

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Förderkennzeichen:	01VSF20026
Akronym:	ASV-WE
Projekttitel:	ASV-WE – Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“
Autoren:	Carina Stammann, Tobias Herrmann, Marianne Leitsmann, Björn Broge (alle aQua-Institut), Lothar Weißbach (GfM), Roland Zielke (BvDU), Hanna Zwiener, Stefanie Fähndrich, Tobias Nieporte, Markus Leibner (alle Zi), Maria Feske, Doron Stein, André Byrla (alle DIFA), Katja Krug, Michel Wensing (beide UKHD)
Förderzeitraum:	1. April 2021 bis 31. März 2023

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	2
II.	Abbildungsverzeichnis.....	3
III.	Tabellenverzeichnis.....	3
1.	Zusammenfassung.....	4
2.	Beteiligte Projektpartner.....	5
3.	Projektziele.....	8
4.	Projektdurchführung.....	10
5.	Methodik.....	12
6.	Projektergebnisse.....	22
7.	Diskussion der Projektergebnisse.....	39
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	58
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	60
10.	Literaturverzeichnis.....	62
11.	Anhang.....	63
12.	Anlagen.....	63

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in diesem Bericht die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

I. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AH	Arbeitshypothese
AIS	Arzt-Informationssystem
AP	Arbeitspaket
ASV	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
aQua-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
BvDU	Berufsverband der Deutschen Urologie e.V.
CEO	Chief Executive Officer
DIFA	Deutsches Institut für Fachärztliche Versorgungsforschung GmbH
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
eLA	erweiterter Landesausschuss
EUROPEP	Befragungsinstrument aus der Studie „European Project on Patient Evaluation of General Practice Care“
FACT-P	Functional Assessment of Cancer Therapy – Prostate Module
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GfM	Gesundheitsforschung für Männer gGmbH
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
JF	Jour fixe
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MDK	Medizinischer Dienst
MS	Meilenstein
PAM	Patient Activation Measure
PET	Positronen-Emissions-Tomographie
PCa	Prostatakarzinom
PL	Projektleitung
PSA	Prostata-spezifisches Antigen
PVS	Praxis-Verwaltungs-System
UKHD	Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg
SGB	Sozialgesetzbuch
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Strukturen, Prozesse und Ziele der ASV	9
Abbildung 2. Koordination der Arbeitspakete	11
Abbildung 3. Entwicklungsprozess des Befragungsinstruments zur koordinierten Versorgung	20
Abbildung 4. Zunahme der ASV-Teams für „Urologische Tumoren“ seit Inkrafttreten der Richtlinie	40

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Beteiligte Konsortialpartner	5
Tabelle 2. Studienzentren und kooperierende Experten	6
Tabelle 3. Arbeitshypothesen, Datenquellen, Arbeitspaket und Erheber	13
Tabelle 4. Versionen des Befragungsbogens	14
Tabelle 5. Übersicht der Interviews und Expertengespräche	19
Tabelle 6. Übersicht der Empfehlungen mit hoher und höchster Relevanz	38

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Seit dem 1.1.2012 kann die Diagnostik und Behandlung komplexer bzw. seltener Erkrankungen mittels der in § 116b SGB V geregelten ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) erfolgen. Ziel ist, eine hochqualifizierte, interdisziplinäre und sektorenübergreifende Behandlung von Patienten zu fördern.

Methodik: Das Projekt „ASV-WE“ untersuchte am Beispiel der urologischen Tumoren, ob die ASV die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt. Im Fokus stand die Bewertung der ASV-Ziele auf Patienten- und auf Versorgungsebene. Die Methodik folgte einem „Mixed Methods“ – Ansatz aus 5 Arbeitspaketen (AP) (AP1: Patientenbefragung, AP2: Versorgerbefragung, AP3: Fall-datenanalyse, AP4: Interviews bzw. Kleingruppendiskussionen, AP5: Workshops zur Ergebnisdiskussion und Erarbeitung von Handlungsempfehlungen).

Ergebnisse: Die Patientenbefragung zeigte keine höhere Lebensqualität der ASV-Patienten mit metastasiertem Prostatakarzinom (n=110) im Vergleich zu jenen der Regelversorgung (n=145) und zudem keine höhere Zufriedenheit mit ihrer Versorgung. Insgesamt hatten die ASV-Patienten keinen besseren Zugang zur Versorgung, erhielten jedoch zügiger Termine und schätzten Praxismitarbeiter hilfsbereiter ein. Sie berichteten insgesamt von keiner besseren Koordination der Versorgung, jedoch von einer besseren Verfügbarkeit ärztlicher Ansprechpartner und besserer Zusammenarbeit. Zudem wiesen sie eine höhere Therapieadhärenz auf, waren über ihre Erkrankung und die Therapieoptionen besser aufgeklärt/informiert und an Entscheidungen über ihre Therapie besser beteiligt. Zur vergleichenden Beurteilung der medizinischen Outcomes fehlt aktuell die Datengrundlage.

Bei zunehmender Anzahl der ASV-Teams für Urologische Tumoren (n=99, Stand 09/2023) konzentrieren sich Teamleitungen an Kliniken. Ca. 1/3 der Kernteams hat keine Beteiligung urologischer Praxen. In der Versorgerbefragung berichteten sowohl ASV- (n=78) als auch Nicht-ASV-Ärzte (n=184) vernetzt zu arbeiten und zeigten eine hohe Zufriedenheit hinsichtlich der einrichtungs- bzw. sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Es zeigte sich eine deutliche Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der ASV. Insbesondere wurde der hohe Aufwand für die Teamgründung und -verwaltung kritisiert. Insgesamt ergaben sich keine eindeutigen Hinweise darauf, dass die ASV Innovation und Weiterentwicklung der Versorgung fördert.

Schlussfolgerung: Die Projektergebnisse zum Stand der ASV zeigen ein nicht einheitliches Bild: einerseits gibt es Ansätze für eine bessere Patientenversorgung, andererseits zeigt sich nicht der erhoffte Durchbruch in der Verbesserung der Versorgungsqualität und der (administrative) Aufwand für die Ärzte ist enorm. Die aus den Projektergebnissen abgeleiteten Empfehlungen sind u.a. **1. eine bundesweite Vereinheitlichung der Prozesse und Strukturen:** insbesondere zum ASV-Zulassungsverfahren und der Teamverwaltung (Digitalisierung, Flexibilisierung der Vorgaben der hinzuzuziehenden Fachrichtungen, automatisierte Meldung von ASV-Teams an die Servicestelle, Erleichterung des organisatorischen Aufwands zur Team-Gründung und -Verwaltung, Sicherstellung der ASV-Versorgung in Flächenländern), eine Berücksichtigung bereits vorhandener Qualifikationsnachweise zur spezialisierten Versorgung uroonkologischer Patienten bei der Zulassung und den Fokus auf fachrelevante Leistungen sowie die Vereinfachung der Abrechnung (Vereinheitlichung des Abrechnungswegs, Rückgriff auf den EBM, kostenfreie PVS-Module), **2. eine Prozess- und Ergebnisdokumentation:** wissenschaftliche Untersuchung und Transparenz des Patientennutzens bzw. der damit verbundenen Qualität gegenüber einer Behandlung außerhalb der ASV, Etablierung einer Datenstruktur, Nutzung einer gemeinsamen digitalen Patientenakte, Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Schaffung eines überregionalen Verfahrens zur Qualitätssicherung und **3. eine Verbesserung von Information, Beratung und Kommunikation:** Optimierung des Informations- und Beratungsangebots für Ärzte, Anerkennung der onkologischen Weiterbildung im Rahmen der ASV, Verbesserung der Patienteninformation zur ASV und über bestehende Versorgungsstrukturen.

2. Beteiligte Projektpartner

In der nachfolgenden Tabelle folgt eine Auflistung aller 6 Konsortialpartner, eine Benennung verantwortlicher Personen (Ansprechpartner unterstrichen) sowie die Verantwortungsbereiche bei der Projektdurchführung inklusive der zuständigen Arbeitspakete (AP).

Tabelle 1. Beteiligte Konsortialpartner

Einrichtung/Institut	Person(en)/ <u>Ansprechpartner</u>	Verantwortlichkeiten
Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (aQua)	Dipl.-Ing. Björn Broge (Projektleitung (PL)), Carina Stammann, Tobias Herrmann, <u>Ass.-Prof. PD. Dr. Marianne Leitsmann</u> , Dr. Julian Eigendorf (Projektcontrolling)	Konsortialführung, PL, Projektmanagement, Planung, Hauptverantwortlich für Interviews und Kleingruppendiskussionen (AP4) und Workshops (AP5), beteiligt an allen anderen APs, Zusammenführung der Ergebnisse
Gesundheitsforschung für Männer gGmbH (GfM)	<u>Prof. Dr. Lothar Weißbach</u>	stellv. PL, Unterstützung in der Projektumsetzung, fachliche Expertise u.a. bei der Falldatenanalyse (AP 3)
Berufsverband der Deutschen Urologie e.V. (BvDU)	<u>Dr. Roland Zielke</u>	Unterstützung bei der Rekrutierung und Projektumsetzung
Deutsches Institut für Fachärztliche Versorgungsforschung GmbH (DIFA)	Dr. Kerstin Bode-Greuel (PL bis 31.10.2021), Dr. Doron Stein (PL ab 17.01.2022), <u>Maria Feske</u> (wiss. Mitarbeiterin), Dr. iur. André Byrła (Geschäftsführung), Lucas Engelhardt (juristischer Referent), Jan Hargens (ext. Dienstleister, Datenanalyst)	Bereitstellung der Falldaten, Entwicklung eines Kriterienrasters, (technische) Unterstützung bei der Datenextraktion und -analyse
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg (UKHD)	Dr. Katja Krug, Amanda Breckner (wiss. Mitarbeiterin bis 30.6.2022), <u>Prof. Dr. Michel Wensing</u> (PL)	Entwicklung, Pilotierung, Auswertung der Patientenbefragung (AP1)
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)	<u>Dr. Hanna Zwiener</u> (PL), Stefanie Fährndrich, Tobias Nieporte, Markus Leibner	Entwicklung, Pilotierung, Durchführung, Auswertung der Versorgerbefragung (AP2)

Stakeholder der ASV bzw. Experten standen für Interviews und Gespräche zur Verfügung (z. B. 9 Vertreter von erweiterten Landesausschüssen (eLA), ebenso wie Patienten und Patientenvertreter im Rahmen der Selbsthilfe, ASV-Koordinatoren, Betreiber von online-Plattformen, ASV- sowie Nicht-ASV Fachärzte für Urologie). Insgesamt 32 Studienzentren (Kliniken und Praxen für Urologie) gaben ihre Zustimmung zur Beteiligung an der Patientenbefragung. Die Studienzentren und kooperierenden Experten sind im Folgenden namentlich genannt:

Tabelle 2. Studienzentren und kooperierende Experten

Einrichtung/Institut	Person(en)/Ansprechpartner	Verantwortlichkeiten
Praxis für Urologie Pankow	Roger Zillmann	Medizinische Expertise, fachliche Beratung Befragungen, Workshop-Teilnahmen
Helios Klinikum Berlin-Buch	Prof. Dr. Marc Schrader	Beteiligung Patientenbefragung
Klinik für Urologie, Uniklinik Köln	Prof. Dr. Axel Heidenreich	Teilnahme Projekt Kick-off Veranstaltung
DRK Kliniken Berlin Köpenick (zuvor Vivantes Klinikum im Friedrichshain)	Prof. Dr. Jan Roigas	Expertenrat zu Abrechnung, medizinische Expertise, Workshopbeteiligung
Praxis für Urologie, Berlin	Dr. Thomas Speck	Expertise zur ASV in der Urologie
Klinik für Urologie, Klinikum Lüdenscheid	Prof. Dr. Steffen Hautmann	Beteiligung Patientenbefragung, Pilotierung, Interview
Klinik und Poliklinik für Urologie, Uniklinik Bonn	Prof. Dr. Manuel Ritter	Beteiligung Patientenbefragung
PVA Mammographie Screening Hildesheim, Göttingen, Hameln	Dr. Christoph Uleer	Interview (ASV-Teamleitung), Vertretung ASV Gynäkologische Tumoren
Klinik für Urologie, Helios Kliniken Schwerin GmbH	Prof. Dr. Chris Protzel	Beteiligung Patientenbefragung
Uro-Forschungs GmbH im St. Hedwig Krankenhaus	Prof. Dr. Helmut Knispel	fachliche Beratung/medizinische Expertise Befragungen (bis 09 2021)
Krankenhaus Reinbek St. Adolfs-Stift	Dr. Michael Görn	Beteiligung Patientenbefragung, Interview (ASV-Teamleitung), Teilnahme Workshop II, Experte Gastrointestinale Tumoren und Gynäkologische Tumoren
Urologische Praxis Halle	Dr. Sandra Seseke	Beteiligung Patientenbefragung, Interview, Teilnahme Workshop I
Innere Medizin, Klinikum Frankfurt Höchst	Prof. Dr. Hans-Günter Derigs	Beteiligung Patientenbefragung
Urologie Oranienburg	Dr. Tilman Lüdert	Beteiligung Patientenbefragung
Klinik für Urologie, Universitätsmedizin Göttingen	Dr. Oliver Hahn	Beteiligung Patientenbefragung, Teilnahme Workshop I
Klinik für Urologie, Universitätsklinik Marburg	Dr. Selim Sevinc	Beteiligung Patientenbefragung

Einrichtung/Institut	Person(en)/Ansprechpartner	Verantwortlichkeiten
Klinik für Urologie, SHG Kliniken Völklingen	Dr. Frank Uwe Alles, Sabine Mege	Beteiligung Patientenbefragung, Interviews (ASV-Teamleitung, ASV-Koordination)
ÜBAG Degen/Hölzer/Hoch, Berlin	Dr. Stephanie Hoch	Beteiligung Patientenbefragung, Interview (ASV-Teamleitung), Teilnahme Workshop I
Klinik für Urologie, Caritas Krankenhaus St. Josef, Regensburg	Dr. Julian Schnabel	Beteiligung Patientenbefragung, Interview (ASV-Teamleitung)
Urologische Partnerschaft Köln	PD Dr. Jan Herden	Beteiligung Patientenbefragung
Klinik für Urologie, UKSH Lübeck	Prof. Dr. Axel Merseburger	Beteiligung Patientenbefragung
Urologie Klinikum Rheine	Dr. Christian Eggersmann	Beteiligung Patientenbefragung, Interview (Weiterbildung)
Urologie Diepholz	Dr. Jörg Busche	Beteiligung Patientenbefragung
Urologische Praxis in Ludwigsburg	Dr. Ullrich Höpner, Dr. Philipp Saur	Beteiligung Patientenbefragung
Klinik für Urologie, Universitätsklinik Dresden	PD Dr. Martin Baunacke	Beteiligung Patientenbefragung
CUROS Urologische Gemeinschaftspraxis, Praxis- Verbund	PD Dr. Johannes Salem	Beteiligung Patientenbefragung
Klinik für Urologie, Universitätsmedizin Rostock	PD Dr. Laila Schneidewind	Beteiligung Patientenbefragung
Klinik für Urologie, Städtisches Klinikum Solingen gGmbH	Prof. Dr. Markus Heuser	Beteiligung Patientenbefragung
Klinik für Urologie, HELIOS Kliniken Schwerin	Prof. Dr. Chris Protzel	Beteiligung Patientenbefragung
ATURO Urologie Berlin	Dr. Jörg Schröder, Prof. Dr. Frank König	Beteiligung Patientenbefragung, Interview (Onkologie- Vereinbarung)
Urologie Bonn-Rhein-Sieg, Praxis Bad Godesberg, Bonn	Dr. Philipp Lossin	Beteiligung Patientenbefragung
Klinik für Urologie, Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH	PD Dr. Graf Popken	Beteiligung Patientenbefragung

Einrichtung/Institut	Person(en)/Ansprechpartner	Verantwortlichkeiten
Klinik für Urologie, Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Klinikum	PD Dr. Steffen Lebentrau	Teilnahme Workshop I und II
Klinik für Urologie, Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz	Prof. Dr. Michael Fröhner	Beteiligung Patientenbefragung
Urologie am Weinberg	Dr. Peter Kollenbach	Beteiligung Patientenbefragung
Urologische Praxis Dr. med. Michael Rug	Dr. Michael Rug	Beteiligung Patientenbefragung
Urologische Gemeinschaftspraxis Chemnitz-Rabenstein	Dr. Axel Belusa	Beteiligung Patientenbefragung
Urologische Gemeinschaftspraxis	Dr. Uwe-C. Lock	Beteiligung Patientenbefragung, Interview (Onkologie-Vereinbarung)
Praxis Borken	Dr. Arman Amiri, Dr. Andreas Schwarte	Beteiligung Patientenbefragung
Klinik für Urologie, Uniklinik Magdeburg	Prof. Dr. Martin Schostak	Beteiligung Patientenbefragung
Klinik für Urologie, Klinikum Kassel	Prof. Dr. Björn Volkmer	Interview (Abrechnung)
Urologie Rhein Berg, Standort Leverkusen MediLev	Dr. Michael Stephan-Odenthal	Interview (ASV-Teamleitung)

3. Projektziele

Hintergrund

Das generelle Ziel der ASV ist es, Patienten mit seltenen oder komplexen Erkrankungen bzw. Krankheitsverläufen, wie z. B. fortgeschrittenen Tumoren, durch eine qualifizierte, interdisziplinäre und idealerweise sektorenübergreifende vernetzte Struktur besser zu versorgen. Aus Sicht des Gesetzgebers bzw. des G-BA wurden mit der ASV diesbezüglich geeignete Rahmenbedingungen geschaffen: insbesondere durch die Schaffung von gesonderten Abrechnungsziffern und die Möglichkeit, Leistungen, die nicht Teil der Regelversorgung sind, anzubieten und diese extrabudgetär und ohne Mengenbegrenzung abzurechnen. Die Richtlinie will dabei insbesondere die Qualifikation der Ärzte sicherstellen (Zulassungsverfahren) und die Koordination der Versorgung durch Vorgaben zur Kooperation, der an der Patientenversorgung beteiligten Ärzte verbessern. Trotzdem macht die ASV aktuell nur einen kleinen Teil der Versorgung aus. Es spricht dabei vieles dafür, dass die Potenziale der ASV bisher nicht voll ausgeschöpft wurden, obwohl sie Rahmenbedingungen zu setzen scheint, die eine effektive und sektorenübergreifende Patientenversorgung ermöglichen. Die Gründe für die schleppende Umsetzung bzw. zögerliche Annahme der ASV von Seiten der Patienten und Ärzte sind nicht im Detail bekannt.

Die nachfolgende Abbildung 1 zeigt die Strukturen, Prozesse und Ziele der ASV im Überblick.

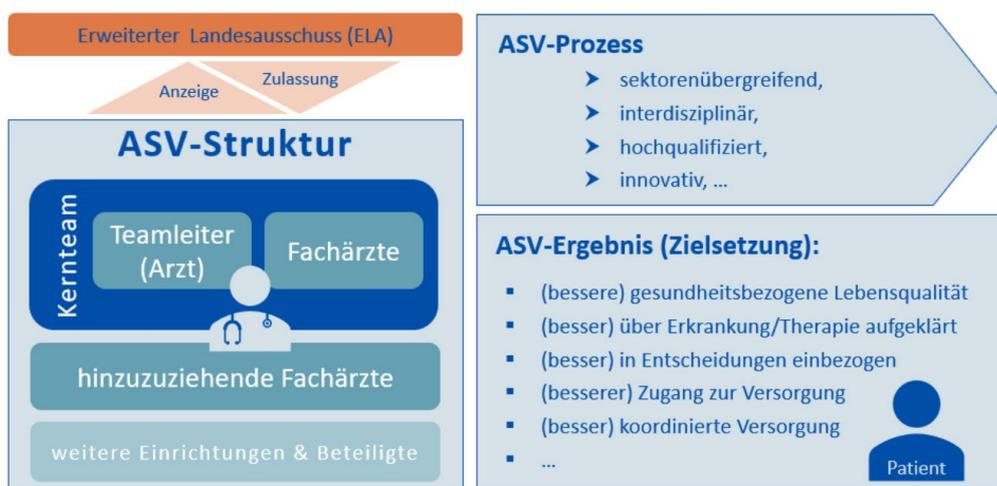


Abbildung 1. Strukturen, Prozesse und Ziele der ASV

Ziele

Primärziel dieser Studie war es deshalb, die Erreichung der ASV-Ziele (i. e. qualitativ hochwertige, intersektorale, interdisziplinäre, innovative Versorgung) exemplarisch an Patienten mit urologischen Tumoren zu bewerten. Hierbei handelt es sich um eine Patientengruppe mit ausreichenden Fallzahlen, die mit anderen onkologischen Erkrankungen vergleichbare Versorgungsprozesse durchläuft und für die ähnliche Endpunkte angestrebt werden (z. B. Lebensqualität, Qualität der Versorgung, Überleben). Die Bewertung der Zielerreichung wurde sowohl auf Ebene der Patienten als auch auf Ebene der Versorger und zudem unter Einbezug verschiedenster Stakeholder der ASV geplant. Auf Basis der Erkenntnisse aus dem Projekt sollten abschließend Empfehlungen für die Weiterentwicklung abgegeben werden. Eine koordinierte Versorgung ist kosteneffektiver und qualitativ hochwertiger. Die ASV kann ein Beispiel sein, um die Versorgung besser zu koordinieren. Dies gilt auch in Bezug auf das Innovationspotenzial durch den interdisziplinären Erfahrungsaustausch, die Nutzung von modernen Kommunikationsmitteln für einen Datenaustausch oder Erkenntnisgewinne für die Wissenschaft. Faktisch liegen allerdings derzeit keine Kenntnisse darüber vor, wie sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit oder die Kommunikation in den konkreten ASV-Teams gestaltet.

Die übergeordneten **Fragestellungen** der vorliegenden Studie bezogen sich darauf, inwiefern die bestehende ASV die in sie gesetzten Erwartungen hinsichtlich einer hochqualifizierten und sektorenverbindenden Versorgung von (urologischen) Patienten erfüllt, an welchen Stellen eine Weiterentwicklung zur Zielerreichung notwendig ist und wie diese umgesetzt werden kann.

Die Untersuchung der ASV wurde auf Basis zweier übergeordneter Fragestellungen mit insgesamt 11 (7 + 4) orientierenden **Arbeitshypothesen** (AH) gestaltet:

Fragestellung 1: Werden die ASV-Ziele auf Ebene der urologischen Patienten erreicht?

- AH 1: ASV-Patienten haben bessere medizinische Outcomes und eine höhere Lebensqualität als vergleichbare Patienten der Regelversorgung.
- AH 2: ASV-Patienten haben einen besseren Zugang zur Versorgung, d. h zu benötigten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.
- AH 3: Die Behandlung von ASV-Patienten ist besser koordiniert als die Behandlung in der Regelversorgung.
- AH 4: ASV-Patienten sind therapieadhärenter als vergleichbare Patienten.

- AH 5: ASV-Patienten sind über ihre Erkrankung und die Therapieoptionen besser aufgeklärt/informiert als vergleichbare Patienten in der Regelversorgung.
- AH 6: ASV-Patienten sind an Entscheidungen über ihre Therapie besser beteiligt als vergleichbare Patienten.
- AH 7: ASV-Patienten sind mit ihrer Versorgung zufriedener als vergleichbare Patienten in der Regelversorgung.

Fragestellung 2: Werden die ASV-Ziele auf Ebene der Versorger (Urologen) erreicht?

- AH 8: Das Zulassungsverfahren sichert eine qualitativ hochwertige Versorgung (beurteilt z. B. an Qualitätsparametern wie Zeit, Leitlinienadhärenz und an klinischen Outcomes).
- AH 9: Die ASV erreicht das Ziel einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Beteiligten.
- AH 10: Die ASV ermöglicht Innovationen und die Weiterentwicklung der Versorgung.
- AH 11: ASV-Ärzte sind mit den Rahmenbedingungen der ASV zufrieden.

4. Projektdurchführung

Projektvorbereitende und -übergreifende Aufgaben

Am 21.4.2021 fand eine virtuelle Auftaktveranstaltung zum Projektstart für die Konsortial-, Kooperationspartner und Interessierte statt. Das Kick-off Meeting fand am 28.4.2021 mit allen Konsortialpartnern statt. Neben den Projektzielen und der Projektdurchführung wurden insbesondere Kommunikationsstrukturen in diesen Treffen besprochen.

Im Rahmen der Projektdurchführung gab es einige projektübergreifende Aufgaben, die überwiegend in den ersten drei Quartalen des Förderzeitraums bearbeitet wurden (z. B. Schließung von Weiterleitungsverträgen und Kooperationsvereinbarungen). Das Gesamtprojekt ist im Deutschen Register Klinischer Studien registriert (No. DRKS00025403).

Darüber hinaus wurde ein Projektbeirat konstituiert, dessen erste Tagung am 24.11.2021 stattgefunden hat. Hierbei nahm das gesamte Konsortium inkl. Experten teil. Ziel war die Vorstellung des bisherigen Projektverlaufes sowie die Inhalte der Befragungen (Patienten- und Versorgerbefragung), welche von den jeweiligen Partnern vorgestellt wurden. Das 2. Projektbeiratstreffen fand am 9.11.2022 statt und hatte die bisherigen Ergebnisse zum Inhalt. Diese Abstimmung diente auch zur Vorbereitung für den Ergebnis-Workshop Anfang Dezember 2022.

Zu den weiteren projektübergreifenden Aufgaben zählten u. a. die Erarbeitung eines Datenschutzkonzeptes, das alle Datenflüsse und Verantwortlichkeiten im Projekt regelte, sowie die Beantragung eines Ethikvotums für die Durchführung der Patientenbefragung (Ethikvotum Universitätsklinik Heidelberg S-540/2021, 08.07.2021, Amendment vom 26.10.2021).

Die Rekrutierung der Leistungserbringer für die Patientenbefragung, Versorgerbefragung, Interviews, Expertengespräche, Kleingruppendiskussionen und Workshops stellte eine zentrale Aufgabe im Projekt dar und begann frühzeitig (u. a. Aussendungen der Projektinformationen über die Projektpartner (BvDU, GfM, Zi), Kongressvorstellungen, Veröffentlichungen zum Projekt) und wurde sukzessive bis in das 3. Quartal 2022 fortgesetzt.

Kurz-Darstellung der Durchführung der einzelnen Arbeitspakete

Zur Beantwortung der übergeordneten Fragestellungen und Prüfung der Hypothesen wurden Primär- und Sekundärdaten in 5 Arbeitspaketen (AP) erhoben bzw. ausgewertet.

- Patientenbefragung (AP 1)
- Versorgerbefragung (AP 2)
- Falldatenanalyse (AP 3)
- Interviews, Expertengespräche, Kleingruppendiskussionen (AP 4)
- Workshops (AP 5)

Die nachfolgende Abbildung 2 fasst die Koordination der unterschiedlichen APs zusammen.

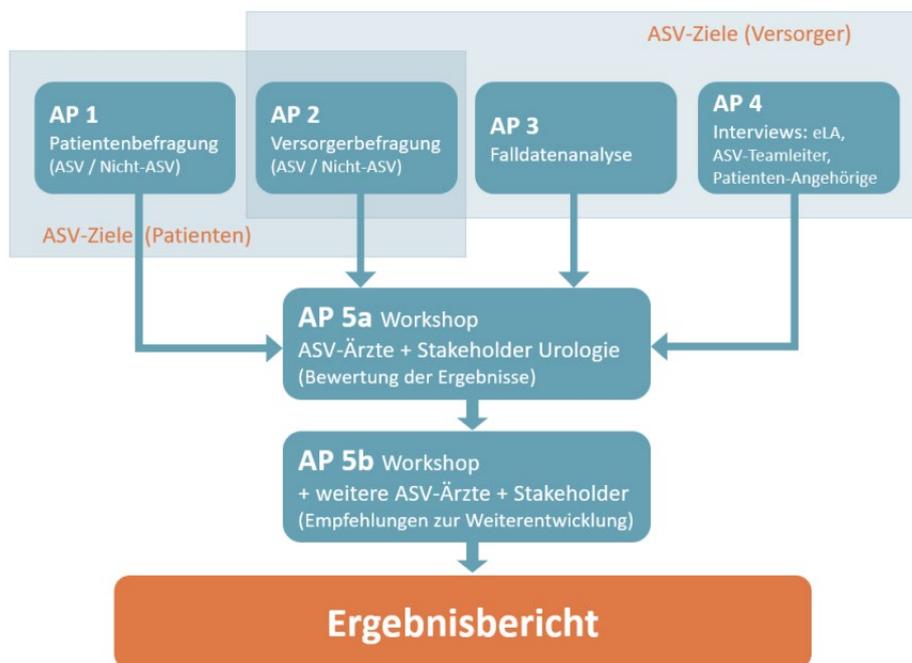


Abbildung 2. Koordination der Arbeitspakete

Für Details zu Hintergrund, Durchführung, Methodik und Ergebnissen der einzelnen APs wird an dieser Stelle auch auf die dazu erstellten Teilberichte verwiesen (Anhang 1. Teilbericht 1_Patientenbefragung, Anhang 2. Teilbericht 2_Versorgerbefragung, Anhang 3. Teilbericht 3_Falldatenanalyse, Anhang 4A. Teilbericht 4A_Interviews, Anhang 4B. Teilbericht 4B_Kleingruppendiskussionen, Anhang 5. Teilbericht 5_Workshops).

Die **Patientenbefragung (AP1)** wurde unter Federführung des UKHD vom 02.01.-30.09.2022 durchgeführt. Die Organisation der Befragung (z. B. Layout und Druck, Rekrutierung der Studienzentren und Kommunikation, Aussendung der Befragungspakete, Sammlung und Einlesen der eingegangenen Fragebögen) erfolgte durch das aQua-Institut. Befragt wurden Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasiertem Prostatakarzinom innerhalb und außerhalb der ASV. Die Fragebögen wurden unter Einbeziehung von Experten des Projektbeirats entwickelt und vor Start der Patientenbefragung in einer Pilotstudie getestet.

Es wurden bundesweit je 16 ASV-Kliniken/Praxen und 16 Nicht-ASV-Kliniken/Praxen als Studienzentren für die Patientenbefragung rekrutiert. Den Zentren wurden insgesamt n=1805 Fragebögen zur Verfügung gestellt. Die Rücksendung der von den Patienten ausgefüllten Fragebögen erfolgte per „Freiumschlag“ an das aQua-Institut. Aufgrund der zeitnah festgestellten schlechten Rekrutierungsrate durch die Zentren wurden u. a. Incentives in Aussicht gestellt sowie Sammelboxen zur Verfügung gestellt. Schlussendlich gingen n=255 Fragebögen ein (Rücklaufquote gesamt: 14%). Für die Reduzierung der Fallzahl wurde ein Änderungsantrag an den Projektträger gestellt, der bewilligt wurde. Im aQua-Institut wurden die Rohdaten aufbereitet und dann vom UKHD ausgewertet.

Die **Versorgerbefragung (AP 2)** wurde im Zeitraum vom 01.03.–12.05.2022 vom Konsortialpartner Zi durchgeführt. Vorbereitend wurden im Zeitraum von Mai 2021 bis Februar 2022 in Abstimmung mit dem Konsortium und Experten zwei Erhebungsinstrumente, d. h jeweils ein Online-Fragebogen für ASV-Ärzte bzw. für Nicht-ASV-Ärzte entwickelt und pilotiert. Im Anschluss an das Erhebungsende im Mai 2022 wurden die Befragungsdaten

aufbereitet, plausibilisiert und mittels deskriptiver Methoden analysiert. In die Analysen gingen die Angaben von n=262 Befragten ein.

Für die **Falldatenanalyse (AP 3)** wurde das DIFAScience Datenpanel, welches das DIFA in Zusammenarbeit mit teilnehmenden Arztpraxen betreibt, genutzt. Die Datenextraktion erfolgte bereits frühzeitig im Projekt, um die Möglichkeit eines anzuwendenden Kriterienrasters zu prüfen. Es konnten trotz multipler Limitationen der Daten unter anderem insgesamt 69 ASV- und Nicht-ASV-Fälle ausgewählt und verglichen werden. Die Auswertungen wurden durch das DIFA, das aQua-Institut und die GfM durchgeführt.

Im Projektverlauf wurden durch das aQua-Institut **Interviews (AP 4A)** mit folgenden Zielgruppen durchgeführt:

- ASV-Teamleiter
- ASV-Koordinatoren
- Nicht-ASV-Ärzte
- Krankenkassen-Vertreter
- Vertreterinnen der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Überwiegend wurden strukturierte teilstandardisierte Leitfadeninterviews durchgeführt. Ergänzend wurden OnlineExpertengespräche mit Spezialisten für die Abrechnung sowie der Onkologie-Vereinbarung und Vertretern von Online-Plattformen durchgeführt. Die Ergebnisse wurden anschließend in Zusammenhang mit den Ergebnissen der Versorgerbefragung bewertet.

Für die beiden **Kleingruppendiskussionen (AP 4B)**, die unter Leitung des aQua-Instituts und der GfM mit Patienten und Angehörigen jeweils in Berlin veranstaltet wurden, wurden die Themen „Koordination der Versorgung“ (21.10.2021) und „Qualität der Versorgung“ (27.6.2022) aus Patientensicht gewählt. Die Kleingruppendiskussionen wurden mit 5 bzw. 6 Patienten-/Angehörigenvertretern durchgeführt. Im Fokus des 1. Workshops stand die Entwicklung eines Befragungsinstrumentes zur Bewertung der Koordination der Versorgung und in der 2. Kleingruppendiskussion die Erstellung einer Checkliste zum Thema „Was bedeutet Qualität in der Versorgung?“.

Die Bewertung der Ergebnisse aus AP 1 bis 4 sowie die Ableitung und Bewertung von möglichen Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV erfolgte im Rahmen von zwei **Workshops (AP 5)**. Der Fokus des ersten Workshops (1.12.2022) wurde auf die Vorstellung und Validierung der Ergebnisse und auch deren Stellenwert hinsichtlich einer Weiterentwicklung der ASV gelegt und unter Federführung des aQua-Instituts mit ASV- sowie Nicht-ASV-Ärzten aus Klinik und Praxis sowie Patientenvertretern, ASV-Koordinatoren und den Mitgliedern des Konsortiums hybrid in Göttingen durchgeführt. Im 2. Workshop (8.2.2023) stand die Bewertung der übergeordneten Ziele zur Weiterentwicklung und die Bewertung der jeweiligen Einzelempfehlungen nach Relevanz bzw. eine mögliche Übertragbarkeit auf andere ASV-Bereiche im Mittelpunkt. Für diesen Workshop, der unter Leitung des aQua-Instituts hybrid in Berlin durchgeführt wurde, wurde der Teilnehmerkreis um weitere wichtige Stakeholder der Urologie sowie ASV-Ärzte anderer Entitäten erweitert.

5. Methodik

Die Methodik folgte einem Mixed Methods – Ansatz aus u. a. Befragungen, Interviews, Falldatenanalyse.

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden Primär- und Sekundärdaten aus unterschiedlichen Datenquellen herangezogen. Die folgende Tabelle 3 zeigt im Überblick welche Daten-

quellen (Population) bzw. Erhebungsformen genutzt wurden, um die jeweiligen AH zu adressieren (Kreuze in Klammern – eingeschränkte Aussagekraft). Anschließend wird die Methodik der einzelnen Arbeitspakete genauer beschrieben.

