83	(17,2)	5	(1,0)
Gyn. Tumore	69	(14,3)	70	(14,5)
GIT	61	(12,6)	32	(6,6)
Pulmonale Hypertonie	26	(5,4)	0	(0,0)
Selt. Lebererkrankungen	23	(4,8)	2	(0,4)
Sarkoidose	16	(3,3)	0	(0,0)
Marfan-Syndrom	12	(2,)	0	(0,0)
Tb / atyp. MB	6	(1,2)	0	(0,0)
Urol. Tumore	5	(1,0)	29	(6,0)
Hauttumore	0	(0,0)	7	(1,4)
Mukoviszidose	0	(0,0)	0	(0,)
Hämophilie	0	(0,0)	4	(0,8)
M. Wilson	0	(0,0)	0	(0,0)
Lunge / Thoraxtumoren	5	(1,0)	22	(4,6)
Kopf-Hals-Tumoren*	0	(0,0)	1	(0,2)
Mehrere Erkrankungen	1	(0,2)	4	(0,8)

RV: Regelversorgung. * Händisch von Patienten eingetragen

Bezüglich des allgemeinen Informationsstandes über die ASV waren wenige Unterschiede zwischen den Patienten in der ASV und denen in der Regelversorgung (RV) erkennbar. ASV-Patienten fühlten sich signifikant besser informiert und 40,8 % dieser bezeichneten die Aussage „Ich fühle mich gut über die ASV informiert“ als voll zutreffend (Abbildung 21). Verglichen damit stimmten dieser Aussage nur 32,4 % der Patienten aus der RV zu. Trotz eines hohen Anteils an Patienten, die sich gut über die ASV informiert fühlen, besteht in beiden Gruppen bei knapp unter 20 % der Patienten der Wunsch nach weiterführenden Informationen zur ASV (Abbildung 21). Bei dieser Frage konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden. Insgesamt gab es bei dem Antwortverhalten auf beide Aussagen aber keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Um die Ergebnisse zum Wissensstand einordnen zu können und zu überprüfen, ob die Patienten wissen, dass sie innerhalb der ASV bzw. der Regelversorgung versorgt werden, erfolgte eine Selbsteinschätzung durch die Frage: „Werden Sie aktuell im Rahmen der ASV versorgt?“. Die Überprüfung fand anhand der Pseudonymisierung der Einrichtungen statt. 434 Patienten beantworteten diese Frage. 48 % der ASV-Patienten gaben korrekt an, dass sie momentan in der ASV behandelt werden, 7 % haben fälschlicherweise angegeben, dass sie nicht in der ASV behandelt werden und 45 % wussten es nicht. Auch bei den Patienten der RV kam es zu Falscheinschätzungen: 22 % gaben an, in der ASV behandelt zu werden. 61 % wussten es nicht.

Nur für knapp ein Viertel der Patienten, unabhängig von der Versorgungsform, hat die ASV eine Rolle bei der Entscheidung für den hauptsächlich behandelnden Arzt gespielt. Die Hälfte aller Patienten hat zu Beginn der Behandlung innerhalb der ASV eine (schriftliche) Information von ihrem Arzt erhalten und konnte Fragen zur ASV stellen, die verständlich beantwortet wurden.

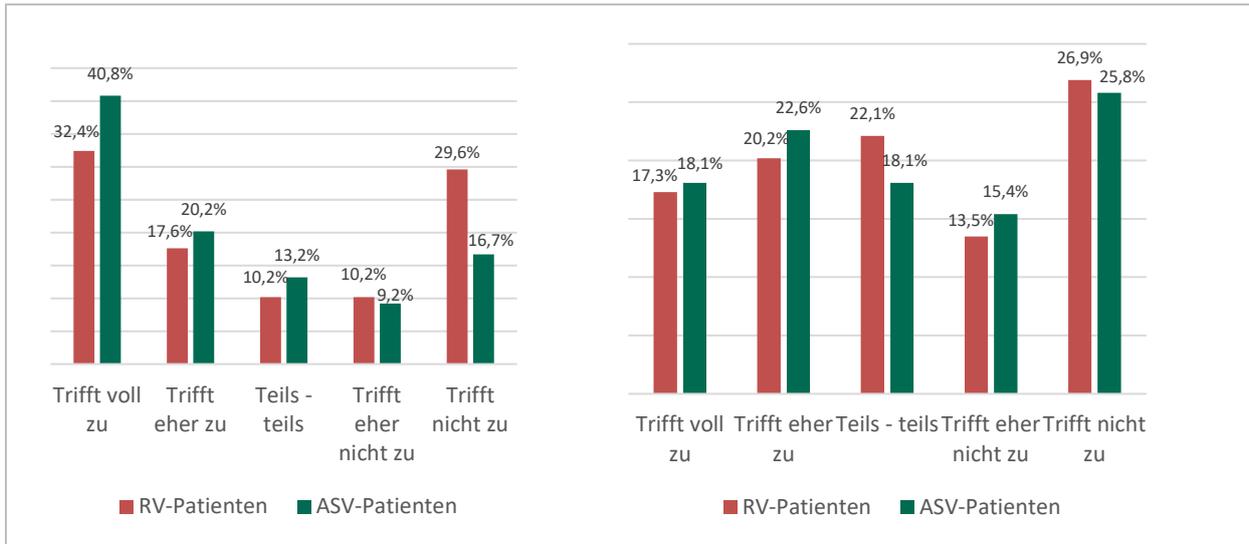


Abbildung 21: Informationsstand und Wünsche

Links: „Ich fühle mich gut über die ASV informiert“ (n=336), $p < 0.020$ (Mann-Whitney-U-Test zum Antwortverhalten der gesamten Frage). **Rechts:** „Ich wünsche mir mehr Informationen zur ASV“ (n=325), keine signifikanten Unterschiede.

Seit der Aufnahme in die ASV konnte von einer Mehrheit der Patienten keine Veränderungen in der Behandlung festgestellt werden (41 % „weiß ich nicht“). Ein Drittel empfindet die Behandlung als verbessert oder unverändert, 0,6% geben eine Verschlechterung durch die ASV an. Von allen Patienten, gaben 20 % an, dass es in der Einrichtung die Möglichkeit einer gemeinsamen Sprechstunde mehrerer Fachärzte gebe und 12 % hatten diese Möglichkeit bereits genutzt. Die Unterschiede in den Angaben zwischen den Patientengruppen (ASV/RV) waren hier minimal und nicht signifikant.

Ein Großteil der Patienten gab an, innerhalb von 14 Tagen einen Behandlungstermin zu erhalten, unabhängig davon, ob es sich um einen Ersttermin oder um Folgetermine handelt (Abbildung 22).

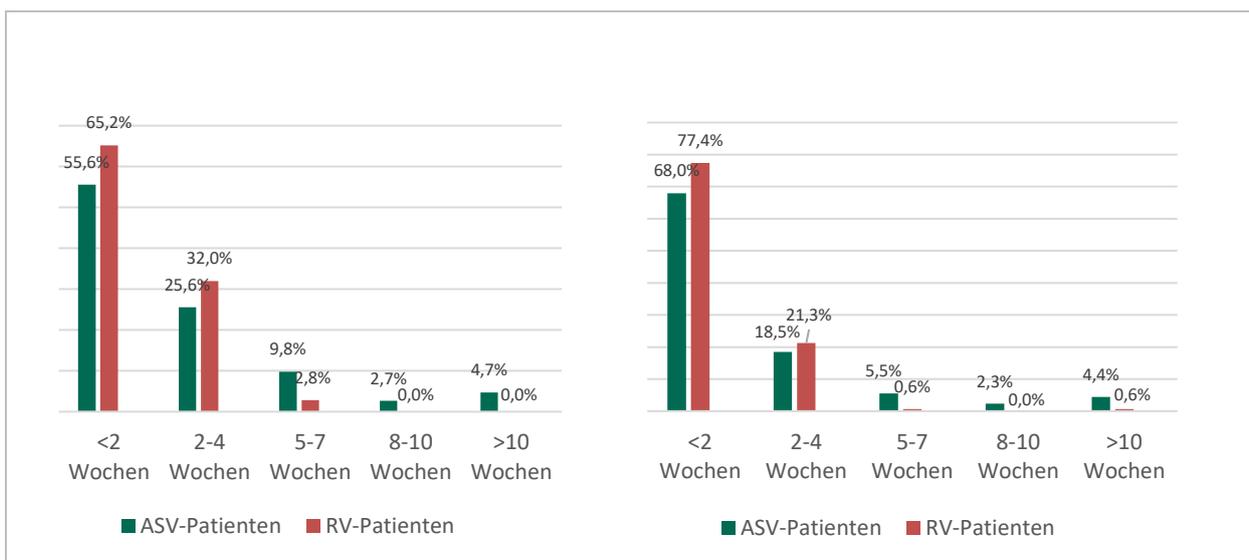


Abbildung 22: Wartezeiten in der ASV

Angegebene Wartezeiten der Patienten. Links: auf den **ersten Termin** (n=475; $p = 0.005$, Mann-Whitney-U-Test zum Antwortverhalten der gesamten Frage). Rechts: **Folgetermine** (n=439; $p = 0.019$, Mann-Whitney-U-Test zum Antwortverhalten der gesamten Frage). RV: Regelversorgung. .

Insgesamt sind die berichteten Wartezeiten der Patienten in der RV signifikant kürzer als die der ASV-Patienten. Zudem sind über 80 % der Ärzte für Patienten innerhalb von 30 Minuten erreichbar, dabei gibt es kaum Unterschiede zwischen ASV- und RV-Patienten.

Auch die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und anderen Behandlern, Überweisungen zu anderen Fachärzten und der Wissensstand der Ärzte bei Folgeterminen wurden von beiden Patientengruppen (RV/ASV) ähnlich positiv bewertet (Abbildung 23). Es fällt auf, dass die ASV-Patienten insgesamt alle Aspekte etwas positiver bewerten als die Patienten in der RV, jedoch war lediglich der Bereich Zusammenarbeit mit Heilmittelerbringern (Physio-, Ergotherapeuten, Logopäden etc.) statistisch signifikant.

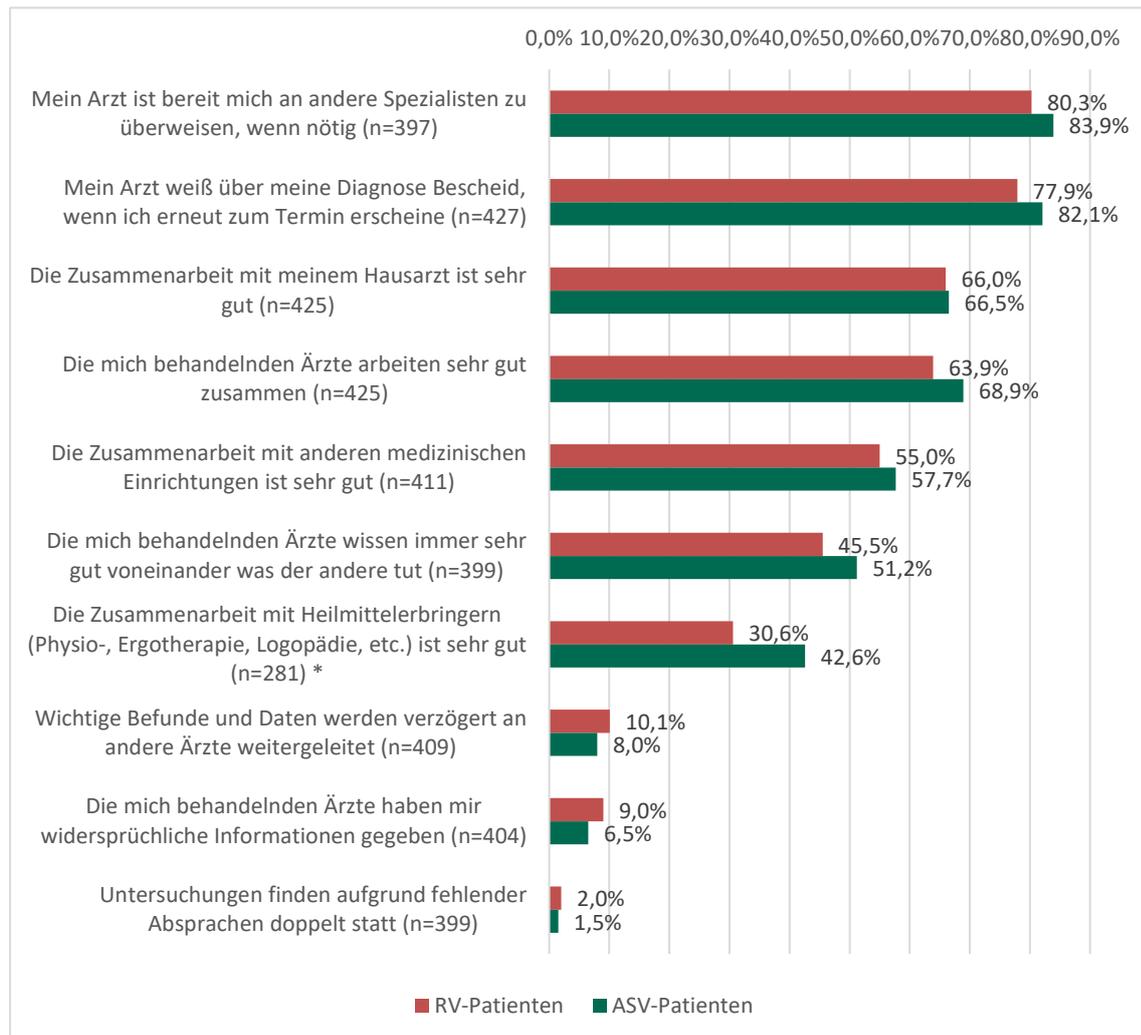


Abbildung 23: Eingeschätzte Bestandteile der Kooperation zwischen den Ärzten

(„Welche Aspekte sind immer Teil der Zusammenarbeit?“). * * $p = 0.016$ (Mann-Whitney-U-Test zum Antwortverhalten der gesamten Frage).. Zu den Antwortmöglichkeiten siehe Anlage 6.

Sämtliche Streu- und Lagemaße, Teststatistiken und p-Werte für die einzelnen Fragenelemente bzw. Variablen finden sich im Anhang O.

6.6 Aufwand und Ertrag (Arbeitspaket 6)

6.6.1 Ärztebefragung

Teilfragestellung F 6.1, F 6.2, F 6.3, F 6.5

Die Interviews mit den Teamleitern zeigten, dass sich die Bewertung und Attraktivität der ASV aus Sicht der Leistungserbringer sehr stark insbesondere zwischen häufigen und seltenen Erkrankungen unterscheidet. Einheitlich wurde der immense Aufwand für das Anzeigeverfahren kritisiert, der sich durch die hierfür beanspruchte Arbeitszeit der Teamleitungen und der Verwaltungsmitarbeiter ergab. ASV-Ärzte in großen Klinikverbänden und -konzernen hatten oftmals den Vorteil, auf Verwaltungsstrukturen zurückgreifen zu können, insbesondere wenn diese bereits Erfahrungen und Kenntnisse aus vorangegangenen ASV-Teamgründungen gesammelt hatten und somit den Arbeitsaufwand für die Teamleitungen etwas reduzieren konnten.

In der Online-Befragung beurteilten weniger als 10% der befragten ASV-Ärzte den Aufwand für das Anzeigeverfahren als angemessen, hingegen über 60% als unangemessen oder übertrieben hoch. Knapp ein Drittel der Befragten hatte für den Vorbereitungs- und Anzeigeprozess externe bzw. juristische Beratung in Anspruch genommen. Über die Hälfte konnte keine Angaben zur Größenordnung der dafür angefallenen Kosten machen, bei 22% lagen die Kosten zwischen 1.000 - 5.000 Euro, bei 11% bei mehr als 5.000 Euro.

Außerdem berichteten die Interviewteilnehmer von Zusatzaufwand in der laufenden Umsetzung der ASV, der sich bei der Teamleitung durch die laufende Koordination und Pflege des ASV-Teams (Melden bei Ausscheiden sowie Neueintritt von Ärzten) ergibt, sowie von zusätzlichem Verwaltungsaufwand z.B. durch die Trennung zwischen Patienten der Regelversorgung und ASV-Patienten und die entsprechende Schulung der nichtärztlichen Mitarbeiter. Ein häufig angeführter Kritikpunkt war auch der Mehraufwand, der durch nötige Rückfragen bei den zuweisenden Hausärzten entsteht (ASV-Feld auf dem Überweisungsschein nicht angekreuzt). Von den niedergelassenen Ärzten wurden die Kosten für die ASV-Abrechnungssoftware erwähnt, die sich vor allem bei den hinzuzuziehenden Fachärzten und hier insbesondere bei Fachrichtungen mit nur wenigen ASV-Patienten kaum lohnen. Beispielhaft zeigt sich dies in der folgenden Aussage einer Teamleitung, in der Hinzuzuziehende den zusätzlichen Aufwand scheuen und daher als Passivmitglieder keine ASV-Patienten abrechnen:

„Ja, die machen das nicht, die Dermatologinnen, also denen ist das zu aufwändig. Ich habe denen schon gesagt, ich übernehme die Kosten, die, also die sind auch bei [Anm.: Name des Software-Anbieters], [...] dass die das in ihrem Programm freischalten können, weil die einfach unglaublich nett sind dass ich da gut sagen kann ok, das zahle ich euch mal, also, aber die wollen das nicht, das ist denen irgendwie zu umständlich. Die Nephrologen haben zwei oder drei Patienten drin und die anderen kommen jetzt so langsam, also dass die darüber überhaupt abrechnen wollen.“

Das Verhältnis von Aufwand zu Ertrag in der ASV hängt somit u.a. maßgeblich von der Zahl der ASV-Patienten ab, die der einzelne ASV-Teilnehmer versorgt bzw. zugewiesen bekommt. Fixkosten rechnen sich nur bei einer relevanten Patientenzahl durch Skaleneffekte. Bei der Anzahl der versorgten ASV-Patienten zeigte die Online-Befragung erhebliche Unterschiede zwischen den Teamleitungen und den Teammitgliedern (Kernteam und Hinzuzuziehende Fachärzte), wie in Abbildung 24 dargestellt.

Bei den Hinzuzuziehenden Fachärzten hatten 40% der Befragten weniger als 10 ASV-Patienten im Quartal.

Mehr als die Hälfte der ASV-Teamleiter gab in der Online-Umfrage an, dass es in ihrem Team sogenannte Passiv-Teilnehmer gebe, die gar keine ASV-Patienten behandeln respektive zugewiesen bekämen (unfreiwillige Passiv-Teilnahme). Lediglich 31% gaben an, dass es in ihren ASV-Teams keine Passiv-Teilnehmer gebe (Abbildung 25).

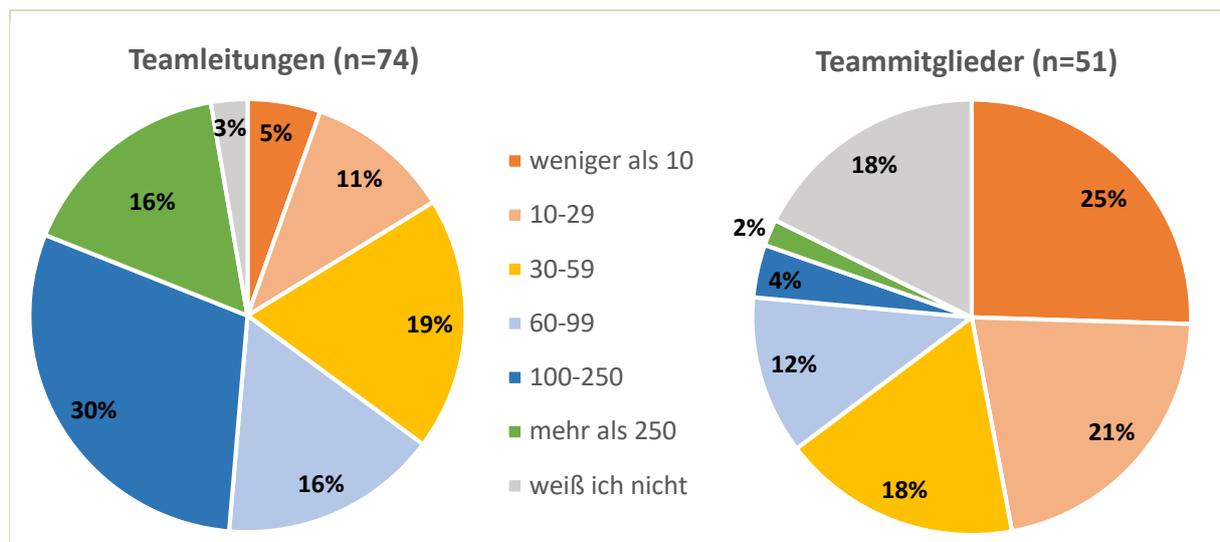


Abbildung 24: Wieviele ASV-Patienten haben Sie persönlich im letzten Quartal versorgt?

Stellvertretend für diese Problematik sei hier die Mitteilung einer Ärztin, die an der Online-Befragung teilgenommen hatte, zitiert:

„Ich habe an Ihrer Umfrage teilgenommen und möchte gerne ergänzen, dass mir als Psychologische Psychotherapeutin, die in der ASV-Urologie ... gemeldet ist, bisher keine Patienten überwiesen wurden. Außerdem dass die Vergütung für uns niedergelassene Psychotherapeuten im Rahmen des ASV alles andere als attraktiv ist, weswegen ich momentan auch kein Interesse an dieser Form der Abrechnung hätte. Auch die Teilnahme am Tumorboard, die mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden wäre (weil sie zusätzlich Ausfallszeit in der Praxis generiert), wird mir nicht vergütet. Insofern gibt es hier keinen direkten Austausch mit den anderen Professionen Der Austausch wird auch aktiv von den anderen Teilnehmern nicht gesucht. Insofern ist die Psychoonkologie im ambulanten Setting leider immer noch ein Stiefkind. Beim DMP Brustkrebs ist das schon besser gelöst: das Antragsverfahren bei den Krankenkassen fällt weg, es gibt keine Kontingentbegrenzung und die Vergütung ist einigermaßen angemessen“.

Ein Gynäkologe bemerkte: *„... Frauen wechseln ihren Gynäkologen nicht wegen der ASV. Auch Risikoschwangere mit z.B. seltenen Autoimmunerkrankungen nicht. Wir haben als gynäkologische ASV-Teilnehmer im Segment Hinzuzuziehende bisher in vier Quartalen keine einzige ASV-Patientin zugewiesen bekommen.“*

Es wurde aber auch von freiwilligen Passiv-Teilnehmern berichtet, bei der ein Teammitglied zwar vereinzelte ASV-Patienten behandle, diese jedoch nicht in der ASV abrechnet. Gemäß dieser Definition gaben 43% der Teamleiter an, Passiv-Teilnehmer in ihrem Team zu haben, rund ein Viertel wusste dies nicht einzuschätzen. Dies traf sowohl auf die seltenen Erkrankungen wie auf die Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufe zu.

In der qualitativen Befragung der Teamleiter wurde darüber hinaus über alle Indikationen hinweg von Problemen mit dem starren Ziffernkranz berichtet, der in der ASV abrechnungsfähig ist. Dies betrifft sowohl einzelne Leistungen, die aus Sicht der Ärzte medizinisch notwendig seien aber im Ziffernkranz fehlten (z.B. Ga-Dotatoc-PET bei gastrointestinalen neuroendokrinen Tumoren, Laborscreenings zu Autoimmunhypophysitis und Pankreatitis bei Hauttumoren, Laborparameter Ferritin bei Mukoviszidose, etc.). Zusätzlich wurde die zeitlich stark verzögerte Übernahme von Anpassungen im EBM in den ASV-Ziffernkranz kritisiert (Appendix-Update nur einmal jährlich), z.B. bei der

Molekularpathologie, Biomarkertests bei Mammakarzinom (Genotypisierung). Auch würden EBM-Änderungen vom G-BA teils nicht in die ASV übernommen (z.B. Companion-Diagnostik bei Ovarialkarzinom und Prostatakarzinom, GOP 11601, 19453, 19456). Diese Problematik zeigt sich auch für Nicht-EBM-Leistungen, z.B. im Rahmen der Onkologievereinbarung: die GOP 86520 (Zusatzpauschale orale Tumorthherapie) wurde erst ein Jahr, nachdem diese in der Regelversorgung ansetzbar war, in die ASV übernommen. Darüber hinaus wurden nicht nachvollziehbare Regelungen gerügt. So kann zwar die GOP 86520 inzwischen in der ASV angesetzt werden, eine orale Tumorthherapie besteht aber in den allermeisten Fällen in einer Monotherapie und damit nicht in der in der ASV-RL geforderten "multimodalen Therapie". Die GOP 86518 (palliative Versorgung, Schmerztherapie etc.) ist ebenfalls inzwischen in der ASV abrechenbar, der Leistungsinhalt schließt aber eine tumorspezifische Therapie aus, und damit in jedem Fall auch eine multimodale Therapie. De facto können die GOP 86520 und 86518 daher überhaupt nicht in der ASV angesetzt werden.

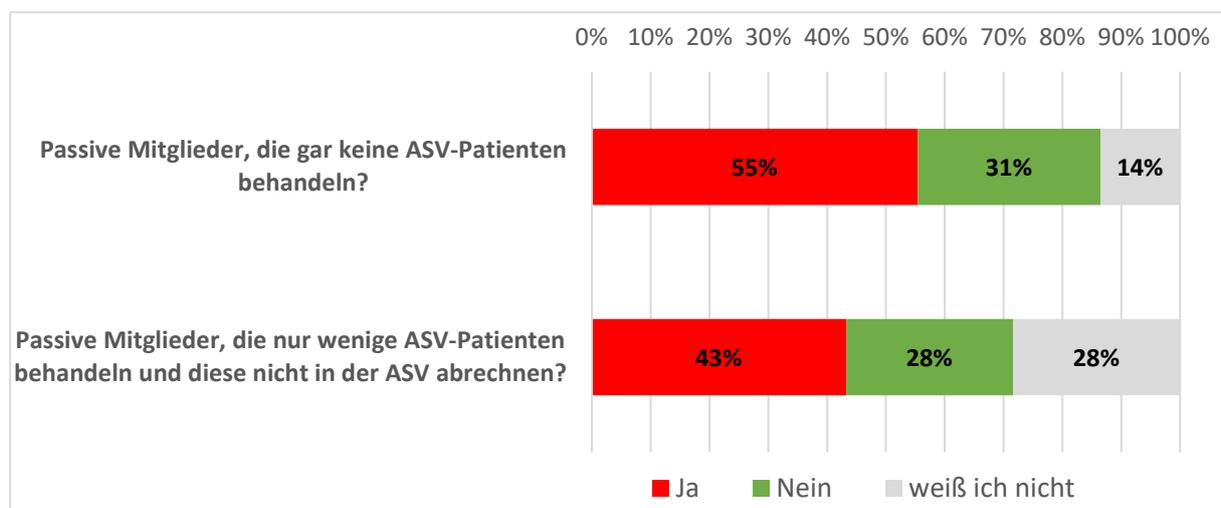


Abbildung 25: Anteil Passivteilnehmer

Außerdem beklagten die Teamleiter das Fehlen einer niederschweligen Informationsplattform, um sich über erfolgte Anpassungen informieren zu können. Auf der anderen Seite wurden teilweise auch verbesserte Abrechnungsmöglichkeiten von einzelnen Leistungen in der ASV gelobt, die in der Regelversorgung (noch) nicht möglich sind (z.B. PET-CT, Elastographie der Leber bei seltenen Lebererkrankungen, etc.). Hinsichtlich der generellen Vergütungssituation in der ASV ergab sich in den Interviews ein deutlich zweigeteiltes Stimmungsbild zwischen den Teamleitungen aus dem Bereich der Indikationen der Tumorerkrankungen und rheumatischen Erkrankungen auf der einen und den seltenen Erkrankungen auf der anderen Seite. Die Vergütung bei den häufigen Erkrankungen wurde als generell auskömmlich beschrieben, bedingt durch die hohen Fallzahlen und die sich daraus ergebenden Skaleneffekte sowie für niedergelassene Ärzte vor allem auch durch die fehlende Mengenbegrenzung und das fehlende Regelleistungsvolumen-Budget. Beispielhaft zeigt sich dies in der folgenden Aussage aus einem Interview:

„also finanziell ist das sehr attraktiv, ja weil ich die, wir sind ja immer über dem Budget mit unseren Leistungen, insbesondere mit unseren Laborleistungen, und die sind ja alle raus, [...] raus aus der Budgetierung, das heißt, ich kriege für die Patienten, die nicht in der ASV sind, auch voll alles, fast alles, bezahlt, was ich anfordere und die ASV-Patienten oben drauf, also das heißt, die sind wirklich on top, ich kriege fast genauso viel aus der Regelversorgung wie vorher und die ASV zusätzlich, also das ist schon sehr attraktiv“.

Bei den seltenen Erkrankungen wurde dagegen in den Interviews vielfach geschildert, dass aufgrund der geringen Fallzahlen und fehlender Skaleneffekte generell keine kostendeckende Vergütung in der ASV gegeben sei. Zusätzlich wurde die Bewertung mit dem EBM als problematisch dargestellt, da bei ASV-Patienten in diesen Indikationen häufig eine sehr aufwändige und zeitintensive Betreuung notwendig ist, die sich nicht in der EBM-Kalkulation widerspiegelt, die auf einem durchschnittlichen Case-Mix beruht. Dies trifft zum Teil auch im Vergleich mit dem bisherigen Versorgungsbereich (z.B. ABK, Regelversorgung) zu.

Bei der Online-Befragung sahen über die Hälfte der ASV-Ärzte eine Verbesserung im Bereich der abrechenbaren Leistungen, allerdings auch 17% eine leichte oder starke Verschlechterung. Konkret nach der Vergütung in der ASV im Vergleich zur Situation zuvor befragt, zeigten sich bei Ärzten aus dem im Bereich der Erkrankungen mit besonderen Verläufen (Tumoren, Rheuma) vor allem Verbesserungen, dagegen bei den seltenen Erkrankungen eher Verschlechterungen (Abbildung 26).

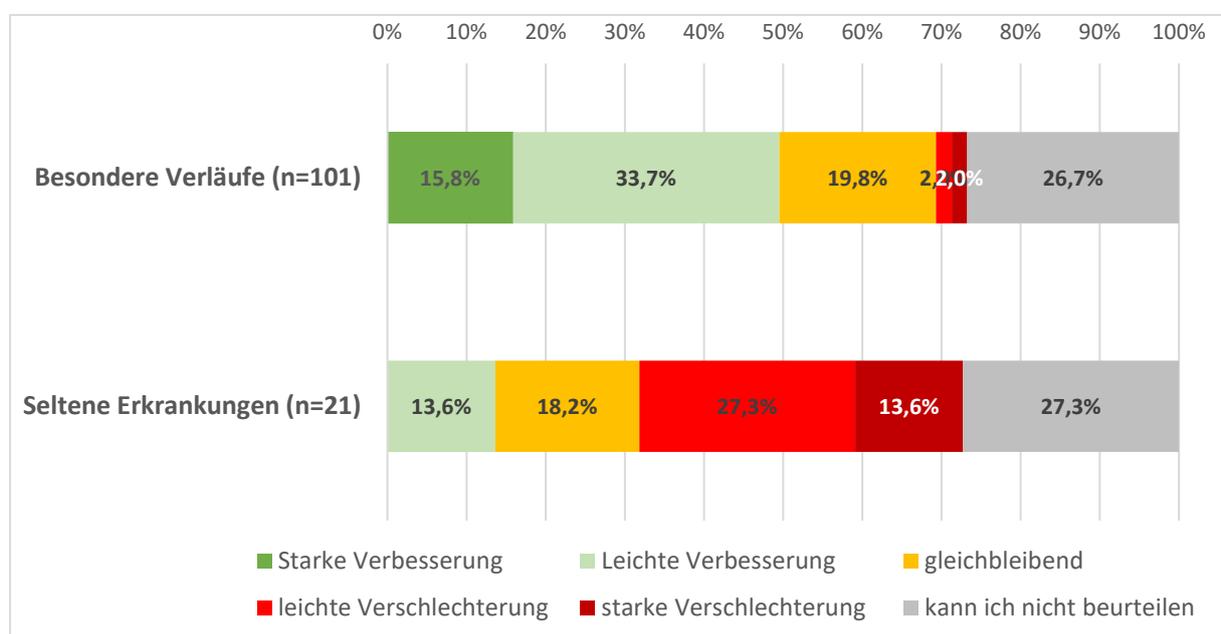


Abbildung 26: Wie beurteilen Sie insgesamt die Vergütung in der ASV im Vergleich zur Vergütung vor der ASV-Teilnahme?

Über alle Indikationen hinweg wurde die Vergütungsveränderung durch die ASV von den befragten Teamleitern positiver eingeschätzt als von den Hinzuzuziehenden Fachärzten, ebenso wie von den Niedergelassenen tendenziell besser als von den Klinik-Ärzten, wobei in der letzteren Gruppe knapp ein Drittel der Befragten angab, dies nicht beurteilen zu können. Bei den niedergelassenen Ärzten wurde zusätzlich gefragt, wie relevant der Wegfall der Mengenbegrenzung für im Kollektivvertrag budgetierte Leistungen sei. Dabei gab knapp die Hälfte der Befragten an, dass dies für sie einen starken oder sogar sehr starken Aspekt der Vergütung innerhalb der ASV darstelle. Lediglich für rund ein Drittel war dies überhaupt nicht oder geringfügig relevant. Der Aspekt der zusätzlichen, nur in der ASV ansetzbaren GOP der Kapitel 50 und 51 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) oder der NUBs, wurde insgesamt von rund einem Viertel aller befragter ASV-Ärzte als sehr stark oder stark relevant angesehen.

6.6.2 Auszahlungsquoten und Bereinigungsverfahren

Teilfragestellung F 6.4

Da Aufwand und Ertrag bei den Vertragsärzten u.a. auch davon abhängen, welcher Unterschied in der Vergütung (Honorar) zwischen Regelversorgung und ASV zu erwarten ist und wie sich die Bereinigung der ASV-Leistungen im Kollektivvertrag auswirkt, wurden alle 17 KVen angeschrieben und um Übermittlung der Auszahlungsquoten bzw. Obergrenzen für RLV und QZV (Anteil vergüteter an angeforderten EBM-Leistungen) sowie der Bereinigungsebene gebeten. Um Verzerrungen durch die COVID-19 Situation zu vermeiden, wurden die Daten für das Q 4/2019 erbeten. Sieben KVen antworteten (Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen, Sachsen, Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe). Dabei teilte die KV Hessen mit, dass man sich aktuell aufgrund der Zusatzbelastungen durch die COVID-19 Pandemie nicht in der Lage sehe, die erbetenen Daten bereitzustellen. Von den übrigen KVen, also Berlin, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein, Sachsen-Anhalt, Rheinland-Pfalz und Saarland erhielten wir keine Rückmeldung. Der Anhang Q enthält die Übersicht zu den Rückmeldungen.

Wir haben zusätzlich bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) angefragt und dort um die Auszahlungsquoten ersucht, diese wurde zeitnah zugesagt und auch als Excel-Tabellen zur Verfügung gestellt (siehe Anhang P). Bezüglich der Ertragsabschätzung zeigen die Auszahlungsquoten im Kollektivvertrag eine große Bandbreite hinsichtlich KV-Region und Fachgruppe. So lagen diese beispielsweise im Quartal 4/2019 bei den Rheumatologen zwischen 76,7% (Bayern) und 99,4% (Hamburg). Bei den Radiologen lag diese in Westfalen-Lippe bei 70,3%, in Bremen bei 98,9%, bei den Humangenetikern in Berlin bei 62,4% und in Niedersachsen bei 99,9% (Anhang P). Es ergeben sich also unterschiedliche Anreize für die Teilnahme an der ASV je nach KV-Bezirk und Fachgruppe. Seit Bestehen der ASV bis einschließlich Q4 2020 wurden 22,7 Mio € aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung bereinigt (KBV 2021).

Bezüglich der von uns angefragten Bereinigungsebene teilte die KV Bayern mit, auf Einzelarztebene zu bereinigen, Baden-Württemberg, Westfalen-Lippe sowie Sachsen bereinigen auf Fachgruppenebene, in Schleswig-Holstein wird ein Mischsystem aus Fachgruppe und Einzelarzt angewendet und in Niedersachsen wird auf Ebene der MGV bereinigt, wobei hier angegeben wurde, dass eine Bereinigung auf Fachgruppenebene in Planung sei (Anhang Q). Somit unterscheiden sich – wie bei den Auszahlungsquoten – auch die Bereinigungsebenen in den einzelnen KVen erheblich.

Unsere Interviews mit ASV-Teamleitern sowie die Befragungen der Ärzte zeigten, dass die Mehrheit den Begriff sowie die Auswirkungen der Bereinigung im Rahmen der ASV nicht oder nicht ausreichend verstehen bzw. überblicken. Bei der Online-Befragung wussten deutlich über die Hälfte der niedergelassenen ASV-Ärzte nicht, ob bei ihnen bereits eine Bereinigung der Regelleistungsvolumina erfolgte. Nur 10% gaben an, dass dies bei ihnen bereits der Fall war, ein rund Drittel verneinte dies.

Potenziell positive Anreize der für Leistungserbringer für die Entscheidung, an der ASV teilzunehmen, dürften die fehlende Mengenbegrenzung sowie RLV-Budgetierung als auch die in der ASV zusätzlich möglichen Vergütungen darstellen. Die Vergütung der Leistungen ist in der ASV-RL einerseits über den Abschnitt 1 des Appendix definiert, in dem alle abrechenbaren EBM-GOP für alle Fachgruppen spezifiziert sind. Darüber hinaus sind in Abschnitt 2 des Appendix ausschließlich im Rahmen der ASV berechnungsfähige GOP aufgelistet (sog. Verbotsvorbehaltsleistungen, EBM Abschnitt VII), darunter z.B. die augenärztliche Grundpauschale beim Marfan-Syndrom oder der zusätzliche Aufwand für die Betreuung eines Tumorpatienten (GOP 07345). Diese sind entweder in den Kapiteln 50 und 51 des ASV-EBM überführt (siehe Anhang R) oder werden bis dahin vorübergehend nach GOÄ vergütet (z.B. Laborleistungen wie Genexpressionsanalyse, technische Leistungen wie PET/PET-CT oder GA-PSMA PET sowie weitere ärztliche Leistungen). Außerdem sind im Abschnitt 2 des Appendix auch Leistungen im Rahmen der Kostenpauschalen der OV gemäß BMV-Ä Anlage 7 aufgelistet.

Akronym: GOAL-ASV

Förderkennzeichen: 01VSF19002

Dabei ist zu beachten, dass die GOP der EBM-Kapitel 50 nur für Ärzte einiger Fachgruppen und nur bei einigen Konkretisierungen (z.B. Tb, Rheuma, Hämophilie) abrechenbar sind. Auch die GOP der EBM-Kapitel 51 sind nicht für alle Teilnehmer ansetzbar. Die Zusatz-/Kostenpauschalen der im Rahmen der Onkologievereinbarung ansetzbaren GOP beschränken sich naturgemäß auf die Ärzte, welche Tumorpatienten betreuen.

6.7 Expertenworkshops (Arbeitspaket 7)

Aus den beiden Workshops ergaben sich relevante Hinweise bezüglich des Verwertungspotentials zur Weiterentwicklung der ASV-RL, diese wurden teilweise in die Empfehlungen (Abschnitt 8.2) aufgenommen.

7. Diskussion der Projektergebnisse

7.1 Kritische Diskussion, Bewertung und Fazit

Die hier vorgelegten Daten geben erstmals einen detaillierten Einblick in den Status quo und die Herausforderungen bzw. Probleme in der bisherigen Umsetzung der ASV. Sie können zur Identifizierung von Fehlversorgung, Fehlallokationen und Schnittstellenproblemen beitragen und sollten für die Weiterentwicklung der ASV-RL genutzt werden.

Die ASV beinhaltet im Prinzip das Potenzial für ein innovatives Versorgungskonzept und eine grundsätzliche Veränderung und Verbesserung der fachärztlichen Versorgung in Deutschland in Bezug auf seltene Erkrankungen und solche mit komplexem Verlauf und dem Bedarf an interdisziplinärer Versorgung. Durch die Möglichkeit, interdisziplinäre und zumindest formal sektorenübergreifend spezialisierte Teams, bestehend aus niedergelassenen Vertragsärzten und Klinikärzten für diese Versorgungsentitäten aufzusetzen, könnte die ASV ein wichtiges Instrument für eine bedarfsgerechtere Versorgung dieser Patientengruppen sein. Erstmals wurde ein einheitlicher Ordnungsrahmen bezüglich Zugang, Qualitätssicherung und Vergütung für Vertragsärzte und Klinikärzte geschaffen.

Die **Chancen** liegen insbesondere in:

- Intensivierung der Leistungserbringerkooperation
- Bessere Vernetzung und Abstimmung im Versorgungsteam
- Anwendung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)
- Keine Limitierung der Leistungsvergütung, keine Mengenbegrenzung
- Keine Budgetierung über Regelleistungsvolumina
- Vergütung zusätzlicher Leistungen durch neue Kapitel 50 und 51 im EBM
- Umfängliches Verordnungsrecht
- Juristisch einwandfreie Kooperationsform zwischen den Sektoren
- Kein Überweisungserfordernis bei zuvor stationären Fällen
- Freie Arztwahl bleibt erhalten.

Inzwischen hat die ASV Fahrt aufgenommen. Dies hängt unserer Einschätzung nach einerseits mit der Erweiterung der Indikationsgebiete, insbesondere Rheuma mit hohen potenziellen Patientenzahlen, und andererseits mit den zunehmend auslaufenden ABK-Altberechtigungen zusammen.

Insgesamt erfolgt die **Umsetzung jedoch weiterhin träge, komplex** und ist belastet durch den gesetzgeberischen Konflikt zwischen Leistungserbringer-freundlichen Anreizen einerseits und der Angst vor unkontrollierter Ausgabenentwicklung andererseits.

Beratung und Verabschiedung der krankheitsspezifischen Konkretisierungen kommen im G-BA nur sehr langsam voran. In den Konkretisierungen des G-BA wird die Abrechenbarkeit von Leistungen in einem extrem hohen Detailgrad „GOP-genau“ geregelt, also je GOP des EBM jeweils getrennt für die Arztgruppen und die Konkretisierungen. Bei 2.000 GOP's für 20 Arztgruppen in 20 Konkretisierungen sind das 800.000 Ja-Nein Entscheidungen (Klakow-Franck, 2016).

Aber auch nach Inkrafttreten der Beschlüsse vergeht teilweise relativ viel Zeit, bis erste Teams ihre Arbeit aufnehmen können. Dies liegt aufgrund der von uns erhobenen Daten vor allem an dem aufwändigen Anzeigeverfahren. Hinzu kommt, dass die Vergabe der erforderlichen 9-stelligen ASV-Teamnummer durch die ASV-Servicestelle nach Aussage vieler interviewten Teamleiter zu lange dauert und von dort teilweise erneut Unterlagen angefordert werden. Dabei zeigte sich, daß nur wenige Leistungserbringer diese neue Versorgungsform grundsätzlich ablehnen. Dies bestätigt die Ergebnisse einer früheren Studie (Dengler et al. 2017). Allerdings wurden Informationsdefizite, insbesondere in Bezug auf die Ausgestaltung der ASV, deutlich. Unsere Daten zum Status quo und der tatsächlichen Inanspruchnahme zeigen, dass die ASV auch annähernd zehn Jahre nach Inkrafttreten des § 116b neuer Fassung im SGB V in etlichen Indikationen (Konkretisierungen) nur einen geringen Versorgungsanteil ausmacht, gemessen am geschätzten Anteil des in Frage kommenden Patientenklentels, trotz der – vor allem im Krankenhausbereich – zuletzt teilweise deutlich gestiegenen Teamzahlen

und der Tatsache, dass in der ASV - im Gegensatz zur ABK – auch Vertragsärzte teilnehmen können.

Die **Ursachen für die zurückhaltende Teilnahme** an der ASV sind vielfältig. Das **aufwändige und komplexe Anzeigeverfahren**, welches vor allem potenzielle Teamleiter bzw. ihre Institutionen belastet, hemmt generell die Teilnahmebereitschaft. Je nach regionaler Auslegung der Richtlinienvorgaben durch die einzelnen ELA fallen die Hürden unterschiedlich hoch aus, wie unsere Untersuchung zeigt. Der Umfang der einzureichenden Unterlagen reicht je nach Teamgröße von einigen hundert bis zu mehrere tausend Seiten. So ist es nicht verwunderlich, dass im Verlauf zunehmend Klinikärzte ASV-Teamleiter sind und inzwischen über 80% ausmachen. Krankenhäuser dürften den hohen zeitlichen und damit personellen Aufwand im Rahmen des Anzeigeverfahrens eher stemmen als niedergelassene Ärzte. Daten des Statistischen Bundesamts zeigen, dass 2019 200 Krankenhäuser an der ASV teilnahmen und 305.415 Behandlungen durchführten (Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Grunddaten der Krankenhäuser 2019). Hinzu kommt, dass für Kliniken, die ehemals im Rahmen des § 116b SGB V alter Fassung an der ambulanten Versorgung teilgenommen haben, durch Auslaufen der Altberechtigung drei Jahre nach Inkrafttreten der entsprechenden Konkretisierung, eine ASV-Teilnahme nahezu alternativlos ist (sofern sie nicht über ein MVZ oder eine Hochschulambulanz verfügen). Auch die Kooperation zwischen ELA und ASV-Servicestelle wird als problematisch und optimierungsbedürftig bewertet.

Nach § 3 Abs. 5 sowie § 4 Abs. 2 und 12 der ASV-RL ist die **Behandlungsqualität** entsprechend der QSV nach §135 Abs. 2 SGB V **nachzuweisen**. Dieser Nachweis ist für niedergelassene Vertragsärzte leichter zu erbringen, da sie über Genehmigungsbescheide ihrer KV verfügen. Klinikärzte müssen „entsprechende“ Nachweise erbringen, was sich aufwändig, zeitraubend und nicht selten unmöglich gestalten kann.

Die bislang gegründeten ASV-Teams verteilen sich sehr unterschiedlich auf die einzelnen Bundesländer bzw. KV-Bezirke. Die **Entfernungsregel** der Erreichbarkeit von **30 Minuten** vom Standort der Teamleitung wirkt sich vor allem in ländlichen Regionen hemmend auf die Etablierung von ASV-Teams aus, und hier vor allem bezüglich der erforderlichen hinzuzuziehenden Ärzte aus Fachgruppen mit relativ wenigen Ärzten (z.B. Nephrologen, Endokrinologen), die darüber hinaus möglicherweise kaum oder nie benötigt werden. Zwar eröffnet die Formulierung in der ASV-RL die Möglichkeit, auch weitere Entfernungen zuzulassen, jedoch machen einige ELA von diesem Handlungsspielraum keinen oder nur sehr eingeschränkten Gebrauch. Unsere Analyse ergab denn auch, dass sich ASV-Teams bisher überwiegend in urbanen bzw. verdichteten Metropolregionen und wesentlich seltener in ruralen Gebieten etabliert haben. So wurde z.B. bisher kein ASV-Team in Mecklenburg-Vorpommern gegründet, obwohl in diesem Bundesland 16 Zulassungen im Rahmen der ABK bestanden. Einige ELA fordern, obwohl gemäß §2 Abs. 2, S. 5 der ASV-RL hinzuzuziehende Fachärzte (z.B. Laborärzte) nicht namentlich, sondern institutionell benannt werden können, trotzdem eine namentliche Nennung. Aus dem Expertenworkshop kam die Aussage, dass eine KV das Honorar nicht auszahle, wenn die Teammitglieder nicht sämtlich namentlich benannt seien.