Tabelle 3. Arbeitshypothesen und Datenquellen

Arbeitshypothesen (AH)	Datenquellen / Erhebungsformen					
	Versorger- befragung	Patienten- befragung	Falldatenanalyse	Interviews ASV-Teamleiter	Interviews eLA	Kleingruppen- diskussionen Patienten- / Angehörigen- vertreter
ASV-Ziele (Patientensicht)	(X)	X		(X)	(X)	(X)
AH 1: gesundheitsbezogene Lebensqualität		(X)				
AH 2: Zugang zur Versorgung	(X)	X		(X)	(X)	
AH 3: Koordination der Versorgung		X		(X)	(X)	
AH 4: Adhärenz		(X)				
AH 5: Aufklärung		X				
AH 6: Patientenbeteiligung		X				
AH 7: Patientenzufriedenheit		X				
ASV-Ziele (Versorgersicht)	X		X	X	X	X
AH 8: Qualitätsanforderungen/ klinische Outcomes	X		X		X	X
AH 9: Sektorenübergreifende Zusammenarbeit (Kommunikation; Patientenkoordination und interdisziplinärer Austausch)	X		X		X	X
AH 10: Innovations- und Weiterentwicklungspotenzial (Datenflüsse, Forschungsaffinität)	X		(X)	X	X	
AH 11: Ärzte-/Versorgerzufriedenheit	X					

Die **Zielpopulationen** waren insbesondere urologische Patienten mit (fortgeschrittenem bzw. metastasiertem) Prostatakarzinom, sowie Fachärzte für Urologie (ASV sowie Nicht-ASV), aber auch weitere Stakeholder der Versorgung. Je nach Zielgruppe bzw. damit zusammenhängendem AP wurden u. a. Fallzahlen definiert, die Rekrutierung geplant sowie die Ziele definiert und die Auswertungsstrategie festgelegt.

Im Folgenden wird die Methodik der einzelnen APs dargestellt. Für Details verweisen wir auf die Passagen zur Methodik der dazu erstellen Teilberichte (*Anhang 1. Teilbericht 1_Patientenbefragung, Anhang 2. Teilbericht 2_Versorgerbefragung, Anhang 3. Teilbericht 3_Falldatenanalyse, Anhang 4A. Teilbericht 4A_Interviews, Anhang 4B. Teilbericht 4B_Kleingruppendiskussionen, Anhang 5. Teilbericht 5_Workshops, Anhang 6. Teilbericht 6_Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren*).

Die **Patientenbefragung (AP 1)** wurde als nicht-randomisierte, kontrollierte Beobachtungsstudie im Querschnitt durchgeführt. Verglichen wurden Patienten mit urologischen Tumoren innerhalb und außerhalb der ASV. Die ursprünglich angedachte Fallzahl waren je 900 ASV-

bzw. Nicht-ASV-Patienten. Somit sollten auch kleine Unterschiede in der Versorgung zwischen beiden Gruppen aufgezeigt werden können. Die Fallzahlplanung basierte auf einem nachzuweisenden Gruppenunterschied von 0,1 Punkten auf der Subskala „Organisation der Versorgung“ des EUROPEP-Fragebogens (Standardabweichung (SD)=0.6, Effektstärke=.01667, 30 Cluster, intracuster correlation=0.01, alpha=0.05, beta=0.20).

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden verschiedene validierte und selbst entwickelte Fragebögen herangezogen. Die Fragebögen wurden in insgesamt 4 Expertenrunden diskutiert und an die entsprechenden Vorschläge angepasst. Hier wurde auch das Ausfüllen eines Deckblattes mit klinischen Parametern zur Erfassung potenzieller Confounder festgelegt (u. a. Zeitpunkt der Erstdiagnose, Stadium des Prostatakarzinoms bei Erstdiagnose, Gleason Score, ISUP/WHO Grad, lokale Therapie, Hormonsensibilität, Metastasenlokalisierung, aktueller PSA-Wert, PSA-Wert vor Einleitung der aktuellen Therapie, aktuelle Therapie). Auch wurden soziodemographische und klinische Angaben von den Patienten erfragt. Folgende Instrumente wurden weiter eingesetzt:

- AH 1 (Lebensqualität): Functional Assessment of Cancer Therapy – Prostata Module (FACT-P)
- AH 2 (Zugang zur Versorgung): European Project on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP) Organization of care
- AH 3: selbstentwickelte Fragen zur Koordination der Versorgung
- AH 4: A14 Fragebogen zur Therapieadhärenz
- AH 5/6 (Patientenaufklärung und -beteiligung): Patient Activation Measure (PAM)
- AH 7 (Zufriedenheit mit der Versorgung): EUROPEP Clinical behaviour

Abschließend folgten Fragen zur Digitalisierung bezogen auf die Nutzung einer elektronischen Patientenakte, Kommunikation auf elektronischem Weg und den Einsatz sogenannter „eHealth-Werkzeuge“.

Da die Beantwortung aller Fragestellungen für die Patienten zu umfangreich geworden wäre, wurden nur die Fragen zur Soziodemographie, zum Zugang zu und der Zufriedenheit mit der Versorgung und zur Digitalisierung der Gesamtgruppe vorgelegt. Die anderen Fragebögen erhielt nur jeweils die Hälfte der teilnehmenden Patienten. Somit liegt der Patientenfragebogen in zwei Versionen vor (Tabelle 4).

Tabelle 4. Versionen des Befragungsboogens

Version A	Version B
klinische Angaben zum Patienten	
Soziodemographie, persönliche Angaben und Angaben zur Erkrankung	
Koordination und Zufriedenheit mit der Versorgung (EUROPEP)	
Fragen zur Koordination der Versorgung (selbstentwickelt)	
Lebensqualität (FACT-P)	Patientenaktivierung und Patientenbeteiligung (PAM13-D)
-	Therapieadhärenz (A14)
Fragen zur Digitalisierung und Weiterentwicklung der Versorgung (selbstentwickelt)	

Im November 2021 wurden die Patientenfragebögen vor dem Einsatz den Zentren mit insgesamt 6 Patienten in Praxen und Kliniken in und außerhalb der ASV getestet (Pilotierung). Dafür füllten die Patienten den Fragebogen aus und wurden telefonisch dazu interviewt. Aufgrund der Rückmeldungen waren keine Anpassungen an den Fragebögen nötig.

Die teilnehmenden Zentren erhielten im Dezember 2021 vor der Patientenrekrutierung die Studienunterlagen bestehend aus je 60 Patientenfragebögen, Teilnahmeinformationen, Ethikbescheiden, Studienprotokoll, Patienteninformationen und einer Rekrutierungsliste. Die

Fragebögen wurden mittels der Software TeleForm erstellt, womit das Einscannen der Dokumente in guter Qualität ermöglicht wurde. Insgesamt wurden n=1805 Fragebögen versendet. Die Patienten wurden in den rekrutierenden Zentren konsekutiv gescreent und über die Studie informiert. Gaben sie ihre Zustimmung zur Studienteilnahme, füllte der Arzt oder die Ärztin zunächst ein Deckblatt mit wenigen klinischen Routinedaten zum Patienten aus und handigte dieses den Patienten mit dem Patientenfragebogen aus. Die Fragebögen enthielten einen Code zur rekrutierenden Klinik oder Praxis, so dass die Patienten sie anonym ausfüllen und mit einem vorfrankierten Briefumschlag zurück an das aQua-Institut senden konnten.

Die Rekrutierung und Information der Studienzentren beinhaltete mehrere Aufrufe zur Teilnahme über den Newsletter des BvDU, die Vorstellung des Projekts bei Kongressen (z. B. der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Nordkongress Urologie), gezielte E-Mail-Anfragen an bekannte urologische Zentren und Praxen, Anschreiben an die auf der Homepage der ASV-Serviceestelle aufgeführten ASV-Teamleitungen und die Nutzung persönlicher Kontakte der Projektleitung sowie regelmäßige (telefonisch sowie per Mail) Nachfragen zum Rekrutierungsstand bzw. notwendiger Hilfestellung. Zur Erleichterung der Fragebogenrückgabe für die Patienten wurden ab April 2022 Sammelboxen in den Praxen aufgestellt, in die die ausgefüllten Fragebögen eingeworfen werden konnten. Diese konnten von den Praxen bis Ende September 2022 zurückgeschickt werden, nachdem der Rekrutierungszeitraum bis Ende August 2022 verlängert worden war. Als weitere Maßnahme zur Steigerung der Fallzahlen wurde für die teilnehmenden Studienzentren ein Incentive von 10,- Euro pro eingegangenen ausgefüllten Fragebogen in Aussicht gestellt. Die Organisation der Patientenbefragung sowie Datenerhebung erfolgten durch das aQua-Institut von Januar bis September 2022.

Die eingesetzten standardisierten Fragebögen wurden anleitungsgemäß ausgewertet. Skalen- und einzelne Fragewerte wurden bei kategoriellen Skalen als absolute und relative Häufigkeiten dargestellt, bei stetigen Variablen verteilungsabhängig als Mittelwert (M) mit SD oder als Median (Md) mit Interquartilsrange (IQR). Ergänzend zu Gruppenvergleichen zwischen ASV und Nicht-ASV mittels Chi-Quadrat- bzw. Fisher's exaktem Test, Mann-Whitney-U- und t-Test (abhängig von Skalenniveau und Verteilung der Daten) wurden die Hypothesen mittels multivariater Regressionsanalysen überprüft, wobei neben der Gruppenzuordnung (ASV/Nicht-ASV) auch Alter und Bildung der Patienten und die Struktur der Daten (Cluster) berücksichtigt wurden (generalisierte lineare Modelle).

Die **Versorgerbefragung (AP 2)** wurde als Querschnittstudie mittels einer quantitativen Befragung unter Urologen in Deutschland durchgeführt. Ziel der Versorgerbefragung war es, die zugrundeliegenden Arbeits- und Kommunikationsprozesse in den ASV-Teams zu untersuchen und zu beleuchten, inwieweit in der ASV „Urologische Tumore“ eine qualitativ hochwertige, sektorenübergreifende und innovative Versorgung umgesetzt wird. Die Versorgerbefragung zielte dabei insbesondere auf die Betrachtung der folgenden Arbeitshypothesen ab:

- AH 2: ASV-Patienten haben einen besseren Zugang zur Versorgung, d. h zu benötigten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.
- AH 8: Das Zulassungsverfahren sichert eine qualitativ hochwertige Versorgung (beurteilt z. B. an Qualitätsparametern wie Zeit, Leitlinienadhärenz und an klinischen Outcomes).
- AH 9: Die ASV erreicht das Ziel einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Beteiligten.
- AH 10: Die ASV ermöglicht Innovationen und die Weiterentwicklung der Versorgung.
- AH 11: ASV-Ärzte sind mit den Rahmenbedingungen der ASV zufrieden.

Zielpopulation der Erhebung war die Gesamtheit aller fachärztlich tätigen Urologen in Deutschland, die entweder dem ambulanten oder dem stationären Versorgungsbereich angehörten. Um neben den Ergebnissen für die an der ASV „Urologische Tumore“ beteiligten Urologen (Interventionsgruppe) auch die Perspektive der nicht an der ASV „Urologische

Tumore“ beteiligten Urologen darstellen zu können, wurden auch Urologen ohne Teilnahme an der ASV als Vergleichsgruppe in der Erhebung berücksichtigt.

Zum Projektbeginn stand kein externer validierter Fragebogen zur Verfügung, sodass für die Versorgerbefragung zwei separate Online-Fragebogen durch das Zi in Abstimmung mit dem Projektteam entwickelt wurden: einer für die Interventions- und einer für die Vergleichsgruppe. Die Entwicklung der Erhebungsinstrumente orientierte sich am Framework für Fragebogenentwicklung von Artino et al. und umfasste vier Phasen (Fragebogenkonstruktion, Expertenvalidierung, Pilotierung, Fragebogenrevision) (Artino, La Rochelle, Dezee, & Gehlbach, 2014). Über den gesamten Prozess der Fragebogenentwicklung wurden regelmäßig interne Qualitätssicherungsmaßnahmen, wie z. B. die Rücksprache mit dem Projektteam, angewendet. Des Weiteren wurde eine zentrale Landing-Page für die Versorgerbefragung online gestellt, auf welcher sich die zur Erhebung Eingeladenen über die Auswahl des betreffenden Buttons dem für sie zutreffenden Fragebogen selbst zuordneten.

Im Zuge der Entwicklung der Erhebungsinstrumente, welche u. a. auf den Ergebnissen aus Expertenrunden und der Pilotierung der Fragebogen basierte, zeigte sich, dass eine auf einzelnen metrischen Kennzahlen bzw. Endpunkten basierende Prüfung der Arbeitshypothesen nicht möglich war. Aus den Recherchen und Expertenrunden zur Fragebogenentwicklung resultierten keine harten, objektiv bzw. quantitativ messbaren Kriterien für einen Teil der ursprünglich vorgesehenen Zielgrößen. Als Lösungsansatz wurden Anpassungen am Erhebungsdesign bzw. an den Erhebungsinstrumenten vorgenommen. So wurde zum Beispiel auf Anraten von Experten und Pilotierungsteilnehmern bei den Fragen zur Versorgungsqualität in der ASV (AH 8) stärker auf die persönliche Einschätzung bzw. die persönlichen Gestaltungsmöglichkeiten der Befragten abgestellt (also anstelle von Kennzahlen die Einschätzung der persönlichen Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich der Qualitätsmerkmale erhoben). Entsprechend wurden die Arbeitshypothesen jeweils mit einem breiteren Spektrum von Fragen und Unterfragen beleuchtet, wobei grundsätzlich verschiedene Aspekte des jeweiligen ASV-Ziels betrachtet wurden. So wurden für die Betrachtung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der ASV-Ärzte (AH 9) zum Beispiel folgende Aspekte erhoben: die Zusammensetzung des ASV-Teams, Veränderungen in der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen, die Zufriedenheit mit der kollegialen Zusammenarbeit, die eingesetzten Kommunikationsmittel, die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen sowie die Nutzung weiterer Möglichkeiten zur Vernetzung.

Zur Erhebungsteilnahme eingeladen wurden Anfang März 2022 vertragsärztlich tätige Urologen (n=3.492) sowie die Leiter aller urologischen Fachabteilungen an deutschen Kliniken (n=583; Stichtag 31.01.2022). Zudem wurde auch per E-Mail-Verteiler durch das aQua-Institut bzw. per Newsletter und mittels Online-Beiträgen durch den Konsortialpartner BvDU versucht, die Rücklaufquote zu steigern. Auch die Reminder-Aktionen des Zi wurden mit Newslettern bzw. Online-Beiträgen flankiert.

Nach Erhebungsschluss wurden die Befragungsdaten zunächst aufbereitet und plausibilisiert. Die Aufbereitung der Angaben aus den beiden separaten Online-Fragebogen wurde sowohl inhaltlich als auch strukturell weitmöglichst zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe abgestimmt. Im Zuge der Datenaufbereitung fand unter anderem eine technische Prüfung, eine Anonymisierung von personenbezieharen Freitextangaben sowie eine formale und inhaltliche Plausibilisierung der Fragebogenangaben statt.

Im Rahmen der Versorgerbefragung wurden neben den quantitativen Merkmalen umfangreiche Freitextangaben erhoben, sodass im Zuge der Datenanalyse sowohl quantitative als auch qualitative Analysemethoden zum Einsatz kamen. Die Auswertung der Daten für Interventions- und Vergleichsgruppe erfolgte mit einer einheitlichen methodischen Vorgehensweise, aber aufgrund der gruppenspezifischen Erhebungsinstrumente inhaltlich separat. Soweit inhaltlich zulässig, wurden im Teilbericht zur Versorgerbefragung die Ergebnisse für beide Analysegruppen einander vergleichend gegenübergestellt.

Die Auswertung der Freitextangaben erfolgte im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse (in Anlehnung an (Mayring, Boehm, Mengel, & Muhr, 1994)). Da die Freitextangaben der

Teilnehmenden zu verschiedenen Fragen themenübergreifend und inhaltlich ähnlich waren, wurden diese als Fließtext betrachtet und im Verbund (ähnlich Interviews) ausgewertet. Im Zuge der Analyse wurden schrittweise Ober- und dazugehörige Unterkategorien gebildet sowie Ankerbeispiele und Kodierregeln festgehalten. Abschließend wurden die Kategorien einem Themenbereich zugeordnet.

Die Auswertung der quantitativen Erhebungsmerkmale erfolgte im Rahmen einer deskriptiven Analyse. Der Schwerpunkt lag dabei auf der grafischen Darstellung von Antworthäufigkeiten mittels gestapelter Balkendiagramme, da beide Erhebungsinstrumente in vielen Fragekomplexen Fünf-Punkte-basierte Likert-Skalen nutzten. Für die erhobenen metrischen Variablen wurden deskriptive Statistiken dargestellt. Die realisierte Stichprobe weist eine Selektion in die Erhebungsteilnahme auf, wobei insbesondere ambulant tätige Ärzte in beiden Befragungsgruppen überrepräsentiert sind. Um der beobachteten Selektion in die Teilnahme im Rahmen der deskriptiven Auswertungen Rechnung zu tragen, wurden Subgruppenanalysen durchgeführt. Um vor dem Hintergrund der hohen Heterogenität der relevanten Grundgesamtheiten und zugleich relativ kleinen Fallzahlen weitere mögliche Verzerrungen durch eine inadäquate Gewichtung der Beobachtungen zu vermeiden, wurden die quantitativen Ergebnisse ungewichtet berichtet.

Aufgrund der gruppenspezifischen Formulierung der Fragestellungen für Interventions- (ASV) und Vergleichsgruppe (Nicht-ASV) war es inhaltlich nicht sinnvoll, die Ergebnisse für beide Analysegruppen statistisch gegeneinander zu testen. Diese Einschränkung galt nicht für Subgruppenanalysen innerhalb der jeweiligen Teilnehmergruppe. Ergänzend zu den dargestellten Verteilungen der Antworthäufigkeiten wurden statistische Testungen der Mittelwerte bzw. der zentralen Tendenzen zwischen den jeweiligen Subgruppen durchgeführt. Zum Testen auf Gleichheit der Subgruppenmittelwerte bzw. zentralen Tendenzen fanden aus Robustheitsgründen sowohl Zwei-Stichproben-t-Tests und Welch-Tests als auch Kruskal-Wallis-Tests Anwendung (Bortz, 2005; Kruskal & Wallis, 1952).

Die Datenquelle der **Falldatenanalyse (AP 3)** war das DIFAScience-Datenpanel. Ziel des DIFAScience-Datenpanels ist die Durchführung von Forschung zur fachärztlichen medizinischen Versorgung anhand von Versorgungsdaten, die aus den Arztpraxen zusammengetragen werden. Für die aktuelle Untersuchung sollte die Ergebnisqualität der versorgten Patienten auf Basis der verfügbaren Daten im DIFAScience (Diagnosen, Arzneimittel, Laborwerte, Abrechnungsziffern, Häufigkeit von Besuchen und Beschwerden, Überweisungen etc.) bewertet werden. Die Falldaten sollten insbesondere zu den AH 8-10 (i. e. qualitativ hochwertige Versorgung, sektorenübergreifende Zusammenarbeit, Innovationen und die Weiterentwicklung der Versorgung) Erkenntnisse liefern. Da gerade die Verläufe des fortgeschrittenen oder metastasierten Prostatakarzinoms unter neuen Therapien von hohem wissenschaftlichem Interesse sind, wurde hier der Schwerpunkt der Falldatenanalyse gelegt und nur diese Patientengruppe in die Evaluation der Falldaten einbezogen.

Die Erhebung der Fälle, welche im Rahmen der ASV behandelt wurden, musste erst etabliert werden. Es wurden Patienten, die zwischen 2018 und 2020 die Erstdiagnose ICD-10 C61 erhalten hatten, extrahiert. Da im System keine Kennzeichnung nach ASV besteht, wurde nach der Abrechnung von Pseudoziffern, welche nur im Rahmen der ASV abgerechnet werden können, gefiltert. Ziel war, herauszufinden, ob erkennbare Unterschiede zwischen der Regelversorgung und der ASV aus der Dokumentation ersichtlich sind. Die ASV-Fälle wurden mit „passenden“ Nicht-ASV Fällen verglichen. Um eine möglichst robuste Vergleichbarkeit der Patienten (ASV vs. Nicht-ASV) zu ermöglichen, wurde jedem ASV-Patienten ein Nicht-ASV Patient gleichen Alters, mit gleichem Diagnosejahr (2018, 2019 oder 2020) sowie mit einer gleichen Diagnose einer Metastasierung zugeordnet. Insgesamt waren in den Daten nur 69 ASV-Fälle vorhanden. Die Auswahl der Nicht-ASV-Patienten zu einem ASV-Patienten erfolgte zufällig anhand einer statistischen Zufallsfunktion. Zur Beurteilung der Fallverläufe wurde ein Kriterienkatalog erstellt, welcher die Paare ASV vs. Nicht-ASV anhand der Möglichkeiten der vorliegenden Daten nach

1. Qualität der Versorgung,
2. Sektorenübergreifende Zusammenarbeit und
3. Innovation der Versorgung

von zwei Fachexperten der Urologie verglichen hat. Für diesen Vergleich konnten folgende relevante Abrechnungsposten in den jeweiligen Falldaten identifiziert werden, von denen Qualität, sektorenübergreifende Versorgung und Innovation abgeleitet wurden: z. B. Anzahl der Laborwertbestimmungen, Verabreichung von antineoplastischer oder systemischer Zytostatikatherapie, Infusion/Transfusion, Betreuung/Nachsorge, Psychotherapie-Leistung, Palliativ-med. Versorgung, Chemotherapie, Bisphosphonate, gezielter Antibiotikaeinsatz. Auch die Ziffern zur Abrechnung nach Onkologie-Vereinbarung und ASV-Ziffern wurden bei den Vergleichen berücksichtigt. Die einzelnen Laborwerte wurden nach Anämie, Neutropenie, Thrombozytopenie, Infektion, Niereninsuffizienz, Leberwerterhöhung, Störung des Elektrolythaushaltes überprüft. Die PSA-Werte konnten aufgrund der sporadischen Angabe nicht sinnvoll als Outcome-Parameter herangezogen werden (*siehe Anhang 3. Teilbericht 3_Falldaten_2.5 Limitationen der Daten*). Die Diagnoseziffern wurden nach Komplikationen, welche im Rahmen einer operativen Therapie oder Systemtherapie oder durch Tumorprogress (z. B. Frakturen) auftreten können, gesichtet.

Dem Patienten wurde eine qualitativ hochwertigere Versorgung zugeordnet, der mehr oder überhaupt Abrechnungsziffern zu palliativmedizinischer Versorgung, psychotherapeutischen Leistungen, Nachsorge, etc. aufwies. Eine sektorenübergreifende Versorgung wurde bei dem Patienten gesehen, der häufiger eine Überweisung zugeschrieben bekam. Hier ist jedoch nochmals darauf hinzuweisen, dass weder der Überweisungsgrund noch der Überweisungsempfänger aus den Falldaten ersichtlich war. Im Hinblick auf die Kategorie „Innovation und Weiterentwicklung der Versorgung“ lag der Fokus auf der Verordnung neuer Hormontherapien, welche in Kombination(en) aktuell bei einem metastasierten Prostatakarzinom zunehmend als Therapie leitliniengerecht eingesetzt werden. Hiernach wurde eine „Über- oder Unterlegenheit“ des jeweiligen Falles hinsichtlich der 3 AHs qualitativ hochwertige Versorgung, sektorenübergreifende Zusammenarbeit sowie Innovation & Weiterentwicklung der Versorgung tabellarisch dargestellt.

Es erfolgten deskriptive Berechnungen in SQL/MariaDB, sowie in Python/Bibliotheken numPy, sciPy.stats. t-Test-Berechnungen wurden in Python/Bibliothek researchPy durchgeführt (https://researchpy.readthedocs.io/en/latest/ttest_documentation.html). Es wurde zudem eine Subanalyse zur Anzahl der Abrechnungen je Patient in der ASV-Praxis gegenüber den Nicht-ASV-Praxen durchgeführt. Zur Abschätzung der Praxisgröße und der jeweiligen Anzahl an Abrechnungen wurden alle Praxen mit mindestens einem Patienten in der Kohorte herangezogen. Es wurde die Anzahl an Patienten, die zwischen 2018 und 2020 eine Erstdiagnose ICD-10 C61 bekommen haben und die Anzahl der jeweiligen Abrechnungscodes dieser Patienten zwischen 2018 und 2020 gegenübergestellt.

Zielstellung der **Interviews (AP 4A)** war es, die quantitativ und qualitativ gewonnenen Erkenntnisse des AP 2 hinsichtlich der AH zur Effektivität der Rahmenbedingungen in der ASV, z. B. hinsichtlich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit (AH 9) und des tatsächlichen Innovationspotenzials (AH 10) zu vertiefen. Weiterhin sollten mit den Interviews Erfahrungen von (weiteren) zentralen Stakeholdern der Verfahrensgestaltung erfasst werden, da anzunehmen ist, dass auch diese Stakeholder-Gruppen „systemische“ Erfahrungen hinsichtlich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit oder der Entwicklung der ASV als innovatives Versorgungskonzept haben.

Die initiale Zielgruppe der Interviews waren eLA-Vertreter und ASV-Teamleiter. Die Kontaktierung der eLA-Vertreter erfolgte über die öffentlich zugänglichen Kontaktdaten der ASV-Servicestelle. Der Konsortialpartner Zi unterstützte die Anfragen an die eLAs zusätzlich über die postalische und online-Entsendung eines Aufrufschreibens inklusive einer Zusammenfassung und Zielsetzungen des Projektes. Die ASV-Teamleiter wurden teilweise aus dem Kreis der in diesem Projekt kooperierenden Einrichtungen/Institutionen ausgewählt bzw.

durch Kennenlernen während des Projektverlaufes. Aufgrund der ersten Erkenntnisse und Erfahrungen im Projekt wurde die Zielgruppe der Interviews erweitert, so dass ergänzende Interviews mit folgenden Zielgruppen durchgeführt wurden:

- ASV-Koordination
- Nicht-ASV-Ärzte
- Krankenkassen
- KBV

Die Rekrutierung der weiteren Interviewteilnehmer erfolgte ebenfalls durch Kennenlernen während des Projektverlaufes bzw. über die Vermittlung bereits bestehender Kontakte des Konsortiums.

Es wurden strukturierte teilstandardisierte Leitfadenterviews durchgeführt. Die Leitfäden wurden im Rahmen des Projektes anhand der Fragestellungen des Antrages, durch Recherchen und Ergebnisse aus Expertengesprächen erstellt und im Verlauf angepasst. Diese wurden den Interviewpartnern jeweils zur besseren Vorbereitung vorab zur Verfügung gestellt. Die Interviews wurden tonaufgezeichnet und anschließend in Form von zusammenfassenden Ergebnisprotokollen verschriftlicht, die dann den jeweiligen Gesprächspartnern vor der Verwendung von Aussagen zur Freigabe, mit Korrekturmöglichkeit, vorgelegt wurden. Ergänzend wurden Expertengespräche mit Abrechnungsspezialisten, Spezialisten für die Onkologievereinbarung und mit Plattformbetreibern mit dem Ziel geführt, bisher gewonnene Erkenntnisse aus dem Projektverlauf besser einordnen zu können. Diese Gespräche wurden in Form von zusammenfassenden Ergebnisprotokollen verschriftlicht.

Nachfolgende Tabelle 5 gibt eine Übersicht der durchgeführten Interviews und Expertengespräche differenziert nach der Befragungsform sowie der initial geplanten sowie tatsächlich durchgeführten Anzahl.

Tabelle 5. Übersicht der Interviews und Expertengespräche

Zielgruppe	Befragungsform	geplante Anzahl	durchgeführte Anzahl
eLA-Vertreter	Leitfadengestütztes Interview	17	9
ASV-Teamleiter bzw. Stellvertreter	Leitfadengestütztes Interview, Expertengespräch	5	8
ASV-Koordination	1 Expertengespräch 4 Leitfadengestützte Interviews	0	5
Nicht-ASV-Ärzte	Leitfadengestütztes Interview	0	2
Krankenkassen	Expertengespräch (1x Leitfadengestütztes Interview)	0	3
KBV	Expertengespräch/Leitfadengestütztes Interview	0	2
Plattformbetreiber	Expertengespräch	0	3
Abrechnungsspezialisten	Expertengespräch	0	4
Spezialisten für Onkologievereinbarung	Expertengespräch	0	2

Die Auswertung der Interviews mit den eLA-Vertretern und den ASV-Teamleitern erfolgte nach der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (Mayring et al., 1994). Aus den Antworten zu den überwiegend offenen Fragen wurden zunächst Antwortkategorien gebildet, um sie wie auch die geschlossenen Fragen als Häufigkeiten darstellen zu können. Der Fokus bei der Auswertung lag darin, die Ergebnisse der Interviews in den Kontext der Arbeitshypothesen zu stellen sowie in der Zusammenführung mit den Ergebnissen der anderen Arbeitspakete. Die Erkenntnisse der weiteren durchgeführten Interviews und Expertengespräche sind an relevanten Stellen im Bericht eingeflossen.

Ziel der zwei **Kleingruppendiskussionen (AP 4B)** mit Patienten- und Angehörigen war, deren „systemische“ Erfahrungen hinsichtlich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit oder der Entwicklung der ASV als innovatives Versorgungskonzept einzubeziehen. Für die Kleingruppendiskussionen wurden Themen gewählt, die in der ASV einen hohen Stellenwert haben: 1) Koordination der Versorgung, 2) Qualität von Versorgung.

Insgesamt war für die Kleingruppendiskussionen eine Einbeziehung von 10-12 Patienten-/Angehörigenvertretern angestrebt. Rekrutiert wurden diese über Kontakte zu Prostata-Selbsthilfegruppen sowie der stellvertretenden Projektleitung (GfM). Für die 1. Kleingruppendiskussion konnten drei Patienten mit metastasiertem bzw. fortgeschrittenen Prostatakarzinom sowie deren drei Angehörige und für die 2. Kleingruppendiskussion fünf Patienten und eine Angehörige gewonnen werden.

In Mittelpunkt der 1. Kleingruppendiskussion, die am 21.10.2021 in Berlin stattgefunden hat, stand die Entwicklung eines Befragungsinstrumentes zur Bewertung der Koordination der Versorgung, da bisher kein geeignetes validiertes Befragungsinstrument zur Verfügung stand. Ziel war, das entwickelte Instrument auch in der Patientenbefragung einzusetzen. Im Vorfeld zur Kleingruppendiskussion erfolgte durch das aQua-Institut eine umfangreiche Recherche nach Items zur koordinierten Versorgung in bereits vorhandenen Befragungsinstrumenten (deutsch und englisch). In einem nächsten Schritt wurden Dubletten entfernt sowie ähnliche Items zusammengefasst und neu formuliert.

In der Kleingruppendiskussion selbst erfolgte zunächst ein Brainstorming zur Frage „Was bedeutet eine koordinierte Versorgung aus Patientensicht?“ bevor dann alle Items des zuvor vom aQua-Institut erstellten Item-Pools von den Teilnehmern auf ihre Relevanz (gar nicht, ein wenig, ziemlich, sehr) bewertet und diskutiert wurden. Im Nachgang der Kleingruppendiskussion erfolgte basierend auf den Ergebnissen der Diskussionsrunde eine Item-Anpassung und -Reduktion seitens des aQua-Instituts. Die daraus resultierenden Items stellten zunächst den Fragebogen dar. Dieser wurde in drei fokussierten Interviews mit Patienten, die nicht an der Diskussionsrunde teilgenommen hatten, geprüft. In einem weiteren Schritt wurde das neue Instrument in einer Pilotstudie zur Patientenbefragung getestet und ggf. Anpassungen vorgenommen, bevor es bei der Hauptbefragung eingesetzt wurde. Die Instrumentenentwicklung hat sich an dem Prozess nach Noest et al. orientiert (Abbildung 3). Die Kleingruppendiskussion war somit ein wichtiger methodischer Bestandteil in der Entwicklung des Befragungsinstrumentes.



Abbildung 3. Entwicklungsprozess des Befragungsinstrumentes zur koordinierten Versorgung

Ziel der 2. Kleingruppendiskussion, die am 27.6.2022 ebenfalls in Berlin stattgefunden hat, war es eine Checkliste zum Thema „Was bedeutet Qualität in der Versorgung?“ zu erstellen, welche dann in Zusammenschau mit weiteren Ergebnissen des Projekts bewertet werden

sollte und evtl. in Zukunft als Bewertungsinstrument dienen könnte. Zunächst führte das aQua-Institut eine ausführliche Literaturrecherche zu Qualitätskriterien in der onkologischen Versorgung“ durch. Die identifizierten Kriterien wurden als Basis für die Kleingruppendiskussion inhaltlich zusammengefasst. In der Kleingruppendiskussion erfolgte zunächst ein Brainstorming mit den Leitfragen „Was bedeutet Qualität in der Versorgung?“ und „Woran beurteilen Sie die Qualität Ihrer Versorgung?“. Danach wurden die daraus schriftlich erfassten Aspekte gemeinsam sortiert und gewichtet. Im nächsten Schritt wurden den Teilnehmern vorhandene, auf Basis der Literaturrecherche identifizierte Qualitätsaspekte präsentiert. Die erfassten Aspekte aus der Diskussionsrunde wurden dann nochmals in Zusammenschau nach Relevanz und Inhalt diskutiert und gewichtet.

Für beide Kleingruppendiskussionen wurde ein Ergebnisprotokoll erstellt. Von einer Freigabe der Protokolle durch die Teilnehmer wurde abgesehen, da es sich um einen moderierten Prozess handelte und das schriftliche Ergebnisprotokoll Gruppenmeinungen enthält, die nicht individuell freigegeben werden können.

Es wurden 2 **Workshops (AP 5)** im Projekt mit unterschiedlichen Zielgruppen durchgeführt. Der Ergebnis-Workshop (Workshop I) fand am 01.12.2022 mit insgesamt 9 Teilnehmern hybrid statt. Neben den Projektpartnern nahmen je 1 Nicht-ASV-Arzt aus Klinik und Praxis, sowie insgesamt 3 ASV-Ärzte aus Klinik und Praxis sowie 2 Patientenvertreter und 2 ASV-Koordinatoren am Workshop teil. Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte über Kontakte im Konsortium sowie bei Interviewpartnern im Laufe des Projekts. Im Rahmen des Workshops wurden die bis dato vorliegenden Ergebnisse der einzelnen Arbeitspakete, die auch alle Teilnehmer vorab erhalten haben, durch den jeweiligen verantwortlichen Projektpartner zusammenfassend vorgestellt. Anschließend wurden in 4 Kleingruppen die Ergebnisse zu den 7 AH der Patientenebene bzw. zu den 4 AH der Versorgungsebene diskutiert und nach dem Zustimmungsgrad bewertet („stimme voll und ganz zu – stimme eher zu – stimme eher nicht zu – stimme überhaupt nicht zu“). Des Weiteren konnten Ergänzungen vorgenommen werden z. B., ob dieses Ergebnis „neu“ oder valide ist. Zudem wurden methodische Anmerkungen sowie eigene Erfahrungen der Kleingruppenmitglieder aufgenommen. Die Ergebnisse wurden von allen vier Kleingruppenleitern dokumentiert und im Anschluss nach den jeweiligen Hypothesen gepoolt, zusammengetragen und anschließend im Plenum diskutiert. Von der Abschlussdiskussion sowie den Kleingruppendiskussionen wurde ein zusammenfassendes Ergebnisprotokoll erstellt.