Zusätzlich **bildet die ASV-RL** in manchen Bereichen **nicht die Versorgungsrealität ab**. Statt dessen werden die Leistungen konsequent und starr den Fachgruppen zugeordnet, in deren EBM-Kapitel die Leistungen aufgeführt sind. Dies führt z.B. dazu, dass die Osteodensitometrie (Knochendichtemessung) mittels der DEXA-Methode (außer bei der ASV Rheumatologie) ausschließlich Radiologen zugeordnet ist, und nicht auch Orthopäden, Endokrinologen, Rheumatologen etc., welche diese Leistungen in der realen Versorgung ebenfalls erbringen. So kann die Abklärung von Nebenwirkungen an der Schilddrüse im Rahmen der immunonkologischen Therapie bei Brustkrebs- oder Melanompatienten von Endokrinologen in der ASV nicht sinnvoll erbracht werden, da sie kein Labor abrechnen können. Auch humangenetische Untersuchungen können nur von der Fachgruppe Humangenetik erbracht werden, obschon diese Leistungen in der Versorgungsrealität überwiegend von Laborärzten

erbracht werden. Ähnliches gilt für interventionelle Radiologie in Bezug auf die Fachgruppen Radiologie, Angiologie, Kardiologie, Gefäßchirurgie.

In § 5 Abs. 1 Satz 3 der ASV-RL dargelegt, dass im Einzelfall bei Bedarf und unter bestimmten Voraussetzungen auch nicht im Appendix enthaltene Leistungen erbracht werden können, die Krankenkassen lehnen eine Vergütung dieser Leistungen im Rahmen der ASV nach unseren Informationen jedoch ab. Damit läuft die Regelung de facto ins Leere. So ist z.B. in der Bestimmung zu urologischen Tumoren weder ein Dermatologe noch ein Chirurg vorgesehen. Die medikamentöse Therapie urologischer Tumore beinhaltet jedoch u.a. dermatologische Nebenwirkungen, die behandlungspflichtig sind. Patienten mit Prostatakarzinom entwickeln nicht selten Knochenmetastasen, dabei kommt es u.a. zu pathologischen Frakturen, sodass ein Traumatologe oder Unfallchirurg erforderlich ist. Beide Fachgruppen sind jedoch nicht in der ASV-RL hinterlegt. Dies führt dann ggf. zu einem erzwungenen Wechsel in die Regelversorgung und damit zu Versorgungsbrüchen.

Da die **Appendices** nur einmal jährlich (bis zum 30. Juni des jeweiligen Jahres) angepasst werden, kommt es immer wieder dazu, dass GOP in der ASV nicht **abrechenbar** sind, obwohl dies in der Regelversorgung bereits der Fall ist (z.B. Genanalyse beim Mammakarzinom und Prostatakarzinom, orale Tumortherapie im Rahmen der Onkologievereinbarung). So wurde z.B. das EBM-Kapitel für die Strahlentherapie zum 1.1.2021 geändert, dies wurde aber erst zum 7.8.2021 in die ASV überführt, sodass die Honorare der Ärzte dieser Fachgruppe teilweise von den Krankenkassen im entsprechenden Zeitraum nach dem alten EBM, teils auch erheblich verspätet ausbezahlt wurden. Bei den neuen Zusatzpauschalen für Medikamentengabe (GOP 01543) wird es über ein Jahr dauern, da diese EBM-Änderung zum 1.4.2022 erst in die Aktualisierung einfließen wird, die Anfang 2023 beschlossen werden und somit im Sommer 2023 in Kraft treten wird.

Des Weiteren zeigt sich auf mehreren Ebenen der Betrachtung, dass zwischen den Konkretisierungen der häufigen Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (Tumoren, Rheuma) und den seltenen Erkrankungen unterschieden werden muss, ebenso wie nach dem Sektor der Leistungserbringer. Bei den häufigen Erkrankungen verbessern sich die **Erlöse** in der ASV im Vergleich zur bisherigen Versorgungsform zum Teil deutlich. Dies liegt bei den niedergelassenen Vertragsärzten einerseits am Wegfall der Mengenbegrenzung bzw. der RLV-Budgets, sowie den neuen, nur im Rahmen der ASV abrechenbaren Leistungen der EBM-Kapitel 50 und 51. Andererseits ist die in Frage kommende Patientenzahl relativ hoch, sodass Skaleneffekte zum Tragen kommen. Bei den Kliniken erhöht sich der Fallwert im Gegensatz zur bisherigen Versorgung (z.B. im Rahmen der ABK) u.a. ebenfalls durch die Leistungen der EBM-Kapitel 50 und 51, aber auch durch die NUB (z.B. PET-CT). Und dies ohne Berücksichtigung der im Rahmen der ASV außerdem möglichen Abrechnung von Positionen analog zur Onkologievereinbarung mit ihrer extrabudgetären Vergütung, was den Erlös noch erheblich weiter steigert. Diese Einschätzung wird auch durch publizierte Daten bestätigt (Jakobs et al. 2020, Dengler et al. 2019).

Im Gegensatz dazu erscheint die Ertragssituation bei den seltenen Erkrankungen ungleich problematischer. Die Patientenzahlen sind geringer, die Versorgungsrealität in dieser Patientengruppe ist durch überdurchschnittlich häufige, komplexe und zeitaufwändige Betreuung mit hohem Gesprächsbedarf bei gleichzeitig wenig technischen Leistungen charakterisiert. Diese Situation ist durch das EBM-System nicht adäquat abgebildet, das betriebswirtschaftlich unter der Annahme eines Case Mix kalkuliert wurde. Dies wurde bereits durch Diel und Mertsch (2019) für die Tuberkulose gezeigt. Die aktuelle Vergütungssystematik nach EBM ist daher hier in der Regel nicht auskömmlich und bietet kaum ausreichenden Anreiz zur Bildung eines Teams. Außerdem ist das abrechenbare Leistungsspektrum in der ASV dadurch eingeschränkt, dass im Appendix bestimmte Leistungsbereiche nicht mehr enthalten sind (z.B. Vorsorge, Impfungen, kleinchirurgische Eingriffe etc.). Unsere Daten zeigen, dass die an der ABK teilnehmenden Kliniken häufig erst sehr knapp vor Auslaufen der entsprechenden Zulassungen ASV-Teams gründen.

Auch die teilweise niedrigen, unter den Zulassungen im Rahmen der ABK liegenden Teilnahmeraten bei manchen seltenen Erkrankungen sowie die sehr späte Anzeige relativ nah am Zeitpunkt des Auslaufens der Versorgung im Rahmen der ABK könnte damit zusammenhängen. Bis Januar 2020 wurde in 11 von 16 Bundesländern kein Team für die Versorgung von Patienten mit Mukoviszidose und Marfan-Syndrom etabliert, darunter sind Länder wie Niedersachsen, Westfalen-Lippe und Hessen mit relativ hohen Einwohnerzahlen, sodass das Fehlen der Teams nicht ausreichend durch die Seltenheit der Krankheitsbilder bedingt ist. Für Patienten mit Morbus Wilson existiert zum Zeitpunkt unserer Analyse weiterhin in keinem Bundesland ein ASV-Team. Da gleichzeitig die Versorgung dieser Patienten im Rahmen der ABK durch das Auslaufen drei Jahre nach Inkrafttreten der entsprechenden Konkretisierung gemäß §116b Absatz 8 SGB V endet, drohen hier Unterversorgung bzw. Versorgungslücken, insbesondere, da bei der ASV ein Sicherstellungsaspekt fehlt.

In der ASV gilt zwar wie im stationären Bereich formal der sog. **Verbotsvorbehalt**; allerdings wird dieser in Satz 2 der ASV-RL eingeschränkt, da die abrechenbaren Leistungen im Appendix der ASV-RL aufgelistet sind, sodass letztlich quasi wieder der Erlaubnisvorbehalt gilt.

Die größte Problematik sehen wir bei der Zugehörigkeit zum Segment des Teams. Bei Fachgruppen im Kernteam mit hohem ASV-Patientenanteil ist das **Aufwands-/ Ertragsverhältnis** wesentlich günstiger als bei vielen Hinzuzuziehenden, da erstere mehr Patienten versorgen und Skaleneffekte zum Tragen kommen. Unsere Umfrage zeigt, dass 62 % der Teamleiter mehr als 60 ASV-Patienten/Quartal versorgen, bei Teammitgliedern inkl. der Hinzuzuziehenden sind dies lediglich 18 %. Die Auswertung der Inanspruchnahmedaten bei der Krankheitsgruppe GIT ergab, daß 91,6 % der Kontakte im Kernteam stattfanden. Bei den Hinzuzuziehenden wiegen nicht selten die Erlöse aus der Behandlung der wenigen ASV-Patienten die Fixkosten für Software, Prozesse, Controlling, Abrechnung etc. kaum oder gar nicht auf. Hinzu kommt bei den onkologischen Indikationen, dass Hinzuzuziehende nur nach Indikations- oder Definitionsauftrag die Konsultations-GOP (z.B. 01426, 17210, 19200, 24210, 25211 etc.) des EBM abrechnen können, jedoch keine Grundpauschale. Bei den seltenen Erkrankungen hängt dies vom Leistungsbereich ab. So können im Gegensatz zu den Rheumatologen im ASV Rheumatologie die Endokrinologen in der ASV weder das Speziallabor noch DXA-Leistungen erbringen, sondern nur die Konsultationspauschale 01436 (2,06 EUR) sowie den Ultraschall. Damit können noch nicht einmal die Verwaltungskosten zur Teilhabe an der ASV gedeckt werden.

Eigentlich war bereits bei Einführung der ASV eine eigene, einheitliche **Honorarsystematik** geplant („ASV-DRG“); da die Selbstverwaltung jedoch bislang nichts entschieden hat, gilt aktuell weiter der sog. „Vorratsbeschluss“ des Ergänzten Bewertungsausschusses gemäß §87, Abs. 5a SGB V vom 20.6.2014. Somit fehlt weiterhin eine betriebswirtschaftlich kalkulierte Vergütung.

Die anfangs mögliche Option einen privaten **Abrechnungsdienstleister** zu beauftragen, wurde im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) unmöglich gemacht. Vertragsärzte können daher – wollen sie nicht selbst direkt mit den einzelnen Krankenkassen abrechnen, wozu derzeit die technischen Voraussetzungen bei den Kassen fehlen – nur noch die jeweilige KV beauftragen. Dies hatte nicht nur anfangs zu Problemen geführt, da nicht alle KVen technisch und personell in der Lage waren, die Abrechnung entsprechend umzusetzen. Inzwischen sind mit der KV Bremen sowie der KV Niedersachsen auch bereits zwei KVen wieder aus der ASV-Abrechnung ausgestiegen, was den betroffenen Vertragsärzten logistische und finanzielle Probleme bereitet, da sie nun auf Abrechnungsangebote gebietsfremder KVen zurückgreifen müssen.

Wie in der Regelversorgung so existiert auch in der ASV kein einheitliches **Dokumentationssystem** und keine Interoperabilität im Hinblick auf eine gemeinsame elektronische Patientendatei der einzelnen Teammitglieder. Die Datenverfügbarkeit ist für die Ärzte rudimentär. Dokumentation und Information zwischen den Teams, sofern diese nicht

einer einzigen Institution (Klinik) angehören, erfolgen weitgehend analog durch Briefe und Fax.

Die von uns durchgeführten Interviews und Befragungen der Leistungserbringer ergaben außerdem ein Defizit an **Informations- und Austauschmöglichkeiten**; es wird bemängelt, dass keine niederschwellige (digitale) Plattform für die Kommunikation von an der ASV interessierten sowie in der ASV tätigen Ärzten existiert, um sich einerseits über die komplexen Regelungen und Inhalte zu informieren und auszutauschen und andererseits von „best practice“ Beispielen zu profitieren. Kommunikation, Koordination und Kooperation hängen daher häufig vom persönlichen Einsatz der Akteure ab.

Eine relevante Steigerung der **Qualität in der Patientenversorgung** wurde in den Interviews von den meisten Ärzten verneint. Im Rahmen der Online-Befragung vermuteten einige Ärzte zwar eine Verbesserung z. B. bei den Wartezeiten für Facharzttermine (Schnittbildgebung in der Radiologie etc.). Die befragten Patienten gaben insgesamt jedoch kaum signifikante Vorteile an. Die ASV-Patienten schätzten die Behandlung im Bereich Vernetzung und Zusammenarbeit der Ärzte etwas positiver ein als die in der RV, hier war jedoch nur der Aspekt bezüglich Heilmittelerbringer signifikant. Entgegen der Erwartung wurden die Wartezeiten von den Patienten in der RV als signifikant kürzer angegeben, wenn auch die angegebenen Zeiten in beiden Gruppen insgesamt sehr kurz waren.

Eine **Kooperation mit dem jeweils anderen Versorgungssektor** ist lediglich bei den onkologischen Indikationen formal vorgeschrieben (§10 ASV-RL gemäß §116b Abs. 4 S. 10 SGB V); sie kann jedoch auch hier „umgangen“ werden, indem Kliniken mit ihren eigenen MVZ kooperieren, sodass die im Gesetz intendierte Zusammenarbeit zwischen Klinik- und Vertragsärzten de facto nur eingeschränkt stattfindet.

Eine aktive **Einbindung der Patienten**, z.B. durch vorgeschriebene Schulungen oder Befragungen zu Zufriedenheit, wie dies z.B. in den DMP nach §137f SGB V vorgesehen ist, existiert in der ASV nicht. Somit werden im Versorgungsalltag auch keine patientenbezogenen- bzw. patientenberichteten Daten erhoben. Auch andere qualitätssichernde Maßnahmen (Mindestmengen etc.) gehen in der ASV nicht über die in der bisherigen Regelversorgung oder der Onkologievereinbarung festgelegten hinaus.

Die ASV ist von ihrer Struktur her nicht primär vom Patienten und seinem Pfad durch das Versorgungssystem her gedacht, sondern krankheits- bzw. diagnosespezifisch aus der Sicht der Leistungserbringer sowie der Krankenkassen aufgebaut (Stock, 2015; Dengler, 2021). Manche Spezifika der ASV-RL führen daher zu **Versorgungsbrüchen und Schnittstellenproblemen** (Abbildung 27). So ist bei den onkologischen Erkrankungen eine gesicherte Diagnose erforderlich, die Abklärung beziehungsweise Diagnostik bei Verdacht kann daher nicht in der ASV durchgeführt werden. Patienten der Tumorgruppen 1-4, die keiner „multimodalen Therapie“ bedürfen, können nicht eingeschlossen werden. Patienten in der Nachsorge sowie bei längeren Therapiepausen müssen das Versorgerteam verlassen bzw. wechseln, bei einem Rezidiv jedoch wieder in die ASV aufgenommen werden. Wegen der starren Begrenzung bzw. Definition des Ziffernkranzes müssen Patienten bei Bedarf einer Leistung, die nicht innerhalb der Fachgruppen des ASV-Teams erbracht werden kann, in die Regelversorgung wechseln. Gleiches gilt für längere Therapiepausen. Auch Zusatzerkrankungen können nicht mitbehandelt werden. Die Einschränkung durch die Vorgabe der „multimodalen Therapie“ führt nicht selten paradoxerweise auch dazu, dass schwerkranke Krebspatienten in fortgeschrittenen Stadien nicht in der ASV versorgt werden können, weil ihre Behandlung nicht multimodal ist oder eine rein palliative Therapie beinhaltet. Auf der anderen Seite sind grundsätzlich alle Tumorpatienten ASV-fähig, die in gutem Zustand ohne Nachweis residualer Tumorerkrankung eine adjuvante Kombinationschemotherapie (z.B. nach Operation eines Mamma- oder kolorektalen Karzinoms) erhalten. Darauf könnten u.a. auch unsere Auswertungen der Versorgungsdaten von GIT-Patienten mit relativ kurzer Verweildauer in der ASV sowie der relativ hohe Anteil an Mehrfachinanspruchnahmen hinweisen.

Eine de facto **Steuerung bzw. Koordination der Versorgung** des Patienten auf seinem Pfad durch einen Case Manager, Lotsen- bzw. Netzwerkmanager existiert in der ASV nicht. Der Zuständigkeitsbereich des ASV-Teamleiters ist hierfür ungeeignet, da die einzelnen Teammitglieder ihre Patienten eigenständig behandeln und abrechnen, er ihnen gegenüber keine Weisungsfunktion hat und die meisten Patienten nicht zu Gesicht bekommt. Hinzu kommt – wie oben bereits erwähnt – dass es keine gemeinsame Fallakte gibt.

In der ASV ist grundsätzlich intendiert, dass alle teilnehmenden Ärzte die entsprechend qualifizierenden Patienten auch in der ASV behandeln und abrechnen. Wir fanden jedoch Hinweise für einen nicht unerheblichen Anteil an sog. **Mehrfachinanspruchnahme (MFI)** und passiver Teilnahme. Patienten werden also einerseits von der gleichen Facharztgruppe sowohl in der ASV als auch in der Regelversorgung behandelt bzw. abgerechnet (MFI) bzw. vom ASV-Arzt ausschließlich oder teilweise in der Regelversorgung abgerechnet (Passivteilnahme). Die genauen Hintergründe der MFI konnten nicht näher eruiert werden (lediglich "Zweitmeinung", oder auch parallele Versorgung etc.). Bei der **Passivteilnahme** liegt die Vermutung nahe, dass die entsprechenden Ärzte entweder ausschließlich zur Ermöglichung der Teamgründung einbezogen wurden, dann aber keine ASV-Patienten zugewiesen bekommen, oder das Aufwand-/Ertragsverhältnis als ungünstig beurteilt wird und die zugewiesenen Patienten in der Regelversorgung abgerechnet werden.

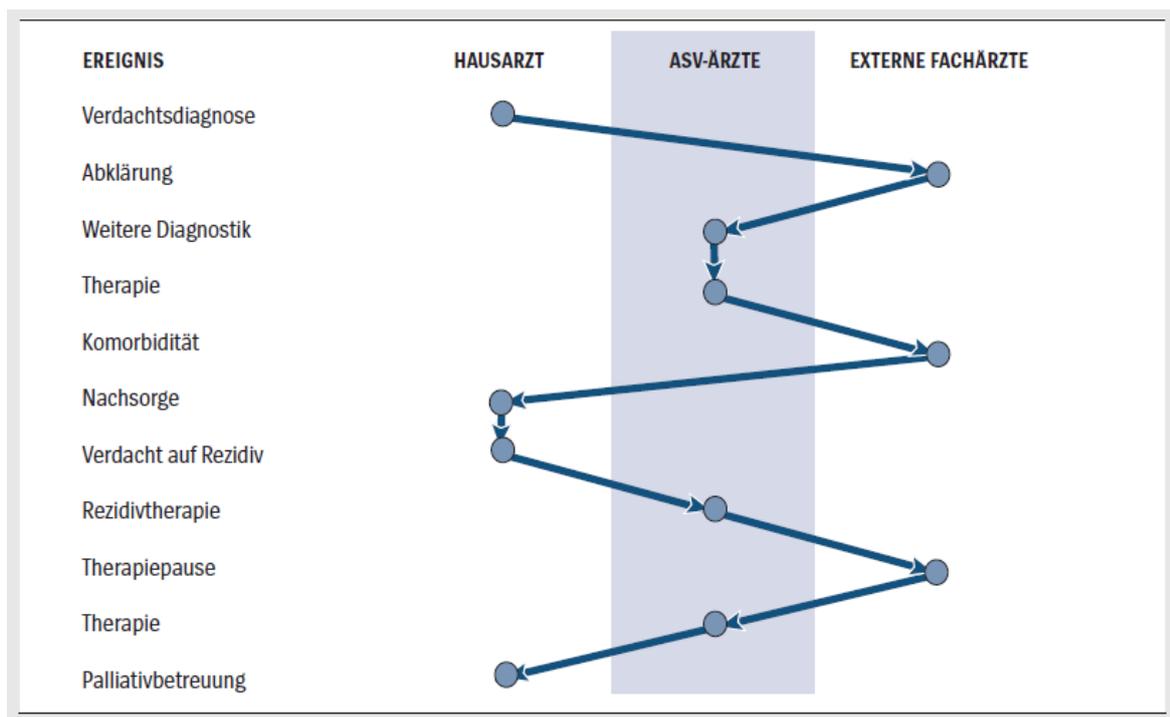


Abbildung 27: Patientenpfad eines fiktiven Tumorpatienten mit gastrointestinalem Tumor.

Quelle: Eigene Darstellung

Folglich kann es zu einer Benachteiligung von ASV-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern im Rahmen der Bereinigung kommen. Zu Beginn der ASV handelte sich um ein geringes Risiko, da die **Bereinigungssumme** vernachlässigbar war (in den ersten drei Quartalen des Jahres 2016 betragen die Ausgaben für die ASV im vertragsärztlichen Sektor gemäß KV45-Statistik (Kontenart 04033) lediglich 3,4 Mio € (GKV-SV, KBV, DKG 2017, S. 48), das waren 0.1% der Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung. In 2020 lagen die GKV-Ausgaben für die ASV jedoch bereits bei 258 Mio. € (BMG KJ1-Statistik, 2020), sodass das Risiko im Zeitverlauf zunehmend relevanter wird. Dies sind allerdings nicht einmal 10 % der 22,7 Mio € Bereinigung

im Vertragsarztsektor (KBV, 2021), was den geringen Anteil niedergelassener Ärzte an der ASV unterstreicht.

Ein weiteres Problem ist die Tatsache, dass eine Bereinigung stationärer bzw. teil- und kurzstationärer Budgets nicht vorgesehen ist. Bereits 2012 erbrachten jedoch Krankenhäuser Leistungen des §116 SGB V alter Fassung für rund 100 Mio. €, die ohne formelles §116b SGB V Budget und zusätzlich zu den stationären Fällen abgerechnet wurden (SVR, 2012).

Neben den in unserer Evaluation erhobenen Hemmnissen beim Anzeigeverfahren sowie während der ASV-Teilnahme (s.u.) müssen auch **andere Faktoren** berücksichtigt werden, welche die zögerliche Teilnahme erklären. So könnten die niedrigen Teilnamezahlen z.B. in Mecklenburg-Vorpommern oder Rheinland-Pfalz auch durch einen Mangel an entsprechenden Fachärzten bedingt sein. Zuschläge und die Entbudgetierung vieler Leistungen im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG, 2019) zumindest beim Erstkontakt mit Patienten die Motivation, diese im Rahmen der ASV zu behandeln, reduzieren. Auch werden formal qualifizierende Patienten stationär oder kurzstationär behandelt, obwohl eine ambulante Behandlung möglich wäre (SVR, 2012). Darüber hinaus werden Patienten in Hochschulambulanzen, Polikliniken, vor- und nachstationär (§115 SGB V) sowie in verschiedenen anderen Versorgungskonstrukten wie Ermächtigung (§116 SGB V), ambulante Behandlung bei Unterversorgung (§116a SGB V), der Besonderen Versorgung (§140a SGB V) etc. behandelt. Fallzahlen hierzu existieren nicht oder waren im Rahmen unseres Projekts nicht zugänglich.

7.2 Limitationen

Die hier vorgelegte Studie ist nach unserer Kenntnis die erste und umfassendste Analyse von Versorgungsdaten der ASV seit der Implementierung vor nunmehr fast 10 Jahren. Ihre Stärke liegt in der breiten Datenbasis zu allen ASV-Konkretisierungen, die bis zum Stichtag in Kraft waren.

Limitationen ergeben sich u.a. bei der Abschätzung der potenziell für die ASV qualifizierenden Patienten, da hierfür keine exakten Daten aus der realen Versorgung verfügbar sind, die über die Inzidenzen und Prävalenzen des RKI, der InBA- bzw. G-BA Zahlen sowie der von uns recherchierten Register und Versorgungsforschungsdaten hinausgehen. Ob die in den Leitlinien (AWMF) empfohlenen Behandlungen (z.B. zur multimodalen Therapie) in der realen Versorgung umgesetzt werden, ist ebenfalls nicht strukturiert dokumentiert.

Daten von Versorgungsbereichen bzw. Direktverträgen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, wie z.B. Verträge nach §§ 39 Abs. 1 Satz 2 (stationsäquivalente oder teilstationäre Behandlung), 63 und 64b (Modellvorhaben, 115a (vor- und nachstationäre Behandlung), 115b (ambulantes Operieren), 116 (Ermächtigung), 116a (Unterversorgung), 117 (Hochschulambulanz), 118 (Psychiatrische Ambulanzen), 119a (Ambulante Behandlung in der Behindertenhilfe), 119c (Med. Behandlungszentren) 120 (Kinderklinikambulanz) sowie 140a (Besondere Versorgung) SGB V waren nicht verfügbar und gingen daher nicht in die Analyse ein.

Da nicht alle ELA die Umfrage beantworteten, konnten nicht alle Aspekte wie Ablehnungsgründe oder Verfahrensdauer aller ELA beurteilt werden. Bei der Interpretation der Daten des GKV-SV ist darauf zu achten, dass die Anzahl der Ärzte bei den hinzuzuziehenden Fachärzten in Wirklichkeit höher liegen kann, da bei einigen ELA eine institutionelle Benennung möglich ist. Des Weiteren ist es möglich, dass Ärzte, die über mehrere Facharztbezeichnungen bzw. Schwerpunkte verfügen, mehrmals gelistet werden, darunter auch unter solchen Fachgebieten, für die eine ASV-Teilnahme in der jeweiligen Konkretisierung nicht vorgesehen ist.

Die Repräsentativität der Ärztebefragungen ist eingeschränkt, da die Rücklaufquote aufgrund des Zugangs über die Berufsverbände und die Klinikleitungen nicht berechnet werden konnte. Für den Vergleich der beiden Patientengruppen (ASV-Patienten/RV-Patienten) führen die Unterschiede bei den Stichproben bezüglich der Erkrankungen zu Schwierigkeiten bei der

Vergleichbarkeit, da sowohl die Erkrankungen als auch die Aufteilung zwischen häufigen und seltenen Erkrankungen in beiden Gruppen trotz unserer Bemühungen bei der Rekrutierung nicht gleich verteilt sind. Die sich daraus ergebenden Limitationen wurde mit der Wahl sehr robuster Test entgegengewirkt.

Eine externe Validierung der Krankenkassendaten, zum Beispiel in Form eines Abgleichs mit Krankenakten, war nicht möglich, so dass ein Einschluss etwa von Fehldiagnosen nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann. Unterschiedliches Codierverhalten der Ärzte kann außerdem dazu führen, dass einzelne Behandlungsfälle nicht im Zusammenhang mit der entsprechenden für die ASV qualifizierenden Diagnose stehen, die Patienten also wegen dieser Diagnose oder einer anderen Erkrankung (z.B. Diabetes, Hypertonie etc.) die jeweiligen Ärzte aufsuchten.

Die tatsächliche Zahl einzelner, an der ASV teilnehmender Ärzte aus den einzelnen Fachgruppen war durch uns nicht exakt zu ermitteln. Individuelle Ärzte nehmen in unbekanntem Ausmaß an mehr als einem ASV-Team teil. Außerdem werden Ärzte im Segment der Hinzuzuziehenden teilweise nicht namentlich, sondern institutionell, genannt.

Der Beobachtungszeitraum der Detailanalyse aus der GePaRD-Datenbank war zeitlich beschränkt (Ende 2018), da die Zeitspanne bis zur jährlichen Übermittlung der GKV-Abrechnungsdaten und die sich anschließende Datenaufbereitung und Plausibilisierung, die zur Sicherung der Datenqualität notwendig ist, zu einem etwa zweijährigen Verzug führt. Außerdem konnten bei den Facharztkontakten nicht alle Ärzte über die LANR, die EBM-Kapitel 50- und 51-Leistungen sowie die Pseudoziffern zugeordnet werden, sodass als Hilfskonstrukt die Verordnungen (Rezepte) herangezogen wurden, da diese über die Pseudoziffern in der Codierleiste eindeutig den ASV-Ärzten zugeordnet werden kann.

Da nicht alle KVen Daten bezüglich der Bereinigungsebene übermittelten, konnte das Aufwands-/Ertragsverhältnis für die Leistungserbringer auf der Ebene der Landes-KV nicht vollumfänglich beurteilt werden.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung, Empfehlungen

8.1 Allgemeine Ausführungen

Die hier dargestellten Analysen und Ergebnisse sowie die in 8.2 folgenden Empfehlungen können als Basis bzw. Grundlage für Entscheidungen der jeweils zuständigen Institutionen zur Weiterentwicklung der ASV-RL herangezogen werden. Hiermit sind vor allem die Erweiterten Landesausschüsse, der Gemeinsame Bundesausschuss mit seinen Bänken (GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Deutsche Krankenhausgesellschaft), sowie das Bundesministerium für Gesundheit zu nennen.

Unsere Ergebnisse können und sollten auch Grundlage weitergehender Versorgungsforschung und Evaluation bezüglich der ASV, ihrer Ausgestaltung und Weiterentwicklung, sein. Wie unsere Daten zeigen, besteht in einigen Segmenten Handlungsbedarf. Ziel ist, die ASV und speziell die ASV-RL so anzupassen und auszugestalten, dass eine kontinuierliche Verbesserung der interdisziplinären, transektoralen Patientenversorgung und der Abbau von Schnittstellenproblemen und Versorgungsbrüchen erreicht wird. Darüber hinaus hat unsere Studie gezeigt, dass wesentliche Daten, die für die Evaluation und Versorgungsforschung erforderlich wären, in Deutschland nicht oder nur mit großem Aufwand zugänglich sind (Daten von Versorgungsbereichen außerhalb der Regelversorgung wie Selektivverträge, Hochschulambulanzen etc.). Auch bezüglich realer Versorgungsprävalenzen hat sich gezeigt, dass diese nicht oder nicht strukturiert oder nur selektiv durch private Initiativen wie Register (Mukoviszidose, Pulmonale Hypertonie) erfasst werden – insbesondere bei den seltenen Erkrankungen - und somit wissenschaftlich nicht untersucht und ausgewertet werden können.

8.2 Empfehlungen

8.2.1 Empfehlungen zum Abbau von Teilnahmehürden

Empfehlung 1:

Aktuell ist die Umsetzung des Anzeigeverfahrens in den ELA sehr heterogen, da eine (freiwillige) Angleichung der Prüfprozedere nicht erreicht werden konnte. Daher sollte der G-BA gesetzlich legitimiert werden, entsprechende Regelungen zu erlassen. Im SGB V ist für die deren Verabschiedung eine Frist zu setzen. In den Regelungen sind die Art und Weise der Anzeigenprüfung durch die ELA zu definieren und Anzeigenvordrucke vorzugeben. Grundsätzlich sollten Eigenerklärungen vorgesehen werden, für die im Falle berechtigter Zweifel weiterführende Nachweise angefordert werden können. Bei den Regelungen sollten insbesondere auch folgende Punkte adressiert werden:

- **Anzeigeverfahren:** Das Anzeigeverfahren ist digital durchzuführen. Durch den G-BA wird den ELA ein elektronisches Anzeigenportal zur Verfügung gestellt.
- **Entfernungsregelung:** Die 30-Minuten-Entfernungsregelung um den Standort der Teamleitung sollte gestrichen werden.
- **Appendix:** Es ist klarzustellen, dass im Team nicht zwingend alle GOP des Appendix vorzuhalten sind. Die Überprüfung der Vorhaltung ist nicht Teil des Anzeigeverfahrens.
- **Institutionelle Benennung:** Bei den hinzuzuziehenden Fachärzten ist die institutionelle Benennung unter Angabe eines Ansprechpartners aus der Institution ausreichend. Dies gilt für alle Teilnehmer (Krankenhäuser, MVZ und BAGs).
- **Äquivalente Nachweise:** Alternativ zur Schwerpunktbezeichnung sollen explizit auch Ärzte mit nachgewiesener Expertise zugelassen werden (z.B. durch Nachweis entsprechender Mindestmengen).

Umsetzung: § 116b Abs. 4 S. 1 SGB V erhält folgenden Wortlaut: „Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Absatz 1 und zum Anzeigeverfahren nach Absatz 2.“ In der Gesetzesbegründung sollten dann die oben genannten Punkte als Beispiele aufgenommen

werden, um dem G-BA die Richtung zu weisen. Will man dem G-BA weniger Freiheiten bei der Ausgestaltung der o.g. Punkte zubilligen, wären diese Punkte in § 116b SGB V aufzunehmen.

Empfehlung 2:

Derzeit ist die Auslegung der Überprüfung der Vorgaben der QSV sehr unterschiedlich in den ELA geregelt, wobei vor allem die Überprüfung bei Krankenhausärzten sehr aufwändig ist. Der G-BA sollte gesetzlich verpflichtet werden, für die ASV die Überprüfung "entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V" in einer Anlage zur ASV-Richtlinie zu regeln. Bei der Definition sollen Anforderungen dort wo möglich äquivalent zu den Anforderungen bestehender Zertifizierungsverfahren (z.B. Organzentren, spezialisierte Zentren und Schwerpunkte gemäß § 136c Absatz 5 SGB V) gestaltet und Doppelprüfungen so vermieden werden. Zudem sollten weitere besondere Qualifikationen, wie bspw. Weiterbildungsbeauftragte oder Leitungen einer Klinik / Fachabteilung, anerkannt werden. Zur Vorlage der Unterlagen sollte bei Einwilligung des Arztes ein Austausch mit den Ärztekammern etabliert werden, idealerweise über eine digitale Schnittstelle. Die ELA sind zu verpflichten, ein entsprechendes Einwilligungsformular für die Ärzte zur Verfügung zu stellen.

Umsetzung: Der G-BA ist gesetzlich zu verpflichten, binnen einer Frist eine Qualitätssicherungs-Anlage gemäß § 3 Abs. 5 sowie § 4 Abs. 2 ASV-Richtlinie zu verabschieden. In der Gesetzesbegründung sollten dann die o.g. Punkte als Beispiele aufgenommen werden, um dem G-BA die Richtung zu weisen.

Empfehlung 3:

Aktuell ermöglichen nicht alle KVen die Datenweitergabe aus dem Arztregister. Wir empfehlen daher die KVen gesetzlich zu berechtigen und zu verpflichten, den ELA Daten und Dokumente aus dem Arztregister auf Antrag eines Vertragsarztes zur Verfügung zu stellen. Dies gilt auch für gebietsfremde ELA, sofern der Vertragsarzt dort das Anzeigeverfahren durchläuft. Die Einwilligung kann dabei in der Anzeige an den ELA erteilt werden. Die ELA sind zu verpflichten, ein entsprechendes Einwilligungsformular für die Vertragsärzte zur Verfügung zu stellen, welches dem KV-Arztregister vorgelegt bzw. digital übermittelt werden kann.

Umsetzung: Das Einsichtnahmerecht des ELA kann durch eine einfache Änderung der Zulassungsverordnung für Ärzte erreicht werden. Weiter sollte § 116b SGB V ergänzt werden (Formulierungsvorschläge für beide Rechtsnormen siehe Anhang 5).

Empfehlung 4:

Derzeit fehlt ein Eskalationsweg, um gegen Beschlüsse der ELA vorzugehen. Sinnvoll wäre die Einführung einer Art Schlichtungsstelle sowie die Klarstellung einer Rechtsaufsicht für den ELA.

Umsetzung: Im SGB V sollte klargestellt werden, dass auch die erweiterten Landesausschüsse der Aufsicht nach § 90 Abs. 5 SGB V i.V.m. §§ 87 Abs. 1 S. 2, 88, 89 SGB IV unterliegen. Dabei handelt es sich um die klassische Rechtsaufsicht, die das System der Sozialversicherung bereithält. Allerdings spricht § 90 Abs. 5 SGB V nur von „Landesausschüssen“. Nach Sinn und Zweck sollten davon auch die erweiterten Landesausschüsse nach § 116b Abs. 3 SGB V erfasst sein. In § 90 Abs. 4 S. 1 SGB V werden die erweiterten Landesausschüsse jedoch neben den Landesausschüssen genannt, so dass diese Klarstellung, um Missverständnissen vorzubeugen, auch in § 90 Abs. 5 SGB V erfolgen sollte. In § 90 Abs. 5 S. 1 sind daher nach dem Wort „Landesausschüssen“ die Wörter „und den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3“ einzufügen.

Empfehlung 5:

Um Doppelmeldungen der ASV-Teams und ihrer Leistungserbringer zu vermeiden, sind die ELA gesetzlich zu berechtigen und zu verpflichten, die relevanten Daten ASV-berechtigter Teams nach Abschluss des Anzeigeverfahrens sowie im Falle von Änderungen elektronisch an die ASV-Servicestelle zu übermitteln, sofern die Teamleitung dem zustimmt.

Umsetzung: Die ASV-Servicestelle ist im Gesetz nicht benannt, sie ist Dienstleister der Vertragspartner, die Rechtsgrundlage ist in § 5 ASV-AV zu finden. Die ASV-Servicestelle könnte beim G-BA oder einer anderen Bundesinstitution angesiedelt werden und auf eine gesetzliche Grundlage gestellt werden (z.B. ähnlich dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V). Noch einfacher wäre es, die Aufgaben des Instituts nach § 137a SGB V schlicht um die Aufgaben der ASV-Servicestelle in § 137a SGB V zu erweitern. In § 116b SGB V wäre sodann die Verpflichtung der ELA zu verankern, die Daten entsprechend weiterzureichen. Die Meldepflicht der Leistungserbringer an die Landesverbände der Krankenkassen etc. nach § 116b Abs. 2 S. 7 bis 10 SGB V könnte damit entfallen, was zum Bürokratieabbau beitragen würde. Bereits heute hat man hierzu mit § 5 Abs. 9 ASV-RL einen pragmatischen Ansatz gefunden.

Empfehlung 6:

Aktuell ist die sektorenübergreifende ASV-Kooperation nicht näher präzisiert und wird durch die ELA sehr unterschiedlich ausgelegt. Teils ist eine sektorenübergreifende Teambesetzung unabhängig von der Teamebene ausreichend, einige ELA fordern diese innerhalb des Kernteams. Der G-BA sollte in den einzelnen Konkretisierungen genau vorgeben, ob eine sektorenübergreifende ASV-Kooperation Voraussetzung ist und wie diese genau zu gestalten ist. Eine Ausnahmeregelung sollte beibehalten werden, falls ein Kooperationspartner trotz ernsthaften Bemühens nicht gefunden werden kann.

Umsetzung: § 116b SGB V enthält keinerlei Vorgaben, in welcher genauen Art und Weise die ASV umzusetzen ist. Die Teamstruktur ergibt sich allein aus der ASV-RL des G-BA. Soweit die Teamstruktur durch den Gesetzgeber vorgegeben werden soll, wäre § 116b Abs. 4 SGB V nach seinem Satz 4 entsprechend durch Übernahme der Regelungen aus § 3 Abs. 2 Sätze 1 bis 3 und 7 ASV-RL zu ergänzen.

Sofern eine sektorenübergreifende Kooperationsverpflichtung vom Gesetzgeber vorgesehen oder seitens des G-BA für erforderlich erachtet wird, sollte der G-BA die entsprechende Verpflichtung in den einzelnen Konkretisierungen in den Anlagen der ASV-RL vorgeben. Stets sollte eine Ausnahmeregelung vorhanden sein, falls ein Kooperationspartner trotz ernsthaften Bemühens nicht gefunden werden kann (wie beispielsweise in Anlage 1.1 b) Teil 1 3.1 b) erfolgt: Orthopäde/Unfallchirurg mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie).

8.2.2 Empfehlungen zum Abbau von Hürden während der Teilnahme

Empfehlung 7:

Derzeit erfolgt die Einbeziehung wissenschaftlicher Expertise sowie von Expertise aus dem Versorgungsalltag über die im G-BA vertretenen Organisationen, wobei die Versorgungsrealität in den Konkretisierungen nicht immer adäquat abgebildet ist. Dem G-BA sowie den darin vertretenen Organisationen wird daher dringend empfohlen, bei der Erarbeitung von Konkretisierungen Vertreter der maßgeblichen Fachgruppen des potenziellen Kernteams zu beteiligen. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die einbezogenen Experten aktiv im jeweiligen Indikationsgebiet ärztlich tätig sind, um die gelebte Versorgungsrealität (Patientenpfade, beteiligte Behandler) in die Beratungen einbringen zu können. Zusätzlich sollte vor Beschlussfassung zumindest eine Überprüfung der Appendizes auf fachfremde sowie tatsächliche Leistungen und deren Leistungserbringer durchgeführt werden.

Empfehlung 8:

Durch die derzeitige Regelung in den onkologischen Indikationen wird die Versorgungsrealität nicht abgebildet. Es wird empfohlen, die Voraussetzung einer multimodalen Therapie für alle onkologische Indikationen zu streichen (wie dies bereits in der Tumorgruppe 5 der Fall ist!). Eine ASV-Behandlung sollte im palliativen Setting auch die Betreuung des Patienten ohne tumorspezifische Behandlung einschließen.

Umsetzung: Anpassung der jeweiligen Konkretisierungen in der ASV-RL durch den G-BA.

Empfehlung 9:

Um eine möglichst umfassende Patientenversorgung im Einzelfall zu ermöglichen, sind in den ASV-Teams oftmals Fachgruppen vorzuhalten, die praktisch kein Patientenaufkommen haben. Daher sollten innerhalb des ASV-Teams Fachgruppen mit einem geringen zu erwartenden Patientenaufkommen als optional festgelegt werden, d.h. die Teambildung kann auch ohne einen Vertreter dieser Fachgruppe erfolgen. Als Vorbild könnte die Regelung bezüglich des Orthopäden mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie bei der ASV Rheuma Erw. dienen. Bei der Bereinigung der Gesamtvergütung wird die historische Leistungsmenge dieser Fachrichtungen nicht berücksichtigt.

Umsetzung: Die Konkretisierungen in der ASV-RL sind inhaltlich entsprechend anzupassen. Die Nichtberücksichtigung bei der Bereinigung der Gesamtvergütung ist in § 116b Abs. 6 S. 14 SGB V zu verankern.

Empfehlung 10:

Bei Überweisung eines Patienten in die ASV durch einen Vertragsarzt sollte auch ohne ASV-Kreuz auf dem Überweisungsschein eine Aufnahme in die ASV möglich sein. Die derzeitige Praxis führt zu großen Problemen mit fehlerhaften Überweisungsscheinen (aufgrund unzureichender Information der Zuweiser/Hausärzte) und verursacht Mehraufwand für die Verwaltung und die Patienten. Der Überweisende soll lediglich den Bedarf einer entsprechenden spezialisierten Behandlung feststellen, nicht jedoch die Rechtsgrundlage der Behandlung festlegen.

Umsetzung: Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband als Partner der Bundesmantelverträge wird empfohlen, die Anlage 2 (Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung) dergestalt zu ändern, dass auf dem Überweisungsschein (Muster 6) das Kästchen „Behandl. nach § 116b SGB V“ ersatzlos entfällt.

8.2.3 Empfehlungen zu Vergütung und Abrechnung

Empfehlung 11:

Derzeit können Vertragsärzte mit der Abrechnung nur eine KV beauftragen. Dazu ist die Nutzung des Praxissoftwaresystems nötig, was sehr teuer sein kann, da die Softwareanbieter für die Ermöglichung der ASV-Abrechnung bis zu 800 EUR pro LANR zzgl. einer monatlichen Servicepauschale verlangen. Darüber hinaus haben sich bereits zwei KVen entschieden, die ASV-Abrechnung nicht mehr anzubieten (Bremen, Niedersachsen). Darum sollte es gesetzlich sowohl für Vertragsärzte als auch für Krankenhäuser (wieder) ermöglicht werden, private Anbieter mit der Abrechnung der ASV zu beauftragen, um durch den entstehenden Wettbewerb die Kosten positiv zu beeinflussen.

Umsetzung: § 295 SGB V wird wieder um einen Absatz 5 ergänzt: „(5) Für die Abrechnung der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen darf der Leistungserbringer in den Fällen des § 116b Absatz 6 Satz 16 eine andere Stelle mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragen, sofern der Versicherte schriftlich in die Datenweitergabe eingewilligt hat; § 291a bleibt unberührt. Der Auftragnehmer darf die

Daten nur zu Abrechnungszwecken verarbeiten und nutzen. § 295a Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

Empfehlung 12:

Die Entwicklung einer eigenen Gebührenordnung ist zu forcieren, im ersten Schritt für seltene Erkrankungen, da hier die Aufwände durch ein durchgängig beratungsintensives Klientel im EBM nicht adäquat abgebildet sind. Es ist klarzustellen, dass diese Gebührenordnung unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten durch das InBA zu kalkulieren ist, vorzugsweise in Form von Pauschalen, die insbesondere die intensiven Beratungsleistungen beinhalten sollen. Abweichungen in Form z.B. von ergänzenden Einzelleistungen sind zu ermöglichen. Der Aufwand der Teamleitung für die Koordination ist zu berücksichtigen. Für die Verabschiedung ist eine gesetzliche Frist vorzugeben.

Bis zum Vorliegen dieser Gebührenordnung ist für seltene Erkrankungen von einer Einschränkung der Abrechnung auf Leistungen des Appendix abzusehen. Stattdessen sollten alle Leistungen des EBM abgerechnet werden können. Zusätzlich sollte auch weiterhin der G-BA von der Möglichkeit Gebrauch machen, NUBs einzuführen, insbesondere eine Beratungsziffer für den erhöhten Aufwand bei seltenen Erkrankungen (z.B. einmal bei Aufnahme des Patienten und einmal im Verlauf während der Teilnahme).

Umsetzung: § 116b Abs. 6 SGB V ist entsprechend anzupassen und mit verbindlichen Terminen zum Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung durch die Vertragspartner zu versehen. Für den Fall des Nichteinhaltens des Termins zur Vereinbarung ist entweder das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V zur Entscheidung oder die Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit zu bestimmen.

Empfehlung 13:

Durch die Verzögerungen bei der Übernahme von EBM-Leistungen in den Behandlungsumfang ist die Versorgung von Patienten teilweise eingeschränkt. Der G-BA sollte sich darauf beschränken, im Rahmen von Konkretisierungen den Behandlungsumfang textlich zu definieren. Die Appendizes sollten als Teil der ASV-Richtlinie entfallen. Die genaue Definition der abzurechnenden Ziffern des EBM sollte durch den ergänzten Bewertungsausschuss erfolgen. EBM-Änderungen sind zeitgleich in der ASV umzusetzen.

Umsetzung: § 116b Abs. 6 SGB V und ggf. weitere Normen im SGB V sind entsprechend anzupassen (siehe bereits Empfehlung 12).

Empfehlung 14:

Bis zum Inkrafttreten einer eigenen ASV-Gebührenordnung legt der G-BA den Behandlungsumfang primär durch Rückgriff auf den EBM fest. Relevante Vergütungspositionen finden sich jedoch auch in Anlagen zum Bundesmantelvertrag, in dem insbesondere Strukturleistungen geregelt werden, die für die Vorhaltung einer qualitativ hochwertigen Versorgung notwendig sind. Der G-BA sollte bei der Gestaltung des Behandlungsumfangs auch diese Positionen berücksichtigen, sofern im jeweiligen Indikationsgebiet relevant. Bislang geschah das lediglich für die Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä).

Umsetzung: Der § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V ist wie folgt zu ergänzen: „Bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a bestimmten abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung; relevante

Leistungen aus den Bundesmantelverträgen gem. § 82 Abs. 1 SGB V sind entsprechend zu berücksichtigen.“

Empfehlung 15:

Da hinzuzuziehende Fachärzte derzeit lediglich in Form eines Definitions- oder Indikationsauftrags einbezogen werden können, sind ihre Abrechnungsmöglichkeiten eingeschränkt, was sich negativ auf die Motivation zur Teilnahme auswirkt. Eine Einbindung per Überweisung zur Mitbehandlung sollte daher ermöglicht werden. Die Wahl der Art der Überweisung obliegt dem überweisenden Kernteammitglied.

Umsetzung: Streichung des Klammerzusatzes in § 2 Abs. 4 S. 2 der ASV-RL oder entsprechende Ergänzung des Wortes „Mitbehandlung“.

Empfehlung 16:

Während ambulantes Operieren in Krankenhäusern von Prüfungen durch den Medizinischen Dienst explizit ausgenommen sind (§ 115b Abs. 2 Satz 6 SGB V), ist dies für ASV-Leistungen nicht der Fall. Daraus ist zu folgern, dass ASV-Leistungen explizit auch den Strafregelungen der reduzierten Vergütung unterliegen. Durch eine entsprechende Regelung sollte gesetzlich klargestellt werden, dass dies nicht der Fall ist.

Umsetzung: Ergänzung einer Regelung analog § 115b Abs. 2 Satz 6 SGB V im § 116b SGB V.