Der Weiterentwicklungs-Workshop (Workshop II) fand am 08.02.2023 vorwiegend in Präsenz mit insgesamt 27 Teilnehmern in Berlin statt. Die Zielgruppe wurde hier im Vergleich zum Workshop I deutlich ausgeweitet (z. B. ASV-Vertreter anderer ASV-Entitäten, Stakeholder aus anderen Bereichen der ASV). Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte überwiegend über Kontakte im Konsortium sowie bei Interviewpartnern oder anderweitig am Projekt Beteiligten. Neben den Projektpartnern nahmen 3 Vertreter anderer ASV-Entitäten (Gynäkologische Tumoren, Gastrointestinale Tumoren, Rheumatologie) teil, sowie 5 Urologen aus Klinik und Praxis (Nicht-ASV, ASV), 1 ASV-Koordinatorin, 1 Patientenvertreter, 1 Krankenkassenvertretung, 1 Vertreter der Deutschen Krebsgesellschaft und ein Online-Plattform CEO. Zur Vorbereitung des Weiterentwicklungs-Workshops erhielten die Teilnehmer eine Übersicht der auf Basis des bisherigen Projektverlaufs erarbeiteten Weiterentwicklungsempfehlungen (*siehe Anhang 5. Teilbericht 5 Workshops_Anhang 2. Übersicht Ziele, Maßnahmen, Weiterentwicklungsempfehlungen_ASV-WE Workshop II*). Im Workshop wurden die übergeordneten Weiterentwicklungsziele und die jeweiligen spezifischen Ziele und Maßnahmen vorgestellt und im Anschluss schriftlich nach Relevanz auf einer Skala von 1 bis 9 durch die Teilnehmer bewertet. Insbesondere wurden diese gebeten, sofern Sie ein Ziel bzw. eine Maßnahme für nicht oder wenig relevant halten, dies in Form von Freitextangaben zu begründen. Die direkt im Workshop ausgezählten Bewertungen inklusive der berechneten Mediane wurden anschließend den Teilnehmern präsentiert. In der anschließenden Diskussion lag der Fokus

auf den wichtigsten Zielen und uneinheitlichen Bewertungen sowie auf der Übertragbarkeit der Ziele und Maßnahmen auf andere ASV-Entitäten.

Anhand der Bewertungen und des Feedbacks aus der Diskussion wurden im Nachgang die relevantesten Empfehlungen zusammengefasst. Nur Empfehlungen höchster (8,0-9,0) und hoher (7,0-7,5) Relevanz wurden für die weitere Ausarbeitung übernommen.

Ergänzend wurde ein Ergebnisprotokoll des Workshops erstellt, das insbesondere die Bewertungsergebnisse sowie die wichtigsten Aspekte der abschließenden Diskussion im Workshop enthält.

Im Weiteren wurde eine Rechtsanwaltskanzlei für eine juristische Beratung hinzugezogen, die die empirisch ermittelten Empfehlungen der Stakeholder basierend auf den Projektergebnissen hinsichtlich ihrer Umsetzungsmöglichkeiten anhand der aktuellen Rechtslage beurteilen bzw. einordnen sollte. Die juristische Einschätzung wird unverändert und ohne Wertung des Konsortiums unter „*Umsetzung aus juristischer Perspektive*“ in diesem Bericht sowie in dem Teilbericht 6 (*Anhang 6. Teilbericht 6_Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren*) dargestellt.

Überlegungen zur Übertragbarkeit der Empfehlungen auf ASV-Erkrankungen außerhalb der „Urologischen Tumoren“ wurden ebenso berücksichtigt, ähnlich wie die bereits veröffentlichten Empfehlungen des Parallelprojektes GOAL-ASV (Dengler et al., 2022). An den entsprechenden Stellen wird hierauf verwiesen.

6. Projektergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse nochmals separat nach den APs dargestellt. Für Details verweisen wir auch auf die Passagen zu den Ergebnissen der dazu erstellten Teilberichte: *Anhang 1. Teilbericht 1_Patientenbefragung, Anhang 2. Teilbericht 2_Versorgerbefragung, Anhang 3. Teilbericht 3_Falldatenanalyse, Anhang 4A. Teilbericht 4A_Interviews, Anhang 4B. Teilbericht 4B_Kleingruppendiskussionen, Anhang 5. Teilbericht 5_Workshops, Anhang 6. Teilbericht 6_Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren.*

Für die **Patientenbefragung (AP 1)** konnten insgesamt 32 Studienzentren aus allen Versorgungsbereichen für die Durchführung gewonnen werden. Bis auf Bremen, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Thüringen waren Zentren aller Bundesländer vertreten. Die Zentren waren primär im großstädtischen Bereich (> 100.000 Einwohner) angesiedelt (n=23), nur ein Zentrum kam aus dem ländlichen bis kleinstädtischen Bereich (< 20.000 Einwohner). 25 aktive Zentren konnten insgesamt n=255 Patienten (Rücklaufquote: 14%; ASV: n=110, Nicht-ASV: n=145; Fragebogenversion A: n=131, Version B: n=124) in die Befragung einschließen. Auffallend ist die ungleiche Anzahl rekrutierter Patienten pro Zentrum (von n=1 bis n=38). Die Patienten waren zwischen 48 und 92 Jahren alt (M=72,9, SD=8,3 Jahre).

Die Stichprobe beinhaltete 133 Patienten mit einem hormonsensiblen Tumor (ASV: n= 54, Nicht-ASV: n=79) und 102 Patienten mit einem kastrationsresistenten Tumor (ASV: n=49, Nicht-ASV: n=53); von 20 Patienten war die Tumorsensibilität nicht bekannt. Der PSA-Wert vor der Einleitung der aktuellen Therapielinie (n=243) lag im Median bei 28,3 (Minimum-Maximum 0,02-15.000); der aktuelle PSA-Wert lag bei 1,72 (Minimum-Maximum 0-5.000). Von 232 Patienten lagen Angaben zu den Metastasen vor: ossäre Metastasen hatten 182 Patienten (nur ossär: n=65, mit lymphogen: n=114, mit viszeral: n=16, mit anderen: n=2); lymphogene Metastasen hatten 160 Patienten (nur lymphogen: n=38, mit viszeral: n=17, mit anderen: n=6); viszerale Metastasen hatten 22 Patienten (nur viszeral: n=2); andere Metastasen hatten 8 Patienten (nur andere: n=2). Es gab keine signifikanten Unterschiede in der Soziodemographie und im Tumorstadium zwischen den Gruppen.

Im Rahmen der ASV werden häufiger neue hormonelle Substanzen (54,7% (n=58) vs. 34,6% (n=44), p<.01), Chemotherapie (43,4% (n=46) vs. 29,9% (n=38), p=.04) und Antiandrogen (28,3% (n=30) vs. 14,2% (n=18), p=.01) angewandt als in der Nicht-ASV-Gruppe. Zwischen der

Art der berichteten Therapie und der Reduktion des PSA-Wertes gab es keinen beobachtbaren Zusammenhang.

Insgesamt berichteten die Patienten eine leicht eingeschränkte Lebensqualität zu haben (durchschnittlich etwa 75% der Maximalpunktzahl). Die Versorgung im Rahmen der ASV hatte keinen Einfluss auf die Lebensqualität. Patienten mit einem höheren Bildungsstand berichteten von höherer Lebensqualität.

Die Umsetzung der Versorgungsorganisation in den Praxen gelang aus Patientensicht gut. Die Versorgung unter ASV hatte aus Patientensicht keinen Einfluss auf die Umsetzung (unter Berücksichtigung der Clusterstruktur, Alter und Bildung). Die Möglichkeit, passende Termine zu bekommen, wurde von den Patienten in der ASV höher eingeschätzt als von Patienten der Nicht-ASV-Gruppe, genauso wie die Hilfsbereitschaft der anderen Praxismitarbeiter (beide Unterschiede sind nicht signifikant).

Die Koordination wurde hauptsächlich von Urologen (n=196, 78%) in der Praxis (n=157, 64%) übernommen, was dem Wunsch der Patienten entspricht. 57 Patienten wurden größtenteils im Krankenhaus versorgt, 33 Patienten in Krankenhaus und Praxis zu gleichen Teilen. Bei den ASV-Patienten übernahmen häufiger Partner oder Familie die Koordination. ASV-Patienten wünschten sich häufiger eine Übernahme der Koordination durch Ansprechpartner im Krankenhaus und/oder durch Partner oder Familie. Aus Sicht der Patienten in der ASV war bei Bedarf ein Arzt oder eine Ärztin häufiger verfügbar. Zudem haben die verschiedenen an der Gesundheitsversorgung beteiligten Personen und Einrichtungen aus Patientensicht besser zusammengearbeitet und sie waren über den aktuellen Stand der Erkrankung besser informiert. Den Patienten wurde auch häufiger angeboten, Angehörige in Gespräche zur Versorgung mit einzubeziehen. Die Versorgung nach einem stationären Aufenthalt funktionierte aus Patientensicht in der ASV ebenfalls besser.

Unter Berücksichtigung von Alter, Bildungsstand und Praxiszugehörigkeit zeigten sich die Patienten in der ASV therapieadhärenter als die Patienten der Nicht-ASV-Gruppe. Für die ASV-Patienten fielen praktische Hinderungsgründe wie Kosten oder Zeitbedarf der Therapie weniger ins Gewicht; die Patienten der Nicht-ASV Gruppe hatten eine höhere negative Einstellung gegenüber Arzneimitteln und vergaßen häufiger die Einnahme.

Patienten in der ASV fühlten sich besser aufgeklärt, informiert und mehr beteiligt an Therapieentscheidungen. Für sie war es wichtig, eine aktive Rolle in ihrer Gesundheitsversorgung zu übernehmen. Sie waren überzeugt, selbst etwas unternehmen zu können, um Krankheiten vorzubeugen, und zu wissen, wann sie zum Arzt gehen und wann sie ein Gesundheitsproblem selbst behandeln können. Sie kannten häufiger die Ursachen ihrer Beschwerden und waren in der Lage, Veränderungen ihrer Lebensgewohnheiten aufrechtzuerhalten. Patienten beider Gruppen fühlten sich gleichermaßen zufrieden mit Abläufen und Strukturen ihrer Versorgung. Von 246 Patienten hatten 161 (65%) laut eigener Aussage eine elektronische Patientenakte, nutzten diese zum Großteil (n=143, 89%) aber nie. Ein Drittel (n=33) der Patienten ohne Patientenakte (n=85) würde sie nutzen. Grundsätzlich wurden eHealth-Werkzeuge im Austausch mit den Patienten sehr selten verwendet.

Die für dieses Projekt aufgestellten und untersuchten Hypothesen auf Patientenebene zeigen zusammenfassend, dass ASV-Patienten im Vergleich zu Patienten in der Regelversorgung keine höhere **Lebensqualität** (AH 1) und keine höhere **Zufriedenheit mit ihrer Versorgung** (AH 7) aufwiesen. Insgesamt hatten ASV-Patienten keinen besseren **Zugang zu Versorgung** (AH 2), d. h. zu benötigten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, erhielten jedoch schneller Termine und schätzen Praxismitarbeiter für hilfsbereiter ein. ASV-Patienten berichteten insgesamt von keiner besseren **Koordination der Versorgung** (AH 3), jedoch von einer besseren Verfügbarkeit ärztlicher Ansprechpartner und besserer Zusammenarbeit. Zudem wiesen sie eine höhere **Therapieadhärenz** (AH 4) auf, **waren über ihre Erkrankung und die Therapieoptionen besser aufgeklärt/informiert** (AH 5) und **an Entscheidungen** über ihre Therapie besser **beteiligt** (AH 6). Zur Beurteilung der **medizinischen Outcomes** (AH 1) fehlt aktuell die Datengrundlage, die Versorgungsqualität konnte nicht angemessen erfasst werden.

Insgesamt wurden n=329 Teilnahmen an der **Versorgerbefragung (AP 2)** registriert, wovon n=264 Fragebogen von den Teilnehmern als final bearbeitet deklariert wurden. Die in die Analysen eingehende Fallauswahl umfasste insgesamt 262 Beobachtungen, davon 78 Beobachtungen in der Interventionsgruppe (ASV-Ärzte) und 184 Beobachtungen in der Vergleichsgruppe (Nicht-ASV Ärzte). Interventions- und Vergleichsgruppe ähnelten sich hinsichtlich des mittleren Alters bzw. der Altersverteilung (51,5 bzw. 53,2 Jahre), sowie hinsichtlich der mittleren Berufserfahrung (17,5 bzw. 18,7 Jahre) und des Frauenanteils (15,4 bzw. 11,4%). Betrachtet man die Verteilung der Teilnehmer in Abhängigkeit von der Sektorzugehörigkeit, so zeigt sich, dass etwa 60% der Teilnehmer in der Interventionsgruppe gemäß ihrer Haupttätigkeit dem ambulanten Versorgungsbereich zuzuordnen sind. In der Vergleichsgruppe liegt der Anteil der ambulant Tätigen bei etwa 82%. Zugleich zeigten die Freitextangaben zu den Nebentätigkeiten, dass die befragten Ärzte häufig intersektoral tätig waren – zum Beispiel durch eine Belegarztztätigkeit, eine (Teil-) Ermächtigung oder eine parallele Tätigkeit in einem Klinik-MVZ. Ärzte mit einer Leitungsfunktion waren ebenfalls überproportional unter den Befragten vertreten.

Was die ASV-Teilnahme betrifft, so waren etwa 23% der insgesamt 78 Ärzte der Interventionsgruppe als Teamleitung eines ASV-Teams „Urologische Tumore“ tätig, wobei sowohl Ärzte aus länger etablierten als auch aus erst vor Kurzem gegründeten Teams vertreten waren. Etwa ein Viertel der Befragten der Interventionsgruppe (etwa 23%) war neben der ASV „Urologische Tumore“ noch in mindestens einem weiteren ASV-Team tätig. Zugleich waren unter den Befragten der Vergleichsgruppe etwa 98% in gar keinem ASV-Team tätig. Allerdings befanden sich etwa 10% der Vergleichsgruppe, denen die Möglichkeit zur ASV-Teilnahme grundsätzlich bekannt war, zum Befragungszeitpunkt bereits im Zulassungsverfahren für die ASV „Urologische Tumore“.

Die **Motive für die Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“** erwiesen sich als vielfältig. Von den ASV-Ärzten am häufigsten als sehr/eher relevant eingestuft wurden die Steigerung der Versorgungsqualität der Patienten sowie die Verfügbarkeit von mehr/neuen Diagnosemöglichkeiten (z. B. Bildgebung) in der ASV. Weitere wichtige Motive für die ASV-Teilnahme bezogen sich auf die Intensivierung und Verbesserung der interdisziplinären und intersektoralen Zusammenarbeit, den Austausch und die Vertiefung von Fachwissen mit Kollegen sowie die effiziente Steuerung der Patientenversorgung im Behandlungsalltag. Bei etwa 42% der Ärzte wurde die Entscheidung zur Teilnahme an der ASV nicht individuell, sondern auf Einrichtungs- bzw. Abteilungsebene getroffen. Vielschichtig waren auch die Einschätzungen, die aus der Perspektive der Vergleichsgruppe gegen eine Teilnahme an der ASV sprachen. So empfanden von jenen 154 der insgesamt 184 Ärzte in der Vergleichsgruppe, denen die Teilnahmemöglichkeit an der ASV „Urologische Tumore“ grundsätzlich bekannt war, zum Beispiel nur etwa 20% die Teilnahmeanforderungen als angemessen und nur etwa 17% stimmten der Aussage zu, dass sie die ASV-Teilnahme einfach in ihren Arbeitsalltag integrieren könnten. Während etwa 41% der betreffenden Ärzte angaben, hinsichtlich einer ASV-Teilnahme noch unentschlossen zu sein, hatten sich etwa 43% zum Befragungszeitpunkt bereits gegen eine Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ entschlossen. Die in den Freitextangaben genannten Gründe der Nicht-Teilnahme waren vielfältig. Sie bezogen sich zum Beispiel auf einen unpassenden Patientenkreis, eine mangelnde regionale Verfügbarkeit von ärztlichen Kollegen für die Teamgründung, zu hohe Teilnahmevoraussetzungen bzw. ungünstige Rahmenbedingungen in der ASV sowie den Wunsch nach Bindung der eigenen Patienten.

Ein weiteres Augenmerk der Versorgerbefragung lag auf den persönlichen Einschätzungen der Befragten zu verschiedenen Aspekten der **Versorgung von ASV-Patienten** (in der Interventionsgruppe) bzw. von uroonkologischen Patienten (in der Vergleichsgruppe). So wurden die Befragten um ihre Einschätzungen bezüglich des Zugangs der Patienten zur Versorgung und bezüglich ihrer persönlichen Gestaltungsmöglichkeiten bei der Versorgungsqualität gebeten. Für diese Frageblöcke wurde, in Anlehnung an die Vorgehensweise in der Patientenbefragung des Innovationsfondsprojekts ASV-WE, ein Fokus auf die Versorgung der

spezifischen Patientengruppe mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom gelegt. Hinsichtlich des **Zugangs zur Versorgung** bestanden aus Sicht der ASV-Ärzte für die ASV-Patienten insbesondere Vorteile bei der Diagnostik (Möglichkeiten der Diagnostik und terminliche Vorteile). Mehr als die Hälfte sah zugleich keinen großen Unterschied bei der medizinischen Versorgung der Patienten insgesamt. Was die Versorgungsqualität betrifft, so bewerteten sowohl ASV- als auch Nicht-ASV-Ärzte ihre Möglichkeiten, den Patienten eine qualitativ hochwertige Versorgung zukommen zu lassen, überwiegend als gut bis sehr gut. Tendenziell kritischer bewertet wurde in diesem Zusammenhang in beiden Gruppen der Umfang der zeitlichen Ressourcen während des Arzt-Patienten-Kontakts.

Die weiteren Fragenkomplexe der Versorgerbefragung bezogen sich auf die Versorgung von Patienten der ASV „Urologische Tumore“ bzw. von uroonkologischen Patienten im Allgemeinen. Hierbei waren die Betrachtung der intersektoralen Zusammenarbeit in den ASV-Teams bzw. mit ärztlichen Kollegen, Fragen zu Innovation und Weiterentwicklung der Versorgung durch die ASV sowie die Erfassung der Zufriedenheit der ASV-Ärzte mit den Rahmenbedingungen in der ASV „Urologische Tumore“ weitere inhaltliche Schwerpunkte der Erhebung.

Hinsichtlich der **einrichtungs- bzw. sektorenübergreifenden Zusammenarbeit** mit ärztlichen Kollegen zeigte sich sowohl in der Interventions- als auch in der Vergleichsgruppe eine hohe Zufriedenheit. Etwa 80% der Ärzte der Interventionsgruppe gaben an, innerhalb und außerhalb der ASV größtenteils mit denselben ärztlichen Kollegen zusammenzuarbeiten. Zugleich führte die ASV laut Angaben der Interventionsgruppe zum Teil zu mehr sektorenübergreifender Zusammenarbeit (etwa 46%) und der Kreis der ärztlichen Kollegen, mit denen regelmäßig zusammengearbeitet wurde, hatte sich erweitert (etwa 39%). Diese Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass die ASV-Teilnahme in Teilen zu einer Intensivierung der Zusammenarbeit geführt haben dürfte. Es zeigte sich, dass der überwiegende Teil der Befragten in beiden Gruppen vernetzt arbeitete – sowohl innerhalb als auch unabhängig von der ASV. Dabei war neben der Nutzung von Vernetzungsmöglichkeiten z. B. durch die Beteiligung an Qualitätszirkeln, einrichtungsübergreifenden Tumorboards oder zertifizierten Organzentren auch die Teilnahme an weiteren Versorgungsformen, insbesondere an der Onkologie-Vereinbarung, von Bedeutung.

Was **Innovation und Weiterentwicklung der Versorgung** durch die ASV „Urologische Tumore“ anbelangt, sind die Ergebnisse heterogen. So scheint die ASV die interdisziplinäre bzw. intersektorale Zusammenarbeit und die Netzwerkbildung zwischen ärztlichen Kollegen aus Sicht der ASV-Ärzte tendenziell zu fördern. Etwa 44% der ASV-Ärzte bestätigten, dass sie durch die ASV begonnen hatten, neue Diagnosemöglichkeiten anzuwenden. Hinsichtlich des Zugangs zu aktuellem medizinischem Wissen ergab sich ein uneinheitliches Bild. Während etwa 33% der ASV-Ärzte angaben, durch die ASV-Zugang zu aktuellem medizinischem Wissen zu erhalten, stimmten weitere 37% dieser These nicht zu. Insgesamt ergeben sich aus der Versorgerbefragung keine eindeutigen Hinweise darauf, dass die ASV im Bereich der urologischen Tumore Innovation und Weiterentwicklung der Versorgung fördert.

Die Ergebnisse zur **Zufriedenheit der ASV-Ärzte mit den Rahmenbedingungen in der ASV „Urologische Tumore“** sind zweigeteilt. Während die Befragten mit ihrem Berufsalltag als Arzt generell sowie mit der Patientenversorgung in der ASV überwiegend zufrieden waren, zeigte sich jeweils mehr als die Hälfte unzufrieden mit dem Zulassungs- bzw. Anzeigeverfahren zur ASV und der Unterstützung durch die erweiterten Landesausschüsse. Tendenziell kritischer gesehen wurde auch die Vergütung in der ASV (etwa 38% waren damit unzufrieden). Befragt zu ihrer persönlichen Einschätzung zu den Anforderungen der Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“, sahen sowohl die Ärzte der Interventionsgruppe als auch jene der Vergleichsgruppe den administrativen Arbeitsumfang bei Teamgründung und -verwaltung überwiegend als zu hoch an. Jeweils etwa die Hälfte der Ärzte betrachtete auch die Anforderungen an die Fallzahlen als zu hoch. Lediglich die Anforderungen hinsichtlich der Berufserfahrung und Weiterbildung wurden überwiegend als angemessen beurteilt. Diese kritische Einschätzung der Anforderungen der ASV-Teilnahme spiegelt sich auch darin wider,

dass etwa 30% der ASV-Ärzte angaben, ihren fachärztlichen Kollegen nicht zur Teilnahme an der ASV zu raten. Auch in den Freitextangaben gingen die Befragten auf die Rahmenbedingungen der ASV „Urologische Tumore“ ein. So zeigte sich, dass ein Teil der Vergleichsgruppe das Aufwand-Nutzen-Verhältnis der ASV-Teilnahme als unstimmtig betrachtete. In diesem Zusammenhang wurden unter anderem die zum Teil als zu hoch betrachteten Kosten für Softwaremodule zur ASV-Abrechnung erwähnt. Sowohl Ärzte der Interventions- als auch der Vergleichsgruppe bemängelten zudem fehlende Informationen und Beratung zur ASV „Urologische Tumore“ (wie z. B. zu den Teilnahmemöglichkeiten, zum Vorgehen bei der ASV-Abrechnung). Tatsächlich gaben an anderer Stelle im Fragebogen etwa 30% der ASV-Ärzte an, ASV-Leistungen teilweise oder vollständig über die Regelversorgung oder andere Abrechnungsmöglichkeiten abzurechnen. Als Gründe hierfür wurden in den Freitexten u. a. Zeitmangel bzw. ein zu hoher Aufwand sowie fehlende Informationen und Beratung zur Abrechnung der ASV-Leistungen angegeben.

Zum Abschluss des jeweiligen Fragebogens wurden alle Ärzte explizit zu den **Weiterentwicklungsbedarfen der ASV „Urologische Tumore“** befragt. Nur ein jeweils kleiner Anteil der Ärzte in Interventions- und Vergleichsgruppe gab dabei an, keinen Weiterentwicklungsbedarf zu sehen. Zugleich gaben etwa 13% der ASV-Ärzte und etwa 52% der Nicht-ASV-Ärzte an, den Weiterentwicklungsbedarf nicht beurteilen zu können. In beiden Gruppen wurde Weiterentwicklungsbedarf am häufigsten beim bürokratischen Aufwand gesehen. Häufig genannt wurden auch Weiterentwicklungsbedarfe bei der Zulassung zur ASV „Urologische Tumore“, bei der Abrechnung und – im Falle der Interventionsgruppe – beim abrechenbaren Leistungsspektrum. Ein weiterer in beiden Gruppen häufig genannter Weiterentwicklungsbedarf betrifft die technische bzw. digitale Infrastruktur.

Der ursprüngliche Datensatz zur **Falldatenanalyse (AP 3)** enthielt 45.201 Patienten. Anhand der Ausschlusskriterien wurden insgesamt n=30.056 Patienten von weiteren Analysen ausgeschlossen. Die Basiskohorte enthielt abschließend insgesamt n=7.118 Prostatakarzinom-Patienten. Diese beinhaltete n=7.042 Nicht-ASV Patienten sowie n=76 ASV-Patienten, um die geplanten 60 Fallverläufe vergleichen zu können. Das Durchschnittsalter der Nicht-ASV sowie ASV-Patienten lag bei 73,9 (+/- SD: 9,3 bzw. 8,5) Jahren. Insgesamt zeigten sich bei 86,9% (n=6.187) der Gesamtkohorte keine Zusatzdiagnosen (Metastasierung, Kastrationsresistenz). Dabei wiesen 87,03% (n=6.129) der Nicht-ASV Patienten und 76,32% (n=58) der ASV-Patienten keine weiteren Zusatzdiagnosen auf. Insgesamt enthielt der Datensatz der Basiskohorte 279.844 bzw. 37.208 Akut – bzw. Dauerdiagnosen. Des Weiteren waren 82.628 Verordnungen erfasst. In der Basis-Kohorte, welche 2018 eine C61-Diagnose erhielt, wurde „basic ADT“ im Verlauf kumulativ 346.453-mal verordnet. Darüber hinaus waren im Datensatz insgesamt 31.506 Überweisungen, 4.233 Krankenhauseinweisungen, 3.390 Arbeitsunfähigkeiten und 724.613 Abrechnungsziffern verzeichnet. Insgesamt waren in der Basiskohorte 762.869 Laborparameter vorhanden. Nicht bei jedem Patienten waren jedoch Laborparameter eingetragen, andere wiederum hatten mehrere Einträge. PSA-Werte waren demnach nur bei insgesamt 64 Patienten der Gesamtkohorte verzeichnet, bei 15 gab es einen Testosteronwert.

Es konnten anhand der gewählten Vergleichskriterien 69 Patientenpaare einander zugeordnet werden. Je 3 Patienten wurden im Nachgang aus jeder Gruppe entfernt, da die Metastasierung vor der C61 Diagnose erfolgt war. Von den 69 Fallpaaren zeigten n=18 jeweils eine ossäre Metastasierung und n=2 eine lymphogene Metastasierung, welche im Mittel 1,9 (+/- 4,9; ASV) bis 2 Monate (+/- 4,0; Nicht-ASV) bzw. im Mittel 1,0 (+/- 1,4; ASV) bis 3,5 Monate (+/- 4,9; Nicht-ASV) nach C61 Diagnose verzeichnet wurde. Für den Vergleich ASV vs. Nicht-ASV gab es bei den ASV-Patienten signifikant häufigere Konsultationen (gesamt, Jahre 2018 sowie 2020). Bei den Nicht-ASV-Patienten zeigten sich signifikant mehr Monate mit eingetragenen Laborparametern (gesamt, Jahre 2018, 2019 sowie 2020). Im Vergleich ASV vs. Nicht-ASV waren bei den ASV-Patienten signifikant häufigere Akutdiagnosen (gesamt, gesichert, unterschiedlich), Dauerdiagnoseeinträge (unterschiedlich), Verordnungen und Abrechnungen zu verzeichnen. Im Vergleich zeigten sich im Mittel insgesamt signifikant häufigere

Akutdiagnosen bei ASV-Patienten (46,9 (25,2) vs. 34,4 (36,3), $p=0,02$), ebenso wie gesicherte Diagnosen und unterschiedliche Diagnosen. Im Vergleich wurden im Mittel signifikant häufiger unterschiedliche Dauer-Diagnosen bei ASV-Patienten gestellt (5,6 (3,1) vs. 2,7 (1,9)), $p<0,001$). Im Vergleich ASV vs. Nicht-ASV zeigten sich bei den ASV-Patienten insgesamt signifikant häufiger Verordnungen. Dies galt insbesondere für das Jahr 2020. Bicalutamid wurde signifikant häufiger und länger bei ASV-Patienten verordnet (je $p=0,01$). Ansonsten gab es keine weiteren signifikant unterschiedlichen Verordnungen. Im Vergleich ASV vs. Nicht-ASV zeigten sich bei den ASV-Patienten insgesamt signifikant häufiger Überweisungen (6,8 (5,1) vs. 3,3 (2,6), $p<0,001$) bei signifikant geringeren Krankenhauseinweisungen (0,29 (0,93) vs. 0,68 (0,93), $p<0,011$). Zudem zeigten sich bei den ASV-Patienten insgesamt signifikant häufiger Abrechnungen (29,9 (7,9) vs. 20,5 (13,3), $p<0,001$).

Der 1. (Zeitpunkt des am frühesten vorhandenen Wertes) PSA-Wert der Gesamtkohorte lag im Median von 0,99 ng/ml. Nur bei einem ASV-Patienten der Kohorte wurde einmalig ein PSA-Wert bestimmt, Von weiteren 53 Nicht-ASV-Patienten waren zwischen 1 und 28 PSA-Werte vorhanden. Der Median der initialen PSA-Werte der Nicht-ASV-Patienten betrug 1,01 ng/ml, der des ASV-Patienten 0,22 ng/ml. PSA-Werte im Verlauf (spätester Wert) betragen für Nicht-ASV-Patienten 0,12 ng/ml. Mittelwerte verliefen von initial 4,15 ng/ml (SD +/- 8,9) auf 8,37 ng/ml (+/- 39,34) innerhalb von 364 Tagen.

Subanalysen zu Praxisgröße und Abrechnungen wurden durchgeführt. Betrachtet wurden Praxen mit mindestens einem Patienten in der Analysekohorte. Im Mittel konnten 232 C61 Diagnosen der insgesamt 33 Nicht-ASV Praxen mit 12.149 (+/- SD 14.272) Abrechnungsziffern den 101 Diagnosen der ASV-Praxis mit 10.681 Abrechnungsziffern gegenübergestellt werden. Bei Nicht-ASV-Praxen mit einem durchschnittlichen Patientenaufkommen zwischen 80 und 130 C61-Diagnosen (6 Praxen) wurden im Mittel 4.117 Abrechnungszahlen gezählt. Somit zeigte sich, dass die eine ASV-Praxis ungefähr im mittleren Bereich liegt, was Abrechnung bei C61-Patienten bzw. Praxisgröße betrifft. Zum weiteren Vergleich wurden einzelne relevante Abrechnungsziffern wie 35110 (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen), 01510, 01511, 01512 (Ambulante Betreuung 2-6h), 86512 (Onkologie-Vereinbarung) sowie die Anzahl an Überweisungen der ASV-Praxis mit der Anzahl an Abrechnungen anderer Praxen verglichen. Hier zeigte sich lediglich für die Abrechnung ambulanter Betreuung von 2-6 Stunden ein außerordentlich hohes Ausmaß.

Für den Vergleich der Fallverläufe wurden insgesamt $n=69$ Patientenpaare mit gleichem Alter, Diagnosejahr und Metastasierungsmuster (keine Metastasierung bzw. ossäre, lymphogene und/oder viszerale Metastasierung) gegenübergestellt (ASV vs. Nicht-ASV). Insgesamt konnte 55 Paaren der ASV-Patienten eine „qualitativ hochwertigere Versorgung“ zugeschrieben werden. Diese Ansicht ist jedoch mit äußerster Zurückhaltung zu interpretieren, da hier vor allem Abrechnungsziffern zu psychotherapeutischer bzw. palliativmedizinischer Betreuung, Nachsorge, Kontrolle betrachtet wurden, die auf den eigentlichen Zustand des Patienten keine Rückschlüsse zulassen. Nur bei 3 Paaren fiel diese Betrachtung zugunsten der Nicht-ASV-Patienten aus. Bei 48 Paaren wurden mehr Überweisungen bei ASV-Patienten im Vergleich zu Nicht-ASV-Patienten beobachtet, welches als „bessere“ sektorenübergreifende Versorgung gewertet wurde. Auch diese Beobachtung ist mit großer Zurückhaltung zu sehen, da keinerlei Erkenntnisse über den Grund bzw. das Ziel der Überweisung vorhanden waren. Bei 14 Paaren wurden häufigere Überweisungen bei Nicht-ASV-Patienten gezählt. Eine innovative Versorgung konnte in den meisten Fällen aufgrund des fehlenden Tumorstatus bzw. der Inhalte nicht beurteilt werden. Eine „innovativere Versorgung“ zugeschrieben wurde bei 2 Paaren den Nicht-ASV-Patienten. Weitere Erkenntnisse zu Wirkung und Nebenwirkung neuer Behandlungsoptionen waren äußerst limitiert, da der Einsatz neuer Hormontherapien insgesamt sehr gering war.

Die Limitationen der DIFAScience-Falldaten für dieses Projekt waren multipel (*siehe Anhang 3. Teilbericht 3_Falldaten_2.5 Limitationen der Daten*). Dies war laut Projektpartner DIFA insbesondere bedingt durch die hinreichende Anonymisierung der Versorgungsdaten, um

eine Re-Identifikation auszuschließen, sowie die PVS/AIS bzw. die Dokumentationen durch den Leistungserbringer selbst (oftmals Paralleldokumentation in den PVS/AIS und in der Patientenakte). Das bedeutete, dass die Daten im DIFAScience verschiedene Werte bzw. Parameter nicht aufwiesen (z. B. fehlende Erfassung von Schweregrad der Erkrankung, Tumorstadium, ECOG/Karnofsky; fehlende Erfassung von Maßnahmen; fehlende PSA-Werte), welches die Aussagekraft der Auswertungen schmälert, trotzdem einige interessante Erkenntnisse aus den Daten gezogen werden können. Die Limitationen waren im Vorfeld nicht bekannt und ergaben sich im Laufe der Datenextraktion und Sichtung der Daten.

Folgende Fragestellungen aus dem Antrag, die sich vertiefend insbesondere mit den AH 8 bis 10 (Qualität der Versorgung, sektorenübergreifende Zusammenarbeit, Innovations- und Weiterentwicklungspotenzial der ASV) befassten, konnten aufgrund der Limitationen der Falldaten nur eingeschränkt oder gar nicht beantwortet werden:

- Sind die dokumentierten Behandlungsprozesse der ASV tatsächlich sektorenübergreifender als die Regelversorgung? – es gab keine Angaben zum Inhalt der Überweisungen, nur die Anzahl konnte dargestellt werden.
- Sind die dokumentierten Behandlungsprozesse der ASV tatsächlich koordinierter als die Regelversorgung? – es gab keine Angaben zum Inhalt von Überweisungen/Einweisungen.
- Gibt es Unterschiede hinsichtlich therapeutischer Indikationsqualität zwischen ASV und Regelversorgung? – es gab keine Angaben zum Inhalt der Überweisungen, auch keine Information zu nicht-medikamentösen Maßnahmen/Prozeduren oder Bildgebungen, lediglich die orale Medikation konnte über die Verordnungen erfasst werden; der Anteil an verschriebenen neuen Hormontherapien war z. B. sehr gering.
- Gibt es Unterschiede hinsichtlich diagnostischer Indikationsqualität zwischen ASV und Regelversorgung? – es gab keine Angaben zum Inhalt der Überweisungen, auch keine Information zu Prozeduren/Bildgebungen, Maßnahmen wurden nicht erfasst.

Die **Interviews (AP 4A)** und Expertengespräche wurden im Zeitraum von September 2021 bis September 2022 durchgeführt. Die entwickelten Interviewleitfäden orientierten sich an den drei Oberthemen „Allgemeine Informationen/Fragen zur Organisation“, Informationen zum Anzeigeverfahren“ und „Persönliche Einschätzung zur ASV“. Ein Fokus wurde dabei auf die Stärken und Schwächen der ASV sowie potenzielles Weiterentwicklungspotenzial gelegt. Die Ergebnisse aller Interviews wurden im Kontext der relevanten Arbeitshypothesen betrachtet. Insbesondere konnten hierzu die Ergebnisse der Interviews mit den eLA-Vertretern, den ASV-Teamleitern und den ASV-Koordinatoren genutzt werden:

AH 2: ASV-Patienten haben einen besseren Zugang zur Versorgung, d. h. zu benötigten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

In den Interviews mit den eLA-Vertretern sowie mit den ASV-Teamleitern wurde mehrfach geäußert, dass durch die ASV mehr Diagnostikmöglichkeiten (insbesondere PSMA-PET-CT) vorhanden sind. Vereinzelt wird dies auch für Behandlungsmöglichkeiten so gesehen. Dies wurde auch von den ASV-Koordinatoren bestätigt.

AH 3: Die Behandlung von ASV-Patienten ist besser koordiniert als die Behandlung unter usual-care-Bedingungen.

Die Koordination der Versorgung wird von der Mehrheit der eLAs als Stärke der ASV und als Nutzen für den Patienten gesehen. Die Patienten sind innerhalb vom Team aufgehoben und ihre Versorgung wird besser gesteuert. Eine bessere Patientenversorgung im Rahmen der ASV im Vergleich zur Regelversorgung wird für die Mehrheit der ASV-Teamleiter in kürzeren/schnelleren Wegen und auch einer besseren Koordination für Patienten gesehen. Auch die ASV-Koordinatoren berichten von einer besseren Koordination der Termine für ASV-Patienten.

AH 8: Das Zulassungsverfahren sichert eine qualitativ hochwertige Versorgung (beurteilt an klinischen Parametern).

Eine Beurteilung, ob durch die ASV eine bessere Patientenversorgung bzw. qualitativ hochwertige Versorgung (beurteilt an klinischen Parametern) ermöglicht wird, konnte von den Interviewpartnern überwiegend nicht beantwortet werden, da belastbare Daten hinsichtlich Patientenoutcomes und klinischen Daten fehlen. Von Seiten der ASV-Teamleiter wird mehrheitlich keine höhere Versorgungsqualität in der ASV im Vergleich zur Regelversorgung gesehen. Der Patientennutzen war jedoch für über die Hälfte der ASV-Teamleiter der Hauptgrund an der ASV teilzunehmen.

AH 9: Die ASV erreicht das Ziel einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Eine verbesserte Sektorenverknüpfung war ein häufiger Grund für ASV-Teamleiter an der ASV teilzunehmen. Nach Einschätzung einiger ASV-Teamleiter hat sich jedoch die sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen der ASV nicht verbessert und wird auch nur von sehr wenigen eLA-Vertretern als Stärke der ASV beschrieben. Dementgegen wird jedoch von den anderen ASV-Teamleitern eine Verbesserung bei der intersektoralen Zusammenarbeit gesehen in Form einer besseren Vernetzung („die jedoch zum Teil schon vorher gut war“). Eine verbesserte bzw. gestärkte intersektorale Zusammenarbeit durch die ASV wird auch von den ASV-Koordinatoren beschrieben.

Eine Verschiebung der klinischen Versorgung in den ambulanten Bereich zu „Lasten“ der Vertragsärzte, wird von den meisten eLA-Vertretern kritisch gesehen und war so nicht beabsichtigt. Der Aufwand für Praxen zur ASV-Teilnahme sei häufig zu hoch und viele Krankenhäuser haben ein eigenes MVZ, welches dann eher genutzt wird als die Vernetzung mit Vertragsärzten.

AH 10: Die ASV ermöglicht Innovationen und die Weiterentwicklung der Versorgung.

Innovationen und die Weiterentwicklung der Versorgung werden in der jetzigen Form der ASV abgesehen von der verbesserten Strukturqualität und den Anreiz einer besseren Vergütung überwiegend nicht gesehen. Jedoch wird der ASV das Potential zum Füllen einer Lücke in der Patientenversorgung – theoretisch – zugesprochen, wenn sie als solche „gelebt“ wird.

Von den Interviewpartnern wurde diverses Weiterentwicklungspotenzial geäußert, z. B. in der Entbürokratisierung des Verfahrens, in der Weiterentwicklung der Vergütung, in der Begrenzung der Zahl der Teammitglieder, im Ausbau der Qualitätssicherung und der Evaluation oder in der Schaffung einer ASV-Kommunikationsstruktur.

AH 11: ASV-Ärzte sind mit den Rahmenbedingungen der ASV zufrieden.

Von den ASV-Teamleitern gibt es überwiegend positive Bewertungen der ASV, jedoch gibt es auch gegensätzliche Meinungen. Als Stärken werden die bessere Strukturqualität in der Patientenversorgung gesehen sowie der Anreiz zur besseren Vergütung. Als Schwächen werden der hohe bürokratische Aufwand sowie die gescheiterte Einbindung der Vertragsärzte gesehen.

Der im Rahmen der 1. **Kleingruppendiskussion (AP 4B)** recherchierte Item-Pool zur koordinierten Versorgung bestand aus 43 Items zu dem 5 neu formulierte Items hinzugekommen sind. Es erfolgte ein Ausschluss von Dubletten und eine Zusammenfassung ähnlicher Items (n=20), so dass im Rahmen der 1. Kleingruppendiskussion die Teilnehmer einen Item-Pool mit 28 Items bestehend aus bereits validierten deutschsprachigen Items, aus dem Englischen übersetzte Items sowie neu formulierten Items zu bewerten hatten. Nach Bewertung der Items sowie einer weiteren Zusammenfassung und sprachlichen Anpassung von Items im Bewertungsprozess wurden 10 Items als relevant für eine koordinierte Versorgung bewertet, die nachfolgend in zwei fokussierten Interviews mit Patienten getestet wurden, was zu

Anpassungen in den Antwortkategorien und der Aufnahme eines zusätzlichen Items geführt hat.

Als Ergebnis ist ein finales Fragebogeninstrument zur Koordination von Versorgung mit 11 Items entstanden, das in einer Pilotbefragung (Rückläufer n=7) getestet wurde. Im Ergebnis gab es keine weiteren notwendigen Änderungen, so dass das Instrument in die Hauptbefragung aufgenommen wurde. Für das finale Fragebogeninstrument wird auf den *Anhang 4B. Teilbericht 4B_Kleingruppendiskussionen_Tabelle 1* verwiesen.

Die Ergebnisse der 2. Kleingruppendiskussion zur Frage „Woran beurteilen Sie die Qualität Ihrer Versorgung?“ wurden in Zusammenschau mit den Ergebnissen der Literaturrecherche inhaltlich geclustert und gewichtet, so dass folgende Checkliste zum Thema „Was bedeutet Qualität in der Versorgung?“ mit sieben Punkten entstanden ist:

- begründete, evidenzbasierte, aktuelle Information
- Erreichbarkeit des Hauptbehandlers
- aktive Nachsorge
- intersektorale Vernetzung und lückenlose Kommunikation
- Erhalt von Lebensqualität
- Behandlung an zertifizierten Zentren
- Erfolg der Behandlung

Die Projektergebnisse und Handlungsempfehlungen wurden in 2 **Workshops (AP 5)** diskutiert. Ergebnisse zu den einzelnen Hypothesen aus den vorhandenen Datenquellen, der Versorger- und Patientenbefragung sowie der Falldatenanalyse und der Interviews/Kleingruppendiskussionen wurden im Rahmen des **Workshop I** bewertet und ergänzt. Nachfolgend werden die Bewertungsergebnisse und die wichtigsten Diskussionsergebnisse zusammenfassend dargestellt:

AH 1: ASV-Patienten haben bessere medizinische Outcomes und eine höhere Lebensqualität als vergleichbare Patienten, die die übliche Behandlung erhalten.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden heterogen bewertet. Methodische Kritik wurde primär dahingehend ausgesprochen, dass es schwierig sei, Lebensqualität und medizinische Outcomes gleichzeitig zu erfassen; hier wäre eine 2-Teilung nötig.

AH 2: ASV-Patienten haben einen besseren Zugang zu Versorgung, d. h. zu benötigten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden eher positiv bewertet. Methodische Kritik wurde dahingehend geäußert, dass eine Trennung von Diagnostik und Therapie sinnvoll gewesen wäre. Das Ergebnis hinsichtlich der diagnostischen Möglichkeiten sei sehr vom PSMA-PET-CT überlagert.

AH 3: Die Behandlung von ASV-Patienten ist besser koordiniert als die Behandlung unter üblichen Bedingungen.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden eher positiv bewertet. Sie seien jedoch abhängig von regionalen Bedingungen und schon bestehenden Netzwerken. Wenn Netzwerke vorher schon gut waren, wurde keine weitere Verbesserung durch die ASV gesehen.

AH 4: Patienten in der ASV sind therapieadhärenter.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden eher negativ bewertet. Methodische Kritik wurde dahingehend ausgesprochen, dass hier eigentlich ein Vorher-Nachher-Vergleich notwendig gewesen wäre, um eine tatsächliche Adhärenzverbesserung beurteilen zu können.

AH 5: Patienten in der ASV sind über ihre Erkrankung und die Therapieoptionen besser aufgeklärt/informiert.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden heterogen bewertet. Patienten müssten über die Teilnahme an der ASV aufgeklärt werden und unterschreiben. Dies könnte ein Bias verursachen.

AH 6: Patienten in der ASV sind an Entscheidungen über ihre Therapie besser beteiligt.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden heterogen bewertet. In diesem Ergebnis wurde kein Mehrwert gesehen.

AH 7: Patienten in der ASV sind mit ihrer Versorgung zufriedener als vergleichbare Patienten, die eine übliche Behandlung erhalten.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden eher positiv bewertet. Methodisch sei dies jedoch schwierig zu beurteilen, da Zufriedenheit viele verschiedene Aspekte beinhalte (Zufriedenheit mit der Betreuung, mit dem Therapieerfolg, ...) und vom Behandler abhängig ist.

AH 8: Das Zulassungsverfahren sichert eine qualitativ hochwertige Versorgung (beurteilt an klinischen Parametern).

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden heterogen bewertet. Eine definitive Aussage sei nicht möglich, da keine „harten“ Ergebnisse vorliegen.

AH 9: Die ASV erreicht das Ziel einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Beteiligten.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden heterogen bewertet. Sowohl innerhalb als auch außerhalb der ASV gibt es zum Teil sektorenübergreifende Zusammenarbeit – ob die ASV dies fördert, kann nicht geschlussfolgert werden.

AH 10: Die ASV ermöglicht Innovationen und die Weiterentwicklung der Versorgung.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden eher negativ bewertet. Es bestehe die gleiche Versorgung wie vorher, eine Weiterentwicklung und besondere Innovationsförderung sei nicht zu erkennen.

AH 11: ASV-Ärzte sind mit den Rahmenbedingungen der ASV zufrieden.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden heterogen bewertet. Es sei ein sehr hoher Aufwand, um in die ASV zu kommen (sowie diese zu unterhalten). Kritisiert wurden die fehlenden Informationen/Betreuung, z. B. zu Abrechnungsmodalitäten. Vorteile seien die gut vernetzte Struktur, die unbudgetierte Vergütung und Möglichkeiten der Weiterbildung (Tumorthherapie).

In der abschließenden Diskussionsrunde wurde Weiterentwicklungsbedarf in folgenden Bereichen gesehen:

- Abbau von Bürokratie (z. B. Anzeigeverfahren/bundesweite, übergeordnete Vereinfachung/Vereinheitlichung)
- Nutzen für Patienten darstellen/Qualität/Qualitätskriterien jenseits der Strukturqualität
- Vorhandene Ressourcen nutzen
- Information & Aufklärung/Kommunikationsplattform

Zusammenfassende Einordnung der erhobenen Ergebnisse aus AP 1–AP 5 (Workshop I) anhand der Arbeitshypothesen

Die Beantwortung der Hypothesen erfolgt auf Basis der Ergebnisse, die in diesem Projekt akquiriert wurden. Dies ermöglicht sowohl einige AH anzunehmen als auch zu verwerfen. Bei widersprüchlicher Evidenz wurde auf eine Verwerfung der Hypothese verzichtet und diese teilweise angenommen. Zusammenfassend kann hier eine komprimierte Übersicht der Ergebnisse nach AH und Quelle (AP) dargestellt werden:

Arbeitshypothese (AH) 1: ASV-Patienten haben bessere medizinische Outcomes und eine höhere Lebensqualität als vergleichbare Patienten, die die übliche Behandlung erhalten.	
Patientenbefragung (AP 1) (Hauptquelle)	Es besteht insgesamt eine reduzierte Lebensqualität bei Patienten mit metastasiertem Prostatakarzinom, jedoch bestehen keine Unterschiede zwischen den Gruppen ASV und Nicht-ASV.
Versorgerbefragung (AP 2)	Beide Gruppen (ASV- und Nicht-ASV-Ärzte) schätzen ihre Möglichkeiten, die Lebensqualität der Patienten zu verbessern, überwiegend als gut bis sehr gut ein.
Falldaten (AP 3)	Bei ASV-Patienten gab es mehr Verordnungen zur palliativen Beratung, psychotherapeutischen Betreuung und Nachsorge.
Interviews (AP 4A)	<i>keine Beurteilung möglich</i>
Kleingruppendiskussionen (AP 4B)	Patienten wünschen sich eine aktive Nachsorge, Erhalt von Lebensqualität, Erfolg der Behandlung.
Workshop I (AP 5)	Heterogene Bewertung, methodische Kritik in Bezug auf gleichzeitige Erfassung von Lebensqualität und medizinische Outcomes
AH 1 muss anhand der aktuell verfügbaren Daten und vorliegenden Ergebnisse verworfen werden.	

AH 2: ASV-Patienten haben einen besseren Zugang zur Versorgung, d. h zu benötigten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.	
Patientenbefragung (AP 1) (Hauptquelle)	Allgemein gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen, insgesamt wurde der Zugang zur Versorgung als sehr positiv wahrgenommen.
Versorgerbefragung (AP 2)	Es wurden von ASV-Ärzten v. a. mehr Diagnostikmöglichkeiten in der ASV angegeben (72%), sowie Terminvorteile i. R. der Diagnostik (55%); wenig Unterschiede wurden hinsichtlich der Behandlung insgesamt gesehen (54%).
Falldaten (AP 3)	<i>keine Beurteilung möglich</i>
Interviews (AP 4A)	Durch die ASV wurden mehr Diagnostikmöglichkeiten angegeben (insbesondere PSMA-PET-CT), zudem sei eine bessere Strukturqualität in der ASV vorhanden.
Kleingruppendiskussionen (AP 4B)	Patienten wünschen sich eine Erreichbarkeit des Hauptbehandlers.
Workshop I (AP 5)	Positive Bewertung, Methodische Kritik hinsichtlich Trennung von Diagnostik und Therapie, Ergebnis hinsichtlich der diagnostischen Möglichkeiten von PSMA-PET-CT überlagert.
AH 2 muss anhand der aktuell verfügbaren Daten und vorliegenden Ergebnisse teilweise verworfen werden.	

AH 3: Die Behandlung von ASV-Patienten ist besser koordiniert als die Behandlung unter üblichen Bedingungen.	
Patientenbefragung (AP 1) <i>(Hauptquelle)</i>	Es wurde eine bessere Verfügbarkeit ärztlicher Ansprechpartner und eine bessere Zusammenarbeit in der ASV beobachtet; insgesamt war die Koordination nicht besser.
Versorgerbefragung (AP 2)	Die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen war in beiden Gruppen (ASV- und Nicht-ASV-Ärzte) hoch, beide Gruppen arbeiteten vernetzt. Nicht-ASV-Ärzte beschrieben in Freitextangaben gut funktionierende Versorgungsstrukturen und -netzwerke, in denen sie tätig sind und die unabhängig von der ASV etabliert wurden. Mittel zum Informationsaustausch erscheinen in beiden Gruppen wenig fortschrittlich. Heterogene Rückmeldungen der ASV-Ärzte zu der These, dass in der ASV die Steuerung der Patientenversorgung im Behandlungsalltag effizient erfolge: zustimmend 44%, neutral 26%, ablehnend 27%.
Falldaten (AP 3)	Hier wurden mehr Überweisungen bei ASV-Patienten beobachtet, <i>zurückhaltende Beurteilung.</i>
Interviews (AP 4A)	Es wurde von einer koordinierten, interdisziplinären Versorgung im ASV-Team berichtet. Termine für ASV-Patienten seien besser koordiniert, die Versorgung geschehe aus einer Hand.
Kleingruppendiskussionen (AP 4B)	Patienten wünschen sich die Erreichbarkeit des Hauptbehandlers, eine intersektorale Vernetzung und eine lückenlose Kommunikation.
Workshop I (AP 5)	Positive Bewertung; Koordination sei abhängig von regionalen Bedingungen und schon bestehenden Netzwerken; wenn Netzwerke vorher schon gut waren, wurde keine weitere Verbesserung durch die ASV gesehen.
AH 3 kann anhand der aktuell verfügbaren Daten und vorliegenden Ergebnisse teilweise angenommen werden.	

AH 4: Patienten in der ASV sind therapieadhärenter.	
Patientenbefragung (AP 1) <i>(Hauptquelle)</i>	Es bestand eine höhere Therapieadhärenz in der ASV.
Versorgerbefragung (AP 2)	<i>keine Beurteilung möglich</i>
Falldaten (AP 3)	<i>keine Beurteilung möglich</i>
Interviews (AP 4A)	<i>keine Beurteilung möglich</i>
Kleingruppendiskussionen (AP 4B)	<i>keine Beurteilung möglich</i>
Workshop I (AP 5)	Eher negative Bewertung; methodische Kritik wurde dahingehend ausgesprochen, dass hier eigentlich ein Vorher-Nachher-Vergleich notwendig gewesen wäre, um eine tatsächliche Adhärenzverbesserung beurteilen zu können.
AH 4 kann anhand der aktuell verfügbaren Daten und vorliegenden Ergebnisse angenommen werden.	

AH 5: Patienten in der ASV sind über ihre Erkrankung und die Therapieoptionen besser aufgeklärt/informiert.	
Patientenbefragung (AP 1) <i>(Hauptquelle)</i>	ASV-Patienten fühlten sich besser informiert/aufgeklärt/in die Entscheidung eingebunden.
Versorgerbefragung (AP 2)	<i>keine Beurteilung möglich</i>
Falldaten (AP 3)	<i>keine Beurteilung möglich</i>
Interviews (AP 4A)	<i>keine Beurteilung möglich</i>
Kleingruppendiskussionen (AP 4B)	Patienten wünschen sich begründete, evidenzbasierte, aktuelle Informationen.
Workshop I (AP 5)	Heterogene Bewertung; Patienten müssten über die Teilnahme an der ASV aufgeklärt werden und unterschreiben. Dies könnte ein Bias verursachen.
AH 5 kann anhand der aktuell verfügbaren Daten und vorliegenden Ergebnisse angenommen werden.	

AH 6: Patienten in der ASV sind an Entscheidungen über ihre Therapie besser beteiligt.	
Patientenbefragung (AP 1) <i>(Hauptquelle)</i>	Patienten zeigten eine bessere Beteiligung an Therapieentscheidungen in der ASV.
Versorgerbefragung (AP 2)	<i>keine Beurteilung möglich</i>
Falldaten (AP 3)	<i>keine Beurteilung möglich</i>
Interviews (AP 4A)	<i>keine Beurteilung möglich</i>
Kleingruppendiskussionen (AP 4B)	Patienten wünschen sich begründete, evidenzbasierte, aktuelle Informationen.
Workshop I (AP 5)	Heterogene Bewertung. In diesem Ergebnis wurde kein Mehrwert gesehen.
AH 6 kann anhand der aktuell verfügbaren Daten und vorliegenden Ergebnisse angenommen werden.	

AH 7: Patienten in der ASV sind mit ihrer Versorgung zufriedener als vergleichbare Patienten, die eine übliche Behandlung erhalten.	
Patientenbefragung (AP 1) <i>(Hauptquelle)</i>	Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen (Zufriedenheit mit Abläufen/Strukturen).
Versorgerbefragung (AP 2)	Das stand nicht im Fokus der Befragung; hinsichtlich der Frage nach Zugang zur Versorgung und höherer Patientenzufriedenheit in der ASV gab es heterogene Antworten. Rückmeldungen der ASV-Ärzte zu der These, dass in der ASV die Patientenzufriedenheit höher sei: zustimmend 26 %, neutral 30 %, ablehnend 26 %.
Falldaten (AP 3)	<i>keine Beurteilung möglich</i>
Interviews (AP 4A)	<i>keine Beurteilung möglich</i>
Kleingruppendiskussionen (AP 4B)	Patienten wünschen sich begründete, evidenzbasierte, aktuelle Informationen.
Workshop I (AP 5)	Eher positive Bewertung; methodisch sei dies jedoch schwierig zu beurteilen, da Zufriedenheit viele verschiedenen Aspekte beinhalte

	(Zufriedenheit mit der Betreuung, mit dem Therapieerfolg, ...) und vom Behandler abhängig ist.
--	--

AH 7 muss anhand der aktuell verfügbaren Daten und vorliegenden Ergebnisse verworfen werden.

AH 8: Das Zulassungsverfahren sichert eine qualitativ hochwertige Versorgung (beurteilt an klinischen Parametern).

Patientenbefragung (AP 1)	Eine vorsichtige Interpretation im Hinblick auf die Leitlinienadhärenz (evtl. höher bei ASV-Patienten) ist möglich, ansonsten keine Bewertung.
Versorgerbefragung (AP 2) (Hauptquelle)	Beide Gruppen (ASV- und Nicht-ASV-Ärzte) bewerten ihre Möglichkeiten zur Gestaltung der Versorgungsqualität sowie die Versorgungsqualität für ihre Patienten im Allgemeinen überwiegend als gut bis sehr gut, sogar betonter in Vergleichsgruppe. Frage der Vorbeugung von Interventionen/Komplikationen wird auch überwiegend positiv bewertet (ASV-Ärzte: 65% und Nicht-ASV-Ärzte: 83%).
Falldaten (AP 3)	Es wurden mehr Verordnungen zur palliativen Beratung, psychotherapeutischen Betreuung und Nachsorge bei ASV-Patienten beobachtet.
Interviews (AP 4A)	Aufgrund fehlender klinischer Daten sei hierzu keine Beurteilung möglich; es wurde keine höhere Versorgungsqualität im Vergleich zur Regelversorgung gesehen; Patientennutzen wurde als Hauptgrund für die ASV-Teilnahme angegeben; es gäbe deutliche Unterschiede in den eLAs: seien nicht gleich flexibel in der Umsetzung der Richtlinie; auch fehlten Kontrollmechanismen nach der Zulassung (Fallzahl, Teammitglieder) – fraglich sei, ob die Qualität der ASV sich im Verlauf fortgesetzt.
Kleingruppendiskussionen (AP 4B)	Patienten wünschen eine Behandlung an zertifizierten Zentren, Erfolg der Behandlung.
Workshop I (AP 5)	Heterogene Bewertung; eine definitive Aussage sei nicht möglich, da keine „harten“ Ergebnisse vorliegen.

AH 8 muss anhand der aktuell verfügbaren Daten und vorliegenden Ergebnisse verworfen werden.

AH 9: Die ASV erreicht das Ziel einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Beteiligten.

Patientenbefragung (AP 1)	Bei ASV-Patienten zeigten sich ärztliche Ansprechpartner besser verfügbar, Zusammenarbeit der Ärzte funktionierte besser.
Versorgerbefragung (AP 2) (Hauptquelle)	In beiden Gruppen (ASV- und Nicht-ASV-Ärzte) gab es überwiegend hohe Zufriedenheit, was Aspekte der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen betrifft; Vernetzungsstrukturen werden in beiden Gruppen genutzt. ASV-Ärzte: Großteils bereits bestehender Kreis an ärztl. Kollegen, Zusammenarbeit hat sich aber anscheinend teilweise intensiviert.
Falldaten (AP 3)	Es zeigten sich mehr Einweisungen bei ASV-Patienten, <i>zurückhaltende Beurteilung</i>
Interviews (AP 4A)	Es gab heterogene Meinungen – sektorenübergreifende Zusammenarbeit in ASV sei (nicht) besser; verbesserte Sektorenverknüpfung war dabei ein häufiger Grund für ASV-Teilnahme.
Kleingruppendiskussionen (AP 4B)	Patienten wünschen sich intersektorale Vernetzung und lückenlose Kommunikation.

Workshop I (AP 5)	Heterogene Bewertung; sowohl innerhalb als auch außerhalb der ASV gibt es zum Teil sektorenübergreifende Zusammenarbeit – ob die ASV dies fördert, kann nicht geschlussfolgert werden.
AH 9 kann anhand der aktuell verfügbaren Daten und vorliegenden Ergebnisse teilweise angenommen werden.	

AH 10: Die ASV ermöglicht Innovationen und die Weiterentwicklung der Versorgung.	
Patientenbefragung (AP 1)	Beim Zugang zur Versorgung gab es keinen Unterschied; Digitalisierung: ePA wird nicht genutzt, im Kontakt mit den Ärzten wird kaum digitale Kommunikation genutzt; in Bezug auf Medikation, Diagnostik gab es keine Unterschiede bei PSMA-PET-CT Anzahl.
Versorgerbefragung (AP 2) (Hauptquelle)	Die Mittel zum Informationsaustausch der Ärzte in beiden Gruppen (ASV- und Nicht-ASV-Ärzte) war nicht besonders digital, ASV-Ärzte: ASV fördert interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit (55% bzw. 54%) sowie Netzbildung (54%); mehr Diagnostik-Möglichkeiten (s.o. bei Hypothese 2) und zum Teil Anwendung neuer Diagnosemöglichkeiten durch die ASV (44%)
Falldaten (AP 3)	Neue Hormontherapien werden eher bei Nicht-ASV Patienten eingesetzt, <i>zurückhaltende Beurteilung</i>
Interviews (AP 4A)	Es wurde keine Innovationen und Weiterentwicklung der Versorgung in der ASV gesehen, abgesehen von einer verbesserter Strukturqualität; Anreiz einer besseren Vergütung; ASV hat Potential; muss „gelebt“ werden; hohes Weiterentwicklungspotenzial
Kleingruppendiskussionen (AP 4B)	<i>keine Beurteilung möglich</i>
Workshop I (AP 5)	Eher negative Bewertung; es bestehe die gleiche Versorgung wie vorher, eine Weiterentwicklung und besondere Innovationsförderung sei nicht zu erkennen.
AH 10 muss anhand der aktuell verfügbaren Daten und vorliegenden Ergebnisse verworfen werden.	

Hypothese 11: ASV-Ärzte sind mit den Rahmenbedingungen der ASV zufrieden.	
Patientenbefragung (AP 1)	<i>keine Beurteilung möglich</i>
Versorgerbefragung (AP 2) (Hauptquelle)	Administrativer Arbeitsumfang zur Teamzulassung und -verwaltung wird überwiegend als zu hoch oder viel zu hoch eingeschätzt; in Freitextangaben: fehlende Informationen und Beratung zur ASV bemängelt, Aufwand-Nutzen-Verhältnis für einen Teil der Nicht-ASV-Ärzte unstimmtig.
Falldaten (AP 3)	<i>keine Beurteilung möglich</i>
Interviews (AP 4A)	Von ASV-Teamleitern gab es überwiegend positive Bewertungen der ASV, Stärken: bessere Strukturqualität; Anreiz zur besseren Vergütung; Schwächen: hoher bürokratischer Aufwand, gescheiterte Einbindung der Vertragsärzte.
Kleingruppendiskussionen (AP 4B)	<i>keine Beurteilung möglich</i>

Workshop I (AP 5)	Heterogene Bewertung; es sei ein sehr hoher Aufwand, um in die ASV zu kommen (sowie diese zu unterhalten). Kritisiert wurden die fehlenden Informationen/Betreuung, z. B. zu Abrechnungsmodalitäten. Vorteile seien die gut vernetzte Struktur, die unbudgetierte Vergütung und Möglichkeiten der Weiterbildung (Tumorthherapie).
AH 11 muss anhand der aktuell verfügbaren Daten und vorliegenden Ergebnisse verworfen werden.	

In **Workshop II** wurden Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV bewertet und diskutiert. Eine detaillierte Übersicht der Bewertungsergebnisse aller 37 bewerteten Empfehlungen gibt der *Anhang 5. Teilbericht 5_Workshops_Anhang 4*. Hinsichtlich der übergeordneten Ziele, welche noch nicht die einzelnen Handlungsempfehlungen darstellten, wurde Ziel II: die Reduzierung des bürokratischen Aufwandes, am höchsten bewertet (Median 9), dann Ziel I: die wissenschaftliche Belegung des Vorteils für Patienten (Median 8,5), gefolgt von Ziel III: Verbesserung von Information, Kommunikation und Beratung sowie Ziel IV: Innovation und Weiterentwicklung (je Median 7,5).

Im Hinblick auf die Einzelempfehlungen erhielt die Vereinheitlichung und Digitalisierung des ASV-Anzeigeverfahrens die höchste Bewertung.

Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und die bundesweite Vereinheitlichung der Strukturen wurden im Median jeweils mit 8,5 bewertet.

Jeweils im Median mit 8 bewertet wurden folgende Einzelempfehlungen:

- die zentrale, digitale Dokumentation der Behandlungsdaten der Patienten,
- die Anpassung der Anforderungen zur Teilnahme an die Versorgungsrealität,
- die Streichung bzw. Flexibilisierung der 30-Minuten Entfernungsregelung,
- eine flexiblere Gestaltung der hinzuzuziehenden Fachrichtungen,
- die Akzeptanz bereits bestehender Nachweise zur Qualifikation,
- die Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Ärzte,
- die automatische Meldung von ASV-Teams bei der Servicestelle,
- die Forderung eines einheitlichen ASV-Team Verwaltungssystems,
- Vergütungspauschalen rund um die Teamorganisation,
- die Vereinfachung der Abrechnung,
- eine verbesserte Patienteninformation,
- die Nutzung von Synergien zu vorhandenen Strukturen,
- die Sicherung der ASV-Versorgung in Flächenländern,
- die Einbeziehung von Fachexperten und
- der Einsatz digitaler Technologien.

Eine mediane Bewertung von 7,5 erhielten die Empfehlungen zur überregionalen Qualitätssicherung und zu einem einheitlichen Musterkooperationsvertrag.

Im Median mit jeweils 7 bewertet wurden die Empfehlungen:

- die Ermöglichung der Nachsorge von Patienten innerhalb von ASV-Teams,
- die Entwicklung von Leitfäden zur ASV-Team-Organisation, das Heranziehen des EBM als Abrechnungsgrundlage,
- kostenlose PVS-Module,
- die Integration der ASV-Abrechnung in Standardprozesse,
- die Anpassungen der Leistungen der ASV-Servicestelle an den Bedarf,
- ein vermehrtes Angebot von Informationsveranstaltungen für Ärzte,
- die Förderung „gelebter“ Intersektoralität und
- die Anerkennung der uroonkologischen Weiterbildung im Rahmen der ASV.

Die Übernahme der mit „hoher“ (7,0-7,5) oder „höchster“ (8,0-9,0) Relevanz bewerteten Projektergebnisse führten zu folgenden Empfehlungen (Tabelle 6):

Tabelle 6. Übersicht der Empfehlungen mit hoher und höchster Relevanz

Nr.	Empfehlung	Relevanz
1	Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV-Prozesse und Strukturen	
1.1	Eine Vereinheitlichung der Prozesse und Strukturen, insbesondere zum ASV-Zulassungsverfahren sowie der Teamverwaltung sollte handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.	höchste
1.1.1	Durch Digitalisierung könnten die Prozesse vereinheitlicht und vereinfacht werden. Der Einsatz digitaler Technologien könnte insgesamt handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.	höchste
1.1.2	ASV-Prozesse und Strukturen, wie für die Zulassung und Teamverwaltung, könnten bundesweit an übergeordneter Stelle vereinheitlicht werden.	höchste
1.1.3	Die ASV-Versorgung von Patienten in Flächenländern sollte sichergestellt werden (z. B., indem eine überregionale Team-Teilnahme ermöglicht wird, Streichung/Flexibilisierung der 30 Minuten-Entfernungsregelung).	höchste
1.1.4	Die Vorgaben der hinzuzuziehenden Fachrichtungen sollen flexibler gestaltet werden und an die Versorgungsrealität angepasst werden.	höchste
1.1.5	Die Meldung von ASV-Teams bei der ASV-Servicestelle soll im Anschluss an das Anzeigeverfahren automatisiert erfolgen.	höchste
1.1.6	Der organisatorische Aufwand zur Team-Gründung und -Verwaltung könnte für die Teamleitung erleichtert werden.	hohe bis höchste
1.2	Bereits vorhandene Qualifikationsnachweise zur spezialisierten Versorgung uroonkologischer Patienten sollten bei der Zulassung zur ASV berücksichtigt und ohne doppelte Nachweispflicht akzeptiert werden (z. B. zertifizierte Zentren, Onkologie-Vereinbarung).	höchste
1.2.1	Die Zulassungsvoraussetzungen für Ärzte sollen sich auf relevante Leistungen des jeweiligen Fachgebietes beschränken.	höchste
1.3	Die Vereinfachung der Abrechnung könnte handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.	höchste
1.3.1	Der Abrechnungsweg sollte für alle ASV-Teilnehmer vereinheitlicht werden.	hoch

Nr.	Empfehlung	Relevanz
1.3.2	Das abrechenbare Leistungsspektrum sollte durch Rückgriff auf den EBM festgelegt und die Leistungen nicht auf Leistungen des Appendix 1 eingeschränkt werden. Es sollte der Versorgungsrealität entsprechen. Somit könnten relevante Leistungen (aktuell „Pseudoziffern“ des Appendix 2) schneller überführt werden.	höchste
1.3.3.	ASV-Module für Praxisverwaltungs-Systeme (PVS) sollten unentgeltlich verfügbar sein bzw. könnte eine Pauschale zur Deckung dieser Kosten eingeführt werden.	hoch
2	Empfehlungen zur Prozess- und Ergebnisdokumentation	
2.1	Der Vorteil für ASV-Patienten bzw. die damit verbundene Qualität gegenüber einer Behandlung außerhalb der ASV sollte weiter wissenschaftlich untersucht und für alle transparent gemacht werden.	höchste
2.1.1	Eine gemeinsame, digitale Patientenakte erleichtert die Versorgung in einem Team. Zudem bietet sie die Voraussetzung für eine Auswertung sowie eine Qualitätssicherung.	höchste
2.1.2	Es sollen Qualitätsindikatoren entwickelt bzw. identifiziert werden, die einen potenziellen Nutzen der Patienten im Rahmen der ASV betrachten und zu Evaluationszwecken genutzt werden.	höchste
2.1.3	Es sollte ein überregionales Verfahren zur Qualitätssicherung geschaffen werden. Da das zu etablierende Qualitätssicherungsverfahren auch die Strukturqualität umfasst, könnten das bisherige Anzeigeverfahren und die Erhebungen auf Länderebene langfristig komplett in diesem Verfahren aufgehen.	hoch
3	Empfehlungen zur Verbesserung von Information, Beratung und Kommunikation	
3.1	Das Informations- und Beratungsangebot für Ärzte sollte optimiert werden.	hoch
3.2	Ärzte in Ausbildung ohne Facharzt-Status sollen die onkologische Weiterbildung im Rahmen der ASV absolvieren dürfen.	hoch
3.3	Die Patienteninformation zur ASV bzw. über bestehende Versorgungsstrukturen soll verbessert werden.	höchste

Zu allen Empfehlungen wurde eine Rechtsanwaltskanzlei für eine juristische Beratung hinzugezogen, die die empirisch ermittelten Empfehlungen der Stakeholder basierend auf den Projektergebnissen hinsichtlich ihrer Umsetzungsmöglichkeiten anhand der aktuellen Rechtslage beurteilen bzw. einordnen sollte. Die juristische Einschätzung wird unverändert und ohne Wertung des Konsortiums unter „Umsetzung aus juristischer Perspektive“ dargestellt (*Anhang 6. Teilbericht 6_ Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren*).