8.2.4 Empfehlungen zur Steigerung des Patientennutzens und der Versorgungsqualität

Empfehlung 17:

Derzeit existiert kein strukturiertes, öffentlich zugängliches Qualitätsreporting. Dieses sollte zur Evaluation der Versorgungsqualität in der ASV in zukünftigen Innovationsfonds-Ausschreibungen durch den G-BA explizit aufgenommen werden. Die bereits im § 116b SGB V vorgesehene Evaluation ist zur Förderung der Transparenz öffentlich zu machen.

Umsetzung: § 116b Abs. 9 SGB V ist zu aktualisieren und zu ergänzen um explizite Veröffentlichungspflichten.

Empfehlung 18:

Da die ASV keinen Sicherstellungsauftrag beinhaltet, besteht die Gefahr, dass sich für einige Erkrankungen keine ASV-Teams bilden und es damit zu einer Unterversorgung kommt. Daher sollte die derzeitige Reihenfolge bei der Einführung neuer Konkretisierungen verlassen werden, die sich aktuell weitgehend an den bisherigen Konkretisierungen der ABK orientiert. Denn diese berücksichtigt nicht, ob sich überhaupt genügend geeignete Leistungserbringer finden (wie das Beispiel Morbus Wilson zeigt). Hier sollten die externe Expertise der Leistungserbringer sowie der Patientenvertreter stärker berücksichtigt werden.

8.2.5 Empfehlungen zur Optimierung des Informationsaustauschs

Empfehlung 19:

Derzeit gibt es kaum Angebote, wo sich (interessierte) Leistungserbringer untereinander austauschen, Änderungen im Zusammenhang mit der ASV (z.B. in den Appendizes) systematisch aufbereitet werden oder Patienten sich informieren können. Der G-BA sollte daher gesetzlich verpflichtet werden, ein digitales Informationsangebot für (interessierte) Leistungserbringer, Patienten und die ELA aufzubauen, in dem über Änderungen an den relevanten Normen (ASV-Richtlinie, Appendizes) in verständlicher Form informiert wird. Insbesondere müssen die vorgenommenen Änderungen wie Erweiterungen der Appendizes

oder der Diagnosen ersichtlich sein. Zusätzlich ist die Möglichkeit zum Informationsaustausch zwischen ASV-Teams und den ELA im Portal zu schaffen. Auch ein Bereich für Patienteninformationen ist in der Plattform vorzusehen.

Umsetzung: § 116b SGB V wird um einen entsprechenden Absatz 10 ergänzt, der das Informationsangebot und die Möglichkeit des Informationsaustausches unter den ASV-Leistungserbringern gesetzlich festschreibt. Mit der Aufgabe könnte abermals das Institut nach § 137a SGB V betraut werden.

In Bezug auf die Kenntlichmachung von Änderungen in der ASV-Richtlinie könnte der G-BA ein online-Tool auf seiner Website zur Verfügung stellen, welches entsprechende Synopsen (ähnlich wie www.buzer.de für Gesetzestexte) bereithält. Schon das bloße Unterstreichen von Neuerungen oder Streichen von Löschungen in der Lesefassung der ASV-RL könnten die Änderungen leichter kenntlich machen.

8.2.6 Empfehlungen zur Verbesserung und Weiterentwicklung der Dokumentation

Empfehlung 20:

Derzeit wird die Digitalisierung im Gesundheitssystem sowohl in der Regelversorgung als auch in der ASV nicht oder nur zeitverzögert umgesetzt. Es sollte gewährleistet sein, dass Entwicklungen wie die elektronische Patientenakte, das eRezept oder der eArztbrief zeitgleich auch in der ASV mit analogen Regelungen z.B. eingeführt werden. Pilotierungen sollten in der ASV zeitnah angestrebt werden, da die Versorgung über Teamstrukturen prädestiniert sind zur Einführung übergreifender digitaler Lösungen.

8.2.7 Weitere Empfehlungen und Verbesserungspotenziale

Es kommt inzwischen in der ASV zunehmend zu Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD). Diese Prüfungen gestalten sich aufwändig und teilweise problematisch, da der MD bislang nur wenig Erfahrung in diesem Sektor hat.

Es sollte daher analog dem MD-Reformgesetz (§ 275c, Abs. 1 SGB V) eine Aufwandsentschädigung für die ASV-Ärzte festgelegt werden, wenn die Krankenkassen den MD mit der Prüfung beauftragen, diese aber keine Kürzung zur Folge hat.

Wir empfehlen, die weitere Entwicklung der ASV wissenschaftlich im Rahmen der Versorgungsforschung zu begleiten und zu evaluieren.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Dengler, R. (2021). *Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV): Steht der Patient im Mittelpunkt?* GGW 2021; 1: 15-27

Becker, J., Martin, J., Hermes-Moll, K., Heidt, V., Walawgo, T., Osburg, S., Straub, N. & Dengler, R. (2021). *Integrated ambulatory specialist care (IASC; ASV in German): Intersectoral care for patients with complex and rare diseases – partial results from an oncological perspective.* Oncol Res Treat 2021(suppl 2); p. 53. doi: 10.1159/000518417

Straub, N., Waldeyer, K., Becker, J., Hermes-Moll, K. & Dengler, R. (2021). *Die Umsetzungspraxis der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V aus Sicht der bestehenden ASV-Teams.* 20. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). sine loco [digital], 06.-08.10.2021. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2021. doi: 10.3205/21dkvf268

Becker, J., Martin, J., Hermes-Moll, K., Heidt, V., Osburg, S., Straub, N., Bredow, L., Froschauer, S. & Dengler, R. (2021). *Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Intersektorale Versorgung von Patient*innen mit komplexen und seltenen Erkrankungen - erste Ergebnisse der Befragung von Patient*innen.* 20. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). sine loco [digital], 06.-08.10.2021. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2021. doi: 10.3205/21dkvf268

Dengler R., Straub N., Bredow L., Froschauer S. *Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Versorgungsforschungsstudie GOAL-ASV: Ergebnisse für onkologische Indikationen.* Info Hämatologie+Onkologie; 25 (4): 60 – 65. Wiesbaden, Springer-Verlag

Dengler, R., Straub, N., Bredow L., Becker, J., Hermes-Moll, K., Osburg, S., Walawgo T., Martin J., Heidt, V., Riedel, O., Hornschuch, M., Haug, U., Waldeyer, K., Froschauer, S. (2022) *Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Status quo, Probleme, Perspektiven.* Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), Elsevier Science Publishers <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.06.003>

10. Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)-Ständige Kommission Leitlinien. *AWMF-Regelwerk „Leitlinien“*. <https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>. (letzter Zugriff 10. Juli 2021)

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Bundesärztekammer (BÄK). 2021. *Marfan-Syndrom*. www.patienten-information.de/kurzinformationen/marfan-syndrom. Berlin. (letzter Zugriff 9. Juli 2021).

ASV-Servicestelle. *ASV-Verzeichnis*. www.asv-servicestelle.de (letzter Zugriff 15. Juni 2021).

Betsch, T., Funke, J. & Plessner, H. (2011). *Einführung in die Entscheidungsforschung*. In: *Denken – Urteilen, Entscheiden, Problemlösen*. Springer-Lehrbuch. Springer, Berlin, Heidelberg.

Braun, S., Kreimeier, S., & Greiner, W. (2010). Messung der Patientenzufriedenheit in der Integrierten Versorgung–Eine Pilotstudie mit dem modifizierten ZAP-Fragebogen. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen (ZEFQ)*, 104(2), 106-112.

Bundesministerium für Gesundheit. (2016). *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen: Patientennutzen, Relevanz und Wirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)*. BT Drs 18/7530 2016; 1-16.

Bundesministerium für Gesundheit. (2018). *Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss zur Förderung von Versorgungsforschung nach §92a Absatz 2 Satz 5 des SGB V. 2018. Forschungsprojekte zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach 116 b SGB V (ASV-RL) vom 23.11.2018*. BAnz AT 12.12.2018 B6.

Bundesministerium für Gesundheit. (2021). *Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Krankenstand. Ergebnisse der GKV-Statistik KM1*. Stand 1.1.2021. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/Januar_bis_Juni_2021_bf.pdf (letzter Zugriff 10. Juli 2021).

Cardoso, R., Zhu, A., Guo, F., Heisser, T., Hoffmeister, M. & Brenner, H. (2021). Incidence and mortality of proximal and distal colorectal cancer in Germany – trends in the era of screening colonoscopy. *Dtsch Arztebl Int*; 118, 281-287.

Dengler, R. & Cassens, M. (2018). Neustrukturierung der fachärztlichen Behandlung am Beispiel der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV): ein kritischer Blick auf Inhalte, Ziele und Umsetzung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen (ZEFQ)*; 133 (4), 51-55.

Dengler, R., Swiatek, E., Pluntke, S., Kaiser, F. & Schmitz, S. (2019). Vergütungsunterschiede und deren Einflußfaktoren bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) im Vergleich zur bisherigen Behandlungsform. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen (ZEFQ)*, 146 (7), 28-34.

Akronym: GOAL-ASV

Förderkennzeichen: 01VSF19002

Dengler, R. & Vehling-Kaiser, U. (2020). Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV): Ein innovatives Versorgungskonzept mit vielen Herausforderungen. In: Hahn U. & Kurscheid C. (Hrsg.) *Intersektorale Versorgung*: 37 – 54. Springer- Gabler, Wiesbaden.

Dengler, R., Walawgo, T., Baumann, W. & Cassens, M. (2017). Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV): ein kritischer Bericht. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage unter niedergelassenen Fachärzten. *Gesundheitswesen*, 81, 478 – 485.

Dengler, R. (2021). Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV): Steht der Patient im Mittelpunkt? *G+G Wissenschaft, Heft 21, 1*, 15-23.

Deutscher Bundestag (2011). Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (VStG) vom 22.12.2011, Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 70, S. 2983 – 3022.

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

Deutsches Mukoviszidose-Register. *Berichtsband 2019*. L Nahrlich (Hrsg.), M Burkhardt, J Wosniok. Stand: 10.06.2020. Mukoviszidose e.V. & Mukoviszidose Institut gGmbH. Bonn.

Diel, R., Jacob, J., Lampenius, N., Loebinger, M., Nienhaus, A., Rabe, K. F. & Ringshausen, F. C. (2017). Burden of non-tuberculous mycobacterial pulmonary disease in Germany. *Eur Respir J* 2017; 49, 1602109.

Diel, R. & Mertsch, P. (2019). Intersectoral Cost of Treating Pulmonary Non-Tuberculosis Mycobacterial Disease (NTM-PD) in Germany—A Change of Perspective in Disease Management. *Int J Environ Res Public Health*, 16, 3795.

Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 5. Aufl., Springer-Verlag: Berlin Heidelberg.

Edelmann E., Lakomek H.J., Bessler F., Braun J. et al. (2019). Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) – eine neue Versorgungsebene in der Rheumatologie. *Z Rheumatol*, 78 (8): 765-773

Ergänzter Bewertungsausschuss (2021). *Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 67. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses zur Erstellung eines Berichtes zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung an den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V mit Wirkung zum 1. März 2021*. Berlin 2021.

European Network of Centres for Pharmacoepidemiology and Pharmacovigilance (ENCePP). (2021). *Guide on Methodological Standards in Pharmacoepidemiology (Revision 9)*. EMA/95098/2010.

Fiehn, C., Baraliakos, X., Edelmann, E., Froschauer, S., Feist, E., Karberg, K., ... Zinke, S. (2020). Aktueller Stand, Ziele und Qualitätsstandards der ambulanten Versorgung in der Rheumatologie: Positionspapier des Berufsverbandes der deutschen Rheumatologen (BDRh) *Z Rheumatol*, 79, 770–779.

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2019). *Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche*

Versorgung § 116b SGB V: Jährliche Anpassung der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und weitere Änderungen. Berlin 22. März 2019.

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 (BAnz) AT vom 19.07.2013 B1. Geändert am 18. März 2021 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 20.04.2021 B2) in Kraft getreten am 1. April 2021 und geändert am 17. Dezember 2020 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 05.05.2021 B3 und BAnz AT 05.05.2021 B4) in Kraft getreten am 6. Mai 2021.

Gesundheitsministerkonferenz. (2020). *Beschlüsse der 93. GMK. TOP 9.5 Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)*.

GKV-Spitzenverband, DKG, KBV. (2017). *Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit zu den Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie die Patientenversorgung*. 12.05.2017, Berlin.

GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2021). *Vereinbarung über qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte)*, https://www.kbv.de/media/sp/07_Onkologie.pdf. (letzter Zugriff 2. November 2022).GKV-Spitzenverband. (2021). Unveröffentlichte Daten des Bewertungsausschusses (BA). Berlin.

Gruhl, M. (2017). Die Mauer muss weg–ein Konzept für eine sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. *Gesundheits-und Sozialpolitik*, 71(3/4), 24-31.

Hahn, U. (2020). Intersektorale Versorgungsstrukturen–Zwischen Untergang und Aufbruchsstimmung. In M. A. Pfannstiel, R. Jaeckel & P. Da-Cruz (Hrsg.), *Market Access im Gesundheitswesen* (S. 287-299). Wiesbaden: Springer Gabler.

Haug, U. & Schink, T. (2021). German Pharmacoepidemiological Research Database (GePaRD). In M. Sturkenboom & T. Schink, (Hrsg.), *Databases for Pharmacoepidemiological Research* (S. 119–124). Cham: Springer.

Heckhausen, H. & Gollwitzer, P. M. (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. *Motivation and Emotion*, 11, 101-120.

Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Hoeper, M. M., Huscher, D. & Pittrow D. (2016). Incidence and prevalence of pulmonary arterial hypertension in Germany. *Int J Cardiol* 2016, 203, 612–3.

Hoffmann. W., Latza, U., van den Berg, N. (2018). *Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP) – Überarbeitete Fassung 2018*.

Hussy, W., Schreier, M. & Echterhoff, M. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

IGES-Institut (2012). Fürstenberg T., Gierling P, Laschat M.: *Überprüfung der Auswirkungen der Regelungen über Mindestmengen gemäß § 6 Abs. 5 Satz 2 der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (ABK-RL). Abschlussbericht*. Berlin. Juli 2012.

Akronym: GOAL-ASV
Förderkennzeichen: 01VSF19002

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1586/2012-10-18_ABK-RL_Abschlussbericht-IGES.pdf (letzter Zugriff 17. Januar 2022).

Institut des Bewertungsausschusses (InBA). <https://institut-ba.de/service/asvbereinigung/berechnungsgrundlagen.html> (letzter Zugriff 11. Dezember 2021).

Institut des Bewertungsausschusses (InBA): *Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 420. Sitzung, zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 560. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß §116 b Abs, 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit §87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 2/2021.* Berlin. <https://institut-ba.de/ba/beschlusse.html>. (letzter Zugriff 15. Juni 2021).

International society for pharmacoepidemiology (ISPE). (2015). *Guidelines for Good Pharmacoepidemiology Practices (GPP)*. Online verfügbar unter: <https://www.pharmacoepi.org/resources/policies/guidelines-08027/> (letzter Zugriff 4. August 2021).

Jacobs, K. (2019). Aus Erfahrungen lernen: Versorgungsgestaltung braucht ein stimmiges Konzept. *G+G Wissenschaft 2019, 1*, 23-26.

Jakobs, F., Drost, R., Kron, A., Heinen, J., Hallek, M., Reinhardt, H. C., Zander, T. & Kron, F. (2020). Economic impact of the introduction of outpatient medical specialist care (ASV) of gastrointestinal cancer patients from a German hospital management perspective. *Oncol Res Treat 2020, 43*, 498–504.

Jenschke, C., Froschauer-Häfele, S., Bredow, L., Hartmann, P. & Munte, A. (2018). *Ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Analyse der Entstehung einer neuen Versorgungsform*. WeltTrends Verlag, Potsdam.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). *Honorarberichte*. https://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Quartal_4_2020.pdf. Berlin, 2021. (letzter Zugriff 2. November 2022).

Klakow-Franck, R. (2015). *Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) gemäß § 116 SGB V. Stand der Umsetzung und aktuelle Probleme aus Sicht des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)*. *Ges Recht, 10*, 577–583.

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

Korzilius, H. & Osterloh, F. (Red.) (2017). Thema: Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV). „Gut gemeint, schlecht gemacht“. *Dtsch Ärztebl, 114(18)*, A878 – A881.

Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3. überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.

Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung* (4. vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Akronym: GOAL-ASV

Förderkennzeichen: 01VSF19002

Landschaftsverband Westfalen-Lippe. (2021). *LWL-Statistik. Bevölkerung in Westfalen-Lippe*. <https://www.statistik.lwl.org/de/zahlen/bevoelkerung/> (letzter Zugriff 12. November 2021).

Laux, H., Gillenkirch, R. M. & Schenk-Mathes, H. Y. (2012). *Entscheidungstheorie*. (8. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer-Gabler.

Ludt, S., Heiss, F., Glassen, K., Noest, S., Klingenberg, A., Ose, D., & Szecsenyi, J. (2014). Die Patientenperspektive jenseits ambulant-stationärer Sektorengrenzen–Was ist Patientinnen und Patienten in der sektorenübergreifenden Versorgung wichtig?. *Das Gesundheitswesen*, 76(06), 359-365.

Mayring, P. (2001). Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research*, 2(1), Art. 6.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

McGowan J., Sampson M., Salzwedel D.M., Cogo E., Foerster V., Lefebvre C. (2016). PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *Journal of Clinical Epidemiology*; 75, 40-46

Minden, K. (2012). Rheumatische Gelenkerkrankungen im Kindes- und Jugendalter. *Z Rheumatol* 2012, 71, 403-416.

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.

Newman, L., Rose, C. S. & Maier, L. A. (1997). Sarcoidosis. *N Engl J Med*. 336, (17), 1224–1234.

Noest, S., Ludt, S., Klingenberg, A., Glassen, K., Heiss, F., Ose, D., ... & Szecsenyi, J. (2014). Involving patients in detecting quality gaps in a fragmented healthcare system: development of a questionnaire for Patients' Experiences Across Health Care Sectors (PEACS). *Int J Qual Health Care*, 26(3), 240-249.

Nordhausen, T. & Hirt, J. (2020). RefHunter. Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken. Version 5.0 (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg & FHS St.Gallen, Hrsg.), Halle (Saale) & St.Gallen. <https://www.refhunter.eu/manual/>

Olivarez, L., Caggana, M., Pass, K. A., Ferguson, P. & Brewer G. J. (2001). Estimate of the frequency of Wilson's disease in the US Caucasian population: a mutation analysis approach. *Ann Hum Genet*, 65 (Pt 5), 459-63.

Paul Ehrlich-Institut (PEI). (2019). Deutsches Hämophileregister.

Philipps, A., Scheible, M., Joos, S. & Sturm, H. (2021). The intersectoral care of cancer patients: weaknesses and strategies for improvement. *Dtsch Arztebl Int*, 118, 795–796.

Pohontsch, N. & Meyer, T. (2015). Das kognitive Interview – Ein Instrument zur Entwicklung und Validierung von Erhebungsinstrumenten. *Rehabilitation*, 54, 53–59.

Akronym: GOAL-ASV
Förderkennzeichen: 01VSF19002

Robert Koch Institut. (2019). *Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2019*. Berlin. Online verfügbar unter: <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Download/TB2019.html> (letzter Zugriff 2. November 2022).

Robert Koch-Institut (RKI) und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister (GEKID). (2021). *Krebs in Deutschland für 2017/2018. 13. Ausgabe*. Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg). Berlin, 2021.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten. 2012. Deutscher Bundestag 2012, Drucksache 17/10323.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahrgutachten 2018/2019. Achstes Kapitel: Über Wettbewerb mehr Effizienz im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Sachverständigenrat, 385–438; <https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/publikationen/jahresgutachten/fruehere-jahresgutachten/jahresgutachten-201819.html>. (letzter Zugriff 11. Juli 2021).

Schardt C, Adams M.B., Owens T., Keitz S., Fontelo P. (2007). Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC Med Inform Decis Mak*, 15;7:16. [PMID 17573961](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17573961/)

Schmuck, R., Gerken, M., Teegen, E.-M., Krebs, I., Klinkhammer-Schalke, M., Aigner, F., ... Benz, S. (2020). Gender comparison of clinical, histopathological, therapeutic and outcome factors in 185,967 colon cancer patients. *Langenbeck's Archives of Surgery*; 405, 71 – 80.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (2021). Gemeindeverzeichnis-online. <https://www.statistikportal.de/de/gemeindeverzeichnis> (letzter Zugriff 16.12.2021)

Statistisches Bundesamt. *Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag*. <https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=12411-0010&bypass=true&levelindex=1&levelid=1626423075504#abreadcrumb> (letzter Zugriff 16. Juli 2021).

Statistisches Bundesamt. Gesundheit (2017). *Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) 2016*. Fachserie 12. Reihe 6.2.1. Berlin.

Stock, S. (2015). Integrated ambulatory specialist care – Germany's new health care sector. *N Engl J Med*, 372 (19), 1781–1785.

Strahl, A., Schneider, O., Frankenhauser-Mannuß, J. (2018). Prävalenz, Komorbidität und interdisziplinäre Versorgung der Rheumatoiden Arthritis – Versicherungsdaten zur ambulanten und stationären Versorgung in Baden-Württemberg. *Z Rheumatol*, 77, 113–126.

Swart, E., Gothe, H., Geyer, S., Jaunzeme, J., Maier, B., Grobe, T. G. (&) Ihle, P (2015). Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. *Gesundheitswesen*, 77, 120 – 126.

Wittekind, C. (Hrsg.) (2017). *TNM: Klassifikation maligner Tumoren*. 8. Auflage. Weinheim: Wiley-VCH.

Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut: Datenbankabfrage mit Schätzung der Inzidenz, Prävalenz und des Überlebens von Krebs in Deutschland auf Basis der

Akronym: GOAL-ASV

Förderkennzeichen: 01VSF19002

epidemiologischen Landeskrebsregisterdaten (DOI: 10.18444/5.03.01.0005.0014.0001).
https://www.krebsdaten.de/Krebs/SiteGlobals/Forms/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe1_form.html (letzter Zugriff:17. Dezember 2020).

Zink, A., Albrecht, K. (2016). Wie häufig sind muskuloskeletale Erkrankungen in Deutschland?
Z Rheumatol, 75, 346–353.

11. Anhang

Anhang A: Konkretisierungen der Erkrankungsgruppen in der ASV-RL

Anhang B: AP 3 PRISMA flow chart

Anhang C: Stadienanteile bei den Tumorerkrankungen

Anhang D: Liste der ICD 10 GM-Diagnosen bezüglich der entsprechenden Konkretisierungen in der ASV-RL

Anhang E: Grundgesamtheit und Interviewsample der Teamleitungsinterviews

Anhang F: Verteilung des Interview-Samples

Anhang G: Finaler Codebaum (MAXQDA) für die Interviews mit ASV-Teamleitern

Anhang H: Merkmale der befragten Patienten

Anhang I: Finaler Codebaum (MAXQDA) für die Interviews mit den Patientenvertretern

Anhang J: Auswertung ELA-Anzeigevordrucke

Anhang K: Auswertung der Befragung der ELA

Anhang L: Verteilung der ASV-Teams, Ärzte und Quartalspatientenzahlen in den einzelnen KV-Bezirken

Anhang M: Mehrfachinanspruchnahmen

Anhang N: Patienteninformationsblatt des G-BA

Anhang O: Tabelle WINHO AP 5 Patientenbefragung

Anhang P: Auszahlungsquoten nach Fachgruppen und KV-Regionen

Anhang Q: Rückmeldung der KVen zu Obergrenzen und Bereinigungebenen

Anhang R: EBM Kapitel 50 – 51

Anhang S: Formulierungsvorschlag zu Empfehlung 3 zur Änderung der ZV sowie des §116b SGB

Akronym: GOAL-ASV

Förderkennzeichen: 01VSF19002

12. Anlagen

Anlage 1: Interviewleitfaden ASV Teamleitungen

Anlage 2: Fragebogen ASV-Teilnehmende

Anlage 3: Fragebogen Nicht-Teilnehmende

Anlage 4: Fragebogen Krankenhäuser

Anlage 5: Interviewleitfaden Patientenvertreter

Anlage 6: Fragebogen Patienten

Anlage 7: Fragebogen ELA

Anlage 8a: Protokoll Expertenworkshop 1

Anlage 8b: Protokoll Expertenworkshop 2

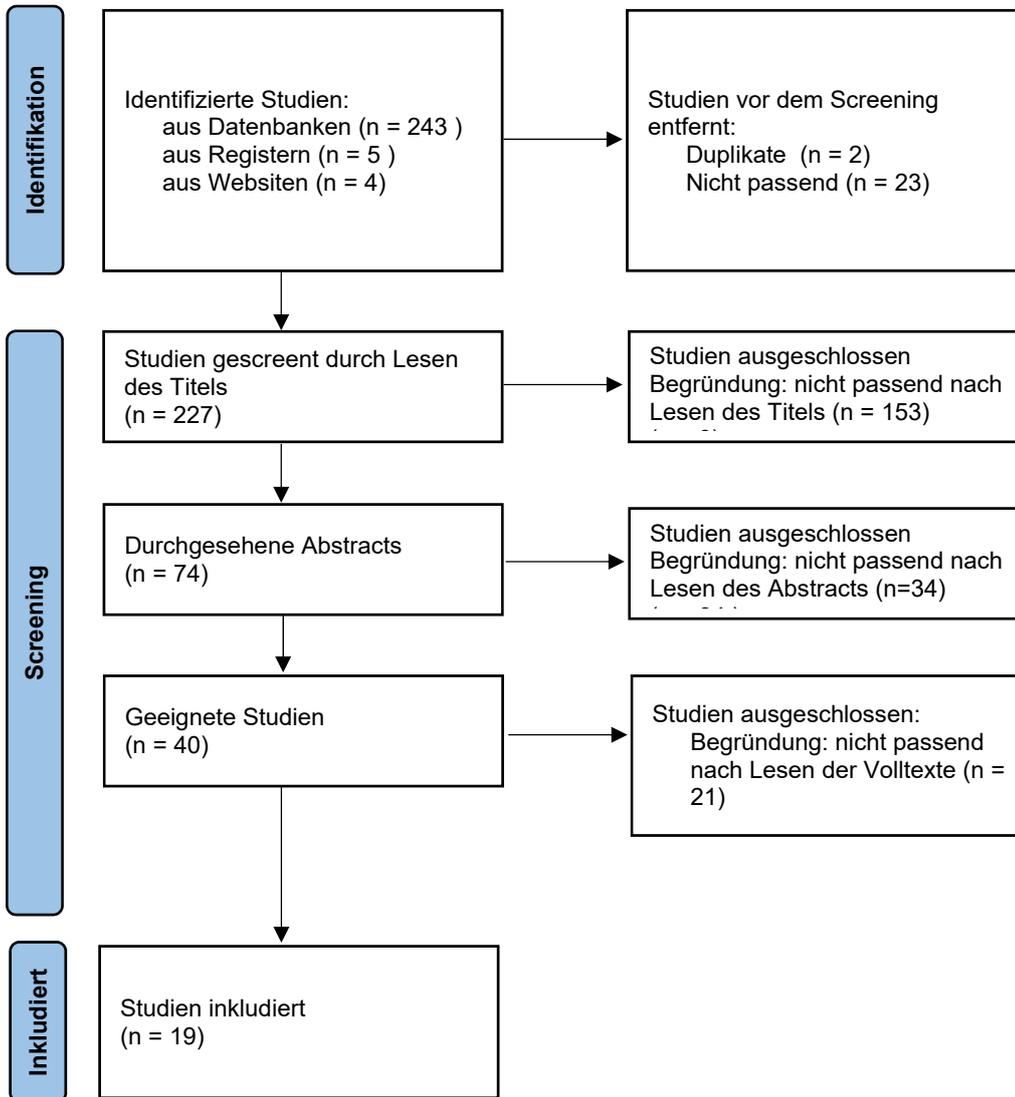
Anhang A: Konkretisierungen der Erkrankungsgruppen in der ASV-RL

(In der Fassung vom 21. März 2013, in Kraft getreten am 20. Juli 2013, zuletzt geändert am 21. März 2021, in Kraft getreten am 31. August 2021, veröffentlicht im Bundesanzeiger 16.09.2021 BAnz AT 08.10.2021 B6

Erkrankung	Konkretisierung
Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle	<ul style="list-style-type: none">- Diagnostik und Behandlung ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, wenn diese aufgrund der Ausprägung der Tumorerkrankung eine multimodale Therapie benötigen. Dies bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine systemische medikamentöse Tumorthherapie, und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.
Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	<ul style="list-style-type: none">- Diagnostik und Behandlung ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, wenn diese aufgrund der Ausprägung der Tumorerkrankung eine multimodale Therapie benötigen. Dies bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine systemische medikamentöse Tumorthherapie, und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf. Nicht umfasst sind eine adjuvante endokrine Therapie und die Gabe von Bisphosphonaten, sofern nicht eine andere tumorgerichtete Behandlung parallel verabreicht werden.
Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	<ul style="list-style-type: none">- Diagnostik und Behandlung ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, wenn diese aufgrund der Ausprägung der Tumorerkrankung eine multimodale Therapie benötigen. Das bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie, oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine systemische medikamentöse Tumorthherapie, ausgenommen eine adjuvante endokrine Therapie, und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.
Tumorgruppe 4: Hauttumoren	<ul style="list-style-type: none">- Diagnostik und Behandlung ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, wenn diese aufgrund der Ausprägung der Tumorerkrankung eine

	<p>multimodale Therapie benötigen. Dies bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumortherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise bedarf.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausgeschlossen sind eine alleinige oder adjuvante Strahlentherapie, lokale dermatologische Behandlungen wie Operationen, Lasertherapie, Photodynamische Therapie, Elektrodesikkation, Kürettage, Kryotherapie und Plattenepithelkarzinom im Stadium N0, M0.
Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	<ul style="list-style-type: none"> - Ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. - Es ist entweder als Primärtherapie, oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder eine systemische medikamentöse Tumortherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.
Rheumatologische Erkrankungen (Erwachsene)	<ul style="list-style-type: none"> - Ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei Verdachtsdiagnose oder gesicherter Diagnose einer rheumatologischen Erkrankung sowie deren Behandlung, wenn diese aufgrund der Ausprägung der Erkrankung eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung oder eine besondere Expertise oder Ausstattung benötigen.
Rheumatologische Erkrankungen (Kinder u. Jugendliche)	<ul style="list-style-type: none"> - Bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit gesicherten Diagnosen und Verdachtsdiagnosen rheumatologischer Erkrankungen.
Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostik und Behandlung von Tuberkulose und atypischer Mykobakteriose
Mukoviszidose	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostik und Behandlung von Mukoviszidose
Hämophilie	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostik und Behandlung von Hämophilie
Schwerwiegende immunologische Erkrankung: Sarkoidose	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostik und Behandlung von Sarkoidose
Morbus Wilson	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostik und Behandlung von Morbus Wilson
Marfan Syndrom	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostik und Behandlung von Marfan Syndrom
Pulmonale Hypertonie	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostik und Behandlung von pulmonaler Hypertonie
Ausgewählte seltene Lebererkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostik und Behandlung von ausgewählten seltenen Lebererkrankungen

Anhang B: AP 3 PRISMA flow chart



Flußdiagramm der strukturierten Literaturrecherche nach dem PRISMA-Schema

Anhang C: Stadienanteile in Prozent bei den Tumorentitäten gemäß TNM 8. Auflage

Erkrankung/Diagnose	ICD 10	Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV	ASV [§] MW
		Frauen/Männer	Frauen/Männer	Frauen/Männer	Frauen/Männer	
GIT						
Ösophaguskarzinom	C15	12/11	18/12	34/37	36/40	75
Magenkarzinom	C16	20/17	16/14	24/30	40/39	82
Dickdarmkarzinom	C18-C20	22/21	29/28	29/29	20/21	78
Leber	C22	23/23	17/24	24/18	36/35	35
Gallenblasenkarzinom	C23-C24	16/19	16/16	33/40	35/25	67
Pankreaskarzinom	C25	12/11	22/20	17/17	49/52	89
Schilddrüse	C73	88/75	6/14	1/2	4/9	6
Übrige*	C17, C21, C26 – C49 und C74-C80					
Gyn. Tumoren						
Mammakarzinom #	C50	41	40	11	7	58
Zervixkarzinom	C53	46	15	21	18	52
Uteruskarzinom	C54-C55	67	7	15	10	25
Ovarialkarzinom	C56	22	7	43	29	79
Übrige*	C51, 57-C80					
Urologische Tumoren						
Prostatakarzinom	C61	35	30	16	18	18
Hodenkarzinom	C62	75	14	11	n.d.	25
Nierenzellkarzinom	C64	57/55	8/8	19/19	16/18	17
Harnblasenkarzinom	C67	24/34	29/29	35/28	13/9	40
Übrige*	C60, C68-C80					
Tumoren der Haut						
Melanom	C43	71/64	17/19	9/11	3/5	4
Übrige*	C44-C88					
Tumoren der Lunge						
Lungenkarzinom	C33, C34	71/64	17/19	9/11	3/5	33
Übrige *	C33, C35-C42, C45-C80					

Stadien, die aufgrund der Behandlung für die ASV qualifizieren, sind grün markiert (Zuordnung gemäß AWMF).

Die Stadien für GIT, Tumoren der Haut und der Lunge, werden vom RKI getrennt nach Männern und Frauen angegeben.

[§] Die hier dargestellten Stadienanteile stellen gewichtete Mittelwerte (MW) zwischen diesen beiden Angaben dar mit Berücksichtigung geschlechtsbezogenen Häufigkeiten.

* Aufgrund ihrer Seltenheit wurden die übrigen Erkrankungen mit den entsprechenden ICD 10 Diagnosen nicht berücksichtigt.

nur Frauen. n.d.: keine Daten. Quelle: RKI, Krebs in Deutschland 2021. Datenbasis: 2018

Anhang D: Liste der ICD 10 GM-Diagnosen bezüglich der entsprechenden Konkretisierungen in der ASV-RL

Gastrointestinale Tumoren/Tumoren der Bauchhöhle – eingeschlossene Diagnosen:

- C15.- Ösophagus
- C16.- Magen
- C17.- Dünndarm
- C18.- Kolon
- C19.- Rektosigmoid, Übergang
- C20.- Rektum
- C21.- Anus und Analkanal
- C22.- Leber und intrahepatische Gallengänge
- C23, C24.- Gallenblase und -wege
- C25.- Pankreas
- C26.0 Intestinaltrakt, Teil nicht näher bezeichnet
- C26.1 Milz
- C26.8 Verdauungssystem, mehrere überlappend
- C45.1 Mesotheliom, Mesotheliom des Peritoneums
- C47.4/5/8 Periphere Nerven des Abdomens bzw. Beckens bzw. mehrere überlappend
- C48.1/2/8 Teile des Peritoneums oder überlappend
- C49.4/5/8 Bindegewebe und and. Weichteilgewebe des Abdomens bzw. Beckens bzw. überlappend
- C73 Schilddrüse
- C74.- Nebenniere
- C75.0/8 Nebenschilddrüse bzw. mehrere endokrine Drüsen
- C76.2 Abdomen
- C76.3 Becken
- C76.8 Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
- C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt

Gynäkologische Tumoren – eingeschlossene Diagnosen:

Mammakarzinom:

- C50.0 – C50.9 Mamma

Sonstige gynäkologische Tumoren:

- C47.5 Periphere Nerven des Beckens
- C47.8 Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
- C49.5 Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens
- C49.8 Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
- C51.0 – C51.9 Vulva
- C53.0 – C53.9 Zervix
- C54.0 – C54.9 Corpus uteri
- C55 Uterus
- C52 Vagina
- C56 Ovar
- C57.0 Tuba uterina [Fallopio]
- C57.1 Lig. latum uteri
- C57.2 Lig. teres uteri
- C57.3 Parametrium
- C57.4 Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet
- C57.7 Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane
- C57.8 Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend

- C58 Plazenta
- C76.3 ungenau bezeichnete Lokalisation: Becken
- C76.8 Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisation, mehrere Teilbereiche überlappend
- C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

Rheumatologische Erkrankungen – eingeschlossene Diagnosen:

Erwachsene (ab dem 18. Lebensjahr):

- D68.6 Sonstige Thrombophilien
- D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
- D69.0 Purpura anaphylactoides
- D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen i.V.m. M14.8*
- D89.1 Kryoglobulinämie
- E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose
- H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet
- I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung
- I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet
- M01.2-* Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†)
- M02.1- Postenteritische Arthritis
- M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet
- M05.- Seropositive chronische Polyarthritis
- M06.0- Seronegative chronische Polyarthritis
- M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit
- M07.1-* Arthritis mutilans (L40.5†)
- M07.2* Spondylitis psoriatica (L40.5†)
- M07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†)
- M08.- Juvenile Arthritis
- M09.-* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
- M13.- Sonstige Arthritis
- M14.8* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten i.V.m. D86.8
- M30.- Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände
- M31.3 Wegener-Granulomatose
- M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]
- M31.5 Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica
- M31.6 Sonstige Riesenzellarteriitis
- M31.7 Mikroskopische Polyangiitis
- M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien
- M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet
- M32.- Systemischer Lupus erythematoses
- M33.0 Juvenile Dermatomyositis
- M33.1 Sonstige Dermatomyositis
- M33.2 Polymyositis
- M34.- Systemische Sklerose
- M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]
- M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome
- M35.2 Behçet-Krankheit
- M35.4 Eosinophile Fasziiitis
- M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
- M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet
- M36.0* Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (C00-D48†)
- M45.0- Spondylitis ankylosans
- M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet
- M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis

Kinder und Jugendliche (bis zum 18. Lebensjahr):

- D68.6 Sonstige Thrombophilien
- D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
- D69.0 Purpura anaphylactoides

- D86.0 Sarkoidose der Lunge
- D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten
- D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten
- D86.3 Sarkoidose der Haut
- D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen i.V.m. M14.8*
- E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose
- H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet
- I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung
- I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet
- L50.2 Urtikaria durch Kälte oder Wärme
- M01.2-* Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†)
- M02.1- Postenteritische Arthritis
- M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet
- M05.- Seropositive chronische Polyarthritis
- M06.0- Seronegative chronische Polyarthritis
- M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit
- M07.1-* Arthritis mutilans (L40.5†)
- M07.2* Spondylitis psoriatica (L40.5†)
- M07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†)
- M08.- Juvenile Arthritis
- M09.-* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
- M13.- Sonstige Arthritis
- M14.8* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten i.V.m. D86.8
- M30.0 Panarteriitis nodosa
- M30.1 Panarteriitis mit Lungenbeteiligung
- M30.2 Juvenile Panarteriitis
- M30.3 Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit]
- M31.3 Wegener-Granulomatose
- M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]
- M31.7 Mikroskopische Polyangiitis
- M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien
- M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet
- M32.- Systemischer Lupus erythematoses
- M33.0 Juvenile Dermatomyositis
- M33.1 Sonstige Dermatomyositis
- M33.2 Polymyositis
- M34.- Systemische Sklerose
- M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]
- M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome
- M35.2 Behçet-Krankheit
- M35.4 Eosinophile Fasziitis
- M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
- M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet
- M45.0- Spondylitis ankylosans
- M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet
- M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis

Urologische Tumoren – eingeschlossene Diagnosen:

- C47.5 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens
- C47.8 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
- C48.0 Bösartige Neubildung: Retroperitoneum
- C49.5 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens
- C60.- Bösartige Neubildung des Penis
- C61 Bösartige Neubildung der Prostata
- C62.- Bösartige Neubildung des Hodens
- C63.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter männlicher Genitalorgane

- C64 Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
- C65 Bösartige Neubildung des Nierenbeckens
- C66 Bösartige Neubildung des Ureters
- C67.- Bösartige Neubildung der Harnblase
- C68.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane
- C76.3 Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
- C76.8 Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
- C80.- Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation

Tumoren der Haut – eingeschlossene Diagnosen:

- C43.- Bösartiges Melanom der Haut
- C44.- Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
- C46.- Kaposi-Sarkom [Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum] (nicht HIV assoziiert, und rein kutan)
- C51.- Bösartige Neubildung der Vulva (nur bei malignem Melanom)
- C60.- Bösartige Neubildung des Penis (nur bei malignem Melanom)
- C63.2 Bösartige Neubildung des Skrotums (nur bei malignen Melanomen)
- C82.- Follikuläres Lymphom
- C83.- Nicht follikuläres Lymphom
- C84.- Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome
- C85.- Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms
- C86.- Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome
- C88.- Bösartige immunproliferative Krankheiten

Tumoren der Lunge und des Thorax – eingeschlossene Diagnosen:

- C33 Bösartige Neubildung der Trachea
- C34.- Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
- C37.- Bösartige Neubildung des Thymus
- C38.- Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura
- C39.- Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen des Atmungssystems und sonstiger intrathorakaler Organe
- C45.0 Mesotheliom der Pleura
- C45.2 Mesotheliom des Perikards
- C47.3 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems, Periphere Nerven des Thorax
- C49.3 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe, Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax
- C75.5 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen, Glomus aorticum und sonstige Paraganglien
- C76.1 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen, Thorax
- C76.8 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen, Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
- C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

Ausgewählte seltene Lebererkrankungen – eingeschlossene Diagnosen:

Primär biliäre Cholangitis (PBC)

- K74.3 Primäre biliäre Zirrhose
- K74.4 Sekundäre biliäre Zirrhose (auch Idiopathic adulthood ductopenia Syndrom (IAD) und Vanishing bile duct Syndrom)
- K74.5 Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet

Primär sklerosierende Cholangitis (PSC)

- K83.0 Cholangitis

Autoimmunhepatitis (AIH)

- K75.4 Autoimmune Hepatitis

Hämophilie – eingeschlossene Diagnosen:

- D66 Hereditärer Faktor-VIII-Mangel
- D67 Hereditärer Faktor-IX-Mangel
- D68.0- Willebrand-Jürgens-Syndrom
- D68.1 Hereditärer Faktor-XI-Mangel
- D68.2- Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren
- D68.31 Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII D68.32 Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren
- D68.38 Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper
- D68.4 Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren
- D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien

Marfan-Syndrom – eingeschlossene Diagnosen:

- Marfan-Syndrom (Q87.4)
- auch die Diagnostik und Therapie von verwandten, durch genetische Mutationen bedingte Störungen, die zu einer Erweiterung der Aorta mit einem Risiko der Aortendissektion führen können. Dies können z.B. sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta (Q25.4) oder Loeys-Dietz-Syndrom sein

Morbus Wilson – eingeschlossene Diagnosen:

- Morbus Wilson (E83.0 Störungen des Kupferstoffwechsels)

Mukoviszidose – eingeschlossene Diagnosen:

- Mukoviszidose (E84.- Zystische Fibrose)

Pulmonale Hypertonie – eingeschlossene Diagnosen:

- I27.0 Primäre pulmonale Hypertonie
- I27.2- Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie
- P29.3 Persistierender Fetalkreislauf

entsprechend der Nizza-Klassifikation

- Pulmonale Hypertonie der Klassen 1, 1' oder 1'' der Nizza-Klassifikation
- Pulmonale Hypertonie der Klasse 4 der Nizza-Klassifikation
- Pulmonale Hypertonie der Klasse 3.2 der Nizza-Klassifikation, die sich bereits im Kindesalter entwickelt hat
- Pulmonale Hypertonie der Klassen 5.1 oder 5.3 der Nizza-Klassifikation
- Pulmonale Hypertonie der Klassen 2, 3 (ohne 3.2, die sich bereits im Kindesalter entwickelt hat), 5.2 oder 5.4 der Nizza-Klassifikation mit einem deutlich über den üblichen Schweregrad hinausgehenden Krankheitsverlauf

Tuberkulose – eingeschlossene Diagnosen:

- Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose (ICD10: A15.-, A16.-, A17.-, A18.-, A19.-, A31.-), die Behandlung evt. Kontaktpersonen mit Chemoprophylaxe und die latente Tuberkulose (Z22.7)

Sarkoidose – eingeschlossene Diagnosen:

- D86.- Sarkoidose

Anhang E: Grundgesamtheit und Interviewsample der Teamleitungsinterviews

Indikation	N Teams		Rücklauf	Rücklauf- quote (Zusagen)	Interview- Sample-
	Insgesamt (Daten ASV- Servicestelle 06.03.2020)	Kontakte mit Ansprech- partner			
Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	132	117	24	21%	5
Gynäkologische Tumore	80	69	12	17%	4
Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	39	36	6	17%	2
Pulmonale Hypertonie	30	27	7	26%	2
Rheumatische Erkrankungen (Erwachsene)	25	25	12	48%	2
Urologische Tumore	16	16	4	25%	1
Mukoviszidose	11	11	4	36%	1
Marfan-Syndrom	6	6	3	50%	1
Ausgewählte seltene Lebererkrankungen	3	2	1	50%	1
Hauttumore	1	1	1	100%	1
<i>Rheumatische 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

Anmerkung: Die Grundgesamtheit bildet die Anzahl der ASV-Teams, die zum Stichtag 06.03.2020 bei der ASV-Servicestelle veröffentlicht waren. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, dass dort nicht alle tatsächlich zugelassenen Teams erfasst sind, da die Veröffentlichung freiwillig ist. Allerdings ist davon auszugehen, dass die Abweichung eher gering ist, da die tatsächliche Gesamtzahl der ASV-Teams laut GKV-Spitzenverband zum Stichtag 29.01.2020 bei 340 Teams lag und somit noch unterhalb der Anzahl der ASV-Servicestelle fünf Wochen später. Da die Daten des GKV-Spitzenverbands anonymisiert sind und für die Interviews die Kontaktdaten der Teamleitungen benötigt werden, kann nur die veröffentlichten Daten der ASV-Servicestelle als Grundgesamtheit für das Sampling der qualitativen Interviews herangezogen werden.