7. Diskussion der Projektergebnisse

Verteilung und Strukturen der ASV-Teams

Im Vergleich zum Zeitpunkt der Antragstellung (14 ASV-Teams) konnte eine Zunahme der Teams für urologische Tumore während des Projektverlaufes beobachtet werden (aktuell 99 Teams, Stand 09/2023; Datenquelle: ASV-Servicestelle, Abbildung 4).

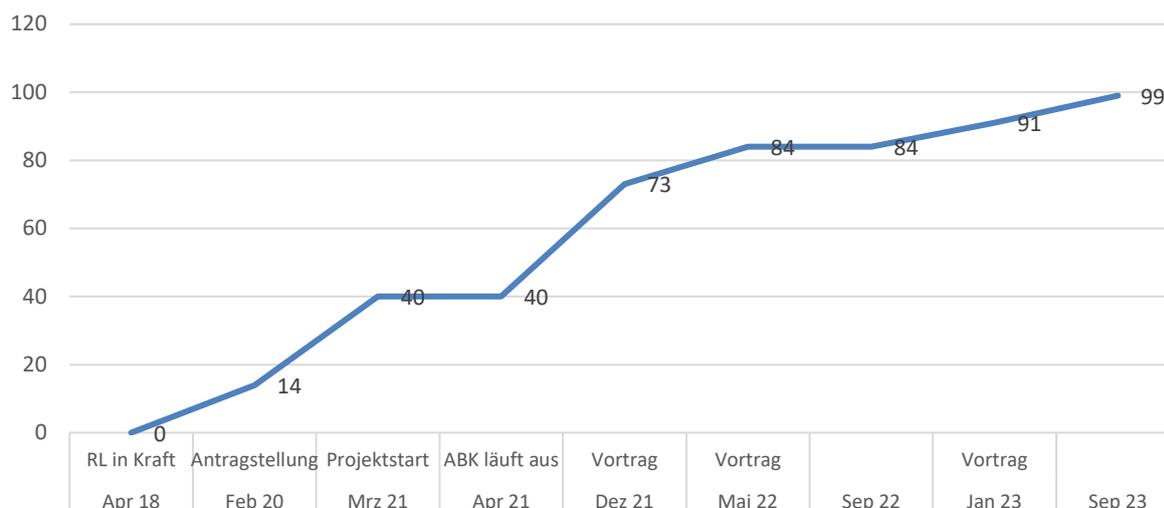


Abbildung 4. Zunahme der ASV-Teams für „Urologische Tumoren“ seit Inkrafttreten der Richtlinie

Auffallend ist dabei die regional ungleiche Verteilung der Teams über die Bundesrepublik, wobei eine hohe Teamdichte im Westen (KV-Regionen Nordrhein, Hessen, Westfalen-Lippe) des Landes besteht. Diese Ergebnisse spiegeln sich auch in den aktuellen Zahlen des G-BA wider (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2022). Auffallend war der hohe Anteil an ASV-Teamleitungen an Kliniken (>90%) und dabei der geringe Anteil an Teamleitungen durch urologische Vertragsärzte (n=4). Auch die Teamzusammensetzung war sehr unterschiedlich. Ca. 30% der Teams hatten keine Beteiligung urologischer Vertragsärzte im Kernteam.

Hohe Anforderungen an ASV-Teams bei heterogener Umsetzung des Anzeigeverfahrens und fehlender Dokumentation der Ergebnisse

Die ASV-Richtlinie will insbesondere die Qualifikation der Ärzte sicherstellen und die Koordination der Versorgung durch Vorgabe der Kooperation der an der Patientenversorgung beteiligten Ärzte verbessern.

Bei den meisten eLAs ist das Verfahren zur ASV-Teilnahme sehr aufwändig im Gegensatz zu einem prinzipiell niederschwellig angesetzten Anzeigeverfahren und gleicht eher einem Prüfverfahren. Die Prüftiefe ist jedoch regional sehr unterschiedlich (*vergleiche auch 6.2.2 Umfrage bei den eLA, Ergebnisbericht GOAL-ASV* (Dengler et al., 2022)). Verbesserungsbedarf scheint hier in einer Anpassung der Qualitätssicherung zu bestehen. Dieses wird für Vertragsärzte wie Klinikärzte mit gleichen Vorgaben gefordert trotz zugrundeliegender unterschiedlicher Strukturen.

Die Anforderungen zur Teilnahme an der ASV sind für Kliniken mit vorbestehenden Netzwerken einfacher zu bewerkstelligen als für Vertragsärzte. Oftmals gibt es in der Klinik bereits eine ASV-Koordination oder beauftragte Stelle bzw. wurde eine für die ASV eingerichtet, welche sich – alleinig oder unter anderem – um die Bürokratie der ASV-Anzeige und der Anzeigen zum Arztwechsel innerhalb der Teams kümmert. Teilweise bestehen bereits Vorerfahrungen aus ASV-Teams für andere Entitäten. Zudem sind die Vorgaben zur ASV-Teilnahme in Flächenländern mit geringer Leistungserbringerstruktur deutlich schwerer zu erfüllen als in Ballungszentren. In Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern ist weiterhin kein ASV-Team für urologische Tumoren gemeldet. Eine Bedarfsplanung für die ASV existiert nicht. Hier wird ein Unterlaufen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung auf Kosten der wohnortnahen ambulanten Versorgung befürchtet. Trotz der extrabudgetären Vergütung der ASV kann dies durch die Bereinigung der Budgets auf Dauer als nachteilig für die Vertragsärzte ausfallen.

Das strenge Anzeigeverfahren steht einer quasi nicht existenten Kontrolle der Ergebnisse, welche aus einer ASV-Behandlung resultieren, gegenüber. Die eLAs haben lediglich die Auf-

gabe, die Teamzusammensetzungen zu überprüfen. Zur Erfassung der Behandlungsergebnisse der ASV existiert keine Datengrundlage.

Diskussion der Ergebnisse aus den einzelnen Arbeitspaketen

Im Folgenden werden vorerst die Erkenntnisse aus den einzelnen APs einzeln diskutiert und abschließend die wichtigsten Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV besprochen.

Bisher wurde die Sicht der Patienten auf die Versorgung im Rahmen der ASV kaum betrachtet. Auch fehlen tiefere direkte Vergleiche der ASV mit der Regelversorgung.

Die durchgeführte **Patientenbefragung (AP 1)** im Rahmen des Projektes ASV-WE ist ein erster Schritt, diese Lücke zu schließen. Zusammenfassend zeigte sich, dass sich Patienten mit Prostatakarzinom, die im Rahmen der ASV „Urologische Tumore“ versorgt werden, im Vergleich zu Patienten in der „üblichen“ Versorgung besser über ihre Erkrankung und Behandlungsoptionen informiert und stärker in Entscheidungen zu ihrer Versorgung eingebunden fühlen. Sie berichten über eine bessere Verfügbarkeit ärztlicher Ansprechpartner und eine bessere Zusammenarbeit der beteiligten Gesundheitsfachberufe. Aus ihrer Sicht sind ASV-Patienten auch therapieadhärenter. Die Versorgungsmodalität hat dabei keine Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Zufriedenheit mit Abläufen und Strukturen der Versorgung (Koordination). In beiden Gruppen wird der Zugang zur Versorgung als sehr positiv wahrgenommen.

Den Patienten ist häufig nicht bewusst, ob sie im Rahmen der ASV versorgt werden oder nicht. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass die Patienten das ASV-Konzept nicht kennen bzw. mit dem Begriff andere Versorgungsansätze, z. B. die fachärztliche Versorgung, verbinden. Eine weitere Erklärung könnte sein, dass Patienten – trotz einer Aufklärungspflicht zur ASV von ärztlicher Seite – ohne ihr Wissen in die ASV eingeschlossen werden.

In den letzten Jahren gab es bedeutende Änderungen in Diagnostik und Therapie des fortgeschrittenen bzw. metastasierten Prostatakarzinoms. Im Rahmen der Diagnostik ist besonders die Anwendung des PSMA-PET-CT zu nennen, das über die ASV abgerechnet werden kann. Häufig wird diese Möglichkeit als Grund für die ASV-Teilnahme bei der ASV „Urologische Tumore“ genannt. In der vorliegenden Befragung erhielt nur ein Fünftel aller Patienten ein PET-CT, unabhängig davon, ob sie im Rahmen der ASV betreut wurden oder nicht. Unterschiedliche Gründe können dafür eine Rolle spielen: zum einen könnte die Diagnostik in der vorliegenden Stichprobe einen geringeren Stellenwert haben, da die Patienten nicht neu erkrankt sind bzw. diese Diagnostik im aktuellen Stadium nicht benötigen. Zum anderen könnten sich die jeweiligen Leistungserbringer über die Möglichkeit des Einsatzes im Rahmen der ASV nicht genügend bewusst sein, so dass diese Diagnostik nicht als Option wahrgenommen wird. Im Rahmen der Therapie ist insbesondere für die metastasierten Stadien durch z. B. neue Möglichkeiten der Hormonblockade und zielgerichtete Therapien die Behandlung erfolgreich erweitert worden, sodass verlängerte Überlebenszeiten erreicht werden konnten (Achard, Putora, Omlin, Zilli, & Fischer, 2022). In der untersuchten Stichprobe ist der Anteil der Patienten, die Therapien nach den neuesten Leitlinienempfehlungen erhalten, noch gering. Der Prozess der Leitlinienimplementierung hängt von unterschiedlichen Bedingungen ab (siehe z. B. den Jahresbericht der zertifizierten Prostatakrebszentren 2022, abrufbar unter <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>), so dass sich Veränderungen zum Teil über einen längeren Zeitraum und in einer größeren Stichprobe mit einer höheren Anzahl an Leistungserbringern und Patienten und Daten der Krankenkassen eher beobachten lassen.

Auffällig ist der geringe Anteil an Patienten, die eine elektronische Patientenakte nutzen, obwohl ein Großteil eine solche nutzen würden. Allerdings entspricht diese Beobachtung der allgemeinen Nutzungsrate in Deutschland.

Einschränkend muss leider nochmals festgehalten werden, dass trotz u. a. Einführung von Incentives für die teilnehmenden Studienzentren, Erleichterung der Teilnahme für die Patienten durch Aufstellen von Sammelboxen in den Zentren und Verlängerung des Rekrutierungs-

zeitraums das anvisierte Rekrutierungsziel nicht erreicht werden konnte. Unterschiede, die in den Versorgungsformen bestehen, konnten so evtl. bei den Patienten nicht gezeigt werden. Positiv hervorzuheben ist allerdings, dass die Fragebögen durch die teilnehmenden Patienten fast vollständig ausgefüllt wurden und nur wenige fehlende Werte vorlagen.

Die dokumentierten Ergebnisse der **Versorgerbefragung (AP 2)** sind vor dem Hintergrund zu betrachten, dass ambulant tätige Ärzte sowohl in der Interventions- als auch in der Vergleichsgruppe häufig vertreten waren, während ASV-Teams für urologische Tumore in der Grundgesamtheit häufig an Kliniken angesiedelt waren. In der Stichprobe überproportional häufig vertreten waren auch Ärzte in Leitungspositionen. Auch hinsichtlich der regionalen Verteilung gab es Abweichungen von der Grundgesamtheit. Zugleich war die für die Versorgerbefragung relevante Grundgesamtheit sehr heterogen, umfasste sie doch Urologen aus zwei Versorgungsbereichen, aus diversen Einrichtungsarten, mit unterschiedlichem Grad der ASV-Beteiligung und variierenden regionalen Gegebenheiten. Um vor dem Hintergrund der hohen Heterogenität der relevanten Grundgesamtheit weitere mögliche Verzerrungen durch eine inadäquate Gewichtung der Beobachtungen zu vermeiden, wurden die quantitativen Ergebnisse in diesem Bericht ungewichtet berichtet.

Auch wenn die Ergebnisse der Versorgerbefragung also unter der Einschränkung zu interpretieren sind, dass eine Selektion in die Erhebungsteilnahme stattgefunden hat, so gewähren sie doch wichtige Einblicke in die zugrundeliegenden Arbeits- und Kommunikationsprozesse der ASV-Teams und ermöglichen eine Gegenüberstellung der Versorgungsrealität innerhalb der ASV-Teams und der Regelversorgung für uroonkologische Patienten. Um der beobachteten Selektion in die Erhebungsteilnahme Rechnung zu tragen, wurden zudem Subgruppenanalysen, insbesondere nach der Zugehörigkeit zum Versorgungsbereich, durchgeführt.

Die Frage, ob die bestehende ASV „Urologische Tumore“ die in sie gesetzten Erwartungen hinsichtlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erfüllt, kann auf Grundlage der Ergebnisse der Versorgerbefragung dabei nicht abschließend beantwortet werden. Beide Gruppen von Befragten, ASV- wie Nicht-ASV-Ärzte, arbeiteten nach eigenen Angaben vernetzt – innerhalb der ASV wie auch unabhängig von der ASV – und wiesen eine hohe Zufriedenheit hinsichtlich der einrichtungs- bzw. sektorenübergreifenden Zusammenarbeit mit ihren ärztlichen Kollegen auf. Beide Gruppen schätzten ihre Möglichkeiten, Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasiertem Prostatakarzinom eine qualitativ hochwertige Versorgung zukommen zu lassen, überwiegend als gut bis sehr gut ein. Was den Zugang dieser Patienten zur Versorgung anbelangt, sah mehr als die Hälfte der ASV-Ärzte keinen großen Unterschied zwischen ASV und Regelversorgung bei der medizinischen Versorgung der Patienten insgesamt. Ein Vorteil der ASV „Urologische Tumore“ scheint in der Verfügbarkeit von mehr bzw. neuen Möglichkeiten der Diagnostik zu liegen und ein Teil der ASV-Ärzte gab an, dass sie durch die ASV begonnen hatten, neue Diagnosemöglichkeiten anzuwenden. Insgesamt ergeben sich aber aus der Versorgerbefragung keine eindeutigen Hinweise darauf, dass die ASV im Bereich der urologischen Tumore Innovation und Weiterentwicklung der Versorgung fördert.

Generell deuten die Ergebnisse der Versorgerbefragung auf eine hohe Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der ASV „Urologische Tumore“ hin. Während die ASV-Ärzte mit der Patientenversorgung in der ASV überwiegend zufrieden waren, zeigte sich eine überwiegende Unzufriedenheit mit dem Zulassungs- bzw. Anzeigeverfahren zur ASV und der Unterstützung durch die eLAs. Sowohl die Ärzte der Interventions- als auch jene der Vergleichsgruppe betrachteten den administrativen Aufwand bei Teamgründung und -verwaltung überwiegend als zu hoch. In beiden Gruppen wurden zahlreiche Weiterentwicklungsbedarfe der ASV „Urologische Tumore“ gesehen, wobei der bürokratische Aufwand am häufigsten genannt wurde. In den Freitextangaben bemängelten ASV- wie Nicht-ASV-Ärzte fehlende Informationen und Beratung zur ASV „Urologische Tumore“.

Die quantitativen und qualitativen Ergebnisse der Versorgerbefragung zeigen konkrete Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der ASV „Urologische Tumore“. So scheint das auf-

wändige Zulassungsverfahren eine Hürde für die Teilnahme darzustellen. Eine Vereinfachung des Teamgründungs- und Teamverwaltungsprozesses samt der Abrechnungsmodalitäten erscheint ratsam, wenn man die Teilnahmebereitschaft an der ASV „Urologische Tumore“ erhöhen und den bereits bestehenden ASV-Teams die Zusammenarbeit im Team erleichtern möchte. Auch eine Verbesserung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses könnte die Bereitschaft zur ASV-Teilnahme möglicherweise steigern. Schließlich zeigt die Versorgerbefragung für beide Gruppen, ASV- wie Nicht-ASV-Ärzte, einen Bedarf an verbesserten Informations- und Beratungsangeboten sowohl vor als auch nach Gründung eines ASV-Teams.

Deutlich gemacht haben die Arbeiten an der Versorgerbefragung zudem, dass es für die Beantwortung der Frage, ob die ASV „Urologische Tumore“ letztendlich Qualitätsvorteile im Vergleich zur Regelversorgung bietet, weiterer Forschungsarbeiten mit einem anderen empirischen Ansatz bedarf. Während die Versorgerbefragung gut dazu geeignet war, die zugrundeliegenden Arbeits- und Kommunikationsprozesse in den ASV-Teams zu beschreiben und die persönlichen Einschätzungen der Befragten zur kollegialen Zusammenarbeit, zur Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der ASV etc. zu beleuchten, so konnte mit diesem Ansatz die Versorgungsqualität nicht angemessen erfasst werden. Im Rahmen der Entwicklung der Erhebungsinstrumente, auch basierend auf Rückmeldungen aus Expertenrunden und der Pilotierung der Fragebogen, konnten keine objektiven Kriterien oder Kennzahlen identifiziert werden, anhand deren sich mögliche positive Effekte der ASV „Urologische Tumore“ auf die Versorgungsqualität hätten quantifizieren lassen können. Hierzu könnten zukünftige Studien auf der Grundlage einer ausreichenden Anzahl von Falldaten, welche die notwendigen klinischen Parameter umfassen, einen Erkenntnisgewinn bieten.

Zusammenfassende Schlussfolgerung der Patienten- und Versorgerbefragung im Hinblick auf die Hypothesen

Die hier aufgestellten und untersuchten Hypothesen mit den Ergebnissen der 2 Befragungen erlauben den Schluss, dass ASV-Patienten im Vergleich zu Patienten in der Regelversorgung keine höhere Lebensqualität (AH 1) und keine höhere Zufriedenheit mit ihrer Versorgung (AH 7) aufwiesen. Insgesamt hatten ASV-Patienten keinen besseren Zugang zu Versorgung (AH 2), d. h. zu benötigten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Sie erhielten jedoch schneller Termine und schätzen Praxismitarbeiter für hilfsbereiter ein. ASV-Patienten berichteten insgesamt von keiner besseren Koordination der Versorgung (AH 3), jedoch von einer besseren Verfügbarkeit ärztlicher Ansprechpartner und besserer Zusammenarbeit. ASV-Vorteile waren jedoch eine höhere Therapieadhärenz (AH 4) und die besseren Informationen über Erkrankung und Therapieoptionen (AH 5). Außerdem waren die Patienten besser an den Entscheidungen über ihre Therapie beteiligt (AH 6). Zur Beurteilung der medizinischen Outcomes (AH 1) fehlt aktuell die Datengrundlage. Die Versorgungsqualität konnte nicht angemessen erfasst werden.

Sowohl ASV-Ärzte als auch Nicht-ASV-Ärzte waren nach eigenen Angaben gut vernetzt und arbeiteten einrichtungs- bzw. sektorenübergreifend mit ärztlichen Kollegen zusammen. Beide Gruppen zeigten eine hohe Zufriedenheit hinsichtlich der einrichtungs- bzw. sektorenübergreifenden Zusammenarbeit (AH 9). Insgesamt ergaben sich aus der Versorgerbefragung keine eindeutigen Hinweise darauf, dass die ASV im Bereich der urologischen Tumore Innovation und Weiterentwicklung der Versorgung fördert (AH 10). Es zeigte sich eine deutliche Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der ASV „Urologische Tumore“. Insbesondere wurde der zu hohe Aufwand für die Teamgründung und -verwaltung kritisiert. Mit der Patientenversorgung in der ASV waren die ASV-Ärzte jedoch überwiegend zufrieden (AH 11). Konkrete Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung liegen in einem vereinfachten Teamgründungs- und Teamverwaltungsprozess, einem verbesserten Kosten-Nutzen-Verhältnis und verbesserten Informations- und Beratungsangeboten.

Diskussion der zusätzlichen Erkenntnisse aus den weiteren Arbeitspaketen

Die **Falldaten (AP 3)** des DIFAScience-Datenpanels gaben in erster Linie Auskunft über das Leistungsgeschehen (Verordnungs- und Abrechnungsverhalten) zu Patienten mit (fortge-

schrittenem) Prostatakarzinom in den beteiligten Praxen. Für den Vergleich ASV vs. Nicht-ASV zeigten sich bei den ASV-Patienten signifikant häufiger Vorstellungen, Verordnungen, Abrechnungen, Diagnoseeinträge und Überweisungen. Bei den Nicht-ASV-Patienten waren die Laborparameter signifikant häufiger.

Versorgungsqualität, Innovation der Versorgung und sektorenübergreifende Versorgung waren aufgrund der Limitationen der Falldaten nur eingeschränkt zu beurteilen. Insgesamt zeigten sich bei 87% der Gesamtkohorte keine Zusatzdiagnosen bei Metastasierung oder Kastrationsresistenz. Das zeigt, wie ungeeignet die Kohorte für die Beurteilung der Behandlungsqualität insbesondere für komplexe und multimodale Fallverläufe war. Auch wenn sich die Fälle, für Vergleiche teilweise longitudinal darstellen ließen, waren die Versorgungsabläufe in Zusammenhang mit der Hauptdiagnose und evtl. Ko-Diagnosen und den dabei in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen und bestimmten Laborwerten aufgrund fehlender Parameter zur Einteilung des Schweregrades der Erkrankung, nur schwierig zu bewerten. Dies betraf insbesondere den zeitlichen Verlauf von Verordnungen und eventuellem Therapiewechsel. Diese waren nur begrenzt anhand von PSA-Wert-Veränderungen nachzuvollziehen, da diese kaum erfasst wurden.

Gleiches gilt für den Vergleich der Fälle ASV vs. Nicht-ASV. Auch die Erfassung von Komplikationen war lückenhaft. Diese wurden durch schlechte Laborwerte erfasst (z. B. Anämie, Thrombozytopenie, Niereninsuffizienz). Ärztliche Maßnahmen waren nicht in den Daten verzeichnet.

Die Kodier- bzw. Erfassungsqualität spielt eine zentrale Rolle bei der Datensammlung für Versorgungsforschung und war durch die fehlenden bzw. unvollständigen Daten stark limitiert. Deshalb kann kein vollständiges Bild der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der ASV abgegeben werden. Die aktuelle Analyse ist somit als Stichprobe aus diesem Versorgungsbereich zu sehen und muss aufgrund der Limitationen sehr vorsichtig interpretiert werden. Zukünftige Analysen sollten auch den Klinik-Bereich der ASV mit einbeziehen.

Es wurden weit mehr **Interviews und Expertengespräche (AP 4A)** durchgeführt als initial geplant. Im Projektverlauf zeigte sich schnell, dass die Einschätzung und Meinung weiterer Stakeholder über die eLA-Vertreter und ASV-Teamleiter hinaus eine große Rolle für die Evaluierung der ASV spielen. Ziel war es, somit nicht nur, die Ergebnisse der Interviews in den Kontext der Arbeitshypothesen zu stellen, sondern auch tiefere Kenntnisse z. B. zum aktuellen Umsetzungsstand der ASV oder zu Implementierungsbarrieren und Weiterentwicklung der ASV zu gewinnen.

Leider konnten nur 9 der 17 geplanten Interviews mit eLA-Vertretern durchgeführt werden. Somit wurde kein vollständiges Bild zur Effektivität der Rahmenbedingungen aus eLA-Sicht erlangt. Insbesondere aus den KV-Regionen mit wenigen oder ohne ASV-Teams für Urologische Tumoren (z. B. Hamburg Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern), konnten keine Interviewpartner gewonnen werden. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Aussagen in Interviews häufig Einzelmeinungen widerspiegeln und somit nicht uneingeschränkt auf die gesamte Stakeholdergruppe übertragen werden können.

Aus den Ergebnissen der Interviews mit den eLA-Vertretern und den ASV-Teamleitern geht hervor, dass nicht zu beurteilen war ob durch die ASV eine bessere Patientenversorgung bzw. qualitativ hochwertige Versorgung (beurteilt an klinischen Parametern) ermöglicht wird. Dafür fehlten belastbare Daten für Patientenoutcomes und klinische Daten. Wird die Patientenversorgung im Vergleich zur Regelversorgung als besser eingeschätzt, liegt dies eher an kürzeren Wegen, besserer Koordination, mehr Diagnostikmöglichkeiten für Patienten etc. Eine wichtige Quelle waren die Interviews mit den ASV-Koordinatoren, da diese aus dem Alltag der ASV-Umsetzung mit den bestehenden Widerständen berichteten. Diese liegen insbesondere im hohen bürokratischen Aufwand.

Den Interviews mit den Nicht-ASV-Ärzten konnten Hinweise entnommen werden, warum keine Teilnahme an der ASV erfolgt. Gründe liegen hier überwiegend im nicht angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnis.

Besonders die Expertengespräche haben dazu beigetragen, tiefere Kenntnisse zur Abrechnung der ASV zu erlangen, die Abgrenzung zur Onkologie-Vereinbarung deutlich zu machen sowie zu eruieren, ob bereits existierende Plattformen/Angebote auch für die ASV genutzt werden könnten. Abrechnungsfragen wurden weiterhin in den Interviews mit Krankenkassenvertretern sowie der KBV adressiert.

Die zugrundeliegende Fragestellung, ob die ASV-Ziele auf Ebene der Versorger (Sicherung qualitativ hochwertige Versorgung, Ziel der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, Ermöglichung von Innovationen und Weiterentwicklung der Versorgung sowie Zufriedenheit der ASV-Ärzte mit Rahmenbedingungen) erreicht werden, kann insgesamt auf Basis der Ergebnisse der Interviews nicht positiv beantwortet werden. Die Ergebnisse werden in Abstimmung mit den Ergebnissen der Versorgerbefragung betrachtet und gemeinsam bewertet.

Zudem wurden in den Interviews Aussagen gemacht, die Weiterentwicklungspotenzial enthielten. Die Vorschläge wurden in den nachfolgenden Workshops vertieft. Bedarf für eine Weiterentwicklung wurde überwiegend in einer bundesweiten, übergeordneten Vereinfachung/Vereinheitlichung des Verfahrens sowie im Abbau der Bürokratie gesehen. Darüber hinaus wurde die Etablierung einer Kommunikationsplattform, die Verbesserung der Information für Patienten und Ärzte, die Abrechnung und Vergütung, die Entwicklung von Qualitätskriterien jenseits der Strukturqualität sowie die Schaffung einer einheitlichen Dokumentationsstruktur als wichtige Bereiche für eine Weiterentwicklung genannt.

Im Rahmen der zwei **Kleingruppendiskussionen (AP 4B)** konnte die Perspektive von Patienten mit fortgeschrittenem bzw. metastasiertem Prostatakarzinom und ihren Angehörigen zu den wichtigen Bereichen „Koordination der Versorgung“ und „Qualität der Versorgung“ ausführlicher besprochen werden.

Durch die Entwicklung eines Befragungsinstrument zur Bewertung der Koordination der Versorgung und dessen Einsatz in der Patientenbefragung war es möglich, das Zusammenspiel vieler verschiedener an der Versorgung des Prostatakarzinoms beteiligter Akteure aus Patientensicht zu erfassen. Perspektivisch könnte dieses Instrument nach externer Validierung auch in anderen Patientenbefragungen zu ähnlichen Krankheitsbildern, die die Koordination der Versorgung erfassen wollen, zum Einsatz kommen.

Auch die erstellte Checkliste zum Thema „Qualität von Versorgung bei (fortgeschrittener) Tumorerkrankung“ enthielt wichtige Punkte aus dem Wissensfundus der Betroffenen und ihren Angehörigen.

In beiden **Workshops (AP 5)** ermöglichte die Zusammensetzung der Teilnehmer die ASV aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten, was wichtige Impulse für die Weiterentwicklung sowie abschließende Bewertung der Ergebnisse erbrachte.

Insbesondere Workshop I hat dazu beigetragen, die Ergebnisse aus den anderen Arbeitspaketen zu validieren, zu bewerten und zu ergänzen und zudem weitere Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung der ASV zu sammeln. Weiterhin wurden auch methodische Aspekte der Durchführung der Datenerhebung in den anderen Arbeitspaketen diskutiert, die im Weiteren auch in die Bewertung der Ergebnisse eingeflossen sind.

Workshop II baute auf dem Ergebnis aus Workshop I auf. Er hat durch die Bewertung der übergeordneten Ziele zur Weiterentwicklung, der Bewertung der Maßnahmen und Ziele der jeweiligen Bereiche nach Relevanz dazu beigetragen, Ziele und Handlungsempfehlungen zu priorisieren und weitere wichtige Anhaltspunkte zur Schärfung bzw. Konkretisierung dieser zu erlangen.

Hinsichtlich der Übertragbarkeit auf andere ASV-Bereiche zeigte sich, dass die erarbeiteten Empfehlungen zur Weiterentwicklung teilweise auch übertragbar sind (z. B. der Abbau von Bürokratie und die Optimierung der Abrechnung bzw. abrechenbaren Leistungen). Jedoch zeigte sich auch, dass manche Empfehlungen nicht für alle ASV-Entitäten gleich relevant sind, (z. B. ist die Nachsorge von Patienten durch ein ASV-Team, in dem der Hauptbehandler nicht

Mitglied ist, in der Rheumatologie kein Problem – für die Gastrointestinalen bzw. Gynäkologischen Tumore jedoch schon („Verlust des Patienten“). Insgesamt sei die Akzeptanz der ASV bei den Vertragsärzten in der Rheumatologie deutlich höher.

Dass in beiden Workshops viele subjektive Erfahrungen eingeflossen sind, limitiert die Ergebnisse. Mit Hilfe von standardisierten Bewertungsverfahren und transparenten Diskussionen wurde jedoch versucht, diese zu objektivieren. Die Bewertungsverfahren sind jedoch nicht als starres System zu verstehen, sondern waren lediglich eine Unterstützung, die Ergebnisse bzw. die Relevanz von Handlungsempfehlungen zu priorisieren und auf dieser Basis weiter zu bewerten und auszuarbeiten.

Ableitung von Handlungsempfehlungen zur Verschlankung und Verbesserung der ASV

Zusammenfassend scheinen die nachfolgend dargestellten Empfehlungen hierfür besonders geeignet. Die Empfehlungen beziehen sich grundsätzlich auf alle Erkrankungen der ASV. Sofern die Empfehlungen nur innerhalb der ASV für urologische Tumore anwendbar sind, wird dies kenntlich gemacht. Empfehlungen finden sich ansatzweise und teilweise übereinstimmend (i. e. Bürokratieabbau) in den Empfehlungen des Parallelprojektes GOAL-ASV wieder (Dengler et al., 2022), worauf an den entsprechenden Stellen verwiesen wird. Die Einordnung der Umsetzung der Empfehlungen in die aktuelle Rechtslage wird unverändert und ohne Wertung des Konsortiums unter „*Umsetzung aus juristischer Perspektive*“ dargestellt.

Für Details wird auf den *Anhang 6. Teilbericht 6_ Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren* verwiesen.

- (bundesweite) **Vereinheitlichung der Prozesse und Strukturen** (*Anhang 6. Teilbericht 6_ Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren_ Empfehlungen 1, 1.1, 1.1.2*)

Begründung aus den Projektergebnissen

Der bürokratische Aufwand sollte durch eine – idealerweise bundesweite – Vereinheitlichung der ASV-Prozesse und Strukturen reduziert werden. Dabei steht das Zulassungsverfahren im Vordergrund.

Die ärztliche Befragung deutet auf eine ausgeprägte Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der ASV „Urologische Tumore“ hin. Mehr als die Hälfte der befragten ASV-Ärzte zeigte sich unzufrieden mit dem Zulassungs- bzw. Anzeigeverfahren zur ASV (51%). Sowohl ASV-Ärzte als auch Nicht-ASV-Ärzte in der ärztlichen Befragung sahen den administrativen Arbeitsumfang bei Teamgründung und -verwaltung überwiegend als zu hoch an. Gefragt nach den konkreten Weiterentwicklungsbedarfen der ASV „Urologische Tumore“ sahen 39% der ASV-Ärzte Weiterentwicklungsbedarf bei der Zulassung und 60% Weiterentwicklungsbedarf beim bürokratischen Aufwand (z. B. Formular/Rezeptwesen) (32% bzw. 36 % bei den Nicht-ASV-Ärzten). Auch die interviewten Vertreter der eLAs, deren Aufgabe insbesondere aus der Prüfung der ASV-Anzeigen besteht, wünschen einen Abbau von Bürokratie und monieren das fehlende einheitliche Anzeigeverfahren.

Durch die verschiedenartige Auslegung der ASV-Teilnahmebedingungen ist eine Fehlstruktur entstanden (Prüfverfahren). Dahinter scheint eine Art Qualitätssicherung durch hohe Teilnahmehürden zu stehen. Die Umsetzung der ASV-Teilnahme ist bundesweit sehr heterogen (z. B. wird die Vorlage der Qualifikationsnachweise der Ärzte in den eLAs sehr unterschiedlich gehandhabt). Dies liegt u. a. an der unterschiedlichen Auslegung der ASV-Richtlinie durch die eLAs. Die Erbringung der Qualitätsnachweise ist dabei außerdem häufig ein Parallelnachweis zu bereits erwiesenen Befähigungen für andere Strukturen (z. B. zertifizierte Zentren, vorhandene Onkologie-Vereinbarung). Dieser unverständlich hohe Aufwand erschwert die Teilnahme an der ASV.

1. Eine bundesweit gültige einheitliche Festlegung der Kriterien zur ASV-Teilnahme wird gefordert. Er ist notwendig, um gleiche Voraussetzungen für alle zu bieten. Sofern das Verfahren

auf Länderebene durchgeführt wird, sollten gemeinsame Vorgaben für die Umsetzung erarbeitet werden.

2. Alternativ kann ein bundesweites Verfahren etabliert und eine übergeordnete (bereits vorhandene/etablierte) Stelle mit den Regularien rund um die ASV betraut werden. Eine einheitliche Digitalisierung des Verfahrens könnte hier unterstützen (*siehe Anhang 6. Teilbericht 6_Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren_Empfehlung 1.1.1*).

Umsetzung aus juristischer Perspektive

Hier sollten insbesondere die eLA-Beteiligten zur Prüfung der Bedenken hinsichtlich eines schlankeren Verfahrens aufgerufen und ein einheitliches Verfahren etabliert werden. Einheitliche, digitale Dokumente wie z. B. für das Anzeigeverfahren wären hierzu ein guter Anfang. Nach der derzeitigen Rechtslage gibt es für den für das Zulassungsverfahren jeweils örtlich zuständigen eLA der Ärzte und Krankenkassen (§ 90 Abs. 1 SGB V) nur einen sehr groben und allgemeingehaltene gesetzlichen Rahmen (Vorgaben in § 116b Abs. 2 und Abs. 3 SGB V und durch die im SGB X verankerten allgemeinen Vorschriften für das sozialrechtliche Verwaltungsverfahren). Solange eLAs das Zulassungsverfahren „einfach, zweckmäßig und zügig“ durchführen (vergleiche § 9 SGB X), können sie die dazu geeigneten Verfahrensschritte jeweils selbst bestimmen (in der Regel in seiner Geschäftsordnung nach § 116b). Hier wäre niederschwellig eine freiwillige Einigung der eLAs untereinander auf eine Vereinheitlichung des Zulassungsverfahrens ideal. Ansonsten müsste entweder der Gesetzgeber eine entsprechende Gesetzesänderung bzw. -ergänzung vornehmen, welche sinnvollerweise in § 116b Abs. 3 SGB V oder in § 90 SGB V angesiedelt wird oder der G-BA müsste die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung in der der ASV-RL (vgl. § 116b Abs. 4 Satz 4 SGB V) dazu präzisieren und dadurch den Interpretationsspielraum auf der Ebene der einzelnen eLAs verkleinern (*siehe auch Empfehlung 1, Ergebnisbericht GOAL-ASV (Dengler et al., 2022)*).

Die Umsetzungsmöglichkeit einer bundesweiten Vereinheitlichung besteht in einer Anpassung der ASV-RL des G-BA. Zum einen hat der G-BA für die Versorgung bei onkologischen Erkrankungen Regelungen zu Vereinbarungen zu treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern in diesem Versorgungsbereich „fördern“ (§ 116b Abs. 4 Satz 9 SGB V). Eine solche „Förderung“ könnte auch durch Vorgaben erfolgen, die eine Vereinheitlichung von Prozessen und Strukturen vorsehen. Zum anderen regelt der G-BA in der ASV-RL die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung (§ 116b Abs. 4 Satz 4 SGB V), wozu ebenfalls Vorgaben zur Vereinheitlichung von Prozessen und Strukturen gehören sollten.

- Verschlankung der Zulassungsvoraussetzungen durch **Akzeptanz bereits vorhandener Qualifikationsnachweise** zur spezialisierten Versorgung uroonkologischer Patienten (doppelte bis mehrfache Nachweispflicht; *siehe Anhang 6. Teilbericht 6_Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren_Empfehlung 1.2*)

Begründung aus den Projektergebnissen

Die Vereinfachung des Qualifikationsnachweises für Ärzte erreichte im Workshop höchste Relevanz. Gerade für die ASV „Urologische Tumore“ bestehen sowohl durch die Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung oder die Möglichkeit zur Zertifizierung zu einem Organzentrum für Vertragsärzte und für Klinikärzte bereits ausreichende Strukturen zur Versorgung uroonkologischer Patienten. Diese sind interdisziplinär und intersektoral angelegt und unterliegen genauen Vorgaben, die regelmäßig geprüft werden. Auch wenn die Übernahme solcher Kriterien für die ASV beabsichtigt war, wird sie so insbesondere von Ärzten aus dem vertragsärztlichen Bereich als konkurrierend zu den bestehenden Versorgungsstrukturen

betrachtet (i. e. Onkologie-Vereinbarung). Vorteile der Patientenversorgung im Hinblick auf bspw. eine qualitativ hochwertigere, interdisziplinäre, intersektorale Versorgung in der ASV Urologische Tumoren wird gegenüber den bestehenden Strukturen nicht gesehen. In der Ärztebefragung wurde die allgemeine Versorgungsqualität der uroonkologischen Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes/metastasiertes Prostatakarzinom von Nicht-ASV-Ärzten überwiegend als gut/sehr gut bewertet. ASV-Teams greifen bei der Bildung ohnehin häufig auf bestehende Strukturen zurück. 80% der befragten ASV-Ärzte arbeiteten innerhalb und außerhalb der ASV größtenteils mit denselben ärztlichen Kollegen zusammen. Es gibt derzeit keine Hinweise, dass eine Struktur besser ist als die andere. Anhand der Projektergebnisse konnte lediglich eine bessere Strukturqualität (u. a. Aufklärung, Beteiligung, Termine) für Patienten in der ASV gezeigt werden. Vergleichende Untersuchungen zu klinischen Ergebnissen gibt es nicht.

Somit wird gefordert, zur Vermeidung von Doppelstrukturen, bereits nachgewiesene Qualifikationen ohne Originalnachweis zu akzeptieren und bestehende Netzwerke zur Versorgung uroonkologischer Patienten zur ASV direkt zu akzeptieren. Bestehende Strukturen wie die ambulante Versorgung nach der Onkologie-Vereinbarung sollen nicht durch die ASV ersetzt werden; evtl. ist hier ein Stufenmodell zu überlegen, indem einfache Fälle in der Onkologie-Vereinbarung versorgt werden und komplexe in der ASV (*vergleiche auch Empfehlungen 1, 2 und 3 Ergebnisbericht GOAL-ASV (Dengler et al., 2022)*).

Diese Empfehlung ist auf ASV-Entitäten ohne bereits bestehende Netzwerke nicht übertragbar. Hier bietet die ASV die primäre Netzwerkstruktur, wo zuvor keine oder wenig intersektorale bzw. interdisziplinäre Strukturen vorhanden waren.

Umsetzung aus juristischer Perspektive

Eine Erleichterung beim ärztlichen Qualifikationsnachweis wäre entweder über eine Änderung/Ergänzung von § 116 b SGB V oder der ASV-RL des G-BA erreichbar. Dabei wäre letzte Option wohl niederschwelliger und damit rascher realisierbar (*vergleiche auch Empfehlung 1 Ergebnisbericht GOAL-ASV (Dengler et al., 2022)*). Eine Rechtspflicht zur Berücksichtigung vorhandener Strukturen besteht derzeit nur durch die Vorgabe in der Verfahrensordnung des G-BA, und zwar im Hinblick auf Erkenntnisse aus anderen ASV-Krankheitsbildern (§ 2 Abs. 3 Satz 5 Verfahrensordnung). Die Berücksichtigung bestehender Netzwerke bzw. mögliche Stufenmodelle könnten sich über eine Änderung der Verfahrensordnung des G-BA oder der ASV-RL (und gegebenenfalls der Rechtsgrundlagen für die anderweitige Struktur, zum Beispiel der Onkologie-Vereinbarung) erreichen lassen. Es könnte aber auch sein, dass dafür Änderungen der für die jeweiligen Strukturen geltenden Vorschriften des SGB V erforderlich werden. Auch wenn die Zentrumsvoraussetzungen bereits als Grundlage der ASV-Qualitätskriterien herangezogen wurden, scheint hier die Rechtsproblematik eines „dynamischen Verweises“, welche die automatische Übernahme bzw. auch Akzeptanz der Nachweise aktuell nicht möglich. Hier sollte an einer Lösung gearbeitet werden. Bspw. könnte eine Re-Zertifizierung Hand in Hand mit einer Erneuerung der ASV-Zulassung gehen, diese wäre gleichzeitig eine Qualitätssicherung der ASV-Struktur im Verlauf.

Auch hierbei sollten die eLA-Beteiligten wie auch die DKG und KBV und Bundesärztekammer zur Prüfung solcher Möglichkeiten miteinbezogen werden.

Trotz eines gewissen bestehenden Rechtsrahmens zur Einbeziehung von Fachexpertise, welche ebenfalls zur Berücksichtigung vorhandener Strukturen herangezogen werden könnte (z. B. § 91 Abs. 5 SGB V: Gelegenheit zur Stellungnahme der z. B. Bundesärztekammer bei Beschlüssen, deren Gegenstand die Berufsausübung der Ärzte berührt und/oder Verpflichtung des G-BA in seiner Verfahrensordnung bei der Ausgestaltung der einzelnen ambulanten spezialfachärztlichen Versorgungsleistungen den jeweils aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und Versorgung, zu berücksichtigen (3. Kapitel § 2 Abs. 2 Satz 2 Verfahrensordnung)), scheint dies oftmals nicht stattzufinden (*siehe auch Empfehlung 7, Ergebnisbericht GOAL-ASV (Dengler et al., 2022)*).

- **Vereinfachung der Abrechnung** durch eine primäre Verordnungsfähigkeit aller EBM-Ziffern für die ASV (siehe Anhang 6. Teilbericht 6_Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren_Empfehlung 1.3)

Begründung aus den Projektergebnissen

Die vereinfachte Abrechnung als Bestandteil des reduzierten Aufwandes für die Ärzte erreichte in dem genannten Workshop absolut höchste Relevanz, die sie insbesondere für alle beteiligten Ärzte hat. Es stieß auf Unverständnis, dass der vorhandene EBM-Katalog nicht lediglich erweitert wurde, sondern durch Appendizes in einem erheblichen Umfang verkompliziert wurde. Deshalb wurde die Integration der ASV-Abrechnung in Standardprozesse und die direkte Übernahme des EBM ohne verhandlungsbedürftige Appendizes wurden als sehr hoch bewertet. Eine Weiterentwicklung der Abrechnung ist von ärztlicher Seite gewünscht. 53% der befragten ASV-Ärzte sahen Weiterentwicklungsbedarf bei der Abrechnung. Ca. 30% der befragten ASV-Ärzte rechneten ASV-Leistungen teilweise oder vollständig über die Regelversorgung oder andere Abrechnungswege ab. Hierfür angegebene Gründe sind u. a. ein zu hoher Aufwand, Unwissenheit und/oder eine fehlende Beratung. Jeder in der ASV tätige Arzt soll seine ASV-Leistungen selbst abrechnen; dies gilt auch für die Klinikärzte, obwohl hier normalerweise die Institution abrechnet. Es gibt keine Sammelabrechnung pro Patienten, die einer für das ganze Team übernimmt. Einer Pauschalierung stehen Interviewpartner kritisch gegenüber. Die Abrechnung der Vertragsärzte wird mittels eines ASV-Moduls über die KV an die Krankenkassen weitergeleitet, Kliniken rechnen direkt mit den Krankenkassen ab.

49% der befragten ASV-Ärzte sahen außerdem Weiterentwicklungsbedarf beim abrechenbaren Leistungsspektrum. Durch die Verzögerungen bei der Übernahme von relevanten EBM-Leistungen in den Behandlungsumfang ist die Versorgung von Patienten teilweise eingeschränkt. Das System der Appendizes ist unverhältnismäßig, aufwendig, verzögernd und nicht versorgungsnah (vergleiche auch Empfehlungen 12, 13 und 14 Ergebnisbericht GOAL-ASV (Dengler et al., 2022)).

Die Analyse der Falldaten zeigte signifikant höhere Inanspruchnahmen von Leistungen bei ASV-Patienten im Vergleich zur Regelversorgung. Die Leistungen waren häufig unspezifisch und entsprachen insbesondere Laborparametern und keinen „besonderen“ Leistungen. Ähnliches wurde auch in der Analyse des Parallelprojektes GOAL-ASV beobachtet. Die ASV wird aufgrund der extrabudgetären Abrechnung und fehlenden Mengenbegrenzung gelobt, wird aber auch von zunehmenden Prüfungen durch den Medizinischen Dienst belastet. Die Empfehlung für einen unaufwändigen Kontrollmechanismus zu Mengenbegrenzung von sog. „unspezifischen Leistungen“, sowie zur Vermeidung von Mehrfachinanspruchnahmen wurde im Rahmen des Workshops vehement abgelehnt. Klassische Prüfmechanismen des KV-Systems scheinen für die besondere ASV-Struktur nicht geeignet. Die große Frage ist, wie eine effiziente, faire Abrechnungsprüfung im Rahmen einer intersektoralen Versorgung möglich ist.

Aufgrund der beschriebenen unterschiedlichen Regelkreise zur Pflege des EBM bzw. des EBM der ASV, werden neue Leistungsziffern in den EBM der ASV verzögert übernommen. Weiterhin ist die separate Pflege der zwei EBM zu aufwändig. Jede Leistung des EBM wird erst in den Gremien des G-BA diskutiert, ob sie in die Appendizes der ASV übernommen werden soll. Nachdrücklich wird empfohlen, stattdessen in den Gremien nur solche Ziffern zu diskutieren, die im Rahmen der ASV besonders behandelt werden (z. B. Pseudoziffern oder spezifische Verordnungsregeln für bestehende Ziffern, ASV-Ergänzungs-EBM). Dabei wäre es möglich, EBM-Ziffern als nicht-verordnungsfähig im Rahmen der ASV zu kennzeichnen. Wichtig für die Beschleunigung der Prozesse wäre es, bei neuen EBM-Ziffern zunächst von einer Verordnungsfähigkeit auszugehen.

Umsetzung aus juristischer Perspektive

Die Missstände bei der Abrechnung von ASV-Leistungen sind vor folgenden rechtlichen Hintergrund zu betrachten und auch zu lösen.

Hier ist nach Kritik an

- a) der ASV-Gebührenordnungspositionen in ihrer konkreten Ausgestaltung,
 - b) Vorschriften, die sich mit der Art und Weise der Abrechnung beschäftigten und/oder
 - c) den Vorschriften, die sich mit der Abrechnungsprüfung befassen abzugrenzen.
- a) Zur Ausgestaltung der ASV-Gebührenordnungspositionen sind die normativen Vorgaben des SGB V zur Abrechnung von ASV-Leistungen rudimentär. Die Regelung von Einzelheiten ist der gemeinsamen Selbstverwaltung, derzeit in Person des G-BA, des ergänzten Bewertungsausschusses und zukünftig der KBV, der DKG und dem GKV-SV überantwortet. In einem ersten Schritt „bestimmt“ der G-BA den „Behandlungsumfang“ in der ASV (§ 116b Abs 4 Satz 2 am Ende SGB V). In einem zweiten Schritt „bestimmt“ der Bewertungsausschuss (der dazu um Vertreter der DKG erweitert wird, vergleiche § 87 Absatz 5a SGB V) die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM. Der ergänzte Bewertungsausschuss hat den EBM jeweils bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten einer (Änderung der) ASV-RL so anzupassen, dass die ASV-Leistungen angemessen bewertet sind und nur von den an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern abgerechnet werden können (§ 116 b Abs. 6 Sätze 8 und 9 SGB V). Nach den genannten Vorschriften haben also sowohl der G-BA als auch der ergänzte Bewertungsausschuss ein „Bestimmungsrecht“ hinsichtlich der ASV-Leistungen.

Das in Schritt 1 genannte Bestimmungsrecht hat der G-BA mit den krankheitsspezifischen sogenannten Appendizes der ASV-Richtlinie ausgeübt. Ein Appendix gliedert sich in zwei Abschnitte, wobei Abschnitt 1 den Leistungsumfang auf Basis des EBM definiert und Abschnitt 2 Leistungen umfasst, die nicht im EMB abgebildet sind, aber zum Leistungsumfang der ASV gehören. Damit hat der GBA sämtliche in der ASV erbringbaren Leistungen in einem krankheitsspezifischen Abrechnungswerk zusammengefasst.

Das in Schritt 2 genannte Bestimmungsrecht hat der ergänzte Bewertungsausschuss zum einen dadurch vorgenommen, dass er in seiner ersten Sitzung am 20. Juni 2014 beschloss, auf die abrechnungsfähigen Gebührenordnungsposition des EBM in Abschnitt 1 des Appendix zu verweisen und eine Vergütung nach den Preisen der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung anzuordnen. Für die abrechnungsfähigen ASV-Leistungen in Abschnitt 2 des Appendix hat er die Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beschlossen. Ob die von G-BA und ergänztem Bewertungsausschluss durchgeführte Aufteilung der jeweiligen Bestimmungsrechte den Vorgaben des § 116b SGB V entspricht, ist noch nicht gerichtlich entschieden. Akzeptiert man diese Aufteilung, wäre eine Weiterentwicklung der Vergütung, zum Beispiel in Richtung sogenannter „Krankheits-DRGs“, durch Einwirkung auf den G-BA möglich. Da der Gesetzgeber dem G-BA insoweit eine sehr große Gestaltungsfreiheit überlässt, wäre nahezu jede Änderung gesetzeskonform. Eine Grenze dürfte allenfalls die Sachwidrigkeit bilden. Für die Zukunft hat der Gesetzgeber bereits jetzt eine Modifikation des oben genannten Schritt 2 in § 116b Abs. 6 Sätze 2-6 SGB V installiert. Danach soll zwischen KBV, DKG und GKV-SV eine Vereinbarung geschlossen werden, die eine Kalkulationssystematik und darauf aufbauend diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro enthält. Die Kalkulation hat auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom EBM-Ä unter ergänzender Berücksichtigung der nicht-ärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen zu erfolgen. Die Vertragspartner können einen Dritten mit der Kalkulation beauftragen. Die Gebührenpositionen sind in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. Eine derartige Vereinbarung ist noch nicht zustande gekommen. Zwar sieht § 116b Abs. 6 Satz 7 SGB V für diesen Fall eine ersetzende Entscheidung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene gemäß § 89a SGB V vor. Diese Entscheidung gibt es ebenfalls noch nicht, da dafür ein Antrag von KBV, DKG oder GKV-SV erforderlich und ein solcher Antrag nicht gestellt ist.

- b) Was das eigentliche Procedere der Abrechnung anbelangt, findet sich in § 116b Abs. 6 Satz 1 SGB V eine Beschreibung des Abrechnungsweges. Danach können die Leistungserbringer entweder unmittelbar mit den Krankenkassen abrechnen oder dafür die KV gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung von Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung beauftragen.

Im Übrigen wird das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke zwischen GKV-SV, DKG und KBV vereinbart (§ 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V, s. die „Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV)“). (Auch) insoweit können die drei genannten Vertragspartner die als weiterentwicklungsbedürftig identifizierten Aspekte des Abrechnungsvorganges in sehr großer Autonomie bestimmen bzw. ändern.

- c) Was die Frage der Abrechnungsprüfung anbelangt, bestimmt § 116b Abs. 6 Satz 10 SGB V, dass die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität durch die Krankenkassen erfolgt, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst beauftragen können. Die kassenseitige Prüfkompetenz besteht nicht, soweit der G-BA hierzu in der ASV-Richtlinie eine abweichende Regelung getroffen hat. Das ist jedoch (derzeit) nicht der Fall. Sofern also auf dem Prüfungsvorgang oder die dazu bestehende Kompetenzverteilung eingewirkt werden soll (zum Beispiel Abschaffung der Beauftragung des MD oder Übertragung der Prüfung auf die KV), müsste eine Änderung von § 116b Abs. 6 Satz 10 SGB V erwirkt werden.

Zusammenfassend müssen alle Handlungsempfehlungen, die unmittelbar die Ausgestaltung der EBM-Abrechnungspositionen betreffen (zum Beispiel die textliche Ausgestaltung der Leistungslegende oder die Zusammenfassung in Pauschalen oder Leistungskomplexen oder die Ausdifferenzierung in Einzelleistungen oder gar Abschaffung der Appendizes zugunsten anderer Modelle), an den G-BA adressiert werden. Der Gesetzgeber hat dem G-BA insoweit eine recht große Gestaltungsfreiheit eingeräumt, sodass es vermutlich kaum Handlungsempfehlungen geben dürfte, die wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht von vornherein nicht realisierbar sind. Alle Handlungsempfehlungen, die das Procedere der Abrechnung betreffen (zum Beispiel Vorgaben über die bei der Abrechnung anzugebenden Daten, Zeitpunkt der Abrechnung, getrennte oder gemeinsame Abrechnung der Teammitglieder o.ä.) sind hingegen an KBV, DKG und GKV-SV zu richten. Änderungen beim Procedere der Abrechnungsprüfung bedürfen entweder der Einwirkung auf die insoweit zuständigen Krankenkassen oder eine Einwirkung auf die gesetzliche Regelung (zum Beispiel beim Wunsch nach Änderung der Prüfkompetenzen).

- **Einsatz digitaler Technologien** zur Vereinheitlichung und Vereinfachung von Strukturen und Prozessen (vom Anzeigeverfahren über die Teamzusammenarbeit bis hin zur Abrechnung) und Setzen gezielter Impulse für Projekte und Maßnahmen zur Digitalisierung z. B. durch Etablieren einer zeitlich begrenzten Fördermaßnahme (*siehe z. B. Anhang 6. Teilbericht 6_Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren_Empfehlungen 1.1.1, 1.1.6, 2.1.1*)

Begründung aus den Projektergebnissen

Der Einsatz digitaler Technologien erreichte im Workshop zu den Weiterentwicklungsempfehlungen der ASV höchste Relevanz. 49% der befragten ASV-Ärzte sahen Weiterentwicklungsbedarf bei der technischen bzw. digitalen Infrastruktur. Bisher besteht in der ASV kaum ein Einsatz von eHealth-Angeboten, zumindest nicht über bestehende IT-Strukturen hinaus. Die ASV eignet sich dabei sehr gut für den Einsatz neuer Technologien; sie könnten in einem intersektoralen Setting getestet werden. Digitale Plattformen sollten auch hier als Grundlage

für eine bessere, idealerweise sogar sektorenübergreifende Dokumentation und Kommunikation dienen, evtl. zum Nachweis des Patientennutzens und sogar zur Qualitätssicherung herangezogen werden (*siehe Anhang 6. Teilbericht 6_Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren_ 2. Empfehlungen zu Prozess- und Ergebnisdokumentation*).

Digitale Technologien sollten gezielt eingesetzt werden, um z. B. die Kommunikation zu verbessern oder Prozesse zu verschlanken. Idealerweise sollte ein solcher Einsatz von digitalen Anwendungen zumindest im Kernteam etabliert sein, wie z. B. das von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zertifizierte Videokonferenzsystem zur Online-Teilnahme an Fallkonferenzen oder ein datenschutzkonformes Messenger-System zur Kommunikation im Team oder zum Transfer essenzieller Behandlungsdaten. Erweitert wäre eine Plattform vorstellbar, die alle Funktionalitäten zur ASV bietet (u. a. Abwicklung des Anzeigeverfahrens, automatischer Eintrag in das ASV-Verzeichnis, Team-Verwaltung, Team-Kommunikation, Dokumentation von Behandlungsdaten, Erfassung der Einzelleistungen). Hierbei sollten Schnittstellen zu bereits vorhandenen Infrastrukturen berücksichtigt werden, um Doppelstrukturen zu vermeiden. Übergangsfristen sollten bedacht werden.

Die Förderung von Strukturen für eine bessere Digitalisierung sollte nicht über den EBM stattfinden. Stattdessen könnte überlegt werden, ähnlich dem Krankenhauszukunftsgesetz, gezielte Impulse für Projekte und Maßnahmen zur Digitalisierung in der ASV über eine zeitlich begrenzte Fördermaßnahme zu etablieren (*siehe Anhang 6. Teilbericht 6_Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren_Empfehlung 1.3*).

Umsetzung aus juristischer Perspektive

Im Hinblick auf eine unterstützende Digitalisierung bei der Vereinheitlichung der Prozesse und Strukturen könnte die Umsetzung durch die Richtlinie des G-BA erfolgen, denn § 116 b Abs. 4 Satz 4 SGB V ermächtigt auch zur Aufstellung von sächlichen Anforderungen an die Leistungserbringung in der ASV, wozu auch die Verwendung von digitalen Technologien gehören sollte. Eine Rechtspflicht zur Einrichtung einer digitalen Kommunikationsstruktur (Messenger oder Plattform) besteht derzeit nicht. Bei einer verpflichtenden Einführung wäre eine Änderung des § 116b SGB V notwendig, die auch Zuständigkeitsbestimmungen im Hinblick auf die Einrichtung einer derartigen Struktur enthalten müsste. Zuständig für die Einrichtung der Struktur könnten entweder die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) gemeinsam sein oder ein von diesen beauftragter Dritter. Für die technische Realisierung scheint hier die Nutzung der Telematikinfrastruktur (TI) naheliegend (z. B. „TI-Messenger“). Die Nutzung der TI bedarf einer Zulassung durch die Gesellschaft für Telematik (§ 325 SGB V). Eine Empfehlung zum Potential von Digitalisierung und Pilotierungen im geeigneten Rahmen ASV kann auch aus GOAL-ASV abgeleitet werden (*siehe Empfehlung 20, Ergebnisbericht GOAL-ASV (Dengler et al., 2022)*).

- **Stärkung der Rolle der ASV-Teamleitung** (durch Optimierung der Organisation durch z. B. Musterkooperationsverträge/Leitfäden, Vergütung von Managementleistungen über den EBM; *siehe Anhang 6. Teilbericht 6_Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren_Empfehlungen 1.1.6 und 1.3*)

Begründung aus den Projektergebnissen

Der Aufwand zur Teamgründung ist zu groß. Einige ASV-Teams mit Sitz der Leitung an einer Klinik konnten den Aufgabenbereich einer „ASV-Koordination“ einführen. Hier können verschiedene Aspekte der Organisation bis hin zur Patientenversorgung und Abrechnung übernommen werden, so dass sich wahre ASV-Experten entwickelt haben. Weiterhin erreichten Vorschläge für die Unterstützung der ASV-Teams wie z. B. Vergütungspauschalen rund um

die Teamorganisation (bspw. zur Gründung, zur Koordination, für die IT-Infrastruktur), Leitfäden zur Organisation von ASV-Teams und/oder die Vorgabe eines einheitlichen Musterkooperationsvertrags zur Nutzung für alle im Workshop zur Weiterentwicklung der ASV hohe bis höchste Relevanz.

Managementleistungen werden bisher im EBM nicht abgebildet, obwohl die ASV-Teamleitung mit erheblichen zusätzlichen Aufwänden verbunden ist. Gerade diese zentrale Aufgabe im Rahmen der ASV sollte perspektivisch mit einer Vergütung verbunden werden.

Umsetzung aus juristischer Perspektive

Einheitliche, digital zur Verfügung gestellte Dokumente wie z. B. Leitfäden zur Organisation von ASV-Teams und/oder die Vorgabe eines einheitlicher Musterkooperationsvertrag könnten von den eLA selbst eingeführt werden. Ansonsten müsste entweder der Gesetzgeber eine entsprechende Gesetzesänderung bzw. -ergänzung vornehmen, welche sinnvollerweise in § 116b Abs. 3 SGB V oder in § 90 SGB V angesiedelt wird oder der G-BA müsste die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung in der ASV-RL (vgl. § 116b Abs. 4 Satz 4 SGB V) dazu präzisieren.

Die Inhalte der abrechnungsfähigen ASV-Leistungen und die Modalitäten für die Abrechnung sind im EBM definiert sind (§ 87 SGB V). Nach Entscheidungen des G-BA konkretisiert hier der erweiterte Bewertungsausschuss.

- **Patientenzentrierung** durch Messung und transparente Darstellung der Ergebnisqualität, sowie stärkere Einbeziehung von Patientenerfahrungen in das Versorgungsmanagement (Patient Reported Experience Measures: z. B. übergreifendes Kernelement Befragung zu „Koordination der Versorgung“; krankheitsspezifisch evtl. ergänzt durch Patient Reported Outcomes Measures), deren Einsatz vorerst vor dem Hintergrund der jeweiligen Fallzahlen diskutiert und evtl. zunächst im Rahmen von Studien eingesetzt werden sollten (*siehe Anhang 6. Teilbericht 6_Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren_Empfehlung 2.1*)

Begründung aus den Projektergebnissen

Der wissenschaftliche Nachweis des Vorteils für Patienten in der ASV gegenüber jenen in der Regelversorgung wurde im Workshop zu den ASV-Weiterentwicklungsempfehlungen mit höchster Relevanz bewertet. Ein Vorteil der ASV gegenüber einer Behandlung außerhalb der ASV konnte bisher jedoch nicht nachgewiesen werden. Gerade für den Versorgungsbereich der urologischen Tumoren bestehen bereits Netzwerke und Strukturen (zertifizierte Tumorzentren, Behandlung nach Onkologie-Vereinbarung), in denen uroonkologische Patienten – nachweislich sehr gut behandelt werden (Schoffer, Klinkhammer-Schalke, & Schmitt, 2022). Vor diesem Hintergrund herrscht insbesondere auf vertragsärztlicher Seite teilweise Unverständnis, warum hier eine „Doppelstruktur“ geschaffen wurde. Die aktuellen Projektergebnisse weisen zwar auf eine optimierte Strukturqualität in der ASV hin, Ergebnisse zu klinischen Outcomes fehlen jedoch weiterhin. Dabei war der Nutzen für Patienten bei über der Hälfte der befragten ASV-Teamleiter Hauptgrund der ASV-Teilnahme. Zugleich war die Steigerung der Versorgungsqualität für 74% der befragten ASV-Ärzte ein wichtiges Motiv. 54 % der befragten ASV-Ärzte gaben an, dass sich die medizinische Versorgung von Patienten in der ASV wenig von der Behandlung außerhalb der ASV unterschied. Insgesamt bewerteten sowohl die befragten ASV-Ärzte als auch die Nicht-ASV-Ärzte ihre Möglichkeiten, den Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes/metastasiertes Prostatakarzinom eine qualitativ hochwertige Versorgung zukommen zu lassen, überwiegend als sehr gut oder gut. Desgleichen wurden im Rahmen der Patientenbefragung keine Unterschiede bei Lebensqualität und Zufriedenheit gesehen, hingegen jedoch im Hinblick auf Aufklärung, Adhärenz, Informiertheit und Koordination von Versorgung (*vergleiche hierzu auch Empfehlung 17 Ergebnisbericht GOAL-ASV (Dengler et al., 2022)*).

Zum aktuellen Zeitpunkt liegen im Hinblick auf die ASV insbesondere deskriptive Ergebnisse (Anzahl der Teams, etc.) sowie qualitative Ergebnisse aus den aktuellen Befragungen vor (Bundesausschuss, 2022; Dengler et al., 2022). Zur Bewertung der ASV sowie der vergleichenden Bewertung unterschiedlicher Versorgungsstrukturen ist deshalb mehr Forschung und Evaluation und auch die Definition relevanter Qualitätskriterien notwendig.

Die Entwicklung von geeigneten Qualitätsindikatoren zur Nutzenbewertung der ASV wurde im Workshop mit höchster Relevanz bewertet. Eine Evaluation der ASV-Qualität ist wichtig. Zwar sind die Anforderungen zur Teilnahme hinsichtlich z. B. sachlicher und personeller Anforderungen sehr hoch, die Qualität im Verlauf wird jedoch nicht geprüft. Beim Einsatz einer neuen Versorgungsstruktur sollten Qualitätsindikatoren standardisiert eingesetzt werden. Vorbilder sind hier Selektivverträge nach § 140a, Zertifizierungsvoraussetzungen für Zentren oder die Teilnahmebedingungen an der Onkologie-Vereinbarung. Der Nachweis von Qualifikationen zur Teilnahme reicht nicht aus. Daten zu Patientenoutcomes bzw. klinische Ergebnisse der ASV fehlen bisher bzw. es besteht kein Zugriff darauf. Die bisherigen Projektergebnisse weisen zwar auf eine bessere Strukturqualität in der ASV hin, hier muss jedoch entschieden werden, ob dies einen geeigneten Kriterium darstellt. Hierzu sollten ASV-übergreifende und evtl. indikationsspezifische Qualitätsindikatoren entwickelt bzw. identifiziert werden, die einen potenziellen Nutzen für die Patienten im Rahmen der ASV betrachten, zu Evaluationszwecken herangezogen werden können und eine vergleichende Beurteilung der Versorgungsqualität in den verschiedenen Versorgungsstrukturen ermöglichen. Langfristige Outcomekriterien wie z. B. das krebspezifische Überleben sind nicht geeignet. Da die Lebensqualität vielen Einflüssen unterliegt, ist auch sie gerade bei multimorbiden Patienten, wie sie in der ASV betreut werden, kein unumstrittener Outcomeparameter. Patientenaufklärung, -information, -beteiligung und Therapieadhärenz waren bei Patienten in der ASV im Vergleich zu Nicht-ASV Patienten höher. Sicherlich kann eine bessere Adhärenz das Therapieergebnis verbessern; eine höhere Beteiligung kann im Sinne des „patient empowerment“ gewertet werden. Auch ist der Erhalt von Informationen für Patienten ein Kriterium für Qualität in der Versorgung. Die Behandlung an zertifizierten Zentren war für Patienten ebenfalls ein Qualitätskriterium; sicherlich könnte die Behandlung in einem ASV-Team auch ein Qualitätskriterium an sich darstellen, die Patienten wissen jedoch häufig nicht, in welcher Struktur sie versorgt werden. Für Patienten bedeutet Qualität in der Versorgung u. a. die Erreichbarkeit des Behandlers, Nachsorge, eine intersektorale Vernetzung und eine lückenlose Kommunikation. Hieraus könnten zumindest aus Patientensicht geeignete Kriterien abgeleitet werden. Die Zeit bis zum Abschluss der Diagnostik, die Verfügbarkeit innovativer Diagnostik oder die Wartezeit für einen Termin wären Kriterien zur Beurteilung der Strukturqualität. Die Erhebung klinischer Daten zur Patientenbefragung zeigte eine tendenziell höhere Leitlinienadhärenz bei ASV-Patienten und einen höheren Einsatz neuerer Therapien. Der im Rahmen des Projektes entwickelte Fragebogen zur Bewertung der „Koordination von Versorgung“ könnte sich - eine externe Validierung und die Einbeziehung weiterer Gruppen zur Messung der Versorgungscoordination vorausgesetzt – als Instrument zum standardisierten Einsatz im Rahmen der ASV eignen, obwohl der Einsatz bereits validierter Instrumente abhängig von der zu untersuchenden Fragestellung ebenfalls in Betracht zu ziehen wäre (siehe Anhang 4B. Teilbericht 4B_Kleingruppendiskussionen).

Ob die oben genannten Kriterien geeignete Parameter zur Qualitätskontrolle sind, ist zu prüfen. Solche Qualitätsindikatoren wären Voraussetzung für ein transparentes Qualitätsreporting im Rahmen der ASV (siehe Anhang 6. Teilbericht 6_Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren_Empfehlung 2.1.3). Notwendig wäre weiterhin eine Dokumentation und der Zugriff auf Behandlungsergebnisse (siehe Anhang 6. Teilbericht 6_Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren_Empfehlung 2.1.1).

Umsetzung aus juristischer Perspektive

Nach § 116b Abs. 4 Satz 4 SGB V hat der G-BA in der ASV-RL die „die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung“ zu regeln und dabei die vom IQTIG erarbeiteten Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Er hat spätestens jeweils zwei Jahre nach dem Inkrafttreten eines Richtlinienbeschlusses, der für eine onkologische Erkrankung getroffen wurde, die Auswirkungen dieses Beschlusses u. a. hinsichtlich der Qualität der ASV sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung dieses Beschlusses zu prüfen (§§ 116b Abs. 4 Satz 12 SGB V). Zudem obliegt dem G-BA – wie jedem Normgeber – eine Beobachtungspflicht dahingehend, ob die mit der ASV verfolgten gesetzgeberischen Ziele (Behandlung urologischer Tumore durch besseres Ineinandergreifen von stationärer und fachärztlicher Versorgung unter gleichen Qualifikationsvoraussetzungen und einheitlichen Bedingungen, vgl. Bundestags-Drucksachen 17/8005, S. 97 und 17/6906, S. 44) bei Fortgeltung bestehender Qualitätsvorgaben noch erreicht wird. Erfüllt die ASV-RL die gesetzgeberischen Ziele nicht (mehr), muss der G-BA nachbessern (§ 7 Abs. 4 Verfahrensordnung des G-BA; BSG, Urt. v. 6. 5. 2009 — B 6 A 1/08 R, juris Rn. 62 zur Beobachtung- und Reaktionspflicht bei Entscheidungen über neue Behandlungsmethoden; der Sache nach ebenso BSG, Urt. v. 1. 3. 2011 — B 1 KR 7/10 R, juris Rn. 74), aber auch schon unterhalb der Zielverfehlung kann der G-BA die ASV-RL ändern, wenn er im Rahmen des im zukommenden normgeberischen Gestaltungsspielraums Qualitätsanforderungen abändern will.

Zur Entwicklung/Festlegung übergeordneter (ASV-übergreifend) sowie indikationsspezifischer Indikatoren, welche die Qualität der ASV-Versorgung widerspiegeln, sollten Experten des jeweiligen Fachbereiches (i. e. Kernteams) zu Rate gezogen werden.