Anhang F: Verteilung des Interview-Samples

Sample-Auswahl nach Art der Einrichtung			
	Sample-Zielgröße	Klinik	Praxis
GIT	5	3*	2
Gyn. Tumoren	4	3	1
Tb / atyp. MB	2	1	1
PH	2	2	
Rheuma Erw.	2	1	1
Uro. Tumoren	1		1
Muko.	1		1
Marfan	1	1	
Selt. LE	1	1	
Haut	1	1	
Gesamt	20	13	7

*) darunter 1 Klinik-MVZ

Sample-Auswahl nach KV-Regionen											
Indikation	Sample gesamt	WL	HH	Sa-Anh	Hessen	NO	Bayern	Berlin	S-H	BaWü	Nieder- sachsen
GIT	5	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0
Gyn. Tumoren	4	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1
Tb / atyp. MB	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
PH	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Rheuma Erw.	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Uro. Tumoren	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Muko.	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Marfan	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Selt. LE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Haut	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Gesamt	20	2	2	1	2	3	3	2	1	3	1

Anhang G: Finaler Codebaum (MAXQDA) für die Interviews mit ASV-Teamleitern

Liste der Codes			
Code	Code		
▼ Codesystem			1.082
▼ Abwägen			0
○ Informationsgewinnung			58
○ Hindernisse			17
○ Motivation / Relevanz			76
▼ Planen			0
○ Teamzusammenstellung und -prozesse			58
○ Motivation Teammitglieder			29
▼ Information			0
○ Antragserstellung, ELAs			31
○ interne, externe Unterstützung			44
○ Zeitlicher Ablauf			42
▼ Hindernisse			0
○ Vorgaben			61
○ konkreter Aufwand			35
▼ Handeln / Umsetzung			0
○ Unterstützung bei Umsetzung			32
○ Prozesse und Teamzusammenarbeit			76
○ Vergütung			36
○ Abrechnung			21
○ Versorgungsunterschiede			73
○ Patientenstrukturen			76
○ Patienteninformation			28
> Hürden			114
▼ Bewerten			0
○ Gesamteinschätzung			38
○ Relevanz			35
○ Optimierungsoptionen			70
> Outcome			32

Anhang H: Merkmale der befragten Patienten

Patient*innen-Merkmale				
Patient*innen (n=513)				
	Gesamtpopulation		Straifizierte Analyse	
			ASV	Keine ASV
Alter in Jahren, Ø (%)	58,94	360 (70,2)	62,5	56,8
Alter in Kategorien, N (%)				
< 35		29 (5,7)	26 (89,7)	3 (10,3)
36-45		32 (6,2)	27 (84,4)	5 (15,6)
46-55		71 (13,8)	44 (63,8)	25 (36,2)
56-65		99 (19,3)	53 (53,5)	46 (46,5)
> 65		129 (25,1)	72 (56,7)	55 (43,3)
Geschlecht, n (%)		478 (93,2)	298 (58,1)	176 (34,3)
Männlich		181 (35,3)	104 (57,8)	76 (42,2)
Weiblich		296 (57,7)	194 (66,2)	99 (33,8)
k.A.		1 (0,2)	0 (0,0)	1 (100,0)
Abschluss, n (%)		462 (90,1)	287 (56,0)	171 (33,3)
keinen Abschluss		9 (1,8)	7 (77,8)	2 (22,2)
Hauptschule/ Volkshschule		165 (32,2)	86 (52,1)	79 (47,9)
Realschule/ Mittlere Reife		129 (25,1)	85 (6,7)	42 (33,1)
Polytechnische Hochschule		8 (1,6)	5 (62,5)	3 (37,5)
Fachhochschulreife		33 (6,4)	24 (72,7)	9 (27,3)
Abitur/EOS/Hochschulreife		47 (9,2)	31 (66,0)	16 (34,0)
Fachhochschulabschluss/ Universitätsabschluss		71 (13,8)	49 (71,0)	20 (29,0)
Arbeitsverhältnis, n (%)		463 (90,3)	288 (56,1)	171 (33,3)
Angestellt		169 (32,9)	119 (70,8)	49 (29,2)
Selbstständig		20 (3,9)	12 (63,2)	7 (0,0)
Im Beamtenverhältnis		4 (0,8)	0 (0,0)	4 (0,0)
Renter*in		232 (45,2)	135 (58,7)	95 (41,3)
Hausfrau*mann		16 (3,1)	7 (43,8)	9 (56,3)
In Ausbildung/ Im Studium		5 (1,0)	4 (80,0)	1 (20,0)
Arbeitslos		17 (3,3)	11 (64,7)	6 (35,3)
Krankenversicherung, n (%)		460 (89,7)	291 (56,7)	165 (32,2)
Gesetzliche Krankenversicherung		432 (84,2)	282 (65,9)	146 (34,1)
Private Krankenversicherung		27 (5,3)	8 (29,6)	19 (70,4)
Andere Kostenträger (z.B. Sozialamt)		1 (0,2)	1 (100,0)	0 (0,0)
Einrichtung, n (%)		513 (100,0)	315 (61,4)	190 (37,0)
Krankenhaus		269 (52,4)	139 (58,9)	97 (41,1)
Praxis		244 (47,6)	176 (65,4)	93 (34,6)
Indikationen, n (%)		491 (95,7)	307 (59,8)	176 (34,3)
Tumor der Speiseröhre, des Magens, der Bauch		93 (18,1)	61 (65,6)	32 (34,4)
Brustkrebs oder Unterleibskrebs		140 (27,3)	69 (49,6)	70 (50,4)
Prostatakrebs		34 (6,6)	5 (14,7)	29 (85,3)
Hauttumore		7 (1,4)	0 (0,0)	7 (100,0)
Rheumatologische Erkrankungen		88 (17,2)	83 (94,3)	5 (5,7)
Tuberkulose und atypische Mykobakteriose		6 (1,2)	6 (100,0)	0 (0,0)
Hämophilie		4 (0,8)	0 (0,0)	4 (100,0)
Marfan-Syndrom		19 (3,7)	12 (100,0)	0 (0,0)
Pulmonale Hypertonie		26 (5,1)	26 (100,0)	0 (0,0)
Seltene Lebererkrankungen		25 (4,9)	23 (92,0)	2 (8,0)
Sarkoidose		16 (3,1)	16 (100,0)	0 (0,0)
Tumore der Lunge und des Brustkorbs		27 (5,3)	5 (18,5)	22 (81,5)
Kopf- oder Halstumore		1 (0,2)	0 (0,0)	1 (100,0)
Mukoviszidose		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Morbus Wilson		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Sonstige		5 (1,0)	4 (80,0)	1 (20,0)

Anhang I: Finaler Codebaum (MAXQDA) für die Interviews mit den Patientenvertretern

Liste der Codes



Code	Anzahl
Codesystem	349
Versorgung - Allgemein	14
Altberechtigungen	5
Positive Aspekte	18
Negative Aspekte	50
Einführung ASV	0
Einführungsprozess	19
Informationsweitergabe an PV	7
Anzeigeverfahren	12
Abrechnung	19
ASV-Versorgung - Stand und Allgemein	17
Alternativen	5
Vergleich zu vorheriger Versorgung	9
Positive Aspekte	33
Negative Aspekte	30
Wahrnehmung ASV	0
Ärzte	6
Patientenvertreter	18
Patienten	6
Patientenwissen ASV	0
Wissensstand	16
Informationsweitergabe	50
Behandlungswünsche Allgemein	15

Anhang J: Auswertung der Anzeigenvordrucke der jeweiligen Erweiterten Landesausschüsse (ELA) anhand der Indikation gynäkologische Tumore

KV-Bezirk	Qualitäts- sicherungs- vereinbarung	Mindest- mengen Kernteam	Arztbezogene Mindest- mengen	Personelle Anforderungen *	Sächliche / organisatorische Anforderungen	Einsicht Arztregister	Institutionelle Benennung
Baden-Württemberg	+	+	+	+++	+	+	+ ²
Bayern	+++	+	++	+++	+++	+ ¹	+ ²
Berlin	+	+++	+++	++	++	+	+
Brandenburg	+++	+	+++	+++	++	+	+ ²
Bremen	+++	+++	+++	++	+++	-	-
Hamburg	+++	+++	++	+++	+++	+	+ ²
Hessen	++	+	++	+++	++	+	+
Mecklenburg- Vorpommern	+++	+	+	+++	++	+	+
Niedersachsen	+	+	+	+++	+++	-	+
Nordrhein	+	+	+++	+++	+	+	+
Rheinland-Pfalz	+++	+	++	+++	+++	+	+ ²
Saarland	+++	+	+++	+++	++	+	+ ²
Sachsen	+++	+++	+++	+++	+++	+	-
Sachsen-Anhalt	+++	+++	+++	+++	+++	+	-
Schleswig-Holstein	+	+	+	+++	++	+	+ ²

Thüringen	+++	+++	+++	+++	+++	+	+ ²
Westfalen-Lippe	+	+	+++	+++	+	+	+

+ nicht / nur auf Anforderung nachzuweisen oder Bestätigung durch Ankreuzen / Unterschreiben bzw. bei Mindestmengen nur freie Angabe Patientenzahl mit Begründung bei Unterschreitung; bei Einsicht Arztregister und institutionelle Benennung: möglich

++ Selbsterklärung / freiformulierter Nachweis bzw. Beschreibung im Dokument bei sächlichen /organisatorischen Anforderungen

+++ (teilweise) Nachweise bzw. Vorlage Patientenliste bei Mindestmengen

- nicht möglich; ¹ trotzdem Vorlage aller Unterlagen beim ELA; ² mit Nennung und Einreichung der Unterlagen des verantwortlichen Arztes

* wenn KV die Einsicht in das Arztregister erlaubt, gelten diese Anforderungen nur für Ärzte, die über keinen Eintrag im KV-Register verfügen

Datenquelle: jeweilige Homepage der erweiterten Landesausschüsse. Abruf am 28.02.2020.

Die dargestellte Auswertung der Anzeigenvordrucke wurde in ähnlicher Form den ELA zur Überprüfung auf Richtigkeit zugesendet und sofern notwendig angepasst. Lediglich drei ELA (Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt) gaben keine Rückmeldung, so dass die Auswertung in diesen Fällen auf unserer Interpretation der Anforderungen beruht.

Anhang K: Auswertung der Befragung der Erweiterten Landesausschüsse (ELA) zur Anzahl der eingegangenen, bewilligten sowie abgelehnten Anzeigeverfahren Alphabetische Sortierung

Indikationen mit besonderen Krankheitsverlauf	Eingereicht	Bewilligt	Abgelehnt	In Arbeit	Ablehnungsquote *
Gastrointestinale Tumoren	174	142	14	14	8%
Gynäkologische Tumoren	112	96	6	9	5%
Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene	47	32	1	11	2%
Rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	7	3	1	4	14%
Tumoren der Haut	7	4	0	3	0%
Tumoren der Lunge und des Thorax	15	8	0	7	0%
Urologische Tumoren	52	34	1	16	2%

Indikationen der seltenen Erkrankungen	Eingereicht	Bewilligt	Abgelehnt	In Arbeit	Ablehnungsquote *¹
Ausgewählte seltene Lebererkrankungen	4	3	0	1	0%
Hämophilie	2	1	0	1	0%
Marfan-Syndrom	9	8	0	0	0%
Morbus Wilson	0	0	0	0	0%
Mukoviszidose	22	21	1	0	5%
Pulmonale Hypertonie	45	37	1	6	2%
Sarkoidose	5	2	1	2	20%
Tuberkulose	53	40	7	4	13%

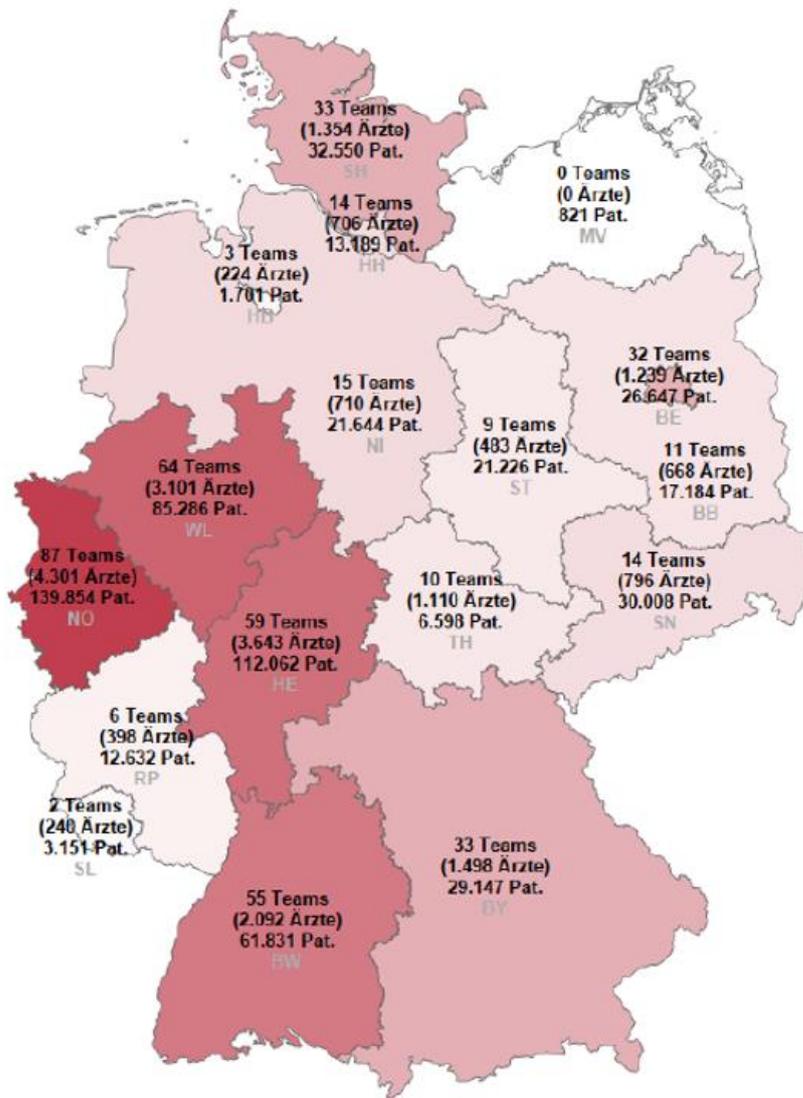
KV-Bezirk	Eingereicht	Bewilligt	Abgelehnt	In Arbeit	Ablehnungsquote ^{*1}	Durchschnittliche Verfahrensdauer in Monaten ^{*2}
Baden-Württemberg	66	59	0	7	0%	< 2
Bayern	48	33	1	11	2%	4-8
Berlin	42	32	2	6	5%	3,2
Brandenburg	13	11	0	2	0%	3
Hamburg	24	15	2	7	8%	6
Hessen	69	57	1	11	1%	1-1,5
Niedersachsen	22	14	1	7	5%	1,5
Nordrhein	103	84	18	1	17%	1,5
Rheinland-Pfalz	16	6	0	7	0%	12
Saarland	3	2	0	1	0%	5
Sachsen	14	13	1	0	7%	4
Schleswig-Holstein	37	33	0	4	0%	sehr unterschiedlich ^{*3}
Thüringen	18	9	2	2	11%	sehr unterschiedlich ^{*3}
Westfalen-Lippe	79	63	5	12	6%	3

^{*1} Die Ablehnungsquote wurde anhand der eingereichten Anträge berechnet.

^{*2} Die Zeitdauer für die Nachforderung und Einreichung von Unterlagen durch den Anzeigenden ist hierbei mitberücksichtigt.

^{*3} So von ELA angegeben

Anhang L: Verteilung der ASV-Teams, Ärzte und Quartalspatientenzahlen in den einzelnen KV-Bezirken



Stand der Teams: 7.4.2021. Stand der Patienten: 28.3.2021 für Abrechnungen, die bis zum 15.3.2021 von den Krankenkassen zur Zahlung freigegeben wurden. Quelle: GKV-Spitzenverband.

Anhang M: Mehrfachinanspruchnahmen



Projekt: GOAL-ASV: Generelle, alle ASV-IndikatiOnen übergreifende EvALuation und Weiterentwicklung der ASV-RL (§ 116b SGB V)

Snapshots: aokhb201, dak201, hkk191, tk201, match202

Analysedatensätze: INCL_MAIN_AOK/DAK/HKK/TK, DRUG_MAIN_AOK/DAK/HKK/TK

Tabelle 2.6a: Kumulative Anzahl der ASV-Patient:Innen mit GI Tumoren, die ab Kohorteneintritt (Q1) mindestens einen Facharztkontakt in der ASV bzw. regulären ambulanten Versorgung (RAV) hatten – stratifiziert nach Facharztgruppe.

Facharztgruppe ¹	Quartal								Gesamt ³	
	Q1 ²		Q2		Q3		Q4			
	ASV	RAV	ASV	RAV	ASV	RAV	ASV	RAV	ASV	RAV
Keine Zuordnung	42 (54,5)	1.024 (54,6)	55 (71,4)	1.529 (81,5)	67 (87,0)	1.711 (91,2)	69 (89,6)	1.786 (95,2)	77 (2,0)	1.877 (24,0)
Allgemeinmedizin	N/A	2.038 (70,2)	N/A	2.756 (94,9)	N/A	2.855 (98,3)	N/A	2.889 (99,5)	N/A	2.903 (37,1)
Anästhesiologie	1 (33,3)	26 (33,3)	1 (33,3)	48 (61,5)	2 (66,7)	61 (78,2)	3 (100)	70 (89,7)	3 (0,1)	78 (1,0)
Augenheilkunde	N/A	72 (32,1)	N/A	144 (64,3)	N/A	179 (79,9)	N/A	197 (87,9)	N/A	224 (2,9)
Chirurgie	104 (47,5)	70 (26,2)	165 (75,3)	160 (59,9)	191 (87,2)	194 (72,7)	204 (93,2)	229 (85,8)	219 (5,8)	267 (3,4)
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	23 (79,3)	47 (33,3)	26 (89,7)	92 (65,2)	26 (89,7)	121 (85,8)	27 (93,1)	130 (92,2)	29 (0,8)	141 (1,8)
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	N/A	44 (31,9)	N/A	86 (62,3)	N/A	108 (78,3)	N/A	120 (87,0)	N/A	138 (1,8)
Haut- und Geschlechtskrankheiten	0 (0,0)	61 (26,4)	0 (0,0)	129 (55,8)	1 (100)	162 (70,1)	1 (100)	189 (81,8)	1 (0,0)	231 (3,0)
Humangenetik	11 (61,1)	5 (45,5)	15 (83,3)	5 (45,5)	17 (94,4)	5 (45,5)	17 (94,4)	10 (90,9)	18 (0,5)	11 (0,1)
Innere Medizin	2.805 (97,8)	606 (52,7)	2.844 (99,1)	891 (77,5)	2.859 (99,7)	1.022 (88,9)	2.863 (99,8)	1.078 (93,7)	2.869 (75,8)	1.150 (14,7)
Kinder- und Jugendmedizin	N/A	9 (34,6)	N/A	17 (65,4)	N/A	22 (84,6)	N/A	23 (88,5)	N/A	26 (0,3)
Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	1 (100)	N/A	1 (100)	N/A	1 (100)	N/A	1 (100)	N/A	1 (0,0)	N/A
Laboratoriumsmedizin	N/A	0 (0,0)	N/A	0 (0,0)	N/A	0 (0,0)	N/A	1 (100)	N/A	1 (0,0)
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	N/A	1 (100)	N/A	1 (100)	N/A	1 (100)	N/A	1 (100)	N/A	1 (0,0)
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	N/A	0 (0,0)	N/A	0 (0,0)	N/A	2 (66,7)	N/A	3 (100)	N/A	3 (0,0)
Psychiatrie und Psychotherapie	2 (100)	37 (50,7)	2 (100)	62 (84,9)	2 (100)	66 (90,4)	2 (100)	69 (94,5)	2 (0,1)	73 (0,9)

¹ Anzahl der Fachärzte mit fehlenden Informationen zur Facharztgruppe: n=231

² Q1 = Quartal des Kohorteneintritts.

³ Gesamt = gesamte Beobachtungszeit (ggf. auch über das 4. Quartal hinaus), Alle Prozente sind Spaltenprozente. Alle Prozentwerte sind Zeilenprozente.

Projekt: GOAL-ASV: Generelle, alle ASV-Indikationen übergreifende Evaluation und Weiterentwicklung der ASV-RL (§ 116b SGB V)
 Snapshots: aokhb201, dak201, hkk191, tk201, match202
 Analysedatensätze: INCL_MAIN_AOK/DAK/HKK/TK, DRUG_MAIN_AOK/DAK/HKK/TK

Tabelle 2.6a: Kumulative Anzahl der ASV-Patient:Innen mit GI Tumoren, die ab Kohorteneintritt (Q1) mindestens einen Facharztkontakt in der ASV bzw. regulären ambulanten Versorgung (RAV) hatten – stratifiziert nach Facharztgruppe.

Facharztgruppe ¹	Quartal								Gesamt ³	
	Q1 ²		Q2		Q3		Q4			
	ASV	RAV	ASV	RAV	ASV	RAV	ASV	RAV	ASV	RAV
Neurochirurgie	N/A	1 (7,1)	N/A	7 (50,0)	N/A	8 (57,1)	N/A	10 (71,4)	N/A	14 (0,2)
Neurologie	N/A	17 (28,8)	N/A	35 (59,3)	N/A	44 (74,6)	N/A	48 (81,4)	N/A	59 (0,8)
Nuklearmedizin	38 (97,4)	2 (15,4)	38 (97,4)	4 (30,8)	38 (97,4)	6 (46,2)	38 (97,4)	8 (61,5)	39 (1,0)	13 (0,2)
Pathologie	9 (90,0)	0 (0,0)	9 (90,0)	0 (0,0)	9 (90,0)	0 (0,0)	9 (90,0)	0 (0,0)	10 (0,3)	1 (0,0)
Physikalische und Rehabilitative Medizin	1 (50,0)	3 (37,5)	1 (50,0)	5 (62,5)	1 (50,0)	6 (75,0)	1 (50,0)	6 (75,0)	2 (0,1)	8 (0,1)
Psychiatrie und Psychotherapie	0 (0,0)	14 (34,1)	0 (0,0)	34 (82,9)	0 (0,0)	37 (90,2)	1 (100)	40 (97,6)	1 (0,0)	41 (0,5)
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	N/A	6 (40,0)	N/A	8 (53,3)	N/A	11 (73,3)	N/A	14 (93,3)	N/A	15 (0,2)
Radiologie	356 (83,0)	18 (29,5)	404 (94,2)	45 (73,8)	421 (98,1)	53 (86,9)	424 (98,8)	57 (93,4)	429 (11,3)	61 (0,8)
Strahlentherapie	62 (84,9)	79 (55,2)	67 (91,8)	117 (81,8)	68 (93,2)	129 (90,2)	71 (97,3)	135 (94,4)	73 (1,9)	143 (1,8)
Transfusionsmedizin	N/A	1 (50,0)	N/A	2 (100)	N/A	2 (100)	N/A	2 (100)	N/A	2 (0,0)
Urologie	3 (75,0)	76 (32,6)	4 (100)	166 (71,2)	4 (100)	199 (85,4)	4 (100)	210 (90,1)	4 (0,1)	233 (3,0)
Weitere Fachgruppen (Notfallmedizin etc.)	5 (55,6)	30 (29,1)	8 (88,9)	54 (52,4)	8 (88,9)	77 (74,8)	9 (100)	86 (83,5)	9 (0,2)	103 (1,3)

¹ Anzahl der Fachärzte mit fehlenden Informationen zur Facharztgruppe: n=231

² Q1 = Quartal des Kohorteneintritts.

³ Gesamt = gesamte Beobachtungszeit (ggf. auch über das 4. Quartal hinaus), Alle Prozente sind Spaltenprozente.

Alle Prozentwerte sind Zeilenprozente.

Patienteninformation zur **Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung**



Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) – Was ist das?

Die ASV ist ein Angebot für Patientinnen und Patienten mit bestimmten seltenen oder sehr komplexen Krankheiten mit dem Ziel, deren Versorgung zu verbessern. Das Angebot wird von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen.

In der ASV arbeiten Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen in einem Team zusammen, um gemeinsam und koordiniert die medizinische Versorgung zu übernehmen. Alle Teammitglieder haben den Nachweis erbracht, dass sie für die Behandlung der jeweiligen Erkrankung besonders qualifiziert sind und bereits viele Patientinnen und Patienten mit dieser Krankheit behandelt haben. Das ASV-Team stellt sicher, dass alle erforderlichen und im Rahmen der ASV erbringbaren Untersuchungen und Behandlungen bei Bedarf verfügbar sind. Wenn nötig, können auch nichtärztliche Berufsgruppen und soziale Dienste hinzugezogen werden.

Eine ASV wird entweder von Krankenhäusern oder niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten oder beiden gemeinsam angeboten. Der Umfang des – krankheitsspezifisch festgelegten – diagnostischen und therapeutischen Leistungsangebots ist unabhängig vom Ort jeweils der gleiche. Zudem gelten die gleichen Anforderungen an die fachlichen Kompetenzen des ASV-Teams und die apparative Ausstattung.



Was umfasst die Versorgung in der ASV?

Die Versorgung in der ASV betrifft immer nur die Erkrankung, auf deren Behandlung das jeweilige ASV-Team spezialisiert ist. Auch Beschwerden, die in direktem Zusammenhang mit der Behandlung in der ASV stehen (Therapie Nebenwirkungen, Komplikationen und akute unerwünschte Behandlungsfolgen), werden dort behandelt. Eine darüber hinausgehende medizinische Versorgung erfolgt außerhalb der ASV in den gewohnten Strukturen.



Wie bekomme ich Zugang zur ASV?

Für die medizinische Versorgung in der ASV ist in der Regel eine Überweisung notwendig. Der überweisende Haus- bzw. Facharzt wird Rücksprache mit einem in Frage kommenden ASV-Team halten und gegebenenfalls einen ersten Termin vereinbaren. Eine ASV kann zudem von einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt am Ende eines Krankenhausaufenthaltes veranlasst werden.



Darf man sein ASV-Team frei wählen?

Grundsätzlich ja, auch ein Wechsel während einer bereits begonnenen ASV-Betreuung ist möglich. Die Wahlmöglichkeit kann aber dadurch eingeschränkt sein, dass es keine weiteren ASV-Teams für die betreffende Erkrankung in der Nähe gibt.





Wer ist in dem ASV-Team mein Ansprechpartner und wer entscheidet?

Das ASV-Team wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt des Krankenhauses oder einer Praxis geleitet. Gemeinsam mit weiteren Fachärztinnen und Fachärzten, die für die Behandlung der jeweiligen Erkrankung notwendig sind, bilden sie das Kernteam. Sofern medizinisch erforderlich, werden vom Kernteam weitere Fachärztinnen und Fachärzte oder auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hinzugezogen. Bei Bedarf ist eine Sprechstunde mit dem ganzen Kernteam möglich.

Erster Ansprechpartner für die Patientin und den Patienten ist die fachärztliche Teamleitung. Die Teamleitung koordiniert die Behandlung, sorgt für eine fachübergreifende Abstimmung der Teammitglieder und stellt eine Übersicht der beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte zur Verfügung. Entscheiden Patientinnen und Patienten sich für das Versorgungsangebot, erklären sie sich bereit, die Ärztinnen und Ärzte des ASV-Teams zu konsultieren.

In die Entscheidungsfindung zu den einzelnen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen werden die Patientinnen und Patienten umfassend eingebunden. Deshalb sollten sie ihre Fragen wie auch etwaige krankheitsbezogene Beobachtungen vorab notieren und alle Unterlagen, die sie im Rahmen der ASV erhalten, gut aufbewahren. Unzufriedenheiten mit der Behandlung sollten den jeweils durchführenden Ärztinnen und Ärzten oder der Teamleitung bei der nächsten Gelegenheit rückgemeldet werden. Und wenn Patientinnen und Patienten zufrieden sind, ist dies auch eine wichtige Information für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte.



Welche zusätzlichen Unterstützungsangebote gibt es?

Das ASV-Team informiert über Angebote, die beim täglichen Umgang mit der Erkrankung hilfreich sein können. Hierzu zählen zum Beispiel Angebote von Selbsthilfeorganisationen, sozialen Diensten und nichtärztlichen Berufsgruppen.



Wie lange dauert die Behandlung in der ASV?

Das ist sehr unterschiedlich und hängt von der Art der Erkrankung und der notwendigen Therapie ab. Es kann sein, dass die Untersuchungen Klarheit zur genauen Diagnose schaffen und die weitere medizinische Versorgung dann wieder außerhalb der ASV erfolgt. Oder es kann erforderlich sein, dass die Behandlung durch das ASV-Team über mehrere Monate oder Jahre weitergeführt wird.

Die Patientinnen und Patienten können sich jederzeit dafür entscheiden, ihre Behandlung außerhalb der ASV in den gewohnten Strukturen der üblichen fachärztlichen Versorgung fortzuführen.



Was passiert bei Beendigung der ASV?

Zum Abschluss der Behandlung in der ASV erhalten die Patientinnen und Patienten eine schriftliche Information über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen. Patientinnen und Patienten sollten darauf achten, dass sie diese Information vor oder bei ihrem letzten Besuch beim ASV-Team oder direkt im Anschluss erhalten. Und sie können jederzeit nachfragen, wenn sie etwas noch nicht verstanden haben.

Die weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte werden über die bisherigen Maßnahmen und Therapien und über die notwendigen weiteren Behandlungsschritte informiert.

Stand: 10.02.2016

Herausgeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

E-Mail:
info@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Anhang O: Tabelle WINHO AP 5 Patientenbefragung

Patientenbefragung: Stichprobengrößen, Lagemasse, Signifikanzniveaus und Testverfahren

Teil 1: Gesamtstichprobe

Tabelle 1: Übersicht Variablen Teil 1

		Wartezeiten auf 1. Termin	Wartezeiten auf Folgetermine	Informationsstand	Informationswunsch	Einschätzung ASV-Mitgliedschaft
		(wart_7)	(ter_8)	(info_26)	(minfo_27)	(asv_tn_29)
N	Gültig	475	439	336	325	434
	Fehlende Werte	30	66	169	180	71
	Mittelwert	1,63	1,46	2,55	3,10	2,12
	Std Abw	0,96	0,92	1,56	1,46	0,94
	Minimum	1	1	1	1	1
	Maximum	5	5	5	5	3

Tabelle 2: Übersicht Variablen Teil 2

		Zusammenarbeit med. Einrichtungen	Zusammenarbeit behandelnde Ärzte	Widersprüchliche Informationen	Verzögerte Weitergabe Befunde	Ärzte wissen was der andere tut
		(zsmer_23)	(zsmas_23)	(wider_23)	(verzug_23)	(anda_23)
N	Gültig	411	425	404	409	399
	Fehlende Werte	94	80	101	96	106
	Mittelwert	1,47	1,36	3,52	3,34	1,61
	Std Abw	0,58	0,56	0,89	0,95	0,70
	Minimum	1	1	1	1	1
	Maximum	4	4	4	4	4

Tabelle 3: Übersicht Variablen Teil 3

		Doppelte Untersuchungen	Wissen über Diagnose bei erneutem Termin	Überweisung an andere Spezialisten	Zusammenarbeit Hausarzt	Zusammenarbeit Heilmittel-erbringer
		(doppelt_23)	(diagerneut_23)	(ue_23)	(zsmha_23)	(zsmhe_23)
N	Gültig	411	427	397	425	282
	Fehlende Werte	94	78	108	80	223
	Mittelwert	3,78	1,21	1,20	1,40	1,97
	Std Abw	0,55	0,46	0,49	0,64	1,02

Minimum	1	1	1	1	1
Maximum	4	4	4	4	4

Teil 2: Aufteilung auf die beiden Patientensegmente (ASV / RV)

Stratifizierte Übersicht der Variablen der Patientenbefragung

Wartezeiten auf 1. Termin		wart_7	
		RV-Patienten	ASV-Patienten
N	Gültig	178	297
	Fehlende Werte	12	18
Mittelwert		1,40	1,77
Median		1,00	1,00
Std Abw		0,60	1,10
Minimum		1	1
Maximum		5	5

Wartezeiten auf Folgetermine		ter_8	
		RV-Patienten	ASV-Patienten
N	Gültig	164	275
	Fehlende Werte	26	40
Mittelwert		1,27	1,58
Median		1,00	1,00
Std Abw		0,60	1,05
Minimum		1	1
Maximum		5	5

Informationsstand		info_26	
		RV-Patienten	ASV-Patienten
N	Gültig	108	228
	Fehlende Werte	82	87
Mittelwert		2,84	2,41
Median		2,00	2,00
Std Abw		1,65	1,50
Minimum		1	1
Maximum		5	5

Informationswunsch		minfo_27	
		RV-Patienten	ASV-Patienten
N	Gültig	104	221
	Fehlende Werte	86	94
Mittelwert		3,13	3,08
Median		3,00	3,00
Std Abw		1,45	1,46
Minimum		1	1
Maximum		5	5

Einschätzung ASV-Mitgliedschaft		asv_29	
		RV-Patienten	ASV-Patienten
N	Gültig	150	284
	Fehlende Werte	40	31
Mittelwert		2,38	1,98
Median		3,00	2,00
Std Abw		0,83	0,96
Minimum		1	1
Maximum		3	3

Zusammenarbeit med. Einrichtungen		zsmer_23	
		RV-Patienten	ASV-Patienten
N	Gültig	151	260
	Fehlende Werte	39	55
Mittelwert		1,48	1,47
Median		1,00	1,00
Std Abw		0,55	0,60
Minimum		1	1
Maximum		3	4

Zusammenarbeit behandelnde Ärzte		zsm_a_23	
		RV-Patienten	ASV-Patienten
N	Gültig	155	270
	Fehlende Werte	35	45
Mittelwert		1,39	1,35
Median		1,00	1,00
Std Abw		0,55	0,57
Minimum		1	1
Maximum		3	4

Widersprüchliche Informationen		wider_23	
		RV-Patienten	ASV-Patienten
N	Gültig	144	260
	Fehlende Werte	46	55
Mittelwert		3,47	3,55
Median		4,00	4,00
Std Abw		0,95	0,86
Minimum		1	1
Maximum		4	4

Verzögerte Weitergabe Befunde		verzug_23	
		RV-Patienten	ASV-Patienten
N	Gültig	148	261
	Fehlende Werte	42	54
Mittelwert		3,26	3,39
Median		4,00	4,00
Std Abw		1,00	0,92
Minimum		1	1
Maximum		4	4

Ärzte wissen was der andere tut		anda_23	
		RV-Patienten	ASV-Patienten
N	Gültig	145	254
	Fehlende Werte	45	61
Mittelwert		1,66	1,59
Median		2,00	1,00
Std Abw		0,70	0,69
Minimum		1	1
Maximum		4	4

Doppelte Untersuchungen		doppelt_23	
		RV-Patienten	ASV-Patienten
N	Gültig	149	262
	Fehlende Werte	41	53
Mittelwert		3,75	3,80
Median		4,00	4,00
Std Abw		0,59	0,53
Minimum		1	1
Maximum		4	4

Wissen über Diagnose bei erneutem Termin		diagerneut_23	
		RV-Patienten	ASV-Patienten
N	Gültig	154	273
	Fehlende Werte	36	42
Mittelwert		1,23	1,21
Median		1,00	1,00
Std Abw		0,44	0,48
Minimum		1	1
Maximum		3	4

Überweisung an andere Spezialisten		ue_23	
		RV-Patienten	ASV-Patienten
N	Gültig	142	255
	Fehlende Werte	48	60
Mittelwert		1,25	1,18
Median		1,00	1,00
Std Abw		0,56	0,44
Minimum		1	1
Maximum		4	4

Zusammenarbeit Hausarzt		zsmha_23	
		RV-Patienten	ASV-Patienten
N	Gültig	156	269
	Fehlende Werte	34	46
Mittelwert		1,39	1,41
Median		1,00	1,00
Std Abw		0,60	0,66
Minimum		1	1
Maximum		4	4

Zusammenarbeit Heilmittelerbringer		zsmhe_23	
		RV-Patienten	ASV-Patienten
N	Gültig	99	183
	Fehlende Werte	91	132
Mittelwert		2,16	1,87
Median		2,00	2,00
Std Abw		1,06	0,98
Minimum		1	1
Maximum		4	4

Übersicht Kreuztabellen der Variablen der Patientenbefragung

Wartezeiten auf 1. Termin x ASV-Teilnahme

			asv tn		Gesamt
			Nein	Ja	
wart_7	1	Beobachtete Häufigkeit	115	165	280
		Zeile %	41,1%	58,9%	100,0%
		Spalte %	64,6%	55,6%	58,9%
		Gesamt %	24,2%	34,7%	58,9%
	2	Beobachtete Häufigkeit	57	76	133
		Zeile %	42,9%	57,1%	100,0%
		Spalte %	32,0%	25,6%	28,0%
		Gesamt %	12,0%	16,0%	28,0%
	3	Beobachtete Häufigkeit	5	29	34
		Zeile %	14,7%	85,3%	100,0%
		Spalte %	2,8%	9,8%	7,2%
		Gesamt %	1,1%	6,1%	7,2%
	4	Beobachtete Häufigkeit	0	13	13
		Zeile %	0,0%	100,0%	100,0%
		Spalte %	0,0%	4,4%	2,7%
		Gesamt %	0,0%	2,7%	2,7%
5	Beobachtete Häufigkeit	1	14	15	
	Zeile %	6,7%	93,3%	100,0%	
	Spalte %	0,6%	4,7%	3,2%	
	Gesamt %	0,2%	2,9%	3,2%	
Gesamt	Beobachtete Häufigkeit	178	297	475	
	Zeile %	37,5%	62,5%	100,0%	
	Spalte %	100,0%	100,0%	100,0%	
	Gesamt %	37,5%	62,5%	100,0%	

Wartezeiten auf Folgetermine x ASV-Teilnahme

			asv tn		Gesamt
			.00	1.00	
ter_8	1	Beobachtete Häufigkeit	126	187	313
		Zeile %	40,3%	59,7%	100,0%
		Spalte %	76,8%	68,0%	71,3%
		Gesamt %	28,7%	42,6%	71,3%
	2	Beobachtete Häufigkeit	35	51	86
		Zeile %	40,7%	59,3%	100,0%
		Spalte %	21,3%	18,5%	19,6%
		Gesamt %	8,0%	11,6%	19,6%
	3	Beobachtete Häufigkeit	1	15	16
		Zeile %	6,3%	93,8%	100,0%

	Spalte %	0,6%	5,5%	3,6%
	Gesamt %	0,2%	3,4%	3,6%
4	Beobachtete Häufigkeit	0	10	10
	Zeile %	0,0%	100,0%	100,0%
	Spalte %	0,0%	3,6%	2,3%
	Gesamt %	0,0%	2,3%	2,3%
5	Beobachtete Häufigkeit	2	12	14
	Zeile %	14,3%	85,7%	100,0%
	Spalte %	1,2%	4,4%	3,2%
	Gesamt %	0,5%	2,7%	3,2%
Gesamt	Beobachtete Häufigkeit	164	275	439
	Zeile %	37,4%	62,6%	100,0%
	Spalte %	100,0%	100,0%	100,0%
	Gesamt %	37,4%	62,6%	100,0%

Informationsstand x ASV-Teilnahme

			asv_tn		Gesamt
			.00	1.00	
info_26	1	Beobachtete Häufigkeit	35	93	128
		Zeile %	27,3%	72,7%	100,0%
		Spalte %	32,4%	40,8%	38,1%
		Gesamt %	10,4%	27,7%	38,1%
	2	Beobachtete Häufigkeit	20	46	66
		Zeile %	30,3%	69,7%	100,0%
		Spalte %	18,5%	20,2%	19,6%
		Gesamt %	6,0%	13,7%	19,6%
	3	Beobachtete Häufigkeit	11	30	41
		Zeile %	26,8%	73,2%	100,0%
		Spalte %	10,2%	13,2%	12,2%
		Gesamt %	3,3%	8,9%	12,2%
	4	Beobachtete Häufigkeit	11	21	32
		Zeile %	34,4%	65,6%	100,0%
		Spalte %	10,2%	9,2%	9,5%
		Gesamt %	3,3%	6,3%	9,5%
	5	Beobachtete Häufigkeit	31	38	69
		Zeile %	44,9%	55,1%	100,0%
		Spalte %	28,7%	16,7%	20,5%
		Gesamt %	9,2%	11,3%	20,5%
Gesamt		Beobachtete Häufigkeit	108	228	336
		Zeile %	32,1%	67,9%	100,0%
		Spalte %	100,0%	100,0%	100,0%
		Gesamt %	32,1%	67,9%	100,0%

Informationswunsch x ASV-Teilnahme

			asv tn		Gesamt
			.00	1.00	
minfo_27	1	Beobachtete Häufigkeit	18	40	58
		Zeile %	31,0%	69,0%	100,0%
		Spalte %	17,3%	18,1%	17,8%
		Gesamt %	5,5%	12,3%	17,8%
	2	Beobachtete Häufigkeit	21	50	71
		Zeile %	29,6%	70,4%	100,0%
		Spalte %	20,2%	22,6%	21,8%
		Gesamt %	6,5%	15,4%	21,8%
	3	Beobachtete Häufigkeit	23	40	63
		Zeile %	36,5%	63,5%	100,0%
		Spalte %	22,1%	18,1%	19,4%
		Gesamt %	7,1%	12,3%	19,4%
	4	Beobachtete Häufigkeit	14	34	48
		Zeile %	29,2%	70,8%	100,0%
		Spalte %	13,5%	15,4%	14,8%
		Gesamt %	4,3%	10,5%	14,8%
5	Beobachtete Häufigkeit	28	57	85	
	Zeile %	32,9%	67,1%	100,0%	
	Spalte %	26,9%	25,8%	26,2%	
	Gesamt %	8,6%	17,5%	26,2%	
Gesamt	Beobachtete Häufigkeit	104	221	325	
	Zeile %	32,0%	68,0%	100,0%	
	Spalte %	100,0%	100,0%	100,0%	
	Gesamt %	32,0%	68,0%	100,0%	

Einschätzung ASV-Mitgliedschaft x ASV-Teilnahme

			asv tn		Gesamt
			Nein	Ja	
asv_29	1	Beobachtete Häufigkeit	34	135	169
		Zeile %	20,1%	79,9%	100,0%
		Spalte %	22,7%	47,5%	38,9%
		Gesamt %	7,8%	31,1%	38,9%
	2	Beobachtete Häufigkeit	25	21	46
		Zeile %	54,3%	45,7%	100,0%
		Spalte %	16,7%	7,4%	10,6%
		Gesamt %	5,8%	4,8%	10,6%
	3	Beobachtete Häufigkeit	91	128	219

	Zeile %	41,6%	58,4%	100,0%
	Spalte %	60,7%	45,1%	50,5%
	Gesamt %	21,0%	29,5%	50,5%
Gesamt	Beobachtete Häufigkeit	150	284	434
	Zeile %	34,6%	65,4%	100,0%
	Spalte %	100,0%	100,0%	100,0%
	Gesamt %	34,6%	65,4%	100,0%

Zusammenarbeit med. Einrichtungen x ASV-Teilnahme

			asv tn		Gesamt
			Nein	Ja	
zsmer_23	1	Beobachtete Häufigkeit	83	150	233
		Zeile %	35,6%	64,4%	100,0%
		Spalte %	55,0%	57,7%	56,7%
		Gesamt %	20,2%	36,5%	56,7%
	2	Beobachtete Häufigkeit	64	102	166
		Zeile %	38,6%	61,4%	100,0%
		Spalte %	42,4%	39,2%	40,4%
		Gesamt %	15,6%	24,8%	40,4%
	3	Beobachtete Häufigkeit	4	5	9
		Zeile %	44,4%	55,6%	100,0%
		Spalte %	2,6%	1,9%	2,2%
		Gesamt %	1,0%	1,2%	2,2%
	4	Beobachtete Häufigkeit	0	3	3
		Zeile %	0,0%	100,0%	100,0%
		Spalte %	0,0%	1,2%	0,7%
		Gesamt %	0,0%	0,7%	0,7%
Gesamt	Beobachtete Häufigkeit	151	260	411	
	Zeile %	36,7%	63,3%	100,0%	
	Spalte %	100,0%	100,0%	100,0%	
	Gesamt %	36,7%	63,3%	100,0%	

Zusammenarbeit behandelnde Ärzte x ASV-Teilnahme

			Nein		Ja
			.00	1.00	
zsmas_23	1	Beobachtete Häufigkeit	99	186	285
		Zeile %	34,7%	65,3%	100,0%
		Spalte %	63,9%	68,9%	67,1%
		Gesamt %	23,3%	43,8%	67,1%
	2	Beobachtete Häufigkeit	51	77	128
		Zeile %	39,8%	60,2%	100,0%

	Spalte %	32,9%	28,5%	30,1%
	Gesamt %	12,0%	18,1%	30,1%
3	Beobachtete Häufigkeit	5	4	9
	Zeile %	55,6%	44,4%	100,0%
	Spalte %	3,2%	1,5%	2,1%
	Gesamt %	1,2%	0,9%	2,1%
4	Beobachtete Häufigkeit	0	3	3
	Zeile %	0,0%	100,0%	100,0%
	Spalte %	0,0%	1,1%	0,7%
	Gesamt %	0,0%	0,7%	0,7%
Gesamt	Beobachtete Häufigkeit	155	270	425
	Zeile %	36,5%	63,5%	100,0%
	Spalte %	100,0%	100,0%	100,0%
	Gesamt %	36,5%	63,5%	100,0%

Widersprüchliche Informationen x ASV-Teilnahme

			asv_tn		Gesamt
			Nein	Ja	
wider_23	1	Beobachtete Häufigkeit	13	17	30
		Zeile %	43,3%	56,7%	100,0%
		Spalte %	9,0%	6,5%	7,4%
		Gesamt %	3,2%	4,2%	7,4%
	2	Beobachtete Häufigkeit	7	12	19
		Zeile %	36,8%	63,2%	100,0%
		Spalte %	4,9%	4,6%	4,7%
		Gesamt %	1,7%	3,0%	4,7%
	3	Beobachtete Häufigkeit	24	41	65
		Zeile %	36,9%	63,1%	100,0%
		Spalte %	16,7%	15,8%	16,1%
		Gesamt %	5,9%	10,1%	16,1%
	4	Beobachtete Häufigkeit	100	190	290
		Zeile %	34,5%	65,5%	100,0%
		Spalte %	69,4%	73,1%	71,8%
		Gesamt %	24,8%	47,0%	71,8%
Gesamt		Beobachtete Häufigkeit	144	260	404
		Zeile %	35,6%	64,4%	100,0%
		Spalte %	100,0%	100,0%	100,0%
		Gesamt %	35,6%	64,4%	100,0%

Verzögerte Weitergabe Befunde x ASV-Teilnahme

	asv_tn	Gesamt
--	--------	--------

			Nein	Ja	
verzug_23	1	Beobachtete Häufigkeit	15	21	36
		Zeile %	41,7%	58,3%	100,0%
		Spalte %	10,1%	8,0%	8,8%
		Gesamt %	3,7%	5,1%	8,8%
	2	Beobachtete Häufigkeit	14	17	31
		Zeile %	45,2%	54,8%	100,0%
		Spalte %	9,5%	6,5%	7,6%
		Gesamt %	3,4%	4,2%	7,6%
	3	Beobachtete Häufigkeit	36	62	98
		Zeile %	36,7%	63,3%	100,0%
		Spalte %	24,3%	23,8%	24,0%
		Gesamt %	8,8%	15,2%	24,0%
	4	Beobachtete Häufigkeit	83	161	244
		Zeile %	34,0%	66,0%	100,0%
		Spalte %	56,1%	61,7%	59,7%
		Gesamt %	20,3%	39,4%	59,7%
Gesamt	Beobachtete Häufigkeit	148	261	409	
	Zeile %	36,2%	63,8%	100,0%	
	Spalte %	100,0%	100,0%	100,0%	
	Gesamt %	36,2%	63,8%	100,0%	

Ärzte wissen was der andere tut x ASV-Teilnahme

			asv tn		Gesamt
			Nein	Ja	
anda_23	1	Beobachtete Häufigkeit	66	130	196
		Zeile %	33,7%	66,3%	100,0%
		Spalte %	45,5%	51,2%	49,1%
		Gesamt %	16,5%	32,6%	49,1%
	2	Beobachtete Häufigkeit	66	102	168
		Zeile %	39,3%	60,7%	100,0%
		Spalte %	45,5%	40,2%	42,1%
		Gesamt %	16,5%	25,6%	42,1%
	3	Beobachtete Häufigkeit	10	18	28
		Zeile %	35,7%	64,3%	100,0%
		Spalte %	6,9%	7,1%	7,0%
		Gesamt %	2,5%	4,5%	7,0%
	4	Beobachtete Häufigkeit	3	4	7
		Zeile %	42,9%	57,1%	100,0%
		Spalte %	2,1%	1,6%	1,8%
		Gesamt %	0,8%	1,0%	1,8%

Gesamt	Beobachtete Häufigkeit	145	254	399
	Zeile %	36,3%	63,7%	100,0%
	Spalte %	100,0%	100,0%	100,0%
	Gesamt %	36,3%	63,7%	100,0%

Doppelte Untersuchungen x ASV-Teilnahme

			asv tn		Gesamt
			Nein	Ja	
doppelt_23	1	Beobachtete Häufigkeit	3	4	7
		Zeile %	42,9%	57,1%	100,0%
		Spalte %	2,0%	1,5%	1,7%
		Gesamt %	0,7%	1,0%	1,7%
	2	Beobachtete Häufigkeit	3	4	7
		Zeile %	42,9%	57,1%	100,0%
		Spalte %	2,0%	1,5%	1,7%
		Gesamt %	0,7%	1,0%	1,7%
	3	Beobachtete Häufigkeit	22	32	54
		Zeile %	40,7%	59,3%	100,0%
		Spalte %	14,8%	12,2%	13,1%
		Gesamt %	5,4%	7,8%	13,1%
	4	Beobachtete Häufigkeit	121	222	343
		Zeile %	35,3%	64,7%	100,0%
		Spalte %	81,2%	84,7%	83,5%
		Gesamt %	29,4%	54,0%	83,5%
Gesamt		Beobachtete Häufigkeit	149	262	411
		Zeile %	36,3%	63,7%	100,0%
		Spalte %	100,0%	100,0%	100,0%
		Gesamt %	36,3%	63,7%	100,0%

Wissen über Diagnose bei erneutem Termin x ASV-Teilnahme

			asv tn		Gesamt
			.00	1.00	
diagerneut_23	1	Beobachtete Häufigkeit	120	224	344
		Zeile %	34,9%	65,1%	100,0%
		Spalte %	77,9%	82,1%	80,6%
		Gesamt %	28,1%	52,5%	80,6%
	2	Beobachtete Häufigkeit	33	44	77
		Zeile %	42,9%	57,1%	100,0%
		Spalte %	21,4%	16,1%	18,0%
		Gesamt %	7,7%	10,3%	18,0%
	3	Beobachtete Häufigkeit	1	3	4

	Zeile %	25,0%	75,0%	100,0%
	Spalte %	0,6%	1,1%	0,9%
	Gesamt %	0,2%	0,7%	0,9%
4	Beobachtete Häufigkeit	0	2	2
	Zeile %	0,0%	100,0%	100,0%
	Spalte %	0,0%	0,7%	0,5%
	Gesamt %	0,0%	0,5%	0,5%
Gesamt	Beobachtete Häufigkeit	154	273	427
	Zeile %	36,1%	63,9%	100,0%
	Spalte %	100,0%	100,0%	100,0%
	Gesamt %	36,1%	63,9%	100,0%

x ASV-Teilnahme

			asv_tn		Gesamt
			Nein	Ja	
ue_23	1	Beobachtete Häufigkeit	114	214	328
		Zeile %	34,8%	65,2%	100,0%
		Spalte %	80,3%	83,9%	82,6%
		Gesamt %	28,7%	53,9%	82,6%
	2	Beobachtete Häufigkeit	23	37	60
		Zeile %	38,3%	61,7%	100,0%
		Spalte %	16,2%	14,5%	15,1%
		Gesamt %	5,8%	9,3%	15,1%
	3	Beobachtete Häufigkeit	3	3	6
		Zeile %	50,0%	50,0%	100,0%
		Spalte %	2,1%	1,2%	1,5%
		Gesamt %	0,8%	0,8%	1,5%
4	Beobachtete Häufigkeit	2	1	3	
	Zeile %	66,7%	33,3%	100,0%	
	Spalte %	1,4%	0,4%	0,8%	
	Gesamt %	0,5%	0,3%	0,8%	
Gesamt	Beobachtete Häufigkeit	142	255	397	
	Zeile %	35,8%	64,2%	100,0%	
	Spalte %	100,0%	100,0%	100,0%	
	Gesamt %	35,8%	64,2%	100,0%	

Zusammenarbeit Hausarzt x ASV-Teilnahme

			asv_tn		Gesamt
			Nein	Ja	
zsmha_23	1	Beobachtete Häufigkeit	103	179	282
		Zeile %	36,5%	63,5%	100,0%

	Spalte %	66,0%	66,5%	66,4%
	Gesamt %	24,2%	42,1%	66,4%
2	Beobachtete Häufigkeit	46	74	120
	Zeile %	38,3%	61,7%	100,0%
	Spalte %	29,5%	27,5%	28,2%
	Gesamt %	10,8%	17,4%	28,2%
3	Beobachtete Häufigkeit	6	11	17
	Zeile %	35,3%	64,7%	100,0%
	Spalte %	3,8%	4,1%	4,0%
	Gesamt %	1,4%	2,6%	4,0%
4	Beobachtete Häufigkeit	1	5	6
	Zeile %	16,7%	83,3%	100,0%
	Spalte %	0,6%	1,9%	1,4%
	Gesamt %	0,2%	1,2%	1,4%
Gesamt	Beobachtete Häufigkeit	156	269	425
	Zeile %	36,7%	63,3%	100,0%
	Spalte %	100,0%	100,0%	100,0%
	Gesamt %	36,7%	63,3%	100,0%

Zusammenarbeit Heilmittelerbringer x ASV-Teilnahme

			asv tn		Gesamt
			Nein	Ja	
zsmhe_23	1	Beobachtete Häufigkeit	30	78	108
		Zeile %	27,8%	72,2%	100,0%
		Spalte %	30,3%	42,6%	38,3%
		Gesamt %	10,6%	27,7%	38,3%
	2	Beobachtete Häufigkeit	41	74	115
		Zeile %	35,7%	64,3%	100,0%
		Spalte %	41,4%	40,4%	40,8%
		Gesamt %	14,5%	26,2%	40,8%
	3	Beobachtete Häufigkeit	10	8	18
		Zeile %	55,6%	44,4%	100,0%
		Spalte %	10,1%	4,4%	6,4%
		Gesamt %	3,5%	2,8%	6,4%
	4	Beobachtete Häufigkeit	18	23	41
		Zeile %	43,9%	56,1%	100,0%
		Spalte %	18,2%	12,6%	14,5%
		Gesamt %	6,4%	8,2%	14,5%
Gesamt	Beobachtete Häufigkeit	99	183	282	
	Zeile %	35,1%	64,9%	100,0%	
	Spalte %	100,0%	100,0%	100,0%	
	Gesamt %	35,1%	64,9%	100,0%	

Übersicht Teststatistiken

Variable	Teststatistik	p-wert
Wartezeiten auf 1. Termin (wart_7)	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	0,005
Wartezeiten auf Folgetermine (ter_8)	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	0,019
Informationsstand (info_26)	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	0,020
Informationswunsch (minfo_27)	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	0,843
Zusammenarbeit med. Einrichtungen (zsmr_23)	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	0,539
Zusammenarbeit behandelnde Ärzte (zsmr_23)	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	0,211
Widersprüchliche Informationen (wider_23)	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	0,308
Verzögerte Weitergabe Befunde (verzug_23)	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	0,144
Ärzte wissen was der andere tut (anda_23)	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	0,170
Doppelte Untersuchungen (doppelt_23)	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	0,266
Wissen über Diagnose bei erneutem Termin (diagerneut_23)	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	0,201
Überweisung an andere Spezialisten (ue_23)	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	0,323
Zusammenarbeit Hausarzt (zsmha_23)	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	0,857
Zusammenarbeit Heilmittelerbringer (zsmhe_23)	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	0,016

Anhang P: Auszahlungsquoten nach Fachgruppen und KV-Regionen

Facharztbezeichnung / Abrechnungsgruppe	Quartal	Schleswig-Holstein	Hamburg	Bremen	Niedersachsen	Westfalen-Lippe	Nordrhein	Hessen	Rheinland-Pfalz	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Saarland	Mecklenburg-Vorpommern	Brandenburg	Sachsen-Anhalt	Thüringen	Sachsen	Summe alle Bundesländer
Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	20194	95,6%	97,7%	99,9%	95,8%	90,0%	87,4%	88,3%	92,5%	88,3%	94,9%	90,4%	89,8%	95,3%	93,5%	91,1%	83,3%	76,1%	91,1%
Innere Medizin, SP Rheumatologie	20194	97,6%	99,4%		81,1%	92,2%	87,9%	87,8%	88,3%	92,5%	76,7%	85,2%		90,2%	92,8%	85,0%	90,5%	80,2%	85,9%
Pathologie	20194	95,1%	86,7%	99,8%	98,7%	93,7%	91,3%	94,3%	88,7%	84,0%	89,2%	81,9%	99,8%	99,6%	90,2%	91,3%	84,9%	93,7%	90,4%
Gynäkologie	20194	97,9%	95,4%	100,0%	95,3%	97,6%	89,9%	93,9%	92,8%	93,5%	91,6%	93,9%	90,4%	98,5%	97,6%	92,1%	89,1%	98,0%	93,9%
Innere Medizin, SP Pneumologie	20194	96,1%	95,6%	99,9%	89,9%	94,4%	89,5%	94,6%	88,9%	94,7%	87,4%	92,0%	91,0%	99,0%	94,3%	87,4%	84,2%	87,9%	91,3%
Urologie	20194	96,3%	92,6%	99,4%	90,8%	97,5%	87,8%	94,7%	91,6%	98,7%	95,3%	90,9%	86,5%	90,0%	95,1%	90,2%	86,3%	90,9%	93,3%
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	20194	99,2%	98,1%	100,0%	99,0%	97,8%	96,2%	99,0%	95,3%	95,0%	95,2%	96,6%	94,3%	99,7%	97,2%	95,7%	88,9%	96,6%	96,5%
Chirurgie	20194	99,0%	96,4%	99,9%	97,4%	96,5%	91,5%	97,6%	96,1%	96,1%	92,7%	93,8%	92,6%	98,7%	97,1%	95,4%	88,8%	98,7%	95,3%
Kinder- und Jugendmedizin	20194	98,9%	88,0%	99,3%	96,1%	96,7%	97,9%	99,8%	100,6%	99,7%	99,2%	92,1%	94,5%	99,3%	99,2%	97,3%	105,5%	96,0%	97,9%
Innere Medizin, SP Kardiologie	20194	95,0%	97,7%	100,0%	84,7%	91,3%	81,6%	94,5%	88,7%	92,6%	87,8%	90,4%	88,3%	92,1%	92,3%	89,3%	78,0%	81,1%	88,7%
Nuklearmedizin	20194	96,5%	90,6%	99,1%	78,1%	88,2%	82,7%	88,0%	87,5%	92,2%	78,7%	88,6%	88,4%	99,9%	94,7%	91,5%	89,0%	88,5%	86,4%
Radiologie	20194	96,6%	85,8%	98,9%	72,6%	70,3%	82,0%	90,9%	88,2%	91,3%	75,1%	87,3%	86,7%	88,3%	90,0%	87,1%	83,9%	86,1%	82,6%
Strahlentherapie	20194	99,9%	99,7%	100,0%	99,8%	100,0%	99,5%	100,0%	99,9%	99,7%	99,7%	100,0%	99,6%	99,6%	99,7%	100,0%	99,8%	99,5%	99,8%
Dermatologie	20194	97,8%	93,9%	99,6%	97,0%	97,2%	91,4%	97,5%	93,9%	99,1%	94,5%	93,5%	90,7%	98,3%	96,6%	93,5%	86,3%	97,2%	95,5%
Anästhesiologie	20194	99,0%	98,4%	99,8%	98,9%	98,9%	97,0%	98,9%	94,9%	98,5%	97,3%	95,7%	95,6%	98,9%	95,9%	92,0%	96,2%	97,2%	97,6%

Innere Medizin, SP Endokrinologie	20194		96,5%		99,5%	98,1%	89,0%	78,2%	90,7%	95,6%	87,8%	86,5%					90,6%	90,8%	
Psychiatrie	20194	97,8%	92,9%	99,7%	103,9%	98,5%	94,0%	96,4%	93,0%	96,6%	94,8%	90,7%	90,0%	96,3%	95,9%	91,1%	81,7%	98,4%	95,6%
Humangenetik	20194	84,7%	62,6%		99,9%	81,4%	75,8%	64,2%	95,3%	80,2%	86,8%	62,4%		76,3%	83,0%	90,5%	84,1%	67,7%	81,2%
Augenheilkunde	20194	97,2%	94,3%	99,9%	91,5%	98,5%	89,8%	91,2%	97,8%	94,6%	90,5%	90,7%	90,6%	98,8%	90,8%	92,1%	88,5%	89,6%	93,0%
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	20194	98,2%	91,3%	99,9%	92,8%	96,8%	87,3%	92,4%	92,7%	94,0%	88,8%	89,7%	86,6%	97,3%	93,5%	89,3%	79,7%	91,6%	91,6%
Innere Medizin, SP Angiologie	20194			99,4%	93,2%	98,4%	80,2%	93,3%	87,9%	94,3%	96,3%	90,6%	89,9%	99,5%	91,8%	91,6%	75,3%	80,1%	90,5%
Innere Medizin, SP Nephrologie	20194	99,8%	99,9%	100,0%	99,6%	99,7%	99,5%	99,8%	99,3%	99,6%	99,6%	99,7%	99,7%	99,9%	99,7%	99,8%	99,7%	99,6%	99,6%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	20194	98,5%	95,0%	99,4%	101,6%	99,3%	96,5%	95,7%	93,5%	97,6%	97,6%	90,1%	96,4%	95,2%	96,4%	95,3%	87,7%	95,0%	97,0%
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	20194	98,5%	99,9%	99,8%	97,5%	98,0%	97,6%	99,5%	96,9%	98,2%	99,5%	96,1%	98,8%	100,0%	98,1%	99,1%	95,3%	94,4%	98,1%
Neurochirurgie	20194	94,8%		99,7%	96,5%	94,4%	70,2%	94,5%	94,2%	91,8%	91,1%	89,8%	90,2%			91,5%	73,4%		92,0%
Neurologie	20194	97,7%	91,2%	99,8%	95,8%	96,0%	88,3%	95,9%	91,2%	96,4%	91,1%	91,0%	87,8%	96,8%	93,9%	89,1%	79,1%	98,8%	93,2%
Physikalische und Rehabilitative Medizin	20194	99,9%	91,8%		86,7%	99,4%	82,8%	97,3%	92,4%	90,5%	94,2%	89,5%	92,9%	99,1%	93,0%	90,4%	98,4%	80,9%	92,3%
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	20194	98,5%	99,3%	99,8%	100,0%	98,8%	99,9%	96,2%	99,0%	98,1%	98,3%	98,4%	97,3%	93,2%	96,7%	99,7%	100,3%	96,4%	98,4%

Quelle: Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; Honorarbericht nach § 87c SGB V 1. Quartal 2013 bis 4. Quartal 2019; Stand März 2021

Legende: Grün markierte Kästchen jeweils als Maximalwert je Zeile, rosa Markierungen als Minimalwert je Zeile

Anhang Q: Rückmeldung der KVen zu Obergrenzen und Bereinigungebenen

KV	Antwort	Ergebnis	Quotierung mitgeteilt	Bereinigungsebene	Bemerkungen
Baden-Württemberg	Ja	Zusage	Ja	Fachgruppe	
Bayern	Ja	Zusage	Ja	Einzelarzt	
Berlin	nein				
Brandenburg	nein				
Bremen	nein				
Hamburg	nein				
Hessen	Ja	Absage			Keine Zeit
Reinland-Pfalz	nein				
Mecklenburg-Vorpommern	nein				
Niedersachsen	Ja	Zusage	ja	MGV, Fachgruppe in Planung	
Nordrhein	nein				
Westfalen-Lippe	Ja	Zusage	ja	Fachgruppe	
Saarland	nein				
Sachsen	ja	Zusage	ja	Fachgruppe	
Sachsen-Anhalt	nein				
Schleswig-Holstein	Ja	Zusage	ja	Fachguppe + Einzelarzt	
Thüringen	nein				

Stand: 23.6.2021

Anhang R: EBM Kapitel 50 – 51 und OV

EBM Kapitel 50	Anlagen-spezifische GOP						
GOP	50100	50110	50111	50112	50400	50401	50510 – 50512
Leistung	Prüfung Farbsinn (Tb)	Schnellresistenztestung Mycobakterium tuberculosis (Tb)	Weiterführende Schnellresistenztestung (Tb)	Bestimmung in vitro IFN gamma Freisetzung	Überleitung Rheuma	Integration Rheuma	Grundpauschale Hämophilie
Punkte	54	-	-		110	90	256-330*
€ ^c	6,01	82,03	99,40	58	12,24	10,01	28,48-36,71*

*... je nach Alter der Patienten (< 5 J., 6 – 59 J., ab 60 J.)

EBM Kapitel 51	Anlagenübergreifende GOP / Strukturpauschalen					
GOP	51010	51011	51040	51041	51020/51021	51030-51033
Leistung	Vorhalten der Rufbereitschaft im Notfall	Qualitätskonferenzen (Pauschale für die Erfüllung der Anforderung-en gemäß §10 Abs. 3 Buchstabe c der RL)	Zusatzpauschale für die Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie	Vorstellung eines Patienten in der Tumorkonferenz	Erstellen/ Aktualisieren eines Medikations-plans nach § 5 Abs. 3 der ASV-RL	Psychotherapie Einzel-/ Gruppenbehandlung /Kinder-/ Jugendliche
Punkte	230	15	191	201 ^b	39	154 – 166*
€ #	25,59	1,67	21,25	22,36	4,34	17,13 - 18,47*

*... Einzelbehandlung 154 P., Gruppenbehandlung 166 P., Kinder-/Jugendliche 166 P.

#... Orientierungspunktwert 11.1244 € Cent

OV	Zusatzpauschalen/Aufwandsentschädigungen BMÄ Anlage 7			
GOP	86512	86520	86516	86518
Leistung	Behandlung/Betreuung eines Tumorpatienten unter tumorspezifischer Therapie	Behandlung eines Tumorpatienten unter oraler Tumorthherapie	Behandlung Tumorpatient unter intravenöser/ intraarterieller Tumorthherapie	Palliativversorgung eines Tumorpatienten inkl. palliativmed. Basisassessment
€ *	15 - 20	70 - 120	141 - 253	141 – 253

** Vergütung in € je nach landesspezifischer Auszahlung, daher hier Angabe der Schwankungsbreite (niedrigster und höchster Betrag)*

Anhang S: Formulierungsvorschlag zu Empfehlung 3 zur Änderung der ZV sowie des §116b SGB V

Empfehlung 3:

Umsetzung: Das Einsichtnahmerecht des ELA kann durch eine einfache Änderung der Zulassungsverordnung für Ärzte erreicht werden. Dessen § 9 lautet derzeit:

§ 9 Ärzte-ZV

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenkassen können das Arztregister und bei Darlegung eines berechtigten Interesses die Registerakten einsehen.

(2) Der Arzt kann selbst oder durch einen Bevollmächtigten bei berechtigtem Interesse das Arztregister und die seine Person betreffenden Registerakten einsehen.

(3) Den Zulassungs- und Berufungsausschüssen sind die Registerakten der am Zulassungsverfahren beteiligten Ärzte auf Anfordern zur Einsicht zu überlassen.

Dem könnte ein Absatz 4 mit folgendem Wortlaut angefügt werden:

„(4) Mit Einwilligung des Arztes sind dem nach Maßgabe des § 116b Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches die Registerakten zu überlassen. Die Einwilligung kann durch den Arzt widerrufen werden. Der Widerruf der Einwilligung durch den Arzt ist gegenüber dem Arztregister und dem erweiterten Landesausschuss nach Satz 1 zu erklären.“

Die Einwilligung kann dabei in der Anzeige an den ELA erteilt werden. Hierfür sollte ein Formular entwickelt werden, welches dem Arztregister vorgelegt bzw. digital übermittelt werden kann. Gleichzeitig kann ein Formular für die Landesärztekammer entwickelt werden. Hierzu wird auf Empfehlung 2 verwiesen.

Kumulativ sollte § 116b SGB V durch das Einfügen folgenden Absatzes 2a ergänzt werden:

„(2a) Willigt der Arzt darin ein, dass der nach Maßgabe des § 116b Absatz 3 Satz 1 erweiterte Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 die nach Absatz 2 Satz 1 erforderlichen Belege bei dem Arztregister bezieht, so hat der erweiterte Landesausschuss die Registerakten des Arztregisters zur Einsicht anzufordern. Der Widerruf der Einwilligung durch den Arzt ist gegenüber dem Arztregister und dem erweiterten Landesausschuss zu erklären.“

Diese Ergänzung des § 116b SGB V stellt sicher, dass der erweiterte Landesausschuss auch von dieser Verfahrensvereinfachung Gebrauch macht, da es für ihn gesetzlich verpflichtend ist.

AP 4.3 Interviewleitfaden für **ASV-Teamleitung**:

1. **Eingangsfragen**

1.1. Information und Aufklärung, Einwilligung zur Teilnahme

1.2. Abgleich allgemeiner Angaben zur Tätigkeit

- Angaben zu: Fachrichtung und ASV-Indikation, Krankenhaus- oder Vertragsarzt / MVZ, regionale Zuordnung (Bundesland)

2. **Informations- und Kenntniserwerb zur ASV**

2.1. **Erstmalige Kenntniserwerb: Wann und wie haben Sie von der ASV erfahren?**

Folgende Aspekte / Faktoren sollten dabei ggf. durch Nachfrage berücksichtigt werden:

- **Zeitlicher Verlauf** (Jahr bzw. Zeitspanne bzgl. relevanter Indikation)?
- **Haben Sie sich selbst gezielt informiert** oder wurden Sie von anderen Stellen zunächst ohne eigenes Zutun informiert?
- **Durch wen haben Sie Informationen erhalten?** (Berufsverband, Kollegen, KBV, lokale KV, Landeskrankenhausgesellschaft, Deutsche Krankenhausgesellschaft, ELA, private Abrechnungsdienstleister, Patient, Pharma-Außendienst)
- War die Information damals schon **spezifisch auf Ihre Fachrichtung bzw. Ihre ASV-Indikation** ausgerichtet oder allgemein bzw. auf andere Indikationen?

2.2. **Welche Aspekte waren damals für Sie relevant?**

2.3. **Haben Sie die gewünschten Informationen erhalten und wo bekamen Sie weitere Informationen?**

3. **Vorbereitung und Voraussetzungen der ASV-Teilnahme**

3.1. **Wie stark waren Sie persönlich in die Vorbereitungsphase mit einbezogen?**

3.2. **Was waren Ihre zentralen Motive bei der Entscheidungsfindung für die Teilnahme?**

Folgende Aspekte / Faktoren sollten dabei ggf. durch Nachfrage berücksichtigt werden:

- **Patientennutzen**
- **Interdisziplinarität**
- **Sektorenübergreifende Zusammenarbeit**
- **Versorgungseffizienz**

*ggf. Nachfrage für **niedergelassene Ärzte**:*

- Welche Rolle spielten dabei eher **monetäre Aspekte** (z.B. extrabudgetäre Vergütung) und **strategisch-langfristige Überlegungen** (z.B. Wettbewerbspositionierung)?
- Welche Rolle spielte der **Wegfall der KV-Prüfgremien** (Regresse, Plausibilitätsprüfung)?
- Spielte **Gefälligkeit gegenüber Kollegen** eine Rolle?

*ggf. Nachfrage für **Klinik-Ärzte**:*

- Bei bisheriger Teilnahme am alten §116b SGB V: Welche Rolle spielte das **Auslaufen der alten Form**?

- In wie weit ging die Entscheidung von Ihnen aus bzw. wurden Sie in den übergeordneten Entscheidungsprozess mit eingebunden?
- Können Sie beurteilen, welche Rolle dabei eher **monetäre Aspekte** (z.B. Zugang zur ambulanten Abrechnung) spielten und welche **eher strategisch-langfristiger Natur** waren (z.B. Wettbewerbspositionierung, Stärkung der Bindung von Zuweisern)?

3.3. Wie lief der Prozess der Entscheidungsfindung ab?

Folgende Aspekte / Faktoren sollten dabei ggf. durch Nachfrage berücksichtigt werden, falls sie nicht schon bereits in der vorherigen Frage beantwortet wurden:

- Wer war an der Entscheidungsfindung beteiligt?
- Wie lange dauerte der Prozess der Entscheidungsfindung?

3.4. Was waren die wesentlichen Bedenken bei der Entscheidungsfindung für die Teilnahme?

Folgende Aspekte / Faktoren sollten dabei ggf. durch Nachfrage berücksichtigt werden:

- Kein Zusatznutzen (für Patienten, den Arzt)?
- Zu hoher Aufwand? Beantragung, Durchführung (Mehraufwand)
- Zu wenig ASV-fähige Patienten?
- Teamzusammenstellung schwierig bis unmöglich?
- Hohe Kosten, z.B. für Rechtsberatung, ASV-Software etc.
- Gab es Bedenken bzgl. möglichen negativen Reaktion von bisherigen Zuweisern, die nicht im ASV-Team eingebunden sind?

*ggf. Nachfrage für **niedergelassene Ärzte**:*

- Gab es Bedenken bezüglich der Auswirkungen auf die Bereinigung in der Kollektivvergütung der Fachgruppe
- Kamen die Bedenken eher von Ihnen oder von außen (Kollegen, Berufsverband, potentiellen Teammitgliedern, Juristen, Steuerberater, etc.)?

*ggf. Nachfrage für **Klinik-Ärzte**:*

- Wer hat die Bedenken jeweils geäußert (ärztliches Personal, kaufmännische Leitung, Juristen, etc.)?

3.5. Wie verlief die Zusammenstellung des ASV-Teams?

Folgende Aspekte sollten dabei ggf. durch Nachfrage berücksichtigt werden:

- Wie kam es, dass Sie Teamleiter wurden (Gründe)?
 - Wäre auch die **Rolle als Teammitglied (Kernteam)** denkbar gewesen?
- Wie war der Ablauf bei der Team-Zusammenstellung und gab es Schwierigkeiten?
 - **Generelle Vorgehensweise** bei Zusammenstellung von Kernteam, hinzuzuziehenden Ärzten?
 - **Zuvor bereits in einem lokalen Netzwerk** für diese Indikation organisiert?
 - **Unterstützung durch Verbände, Netzwerke, KH-Geschäftsführung, etc.?**
 - **Bereitschaft der angefragten Kollegen?**
 - **Umgang mit Bedenken der anderen Ärzte (z.B. Haftungsfragen)?**
 - **Räumliche Entfernung der Ärzte (Erfüllung der Vorgaben)?**
 - **Zeitlicher und personeller Aufwand** nur für die Bildung des ASV-Teams (vor ELA-Anzeige)?
 - **Bedeutung des transsektoralen Aspekts?** (Bei onkol. Erkrankungen vorgeschrieben, daher hier ggf. Nachfrage, ob eine **Ausnahmegenehmigung** nach § 10 (2) beantragt wurde, weil kein notwendiger Kooperationspartner vorhanden oder zu finden war.)
 - **Bei KH-Teamleitung: Wurden ausschließlich Leistungserbringer aus KH-eigenen MVZ im Kernteam beteiligt?**

3.6. Wie war der Ablauf der Teilnahmeanzeige beim ELA?

Folgende Aspekte sollten dabei ggf. durch Nachfrage berücksichtigt werden:

- Wie und durch wen wurden die Vorbereitungsarbeiten erledigt?
 - Ärzte, Praxismitarbeiter, Verwaltungsmitarbeiter bei KH-Teamleitung, externe Berater und Anwälte?
- Was waren die wesentlichen Schwierigkeiten bzw. Hindernisse?
 - Waren die Anforderungen klar und transparent?
 - Wie schwierig / aufwändig war das Beibringen der Qualifikationsnachweise der Teammitglieder?
- Gab es positive Erfahrungen während des Anzeigeverfahrens?
- Haben Sie eine Vorab-Beratung der ELA-Geschäftsstelle angefragt bzw. in Anspruch genommen? (Fragen, ob eine solche überhaupt angeboten bzw. darüber informiert wurde.)
- Wie groß war der zeitliche und wirtschaftliche Aufwand für die Erstellung der ELA-Anzeige?
 - Für externe (juristische) Beratung
 - Wurden Dokumente nachgefordert?
 - Zeitdauer gesamt
- Hat sich die Teamzusammensetzung während des Verfahrens geändert (Erweiterung, Änderung, Reduzierung)?
- Wie könnte das Anzeigeverfahren aus Ihrer Sicht erleichtert werden?

3.7. Welche Erfahrung haben Sie bei der Beschaffung der Teamnummer bei der ASV-Servicestelle gemacht?

Folgende Aspekte sollten dabei ggf. durch Nachfrage berücksichtigt werden:

- Wie lange hat es gedauert, bis Sie die Teamnummer erhalten haben?
- Gab es Probleme und was könnte aus Ihrer Sicht an dem Prozess verbessert werden?

4. Konkrete Erfahrung bei der Umsetzung der ASV-Teilnahme

4.1. Wie funktionieren die notwendigen Strukturen und Prozesse in ihrem Team?

Folgende Aspekte sollten dabei ggf. durch Nachfrage berücksichtigt werden:

- Beschreibung der generellen Abläufe im ASV-Team:
 - Wie funktioniert der Informations-Austausch innerhalb des Teams (z.B. über ASV-spezifische Software für eine elektronische Fallakte)?
 - Gibt es gemeinsame Fallbesprechungen?
 - Gibt es einheitliche Patienteninformationen oder weitere Unterlagen?
 - Haben Sie im Team ein Vorgehen vereinbart, welche Patienten in die ASV eingeschlossen werden?
 - Haben Sie im Team bestimmte Prozesse vereinbart, z.B. Wartezeiten auf Termine abhängig von der Dringlichkeit?
 - Bieten Sie gemeinsame Sprechstunden des Kernteams an? Wie häufig?
 - Wie funktioniert die Patientenvermittlung im Team?
- Wie wird das nicht-ärztliche Personal (z.B. MFAs, Verwaltungsangestellte, evtl. Pflegepersonal, etc.) bei Ihnen in die Umsetzung der ASV mit einbezogen?
 - Finden spezielle Schulungen für die Mitarbeiter aus diesen Bereichen statt?
 - Wie stark ist der Rückhalt für die ASV bei diesen Mitarbeitern (eher zusätzlicher Aufwand oder sinnvolle Versorgungsmöglichkeit)?
- Schwierigkeiten in der praktischen Zusammenarbeit innerhalb des ASV-Teams:
 - Unterschiedliches ASV-Engagement innerhalb des Teams?

- Gibt es „*passive Teilnehmer*“ (also Teammitglieder, die keine Patienten in der ASV behandeln, sondern im Kollektivvertrag)?
- Aufbau einer *einheitlichen Dokumentation* schwierig?
- *Unbefriedigende Weitervermittlung der Patienten im Team*?

4.2. Beschreiben Sie, wie sich die Patientenzahlen und die Patientengewinnung seit der ASV-Berechtigung bei Ihnen und im Team entwickelt haben.

Folgende Aspekte sollten dabei ggf. durch Nachfrage berücksichtigt werden:

- Entwicklung bei Ihnen und im Team insgesamt:
 - *relativ zur Patientenzahl in der Regelversorgung*?
 - gab es *Besonderheiten im zeitlichen Verlauf* (z.B. *bei Niedergelassenen*: durch umliegendes KH ohne Übergang zur ASV nach Ablauf der Frist für Altberechtigungen)
 - Sind die *vorgegebenen Mindestmengen* für Sie eher einfach oder schwierig zu erfüllen?
- Wie kommen die ASV-Patienten zu Ihnen?
 - *Eigene Bestandspatienten aus der Regelversorgung*
 - *Von Teammitgliedern überwiesene Neu-Patienten (eher aus Praxen oder Kliniken?)*
 - *Überweisung von Vertragsärzten außerhalb des ASV-Teams*
 - Gibt es *Unterschiede im räumlichen Einzugsgebiet* zwischen den ASV-Patienten und denen der Regelversorgung?
- Wie viel Prozent ihrer Patienten kommen überhaupt für eine Behandlung in der ASV in Frage?
- Bringen Sie alle ASV-fähigen Patienten ein? Behandeln Sie ASV-fähige Patienten im Kollektivvertrag; wenn ja warum?

4.3. Worin sehen Sie in Ihrer Leistungserbringung wesentliche Unterschiede in der Betreuung eines ASV-Patienten, im Vergleich zu Patienten in der Regelversorgung?

Folgende Aspekte sollten dabei ggf. durch Nachfrage berücksichtigt werden:

- Wie hat sich die Patientenversorgung verändert durch die ASV-Teilnahme?
 - *Wegfall der Mengenbegrenzungen*?
 - *Intensivere Betreuung, bessere Terminvergabe*
 - *Interdisziplinäre Versorgung mit besserer Koordination* zwischen den beteiligten Fachrichtungen?
 - *Zugang zu Leistungen außerhalb der Regelversorgung, neue Behandlungsleistungen, modifizierter Erlaubnisvorbehalt*?
- Was ist schlechter geworden, bzw. hat sich nicht verbessert?
- Wie gut sind die Patienten über die unterschiedlichen Versorgungsformen und die Teilnahmemöglichkeit informiert?
 - *Wie erfolgt die Patienten-Information in ihrem Team*?
 - *Wie ist die Reaktion der Patienten? Gibt es auch Bedenken oder kritische Nachfragen der Patienten*?

4.4. Wie bewerten Sie die Vergütungssystematik in der ASV?

Folgende Aspekte sollten dabei ggf. durch Nachfrage berücksichtigt werden:

- *Niedergelassene*: Vorteil der extrabudgetären Vergütung durch Wegfall der Budgetierung des Regelleistungsvolumens (RLV)
- Zusätzliche, nur in der ASV ansetzbare GOP (EBM-Kapitel 50 und 51, NUB etc.)?
- Wie beurteilen Sie die Auswirkungen des Bereinigungsverfahrens für sich bzw. für vertragsärztliche Teammitglieder?

- Wie haben sich Ihre Einnahmen (in ASV und Kollektivvertrag) durch die ASV-Berechtigung entwickelt?

4.5. Welche Erfahrung haben Sie mit der Leistungsabrechnung in der ASV gemacht?

Folgende Aspekte sollten dabei ggf. durch Nachfrage berücksichtigt werden:

- Über wen erfolgt die Abrechnung und wie beurteilen Sie die Umsetzung?
- Wie schnell erfolgt die Auszahlung der ASV-Leistungen? Gibt es Verzögerungen?
- Wie beurteilen Sie das Prüfverhalten der Krankenkassen / des MDK?
- Gibt es Leistungen, die nicht über die ASV abrechenbar sind?
 - *Welche sind das?*
 - *Welche Auswirkungen hat das?*

5. Zusammenfassende Betrachtung

5.1. Wie würden Sie in der Rückbetrachtung urteilen, wenn Sie erneut über die Teilnahme an der ASV entscheiden müssten?

Folgende Kriterien sollten dabei ggf. durch Nachfrage berücksichtigt werden:

- Grundsätzliche Teilnahme?
- Planen Sie die Teilnahme an weiteren ASV-Teams?
- Erneute Rolle als Teamleitung oder nur noch als Mitglied des Kernteams?

5.2. Wie beurteilen Sie Ihre ASV-Teilnahme aus wirtschaftlicher Sicht bisher?

Folgende Aspekte sollten dabei ggf. durch Nachfrage berücksichtigt werden:

- Wann schätzen Sie wird sich der Aufwand gelohnt haben?
- Was sind die größten wirtschaftlichen Einfluss- bzw. Risikofaktoren aus Ihrer Sicht?

5.3. Inwiefern ist die ASV aus Ihrer Sicht ein zukunftssträchtiges Versorgungskonzept?

Folgende Aspekte sollten dabei ggf. durch Nachfrage berücksichtigt werden:

- Wo sehen Sie noch Verbesserungspotenzial?
- Wo wäre Information und Unterstützung hilfreich (gewesen), wo könnte besser geholfen werden?

6. Abschlussfragen

6.1. Gibt es weitere Punkte, die wir bisher noch nicht angesprochen haben und die Ihnen wichtig sind bzw. die Sie ergänzen möchten?

- Wenn ja, welche?

6.2. Bedankung und Organisatorisches zur Aufwandsentschädigung; Verabschiedung.

Farb-Legende:

X. Oberkategorien

X.X. Hauptfragen

- Detaillierungsfragen zu einzelnen Aspekten der Hauptfrage, die bei Bedarf gestellt werden können, wenn die Interviewteilnehmer diese nicht bereits von sich aus angesprochen haben (Wird den Interviewteilnehmern nicht vorgelegt)
 - *Relevante Unterpunkte zu den Detaillierungsfragen*

Anlage 2: Fragebogen ASV-Teamleitung und Teammitglieder

Filterfragen in grün (Teamleitung) bzw. blau (Teammitglied) markiert

Fragen zur ASV Tätigkeit

<p>1. In welcher Funktion sind Sie persönlich aktuell in einem oder mehreren ASV-Teams beteiligt?</p>	<p><input type="checkbox"/> ASV-Teamleitung in mindestens 1 Team <input type="checkbox"/> Keine Teamleitung, sondern Mitglied im Kernteam oder als Hinzuzuziehende/r Ärztin/Arzt in mindestens 1 ASV-Team</p>
<p>2. In welcher Einrichtungsform sind Sie (hauptsächlich) tätig?</p>	<p><input type="checkbox"/> Niederlassung <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis (GP) <input type="checkbox"/> Berufsübergreifende GP <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Krankenhaus-MVZ <input type="checkbox"/> Vertragsarzt als Träger <input type="checkbox"/> Sonstiger Träger <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Universitäres <input type="checkbox"/> Nicht-universitären</p>
<p>3. Welche Facharztbezeichnung ggf. mit Schwerpunktbezeichnung haben Sie? <i>Mehrfachnennungen möglich</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin (Hausarzt) <input type="checkbox"/> Anästhesiologie <input type="checkbox"/> Anatomie <input type="checkbox"/> Arbeitsmedizin (Betriebsmedizin) <input type="checkbox"/> Augenheilkunde <input type="checkbox"/> Biochemie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gynäkologie) <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde <input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten <input type="checkbox"/> Humangenetik <input type="checkbox"/> Hygiene und Umweltmedizin <input type="checkbox"/> Innere Medizin - Ohne Schwerpunkt <input type="checkbox"/> Innere Medizin - Angiologie <input type="checkbox"/> Innere Medizin - Gastroenterologie <input type="checkbox"/> Innere Medizin - Hämatologie/Onkologie <input type="checkbox"/> Innere Medizin - Kardiologie <input type="checkbox"/> Innere Medizin - Nephrologie <input type="checkbox"/> Innere Medizin - Pneumologie <input type="checkbox"/> Innere Medizin - Rheumatologie <input type="checkbox"/> Innere Medizin - Endokrinologie/Diabetologie <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie <input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin <input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie <input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie <input type="checkbox"/> Neurochirurgie <input type="checkbox"/> Neurologie</p>

	<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin <input type="checkbox"/> Öffentliches Gesundheitswesen <input type="checkbox"/> Pathologie <input type="checkbox"/> Pharmakologie <input type="checkbox"/> Physikalische und Rehabilitative Medizin <input type="checkbox"/> Physiologie <input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie <input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <input type="checkbox"/> Radiologie <input type="checkbox"/> Rechtsmedizin <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Transfusionsmedizin <input type="checkbox"/> Urologie
4. In welchem KV-Bezirk sind Sie tätig?	<input type="checkbox"/> KV Baden-Württemberg (KVBW) <input type="checkbox"/> KV Bayern (KVB) <input type="checkbox"/> KV Berlin (KV Berlin) <input type="checkbox"/> KV Brandenburg (KVBB) <input type="checkbox"/> KV Bremen (KVHB) <input type="checkbox"/> KV Hamburg (KVH) <input type="checkbox"/> KV Hessen (KV Hessen) <input type="checkbox"/> KV Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) <input type="checkbox"/> KV Niedersachsen (KVN) <input type="checkbox"/> KV Nordrhein (KVNO) <input type="checkbox"/> KV Rheinland-Pfalz (KV RLP) <input type="checkbox"/> KV Saarland (KV Saarland) <input type="checkbox"/> KV Sachsen (KVS) <input type="checkbox"/> KV Sachsen-Anhalt (KVSA) <input type="checkbox"/> KV Schleswig-Holstein (KVSH) <input type="checkbox"/> KV Thüringen (KV Thüringen) <input type="checkbox"/> KV Westfalen-Lippe (KVWL)

ASV-Team

Fragen	Antworten
5. Für welche der folgenden Indikationen sind Sie aktuell in einem ASV-Team gemeldet? <i>Bitte geben Sie jede Indikation an, für die sie aktuell gemeldet sind</i>	
Ausgewählte seltene Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Teamleitung <input type="checkbox"/> Kernteam <input type="checkbox"/> Hinzuziehende*r Facharzt*ärztin
Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	<input type="checkbox"/> Teamleitung <input type="checkbox"/> Kernteam <input type="checkbox"/> Hinzuziehende*r Facharzt*ärztin
Gynäkologische Tumoren	<input type="checkbox"/> Teamleitung <input type="checkbox"/> Kernteam <input type="checkbox"/> Hinzuziehende*r Facharzt*ärztin
Hämophilie	<input type="checkbox"/> Teamleitung <input type="checkbox"/> Kernteam <input type="checkbox"/> Hinzuziehende*r Facharzt*ärztin
Marfan-Syndrom	<input type="checkbox"/> Teamleitung <input type="checkbox"/> Kernteam

	<input type="checkbox"/> Hinzuziehende*r Facharzt*ärztin
Morbus Wilson	<input type="checkbox"/> Teamleitung <input type="checkbox"/> Kernteam <input type="checkbox"/> Hinzuziehende*r Facharzt*ärztin
Mukoviszidose	<input type="checkbox"/> Teamleitung <input type="checkbox"/> Kernteam <input type="checkbox"/> Hinzuziehende*r Facharzt*ärztin
Pulmonale Hypertonie	<input type="checkbox"/> Teamleitung <input type="checkbox"/> Kernteam <input type="checkbox"/> Hinzuziehende*r Facharzt*ärztin
Rheumatologische Erkrankungen - Erwachsene	<input type="checkbox"/> Teamleitung <input type="checkbox"/> Kernteam <input type="checkbox"/> Hinzuziehende*r Facharzt*ärztin
Rheumatologische Erkrankungen - Kinder und Jugendliche	<input type="checkbox"/> Teamleitung <input type="checkbox"/> Kernteam <input type="checkbox"/> Hinzuziehende*r Facharzt*ärztin
Sarkoidose	<input type="checkbox"/> Teamleitung <input type="checkbox"/> Kernteam <input type="checkbox"/> Hinzuziehende*r Facharzt*ärztin
Tuberkulose oder atypische Mykobakteriose	<input type="checkbox"/> Teamleitung <input type="checkbox"/> Kernteam <input type="checkbox"/> Hinzuziehende*r Facharzt*ärztin
Tumoren der Haut	<input type="checkbox"/> Teamleitung <input type="checkbox"/> Kernteam <input type="checkbox"/> Hinzuziehende*r Facharzt*ärztin
Tumoren der Lungen und des Thorax	<input type="checkbox"/> Teamleitung <input type="checkbox"/> Kernteam <input type="checkbox"/> Hinzuziehende*r Facharzt*ärztin
Urologische Tumoren	<input type="checkbox"/> Teamleitung <input type="checkbox"/> Kernteam <input type="checkbox"/> Hinzuziehende*r Facharzt*ärztin
5.a Bei Teilnahme in mehreren ASV-Teams, geben Sie bitte die Indikation an, für die Sie zuerst zugelassen wurden.	<input type="checkbox"/> „ <input type="checkbox"/> „ <input type="checkbox"/> „
6: Seit wann ist das ASV-Team in der Indikation "Indikation_1" aktiv (Beginn der Versorgung von ASV-Patient*Innen)? Bitte wählen Sie ein Datum (Monat + Jahr) über die zwei Felder aus Frage nur von „ASV Teamleitung“ zu beantworten	[Freitextfeld]
6. Seit wann sind Sie als Mitglied im ASV-Team für "" gemeldet? Bitte wählen Sie ein Datum (Monat + Jahr) über die zwei Felder aus. Frage nur von „Keine Teamleitung, sondern Mitglied im Kernteam oder als Hinzuzuziehende/r Ärztin/Arzt in mindestens 1 ASV-Team“ zu beantworten	[Freitextfeld]
7a. Hatte Ihre Klinik für diese Indikation vor der ASV bereits eine Berechtigung zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach §116b_alt SGB V? Frage nur von „ASV Teamleitung“ zu beantworten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht

<p>7b. Hatte Ihre Klinik für diese Indikation vor der ASV die Möglichkeit zur ambulanten Behandlung im Rahmen einer Hochschulambulanz? Frage nur von „ASV Teamleitung“ zu beantworten</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
<p>7c. Hatten Sie für diese Indikation vor der ASV die Möglichkeit zur ambulanten Behandlung im Rahmen einer persönlichen Ermächtigung? Frage nur von „ASV Teamleitung“ zu beantworten</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
<p>8. Aus wie vielen Mitgliedern besteht Ihr Kernteam aktuell in der ASV-Indikation "Indikation_1"? Frage nur von „ASV Teamleitung“ zu beantworten</p>	<input type="checkbox"/> 1 bis 5 <input type="checkbox"/> 6 bis 10 <input type="checkbox"/> 11 bis 20 <input type="checkbox"/> Mehr als 20 <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
<p>8a. Ist die Zusammensetzung des Kernteams sektorenübergreifend? Frage nur von „ASV Teamleitung“ zu beantworten</p>	<input type="checkbox"/> Ja, Ärzt*innen aus Klinik und niedergelassenem Bereich <input type="checkbox"/> Ja, Ärzt*innen aus Klinik und ausschließlich aus Klinik-MVZ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
<p>9. Aus wie vielen hinzuzuziehenden Mitgliedern besteht Ihr ASV-Team aktuell in der ASV-Indikation "Indikation_1" Frage nur von „ASV Teamleitung“ zu beantworten</p>	<input type="checkbox"/> 1 bis 10 <input type="checkbox"/> 11 bis 20 <input type="checkbox"/> 21 bis 50 <input type="checkbox"/> Mehr als 50 <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
<p>9a. Sind hierunter auch institutionelle Benennungen? Frage nur von „ASV Teamleitung“ zu beantworten</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
<p>9b. Ist die Zusammensetzung der Hinzuzuziehenden sektorenübergreifend? Frage nur von „ASV Teamleitung“ zu beantworten</p>	<input type="checkbox"/> Ja, Ärzt*innen aus Klinik und niedergelassenem Bereich <input type="checkbox"/> Ja, Ärzt*innen aus Klinikärzte und ausschließlich aus Klinik MVZ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
<p>10. Gab es seit Beginn des ASV-Teams in der ASV-Indikation "Indikation_1" Nach- bzw. Ummeldungen von Teammitgliedern? Frage nur von „ASV Teamleitung“ zu beantworten</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht

Vorbereitungen

Bitte beziehen Sie die folgenden Fragen auf das ASV-Team mit der zuvor ausgewählten Indikation ""

Fragen	Antworten
11. Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zu?	
Bei der Vorbereitung der Teilnahme fühlte ich mich gut über die ASV informiert.	<input type="checkbox"/> Trifft voll zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
12. In welchem Ausmaß haben Sie Informationen zur ASV-Teilnahme aus folgenden Quellen erhalten?	
Eigene Tätigkeit und Recherche	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> unerheblich <input type="checkbox"/> maßgeblich
Teamleiter*in des eigenen ASV-Teams <i>Frage nur von „Keine Teamleitung, sondern Mitglied im Kernteam oder als Hinzuzuziehende/r Ärztin/Arzt in mindestens 1 ASV-Team“ zu beantworten</i>	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> unerheblich <input type="checkbox"/> maßgeblich
Kolleg*innen und / oder Vorgesetzte aus der eigenen Einrichtung	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> unerheblich <input type="checkbox"/> maßgeblich
Kolleg*innen aus anderen Einrichtungen	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> unerheblich <input type="checkbox"/> maßgeblich
Kassenärztliche Bundesvereinigung	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> unerheblich <input type="checkbox"/> maßgeblich
Lokale KV	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> unerheblich <input type="checkbox"/> maßgeblich
Deutsche Krankenhausgesellschaft	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> unerheblich <input type="checkbox"/> maßgeblich
Landeskrankenhausgesellschaft	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> unerheblich <input type="checkbox"/> maßgeblich
Berufsverband	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> unerheblich <input type="checkbox"/> maßgeblich
Fachgesellschaft	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> unerheblich <input type="checkbox"/> maßgeblich
Erweiterter Landesausschuss	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> unerheblich <input type="checkbox"/> maßgeblich
Weitere relevante Informationsquellen	[Freitextfeld]

<p>13. Sofern Sie nicht ausreichend Informationen hatten, von wem hätten Sie sich mehr Informationen erwartet? <i>Mehrfachantworten möglich</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Eigene Tätigkeit und Recherche <input type="checkbox"/> Teamleiter*in des eigenen ASV-Teams <i>Antwortmöglichkeit nur von „Keine Teamleitung, sondern Mitglied im Kernteam oder als Hinzuzuziehende/r Ärztin/Arzt in mindestens 1 ASV-Team“ zu beantworten</i> <input type="checkbox"/> Kolleg*innen und / oder Vorgesetzte aus der eigenen Einrichtung <input type="checkbox"/> Kolleg*innen aus anderen Einrichtungen <input type="checkbox"/> Kassenärztliche Bundesvereinigung <input type="checkbox"/> Lokale KV <input type="checkbox"/> Deutsche Krankenhausgesellschaft <input type="checkbox"/> Landeskrankenhausgesellschaft <input type="checkbox"/> Berufsverband <input type="checkbox"/> Fachgesellschaft <input type="checkbox"/> Erweiterter Landesausschuss <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Von keiner Stelle</p>
<p>Sie gaben an, dass es andere Antworten gibt, welche genau? <i>Nur wenn bei 13 „Andere“ ausgewählt</i></p>	<p>[Freitextfeld]</p>
<p>14. Wie wichtig waren die folgenden möglichen Motive bei der Entscheidungsfindung für die Teilnahme an der ASV? <i>Bitte beantworten Sie jede Zeile</i></p>	
<p>Patientennutzen</p>	<p><input type="checkbox"/> Unwichtig <input type="checkbox"/> Weniger wichtig <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Sehr wichtig <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen</p>
<p>Interdisziplinarität</p>	<p><input type="checkbox"/> Unwichtig <input type="checkbox"/> Weniger wichtig <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Sehr wichtig <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen</p>
<p>Sektorenübergreifende Zusammenarbeit</p>	<p><input type="checkbox"/> Unwichtig <input type="checkbox"/> Weniger wichtig <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Sehr wichtig <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen</p>
<p>Versorgungseffizienz (z.B. Wegfall von Mehrfach-Untersuchungen, Wartezeiten)</p>	<p><input type="checkbox"/> Unwichtig <input type="checkbox"/> Weniger wichtig <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Sehr wichtig <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen</p>
<p>Monetäre Aspekte (z.B. extrabudgetäre Vergütung)</p>	<p><input type="checkbox"/> Unwichtig <input type="checkbox"/> Weniger wichtig</p>