Sollte das IQTIG mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität beauftragt werden, so kann ein solcher Auftrag nur vom G-BA und den in § 137a Abs. 4 SGB V Genannten (insbes. KBV, DKG, GKV-SV, Bundesministerium für Gesundheit und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene) erteilt werden. Andere Auftraggeber sind im Gesetz nicht vorgesehen. Die in § 137a Abs. 4 SGB V genannten Auftraggeber sind bei der Formulierung des konkreten Auftrages weitgehend frei. Die Auftragsformulierung findet dort ihre Grenze, wo es nicht mehr um die Qualitätssicherung und die Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen geht. Um einen Auftrag an das IQTIG auszulösen, müsste also auf die vorgenannten gesetzlich definierten Auftraggeber eingewirkt werden.

- eine **gemeinsame, digitale Patientenakte** erleichtert die Versorgung in einem Team und ermöglicht Auswertungen, auch im Sinne der Qualitätssicherung (*siehe Anhang 6. Teilbericht 6_Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren_ Empfehlungen 1.1.1 und ab 2.1*)

Begründung aus den Projektergebnissen

Eine gemeinsame, digitale Patientenakte von (ASV-)Patienten, welche neben der Erleichterung und einem Überblick der gemeinsamen Patientenversorgung auch eine Auswertung ermöglichen könnte, wurde im Workshop mit höchster Relevanz bewertet. Um den Behandlungsnutzen für Patienten darstellen zu können, ist eine Dokumentation bzw. der Zugriff auf Behandlungsergebnisse wichtig. Die elektronische Patientenakte wird aktuell noch zu wenig genutzt, und kann hier noch nicht abhelfen. Zur Umsetzung der Dokumentation von Behandlungsdaten im Rahmen der ASV sollten die Vorgaben ähnlicher Strukturen mit bereits bestehender Dokumentationspflicht (z. B. Zertifizierungen, ...) berücksichtigt werden und hier Schnittstellen geschaffen werden, um eine Doppel- oder Paralleldokumentation zu vermeiden

bzw. die Nutzung bestehender Strukturen zu ermöglichen. „Insellösungen“ sollten vermieden werden.

Die Schaffung einer zentral vorgegebenen IT-Plattform bzw. Infrastruktur könnte hierbei evtl. unterstützen. Somit könnte das ASV-Team bzw. -Kernteam auf die gemeinsame Dokumentation der Patientendaten zugreifen und es kann ein geschützter, standardisierter Austausch von Behandlungsdaten erfolgen. Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation wären essenziell. Eine einheitliche Software ist nicht zwingend erforderlich, solange Schnittstellen etabliert werden können. Eine solche Dokumentation könnte als Grundlage für ein mögliches Qualitätssicherungs-System dienen (*siehe auch Empfehlungen 2.1.2 und 2.1.3, sowie Empfehlung 17 Ergebnisbericht GOAL-ASV (Dengler et al., 2022)*).

Umsetzung aus juristischer Perspektive

Die Sonderstellung einer solchen Empfehlung betrifft die Verarbeitung der im Rahmen der ASV gewonnenen/erzeugten Daten. Ungeachtet dessen wäre die Übersendung von Patientendaten von einem Leistungserbringer an eine zentrale Stelle und eine dortige Auswertung der Patientendaten Akte der Datenverarbeitung, für die es einer Rechtsgrundlage bedarf. Die Rechtsgrundlage wäre abhängig vom Zweck der Auswertung zu wählen. Sollte die Datenverarbeitung zum Zwecke der Gesundheits- und Versorgungsforschung erfolgen, könnte § 27 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), der gem. § 287a SGB V Anwendung findet auf länderübergreifende Vorhaben der Versorgungs- und Gesundheitsforschung, an denen nicht-öffentliche Stellen aus mehr als zwei Bundesländern als datenschutzrechtlich Verantwortliche beteiligt sind, eine geeignete Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung sein. § 27 BDSG erlaubt die Verarbeitung von Gesundheitsdaten für wissenschaftliche Forschungszwecke auch ohne Einwilligung des Patienten allerdings nur, wenn die Verarbeitung „zu diesen Zwecken erforderlich ist und die Interessen des Verantwortlichen an der Verarbeitung die Interessen der betroffenen Person an einem Ausschluss der Verarbeitung erheblich überwiegen“. Aber auch darüber hinaus ist in Bezug auf Inhalt und Anwendungsbereich von § 27 BDSG vieles umstritten (z. B. wird vertreten, dass die Norm nur die Datenverarbeitung des Forschers legitimiert, nicht jedoch die Datenlieferung durch die Ärzte / Krankenhäuser etc. (Schaffland & Wiltfang, 2023)).

Eine gemeinsame Erhebung und Dokumentation zu Qualitätssicherungsaspekten müsste am ehesten eine Ergänzung in § 116b Abs. 9 SGB V oder § 116b Abs. 4 SGB V, Anforderungen an die Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 finden. Zusammenfassend sollte näher untersucht und definiert werden, welche tatsächlichen und rechtlichen Voraussetzungen bestehen bzw. erfüllt sein müssen, um Behandlungsdaten der Patienten zentral und digital zur ASV dokumentieren zu können und dürfen, um sie für die Gesundheits- und Versorgungsforschung zur Weiterentwicklung der ASV zu nutzen. Hierzu sollte geprüft werden, ob vorhandene Dokumentationsstrukturen (wie z. B. der bundeseinheitliche onkologischer Basisdatensatz) dafür genutzt werden können, um erneut Doppeldokumentationen zu vermeiden. Patienten müssen zur Teilnahme an der ASV aufgeklärt werden und schriftlich einwilligen. Hieran müsste eine Erlaubnis zur Datenweitergabe im Rahmen des ASV-Teams und bspw. an ein Institut zur Qualitätssicherung geknüpft werden.

- **Optimierung der Informationsmöglichkeiten für Ärzte sowie Patienten** (*siehe Anhang 6. Teilbericht 6_Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren_ Empfehlungen 3.1, 3.3*)

Begründung aus den Projektergebnissen

Die Verbesserung von Information, Beratung & Kommunikation für Ärzte wurde im genannten Workshop mit hoher Relevanz bewertet. Der Wunsch nach begleitender Information, Beratung (z. B. bei Teamgründung oder Abrechnung) und Service aus dem Ärztebereich ist sehr groß. Immer wieder wurden im Projektverlauf Unwissenheit und Unkenntnis über die ASV offensichtlich. Das vorhandene Angebot (z. B. ASV-Servicestelle, Informationsseiten der KVen bzw. eLAs) scheint somit nicht auszureichend bekannt zu sein. Vorhandene Informationen

sind teilweise uneinheitlich. Ärzte wünschen sich dabei eine ASV-Kommunikationsstruktur, welche niederschwellig Hilfestellung und Unterstützung bei ASV-Fragen von anderen Ärzten bzw. den Erfahrungsaustausch ermöglicht. Ob dafür eine eigene digitale Kommunikationsplattform zum möglichen Austausch von ASV-Teams zentral und bundesweit geeignet ist, muss eruiert werden. Evtl. ist ein Messenger-Dienst hier völlig ausreichend (z. B. „ASV-Silo Gruppe“; *vergleiche hierzu auch Empfehlung 19, Ergebnisbericht GOAL-ASV (Dengler et al., 2022)*).

Verbesserte Informationen über die ASV und über Versorgungsstrukturen für Patienten wurden im Workshop mit höchster Relevanz bewertet. Im Projektverlauf wurde immer wieder offensichtlich, dass Patienten über die ASV nicht informiert sind. Sogar Vertreter urologischer Selbsthilfegruppen scheinen über die Versorgungsstruktur ASV kaum informiert. Patienten scheinen laut Befragung ohnehin oft nicht zu wissen, in welcher Versorgungsstruktur sie versorgt werden (z. B. ASV, zertifiziertes Zentrum). Dabei kennzeichnet für Patienten der Erhalt von aktueller Information Qualität in der Versorgung. Zudem scheint es hierzu ein Kommunikationsdefizit bzw. zu wenig Austausch zwischen G-BA Patientenvertretern und den Mitgliedern der Selbsthilfegruppen zu geben.

Umsetzung aus juristischer Perspektive

Die ASV-Servicestelle, welche im Auftrage von KBV, DKG und GKV-SV von einem privaten Unternehmen betrieben (EWERK DIGITAL GmbH) wird, bietet bereits ein breites Informationsangebot zur ASV an. Die Optimierung des Informationsangebotes oder der Transparenz wäre durch eine Änderung des zugrunde liegenden Auftragsvertrages möglich, falls notwendig. Sicherlich wäre auch eine transparente Darstellung der Ergebnisse, welche durch die ASV-Patientenversorgung generiert werden, ein wichtiger Bestandteil von Information über die ASV.

Die Einführung einer Kommunikationsplattform für ASV-Teams würde durch eine Änderung des § 116b SGB V ermöglicht, die auch Zuständigkeitsbestimmungen im Hinblick auf die Einrichtung einer derartigen Struktur enthalten müsste. Eine Rechtspflicht zur Einrichtung einer derartigen Kommunikationsstruktur besteht derzeit nicht. Zuständig für die Einrichtung der Struktur könnten entweder von KBV, DKG und GKV-SV gemeinsam sein oder ein von diesen beauftragter Dritter. Für die technische Realisierung scheint die Nutzung der TI naheliegend, was jedoch einer Zulassung durch die Gesellschaft für Telematik (§ 325 SGB V) bedarf. Auch hier wäre wiederum die Berücksichtigung bereits vorhandener Kommunikationsstrukturen wichtig.

Neben einer Verbesserung des Informationsangebotes der ASV-Servicestelle, welche auch Patienten zur Verfügung steht, bedarf es eines sehr niederschweligen Informationsangebotes, um die von den Krankheiten des § 116b SGB V betroffenen Versicherten zu erreichen. Insoweit wäre denkbar, die Ärzte mit einer entsprechenden Informationspflicht zu belegen (eine Aufklärungspflicht bei ASV-Teilnahme besteht bereits). Dies kann durch den Fach- oder Hausarzt bzw. das Krankenhaus geschehen, welches eine von § 116b SGB V erfasste Erkrankung feststellt. Entsprechende Informationspflichten könnten im Bundesmantelvertrag-Ärzte nach § 83 SGB V bzw. in den zweiseitigen Verträgen der Krankenkassen mit den Landeskranken aus Gesellschaften oder in der ASV-RL des G-BA verankert werden. Die in § 8 Satz 6 der ASV-Richtlinie des G-BA verankerte Informationspflicht gegenüber den Versicherten trifft nur „überweisende“ Vertragsärzte, nicht aber den bloß „behandelnden“ Vertragsarzt und erst recht nicht stationäre Leistungserbringer. Gegebenenfalls sollte die KBV, die von ihr definierten Vorgaben für Softwarefunktionalitäten des PVS so anpassen, dass der Vertragsarzt bei Eingabe der ICD-10- Kodierung einen Hinweis auf die Möglichkeit einer Teilnahme an der ASV erhält.

Sofern auf Selbsthilfegruppen zugegangen werden soll, wäre der richtige Standort für die Umsetzung der Handlungsempfehlung der § 7 der ASV-Richtlinie des G-BA, der derzeit eine

lediglich sehr allgemein gehaltene Soll-Vorgabe für eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen enthält.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die Bestandsaufnahme der ASV im Zuge des ASV-WE-Projekts zeichnet ein differenziertes und uneinheitliches Bild der Versorgungsstruktur: einerseits gibt es Ansätze für eine bessere Versorgung in der ASV im Vergleich zur Nicht-ASV (z. B. bessere Strukturqualität, höhere Patientenbeteiligung an Therapieentscheidungen), andererseits lässt sich bezüglich der Ergebnisqualität nicht der erhoffte Durchbruch erzielen. Den positiven Indizien pro ASV stehen negative Stimmen von Stakeholdern gegenüber, die über erhebliche administrative Aufwände, z. B. im Bereich der Teamgründung und -verwaltung, klagen. Diese Faktoren mindern die Attraktivität der ASV aus Versorgerperspektive.

Vermeidung von Doppelstrukturen & Bürokratieabbau

Vor diesem Hintergrund sollten aus den im Projekt herausgearbeiteten Empfehlungen zur Weiterentwicklung prioritär jene umgesetzt werden, die geeignet sind, die ASV zu verschlanken und zu vereinfachen. Auch ist zu bedenken, dass „Sonderlösungen“ nur für die ASV das System weiter verkomplizieren, was gegen das aktuelle Stimmungsbild zur Entbürokratisierung der Leistungserbringer spricht. Beispielhaft hierfür sind das generelle Bestreben zum Zugriff auf eine gemeinsame (digitale) Patientenakte, die Nutzung von Patientendaten im Rahmen der Versorgungsforschung sowie Empfehlungen zur Digitalisierung. Aus den Umsetzungsmöglichkeiten aus juristischer Perspektive, die im vorigen Kapitel 7 sowie im Teilbericht 6 (*Anhang 6. Teilbericht 6 Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren*) dargelegt wurden, betrachtet das Konsortium daher diejenigen kritisch, die zu neuen bürokratischen Aufwänden und Hürden führen würden. Inwieweit jeweils eine juristische Regelung greifen muss, ist im konkreten Fall zu prüfen.

Aufgrund der Vielzahl möglicher Maßnahmen zur Weiterentwicklung und der Vielschichtigkeit, Komplexität und Heterogenität der ASV, empfiehlt sich eine schrittweise Umsetzung der dargestellten Empfehlungen, ohne die Versorgung einzuschränken. Eine konsequente nachfolgende Evaluation ermöglicht die Beurteilung der Wirksamkeit und lässt Anpassungen zu. Denkbar wäre hier die Etablierung eines evtl. mehrstufigen Verfahrens, welches bspw. 1. Strukturempfehlungen (i. e. Abbau von Bürokratie durch z. B. Vereinheitlichung von Prozessen) und 2. tiefgreifendere Maßnahmen (i. e. Aspekte der sektorenübergreifenden Vergütung, Qualitätsindikatoren) aufgreift. Die Ergebnisse der Evaluation sollen transparent kommuniziert und dann diskutiert werden.

Vereinfachung von Abrechnung & Vergütung

Durch die direkte Beteiligung von Ärzten und Patienten im Rahmen von Workshops konnten deren Meinungen gegenübergestellt, diskutiert und einer Problemlösung zugeführt werden. Ein wichtiger Punkt für die Attraktivität aus Versorgerperspektive ist der Themenbereich (intersektorale) „Vergütung und Abrechnung“, die Vereinfachung der Abrechnung steht dabei an 1. Stelle. Hier konnten im Zuge des Projekts keine klaren Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung abgeleitet werden. Dies spricht nicht für die Irrelevanz des Themas, sondern die Komplexität. Insofern plädieren die Projektbeteiligten dafür, dass sich der G-BA dieses Themas explizit annehmen sollte.

Zur Begründung: Die Gestaltung der Gesundheitsversorgung aus einer sektorenübergreifenden Perspektive ist eine der großen Herausforderungen in der deutschen Gesundheitsversorgung. Entsprechend der Vielzahl von Erkenntnissen über Defizite an den Sektorengrenzen bzw. durch eine unzulängliche Zusammenarbeit des ambulanten und stationären Sektors, gibt es eine Vielzahl an Initiativen, um die Versorgung zu verbessern. Bisher war keine dieser Initiativen erfolgreich. Es ist daher wichtig, die Ergebnisse der ASV vor diesem Hintergrund zu

beurteilen. Nur so erklärt sich der Versuch der ASV, mit dem § 116b SGB V eine alternative gesetzliche Grundlage zu schaffen für eigene Qualitätsanforderungen und – idealerweise – für ein eigenes Abrechnungssystem.

In § 116b (6) SGB V wird avisiert, dass eine eigene Gebührenordnung für die ASV entwickelt werden soll. Offensichtlich ist keines der sektoral etablierten Vergütungssysteme für die ASV geeignet. Der vom Gesetzgeber dazu vorgesehene dreiseitige Vergütungs-Normenvertrag zwischen dem GKV-SV, der DKG und der KBV ist allerdings noch nicht zustande gekommen. Vielmehr wurde die Einzelleistungsvergütung über eine „Variante“ des EBM als Standard in der ASV eingeführt. Trotz des erheblichen administrativen Aufwands zur Pflege eines separaten EBM in unterschiedlichen Versorgungssettings und Institutionen (ergänzter Bewertungsausschuss, GKV-SV, KBV, DKG) ist es bisher nicht gelungen, neue Vergütungsprinzipien durchzusetzen (z. B. wird der Koordinations- und Managementaufwand eines Teamleiters des ASV-Teams derzeit nicht separat vergütet). So stellt sich die Frage, ob eine mehr pauschalisierte Vergütung die Versorgungsbedarfe der meist komplexen Patienten am Ende besser und effizienter abbilden könnte. Im Projekt wurden Abrechnungsexperten befragt, wie sie zu einer Ablösung des existierenden EBM-Systems durch ein neues Vergütungssystem, beispielsweise in Form von „Hybrid-DRGs“, stehen. Hier wurde darauf hingewiesen, dass neue Vergütungssysteme voraussichtlich eine lange Lernphase benötigen, weil u. a. Referenzwerte zur Bildung der Pauschalen fehlen. Bei einer Pauschalierung müsste die Vergütung innerhalb des ASV-Teams aufgeteilt werden, was zu einem zusätzlichen Aufwand führen würde. Vor diesem Hintergrund erscheint der EBM als Einzelleistungsvergütungssystem grundsätzlich gut geeignet, um wirtschaftlich unabhängige Einrichtungen in einer sinnvollen Kooperation miteinander zu verbinden. Die Weiterentwicklung des EBM wäre eine Option, um die Vergütung der ASV weiterzuentwickeln, statt ein Vergütungssystem neu zu entwickeln (siehe *Anhang 6. Teilbericht 6_Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren_Empfehlung 1.3.2*).

Die Komplexität von Abrechnungsregelungen ist nicht nur in der ASV, sondern seit jeher auch in der vertragsärztlichen Regelversorgung sowie in der stationären Leistungserbringung ein Dauerthema. Nicht ganz zu Unrecht werden in der juristischen Fachliteratur die entsprechenden Regelungen (insbesondere im EBM und in den DRG) als Dauerbaustellen bezeichnet. Von daher sprengt es den Rahmen, hier detailliertere Überlegungen zur Vereinheitlichung von Abrechnungsgrundlagen anzubieten. Trotzdem wurden Optionen zur Umsetzung einer vereinfachten Abrechnung genannt.

Patienten informieren und potenziellen Nutzen der ASV klarer herausstellen

Auch wenn sich die Patienten in der ASV in der vorliegenden Befragung besser über ihre Erkrankung informiert und in Entscheidungen eingebunden fühlten als andere Patienten, deckt diese Informiertheit nicht unbedingt das Konzept ASV ab. Den Patienten sind verschiedene Versorgungsansätze nicht bekannt und sie werden auch nicht über die jeweiligen Vor- und Nachteile informiert (siehe z. B. Patienteninformation zur ASV, in der Nachteile und Wahlmöglichkeiten nicht benannt sind). Da ein höherer, auch für Patienten erkennbarer, Nutzen ein erklärtes Ziel der ASV ist, sollte ihnen dieser auch explizit dargestellt werden.

Die derzeitigen mit der ASV verbundenen Anstrengungen erscheinen vor dem Hintergrund der eindeutig messbaren Ergebnisse insgesamt nicht gerechtfertigt. Eine aufwandsarme Erfassung der Versorgungsqualität ist trotz des anzustrebenden Bürokratieabbaus unerlässlich, um auf dieser Basis die Existenzberechtigung der ASV (mindestens gleichbleibende, eher bessere Versorgungsqualität) beweisen und transparent machen zu können.

Die unzureichende Darstellung der Ergebnisqualität der ASV liegt schlussendlich auch in den nur lückenhaft vorhandenen bzw. nutzbaren Daten begründet. Erste Schritte zur Verbesserung dieser Situation sind im „Gesundheitsdatennutzungsgesetz“ beschrieben, welches die Nutzung von Gesundheitsdaten für Forschungszwecken in Zukunft erleichtern soll.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Alle beteiligten Konsortialpartner leisten einen aktiven Beitrag zur Öffentlichkeitsarbeit. Zu veröffentlichende Artikel und Kongressbeiträge wurden und werden nach Publikationsvereinbarung im Konsortium zirkuliert und dann freigegeben.

- Liste der Aktivitäten zur Öffentlichkeitsarbeit:
BvDU: Mailings, Homepage sowie Newsletter und Rubrik
Seit Projektstart wurden bisher 8 Mailings an den BvDU-Mitgliederverteiler (ca. 2.500 Kontakte) sowie zusätzlich verfügbare Mail-Kontakte aus der urologischen Versorgerwelt (ca. 1.400 Kontakte) versendet, um das Projekt bekanntzumachen und für die Teilnahme am Projekt zu werben. Gleichzeitig wird kontinuierlich seit Projektstart in den Organisationsitzungen (z. B. Mitgliederversammlungen auf Bund- und Länderebene) des BvDU das Projekt beworben.
Weitere Aktivitäten des BvDU:
<https://urologie-gestalten.de/blog/projektstart-asv-we/>
<https://urologie-gestalten.de/blog/nicht-asv-praxen-als-vergleichsgruppe-fuer-patientenbefragung-im-projekt-asv-we-gesucht/>
<https://sgdu-mbh.de/blog/bvdu-ist-konsortialpartner-in-vom-g-ba-gefoerderten-versorgungsforschungsprojekt/>
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00120-021-01749-5.pdf>

Zi: Homepage

<https://www.zi.de/projekte/innovationsfonds>

aQua-Institut: Homepage, Artikel, Kongressbeiträge (s.u.)

<https://www.aqua-institut.de/projekte/asv-we>

Artikel: „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“. Marianne Leitsmann, Carina Stammann, Roland Zielke, Lothar Weißbach. URO-NEWS 2021; 25 (11) (<https://www.springermedizin.de/ambulante-spezialfachaerztliche-versorgung/19861098>)

DIFA:

Artikel: „Was machen Urologen in der Praxis? Ein erster „ungefilterter“ Blick auf die Versorgung“. Peter J. Goebell, Sulafah El-Khadra, Marcus Horstmann, Peter Kollenbach, Gerson Lüdecke, Thomas Quack, Michael Rug, Michael Stephan-Odenthal, Kerstin Bode-Greuel, Saskia Zink, Patrick Lieberkühn, Matthias Schulze. Urologe 2021; 60:760–768 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8208933/pdf/120_2021_Article_1545.pdf)

DIFA: Homepage

<https://difa-vf.de/asv-we/>

UKHD: Homepage

[Universitätsklinikum Heidelberg: Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft \(uni-heidelberg.de\)](https://www.uni-heidelberg.de/versorgungsforschung)

- Vergangene Vorträge zum Projekt (teilw. mit Veröffentlichung der Abstracts im jeweiligen Programm) bei folgenden Veranstaltungen/Gelegenheiten:

Abstract & Posterpräsentation Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie 09/2021, Stuttgart, Trials in Progress: Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE). *Marianne Leitsmann, Carina Stammann, Tobias Herrmann, Gerald Willms, Roland Zielke, Kerstin*

Bode-Greuel, Katja Krug, Michel Wensing, Markus Leibner, Clemens Krause, Hanna Zwiener und Lothar Weißbach.

Abstract & Vortrag Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 10/2021, digital: „Entwicklung und Pilotierung eines Fragebogens zur Evaluation der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ aus Perspektive der Leistungserbringer (ASV-WE)“. *Stefanie Fährdrich, Amanda Breckner, Katja Krug, Michel Wensing, Gerald Wilms, Björn Broge, Marianne Leitsmann, Carina Stammann, Tobias Herrmann, Roland Zielke, Kerstin Bode-Greuel, Lothar Weißbach, Markus Leibner, Clemens Krause und Hanna Zwiener.*

Abstract & Vortrag Nordkongress Urologie 05/2022, Erfurt: „Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE)“. *Marianne Leitsmann, Carina Stammann, Tobias Herrmann, Gerald Willms, Björn Broge, Roland Zielke, André Byrla, Doron Stein, Maria Feske, Katja Krug, Amanda Breckner, Michel Wensing, Markus Leibner, Stefanie Fährdrich, Hanna Zwiener und Lothar Weißbach.*

Podcast „Uro-logisch“, 05/2022

Vortrag bei der Jahrestagung der Leitenden Krankenhausärzte in der Urologie, online 06/2022

Abstract & Posterpräsentation Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 10/2022, Potsdam: „Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE)“. *Marianne Leitsmann, Carina Stammann, Tobias Herrmann, Gerald Willms, Björn Broge, Roland Zielke, André Byrla, Doron Stein, Maria Feske, Katja Krug, Amanda Breckner, Michel Wensing, Markus Leibner, Stefanie Fährdrich, Hanna Zwiener und Lothar Weißbach.*

2 Vorträge im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Hamburg 09/2022 (Uro-Beirat, ASV-Symposium)

Vortrag im Rahmen SgDU-Fachgespräch, Berlin 11/2022

Abstract & Posterpräsentation Deutscher Krebskongress 11/2022, Berlin: Status and further development of outpatient specialist medical care in the area of urological tumors (ASV-WE)“. *Marianne Leitsmann, Carina Stammann, Tobias Herrmann, Gerald Wilms, Björn Broge, Roland Zielke, André Byrla, Doron Stein, Maria Feske, Katja Krug, Amanda Breckner, Michel Wensing, Markus Leibner, Clemens Krause, Hannah Zwiener, Stefanie Fährdrich und Lothar Weißbach.*

Vortrag Urologisches Wintersymposium 01/2023, Chemnitz: ASV in der Urologie: steht der Aufwand über dem Nutzen? Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE). *Marianne Leitsmann, Lothar Weißbach.*

Abstract & Poster BMC Kongress 04/2023, Berlin: Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE). *Marianne Leitsmann, Carina Stammann, Tobias Herrmann, Gerald Willms, Björn Broge, Roland Zielke, André Byrla, Doron Stein, Maria Feske, Katja Krug, Michel Wensing, Markus Leibner, Stefanie Fährdrich, Tobias Mußnug, Hanna Zwiener und Lothar Weißbach.*

Abstract & Vortrag Nordkongress Urologie 05/2023, Lüneburg: „Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE)“. *Marianne Leitsmann, Carina Stammann, Tobias Herrmann, Gerald Willms, Björn Broge, Roland Zielke, André Byrla, Doron Stein, Maria Feske, Katja Krug, Michel Wensing, Markus Leibner, Stefanie Fähndrich, Tobias Mußgnug, Hanna Zwiener und Lothar Weißbach.*

Abstract & Posterpräsentation Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie 09/2023, Leipzig: „Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE)“. *Marianne Leitsmann, Carina Stammann, Tobias Herrmann, Gerald Willms, Björn Broge, Roland Zielke, André Byrla, Doron Stein, Maria Feske, Katja Krug, Amanda Breckner, Michel Wensing, Markus Leibner, Stefanie Fähndrich, Hanna Zwiener und Lothar Weißbach.*

Artikel Urologische Nachrichten Kongressausgabe im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie 09/2023, Leipzig: „Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE)“. *Marianne Leitsmann, Carina Stammann, Tobias Herrmann, Gerald Willms, Björn Broge, Roland Zielke, André Byrla, Doron Stein, Maria Feske, Katja Krug, Amanda Breckner, Michel Wensing, Markus Leibner, Stefanie Fähndrich, Hanna Zwiener und Lothar Weißbach*

Abstract & Vortrag Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 10/2023 „Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE)“. *Carina Stammann, Marianne Leitsmann, Tobias Herrmann, Gerald Willms, Björn Broge, Roland Zielke, André Byrla, Doron Stein, Maria Feske, Katja Krug, Michel Wensing, Markus Leibner, Stefanie Fähndrich, Tobias Mußgnug, Hanna Zwiener und Lothar Weißbach.*

- Liste der bereits entstandenen Veröffentlichungen:
<https://urologie-gestalten.de/blog/projektstart-asv-we/> (erschien ebenso als Artikel in Der Urologe 05/2021)

„Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“. Marianne Leitsmann, Carina Stammann, Roland Zielke, Lothar Weißbach. URO-NEWS 2021; 25 (11)
(<https://www.springermedizin.de/ambulante-spezialfachaerztliche-versorgung/19861098>)

- Liste der noch geplanten Vorträge und Veröffentlichungen:
Das Zi wird eine Fachinformation zu den Ergebnissen der Versorgerbefragung erstellen und diese den Teilnehmern der Befragung auf Wunsch übersenden.

Überlegungen zu Veröffentlichungen in Peer-reviewed Fachzeitschriften bestehen aktuell zu den Themen: Inhalte der Versorgerbefragung, Koordination von Versorgung und „Was bedeutet Qualität in der Versorgung?“.

10. Literaturverzeichnis

- Achard, V., Putora, P. M., Omlin, A., Zilli, T., & Fischer, S. (2022). Metastatic Prostate Cancer: Treatment Options. *Oncology, 100*(1), 48-59. doi:10.1159/000519861
- Artino, A. R., Jr., La Rochelle, J. S., Dezee, K. J., & Gehlbach, H. (2014). Developing questionnaires for educational research: AMEE Guide No. 87. *Med Teach, 36*(6), 463-474. doi:10.3109/0142159X.2014.889814

- Bortz, J. (2005). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 6. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- Bundesausschuss, G. (2022). Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Prüfauftrag gemäß § 116b Absatz 4 Satz 12 SGB V.
- Bundesausschuss, G. (2022). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über einen Bericht gemäß § 116b Absatz 4 Satz 12 SGB V: Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax der ASV-RL
- Dengler, R., Straub, N., Waldeyer, K., Bredow, L., Riedel, O., Hornschuch, M., . . . Froschauer, S. (2022). Generelle, alle ASV-IndikatiOnen übergreifende EvALuation und Weiterentwicklung der ASV-RL (§ 116b SGB V).
- Kruskal, W. H., & Wallis, W. A. (1952). Use of Ranks in One-Criterion Variance Analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 47(260), 583-621. doi:10.1080/01621459.1952.10483441.
- Mayring, P., Boehm, A., Mengel, A., & Muhr, T. (1994). Qualitative Inhaltsanalyse. *UVK Univ.-Verl. Konstanz*, 14, 159-175. doi:https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-14565
- Schaffland, H.-J., & Wiltfang, N. (2023). Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)/Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), § 27 BDSG RdNr. 3.
- Schoffer, O., Klinkhammer-Schalke, M., & Schmitt, J. (2022). WiZen-Studie: Überlebensvorteile bei Behandlung in zertifizierten Krebszentren. *GWG*, 4, 7-15.

11. Anhang

- Anhang 1: Teilbericht_1_Patientenbefragung
- Anhang 2: Teilbericht_2_Versorgererhebung
- Anhang 2.1: Teilbericht_2_Versorgererhebung_Anlage 1_Musterprotokoll_IG
- Anhang 2.2: Teilbericht_2_Versorgererhebung_Anlage 2_Musterprotokoll_VG
- Anhang 3: Teilbericht 3_Falldaten
- Anhang 3.1: Darstellung Fallverläufe ASV vs. Nicht-ASV
- Anhang 4A: Teilbericht 4A_Interviews
- Anhang 4B: Teilbericht 4B_Kleingruppendiskussion
- Anhang 5: Teilbericht 5_Workshops
- Anhang 6: Teilbericht 6_Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren

12. Anlagen

keine



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE): Ergebnisse aus der Patientenbefragung (Arbeitspaket 1)

Dr. Katja Krug, Prof. Michel Wensing

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

Heidelberg, 07.09.2023

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	5
1. Einleitung	6
1.1 Fragestellungen	6
2. Methoden	7
2.1 Studienpopulation	7
2.2 Studiendurchführung	7
2.3 Instrumente	8
2.4 Analyse	11
2.4.1 Fallzahlplanung	11
2.4.2 Statistische Auswertung	11
2.4.3 Ethik und Registrierung	11
3. Ergebnisse	12
3.1 Beschreibung der teilnehmenden Zentren	12
3.2 Deskription der teilnehmenden Patienten	13
3.3 Charakteristika der Patienten	14
3.4 Überprüfung der Hypothesen	18
3.4.1 Lebensqualität	18
3.4.2 Zugang zur Versorgung	19
3.4.3 Koordination der Versorgung	20
3.4.4 Patientenadhärenz	20
3.4.5 Patientenaufklärung, -information und -beteiligung an Therapieentscheidungen	21
3.4.6 Zufriedenheit	21
3.4.7 Digitalisierung	22
4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	22
5. Literatur	24
6. Anhang	26
A1. Patientenfragebogen (ohne validierte Fragebögen)	26
A2. Charakteristika der teilnehmenden Zentren: Versorgungsbereich und Standort	35
A3. Charakteristika der teilnehmenden Zentren: Mitarbeiter*innen, Patientenzahlen	36
A4. Charakteristika der teilnehmenden ASV-Zentren	37
A5. Rekrutierte Patienten in den Zentren	38
A6. Soziodemographie der teilnehmenden Patienten	39
A7. Krankheitsspezifische Angaben der Patienten	41

A8. Angaben der Ärzt*innen zu den Patienten: Diagnostik	44
A9. Angaben der Ärzt*innen zu den Patienten: Therapie.....	46
A10. Therapien (Leitlinien)	48
A11. Lebensqualität (FACT-P).....	49
A12. EUROPEP (Organisation of Care).....	50
A13. Koordination der Versorgung.....	52
A14. Adhärenz (A14).....	54
A15. Adhärenz bei Chemo- und/oder Strahlentherapie	55
A16. Patient Activation (PAM).....	56
A17. EUROPEP (Fragen zu und Zufriedenheit mit Versorgung in der urologischen Praxis/Klinik): Clinical Behaviour	57

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AH	Arbeitshypothese
aQua-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
ASV	ambulante spezialfachärztliche Versorgung
ASV-WE	Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“
B	Regressionskoeffizient(en)
BvDU	Berufsverband der Deutschen Urologen
CT	Computertomographie
EBM	einheitlicher Bewertungsmaßstab
ES	Effektstärke
EUROPEP	European Project on Patient Evaluation of General Practice Care
evtl.	eventuell
FACT-P	Functional Assessment of Cancer Therapy – Prostate Module
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GnRH	Gonadotropin-Releasing-Hormon
ICC	Intraclustercorrelation
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
IQR	Interquartilsrange
ISUP/WHO	International Society of Urological Pathology / Weltgesundheitsorganisation
KV	kassenärztliche Vereinigung
M	Mittelwert
Max	Maximum
mCRPC	metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom
Md	Median
mHSPC	metastasiertes hormonsensitives Prostatakarzinom
Min	Minimum
MRT	Magnetresonanztomographie
n	Anzahl

NHT	neue hormonelle Substanz/Therapie
Nicht-ASV	Versorgung außerhalb der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (usual care)
PAM	Patient Activation Measure
PARP	Poly-ADP-Ribose-Polymerase
PET	Positronen-Emissions-Tomographie
PET/CT	Kombination von Positronen-Emissions-Tomographie und Computertomographie
PKV	private Krankenversicherung
PSA	prostataspezifisches Antigen
PSMA	prostataspezifisches Membranantigen
SD	Standardabweichung
u. ä.	und ähnliche/r/s
UV	unabhängige Variable(n)
z.B.	zum Beispiel

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die eingesetzten Fragebogenversionen.....	10
Tabelle 2: Teilnehmende Kliniken und Praxen (nach KV-Region)	13
Tabelle 3: Überblick über Hypothesen und Hauptergebnisse	23

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Versorgungsbereiche der teilnehmenden Kliniken und Praxen	12
Abbildung 2: Verteilung der teilnehmenden Zentren und Patienten auf ASV und Regelversorgung in den Versorgungsbereichen.....	14
Abbildung 3: Patientenangabe zur Betreuung in der ASV	15
Abbildung 4: Patientenangabe zur Betreuung in einem zertifizierten Tumorzentrum	15
Abbildung 5: Anzahl der Therapien in beiden Gruppen.....	16
Abbildung 6: Aktuelle Therapien bei Patienten mit einem hormonsensiblen Tumor (Angabe der Ärzt*innen)	17
Abbildung 7: Aktuelle Therapien bei Patienten mit einem kastrationsresistenten Tumor (Angabe der Ärzt*innen)	18
Abbildung 8: Lebensqualität der Patienten im FACT-G (Physical Well-Being, Social/Family Well-Being, Emotional Well-Being, Functional Well-Being)	19
Abbildung 9: Zugang zur Versorgung (EUROPEP Organization of care)	19
Abbildung 10: Therapieadhärenz bei ASV- und Nicht-ASV-Patienten (A14).....	20
Abbildung 11: Patientenbeteiligung bei ASV- und Nicht-ASV-Patienten (PAM)	21
Abbildung 12: Zufriedenheit mit der Versorgung (EUROPEP Clinical behaviour)	22

1. Einleitung

Seit 2012 erfolgt in Deutschland eine schrittweise Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) mit dem Ziel, eine hochqualifizierte, interdisziplinäre und sektorenübergreifende Behandlung für Patient*innen mit seltenen oder komplexen Krankheiten zu fördern (Jenschke, Pöttgen et al. 2017, Jenschke, Froschauer-Häfele et al. 2018), zu denen auch die urologischen Tumore zählen. Die ASV im Bereich urologische Tumore richtet sich dabei an Patient*innen ab einem Alter von 18 Jahren mit Tumorerkrankungen, deren Versorgung komplex ist, interdisziplinär und/oder mit besonderer Expertise oder Ausstattung erfolgen sollte (Gemeinsamer Bundesausschuss 2017). So können im Rahmen der ASV Patient*innen aktuell z. B. diagnostische Maßnahmen wie Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und Kombination von Positronen-Emissions-Tomographie und Computertomographie (PET/CT) erhalten, die bisher nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind, und profitieren somit von modernen Verfahren.