	<input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Sehr wichtig <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Strategisch-langfristige Überlegungen (z.B. Wettbewerbspositionierung)	<input type="checkbox"/> Unwichtig <input type="checkbox"/> Weniger wichtig <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Sehr wichtig <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Bei Kliniken: Wegfall der Alt-Berechtigung zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach §116b SGB V (alt)	<input type="checkbox"/> Unwichtig <input type="checkbox"/> Weniger wichtig <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Sehr wichtig <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Gefälligkeit gegenüber Kolleg*innen	<input type="checkbox"/> Unwichtig <input type="checkbox"/> Weniger wichtig <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Sehr wichtig <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Weitere relevante Motive	[Freitextfeld]
15. Wer war an dem Vorbereitungsprozess und Anzeigeverfahren maßgeblich beteiligt? <i>Mehrfachantworten möglich</i>	<input type="checkbox"/> Ich selber <input type="checkbox"/> Ärztliche Kolleg*innen <input type="checkbox"/> Nicht-ärztliche Mitarbeiter aus der KH-Verwaltung <input type="checkbox"/> Nicht-ärztliche Mitarbeiter einer niedergelassenen Praxis <input type="checkbox"/> Externe Berater / Dienstleister (gegen Honorar) <input type="checkbox"/> Andere
Sie gaben an, dass es andere Antworten gibt, welche genau? <i>Nur wenn bei 15 „Andere“ ausgewählt</i>	[Freitextfeld]
16. Gab es bei Ihnen oder anderen an der Entscheidung beteiligten Personen im Vorfeld Bedenken gegenüber der ASV-Teilnahme aus einem der folgenden Gründe? <i>Mehrfachantwort möglich</i>	<input type="checkbox"/> Kein Zusatznutzen für Patienten <input type="checkbox"/> Teamzusammenstellung schwierig bis unmöglich <input type="checkbox"/> Zu hoher Aufwand bei der Beantragung <input type="checkbox"/> Zu hoher Aufwand bei der Durchführung <input type="checkbox"/> Zu wenig ASV-fähige Patienten <input type="checkbox"/> Hohe Kosten (z.B. für Rechtsberatung, ASV-Software etc.) <input type="checkbox"/> Bei Kliniken: Negative Reaktion von bisherigen Zuweisern, die nicht im ASV-Team eingebunden sind <input type="checkbox"/> Bei Niedergelassenen: Auswirkungen auf die Bereinigung in der Kollektivvergütung der Fachgruppe <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Keine Bedenken
Sie gaben an, dass es andere Antworten gibt, welche genau? <i>Nur wenn bei 16 „Andere“ ausgewählt</i>	[Freitextfeld]

Anzeigeverfahren

Fragen	Antworten
17 a. Wie lange dauerte das Anzeigeverfahren vom Bearbeitungsbeginn des Anzeigevordrucks bis zum positiven Bescheid?	<input type="checkbox"/> Bis 2 Monate <input type="checkbox"/> 2 bis 4 Monate <input type="checkbox"/> 5 bis 8 Monate <input type="checkbox"/> 9 bis 12 Monate <input type="checkbox"/> 13 bis 24 Monate <input type="checkbox"/> Mehr als 24 Monate <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
17b. Wurden Unterlagen nachgefordert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
17c. Haben Sie im Laufe des Anzeigeverfahrens einen Ablehnungsbescheid erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
18. Wie bewerten Sie insgesamt die Zusammenarbeit mit Ihrem zuständigen ELA? (Information, Kommunikation, Unterstützung, Bearbeitungszeit, etc.)	<input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Zufriedenstellend <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
19. Wie stark empfanden Sie folgende Faktoren im Anzeigeverfahren als Hindernis zur Erfüllung der jeweiligen Vorgaben der ASV-Richtlinie bzw. des ELAs für die ASV-Teilnahme?	
Vorgeschriebene Fachrichtungen bei der Teamzusammensetzung	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht / sehr gering <input type="checkbox"/> Geringfügig <input type="checkbox"/> Akzeptabel <input type="checkbox"/> Erheblich <input type="checkbox"/> Sehr stark <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Vorhaltung aller erforderlichen Leistungen durch die Teammitglieder	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht / sehr gering <input type="checkbox"/> Geringfügig <input type="checkbox"/> Akzeptabel <input type="checkbox"/> Erheblich <input type="checkbox"/> Sehr stark <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Angemessene Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) der Teammitglieder vom Tätigkeitsort der Teamleitung	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht / sehr gering <input type="checkbox"/> Geringfügig <input type="checkbox"/> Akzeptabel <input type="checkbox"/> Erheblich <input type="checkbox"/> Sehr stark <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Qualitätsnachweise nach § 135 Abs. 2 SGB V	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht / sehr gering <input type="checkbox"/> Geringfügig <input type="checkbox"/> Akzeptabel <input type="checkbox"/> Erheblich <input type="checkbox"/> Sehr stark <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Erfüllung der vorgeschriebenen Mindestmengen	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht / sehr gering <input type="checkbox"/> Geringfügig

	<input type="checkbox"/> Akzeptabel <input type="checkbox"/> Erheblich <input type="checkbox"/> Sehr stark <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Andere	[Freitextfeld]
20. Wie bewerten Sie insgesamt das gesamte Anzeigeverfahren für die ASV-Teilnahme?	<input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Zufriedenstellend <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
21. Wie lange dauerte die Erteilung der ASV-Teamnummer bei der ASV-Servicestelle? <i>Frage nur von „ASV Teamleitung“ zu beantworten</i>	<input type="checkbox"/> Bis 3 Tage <input type="checkbox"/> 4 bis 7 Tage <input type="checkbox"/> 8 bis 14 Tage <input type="checkbox"/> 2 bis 4 Wochen <input type="checkbox"/> 4 Wochen bis 2 Monate <input type="checkbox"/> Länger als 2 Monate <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
22. Wie bewerten Sie Ihre Erfahrung bei der Beantragung der ASV-Teamnummer bei der ASV-Servicestelle? <i>Frage nur von „ASV Teamleitung“ zu beantworten</i>	<input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Zufriedenstellend <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
23. Wie beurteilen Sie den zeitlichen Arbeitsaufwand, der für den gesamten Vorbereitungs- und Anzeigeprozess der ASV-Teilnahme erforderlich war?	<input type="checkbox"/> Sehr angemessen <input type="checkbox"/> Angemessen <input type="checkbox"/> Grade noch angemessen <input type="checkbox"/> Unangemessen hoch <input type="checkbox"/> Übertrieben hoch <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
24. Bitte schätzen Sie den ungefähren zeitlichen Arbeitsaufwand in Personentagen (PT), der für den gesamten Vorbereitungs- und Anzeigeprozess der ASV-Teilnahme erforderlich war	
Für Sie persönlich	<input type="checkbox"/> Bis 2 PT <input type="checkbox"/> 3 bis 5 PT <input type="checkbox"/> 6 bis 10 PT <input type="checkbox"/> 11 bis 20 PT <input type="checkbox"/> 21 bis 30 PT <input type="checkbox"/> Mehr als 30 PT <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Für alle weiteren Beteiligten zusammen	<input type="checkbox"/> Bis 2 PT <input type="checkbox"/> 3 bis 5 PT <input type="checkbox"/> 6 bis 10 PT <input type="checkbox"/> 11 bis 20 PT <input type="checkbox"/> 21 bis 30 PT <input type="checkbox"/> Mehr als 30 PT <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
25. Sind für den gesamten Vorbereitungs- und Anzeigeprozess monetäre Kosten angefallen (z.B. für juristische Beratung, externe Dienstleister, etc.)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
Wenn ja, in welcher Höhe?	<input type="checkbox"/> Bis 500 Euro

<p><i>Nur wenn bei 25 „Ja“ ausgewählt</i></p>	<p> <input type="checkbox"/> 500 bis 1.000 Euro <input type="checkbox"/> 1.001 bis 5.000 Euro <input type="checkbox"/> 5.001 bis 10.000 Euro <input type="checkbox"/> Mehr als 10.000 Euro <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht </p>
<p>26. Waren Sie im weiteren Verlauf an der ASV-Beantragung für eine oder mehrere weitere Indikation(en) beteiligt?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </p>
<p>Wie schätzen Sie den Aufwand (zeitlich und/oder monetär) für das/die weiteren Anzeigeverfahren im Vergleich ein? <i>Nur wenn bei 26 „Ja“ ausgewählt</i></p>	<p> <input type="checkbox"/> Viel geringer <input type="checkbox"/> Geringer <input type="checkbox"/> Gleich <input type="checkbox"/> Größer <input type="checkbox"/> Viel größer <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen </p>

Umsetzung

Fragen	Antworten
27. Welche der folgenden Strukturen und Prozesse haben Sie mit der ASV-Zulassung in Ihrem Team neu etabliert? <i>Bitte beantworten Sie jede Zeile</i>	
Gemeinsame Fallbesprechungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
Gemeinsame Patienten-Sprechstunden des Kernteams	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
Spezielle Software, z.B. für gemeinsame elektronische Fallakte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
Einheitliche Kriterien zur Patientenvermittlung im Team	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
Einheitliche Aufklärungs-Informationen für Patient*innen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
Einheitliche Informationen für Einweiser / Überweiser	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
Spezielle Schulungen für die nicht-ärztlichen Mitarbeiter*innen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
28. Gibt es in Ihrem ASV-Team sogenannte passive Mitglieder, die <i>Bitte beantworten Sie jede Zeile</i>	
gar keine ASV-Patienten behandeln?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
nur wenige ASV-Patienten behandeln und diese nicht in der ASV abrechnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
29. Wie stark empfinden Sie folgende Faktoren für Ihr ASV-Team als Hindernis in der praktischen Umsetzung der ASV? <i>Bitte geben Sie an, wie stark Sie den jeweiligen Aspekt als Hindernis wahrnehmen.</i>	
Zusätzlicher Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand bei der Patientenversorgung	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht / sehr gering <input type="checkbox"/> Geringfügig <input type="checkbox"/> Akzeptabel <input type="checkbox"/> Erheblich <input type="checkbox"/> Sehr stark <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Unterschiedliches ASV-Engagement innerhalb der Teammitglieder	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht / sehr gering <input type="checkbox"/> Geringfügig <input type="checkbox"/> Akzeptabel <input type="checkbox"/> Erheblich <input type="checkbox"/> Sehr stark (

	<input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Zu wenige zugewiesene bzw. weitervermittelte Patienten im Team	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht / sehr gering <input type="checkbox"/> Geringfügig <input type="checkbox"/> Akzeptabel <input type="checkbox"/> Erheblich <input type="checkbox"/> Sehr stark <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Unzureichender Ziffernkranz für die nötigen Leistungen	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht / sehr gering <input type="checkbox"/> Geringfügig <input type="checkbox"/> Akzeptabel <input type="checkbox"/> Erheblich <input type="checkbox"/> Sehr stark <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Unklare Informationen / Vorgaben zu konkreten Umsetzungen (z.B. Rezeptunterschrift, Weiterbildungsassistenzen)	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht / sehr gering <input type="checkbox"/> Geringfügig <input type="checkbox"/> Akzeptabel <input type="checkbox"/> Erheblich <input type="checkbox"/> Sehr stark <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Hohe Fluktuation bei den Ärzten im ASV Team?	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht / sehr gering <input type="checkbox"/> Geringfügig <input type="checkbox"/> Akzeptabel <input type="checkbox"/> Erheblich <input type="checkbox"/> Sehr stark <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Aufwand für die Koordination und Verwaltung des ASV-Teams	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht / sehr gering <input type="checkbox"/> Geringfügig <input type="checkbox"/> Akzeptabel (<input type="checkbox"/> Erheblich <input type="checkbox"/> Sehr stark <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Weitere Hindernisse:	[Freitextfeld]
30. Wie hoch waren und sind bei Ihnen die Kosten für die ASV-Abrechnungssoftware?	
Einmalige Investition	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 100 bis 500€ <input type="checkbox"/> 501 bis 1.000€ <input type="checkbox"/> 1.001 bis 2.000€ <input type="checkbox"/> Mehr als 2.000€ <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
Laufende Lizenzgebühren pro Monat	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 100 bis 500€ <input type="checkbox"/> 501 bis 1.000€ <input type="checkbox"/> 1.001 bis 2.000€ <input type="checkbox"/> Mehr als 2.000€ <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht

Patient*innen

Fragen	Antworten
31. . Wie viele ASV-Patienten mit der Indikation "" haben Sie persönlich im letzten Quartal versorgt?	<input type="checkbox"/> Weniger als 10 <input type="checkbox"/> 10-29 <input type="checkbox"/> 30-59 <input type="checkbox"/> 60-99 <input type="checkbox"/> 100-250 <input type="checkbox"/> Mehr als 250 ASV-Patienten <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
32. Wie groß ist ungefähr der Anteil der ASV-Patienten mit der Indikation "" an der Gesamtzahl Ihrer (ambulanten) Patienten?	<input type="checkbox"/> Weniger als 10% <input type="checkbox"/> 10-19% <input type="checkbox"/> 20-29% <input type="checkbox"/> 30-39% <input type="checkbox"/> 40-50% <input type="checkbox"/> Mehr als 50% <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
33. Wie haben sich Ihrer Ansicht nach die folgenden Aspekte durch die ASV verändert? <i>Bitte beantworten Sie jede Zeile</i>	
Patientennutzen	<input type="checkbox"/> Starke Verbesserung <input type="checkbox"/> Leichte Verbesserung <input type="checkbox"/> Gleichbleibend <input type="checkbox"/> Leichte Verschlechterung <input type="checkbox"/> Starke Verschlechterung <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Versorgungskapazität (z.B. Wartezeit bis zum 1. Termin)	<input type="checkbox"/> Starke Verbesserung <input type="checkbox"/> Leichte Verbesserung <input type="checkbox"/> Gleichbleibend <input type="checkbox"/> Leichte Verschlechterung <input type="checkbox"/> Starke Verschlechterung <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Überbrückung der Sektorengrenze	<input type="checkbox"/> Starke Verbesserung <input type="checkbox"/> Leichte Verbesserung <input type="checkbox"/> Gleichbleibend <input type="checkbox"/> Leichte Verschlechterung <input type="checkbox"/> Starke Verschlechterung <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Koordinierte Versorgung des Patienten im interdisziplinären Team	<input type="checkbox"/> Starke Verbesserung <input type="checkbox"/> Leichte Verbesserung <input type="checkbox"/> Gleichbleibend <input type="checkbox"/> Leichte Verschlechterung <input type="checkbox"/> Starke Verschlechterung <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Ärztlicher Informationsaustausch im Team	<input type="checkbox"/> Starke Verbesserung <input type="checkbox"/> Leichte Verbesserung <input type="checkbox"/> Gleichbleibend <input type="checkbox"/> Leichte Verschlechterung <input type="checkbox"/> Starke Verschlechterung <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen

Wartezeit bei Überweisung zu anderen Fachärzten	<input type="checkbox"/> Starke Verbesserung <input type="checkbox"/> Leichte Verbesserung <input type="checkbox"/> Gleichbleibend <input type="checkbox"/> Leichte Verschlechterung <input type="checkbox"/> Starke Verschlechterung <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Abrechenbare Leistungen	<input type="checkbox"/> Starke Verbesserung <input type="checkbox"/> Leichte Verbesserung <input type="checkbox"/> Gleichbleibend <input type="checkbox"/> Leichte Verschlechterung <input type="checkbox"/> Starke Verschlechterung <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Weitere relevante Veränderungen	[Freitextfeld]
34. Wie lange ist die Wartezeit der ASV-Patienten bei Überweisung zu anderen Fachärzten des ASV-Teams in der Regel?	<input type="checkbox"/> Weniger als 2 Wochen <input type="checkbox"/> 2 bis 4 Wochen <input type="checkbox"/> 5 bis 7 Wochen <input type="checkbox"/> 8 bis 10 Wochen <input type="checkbox"/> Länger als 10 Wochen
35. Wie lange ist die Wartezeit der ASV-Patienten bei Überweisung in für die Indikation/en relevanten stationären Bereich in der Regel?	<input type="checkbox"/> Weniger als 2 Wochen <input type="checkbox"/> 2 bis 4 Wochen <input type="checkbox"/> 5 bis 7 Wochen <input type="checkbox"/> 8 bis 10 Wochen <input type="checkbox"/> Länger als 10 Wochen
36. Wie lang ist bei Ihnen im Durchschnitt die Wartezeit der ASV-fähigen Patienten vor dem ersten Termin? (Notfälle ausgenommen)	<input type="checkbox"/> Weniger als 2 Wochen <input type="checkbox"/> 2 bis 4 Wochen <input type="checkbox"/> 5 bis 7 Wochen <input type="checkbox"/> 8 bis 10 Wochen <input type="checkbox"/> Länger als 10 Wochen
37. Wie lang ist bei Ihnen im Durchschnitt die Wartezeit der ASV-Patienten für weitere Termine ?	<input type="checkbox"/> Weniger als 2 Wochen <input type="checkbox"/> 2 bis 4 Wochen <input type="checkbox"/> 5 bis 7 Wochen <input type="checkbox"/> 8 bis 10 Wochen <input type="checkbox"/> Länger als 10 Wochen
38. Wie lang ist bei Ihnen im Durchschnitt die Wartezeit der ASV-Patienten beim Aufenthalt in Ihrer Einrichtung?	<input type="checkbox"/> Bis 15 Minuten <input type="checkbox"/> 16 bis 30 Minuten <input type="checkbox"/> 31 bis 60 Minuten <input type="checkbox"/> 1 bis 2 Stunden <input type="checkbox"/> Mehr als zwei Stunden

Vergütung und Abrechnung

Fragen	Antworten
39. Wie beurteilen Sie insgesamt die Vergütung in der ASV im Vergleich zur Vergütung vor der ASV-Teilnahme?	<input type="checkbox"/> Starke Verbesserung <input type="checkbox"/> Leichte Verbesserung <input type="checkbox"/> Gleichbleibend <input type="checkbox"/> Leichte Verschlechterung <input type="checkbox"/> Starke Verschlechterung <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
40. Wie relevant sind für Sie die folgenden Aspekte der ASV-Vergütung im Vergleich zur Vergütung vor der ASV-Teilnahme? <i>Bitte beantworten Sie jede Zeile</i>	
Wegfall der Mengenbegrenzung für Leistungen, die im Kollektivvertrag bisher budgetiert sind?	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> Geringfügig <input type="checkbox"/> Etwas <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Zusätzliche, nur in der ASV ansetzbare GOP (EBM-Kapitel 50 und 51, NUB etc.)	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> Geringfügig <input type="checkbox"/> Etwas <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Wie bewerten Sie den Umfang des Ziffernkranzes (d.h. der abrechenbaren Ziffern) für ASV-Leistungen in der ASV-Indikation ""	<input type="checkbox"/> Vollkommen ausreichend <input type="checkbox"/> Bis auf unerhebliche Ausnahmen ausreichend <input type="checkbox"/> In wichtigen Einzelfällen unzureichend <input type="checkbox"/> Generell unzureichend <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
41. Gibt es bei Ihnen ASV-fähige Patienten, die nicht über die ASV abgerechnet werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
Wenn ja, was sind die Gründe? Wenn Frage 41 mit „Ja“ beantwortet wurde	[Freitextfeld]
42. Nur für Niedergelassene: Ist bei Ihnen bereits eine Bereinigung der Regelleistungsvergütung erfolgt? Wenn bei Frage 2 Niedergelassene oder MVZ angegeben wurde	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
Wenn ja, in welchem Umfang? Wenn Frage 42 mit „Ja“ beantwortet wurde	<input type="checkbox"/> nicht relevant <input type="checkbox"/> geringfügig spürbar <input type="checkbox"/> erheblich spürbar <input type="checkbox"/> kann ich nicht beurteilen
43. Abrechnung:	
Über wen erfolgt bei Ihnen die Abrechnung in der ASV?	<input type="checkbox"/> Direkte Abrechnung mit den Krankenkassen <input type="checkbox"/> Über die KV <input type="checkbox"/> Über einen private Abrechnungsdienstleister <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
Hatten Sie bereits ein Prüfverfahren (Regress) in der ASV?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

	<input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
Wie beurteilen Sie die Abwicklung der Abrechnung in der ASV? Wenn vorherige Frage mit „Ja“ beantwortet wurde	<input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Zufriedenstellend <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
44. Wirtschaftlichkeit	
War die ASV-Teilnahme aus wirtschaftlicher Sicht für Sie bzw. Ihren Träger bisher lohnend oder wird es in absehbarer Zukunft sein?	<input type="checkbox"/> Ja, auf jeden Fall <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Weder noch <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein, überhaupt nicht <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht

Fragen zur Person

Fragen	Antworten
45. Geschlecht	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> Keine Angabe
46. In welchem Jahr sind Sie geboren?	[Freitextfeld]
47. Welche Position haben Sie im Krankenhaus? <i>Nur, wenn bei Frage 2 KH Ärzte ausgewählt wurde</i>	<input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> Leitender Oberarzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> Assistenzarzt <input type="checkbox"/> Andere
Sie gaben an, dass es andere Antworten gibt, welche genau? <i>Nur wenn bei 47 „Andere“ ausgewählt</i>	[Freitextfeld]
48. Wo sind Sie hauptsächlich tätig? <i>Bitte geben Sie die ersten Ziffern Ihrer PLZ ein und wählen anschließend den passenden Eintrag aus dem aufklappbaren Menü.</i>	[Freitextfeld]

Vielen Dank für die Teilnahme an der Befragung!

Anlage 3: Fragebogen für Nicht-Teilnehmer zum Thema ASV

Filterfragen in grün markiert

Kenntnisstand ASV

Fragen		Antworten
Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zu?		
1. Ich fühle mich gut über die ASV informiert.		<input type="checkbox"/> Trifft voll zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> keine Angabe
2. Ich würde mir mehr Informationen zur ASV wünschen.		<input type="checkbox"/> Trifft voll zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> keine Angabe
3. Von wem haben Sie hauptsächlich Informationen zur ASV erhalten? Bitte wählen Sie nur eine Antwort aus.		<input type="checkbox"/> Kolleg*innen <input type="checkbox"/> Kassenärztliche Bundesvereinigung <input type="checkbox"/> Eigene KV <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Deutsche Krankenhausgesellschaft <input type="checkbox"/> Landeskrankenhausgesellschaft <input type="checkbox"/> Berufsverband <input type="checkbox"/> Fachgesellschaft <input type="checkbox"/> Erweiterter Landesausschuss <input type="checkbox"/> Anderes + [Freitextfeld] <input type="checkbox"/> Von keiner Stelle (Dann zu 4.)
Wenn Antwort außer „von keiner Stelle“ genannt wird	3.1 Die Informationen zur ASV von „Antwort aus Frage 3.“ waren leicht zugänglich	<input type="checkbox"/> Trifft voll zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> keine Angabe
Wenn Antwort außer „von keiner Stelle“ genannt wird	3.2 Die Informationen zur ASV von „Antwort aus Frage 3.“ waren übersichtlich und gut verständlich	<input type="checkbox"/> Trifft voll zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> keine Angabe
Wenn Antwort außer „von keiner Stelle“ genannt wird	3.3 Die Informationen zur ASV von „Antwort aus Frage 3.“ waren ausreichend detailliert	<input type="checkbox"/> Trifft voll zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu

genannt wird		<input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> <i>keine Angabe</i>
Wenn Antwort außer „von keiner Stelle“ genannt wird	3.4 Von wem haben Sie <u>weitere</u> Informationen erhalten? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Kollegen <input type="checkbox"/> Kassenärztliche Bundesvereinigung <input type="checkbox"/> Eigene KV <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Deutsche Krankenhausgesellschaft <input type="checkbox"/> Landeskrankenhausgesellschaft <input type="checkbox"/> Berufsverband <input type="checkbox"/> Fachgesellschaft <input type="checkbox"/> Erweiterter Landesausschuss <input type="checkbox"/> Anderes + [Freitextfeld] <input type="checkbox"/> Von keiner Stelle
	4. Haben Sie bereits selbst bezüglich der ASV recherchiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	5. Sofern Sie nicht ausreichend Informationen hatten, von wem würden Sie sich mehr Informationen erwarten? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Kolleg*innen <input type="checkbox"/> Kassenärztliche Bundesvereinigung <input type="checkbox"/> Eigene KV <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Deutsche Krankenhausgesellschaft <input type="checkbox"/> Landeskrankenhausgesellschaft <input type="checkbox"/> Berufsverband <input type="checkbox"/> Fachgesellschaft <input type="checkbox"/> Erweiterter Landesausschuss <input type="checkbox"/> Anderes + [Freitextfeld] <input type="checkbox"/> Von keiner Stelle
	6. Haben Sie Vorschläge wie man besser auf die ASV aufmerksam machen könnte?	[Freitextfeld]

Konkrete Planung

Fragen		Antworten
7. Wurden Sie schon einmal angesprochen bezüglich einer Teilnahme an der ASV? (Mehrfachnennungen möglich)		<input type="checkbox"/> Ja, von Klinik <input type="checkbox"/> Ja, von niedergelassenem Kollegen <input type="checkbox"/> Ja, von MVZ <input type="checkbox"/> Ja, von sonstigen + [Freitextfeld] <input type="checkbox"/> Nein (Dann weiter zu 8.)
Wenn ja	7.1 Hat die direkte Ansprache Ihre Einstellung zur ASV positiv beeinflusst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Dann weiter zu 8.)
	7.1.2 Können Sie kurz (stichwortartig) beschreiben wieso?	[Freitextfeld]
8. Haben Sie bereits ein geplantes Anzeigeverfahren abgebrochen?		<input type="checkbox"/> Ja (Wenn hier ja, dann muss später auch Frage 10 beantwortet werden) <input type="checkbox"/> Nein
9. Was trifft auf Sie zu?		<input type="checkbox"/> Ich kann mir grundsätzlich vorstellen Teil eines ASV-Teams zu werden (zu 10) <input type="checkbox"/> Ich befinde mich zurzeit in einer konkreten Planungsphase für die Teilnahme an der ASV bzw. im Anzeigeverfahren (9.1) <input type="checkbox"/> Ich kann mir nicht vorstellen Teil eines ASV-Teams zu werden (zu 10)
Wenn Antwort 2	9.1 (ehemals 9.3.1) Für welche Indikation haben Sie geplant Teil eines ASV-Teams zu werden? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Ausgewählte seltene Lebererkrankungen <input type="checkbox"/> Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle <input type="checkbox"/> Gynäkologische Tumoren <input type="checkbox"/> Hämophilie <input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom <input type="checkbox"/> Morbus Wilson <input type="checkbox"/> Mukoviszidose <input type="checkbox"/> Pulmonale Hypertonie <input type="checkbox"/> Rheumatologische Erkrankungen - Erwachsene <input type="checkbox"/> Rheumatologische Erkrankungen - Kinder und Jugendliche <input type="checkbox"/> Sarkoidose <input type="checkbox"/> Tuberkulose oder atypische Mykobakteriose <input type="checkbox"/> Tumoren der Haut <input type="checkbox"/> Tumoren der Lungen und des Thorax <input type="checkbox"/> Urologische Tumoren
	9.2 (ehemals 9.3.2) In welcher Phase der Vorbereitung befinden Sie sich gerade?	<input type="checkbox"/> Die Frage der Teilnahme wird mit den Interessierten/ Verantwortlichen diskutiert, eine Entscheidung ist noch nicht getroffen worden <input type="checkbox"/> Entscheidung für die Teilnahme an der ASV ist gefallen, Kooperationspartner werden derzeit gesucht, ELA-Anzeige Formular wurde noch nicht bearbeitet <input type="checkbox"/> ELA-Anzeige Formular wird vom Antragsteller vorbereitet, noch nicht beim ELA eingereicht

		<input type="checkbox"/> ELA-Anzeige wurde eingereicht, ist dort in Bearbeitung <input type="checkbox"/> Andere + [Freitextfeld]
	Wenn der TN hier nicht 8 mit Ja beantwortet hat, dann muss er Frage 10 NICHT beantworten und springt direkt zu 11.	
10. Aus welchen Gründen haben Sie sich (noch) nicht konkret zur ASV-Teilnahme entschieden oder ein begonnenes Anzeigeverfahren abgebrochen? (Mehrfachnennungen möglich)		<input type="checkbox"/> Ich habe noch keine endgültige Entscheidung gegen die ASV getroffen <input type="checkbox"/> Ich lehne die ASV grundsätzlich ab + [Freitext mit Begründung] <input type="checkbox"/> Ich würde gern an der ASV teilnehmen, aber meine Kollegen lehnen die ASV-Teilnahme ab <input type="checkbox"/> Ich sehe keine finanziellen Vorteile gegenüber dem bisherigen Vergütungssystem <input type="checkbox"/> Ich sehe keine strategischen Vorteile gegenüber meiner bisherigen Situation in der Praxis/im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Die ASV hat für die Patienten aus meiner Sicht keinen Zusatznutzen <input type="checkbox"/> Der organisatorische Aufwand erscheint mir zu hoch <input type="checkbox"/> Ich kann folgende Voraussetzungen nicht erfüllen + [Freitext] <input type="checkbox"/> Anderes + [Freitextfeld]
10.1 (ehemals 9.2) Was müsste sich ändern, damit die ASV für Sie/Ihre Einrichtung in Frage kommt bzw. attraktiver wird? (Mehrfachnennungen möglich)		<input type="checkbox"/> Antrags- /Zugangsverfahren <input type="checkbox"/> Zugangsvoraussetzungen <input type="checkbox"/> Zusammensetzung des Teams <input type="checkbox"/> Abrechnungsverfahren <input type="checkbox"/> Vergütung <input type="checkbox"/> Andere Antworten [Freitextfeld]
10.2 (9.2.1) Können Sie kurz (stichwortartig) Ihre Antwort präzisieren?		[Freitextfeld]
11. Worin sehen Sie die größten Schwierigkeiten der ASV? (Mehrfachnennungen möglich)		<input type="checkbox"/> Teamzusammenstellung aufgrund fehlender Facharztgruppen <input type="checkbox"/> Teamzusammenstellung aufgrund fehlender Motivation der anderen Fachärzt*innen <input type="checkbox"/> Formale Anforderungen (ELA-Anzeige) <input type="checkbox"/> Bewilligung durch ELA (ggf. Nachforderungen etc.) <input type="checkbox"/> Einrichtung einer gemeinsamen Sprechstunde <input type="checkbox"/> Kosten der Abrechnung <input type="checkbox"/> Erstellung und Einreichung der Abrechnung <input type="checkbox"/> Enge Kommunikation mit ASV-Team <input type="checkbox"/> Vertretungsregelung im ASV-Team <input type="checkbox"/> Andere + [Freitextfeld] <input type="checkbox"/> Das weiß ich nicht
12. Hätten Sie selbst bzw. Ihre Einrichtung Schwierigkeiten die personellen Anforderungen für ein ASV-Team zu erfüllen?		<input type="checkbox"/> Ja, das ist ein Hinderungsgrund für die Bildung eines ASV-Teams <input type="checkbox"/> Ja, aber das ist kein Hinderungsgrund für Teilnahme an der ASV

	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich kenne die Anforderungen nicht
13. Hätten Sie selbst bzw. Ihre Einrichtung Schwierigkeiten die sächlichen und organisatorischen Anforderungen zu erfüllen?	<input type="checkbox"/> Ja, ist ein Hinderungsgrund für die Bildung eines ASV-Teams <input type="checkbox"/> Ja, aber kein Hinderungsgrund für Teilnahme an der ASV <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich kenne die Anforderungen nicht
14. Hätten Sie selbst bzw. Ihre Einrichtung Schwierigkeiten die vorgeschriebenen Mindestmengen an Patienten zu erreichen?	<input type="checkbox"/> Ja, ist ein Hinderungsgrund für die Bildung eines ASV-Teams <input type="checkbox"/> Ja, aber kein Hinderungsgrund für Teilnahme an der ASV <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich kenne die Anforderungen nicht
15. Hätten Sie selbst bzw. Ihre Einrichtung Schwierigkeiten die Dokumentationspflicht einzuhalten?	<input type="checkbox"/> Ja, ist ein Hinderungsgrund für die Bildung eines ASV-Teams <input type="checkbox"/> Ja, aber kein Hinderungsgrund für Teilnahme an der ASV <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich kenne die Anforderungen nicht

Wahrnehmung

Fragen	Antworten
16. Wie schätzen Sie den allgemeinen Nutzen der ASV im Vergleich zur Regelversorgung ein?	<input type="checkbox"/> Starke Verbesserung <input type="checkbox"/> Leichte Verbesserung <input type="checkbox"/> Gleichbleibend <input type="checkbox"/> Leichte Verschlechterung <input type="checkbox"/> Starke Verschlechterung <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Wie würden sich Ihrer Ansicht nach in Ihrer Organisation die folgenden Aspekte durch die ASV verändern?	
17. Patient*innenversorgung/ Patient*innennutzen	<input type="checkbox"/> Starke Verbesserung <input type="checkbox"/> Leichte Verbesserung <input type="checkbox"/> Gleichbleibend <input type="checkbox"/> Leichte Verschlechterung <input type="checkbox"/> Starke Verschlechterung
18. Überbrückung der Sektorengrenze	<input type="checkbox"/> Starke Verbesserung <input type="checkbox"/> Leichte Verbesserung <input type="checkbox"/> Gleichbleibend <input type="checkbox"/> Leichte Verschlechterung <input type="checkbox"/> Starke Verschlechterung
19. Koordinierte Versorgung der Patient*innen im interdisziplinären Team	<input type="checkbox"/> Starke Verbesserung <input type="checkbox"/> Leichte Verbesserung <input type="checkbox"/> Gleichbleibend <input type="checkbox"/> Leichte Verschlechterung <input type="checkbox"/> Starke Verschlechterung
20. Kooperation mit anderen Fachärzt*innen/Fachärztlicher Informationsaustausch	<input type="checkbox"/> Starke Verbesserung <input type="checkbox"/> Leichte Verbesserung <input type="checkbox"/> Gleichbleibend <input type="checkbox"/> Leichte Verschlechterung <input type="checkbox"/> Starke Verschlechterung
21. Überweisungszeit zu anderen Fachärzten	<input type="checkbox"/> Starke Verbesserung <input type="checkbox"/> Leichte Verbesserung <input type="checkbox"/> Gleichbleibend <input type="checkbox"/> Leichte Verschlechterung <input type="checkbox"/> Starke Verschlechterung
22. Budgetierung	<input type="checkbox"/> Starke Verbesserung <input type="checkbox"/> Leichte Verbesserung <input type="checkbox"/> Gleichbleibend <input type="checkbox"/> Leichte Verschlechterung <input type="checkbox"/> Starke Verschlechterung
23. Abrechenbare Leistungen	<input type="checkbox"/> Starke Verbesserung <input type="checkbox"/> Leichte Verbesserung <input type="checkbox"/> Gleichbleibend <input type="checkbox"/> Leichte Verschlechterung <input type="checkbox"/> Starke Verschlechterung

<p>24. Welche dieser Aspekte sind aus Ihrer Sicht die größten Vorteile der ASV gegenüber der Regelversorgung?</p> <p>Bitte wählen Sie drei Aspekte aus, die für Sie am ehesten wichtig sind und sortieren Sie diese nach absteigender Ordnung (Unter 1. Priorität der wichtigste Vorteil der ASV). Bitte achten Sie außerdem darauf drei verschiedene Antworten auszuwählen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine Bedarfsplanung oder Zulassungsregeln <input type="checkbox"/> Gleiche Qualitätsanforderungen an Praxen und Kliniken <input type="checkbox"/> Keine Mengenbegrenzungen für Leistungen, die im Kollektivvertrag bisher budgetiert sind <input type="checkbox"/> Honorar außerhalb der mit den Krankenkassen vereinbarten Gesamtvergütung <input type="checkbox"/> Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden <input type="checkbox"/> Umfassenderer Ansatz zur Patientenversorgung <input type="checkbox"/> Kommunikation im Ärzt*innenteam
<p>24.1 Wenn Sie möchten, können Sie hier Ihre Antworten aus der Frage 24 ausführen oder weitere Aspekte benennen.</p>	<p>[Freitextfeld]</p>

Wissen & Vernetzung

Fragen	Antworten
Inwiefern trifft die folgende Aussage zu?	
25. Ich bin allgemein sehr gut mit anderen Facharztgruppen vernetzt.	<input type="checkbox"/> Trifft voll zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> keine Angabe
26. Mit welchen Institutionen findet ein regelmäßiger Austausch statt? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Niedergelassene Ärzte <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Krankenhäuser in der Umgebung <input type="checkbox"/> Sonstige + [Freitextfeld]

Matrix erstellen

27. Bitte geben Sie alle Indikationen an für die Sie aufgrund Ihrer fachlichen Ausrichtung in einem ASV-Team sein können und in welcher Position Sie sich in dem jeweiligen Team sehen.	Teamleitung	Kernteam	Hinzuzuziehende* r Fachärzt*in	Weiß ich nicht/Nicht zutreffend
Seltene Indikationen				
Ausgewählte seltene Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marfan-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morbus Wilson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mukoviszidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonale Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose oder atypische Mykobakteriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarkoidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikationen mit besonderem Verlauf				
Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynäkologische Tumoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatologische Erkrankungen Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urologische Tumoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumoren der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumoren der Lunge und des Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>28. Bitte wählen Sie eine der oben genannten Indikationen aus, für die <u>Sie sich am ehesten vorstellen</u> könnten Teil eines ASV-Teams zu werden.</p> <p>Sollten Sie die ASV grundsätzlich ablehnen, ist die Beantwortung der folgenden Fragen trotzdem wichtig für uns. Sie helfen uns damit bereits bestehende Vernetzungen zwischen Fachärzten zu verstehen und bestimmte Aspekte zwischen Nicht-Teilnehmern und Teilnehmern zu vergleichen. Deswegen würden wir uns freuen, <i>wenn Sie trotzdem die Indikation wählen würden, die am ehesten zu Ihrer Fachrichtung passt. Vielen Dank.</i></p>	<p>Drop-down Menü</p> <p>Ausgewählte seltene Lebererkrankungen</p> <p>Hämophilie</p> <p>Marfan-Syndrom</p> <p>Morbus Wilson</p> <p>Mukoviszidose</p> <p>Pulmonale Hypertonie</p> <p>Tuberkulose oder atypische Mykobakteriose</p> <p>Sarkoidose</p> <p>Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle</p> <p>Gynäkologische Tumoren</p> <p>Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene</p> <p>Rheumatologische Erkrankungen Kinder</p> <p>Urologische Tumoren</p> <p>Tumoren der Haut</p> <p>Tumoren der Lunge und des Thorax</p>
<p>29. Sind Sie flexibel bezüglich Ihrer Position in dem ASV-Team zur genannten Indikation?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein, ich möchte nur die genannte Position einnehmen</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich könnte mir auch die folgende Position vorstellen + [Freitextfeld]</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, die Position ist mir überhaupt nicht wichtig</p>
<p>30. Alle für die ASV relevanten Facharztgruppen bezüglich der genannten Indikation/en sind innerhalb von 30 Minuten zu erreichen.</p>	<p><input type="checkbox"/> Trifft voll zu</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft eher zu</p> <p><input type="checkbox"/> Teils-teils</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu</p> <p><input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>31. Welche für die ASV relevanten Facharztgruppen bezüglich der genannten Indikation/en sind innerhalb von 30 Minuten für Sie nicht erreichbar?</p>	<p>[Freitextfeld]</p>
<p>32. Ich bin mit den für die genannten Indikation/en relevanten Facharztgruppen bereits sehr gut vernetzt.</p>	<p><input type="checkbox"/> Trifft voll zu</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft eher zu</p> <p><input type="checkbox"/> Teils-teils</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu</p> <p><input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>33. Mit den für die genannten Indikation/en relevanten Facharztgruppen findet ein regelmäßiger fachlicher Austausch statt.</p>	<p><input type="checkbox"/> Trifft voll zu</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft eher zu</p> <p><input type="checkbox"/> Teils-teils</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu</p> <p><input type="checkbox"/> keine Angabe</p>

<p>34. Überweisung zu anderen für die genannten Indikation/en relevanten niedergelassenen Fachärzten dauert in der Regel ...</p>	<input type="checkbox"/> Weniger als 2 Woche <input type="checkbox"/> 2-4 Wochen <input type="checkbox"/> 5-7 Wochen <input type="checkbox"/> 8-10 Wochen <input type="checkbox"/> Länger als 10 Wochen
<p>35. Die Überweisung in für die genannten Indikation/en relevanten stationären Bereich dauert in der Regel ...</p>	<input type="checkbox"/> Weniger als 2 Woche <input type="checkbox"/> 2-4 Wochen <input type="checkbox"/> 5-7 Wochen <input type="checkbox"/> 8-10 Wochen <input type="checkbox"/> Länger als 10 Wochen
<p>36. Wie lang ist bei Ihnen im Durchschnitt die Wartezeit der Patienten mit der genannten Indikation <u>vor dem ersten Termin?</u> (Notfälle ausgenommen)</p>	<input type="checkbox"/> Weniger als 2 Wochen <input type="checkbox"/> 2-4 Wochen <input type="checkbox"/> 5-7 Wochen <input type="checkbox"/> 8-10 Wochen <input type="checkbox"/> Länger als 10 Wochen
<p>37. Wie lang ist bei Ihnen im Durchschnitt die Wartezeit der Patienten mit der genannten Indikation <u>für weitere Termine?</u></p>	<input type="checkbox"/> Weniger als 2 Wochen <input type="checkbox"/> 2-4 Wochen <input type="checkbox"/> 5-7 Wochen <input type="checkbox"/> 8-10 Wochen <input type="checkbox"/> Länger als 10 Wochen
<p>38. Wie lang ist bei Ihnen im Durchschnitt die Wartezeit der Patienten mit der genannten Indikation <u>beim Aufenthalt</u> in Ihrer Einrichtung?</p>	<input type="checkbox"/> Bis 15 Minuten <input type="checkbox"/> 16-30 Minuten <input type="checkbox"/> 31-60 Minuten <input type="checkbox"/> 1-2 Stunden <input type="checkbox"/> Mehr als 2 Stunden

Honorarfragen

Fragen	Antworten
39. Wissen Sie, dass es in der ASV eine extrabudgetäre Vergütung gibt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Inwiefern treffen die folgenden Aussagen für Sie/für Ihre Versorgungseinrichtung zu?	
40. Die extrabudgetäre Vergütung bietet einen hohen Anreiz zur Teilnahme an der ASV.	<input type="checkbox"/> Trifft voll zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
41. Das abrechenbare Leistungsspektrum inkl. neuer Ziffern (z.B. Teilnahme an einer Tumorkonferenz etc.) bietet einen hohen Anreiz zur Teilnahme an der ASV.	<input type="checkbox"/> Trifft voll zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
42. Unsicherheiten über eine mögliche Honorarvereinbarung führen zu einer Ablehnung der ASV.	<input type="checkbox"/> Trifft voll zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
43. Erwarten Sie eine Veränderung Ihres Umsatzes, wenn Sie Teil eines ASV-Teams wären?	<input type="checkbox"/> Umsatz steigt stark <input type="checkbox"/> Umsatz steigt leicht <input type="checkbox"/> Keine Veränderung <input type="checkbox"/> Umsatz sinkt leicht <input type="checkbox"/> Umsatz sinkt stark <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen

Fragen zur Person

Fragen	Antworten
44. Geschlecht	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> Keine Angabe
45. In welchem Jahr sind Sie geboren?	----
46. Welche Facharzttrichtungen besitzen Sie?	[Freitextfeld]
47. Seit wann sind Sie Facharzt/-ärztin?	---- (Jahreszahl)
48. In welcher Form sind Sie tätig?	<input type="checkbox"/> Niederlassung <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis (GP) <input type="checkbox"/> Berufsübergreifende GP <input type="checkbox"/> MVZ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Krankenhaus als Träger <input type="checkbox"/> Vertragsarzt als Träger <input type="checkbox"/> Sonstiger Träger <input type="checkbox"/> Krankenhaus <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Universitäres <input type="checkbox"/> Nicht-universitäres <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Öffentlicher Träger <input type="checkbox"/> Freigemeinnütziger Träger <input type="checkbox"/> Privater Träger
49. Welchen Status haben Sie (in der Praxis/Krankenhaus)?	<input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Angestellt
50. Wo sind Sie hauptsächlich tätig? Geben Sie bitte die ersten drei Ziffern der PLZ an.	---

Haben Sie sonst noch Anmerkungen zu dem Thema ASV oder diesem Fragebogen?
 [Freitextfeld]

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Anlage 4: Fragebogen für Krankenhäuser zum Thema „Ambulante

Versorgung im KH“

Filterfragen in grün markiert

1. Seite (Filterseite) Möglichkeiten der ambulanten Behandlung

Hat oder hatte Ihre Einrichtung für eine dieser Indikationen eine der folgenden Möglichkeit zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus?		Noch gültige Altberechtigung (§116b SGB V (alt))	Abgelaufene Altberechtigung (§116b SGB V (alt))	Hochschul- ambulanz	Persönliche Ermächtigung
Ausgewählte seltene Lebererkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämophilie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marfan-Syndrom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morbus Wilson		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mukoviszidose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonale Hypertonie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose oder atypische Mykobakteriose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarkoidose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynäkologische Tumoren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatologische Erkrankungen Kinder		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urologische Tumoren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumoren der Haut		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumoren der Lunge und des Thorax		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuromuskuläre Erkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten in Ihrem Krankenhaus aktuell Ärzt*innen, die in einem ASV-Team sind?	<input type="checkbox"/>	Ja			
	<input type="checkbox"/>	Nein			
Wo sind Sie hauptsächlich tätig? Geben Sie bitte die ersten drei Ziffern der PLZ an.					
In welcher Einrichtungsform sind Sie (hauptsächlich) tätig?	<input type="checkbox"/> Universitäres Krankenhaus <input type="checkbox"/> Nicht-universitäres Krankenhaus				
Welche Position haben Sie im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> Klinikleitung <input type="checkbox"/> Vorstand				

	<input type="checkbox"/> Geschäftsführer*in <input type="checkbox"/> Ärztliche Direktion <input type="checkbox"/> Chefarzt*ärztin <input type="checkbox"/> Leitende*r Oberarzt*ärztin <input type="checkbox"/> Oberarzt*ärztin <input type="checkbox"/> Andere
--	---

Falls es ASV-Ärzte in Ihrer Einrichtung gibt:

Bitte geben Sie alle Indikationen an, für die es in Ihrer Einrichtung Ärzt*innen in einem ASV-Team gibt.	Teamleitung	Kernteam	Hinzuzuziehende*r Fachärzt*in
Seltene Indikationen			
Ausgewählte seltene Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marfan-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morbus Wilson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mukoviszidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonale Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose oder atypische Mykobakteriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarkoidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikationen mit besonderem Verlauf			
Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynäkologische Tumoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatologische Erkrankungen Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urologische Tumoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumoren der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumoren der Lunge und des Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls es keine ASV-Ärzte in Ihrer Einrichtung gibt:

Fragen		Antworten
Wurde Ihre Einrichtung schon einmal angesprochen bezüglich einer Teilnahme an der ASV? (Mehrfachnennungen möglich)		<input type="checkbox"/> Ja, von Personen aus der eigenen Einrichtung <input type="checkbox"/> Ja, von anderen Kliniken <input type="checkbox"/> Ja, von niedergelassenem Kollegen <input type="checkbox"/> Ja, von MVZ <input type="checkbox"/> Ja, von sonstigen + [Freitextfeld] <input type="checkbox"/> Nein (Dann weiter zu X.)
Wenn ja	Hat die direkte Ansprache Ihre Einstellung zur ASV positiv beeinflusst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Dann weiter zu X.)
	Können Sie kurz (stichwortartig) beschreiben wieso?	[Freitextfeld]
X. Haben Sie bereits ein geplantes Anzeigeverfahren abgebrochen?		<input type="checkbox"/> Ja (Wenn hier ja, dann muss später auch Frage 10 beantwortet werden) <input type="checkbox"/> Nein
Welche der folgenden Aussagen trifft auf Ihre Einrichtung zu?		<input type="checkbox"/> Ich kann mir grundsätzlich vorstellen, dass Ärzte dieser Einrichtung Teil eines ASV-Teams werden (zu I) <input type="checkbox"/> Diese Einrichtung befindet sich zurzeit in einer konkreten Planungsphase für die Teilnahme an der ASV bzw. im Anzeigeverfahren (nächste Frage) <input type="checkbox"/> Ich kann mir <u>nicht vorstellen</u> , dass Ärzte dieser Einrichtung Teil eines ASV-Teams werden (zu I)
Wenn Antwort 2	Für welche Indikation hat Ihre Einrichtung geplant Teil eines ASV-Teams zu werden? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Ausgewählte seltene Lebererkrankungen <input type="checkbox"/> Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle <input type="checkbox"/> Gynäkologische Tumoren <input type="checkbox"/> Hämophilie <input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom <input type="checkbox"/> Morbus Wilson <input type="checkbox"/> Mukoviszidose <input type="checkbox"/> Pulmonale Hypertonie <input type="checkbox"/> Rheumatologische Erkrankungen - Erwachsene <input type="checkbox"/> Rheumatologische Erkrankungen - Kinder und Jugendliche <input type="checkbox"/> Sarkoidose <input type="checkbox"/> Tuberkulose oder atypische Mykobakteriose <input type="checkbox"/> Tumoren der Haut <input type="checkbox"/> Tumoren der Lungen und des Thorax <input type="checkbox"/> Urologische Tumoren
	In welcher Phase der Vorbereitung befinden Sie sich gerade?	<input type="checkbox"/> Die Frage der Teilnahme wird mit den Interessierten/ Verantwortlichen diskutiert, eine Entscheidung ist noch nicht getroffen worden <input type="checkbox"/> Entscheidung für die Teilnahme an der ASV ist gefallen, Kooperationspartner werden derzeit gesucht, ELA-Anzeige Formular wurde noch nicht bearbeitet <input type="checkbox"/> ELA-Anzeige Formular wird vom Antragsteller vorbereitet, noch nicht beim ELA eingereicht

		<input type="checkbox"/> ELA-Anzeige wurde eingereicht, ist dort in Bearbeitung <input type="checkbox"/> Andere + [Freitextfeld]
Wenn der TN hier nicht x mit Ja beantwortet hat, dann muss er die nächste Frage NICHT beantworten und springt direkt zur übernächsten.		
<p>I. Aus welchen Gründen haben Sie sich (noch) nicht konkret zur ASV-Teilnahme entschieden oder ein begonnenes Anzeigeverfahren abgebrochen?</p> <p>(Mehrfachnennungen möglich)</p>		<input type="checkbox"/> Ich habe noch keine endgültige Entscheidung gegen die ASV getroffen <input type="checkbox"/> Ich lehne die ASV grundsätzlich ab + [Freitextfeld mit Begründung] <input type="checkbox"/> Ich würde gern an der ASV teilnehmen, aber meine Kollegen lehnen die ASV-Teilnahme ab <input type="checkbox"/> Ich sehe keine finanziellen Vorteile gegenüber dem bisherigen Vergütungssystem <input type="checkbox"/> Ich sehe keine strategischen Vorteile gegenüber meiner bisherigen Situation in der Praxis/im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Die ASV hat für die Patienten aus meiner Sicht keinen Zusatznutzen <input type="checkbox"/> Der organisatorische Aufwand erscheint mir zu hoch <input type="checkbox"/> Ich kann folgende Voraussetzungen nicht erfüllen + [Freitextfeld] <input type="checkbox"/> Anderes + [Freitextfeld]
<p>Was müsste sich ändern, damit die ASV für Sie/Ihre Einrichtung in Frage kommt bzw. attraktiver wird?</p> <p>(Mehrfachnennungen möglich)</p>		<input type="checkbox"/> Antrags- /Zugangsverfahren <input type="checkbox"/> Zugangsvoraussetzungen <input type="checkbox"/> Zusammensetzung des Teams <input type="checkbox"/> Abrechnungsverfahren <input type="checkbox"/> Vergütung <input type="checkbox"/> Andere Antworten [Freitextfeld]
<p>Können Sie kurz (stichwortartig) Ihre Antwort präzisieren?</p>		[Freitextfeld]
<p>Worin sehen Sie die größten Schwierigkeiten der ASV? (Mehrfachnennungen möglich)</p>		<input type="checkbox"/> Teamzusammenstellung aufgrund fehlender Facharztgruppen <input type="checkbox"/> Teamzusammenstellung aufgrund fehlender Motivation der anderen Fachärzte <input type="checkbox"/> Formale Anforderungen (ELA-Anzeige) <input type="checkbox"/> Bewilligung durch ELA (ggf. Nachforderungen etc.) <input type="checkbox"/> Einrichtung einer gemeinsamen Sprechstunde <input type="checkbox"/> Kosten der Abrechnung <input type="checkbox"/> Erstellung und Einreichung der Abrechnung <input type="checkbox"/> Enge Kommunikation mit ASV-Team <input type="checkbox"/> Vertretungsregelung im ASV-Team <input type="checkbox"/> Andere + [Freitextfeld] <input type="checkbox"/> Das weiß ich nicht
<p>Hätte Ihre Einrichtung Schwierigkeiten die personellen Anforderungen für ein ASV-Team zu erfüllen?</p>		<input type="checkbox"/> Ja, ist ein Hinderungsgrund für die Bildung eines ASV-Teams <input type="checkbox"/> Ja, aber kein Hinderungsgrund für Teilnahme an der ASV <input type="checkbox"/> Nein

	<input type="checkbox"/> Ich kenne die Anforderungen nicht
Hätte Ihre Einrichtung Schwierigkeiten die sächlichen und organisatorischen Anforderungen zu erfüllen?	<input type="checkbox"/> Ja, ist ein Hinderungsgrund für die Bildung eines ASV-Teams <input type="checkbox"/> Ja, aber kein Hinderungsgrund für Teilnahme an der ASV <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich kenne die Anforderungen nicht
Hätte Ihre Einrichtung Schwierigkeiten die vorgeschriebenen Mindestmengen an Patienten zu erreichen?	<input type="checkbox"/> Ja, ist ein Hinderungsgrund für die Bildung eines ASV-Teams <input type="checkbox"/> Ja, aber kein Hinderungsgrund für Teilnahme an der ASV <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich kenne die Anforderungen nicht
Hätte Ihre Einrichtung Schwierigkeiten die Dokumentationspflicht einzuhalten?	<input type="checkbox"/> Ja, ist ein Hinderungsgrund für die Bildung eines ASV-Teams <input type="checkbox"/> Ja, aber kein Hinderungsgrund für Teilnahme an der ASV <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich kenne die Anforderungen nicht

Kenntnisstand Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung

Fragen	Antworten
Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zu?	
1. Ich fühle mich gut über die ASV informiert.	<input type="checkbox"/> Trifft voll zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
2. Ich würde mir mehr Informationen zur ASV wünschen.	<input type="checkbox"/> Trifft voll zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
3. Von wem haben Sie <u>hauptsächlich</u> Informationen zur ASV erhalten? Bitte wählen Sie nur eine Antwort aus.	<input type="checkbox"/> Kollegen <input type="checkbox"/> Kassenärztliche Bundesvereinigung <input type="checkbox"/> Eigene KV <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Deutsche Krankenhausgesellschaft <input type="checkbox"/> Landeskrankenhausgesellschaft <input type="checkbox"/> Berufsverband <input type="checkbox"/> Fachgesellschaft <input type="checkbox"/> Erweiterter Landesausschuss <input type="checkbox"/> Anderes + [Freitextfeld] <input type="checkbox"/> Von keiner Stelle (Dann zu 4.)
Wenn eine Antwort genannt wird	3.1 Die Informationen zur ASV von der kassenärztlichen Bundesvereinigung (Ihrer Antwort aus Frage 2) waren leicht zugänglich <input type="checkbox"/> Trifft voll zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
Wenn eine Antwort genannt wird	3.2 Die Informationen zur ASV von der kassenärztlichen Bundesvereinigung (Ihrer Antwort aus Frage 2) waren übersichtlich und gut verständlich <input type="checkbox"/> Trifft voll zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
Wenn eine Antwort genannt wird	3.3 Die Informationen zur ASV von der kassenärztlichen Bundesvereinigung (Ihrer Antwort aus Frage 2) waren ausreichend detailliert <input type="checkbox"/> Trifft voll zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
Wenn eine Antwort genannt wird	3.4 Von wem haben Sie <u>weitere</u> Informationen erhalten? (Mehrfachantworten möglich) <input type="checkbox"/> Kollegen <input type="checkbox"/> Kassenärztliche Bundesvereinigung <input type="checkbox"/> Eigene KV <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Deutsche Krankenhausgesellschaft <input type="checkbox"/> Landeskrankenhausgesellschaft

		<input type="checkbox"/> Berufsverband <input type="checkbox"/> Fachgesellschaft <input type="checkbox"/> Erweiterter Landesausschuss <input type="checkbox"/> Anderes + [Freitextfeld] <input type="checkbox"/> Von keiner Stelle
4.	Haben Sie bereits selbst bezüglich der ASV recherchiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5.	Sofern Sie nicht ausreichend Informationen hatten, von wem würden Sie sich mehr Informationen erwarten? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Kollegen <input type="checkbox"/> Kassenärztliche Bundesvereinigung <input type="checkbox"/> Eigene KV <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Deutsche Krankenhausgesellschaft <input type="checkbox"/> Landeskrankenhausgesellschaft <input type="checkbox"/> Berufsverband <input type="checkbox"/> Fachgesellschaft <input type="checkbox"/> Erweiterter Landesausschuss <input type="checkbox"/> Anderes + [Freitextfeld] <input type="checkbox"/> Von keiner Stelle
6.	Haben Sie Vorschläge wie man besser auf die ASV aufmerksam machen könnte?	[Freitextfeld]

ALLE: Wahrnehmung

Fragen	Antworten
Wie schätzen Sie den allgemeinen Nutzen der ASV im Vergleich zur vorherigen/jetzigem Versorgung ein?	<input type="checkbox"/> Starke Verbesserung <input type="checkbox"/> Leichte Verbesserung <input type="checkbox"/> Gleichbleibend <input type="checkbox"/> Leichte Verschlechterung <input type="checkbox"/> Starke Verschlechterung <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen

Wie würden sich Ihrer Ansicht nach die folgenden Aspekte durch die ASV verändern bzw. wie haben Sie sich verändert?					
	Starke Verbesserung	Leichte Verbesserung	Gleichbleibend	Leichte Verschlechterung	Starke Verschlechterung
Patientennutzen/ Patientenversorgung	<input type="checkbox"/>				
Versorgungskapazität (z.B. Wartezeit bis zum 1. Termin)	<input type="checkbox"/>				
Überbrückung der Sektorengrenze	<input type="checkbox"/>				
Koordinierte Versorgung des Patienten im interdisziplinären Team	<input type="checkbox"/>				
Kooperation mit anderen Fachärzt*innen/Fachärztlicher Informationsaustausch	<input type="checkbox"/>				
Wartezeit bei Überweisung zu anderen Fachärzten	<input type="checkbox"/>				
Abrechenbare Leistungen	<input type="checkbox"/>				
Gibt es weitere relevante Veränderungen?	[Freitextfeld]				

<p>Welche dieser Aspekte sind aus Ihrer Sicht die größten Vorteile der ASV gegenüber der Regelversorgung?</p> <p>Bitte wählen Sie drei Aspekte aus, die für Sie am ehesten wichtig sind und sortieren Sie diese nach absteigender Ordnung (Unter 1. Priorität der wichtigste Vorteil der ASV). Bitte achten Sie außerdem darauf drei verschiedene Antworten auszuwählen.</p>	<input type="checkbox"/> Keine Bedarfsplanung oder Zulassungsregeln <input type="checkbox"/> Gleiche Qualitätsanforderungen an Praxen und Kliniken <input type="checkbox"/> Keine Mengenbegrenzungen für Leistungen, die im Kollektivvertrag bisher budgetiert sind <input type="checkbox"/> Honorar außerhalb der mit den Krankenkassen vereinbarten Gesamtvergütung <input type="checkbox"/> Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden <input type="checkbox"/> Umfassenderer Ansatz zur Patientenversorgung <input type="checkbox"/> Kommunikation im Ärzteteam
Wenn Sie möchten, können Sie hier Ihre Antworten aus der Frage 24 ausführen oder weitere Aspekte benennen.	[Freitextfeld]

ALLE (?) Wissen & Vernetzung

Inwiefern treffen die folgende Aussage zu?	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Teils-teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
Unsere Einrichtung ist allgemein sehr gut mit anderen Facharztgruppen außerhalb der Einrichtung vernetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Einrichtung verfügt selbst über eine ausreichend diverse Zahl an Fachärzten, daher sind Kooperationen außerhalb der Einrichtung kaum notwendig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit welchen Institutionen findet ein regelmäßiger Austausch statt? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Niedergelassene Ärzt*innen <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Krankenhäuser in der Umgebung <input type="checkbox"/> Sonstige + [Freitextfeld]				

Ab hier nur noch für Einrichtungen OHNE ASV (F 2)

Bitte geben Sie an für welche der folgenden Indikationen in Zukunft ein ASV-Team in Ihrer Einrichtung gegründet werden könnte (z.B. auf Basis der fachlichen Ausrichtung) und in welcher Position Sie jemanden aus Ihrer Einrichtung in dem Team sehen.	Teamleitung	Kernteam	Hinzuzuziehende*r Facharzt*in
Seltene Indikationen			
Ausgewählte seltene Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marfan-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morbus Wilson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mukoviszidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonale Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose oder atypische Mykobakteriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarkoidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikationen mit besonderem Verlauf			
Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynäkologische Tumoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatologische Erkrankungen Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urologische Tumoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumoren der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumoren der Lunge und des Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sollten Sie die ASV grundsätzlich ablehnen, ist die Beantwortung der folgenden Fragen trotzdem wichtig für uns. Sie helfen uns damit bereits bestehende Vernetzungen zwischen Fachärzten zu verstehen und bestimmte Aspekte zwischen Nicht-Teilnehmern und Teilnehmern zu vergleichen. Deswegen würden wir uns freuen, wenn Sie trotzdem eine Indikation wählen würden, die auf Sie am ehesten zutrifft.

Bitte wählen Sie eine der oben genannten Indikationen aus, für die Sie sich am ehesten	Drop-down Menü ASV-Indikationen
---	---------------------------------

vorstellen könnten, dass in Ihrer Einrichtung ein ASV-Team gegründet wird.	
Ist Ihre Einrichtung flexibel bezüglich der Position in dem ASV-Team zur genannten Indikation?	<input type="checkbox"/> Nein, es käme nur die genannte Position in Frage <input type="checkbox"/> Ja, ich könnte mir auch die folgende Position vorstellen + [Freitextfeld] <input type="checkbox"/> Ja, die Position ist überhaupt nicht wichtig
Alle für die ASV relevanten Facharztgruppen bezüglich der genannten Indikation/en sind innerhalb von 30 Minuten zu erreichen.	<input type="checkbox"/> Trifft voll zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
Welche für die ASV relevanten Facharztgruppen bezüglich der genannten Indikation/en sind innerhalb von 30 Minuten für Sie nicht erreichbar?	[Freitextfeld]
Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zu? Diese Einrichtung ist mit den für die genannten Indikation/en relevanten Facharztgruppen bereits sehr gut vernetzt.	<input type="checkbox"/> Trifft voll zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
Mit den für die genannten Indikation/en relevanten Facharztgruppen findet ein regelmäßiger fachlicher Austausch statt.	<input type="checkbox"/> Trifft voll zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
Überweisung zu anderen für die genannten Indikation/en relevanten niedergelassenen Fachärzten dauert in der Regel ...	<input type="checkbox"/> Weniger als 2 Wochen <input type="checkbox"/> 2-4 Wochen <input type="checkbox"/> 5-7 Wochen <input type="checkbox"/> 8-10 Wochen <input type="checkbox"/> Länger als 10 Wochen
Die Überweisung in für die genannten Indikation/en relevanten stationären Bereich dauert in der Regel ...	<input type="checkbox"/> Weniger als 2 Wochen <input type="checkbox"/> 2-4 Wochen <input type="checkbox"/> 5-7 Wochen <input type="checkbox"/> 8-10 Wochen <input type="checkbox"/> Länger als 10 Wochen
Wie lang ist bei Ihnen im Durchschnitt die Wartezeit der Patienten mit der genannten Indikation vor dem ersten Termin? (Notfälle ausgenommen)	<input type="checkbox"/> Weniger als 2 Wochen <input type="checkbox"/> 2-4 Wochen <input type="checkbox"/> 5-7 Wochen <input type="checkbox"/> 8-10 Wochen <input type="checkbox"/> Länger als 10 Wochen
Wie lang ist bei Ihnen im Durchschnitt die Wartezeit der Patienten mit der genannten Indikation für weitere Termine?	<input type="checkbox"/> Weniger als 2 Wochen <input type="checkbox"/> 2-4 Wochen <input type="checkbox"/> 5-7 Wochen <input type="checkbox"/> 8-10 Wochen <input type="checkbox"/> Länger als 10 Wochen

Wie lang ist bei Ihnen im Durchschnitt die Wartezeit der Patienten mit der genannten Indikation **beim Aufenthalt** in Ihrer Einrichtung?

- Bis 15 Minuten
- 16-30 Minuten
- 31-60 Minuten
- 1-2 Stunden
- Mehr als zwei Stunden

Alle: Honorarfragen

Welche Veränderung der Vergütung erwarten Sie durch die ASV für Ihre Einrichtung?	<input type="checkbox"/> Starke Verbesserung <input type="checkbox"/> Leichte Verbesserung <input type="checkbox"/> Gleichbleibend <input type="checkbox"/> Leichte Verschlechterung <input type="checkbox"/> Starke Verschlechterung
Das abrechenbare Leistungsspektrum inkl. neuer Ziffern (z.B. Teilnahme an einer Tumorkonferenz etc.) bietet einen hohen Anreiz zur Teilnahme an der ASV.	<input type="checkbox"/> Trifft voll zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils-teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
Erwarten Sie eine Veränderung Ihres Umsatzes, wenn Sie Teil eines ASV-Teams wären?	<input type="checkbox"/> Umsatz steigt stark <input type="checkbox"/> Umsatz steigt leicht <input type="checkbox"/> Keine Veränderung <input type="checkbox"/> Umsatz sinkt leicht <input type="checkbox"/> Umsatz sinkt stark

Fragen zur Person

Fragen	Antworten
44. Geschlecht	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> Keine Angabe
45. In welchem Jahr sind Sie geboren?	Drop down _ _ _ _
46. Sollten Sie eine Facharztausbildung haben, welche ist das? <i>Mehrfachnennungen möglich</i>	Drop down
47. Seit wann sind Sie Facharzt/-ärztin?	_ _ _ _ (Jahreszahl)
Haben Sie sonst noch Anmerkungen zu dem Thema ASV oder diesem Fragebogen?	[Freitextfeld]

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Anlage 5: Interviewleitfaden für die Interviews mit den Patientenvertretern

Einstieg (narrativ angelegt)

Eingangsfrage

1. Wie schätzen Sie die Versorgung speziell bei Patienten mit [INDIKATION] derzeit in Deutschland ein?
2. Welche Probleme existieren in der Regelversorgung für Patienten mit [INDIKATION]?

Wichtig: Bitte unterscheiden Sie ob es sich um Ihre persönliche Meinung oder die Verbandsposition handelt

Kategorie I (Kenntnisstand und Einführung)

Leitfrage	Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen
Wenn Sie den Begriff ASV (ambulante spezialfachärztliche Versorgung) hören, was genau fällt Ihnen dazu ein?	Wissenstand Präzision der Information	Welche Aspekte der ASV sind für Sie von Bedeutung?
Beschreiben Sie mir doch bitte, wann und wie Sie über die ASV informiert wurden?	Wissensweitergabe Identifizierung von Informationsketten	Kam die Information unaufgefordert? War die Information spezifisch für Ihre Erkrankung oder eher allgemein? Wann gab es indikationsspezifische Informationen?
Hat sich Ihre Organisation aktiv für eine ASV-Einführung zu Ihrer Erkrankung eingesetzt?	Engagement Einstellung	Können Sie beschreiben, wie? Welche Gründe gab es aus Ihrer Sicht dafür oder dagegen? Hatten Sie zu den Ärzten, die nun in ASV-Teams tätig sind, schon vorab Kontakt und haben mit diesen zusammengearbeitet?

Kategorie II (Auswirkung auf Patienten)

Leitfrage	Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen
Beschreiben Sie mir doch bitte, welche Auswirkungen die Einführung der ASV auf die Versorgung der Patienten mit [Indikation] hat?	Patientennutzen	Was hat sich verändert? Gibt es positive oder negative Auswirkungen? Können Sie mir ein Beispiel nennen?
Können Sie mir erzählen, wie gut die Patienten allgemein über die ASV informiert sind und wie sie über die Behandlung im Rahmen der ASV aufgeklärt werden?	Patientenaufklärung	Wird geforderte Patienteninformation eingehalten? Wer klärt auf? Weiß der Patient über Behandlung in ASV Bescheid? Kennt der Patient die Abgrenzung zur Regelversorgung? Hat ein Arzt die Federführung für die

		Versorgung innerhalb der ASV – ist dies gut organisiert? Hat der Patient einen zentralen Ansprechpartner?
Welche Wünsche äußern Patienten bezüglich ihrer Behandlung?	Patientenwünsche	Spielt die ASV hier eine Rolle? Werden Sie von Ihren Mitgliedern/anderen Betroffenen bezüglich der ASV angesprochen? Welche Themenbereiche werden nachgefragt? Erhalten Sie Rückmeldungen über die Behandlung? Nennen Patienten Änderungswünsche bzgl. der Behandlung in der ASV?

Kategorie III (Informationen und Informationsweitergabe)

Leitfrage	Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen
Welche Informationen benötigen Patienten bezüglich der Behandlung im Rahmen der ASV?	Informationsstand	Können Sie beschreiben ob die Vorgehensweise patientenorientiert ist und dies begründen? Spielt die ASV in der Behandlung allgemein eine Rolle? Welche Informationen werden von Patienten gut angenommen? Welche schlecht? (Inhalte, Art der Infos...)
Auf Ihrer Website wird nicht über die ASV informiert, können Sie erklären warum?	Informationsweitergabe	Benötigen Sie bestimmte Materialien, um besser informieren zu können? Wie könnten Informationen besser zu Verfügung gestellt werden?
Glauben Sie, dass Informationen über die ASV auf Ihrer Website einen Mehrwert für Patienten darstellen können?	Bereitschaft Interessen Patienten	Sind diese Information für die Patienten hilfreich? Gibt es Anregungen zu Verbesserungen? Wären Sie bereit solche Informationen auch auf der Website zur Verfügung zu stellen, Begründung?
Wie sollten Informationen für Patienten am einfachsten und effektivsten zur Verfügung gestellt werden?	Art der Informationsweitergabe (z.B. Flyer, Video, etc.)	Haben Sie in dieser Hinsicht Erfahrungen aus anderen Bereichen? Welche?

Kategorie IV (Zukunft; Verbesserungsvorschläge)

Leitfrage	Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen
Wie ist Ihre aktuelle Einstellung gegenüber der ASV?	Einstellung Veränderungen über die Zeit	Wie war Ihre Einstellung zu Beginn? Welche Gründe gibt es für den Wandel?

<p>Wünschen Sie sich Verbesserungen der Versorgung im Rahmen der ASV? Wenn ja, welche?</p>	<p>Weiterentwicklung ASV Maßnahmen Ideengenerierung</p>	<p>Welche Aspekte müssten aus Ihrer Sicht angepasst werden damit die ASV attraktiv wird? Können Sie die genannten Aspekte nach Priorität auflisten? Welche Hoffnungen und Wünsche haben Sie bezüglich der ASV?</p>
<p>Haben Sie darüber hinaus noch weitere Ideen zur Verbesserung/Veränderung der Versorgung von Patienten mit [Indikation]?</p>	<p>Ideengenerierung</p>	

Anlage 6: Patienten-Fragebogen

Patientenbefragung 2021

Liebe Patientinnen und Patienten,

im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie zur Versorgung von Patienten*innen mit seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Verlauf, möchten wir Sie gerne nach Ihrer Einschätzung fragen.

Dafür bitten wir Sie herzlich, sich ein paar Minuten Zeit zu nehmen und an der Befragung im Projekt „Generelle, alle ASV-Indikationen übergreifende Evaluation und Weiterentwicklung der ASV-RL (§ 116b SGB V)“ (Förderkennzeichen 01VSF19002) teilzunehmen.

Dieser Fragebogen richtet sich an alle Patientinnen und Patienten mit den **folgenden Erkrankungen**: Tumore der Speiseröhre, des Magens, der Bauchspeicheldrüse oder des Darms, Brustkrebs, Unterleibskrebs, Prostatakrebs, Nierenkrebs, Hauttumore, Rheumatologische Erkrankungen, Tuberkulose, atypische Mykobakteriose, Mukoviszidose, Hämophilie, Morbus Wilson, Marfan-Syndrom, Lungenhochdruck, seltene Lebererkrankungen (biliäre Zirrhose, primär sklerosierende Cholangitis, Autoimmunhepatitis), Sarkoidose, Tumore der Lunge und des Brustkorbes.

Durch Ihre Teilnahme leisten Sie einen wichtigen Beitrag für die Verbesserung der Versorgung der erwähnten Patientengruppen.

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt **anonym**, es können keine Rückschlüsse auf Ihre Person gemacht werden. Die Teilnahme ist **freiwillig**. Durch die Teilnahme oder Nicht-Teilnahme an der Befragung entstehen Ihnen weder Vor- noch Nachteile.

Indem Sie den Fragebogen ausfüllen, erklären Sie sich damit einverstanden, dass die Daten durch das Wissenschaftliche Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) anonymisiert ausgewertet und für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden können. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, füllen Sie den Fragebogen nicht aus.

Bitte kreuzen Sie, wenn nicht anders angegeben, immer **nur eine** Antwort an. Falls Sie eine **Korrektur** vornehmen möchten (z. B. weil Sie das falsche Kästchen ausgemalt haben), sollten Sie bitte – wie im Beispiel – das „falsche“ Kästchen durchstreichen und anschließend das „richtige“ Kästchen vollständig ausmalen.

	Immer	Häufig	Manchmal	Selten	Nie
So markieren Sie Ihre Antwort	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falls Sie Ihre Antwort ändern wollen	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Allgemeine Angaben

1. Wegen welcher Erkrankung sind Sie in dieser Einrichtung in Behandlung?
- Tumor der Speiseröhre, des Magens, der Bauchspeicheldrüse, Schilddrüse oder des Darms
 - Brustkrebs oder Unterleibskrebs
 - Prostatakrebs, Nierenkrebs
 - Hauttumore
 - Rheumatologische Erkrankungen
 - Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
 - Mukoviszidose
 - Hämophilie
 - Morbus Wilson
 - Marfan-Syndrom
 - Lungenhochdruck
 - Seltene Lebererkrankungen (biliäre Zirrhose, primär sklerosierende Cholangitis, Autoimmunhepatitis)
 - Sarkoidose
 - Tumore der Lunge und des Brustkorbes
2. In welchem Jahr haben Sie die Diagnose dieser Erkrankung erhalten? Bei Unsicherheit geben Sie bitte eine Schätzung an.
- — — —
3. Aus welchen Gründen haben Sie sich für die Behandlung in dieser Einrichtung entschieden?
(Mehrfachantworten möglich)
- Guter Ruf der Einrichtung
 - Wegen des Therapieangebots
 - Empfehlung eines anderen Arztes
 - Empfehlung von Freunden
 - Gute Erreichbarkeit der medizinischen Einrichtung

- Nächst gelegene medizinische Einrichtung
- Terminvergabe
- Andere:

.....

.....

(bitte eintragen)

Bitte beziehen Sie sich in den folgenden Fragen auf das von Ihnen in Frage 1 angegebene Krankheitsbild. Es soll in diesem Fragebogen hauptsächlich um diese Erkrankung gehen.

4. Wie lange sind Sie in dieser Einrichtung schon wegen dieser Erkrankung in Behandlung?

- Weniger als 4 Monate
- 4 bis 12 Monate
- 1 bis 2 Jahre
- Mehr als 2 Jahre

5. Wurde in dieser Einrichtung mit Ihnen über folgende Themen gesprochen?

Ja Teilweise Nein Betrifft mich nicht

Verschiedene Behandlungsmöglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vor- und Nachteile der Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sämtliche Medikamente, die Sie einnehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mögliche Nebenwirkungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umgang mit Nebenwirkungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einfluss von Begleiterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbsthilfegruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Belastung aufgrund Ihrer Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heilungsaussichten durch Ihre Therapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teilnahme an medizinischen Studien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Wie zufrieden sind Sie mit dieser Praxis/ diesem Krankenhaus in Bezug auf...

Sehr zufrieden Eher zufrieden Eher unzufrieden Sehr unzufrieden

... Ihre Behandlung im Allgemeinen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihre Ärzt*innen im Allgemeinen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... die Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Medikamente, Krankengymnastik)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

...	die Zusammenarbeit mit anderen Praxen und Kliniken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...	Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...	die Informationen zu der (geplanten) Therapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...	die Zeit für mündliche Beratung und Fragen an Ihre Ärzt*innen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...	die Wartezeit auf einen Arzttermin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...	die Wartezeit in der Einrichtung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wartezeiten

7. Wie lange haben Sie auf den **ersten Termin** in dieser med. Einrichtung gewartet? (Notfälle und stationäre Aufenthalte ausgenommen)

- Weniger als 2 Wochen
- 2 bis 4 Wochen
- 5 bis 7 Wochen
- 8 bis 10 Wochen
- Länger als 10 Wochen

8. Wie lange warten Sie im Durchschnitt **auf weitere Termine** in dieser Einrichtung?

- Weniger als 2 Wochen
- 2 bis 4 Wochen
- 5 bis 7 Wochen
- 8 bis 10 Wochen
- Länger als 10 Wochen

9. Wie lange warten Sie im Durchschnitt **beim Aufenthalt** in dieser Einrichtung, bis Sie aufgerufen werden?

- Bis 15 Minuten
- 16 bis 30 Minuten
- 31 bis 60 Minuten
- 1 bis 2 Stunden
- Mehr als 2 Stunden

Angaben zur Behandlung

10. In welcher med. Einrichtung werden Sie hauptsächlich betreut?

- Praxis
- Krankenhaus (inkl. Krankenhaus-MVZ)
- Andere:

.....

.....

(bitte eintragen)

11. Gibt es **weitere** Fachärzt*innen, die Sie regelmäßig wegen **dieser** Erkrankung betreuen?

- Ja, Ärzt*innen **folgender anderer** Fachrichtung(en):

.....

.....

(bitte eintragen)

(Mehrfachantworten möglich)

- Ja, Ärzt*innen der gleichen Fachrichtung wie in dieser Einrichtung
- Nein

12. Besteht für Sie die Möglichkeit an einer **gemeinsamen Besprechung** Ihrer Erkrankung mit **mehreren** für Sie wichtigen Fachärzt*innen teilzunehmen?

- Ja
- Nein
- Weiß ich nicht

13. Falls Sie die Möglichkeit haben, haben Sie schon einmal die gemeinsame Besprechung (Frage 12) genutzt?

- Ja
- Nein
- Trifft nicht zu

14. Sind alle weiteren für Sie für die Behandlung Ihrer Erkrankung wichtigen Fachärzt*innen innerhalb von 30 Minuten mit dem Auto oder Taxi von Ihrem Wohnort aus erreichbar?

- Ja
- Nein, Ärzt*innen folgender Fachrichtung(en) sind nicht erreichbar:

.....

.....

(bitte eintragen)

15. Haben Sie eine feste ärztliche Ansprechperson, die Sie bei Fragen und Problemen bezüglich Ihrer Erkrankung kontaktieren können?

- Ja, der*die Arzt*Ärztin in dieser Einrichtung
- Ja, mein*e Hausarzt*ärztin
- Ja, ein*e Facharzt*ärztin mit der folgenden Fachrichtung:

.....

.....

(bitte eintragen)

(wenn Sie Nein ankreuzen, fahren Sie mit Frage 19 fort)

- Nein

Wenn ja 16. Wie lange brauchen Sie, um Ihre ärztliche Ansprechperson mit einem Auto oder Taxi zu erreichen?

- Weniger als 10 Minuten
- 10 bis 20 Minuten
- 20 bis 30 Minuten
- 30 bis 40 Minuten
- Mehr als 40 Minuten

17. Können Sie Ihre ärztliche Ansprechperson bei Problemen auch am Wochenende erreichen?

- Ja
- Teilweise
- Nein
- Nein, aber am Wochenende habe ich eine feste ärztliche Ansprechperson der folgenden Fachrichtung:

.....

.....

(bitte eintragen)

18. Kam es während Ihrer Erkrankung zu einem Wechsel von Ihrer ärztlichen Ansprechperson? (z.B. weil der*die Arzt*Ärztin die Einrichtung gewechselt hat)
- Ja, und zwar so oft: _____
- Nein
19. Haben Sie während Ihrer Erkrankung von sich aus aktiv den*die hauptsächlich behandelnde*n Arzt*Ärztin gewechselt?
- Ja, und zwar so oft: _____
- Nein
20. Gibt es für Ihre Erkrankung Untersuchungen oder Behandlungsmöglichkeiten, die Sie in Anspruch nehmen wollen, aber nicht von Ihrer Krankenversicherung übernommen werden?
- Ja
- Nein
- Weiß ich nicht
21. Haben Sie diese Untersuchungen oder Behandlungsmöglichkeiten dennoch in Anspruch genommen?
- Ja
- Nein
- Trifft nicht zu
22. Haben Sie diese dann selbst bezahlt?
- Ja
- Nein
- Trifft nicht zu

Diese Fragen beziehen sich auf die Zusammenarbeit dieser Einrichtung mit anderen Einrichtungen und Fachärzt*innen, die für Ihre Behandlung wichtig sind.

23. Wie ist Ihr Eindruck?	Immer	Meistens	Selten	Nie
Die Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen ist sehr gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die mich behandelnden Ärzt*innen arbeiten sehr gut zusammen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die mich behandelnden Ärzt*innen haben mir widersprüchliche Informationen gegeben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wichtige Befunde und Daten werden verzögert an andere Ärzt*innen weitergeleitet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die mich behandelnden Ärzt*innen wissen immer sehr gut voneinander was der*die andere tut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Untersuchungen finden aufgrund fehlender Absprachen doppelt statt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein*e Arzt*Ärztin weiß über meine Diagnose Bescheid, wenn ich erneut zum Termin erscheine.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein*e Arzt*Ärztin ist bereit mich an andere Spezialist*innen zu überweisen, wenn nötig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Zusammenarbeit mit meinem*meiner Hausarzt*ärztin ist sehr gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Zusammenarbeit mit Heilmittelerbringer*innen (Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Podologie etc.) ist sehr gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Überweisungszeiten

24. Wenn Sie eine Überweisung zu einer anderen Facharztpraxis benötigen, dauert dies in der Regel ...
- Weniger als 2 Wochen
 - 2 bis 4 Wochen
 - 5 bis 7 Wochen
 - 8 bis 10 Wochen
 - Länger als 10 Wochen
25. Wenn Sie eine Überweisung in ein Krankenhaus benötigen, dauert dies in der Regel ...
- Weniger als 2 Wochen
 - 2 bis 4 Wochen
 - 5 bis 7 Wochen
 - 8 bis 10 Wochen
 - Länger als 10 Wochen

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, kurz ASV, ist ein Behandlungsangebot für Patient*innen, die an einer seltenen Erkrankung oder einer Erkrankung mit besonderem Verlauf leiden. Sollten Sie sich unsicher sein und nicht wissen, ob Sie im Rahmen der ASV behandelt werden, nutzen Sie einfach die Antwortoption „Weiß ich nicht“.

Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zu?

26. Ich fühle mich gut über die ASV informiert.
- Trifft voll zu
 - Trifft eher zu
 - Teils - teils
 - Trifft eher nicht zu
 - Trifft nicht zu
27. Ich würde mir mehr Informationen zur ASV wünschen.
- Trifft voll zu
 - Trifft eher zu
 - Teils - teils
 - Trifft eher nicht zu
 - Trifft nicht zu
28. Haben Sie bereits selbst bezüglich der ASV recherchiert?
- Ja
 - Nein
29. Werden Sie aktuell im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) behandelt?
- Ja
 - Nein
 - Weiß ich nicht

30. In welchem Jahr begann Ihre Behandlung im Rahmen der ASV? Bei Unsicherheit geben Sie bitte eine <u>Schätzung</u> an.	<input type="radio"/> Seit: ___ ___ ___ <input type="radio"/> Weiß ich nicht / Trifft nicht zu
31. Wurden Sie schon einmal im Rahmen der ASV behandelt und haben diese Behandlung beendet? Bei Unsicherheit geben Sie bitte eine <u>Schätzung</u> an.	<input type="radio"/> Ja Von: ___ ___ ___ Bis: ___ ___ ___ <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Weiß ich nicht
(Wenn Sie „Nein“ oder „Weiß ich nicht“ ankreuzen, dann weiter mit INFOTEXT über Frage 32)	
Wenn Ja	
Haben Sie eine schriftliche Information über das Ende der Behandlung in der ASV erhalten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Weiß ich nicht
Wurden die Informationen über Ihre Behandlung zeitnah an die weiterbehandelnden Ärzt*innen weitergegeben?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Weiß ich nicht
War die Abschlussinformation für Sie gut verständlich?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Weiß ich nicht

➤ **INFOTEXT:** Wenn Sie nicht in der ASV behandelt werden oder wurden, oder dies nicht wissen, machen Sie bitte weiter bei Frage 35 (Persönliche Angaben)!

32. Treffen die folgenden Aussagen zu?	Ja	Nein	Weiß ich nicht
Hat Ihr*e Arzt*Ärztin mit Ihnen über die Aufnahme in die ASV gesprochen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie zu Beginn der Behandlung im Rahmen der ASV eine schriftliche Information über die ASV erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konnten Sie Fragen bezüglich der ASV stellen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Ihre Fragen bezüglich der ASV ausreichend und verständlich beantwortet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat die ASV bei der Wahl des*der hauptsächlich behandelnden Arztes*Ärztin in eine Rolle gespielt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Wie hat sich Ihre Behandlung seit der Aufnahme in die ASV verändert?	<input type="radio"/> Besser als vorher <input type="radio"/> Schlechter als vorher <input type="radio"/> Hat sich nicht verändert <input type="radio"/> Weiß ich nicht		

34. Können Sie kurz stichwortartig beschreiben, was sich verändert hat?

Persönliche Angaben

35. Geschlecht
- Männlich
 - Weiblich
 - Divers
 - Keine Angabe

36. Geburtsjahr

37. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?
- Keinen Abschluss
 - Hauptschule/Volksschule
 - Realschule/Mittlere Reife
 - Polytechnische Hochschule
 - Fachhochschulreife
 - Abitur/EOS/Hochschulreife
 - Fachhochschulabschluss/
Universitätsabschluss

38. In welchem Arbeitsverhältnis befinden Sie sich zurzeit?
- Angestellt
 - Selbstständig
 - Im Beamtenverhältnis
 - Rentner*in
 - Hausfrau*mann
 - In Ausbildung / Im Studium
 - Arbeitslos

39. Wie sind Sie krankenversichert?
- Gesetzliche Krankenversicherung
 - Private Krankenversicherung
 - Andere Kostenträger (z.B. Sozialamt)

40. Nennen Sie die **ersten drei** Ziffern Ihrer Postleitzahl.

41. Welche Staatsbürgerschaft haben Sie?

42. Wie sind Sie auf den Fragebogen aufmerksam geworden?
- Niedergelassener Arzt
 - Krankenhaus
 - Selbsthilfeorganisation
 - Anderes, nämlich:
.....
.....
(bitte eintragen)

Haben Sie sonst noch Anmerkungen zu Ihrer Behandlung, diesem Fragebogen oder der ASV?

Bitte hier eintragen:

Vielen herzlichen Dank für die Teilnahme an der Umfrage!

FRAGEBOGEN-ID



Umfrage im Rahmen des Innovationsfondsprojekts GOAL ASV bei den Erweiterten Landesausschüssen zum Ablauf und den Erfahrungen des Anzeigeverfahrens

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Vorsitzende der Erweiterten Landesausschüsse,

im Rahmen eines Forschungsprojekts, das aus Mitteln des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert wird, evaluieren wir die Umsetzung der Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV-RL) nach § 116b SGB V. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen zur Weiterentwicklung der Richtlinie beitragen. Dabei soll unter anderem untersucht werden, warum die Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten an der ASV hinter den Erwartungen zurückbleibt. Eines der Teilziele der Evaluation beinhaltet die Identifizierung relevanter, beeinflussbarer Faktoren für die Teilnahmebereitschaft von Leistungserbringern an der ASV sowie die Identifizierung von Zugangsbarrieren und relevanter, beeinflussbarer Faktoren für die praktische Umsetzung. Aus den gewonnenen Erkenntnissen sollen anschließend Handlungsempfehlungen formuliert werden. Weitere Informationen über das Projekt GOAL-ASV finden Sie im beigefügten Infoblatt.

Im Zuge der Analyse führen wir diese Umfrage bei den Erweiterten Landesausschüssen durch, um Ihre Entscheidungen und deren Hintergründe besser nachvollziehen zu können. Außerdem sind wir an der Identifikation eventueller Probleme interessiert, denen Sie sich beim Anzeigeverfahren gegenübersehen. Dies ermöglicht uns auch, die Handlungsempfehlungen am Ende des Projekts besser auf die tatsächlichen Bedürfnisse abstimmen zu können. Die Ergebnisse werden deskriptiv ausgewertet und im Rahmen des Projekts im Abschlussbericht bzw. in entsprechenden Fachzeitschriften veröffentlicht. Dabei findet jedoch keine Pseudonymisierung Ihrer Antworten in Hinblick auf Ihre KV-Region statt, damit wir die Aussagen Ihrer Geschäftsstelle besser mit den anderen Analysen des Projekts, insbesondere der Anzeigenvordrucke, vergleichen können.

Zudem haben wir bereits eine Analyse der unterschiedlichen Anzeigenvordrucke vorgenommen und die Erfüllung der relevanten Anforderungen in einer Tabelle dargestellt. Könnten Sie bitte für Ihren ELA überprüfen, ob unsere Interpretation korrekt ist, da diese mit veröffentlicht werden? Änderungswünsche können Sie uns gerne im Zuge der Beantwortung dieses Fragebogens mitteilen.

Wir freuen uns über Ihre Teilnahme!

Mit freundlichen Grüßen

Sonja Froschauer
Geschäftsführender Vorstand

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V.

Vorstand: Dr. A. Munte, S. Froschauer
Amtsgericht München VR 203940
Steuernummer 143 / 236 / 02191
UST-ID DE284376282

Firmensitz:
Dr.-Max-Str. 21
82031 Grünwald
Tel.: +49 89 4141 4406 - 0

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztekbank IBAN
DE39 3006 0601 0008 6618 47
BIC DAAEDEDXXX

Angaben zum Erweiterten Landesausschuss:

Erweiterter Landesausschuss der Region: [\[Hier eingeben\]](#)

Ansprechpartner für Rückfragen (wird nicht veröffentlicht):

Name: [\[Hier eingeben\]](#)

Emailadresse: [\[Hier eingeben\]](#)

Telefonnummer: [\[Hier eingeben\]](#)

1. Besetzung des ASV-Teams

- a) Im Rahmen des Projekts GOAL ASV haben wir pseudonymisierte Daten des GKV Spitzenverbands zu den bereits berechtigten ASV-Teams ausgewertet. Dabei ist uns aufgefallen, dass in manchen ASV-Teams Facharztgruppen teilnehmen, die eigentlich nicht in der jeweiligen Konkretisierung vorgesehen sind. Dürfen in Ihrem Bezirk Facharztgruppen im ASV-Team mitarbeiten, die nicht in der jeweiligen Konkretisierung aufgelistet sind?

- Ja
 Nein

Wenn ja, in welchen Fällen ist eine Ausnahmeregelung aus Ihrer Sicht zulässig? [\[Hier eingeben\]](#)

- b) Sofern notwendige Fachgruppen im ASV-Team nicht gewonnen oder gefunden werden konnten, lassen Sie Ausnahmen bei entsprechendem Nachweis zu?

- Ja, in folgenden Fällen: [\[Hier eingeben\]](#)
 Nein

Wenn ja, wie ist der Nachweis zu erbringen? [\[Hier eingeben\]](#)

- c) Sollten auch Fachärzte an der ASV teilnehmen können, die große Erfahrung auf dem geforderten Spezialgebiet, aber aus unterschiedlichen Gründen keine Schwerpunktbezeichnung haben?

- Ja
 Nein

- d) Ist es zulässig, dass in dem interdisziplinären Team gemäß § 3 ASV-RL auch Fachärzte mitarbeiten, die weder Vertragsärzte noch Angestellte des Leistungserbringers gemäß § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V sind (z. B. Honorarärzte ohne vertragsärztliche Zulassung)?

- Ja, nämlich: [\[Hier eingeben\]](#)
 Nein

- e) In § 10 Abs. 1 ASV-RL wird für onkologische Erkrankungen eine Kooperation mit dem jeweils anderen Versorgungssektor verlangt. Welche der folgenden Interpretationen halten Sie für zulässig?
(Mehrfachauswahl möglich)

- Es ist erforderlich, dass im Kernteam sowohl Vertragsärzte als auch Klinikärzte vertreten sind.
 Es ist ausreichend, wenn im ASV-Team (Teamleitung, Kernteam, hinzuzuziehende Fachärzte) mindestens ein Vertragsarzt und mindestens ein Klinikarzt vertreten ist.
 Es ist zulässig, das Team ausschließlich mit Ärzten eines Versorgungssektors zu besetzen, sofern zusätzlich ein Kooperationsvertrag mit Ärzten aus dem anderen Versorgungssektor besteht, der die Inhalte gemäß § 10 Abs. 3 ASV-Richtlinie umfasst.
 Andere, nämlich: [\[Hier eingeben\]](#)

- f) Nach § 3 Absatz 2 der ASV-RL müssen Mitglieder des ASV-Teams, die Leistungen an Patienten erbringen, „in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.“. Wie interpretieren Sie die Vorgabe der „angemessenen Entfernung“?

- Die Mitglieder des ASV-Teams müssen in 30 Minuten erreichbar sein.
 In begründeten Fällen ist eine Überschreitung der 30 Minuten zulässig.
Ausnahmetatbestände: [\[Hier eingeben\]](#)
Maximale Entfernung: [\[Hier eingeben\]](#)
Haben Sie von der Überschreitung der 30 Minuten Regel bereits Gebrauch gemacht? Ja
 Nein
- Wir interpretieren die angemessene Entfernung wie folgt: [\[Hier eingeben\]](#)

2. Personelle und sächliche / organisatorische Voraussetzungen

- a) Ist die Vorhaltung aller im Appendix aufgeführten Leistungen eine zwingend notwendige Voraussetzung für die Erteilung der ASV-Berechtigung bzw. die Nicht-Beanstandung?

- Ja
 Nein

Falls ja, wie erfolgt die Überprüfung? [\[Hier eingeben\]](#)

- b) Überprüfen Sie die Erfüllung der Mindestmengen über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung durch Nachfrage bei den ASV-Leistungserbringern oder besteht lediglich die Verpflichtung der ASV-Leistungserbringer gemäß § 116b Absatz 2 Satz 8, die Nichterfüllung zu melden?

- Ja, wir fühlen uns zur Überprüfung verpflichtet.
- Die ASV-Leistungserbringer sind verpflichtet, eine Nichterfüllung zu melden. Wir sind nicht zur Überprüfung verpflichtet.

Falls ja, wie erfolgt die Überprüfung? [\[Hier eingeben\]](#)

- c) In der ASV gelten die Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend. Wünschen Sie sich vom G-BA eine eindeutige Formulierung, wie diese „entsprechend“-Regelung zu verstehen und zu handhaben ist?

- Ja
- Nein

- d) Müssen die Antragsteller die Erfüllung der zutreffenden Qualitätssicherungsvereinbarungen nachweisen?

- Ja
- Nein

Falls ja, können die Nachweise teilweise durch Selbsterklärungen belegt werden? Ja
 Nein

Falls nein, haben Sie die Erfüllung der Qualitätssicherungsvereinbarungen bereits „auf Nachfrage“ überprüft?

- Ja
- Nein

- e) Lehnen Sie die Anzeige ab, wenn ein Teil der Qualitätssicherungsvereinbarungen nicht erfüllt wird?

- Ja
- Nein

- f) Einige der Qualitätssicherungsvereinbarungen sehen Kolloquien als Voraussetzung vor. Wie setzen Sie dies bei der Überprüfung um?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Die Überprüfung der Voraussetzungen erfolgt auf Basis von Eigenerklärungen.
- Die Überprüfung erfolgt auf Basis einzureichender Dokumente (z.B. Zeugnisse).
- Falls vorgesehen, erfolgen auch Kolloquien.
- Ergänzende Erläuterungen: [\[Hier eingeben\]](#)

- g) Können Ihnen Vertragsärzte im ASV-Team eine Berechtigung zum Zugriff auf die Unterlagen des Arztverzeichnisses der KV erteilen, so dass dort vorliegende Dokumente nicht eingereicht werden müssen?
- Ja, dies ist möglich.
- Nein, dies ist leider nicht möglich, weil [\[Hier eingeben\]](#)
- h) Falls ein ASV-Team sich über mehrere KV-Bezirke erstreckt, können dann Vertragsärzte aus dem anderen KV-Bezirk Ihnen eine Berechtigung zum Zugriff auf die Unterlagen des Arztverzeichnisses erteilen?
- Ja, dies ist möglich.
- Nein, dies ist leider nicht möglich, weil [\[Hier eingeben\]](#)
- Weiteres: [\[Hier eingeben\]](#)
- i) Müssen Ärzte, die bereits in einem ASV-Team berechtigt sind, bei einer Anzeige für ein weiteres ASV-Team dem Erweiterten Landesausschuss bereits vorliegende Nachweise erneut einreichen?
- Ja
- Nein

3. Ergebnisse und durchschnittliche Dauer des Anzeigeverfahrens

Bitte füllen Sie untenstehende Tabelle aus: Falls ASV-Teams nach einer Ablehnung eine neue Anzeige eingereicht haben, bitte mehrfach zählen.

Stand: [\[Hier eingeben\]](#)

Indikationen mit besonderem Krankheitsverlauf	Eingereichte Anzeigen	Bewilligt	Abgelehnt	In Arbeit
Gastrointestinale Tumoren	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]
Gynäkologische Tumoren	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]
Rheumatologische Erkrankungen Erw.	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]
Rheumatologische Erkrankungen Kinder	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]
Tumoren der Haut	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]
Tumoren der Lunge und des Thorax	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]
Urologische Tumoren	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]

Indikationen der seltenen Erkrankungen	Eingereichte Anzeigen	Bewilligt	Abgelehnt	In Arbeit
Ausgewählte seltene Lebererkrankungen	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]
Hämophilie	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]
Marfan-Syndrom	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]
Morbus Wilson	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]
Mukoviszidose	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]
Pulmonale Hypertonie	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]
Sarkoidose	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]
Tuberkulose	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]	[Hier eingeben]

a) Aus welchen Gründen haben Sie – falls zutreffend – bislang Anzeigen abgelehnt? [Hier eingeben]

b) Wann beginnt die zweimonatige Frist für die Überprüfung der Anzeige?

(bitte nur ein Feld auswählen)

- Bei Posteingang
- Mit dem Datum der vom Erweiterten Landesausschuss versandten Eingangsbestätigung
- Sobald die vollständigen Unterlagen vorliegen (Bestätigung durch Erweiterten Landesausschuss)
- Andere Option: [Hier eingeben]

c) Sollte Ihrer Meinung nach, der Beginn der Frist erst ab dem Zeitpunkt laufen, ab dem beim ELA alle notwendigen Anforderungen und Voraussetzungen nachgewiesen sind?

- Ja
- Nein

d) Wie lange dauert bei Ihrem Erweiterten Landesausschuss ein Anzeigeverfahren von Eingang der Anzeige bis „Bescheid“-Erteilung? Bitte berücksichtigen Sie hier die Zeitdauer für die Nachforderung und Einreichung von Unterlagen durch den Anzeigenden, d.h. auch Zeiträume, die nicht in Ihrem Einflussbereich liegen.

Durchschnittlich: [Hier eingeben]

Mindestens: [Hier eingeben]

Maximal: [Hier eingeben]

e) Gilt die Teilnahme an der ASV für das gesamte Team oder für den jeweiligen teilnehmenden Arzt?

- für das Team
 für jedes einzelne Mitglied

f) Versenden Sie auch im Falle einer Nichtbeanstandung der Anzeige einen Bescheid?

- Ja
 Nein

g) Wie häufig erhalten Sie Anfragen von interessierten ASV-Teams zu den Abläufen und Anforderungen des Anzeigeverfahrens?

Bitte durchschnittliche Anzahl pro Monat eintragen: [\[Hier eingeben\]](#)

h) Welche Beratungsmöglichkeiten und Informationen stellen Sie interessierten ASV-Teams zur Verfügung?

[\[Hier eingeben\]](#)

4. Bewertung des Anzeigeverfahrens und der Rechtsnormen

a) Wie bewerten Sie im Allgemeinen den Aufwand in Ihrer Geschäftsstelle hinsichtlich des Anzeigeverfahrens?

- Sehr aufwändig
 Aufwändig
 Weniger aufwändig

b) Wie viele Personentage sind Sie seitens der Geschäftsstelle des ELA mit der Bearbeitung einer Anzeige im Durchschnitt beschäftigt?

[\[Hier eingeben\]](#)

c) Welche Bereiche des Anzeigeverfahrens sind in der Bearbeitung besonders zeitaufwändig?
(Mehrfachauswahl möglich)

- Überprüfung Mindestmengen
 Überprüfung Qualitätssicherungsvereinbarungen
 Erfüllung der personellen Voraussetzungen

- Erfüllung der organisatorischen / sächlichen Voraussetzungen
- Nachweis der Vorhaltung der Leistungen aus Appendix
- Korrespondenz mit dem Anzeigenden
- Weitere: [\[Hier eingeben\]](#)

d) Bei der Analyse der Anzeigenvordrucke ist deutlich geworden, dass die Interpretation der ASV Richtlinie und der damit verbundenen Anforderungen an die ASV-Teilnahme sehr unterschiedlich ausfällt. In welchen Bereichen wünschen Sie sich eine eindeutigere Vorgabe durch den G-BA?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Mindestmengen
- Qualitätssicherungsvereinbarungen
- Erfüllung der personellen Voraussetzungen
- Institutionelle Benennung
- Nachweis der Leistungen aus Appendix
- Weitere: [\[Hier eingeben\]](#)

e) Gibt es Richtlinien, die speziell in Ihrem Bezirk schwer umsetzbar sind?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche sind dies und warum? [\[Hier eingeben\]](#)

f) Wünschen Sie sich im Zusammenhang mit den Anzeigeverfahren konkrete Verfahrensregeln hinsichtlich der Prüftiefe und Entscheidungsfindung vom G-BA?

- Ja
- Nein

g) Sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Krankenhausgesellschaften das Recht haben, gegen Entscheidungen der ELA Widerspruch einzulegen und zu klagen?

- Ja
- Nein

h) Haben Sie Verbesserungsvorschläge, wie bestimmte Vorgaben in der ASV Richtlinie präziser formuliert werden können?

[\[Hier eingeben\]](#)

- i) Gibt es aus Ihrer Sicht Vorschläge, wie das Anzeigeverfahren hinsichtlich der Abläufe beim Erweiterten Landesausschuss verbessert werden könnte?

[Hier eingeben]

- j) Gibt es weitere Punkte oder Aspekte, die Sie uns gerne mitteilen würden?

[Hier eingeben]

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Anlage 8a: Ergebnisprotokoll Expertenworkshop 1

Beginn: 2.12.2020, 14:00 Uhr

Teilnehmende:

Berufsverbände: Hr. Debus, Fr. Zinke, Hr. Beyer, Hr. Heinrich, Hr. Goetzenich, Hr. Strömer, Hr. Schroeder, Hr. Spies (entschuldigt)

ASV-Teams: Fr. Dieninghoff, Hr. Kirchner, Hr. Uleer

Klinikverwaltung: Hr. Voigt, Hr. Gleichmann, Fr. Schroeder

Interne Teilnehmer:

FOM: Hr. Dengler, Hr. Straub, Fr. Waldeyer

WINHO: Hr. Heidt, Fr. Hermes-Moll, Fr. Becker, Fr. Osburg, Fr. Martin

BV-ASV: Fr. Froschauer, Fr. Bredow

BIPS: Hr. Riedel

TOP 1: Organisatorisches

- Nachdem sich alle kurz vorgestellt haben, stellt Herr Dengler die Agenda und das weitere Vorgehen dar.
- Nach einer kurzen Einleitung in das Projekt GOAL-ASV und dessen Ziele (siehe Folien im Anhang), werden die vier Themenbereiche der Kleingruppen vorgestellt, in denen im weiteren Verlauf diskutiert werden soll, mit folgender Experten-Zuordnung:
 1. Informationsbeschaffung und –austausch, moderiert von Herrn Straub
Teilnehmer: Hr. Debus, Hr. Heinrich & Hr. Goetzenich
 2. Anforderungen und Anzeigeverfahren, moderiert von Frau Bredow
Teilnehmer: Hr. Uleer, Hr. Strömer & Hr. Gleichmann
 3. Umsetzung, Strukturen und Prozesse, moderiert von Frau Froschauer
Teilnehmer: Hr. Voigt, Hr. Beyer, Fr. Dieninghoff & Fr. Schröder
 4. Qualität und Mehrwert für Patienten, moderiert von Herrn Dengler
Teilnehmer: Fr. Zinke, Hr. Schroeder & Hr. Kirchner
- Es werden weitere Themenfelder vorgestellt, die am Ende im Plenum diskutiert werden können. Zusätzlich zu den von Herrn Dengler vorgeschlagenen Diskussionspunkten, kommen weitere Vorschläge und Wünsche von den Teilnehmern hinzu:
 - Hr. Kirchner: Diskussionsthema Absicherung der Untersuchungen von Referenzpathologen. Das ist in der ASV so nicht möglich, weil nicht Kernteam, bzw. Zweitmeinung in der ASV nicht vorgesehen.
 - Hr. Voigt: (Problem eventuell nur in Baden-Württemberg) Abrechnungsproblem mit KV wegen lebenslanger Arztnummer und Betriebsstättennummer bei Labor und Pathologie.
 - Hr. Goetzenich: Mangelhafter Abgleich der ASV-Leistungen mit EBM-Vergütungssystem und Onkologie-Vereinbarung (in Gruppe 3 verortet).
 - Hr. Heinrich: Fehlende Schnittstellen zwischen bestehenden ASV-Teams und nicht teilnehmenden Ärzten.
 - Fr. Zinke: Welche Auswirkungen hat die Auflösung eines ASV-Teams (z.B. wegen fehlender Fachgruppen) und Rückkehr der Patienten in die Regelversorgung auf Bereinigung und Regelleistungsvolumina der beteiligten Ärzte?
 - Hr. Beyer: Pflichtabrechnung über die KVen, Erfahrungen aus anderen Bundesländern? Hinterfragen, ob man diese Abrechnung nicht für andere Stellen öffnen kann.

Gruppe 1: Informationsbeschaffung und -austausch

➤ **Status Quo:**

- Informationsquellen für Ärzte: Zufällige Kenntnisnahme der G-BA Richtlinie zur Indikation, Klinik-interne Beratung, Fortbildung, interne Verbandsmitteilung, lokale KV.
- Informationsquellen für Berufsverbände / Arbeitsgemeinschaften: eigene Recherche (KV-Broschüren, Internet), BMG (Rechtsabteilung), Gesundheitsökonomische Gutachten, juristische Gutachten (z.B. Kooperationsvereinbarungen, Bereinigungen), KBV, G-BA, ELAs.
- Informationsweitergabe verbandsintern über Workshops für Mitglieder (BNHO: große Resonanz), Muster für Kooperationsvereinbarungen, Patienteninformation, regionale Besonderheiten.
- Externer Informationsaustausch der Verbände mit ELAs, SpiFa und den KVen.

➤ **Probleme:**

- Zeitlicher Verzug bei Informationen über Anpassungen.
- Anfangs unklare Informationen zum Anzeigeverfahren.
- Fehlende zentrale Informationsmöglichkeit.
- Regionale Unterschiede bei ELAs (Umfang und Anforderungen bei Anzeigevordrucken).
- Geringes, abnehmendes Interesse bei Ärzten.
- Zertifizierte Tumorzentren mit ähnlichen Anforderungen wie bei ASV (→ vereinfachte Anzeigeverfahren wünschenswert).
- Schwieriger Austausch mit GBA und ELAs bei Anpassungsbedarf an der ASV-RL.

➤ **Best Practice / Lösungen:**

- Verbandsinterner Informationsaustausch über FAQ-Liste, Rundmails, Rundbriefe, Einzelanfragen, Workshops (v.a. zu Beginn einer neuen Indikation).
- Informationsaustausch mit externen Institutionen über direkte persönliche Ansprache mit beteiligten Institutionen und regelhaften Austausch mit KBV bei neuen Indikationen.

➤ **Diskussion im Plenum:**

- Gefragt wird nach einem sinnvollen Vorschlag, wie man die Zertifizierungsverfahren und die Qualitätsanforderungen der ASV angleichen kann, um vereinfachte Anzeigeverfahren zu ermöglichen.
- Es fehlen institutionalisierte, leicht zugängliche Informationswege. Es erfolgt keine proaktive Mitteilung durch G-BA oder KBV, sodass Informationen immer erst durch aufwändige eigene Recherche oder Hinweise durch Mitglieder zu den Verbänden gelangen.
- Die Bildung eines eigenen Berufsverbandes wird wegen der zusätzlichen Kosten und des formellen Aufwands kritisch gesehen (Hr. Uleer, Hr. Heinrich).
- Gewünscht wird eine automatische Informationsweitergabe bei relevanten Veränderungen (z.B. in den Appendizes) an die bestehenden Teams („push statt pull-Prinzip“).

Gruppe 2: Anforderungen und Anzeigeverfahren

➤ **Status Quo:**

- **Niedergelassene Dermatologen:** kein Interesse an ASV – sehen keine Incentives für Niedergelassene Dermatologen. Daher keine berufspolitische Verfolgung, da der Aufwand nicht im Verhältnis zum Ertrag steht.
- **Gynäkologen:** nur gynäkologische Onkologen. Teilnahme wichtig, da Incentives vorhanden.
- Bei Einführung der ASV noch große Unwissenheit, auch bei KV.
- Anzeigeverfahren sehr aufwändig.

- Team der Hinzuzuziehenden sehr groß, z.B. Angiologen für GYN nicht benötigt. In dünn besiedelten Regionen nicht zu finden.
 - ASV Patienten werden trotzdem über GKV Kollektivvertrag abgerechnet.
 - Niedergelassenen fehlen im Vergleich zur Klinik die Strukturen, um den aufwändigen Prozess des Anzeigeverfahrens zu durchlaufen.
 - RL geht bei einigen Krankheitsbildern an der Versorgungsrealität vorbei – z.B. im Bereich der niedergelassenen Dermatologen.
- **Probleme:**
- Schwierigkeiten andere Ärzte und KH für Teilnahme zu gewinnen, da das Team der Hinzuzuziehenden sehr groß ist. Einige braucht man nicht (keinen Angiologen für GYN), andere sind in dünn besiedelten Regionen nicht zu finden.
 - Sehr aufwändiger Prozess, allerdings liegt Aufwand bei Teamleiter.
 - Keine institutionelle Benennung möglich (je nach KV Bezirk).
 - Großer Aufwand, um BSNR und LANR für jeden Arzt vorzulegen.
 - ASV Team muss erneut bei Servicestelle angemeldet werden, obwohl Exceltabelle von ELA an Servicestelle übermittelt wird.
 - Neue Mitglieder an- und abmelden sehr aufwändig.
 - Für KH Ärzte ohne Ermächtigung viel aufwändiger – müssen sämtliche geforderte Dokumente (Zulassung, Qualitätssicherungsvereinbarung, ...) vorlegen.
- **Best Practice / Lösungsansätze:**
- ASV Team (bei Hinzuzuziehenden) hinsichtlich der benötigten Fachrichtungen einengen.
 - Prozesse verschlanken, Schnittstelle zwischen ELA und ASV-Servicestelle verbessern (Nutzen der Servicestelle? Könnten Aufgaben von ELA übernommen werden?).
 - Möglichkeit einer institutionellen Benennung für Hinzuzuziehende (auch in Hessen / KV-Bezirken, wo dies nicht möglich ist).
- **Diskussion im Plenum:**
- Die hohen Zulassungsvoraussetzungen sollten teilweise reduziert werden (z.B. auch FA für Gynäkologie ohne Zusatz Onkologie).
 - Forderung nach institutioneller Benennung für Hinzuzuziehende teilweise obsolet, wenn KV für Abrechnung namentliche Nennung verlangt.
 - Es stellt sich die Frage, wofür die ASV Servicestelle benötigt wird. Zudem wird sie als extrem nutzerunfreundlich wahrgenommen.
 - Auch im Hinblick auf die Diskussion in Gruppe 1 wird festgestellt, dass ein Zwischenglied als zentrale Kommunikationsplattform zwischen den Institutionen und den ASV-Teilnehmern fehlt. Hier stellt sich die Frage der Finanzierung.

Gruppe 3: Umsetzung, Strukturen und Prozesse

- **Status Quo**
- In der praktischen Umsetzung, gerade auch mit mehreren Indikationen parallel am selben Standort und mit mehreren Patienten zeigen sich die praktischen Probleme.
 - ASV-Strukturen kollidieren zum Teil mit eingespielten Versorgungsabläufen.
- **Probleme**
- Überweisungserfordernis beim Zugang zur ASV: Patienten brauchen den richtigen Ü-Schein, viele Zuweiser wissen das nicht, Nachforderungen erzeugen Aufwand.
 - Nach erfolgreichem Anzeigeverfahren bauen die technisch-organisatorischen Voraussetzungen weitere Hürden auf. Die Kosten für Niedergelassene im Team zur Freischaltung der Abrechnung in der Praxissoftware sind zum Teil sehr hoch, was gerade Hinzuzuziehende mit wenig zu erwartenden Patienten abschreckt.

- Überforderung vieler niedergelassener Teammitglieder durch den technisch-organisatorischen Aufwand.
 - Leistungen sollen im Team gehalten werden, jedoch haben die Teammitglieder meist unterschiedliche Labore, mit denen sie zusammenarbeiten. Es ist für Hinzuziehende mit wenig ASV-Patienten schwierig, für diese wenigen Patienten ein anderes Labor (= das aus dem Team) zu nutzen. Ein genereller Wechsel kommt für Praxen oft nicht in Frage.
 - Problem in den Laboren: viele Labore machen Leistungen nicht selbst, schicken weiter an Partnerlabore. Mit persönlicher Leistungserbringung nicht vereinbar.
 - Institutionelle Meldung bei der Anzeige – wird in Abrechnung ausgehebelt, da dort dann doch wieder alle direkt mit LANR gemeldet werden müssen.
 - Teilnahmekriterien für Patienten nicht eindeutig, gerade in der Onkologie („multimodale und/oder Kombinationstherapie“) – auch ist der Zeitpunkt des Endes der ASV-Behandlung nicht klar, z.B. beim austherapierten Patienten in der Onkologie (Palliativsituation).
 - Nebeneinander verschiedener Versorgungsformen unklar, z.B. ASV und Hochschulambulanz oder parallele Abrechnung reguläre EBM-Leistungen und ASV (Bsp. Dünndarmkapsel beim Gastroenterologen, nicht im ASV-Appendix) oder poststationär und ASV.
 - In einigen Krankheitsbildern gibt es bereits Strukturen zur Definition von Kompetenznetzen, z.B. Zertifizierung von Zentren durch Muko e.V. oder die Krebszentren. ASV-Vorgaben stellen teils einen Rückschritt dar, z.B. fehlende Einbindung nichtärztl. Disziplinen.
 - Unvollständige Appendizes, welche nicht die gesamte Versorgung abdecken.
 - Hoher Zeitverzug bis Appendizes an EBM-Änderungen angepasst werden.
 - Regelungen gehen an Versorgungsrealität vorbei, z.B. keine Abbildung der Erwachsenen bei den seltenen Erkrankungen, z.B. Schweißtest bei erwachsenen Mukoviszidosepatienten (Patienten überleben heute bis ins Erwachsenenalter).
 - Seltene Erkrankungen: keine kostendeckende Vergütung, nicht attraktiv, da EBM-Vergütung nicht auf betreuungsintensive Patienten kalkuliert ist.
 - Keine Berücksichtigung der ASV bei Corona-Sonderregelungen.
 - Keine gemeinsame Dokumentation / Akte umgesetzt, mangels Lösungen.
 - Abrechnung: einzelne KVen bieten diese nicht an, teils sehr umständlich, intransparent, Datenschutz (z.B. Auflistung der Verordnungen in der ASV in der KV-Statistik)
 - Bestehende Unterversorgung im ländlichen Bereich – erschwerte Einbindung räumlich entfernter Ärzte, keine Einbindung der nachbehandelnden Gynäkologen.
- **Best Practice / Lösungen**
- Lösung für techn. Voraussetzungen im PVS: kostenfrei oder private Anbieter zulassen, oder Direkt-Abrechnung auch für Vertragsärzte ermöglichen (derzeit in ASV-Abrechnungs-RiLi nicht beschrieben).
 - Laborleistungen in der ASV als Sachleistung definieren (dabei aber besondere Situation der Rheumatologen beachten!).
 - Nebeneinander versch. Versorgungs- bzw. Abrechnungsformen muss bei med. Notwendigkeit möglich sein.
 - Fachgruppen ohne pers. Kontakt herausnehmen.
 - Gerade bei seltenen Erkrankungen: angemessene Pauschalvergütung, wie gesetzlich vorgesehen (amb. DRG).
 - ePA so früh wie möglich in der ASV umsetzen; ASV-geeignet gestalten.
 - Teamadministration in Vergütung abbilden, ggf. an gemeinsame Dokumentation in ePA knüpfen.
- **Diskussion im Plenum:**
- Herr Heinrich stellt die Frage und bittet um Lösungsansätze, wie man die ASV für die Gruppe der nicht an der ASV beteiligten Gynäkologen attraktiv machen könnte.

- Hr. Beyer und Hr. Voigt geben zu bedenken, dass es sich hierbei um ein grundsätzliches Problem der Richtlinie handelt und man zunächst die Zulassungsvoraussetzungen und den Aufwand herunterschrauben müsste. Speziell bei GYN ist es ein Problem, dass viele Niedergelassene die Voraussetzung der Schwerpunktbezeichnung gyn. Onkologie nicht erfüllen.
- Herr Schröder merkt an, dass der Spitzenverband der Fachärzte auch als Austauschplattform zur ASV dienen könne und über die Dienstleistungsgesellschaft des SpiFa auch eine Abrechnungsmöglichkeit außerhalb der KVen geschaffen werden könnte.

Gruppe 4: Qualität und Mehrwert für Patienten

➤ **Status Quo:**

- Vorteil der ASV: vereinfachter und schneller Zugang zu Diagnostik und Fachärzten
- Urologie (Hr. Schroeder): Kein Vorteil für Patienten.
- Gleich gute Behandlung in und außerhalb der ASV, d.h. kein Qualitätsunterschied.
- Neue Techniken können angeboten werden (z.B. PET-CT).
- Kommunikations- und Informationsfluss zwischen den Leistungserbringern in der ASV besser.

➤ **Probleme**

- Neue Strukturen, daher Vertrauen der Patienten in ASV anfangs schwierig.
- Freie Arztwahl eher eingeschränkt (Patientenrecht).
- Zum Beispiel Referenzpathologie, ist nicht abgebildet.
- Verbotsvorbehalt nicht wirklich aufgehoben.
- Zweitmeinung eingeschränkt (Patientenrecht).
- Patientenpfad nicht ausreichend berücksichtigt.
- Evtl. nötige Verlaufskontrollen werden nicht vergütet.
- Leitlinien-gerechte Betreuung ist nicht ausreichend abgebildet.
- Abklärung/Diagnostik bei Verdachtsdiagnose fehlt.
- Viele hinzuzuziehende Ärzte, die evtl. nicht benötigt werden.

➤ **Best Practice**

- Einerseits Aufnahme möglichst vieler Teammitglieder, aber andererseits Problem der Kommunikation.
- Telemed. Konferenzen mit einer spez. Software zur Erhöhung der Versorgungsqualität der Patienten und der Datensicherheit.

➤ **Diskussion im Plenum:**

- Fr. Dieninghoff: Teams sollen kleiner gemacht werden (geringerer Aufwand) und dem jeweiligen Krankheitsbild besser angepasst werden (z.B. entsprechend der Zertifizierungen).
- Hr. Uleer: Unvollständige Appendizes (z.B. bei GYN fehlt Brust-MRT).
- Hr. Voigt: Mit der Digitalisierung gehen und mehr digital gestalten, vor allem auch im Austausch mit den ELAs und der Servicestelle.

TOP 3: Diskussion im Plenum

- Nach den Berichten aus den Kleingruppen mit jeweils anschließender Diskussion wurden im Plenum noch weitere relevante Themenfelder diskutiert.
- **Thema: Bereinigung**
 - Fr. Zinke: Was passiert bei ASV-Ärzten, wenn sie in die Regelversorgung zurückwechseln und in der ASV einen hohen Patientenzuwachs hatten? Werden sie von der KV wie bei

einer Neugründung oder wie Prä-ASV behandelt? Diese Unsicherheit kann bereits ein im Vorfeld ein erhebliches Hindernis zur ASV-Teilnahme darstellen.

- Hr. Beyer: Bereinigung ist nicht sockelwirksam. Grundpauschale des Patienten reicht, um die Bereinigung auszugleichen. Allerdings nicht für den Fallzuwachs, wenn 80% zusätzliche Patienten wieder in Regelversorgung kommen – dann Verlust.
- Fr. Froschauer: Am Beispiel Rheumatologie zeigt sich, dass Fallzuwächse in der ASV möglicherweise eine Folge der bestehenden Unterversorgung in der Regelversorgung sind und möglicherweise großteils bei ASV-Kliniken stattfinden. Dies kann starke Auswirkungen auf Budget-Verteilung der KV und damit auf die Fallwerte bei den Ärzten haben.
- Hr. Götzenich: Auf welcher Ebene wird de-facto bereinigt, auf Praxisebene, Facharzt-Ebene oder noch höher? Gibt es hierzu Rückmeldungen aus der Praxis?
- Hr. Dengler: Die de facto Bereinigung ist mit Ausnahme Bayern nicht zugänglich
- Hr. Beyer: Aus eigener Erfahrung wird auf Arztebene bereinigt (KV Bayern), ohne negative Auswirkungen, da nur die Grundpauschale bereinigt wird. Keine Erfahrungen auf Berufsverbandsebene.
- Hr. Heinrich: Wie wirken sich die neuen Leistungen der Kliniken auf die Facharzt-Budgets aus?
- Hr. Dengler: Diese Leistungen werden nicht bereinigt.
- **Thema: Weiterbildungsassistenten / Delegation**
 - Fr. Dieninghoff: Teamleiter muss alle Verordnungen unterschreiben. Speziell bei Mukoviszidose kann dies auch nicht von anderen Ärzten im ASV-Team erfolgen. Generell widerspricht der Facharztstatus dem Ausbildungsauftrag und der Alltagsrealität in Kliniken.
 - Antwort Hr. Goetzenich: Dies gilt nur für leitende Therapieentscheidungen.
 - Hr. Dengler: Problem bei der Zuständigkeit der Rezeptausstellung bei hochpreisigen Medikamenten aufgrund Regressrisiko. Muss geklärt werden.
 - Fr. Schröder: Wir setzen das anders um. Leitende Diagnose und Therapieentscheidung stellt Facharzt aus, aber Folgerezepte unterschreiben auch Weiterbildungsassistenten.
 - Fr. Dieninghoff: Wenn Unterschrift auf Rezepten nicht dem Namen des ASV-Arzt entspricht, Unterschrift i.V. oder i.A. problematisch und wird von Apotheken teilweise nicht akzeptiert.
 - Hr. Kirchner: Delegierbare Tätigkeiten können von Weiterbildungsassistenten durchgeführt werden (nicht nur bei Rezepten), Vertretung ist explizit in der RL vorgesehen.
 - Fr. Froschauer: Juristische Bewertung durch BV-ASV kommt zu dem gleichen Schluss und wird in die Runde geschickt. Aber man erkennt, wie viel Unsicherheit bei den Vorgaben besteht. Rechtssicherheit muss geklärt werden!
 - Fr. Zinke: Facharztstatus darf dadurch nicht untergraben werden. In der Rheumatologie gibt es weniger standardisierte Vorgehen wie in Tumorkonferenzen, daher muss jede Konsultation mit Facharztstatus unterlegt sein.
 - Fr. Dieninghoff: Hohe Regress-Gefahr kann abschreckende Wirkung für Ärzte haben, zu Lasten der Patientenversorgung.
- **Thema: RL-Vorgaben zu Teambzusammensetzung**
 - Hr. Debus: Ist es schon mal gelungen, einen Arzt im ASV-Team zu ergänzen, der nicht in RL vorgesehen ist?
 - Klare Rückmeldungen der TN: Nein, dies wird nicht genehmigt.
 - Hr. Dengler, Fr. Dieninghoff: Es ist auch andersherum nicht möglich, in RL vorgesehene Ärzte im Team wegzulassen.
 - Fr. Zinke: ELAs prüfen nur die Einhaltung der RL. Die Vorgaben des G-BA zur Teambzusammensetzung sind oftmals nicht bedarfsgerecht. Dies sollte in dem Projekt an den G-BA kommuniziert werden. Die möglichst breite Teambzusammensetzung in RL

erfolgte auf Wunsch der Patientenvertreter. Dies ist in der Praxis vieler Indikationen nicht zielführend und muss in der RL vom G-BA geändert werden.

- Hr. Goetzenich: Diese Rückmeldungen und Anpassungsforderungen können in den G-BA Unterausschuss eingebracht werden und bei den regelmäßigen Treffen der ELAs. Dieser Weg ist allerdings sehr mühsam und zeitlich aufwendig.
- **Thema: Weitere RL-Vorgaben**
 - Hr. Debus: Es gibt weitere realitätsfremde Vorgaben, die abschreckend und unwirtschaftlich sind. Z.B. musste für Hauttumore in Klinik ein Haut-Ultraschall extra angeschafft werden, der nie genutzt werden wird.

TOP 4: Feedback

- Hr. Voigt fragt über das weitere Vorgehen: Welche TN sollen beim nächsten Workshop dabei sein? Werden die aktuellen TN weiterhin über Ergebnisse informiert?
 - ➔ Hr. Dengler: Beim 2. Workshop werden andere Teilnehmer (z.B. Patientenvertreter, Selbsthilfegruppen) eingeladen. Das Protokoll wird an alle Teilnehmer des 1. Workshops versandt (per Mail). Außerdem werden die Ergebnisse publiziert, zusätzlich wird der Ergebnisbericht an den G-BA nach Ende des Projekts vom G-BA auf dessen Website publiziert werden.
- Hr. Dengler: Feedback zur Veranstaltung?
Positive Rückmeldung der TN zum Workshop und den gewählten Themen. Es besteht die Hoffnung, dass es bei den angesprochenen Punkten zu Verbesserungen bzw. Änderungen kommt und durch das Projekt die ASV für Teilnehmer und Patienten optimiert werden kann.

17:27 Uhr Ende

Anlage 8b: Protokoll Expertenworkshop 2

Protokoll Expertenworkshop, 09.06.2021 Zoom-Meeting

Beginn: 13:00 Uhr

Ende: 16:30 Uhr

Teilnehmende:

Experten:

- Dr. Albert Beyer, Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen
- Prof. Dr. med. Ali Ekber Erdogan, Internistisches Praxiszentrum am Krankenhaus Balsemerische Stiftung
- Ursula Faubel, Deutsche Rheuma-Liga
- Armin Goetzenich, Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V.
- Katharina Heuing, Mukoviszidose e.V.
- Dorothea Müller, Frauenselbsthilfe nach Krebs
- Christine Mundlos, ACHSE e.V.
- Roland Pietsch, Asklepios Kliniken GmbH & Co. KgaA
- Miriam Schlangen, Mukoviszidose e.V.
- Dr. med. Martin Welcker, Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V.
- Corinna Witt, Ambulanz Zentrum Landshut

Abwesend:

- Mirjam Mann, ACHSE e.V.

Teilnehmende aus dem Projektkonsortium

- FOM Hochschule:
Prof. Dr. Robert Dengler, Niels Straub, Katja Waldeyer
- Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V.:
Sonja Froschauer, Kristina Schwarzer, Anna Sollacher
- Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen:
Dr. Vitali Heidt, Jana Becker, Dr. Kerstin Hermes-Moll, Sandra Osburg
- Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie:
PD Dr. Oliver Riedel, Michel Hornschuch

TOP 1: Einführung

- Begrüßung der Teilnehmenden
- Vorstellung der Agenda durch Herrn Dengler

- Kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmenden
- Darstellung des Projekts und der bisherigen Ergebnisse, Präsentation von Herrn Dengler (siehe Anhang)

TOP 2: Kleingruppenarbeit

Es wurden zwei Gruppen gebildet, um über wichtige Aspekte der ASV zu diskutieren und Lösungsvorschläge zur Verbesserung der ASV zu erarbeiten.

Gruppe 1: Seltene Erkrankungen

Moderation: Sonja Froschauer (Bundesverband ASV)

Teilnehmer Experten:

1. Miriam Schlangen
2. Katharina Heuing
3. Christine Mundlos
4. Ali Erdogan

Sandra Osburg, Jana Becker
Kristina Schwarzer, Anna Sollacher

Diskutiert wurden folgende Bereiche: Motivationslage, Zugangsverfahren und Anforderungen, Vergütung und Abrechnung, Systematik

Motivationslage:

1. Schwerpunktzentren für Seltene Erkrankungen (SE) sind oft am Krankenhaus angesiedelt, sind meist schon interprofessionell aufgestellt. Der Bedarf für eine Strukturänderung z.B. durch die Einbeziehung von Vertragsärzten ist in der Regel nicht gegeben. Die Motivation der Krankenhäuser, in die ASV einzusteigen, beruht meist nur auf dem Auslaufen der Altberechtigung.
2. Wenn die Ambulanz Interesse an einer ASV-Teilnahme hat, ist damit nicht automatisch die Unterstützung der Klinikleitung gegeben: oft ist die SE-Ambulanz nicht lukrativ, daher kein Interesse, diese Tätigkeit noch auszubauen.
→ Ein Ansatz könnte hier sein, zusätzliche finanzielle Anreize zu schaffen. Im stationären Bereich können seit 2020 Zuschläge für anerkannte Schwerpunktzentren verhandelt werden. Ggf. könnte es interessant sein, diese Zuschläge zu erhöhen, wenn das Krankenhaus eine ASV-Berechtigung aufweist (Argument: Abdeckung sowohl ambulant als auch stationär). Wichtig ist hier darauf zu achten, nicht weitere Hürden aufzubauen. Denn die Gewährung von Zentrumszuschlägen liegt in der Hoheit der Bundesländer. Einige Länder bevorzugen es, z.B. nur ein Schwerpunktzentrum für eine Erkrankung im Bundesland zuzulassen. Auch fokussieren sich die Zuschläge derzeit auf die A-Zentren.
3. In der Regel kein Anreiz für Vertragsärzte für eine Teilnahme in einer Indikation, die „nur“ SE umfasst

Zugangsverfahren und Anforderungen:

1. Heterogenität der regionalen Zugangsverfahren verhindert Erfahrungsaustausch zwischen ASV-Interessierten; z.B. hatte Mukoviszidose e.V. versucht, die Zentren mit Informationsunterlagen zu unterstützen, die aber aufgrund der Unterschiedlichkeit der Anzeigeverfahren nur bedingt hilfreich waren
→ Einheitliches und elektronisch unterstütztes Zugangsverfahren sinnvoll

2. Entfernungsregelung für Team (30 Minuten) gerade in Flächenländern lockern, digitale Möglichkeiten wie Telekonsil können genutzt werden. In der Regel reisen die Patienten bei SE ohnehin über weite Entfernungen an, so dass eine regionale Nähe der Teammitglieder weniger eine Rolle spielt
3. Anforderungen lt. ASV-Richtlinie entsprechen teils nicht gelebter Versorgung, z.B. „falsche“ Fachgruppenbezeichnung.
 - Bei SE eher Fokus auf Einbindung aller bestehenden und qualifizierten Versorger, nicht künstliche Verknappung über Zugangshürden
 - Separierung von SE und Krankheiten mit besonderem Verlauf nötig, d.h. verschiedene Normen, damit für SE leichter niedrigschwellige Lösungen gefunden werden können.

Vergütung und Abrechnung:

1. Extrabudgetär könnte ein Anreiz sein. Allerdings ist bei SE der EBM nicht lukrativ (ist auf Case-Mix ausgelegt).
 - Kostenträger haben z.T. schon reagiert und erkennen das an, spez. Versorgungsvertrag in Rh/HH
 - Eigene Vergütungsstruktur wäre notwendig, die u.a. den höheren Beratungsbedarf über eine Pauschale abbildet in Verbindung mit diagnostischen Einzelleistungen. Auch das würde eine Entkopplung von den Regelungen für die Krankheiten mit besonderem Verlauf nötig machen.
 - Berücksichtigung nicht-ärztlicher Leistungen in den Kalkulationen (wie es im 116b alt wohl gegeben war)
2. In einigen Fällen führt die neue Vergütung (Abrechnung je Fachgruppe) zu Fehlanreizen in Kliniken (Interne Kontierung, Zuordnung von Umsätzen auf einzelne Abteilungen, daher rechnerisch schlechteres Ergebnis der Ambulanz)
3. Aktuell ungenügende Abbildung von Leistungen für Kinder und Erwachsene in der Vergütung. Es wird nicht berücksichtigt, dass dank neuer Therapieoptionen die Patienten das Erwachsenenalter erreichen.
4. Mehr Flexibilität bei Änderungen notwendig, z.B. bei EBM-Erweiterungen. Durch das derzeitige Procedere einer jährlichen Aktualisierung ist das System sehr träge, z.B. bei der Aufnahme von EBM-Änderungen.
5. Ziffernkranz ist nicht vollständig, da er ausschließlich auf die ASV-Erkrankung fokussiert ist. Begleiterkrankungen sind nicht abgebildet, sowohl hinsichtlich der nötigen Fachgruppen als auch in Hinblick auf die Abrechnungspositionen.
 - Forderung: Ermöglichung der Abdeckung des vollen Versorgungsbedarfs des Patienten im ASV-Team. Das würde den Entfall der Appendixbindung nötig machen.
 - In Konsequenz müsste das Bereinigungsverfahren für SE ausgesetzt oder anders gestaltet werden, da damit die Möglichkeit zur Berechnung der historischen Fallwerte anhand des Appendix nicht gegeben wäre.

Systematisch:

1. Flexibilität bei Wandelung des Krankheitsbildes, z.B. bei neuen Therapieoptionen. Oft ändert sich mit längerem Überleben der Patienten auch der Betreuungsbedarf (neue Organe betroffen, neue Fachgruppen nötig). Hier müsste eine größere Flexibilität in den Konkretisierungen gegeben sein.
2. Reihenfolge der bearbeiteten SE berücksichtigt derzeit nicht, ob motivierte / geeignete Leistungserbringer zur Verfügung stehen würden.
 - Priorisierung mit Patientenselbsthilfe wünschenswert
3. Bearbeitung auf Ebene einzelner SE oder kleiner Diagnosegruppen nicht praktikabel

- Grundlegende Systematik des Zugangs ohne Definition krankheitsspezifischer Kriterien, da auch Entfall des Appendix? Andererseits Sinnhaftigkeit einer Zertifizierung als Objektivierung der Qualifikation, gerade wenn durch einen Wegfall der Appendixbindung größere finanzielle Anreize bestehen.
- bestehende Zertifizierungen (vorzugsweise national, ggf. auch ERN) als Fast Track für ASV?
- Einbeziehung Patientenorganisationen bei Zulassung der Zentren?

Gruppe 2: Krankheiten mit besonderen Verläufen

Moderation: Robert Dengler (FOM Hochschule)

Teilnehmer Experten:

1. Albert Beyer
2. Ursula Faubel
3. Armin Goetzenich
4. Dorothea Müller
5. Roland Pietsch
6. Martin Welcker
7. Corinna Witt

Niels Straub, Katja Waldeyer
 Vitali Heidt, Kerstin Hermes-Moll
 Oliver Riedel, Michel Hornschuch

Zu Beginn teilt Herr Goetzenich seine vorbereiteten Folien als Einstieg in eine Diskussion.

Diskutiert wurden folgende Bereiche: Probleme und Lösungsvorschläge (best practice), Patientenansicht, weitere Probleme

Probleme → Lösungsvorschläge (best practice):

1. Zeitverzug bei Appendizes-Anpassung:
 - Häufigere Sitzungen der ASV-Gremien (G-BA)
 - EBM mit Verbots- / Widerspruchsvorbehalt
2. Aufnahme neuer Erkrankungen:
 - Fachgesellschaften, Berufsverbände, Patientenvertretungen besser einbeziehen
3. Interpretationsspielräume der ASV-RL:
 - besserer und schnellere Abläufe über G-BA und ELA-Gremien
 - heterogenes Verwaltungshandeln abstellen
 - klarere Konkretisierungen der Richtlinie durch G-BA
4. Unklarer Umgang mit MD-Prüfungen (z.B. bei tagesklinischer Betreuung)
 - einheitliches Vorgehen (Top down)
 - Entschädigung für hohen Aufwand bei ungerechtfertigten Prüfungen

Meldung aus der Gruppe: Das Volumen der Prüfungen durch den MDK hat enorm zugenommen, so dass bereits überlegt wird, eine neue Stelle dafür zu schaffen. Die Prüfungen sind sehr aufwändig. MDK fragt nach einer großen Anzahl an Unterlagen. Auf Nachfrage durch Herrn Dengler, ob es einen klaren juristischen Weg gibt, um Schritte für einen Widerspruch einzuleiten wird berichtet, dass erst auf Anfrage widersprochen wird, anschließend werden die Vorgesetzten in der Krankenkasse angesprochen. Bis vor Gericht wurde bis dato noch nicht eskaliert, da die Kosten-Nutzen-Abwägung zu hoch war.

Patientensicht:

1. Geringer Bekanntheitsgrad der ASV, Vergleich der Versorgung kaum möglich
→ bessere Informationspolitik für alle Patienten (z.B. über mögliche Versorgungsvorteile durch vermehrte Kapazitäten in der ASV, schnellere Termine) z.B. BZgA, etc.
→ Informationspflicht für ASV-Patienten verstärken:
 - einheitliches Infoblatt / Aufklärungsbogen
 - festgelegte Versorgungsteams? Freie Arztwahl vs. ASV-Team, Aufwand für Dokumentation?
2. Teilweise unzureichende Versorgung (Ziffernkranz)
→ EBM-Anpassungen schnell übernehmen

Aus der Gruppe erfolgt die Meldung, dass verschiedene ASV-Teams den Patienten eigene Informationsmaterialien zur ASV zur Verfügung stellen, in denen das ASV-Team vorgestellt wird. Aus der Gruppe erfolgt die Meldung, dass man als Patient in einem ASV-Team dort ein Formular unterschreiben musste, um an der ASV teilzunehmen. Herr Dengler bringt daraufhin die Idee ein, dem GBA ein Einschreibemodell vorzuschlagen. Ob ein Einschreibemodell praktikabel und sinnvoll ist wird anschließend diskutiert. Durch dieses Vorgehen würde es zu einem enormen Mehraufwand in der Verwaltung kommen, dies wäre gerade für kleinere Einrichtungen nicht tragbar. Durch die Durchführung der Patientenbefragung im Zuge des Projekts GOAL ASV ist es hoffentlich nach Auswertung möglich, den Mehrwert für ASV-Patienten deutlicher darstellen zu können.

Weitere Probleme

- Schnittstellenprobleme (z.B. Palliativversorgung nicht in ASV):
→ Vermeidung von Versorgungsbrüchen (z.B. Ende der multimodalen Therapie nicht mehr als automatisches Ende der ASV)

Der Übergang von der ASV in die palliative Versorgung ist nicht immer klar zu benennen und wird von den Beteiligten oft unterschiedlich gesehen. Einschluss in die ASV und Ende sollten juristisch hinterlegt werden, da es keine eindeutige Regelung dazu gibt.

TOP 3: Vorstellung der Ergebnisse im Plenum

- Seltene Erkrankungen: Sonja Froschauer
- Krankheiten mit besonderen Verläufen: Corinna Witt

Anmerkungen aus dem Plenum zu Ergebnissen Seltene Erkrankungen:

- Evtl. Neudefinition des Begriffs nötig, wenn für seltene Erkrankungen Sonderregelungen eingeführt werden, da immer höhere Personalisierung. Was genau ist dann eine seltene Erkrankung?

Anmerkungen aus dem Plenum zu Ergebnissen Krankheiten mit besonderen Verläufen:

- Nicht-ärztliche Leistungen fehlen (Gegensatz zum DMP, etc.), vor allem bei psychoonkologischer Versorgung (Mal-Therapien, Kunsttherapien werden oft von

Psychoonkologen erbracht, diese sind aber oft keine ärztlichen Psychotherapeuten, weswegen nicht alle Leistungen abgerechnet werden können)

- Mangelnde Informationen über die ASV, nicht nur bei Patienten, auch bei Fachärzten. Lösungsvorschlag: Plattform zum Austausch zwischen allen Gruppen (Ärzte, Patienten, Selbsthilfegruppen, etc.) initiieren. Diskussion im Plenum, wo kann diese Plattform verantwortet werden: GBA, Krankenkassen, KV, ASV-Servicestelle, Bundesärztekammer, Bundesverband ASV?
 - Bundesverband ASV: Träger muss neutral sein, es gelten formale Vorgaben, deswegen Interessensvertretungen nicht optimal, auch weil dann nicht gleichzeitig Berufspolitik verfolgt werden kann. Besser wäre ein Spin-Off.
 - Bundesärztekammer: Keine Repräsentation von Patienten und Selbsthilfegruppen.
 - ASV Servicestelle: Servicestelle momentan in GKV-Spitzenverband-Trägerschaft. Dieser will keine Kosten und hat kein Interesse an gesteigerten Service. Also wenn, dann muss Servicestelle an andere Institution angegliedert werden und Auftrag muss neu ausgeschrieben werden. Auch weil aktueller Betreiber nicht als kompetent angesehen hat, kein gutes Image bei ASV-Teams.
 - BZgA: Auftrag liegt eher bei Prävention und Aufklärung. Beauftragung müsste vom BMG kommen, das ist vermutlich zu aufwendig. Informationen für Patienten eher beim nationalen Gesundheitsportal.
 - GBA: Vorteil, der GBA ist dreiseitig besetzt. Patientenvertretung wäre auch mit dabei. Das ist weder bei der ASV-Servicestelle noch beim Bundesverband ASV gegeben. Es könnte dann auch die Beauftragung IQTIG oder IQWiG erfolgen.

TOP 4: Feedback

Aus dem Plenum kommt die Rückmeldung, dass der Workshop als interessant empfunden wurde und man einiges gelernt hat. Anschließend verabschiedet Herr Dengler die Teilnehmer.