Die Versorgung im Rahmen der ASV soll die Patient*innen aktiv in Entscheidungen involvieren, sie umfassend informieren und zu mit der Versorgung zufriedenen Patient*innen führen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016). In der ASV betreute Patient*innen mit gastrointestinalen Tumoren zeigten sich in einer Befragung sehr zufrieden mit der ASV (Kaiser, Kaiser et al. 2018). Zu Patienten mit urologischen Tumoren gab es zum Zeitpunkt der Projektdurchführung keine Erkenntnisse.

Das Prostatakarzinom (ICD-10 C61) ist die häufigste Tumorerkrankung bei Männern in Deutschland (Barnes, Kraywinkel et al. 2016). Das metastasierte Prostatakarzinom kann auch ambulant interdisziplinär behandelt werden, wenn keine Komplikationen durch den Tumor, dessen Metastasen oder durch die Medikation bestehen. Daher eignet sich diese Patientengruppe gut als Zielgruppe für eine Befragung zur Versorgung im Rahmen der ASV.

Daher sollten in der vorliegenden Befragung Patienten mit lokal fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Prostatakarzinom Auskunft darüber geben, inwieweit sie versorgungsrelevante Aspekte wahrnehmen und ob die ASV-Ziele auf Ebene der urologischen Patienten erreicht werden.

1.1 Fragestellungen

Die anonyme Patientenbefragung zielte auf die Überprüfung der Ergebnisqualität aus Patientensicht ab und adressierte folgende Arbeitshypothesen (AH):

AH 1: ASV-Patienten haben bessere medizinische Outcomes und eine höhere Lebensqualität als vergleichbare Patienten, die usual care erhalten.

AH 2: ASV-Patienten haben einen besseren Zugang zur Versorgung, d.h. zu benötigten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

AH 3: Die Behandlung von ASV-Patienten ist besser koordiniert als die Behandlung unter usual care-Bedingungen.

AH 4: ASV-Patienten sind therapieadhärenter als vergleichbare Patienten, die usual care erhalten.

AH 5: ASV-Patienten sind über ihre Erkrankung und die Therapieoptionen besser aufgeklärt/informiert als vergleichbare Patienten, die usual care erhalten.

AH 6: ASV-Patienten sind an Entscheidungen über ihre Therapie besser beteiligt als vergleichbare Patienten, die usual care erhalten.

AH 7: ASV-Patienten sind mit ihrer Versorgung zufriedener als vergleichbare Patienten, die usual care erhalten.

2. Methoden

2.1 Studienpopulation

In die Studie wurden Patienten ab 18 Jahren mit metastasiertem Prostatakarzinom (ICD-10 C61) eingeschlossen. Ausgeschlossen wurden Patienten mit anderen Diagnosen aus dem Bereich der urologischen Tumore, Patienten, die erstmalig in der ASV vorstellig wurden, stationäre Patienten und nicht einwilligungsfähige Patienten. Die Patienten wurden von Leistungserbringern an der Befragung teilnehmenden Kliniken und Praxen rekrutiert: die Patienten in der ASV von der Leitung des jeweiligen ASV-Teams, die Patienten außerhalb der ASV (Nicht-ASV) von Praxisinhaber*innen oder Ärzt*innen der urologischen Einrichtung, die zu keinem ASV-Team gehörten.

Praxen und Kliniken wurden über das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (aQua-Institut) rekrutiert. Kontaktdaten zu ASV-Teams lagen frei zugänglich über die ASV-Servicestelle vor (ASV Servicestelle 2020). Zugang zu Kontaktdaten von Urolog*innen für Nicht-ASV-Patienten konnte über den Verteiler des Kooperationspartners Berufsverband der Deutschen Urologen (BvDU) erreicht werden.

Für jedes teilnehmende Studienzentrum wurde ein „Steckbrief“ erstellt. Die Angaben zur Charakterisierung der Studienzentren bezogen sich auf

- den Versorgungsbereich (evtl. mit Angabe des Trägers bei Kliniken)
- das Bundesland bzw. die KV-Region
- die Ortsgröße
- seit wann die Praxis / Abteilung besteht
- die Anzahl ärztlicher Praxis- bzw. Klinikmitarbeiter
- die Anzahl ambulant behandelte Patienten pro Quartal
- den geschätzten Anteil der Patienten wegen metastasiertem Prostatakarzinom
- ob es sich um ein zertifiziertes Prostatakarzinomzentrum handelt.

Zusätzliche Fragen zur Digitalisierung adressierten die Verwendung von digitalen Medien im Praxis- bzw. Klinikalltag, die Anbindung an die Telematikinfrastruktur und die Verwendung einer digitalen Patientenakte. Außerdem wurden die Zentren gebeten, die Art der Zusammenarbeit / Kommunikation im Team bzw. ASV-Team anzugeben. Die beteiligten ASV-Studienzentren gaben zudem an, ob sie Mitglied oder Leitung eines ASV-Teams sind, seit wann das ASV-Team aktiv ist, welche die am häufigsten behandelten Diagnosen im Rahmen der ASV sind, wie viele Mitglieder das ASV-Kernteam hat, ob das Kernteam sektorenübergreifend zusammengesetzt ist und wie viele hinzuzuziehende Mitglieder das ASV-Team hat.

2.2 Studiendurchführung

Die Patientenbefragung wurde als nicht-randomisierte, kontrollierte Beobachtungsstudie durchgeführt. Verglichen wurden Patienten mit metastasiertem Prostatakarzinom innerhalb und außerhalb der ASV. Die Zentren erhielten ab Dezember 2021 vor der Patientenrekrutierung die Studienunterlagen bestehend aus je 60 Patientenfragebögen, Teilnahmeinformationen, Ethikbescheiden, Studienprotokollen, Patienteninformationen und einer Rekrutierungsliste. Die Fragebögen wurden mittels der Software TeleForm erstellt, womit das Einscannen der Dokumente in guter Qualität ermöglicht wurde. Die Patienten wurden in den rekrutierenden Zentren konsekutiv gescreent und über die Studie informiert. Gaben sie ihre Zustimmung zur Studienteilnahme, füllte der/die Arzt/Ärztin zunächst ein Deckblatt mit wenigen klinischen Routinedaten zum Patienten aus und händigte dieses den Patienten mit dem Patientenfragebogen aus. Die Fragebögen enthielten einen Code zur rekrutierenden Klinik

oder Praxis, so dass die Patienten sie anonym ausfüllen und entweder mit einem vorfrankierten Briefumschlag zurück an das aQua-Institut senden oder vor Ort in der Klinik oder Praxis in eine Sammelbox einwerfen konnten. Mit dem Rücklauf wurden die Bögen bei aQua digitalisiert, die Daten bereinigt und für die Auswertung vorbereitet. Die Auswertung selbst wurde dann mit Vorliegen aller Rückläufer nach deren Aufbereitung an der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg, vorgenommen. Die Organisation der Datenerhebung erfolgte durch das aQua-Institut Göttingen von Januar bis August 2022.

2.3 Instrumente

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden verschiedene validierte und selbst entwickelte Fragebögen herangezogen. Die Fragebögen wurden in insgesamt 4 Expertenrunden mit ärztlichen Projektberatern und Patientenvertretern diskutiert und an die entsprechenden Vorschläge angepasst. Hier wurde auch das Ausfüllen eines Deckblattes mit klinischen Parametern zur Erfassung potentieller Confounder festgelegt. Zusätzlich sollte erfasst werden, inwieweit bei der Versorgung der Patienten die Kommunikation über digitale Medien genutzt wird.

Im Folgenden werden die einzelnen Fragebögen zur Beantwortung der Arbeitshypothesen und Beschreibung der Stichprobe dargestellt.

AH1: Functional Assessment of Cancer Therapy – Prostate Module (FACT-P)

Die Lebensqualität als patient-reported outcome wurde mit der deutschen Version des Functional Assessment of Cancer Therapy – Prostate Module (FACT-P) erhoben. Das FACT-P liegt in einer validierten deutschen Version vor (Bonomi, Cella et al. 1996) und beinhaltet auf einer 5-stufigen Skala (überhaupt nicht – sehr) 27 Fragen zur Krebserkrankung allgemein (FACT-G; Körperliches Wohlbefinden, Verhältnis zu Freunden, Bekannten und Familie, Seelisches Wohlbefinden, Funktionsfähigkeit) und zwölf spezifische Fragen zum Prostatakarzinom. Höhere Werte entsprechen einer höher eingeschätzten Lebensqualität.

AH2: Subskala Organization of care des European Project on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP)

Die Subskala Organization of care (Organisation der Versorgung) des European Project on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP)-Fragebogens wurde zur Beantwortung der Frage nach dem Zugang zur Versorgung herangezogen. Der EUROPEP liegt in einer validierten deutschen Version vor (Grol, Wensing et al. 1999) und beinhaltet neben der Subskala Organization of Care (7 Fragen) die Subskala Clinical Behaviour (16 Fragen), die jeweils auf einer 5-stufigen Skala (1 ausgezeichnet – 5 schlecht) beantwortet werden. Zusätzlich steht die Antwortoption „nicht zutreffend / nicht von Bedeutung“ zur Verfügung. Im Gegensatz zu bisherigen Anwendungen in Deutschland schätzten die Patienten in der vorliegenden Befragung nicht die Versorgung der letzten 5 Jahre, sondern nur der letzten 12 Monate ein, um die Versorgung im Rahmen der ASV abbilden zu können, die es noch nicht so lange gibt.

AH3: selbstentwickelte Fragen zur Koordination

Zur Erfassung der Koordination der Versorgung stand kein geeignetes Instrument zur Verfügung. Daher wurden in einer Literatur- und Instrumentenrecherche mögliche Fragen identifiziert, mit Patientenvertretern in Arbeitspaket 4 diskutiert, weiterentwickelt und pilotiert (siehe auch Teilbericht zu Arbeitspaket 4).

Die Recherche fokussierte auf bereits vorhandene Instrumente in deutscher und englischer Sprache. Items zur Koordination aus den Befragungsinstrumenten wurden extrahiert; ähnliche Fragen wurden

zusammengefasst. Der so gebildete Pool zu Fragen der Koordination wurde am 21. Oktober 2021 in einer Kleingruppe mit 6 Patienten- bzw. Angehörigenvertretern diskutiert, relevante Items ausgewählt und sprachlich angepasst. Das so zusammengestellte Instrument wurde 6 weiteren Patienten zur Einschätzung im Rahmen eines cognitive debriefing (29.11.-03.12.2021) vorgelegt und telefonisch besprochen. Aufgrund der Rückmeldungen waren keine Anpassungen nötig.

Die elf Fragen im genutzten Instrument adressieren, wo die Versorgung hauptsächlich stattfindet, wer hauptsächlich die Koordination übernimmt und wer die Koordination aus Sicht der Patienten am besten übernehmen sollte. Außerdem schätzten die Patienten auf acht 5-stufigen Skalen (1 trifft voll und ganz zu – 5 trifft ganz und gar nicht zu) ein, wie gut die Koordination aus ihrer Sicht umgesetzt wurde.

AH4: A14 Fragebogen zur Therapieadhärenz

Die Therapieadhärenz wurde mit dem A14-Fragebogen erhoben (Jank, Bertsche et al. 2009). Die 14 Fragen mit einer 5-stufigen Antwortskala (0 sehr häufig – 4 nie) des validierten Fragebogens wurden mit Fragen, die sich speziell auf die Adhärenz bezüglich Strahlen- und/oder Chemotherapie bezogen, ergänzt, z. B. „Ich habe einen oder mehrere Therapietermine vergessen.“.

AH5/6: Patient Activation Measure (PAM)

Patientenaufklärung und -beteiligung an Therapieentscheidungen wurde mit dem Patient Activation Measure (PAM) erhoben (Hibbard, Mahoney et al. 2005, Zill, Dwinger et al. 2013). Die 13 Fragen des PAM werden auf einer 4-stufigen Skala beantwortet (1 stimmt nicht – 4 stimmt genau) und in einem gewichteten PAM-Score zusammengefasst, aus dem ein 4-stufiges PAM-Level abgeleitet werden kann.

AH7: EUROPEP Clinical behaviour

Die Zufriedenheit der Patienten mit der Versorgung wurde anhand der Subskala Clinical behaviour des EUROPEP operationalisiert (Grol, Wensing et al. 1999). Die 16 Fragen der Skala werden jeweils auf einer 5-stufigen Skala (1 ausgezeichnet – 5 schlecht) beantwortet. Zusätzlich steht die Antwortoption „nicht zutreffend / nicht von Bedeutung“ zur Verfügung. Für die vorliegende Befragung wurde eine Frage den Studieninhalten projektspezifisch angepasst: Statt danach zu fragen, wie Angebote zur Krankheitsvorbeugung (z. B. Vorsorge, Impfung, Gesundheitskontrollen u. ä.) gemacht wurden, fokussierte die vorliegende Befragung auf Angebote zu weiterführenden Therapien oder der Palliativversorgung. Dieses Vorgehen wurde mit den Entwicklern des deutschen EUROPEP abgestimmt (persönliche Kommunikation, 16.08.2021).

Weitere Aspekte

Des Weiteren wurden **soziodemographische und klinische Angaben** von den Patienten erhoben; genauere klinische Angaben zu den Patienten und Angaben zur Charakterisierung der Studienzentren wurden von den rekrutierenden Ärzt*innen der Studienzentren erfasst. Die Studienzentren gaben folgende klinischen Routinedaten der eingeschlossenen Patienten an:

- Zeitpunkt der Erstdiagnose
- Stadium des Prostatakarzinoms bei Erstdiagnose (TNM-Grading)
- Gleason Score (<=3 + 3; 3+4, 4+3, >=4 + 4)
- International Society of Urological Pathology / World Health Organisation (ISUP/WHO) Grad (1-5)
- lokale Therapie (radikale Prostatektomie, perkutane Bestrahlung, andere)
- Hormonsensibilität (hormonsensibel, kastrationsresistent)
- Metastasenlokalisierung (lymphogen, ossär, viszeral, andere)
- aktueller Wert des prostataspezifischen Antigens (PSA)
- PSA-Wert vor Einleitung der aktuellen Therapie

- aktuelle Therapie (Antiandrogen, GnRH-Agonist oder -Antagonist, neue hormonelle Substanz (NHT), Chemotherapie, PSMA-Ligandentherapie, PARP-Inhibition, Immuntherapie, Operation der Metastasen, Radionuklidtherapie, Bestrahlung von Metastasen, Bestrahlung zur Schmerzlinderung, med. Schmerztherapie, knochenprotektive Therapie, best supportive care / palliativmedizinische Betreuung)

Zu den soziodemographischen Angaben der Patienten gehörten Geburtsjahr und Geburtsland, Familienstand, Krankenversicherungsstatus, der höchste allgemeinbildende Schulabschluss, der höchste berufliche Ausbildungsabschluss und die derzeitige berufliche Situation. Aus Schul- und Ausbildungsabschluss wurde ein Bildungsindex (angelehnt an Winkler (Lampert, Kroll et al. 2013)) gebildet.

Die Patienten gaben außerdem an, ob ihr Prostatakarzinom metastasiert war, welche Therapien sie aktuell erhalten (Tabletten, Spritzen, Bestrahlung, Chemotherapie, sonstiges), ob sie ihren PSA-Wert kennen, welches ihre letzte Bildgebung war (Knochenszintigramm, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, PSMA-PET/CT, Röntgen), welche weiteren Erkrankungen bei ihnen vorliegen, wie häufig sie Kontakt zum Urologen bzw. zur Urologin in den letzten 12 Monaten hatten, ob sie innerhalb der ASV und/oder in einem zertifizierten Tumorzentrum betreut werden und welche Facharztkontakte sie in den letzten 12 Monaten hatten.

Die Fragen zur **Digitalisierung** bezogen sich auf die Nutzung einer elektronischen Patientenakte, Kommunikation auf elektronischem Weg und den Einsatz sogenannter „eHealth-Werkzeuge“.

Da die Beantwortung aller Fragestellungen für die Patienten zu umfangreich geworden wäre, wurden einzelne Fragebögen nur jeweils der Hälfte der teilnehmenden Patienten vorgelegt. Somit liegt der Patientenfragebogen in zwei Versionen vor (Tabelle 1):

- Version A beinhaltet die von den behandelnden Ärzt*innen ausgefüllten Angaben zum Patienten und den Patientenfragebogen ohne die Fragen zur Patientenaktivierung (PAM) und zur Adhärenz (A14).
- Version B beinhaltet die von den behandelnden Ärzt*innen ausgefüllten Angaben zum Patienten und den Patientenfragebogen ohne die Fragen zur Lebensqualität (FACT-P).

Tabelle 1: Übersicht über die eingesetzten Fragebogenversionen

Version A	Version B
klinische Angaben zum Patienten	
Soziodemographie, persönliche Angaben und Angaben zur Erkrankung	
Koordination und Zufriedenheit mit der Versorgung (EUROPEP (Grol, Wensing et al. 1999))	
Fragen zur Koordination der Versorgung (selbstentwickelt)	
Lebensqualität (FACT-P (Bonomi, Cella et al. 1996))	Patientenaktivierung und Patientenbeteiligung (PAM13-D (Zill, Dwinger et al. 2013))
	Therapieadhärenz (A14 (Jank, Bertsche et al. 2009))
Fragen zur Digitalisierung und Weiterentwicklung der Versorgung (selbstentwickelt)	

Die genauen Formulierungen der selbst entwickelten Fragen können Anhang A1 entnommen werden. Auf die Veröffentlichung der validierten Fragebögen wird aus Copyright-Gründen verzichtet.

2.4 Analyse

2.4.1 Fallzahlplanung

Die ursprünglich angedachte Fallzahl von je 900 ASV- bzw. Nicht-ASV-Patienten (in insgesamt je 15 Praxen oder Kliniken für Urologie) sollte auch kleine Unterschiede in der Versorgung zwischen beiden Gruppen aufzeigen können. Die Fallzahlplanung basierte auf einem nachzuweisenden Gruppenunterschied von 0,1 Punkten auf der Subskala „Organisation der Versorgung“ des EUROPEP-Fragebogens (SD=0.6, ES=.01667, 30 Cluster, ICC=0.01, alpha=0.05, beta=0.20). Aufgrund geringer Rückläufer musste die Fallzahlkalkulation im Verlauf der Studie angepasst werden, so dass nur noch größere Unterschiede zwischen ASV- und Nicht-ASV-Gruppe in den Ergebnissen statistisch auffällig wurden.

Maßnahmen zur Fallzahlsteigerung

Die Rekrutierung und Information der Studienzentren beinhaltete mehrere Aufrufe zur Teilnahme über den Newsletter des BvDU, die Vorstellung des Projekts bei Kongressen (z. B. der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Nordkongress Urologie), gezielte E-Mail-Anfragen an urologische Zentren und Praxen, Anschreiben an die auf der Homepage der ASV-Serviceestelle aufgeführten ASV-Teamleitungen und die Nutzung persönlicher Kontakte der Projektleitung sowie regelmäßige (telefonisch sowie per E-Mail) Nachfragen zum Rekrutierungsstand bzw. notwendiger Hilfestellung. Zur Erleichterung der Fragebogenrückgabe für die Patienten wurden ab April 2022 Sammelboxen in den Praxen aufgestellt, in die die ausgefüllten Fragebögen eingeworfen werden konnten. Diese konnten von den Praxen bis Ende September 2022 zurückgeschickt werden, nachdem der Rekrutierungszeitraum bis Ende August 2022 verlängert worden war. Zudem wurde für die teilnehmenden Studienzentren ein Incentive von 10,- Euro pro eingegangenen ausgefüllten Fragebogen in Aussicht gestellt.

2.4.2 Statistische Auswertung

Die eingesetzten standardisierten Fragebögen wurden anleitungsgemäß ausgewertet. Skalen- und einzelne Fragewerte wurden bei kategoriellen Skalen als absolute und relative Häufigkeiten dargestellt, bei stetigen Variablen verteilungsabhängig als Mittelwert (M) mit Standardabweichung (SD) oder als Median (Md) mit Interquartilsrange (IQR). Ergänzend zu Gruppenvergleichen zwischen ASV und Nicht-ASV mittels Chi-Quadrat- bzw. Fisher's exaktem Test, Mann-Whitney-U- und t-Test (abhängig von Skalenniveau und Verteilung der Daten) wurden die Hypothesen mittels multivariater Regressionsanalysen überprüft, wobei neben der Gruppenzuordnung (ASV/Nicht-ASV) auch Alter und Bildung der Patienten und die Struktur der Daten (Cluster) berücksichtigt wurden (generalisierte lineare Modelle). Die Auswertung erfolgte mit IBM SPSS Statistics Version 28.

Auf eine statistische Analyse der Unterschiede zwischen den Zentren wurde aufgrund der geringen Stichprobenzahl verzichtet. Nichtsdestotrotz erfolgte eine deskriptive Gegenüberstellung zur Identifikation offensichtlicher Unterschiede.

2.4.3 Ethik und Registrierung

Das Studienprotokoll zur Patientenbefragung wurde der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg vorgelegt und mit einem positiven Votum beschieden (S-540/2021, 08.07.2021, Amendment für die Entwicklung der Fragen zur Koordination und die Erfassung klinischer Angaben zu den Patienten durch die Ärzt*innen vom 26.10.2021). Das Gesamtprojekt ist im Deutschen Register Klinischer Studien registriert (No. DRKS00025403).

3. Ergebnisse

3.1 Beschreibung der teilnehmenden Zentren

Es konnten insgesamt 32 Studienzentren aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen (Abb. 1) für die Durchführung gewonnen werden. Bis auf Bremen, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Thüringen waren Zentren in allen Bundesländern vertreten (Tab. 2). Die Zentren waren primär im großstädtischen Bereich (> 100.000 Einwohner) angesiedelt (n=23), nur ein Zentrum kam aus dem ländlichen bis kleinstädtischen Bereich (< 20.000 Einwohner).

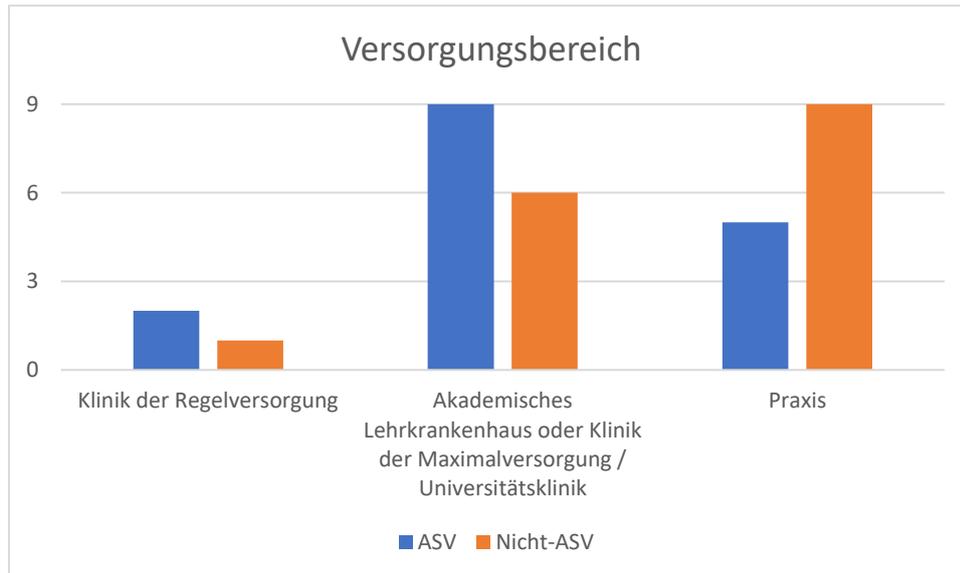


Abbildung 1: Versorgungsbereiche der teilnehmenden Kliniken und Praxen

Zwölf Zentren bestanden seit durchschnittlich 21,5 Jahren (Median; Minimum-Maximum: 4-68 Jahre), von den restlichen 20 lagen keine Angaben diesbezüglich vor. 17 Zentren (ASV: n=10, Nicht-ASV: n=7) waren ein zertifiziertes Prostatakarzinomzentrum; bei 15 Zentren (ASV: n=6; Nicht-ASV: n=9) lag keine Zertifizierung vor. Die wenigsten Zentren (n=9) konnten abschätzen, wie hoch der Anteil der Patienten ist, die wegen einem metastasierten Prostatakarzinom bei ihnen in Behandlung sind. Ihre Schätzungen lagen meist zwischen 5 und 20 Prozent (Minimum: 3-5%, Maximum: 76%). Eine Übersicht zu allen Angaben zu den teilnehmenden Zentren befindet sich im Anhang (Anhänge A2, A3, A4).

An die Telematikinfrastuktur waren 16 Zentren (ASV: n=6; Nicht-ASV: n=10) aktiv angebunden; 2 weitere (beide ASV) waren zwar angebunden, aber nicht aktiv. Fünf Zentren (ASV: n=2, Nicht-ASV: n=3) berichteten, nicht angebunden zu sein. Neun weitere Zentren (ASV: n=6, Nicht-ASV: n=3) machten keine Angabe zu ihrer Anbindung an die Telematikinfrastuktur. In 25 Zentren (ASV: n=12; Nicht-ASV: n=13) wurde eine digitalen Patientenakte (Akte in elektronischer Form) genutzt, in einem Zentrum (Nicht-ASV) war die Nutzung geplant, in einem weiteren (Nicht-ASV) nicht. Fünf Zentren (ASV: n=4; Nicht-ASV: n=1) machten keine Angabe zur Nutzung einer digitalen Patientenakte. In Anhang A3 sind weitere Charakteristika der Nutzung digitaler Medien und Kommunikation in den teilnehmenden Praxen dargestellt.

Tabelle 2: Teilnehmende Kliniken und Praxen (nach KV-Region)

ASV	Nicht-ASV
<p>Bayern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinik für Urologie Caritas Krankenhaus St. Josef, Regensburg <p>Berlin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helios Klinikum Berlin-Buch • ÜBAG Degen/Hölzer/Hoch, Berlin <p>Brandenburg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urologie Oranienburg <p>Hessen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innere Medizin, Klinikum Frankfurt Höchst • Klinik für Urologie, Universitätsklinik Marburg <p>Niedersachsen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinik für Urologie, Universitätsmedizin Göttingen <p>Nordrhein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urologie Bonn-Rhein-Sieg, Praxis Bad Godesberg • Klinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsklinikum Bonn • Urologische Partnerschaft Köln <p>Saarland:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinik für Urologie, SHG Kliniken Völklingen <p>Sachsen-Anhalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urologische Praxis Halle <p>Schleswig-Holstein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krankenhaus Reinbek St. Adolfs-Stift • Klinik für Urologie, UKSH Lübeck (Start 05/2022) <p>Westfalen-Lippe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinik für Urologie, Klinikum Lüdenscheid • Urologie Klinikum Rheine (seit 07/2022) 	<p>Baden-Württemberg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urologische Praxis in Ludwigsburg • Urologische Praxis Dr. med. Michael Rug (Start 02/2022) <p>Berlin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ATURO Urologie Berlin • Urologische Gemeinschaftspraxis Dr. Lock (Start 04/2022) <p>Brandenburg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinik für Urologie, Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH <p>Hessen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urologie am Weinberg, Kassel <p>Mecklenburg-Vorpommern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinik für Urologie, Universitätsmedizin Rostock • Klinik für Urologie, Helios Kliniken Schwerin GmbH <p>Niedersachsen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urologie Diepholz <p>Nordrhein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CUROS Urologische Gemeinschaftspraxis, Praxis-Verbund • Klinik für Urologie, Städtisches Klinikum Solingen gGmbH <p>Sachsen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinik für Urologie, Universitätsklinik Dresden • Klinik für Urologie, Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz • Urologische Gemeinschaftspraxis Chemnitz-Rabenstein (Start 03/2022) <p>Sachsen-Anhalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Magdeburg (Start 05/2022) <p>Westfalen-Lippe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Praxis Borken (Start 04/2022)

3.2 Deskription der teilnehmenden Patienten

Den 32 Zentren wurden insgesamt 1805 Fragebögen zur Verfügung gestellt, von denen 550 (30%) an Patienten ausgegeben wurden. Letztendlich konnten in insgesamt 25 Zentren (ASV: n=13, Nicht-ASV: n=12) zwischen Januar und August 2022 insgesamt 255 Patienten (Rücklaufquote insgesamt: 14%, Rücklaufquote der ausgegebenen Fragebögen: 46%; ASV: n=110, Nicht-ASV: n=145) in die Befragung eingeschlossen werden (Abb. 2). Auffallend ist die ungleiche Anzahl rekrutierter Patienten pro Zentrum (von n=1 bis n=38) (siehe auch Anhang A5).

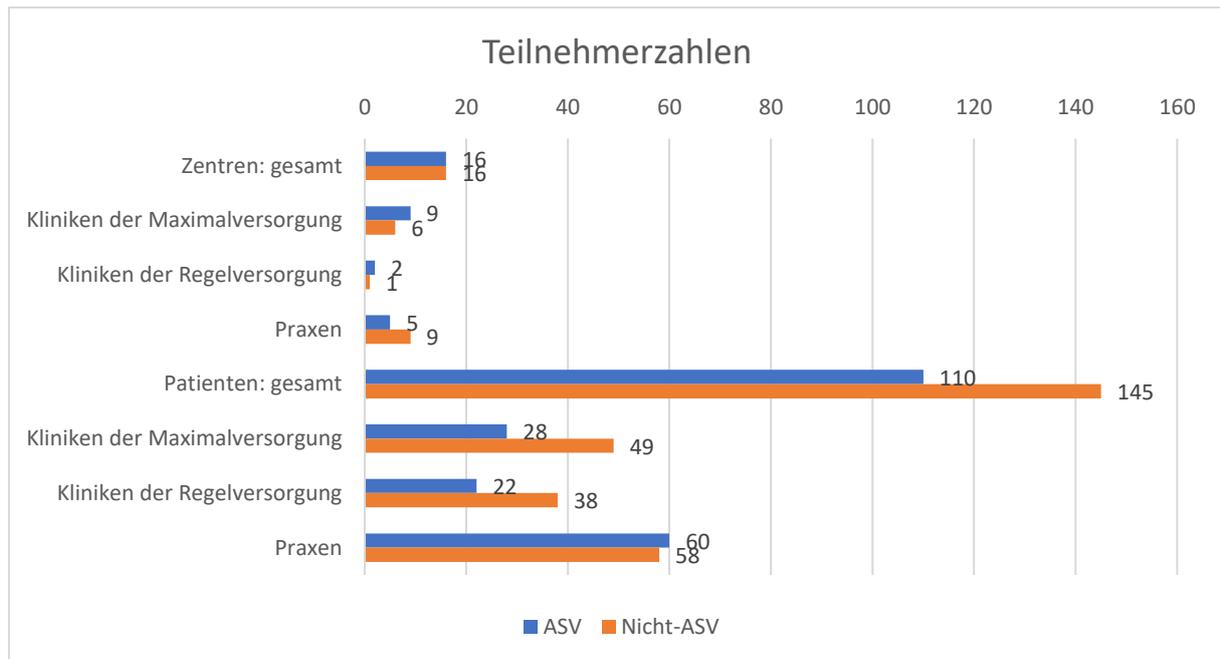


Abbildung 2: Verteilung der teilnehmenden Zentren und Patienten auf ASV und Regelversorgung in den Versorgungsbereichen

3.3 Charakteristika der Patienten

Die Patienten waren zwischen 48 und 92 Jahren alt ($M=72,9$, $SD=8,3$ Jahre). 85,5% ($n=218$) waren Rentner; 10,6% ($n=27$) voll- oder teilzeiterwerbstätig (die übrigen waren teilzeiterwerbstätig, selbständig oder arbeitslos). Seit der Erstdiagnose waren zum Befragungszeitpunkt im Median 3,5 Jahre vergangen (IQR: 0,9; 8,5 Jahre; Minimum-Maximum: 0-24,9 Jahre). Die Stichprobe beinhaltete 133 Patienten mit einem hormonsensiblen Prostatakarzinom (ASV: $n=54$, Nicht-ASV: $n=79$) und 102 Patienten im kastrationsresistenten Stadium (ASV: $n=49$, Nicht-ASV: $n=53$); von 20 Patienten war die Hormonsensibilität nicht bekannt. Der PSA-Wert vor der Einleitung der aktuellen Therapielinie ($n=243$) lag im Median bei 28,3 ng/ml (Minimum-Maximum 0,02-15.000); der aktuelle PSA-Wert lag bei 1,72 ng/ml (Minimum-Maximum 0-5.000). Von 232 Patienten lagen Angaben zur Metastasenlokalisierung vor: ossäre Metastasen hatten 182 Patienten (nur ossär: $n=65$, mit lymphogenen Metastasen: $n=114$, mit viszeralen Metastasen: $n=16$, mit anderen Metastasen: $n=2$); lymphogene Metastasen hatten 160 Patienten (nur lymphogen: $n=38$, mit viszeralen Metastasen: $n=17$, mit anderen Metastasen: $n=6$); viszerale Metastasen hatten 22 Patienten (nur viszeral: $n=2$); andere Metastasen hatten 8 Patienten (nur andere: $n=2$). Die häufigsten angegebenen weiteren Erkrankungen waren Bluthochdruck ($n=133$), Herzkrankung ($n=61$), Diabetes ($n=43$) und Arthrose ($n=37$). 47 Patienten gaben an, keine weiteren Erkrankungen zu haben. ASV-Patienten hatten häufiger komorbide Lungenerkrankungen.

Eine Übersicht über die soziodemographischen und krankheitsspezifischen Angaben der Patienten und der Ärzt*innen zu den Patienten geben die Anhänge A6, A7 und A8. Deskriptiv gab es keine Unterschiede in der Soziodemographie und im Tumorstadium zwischen den Gruppen.

Zur Frage, ob sie innerhalb der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) in Bezug auf das Prostatakarzinom betreut werden, gaben von 106 ASV-Patienten 93 „ja“ und 8 „nein“ an, 5 wussten es nicht. Von 141 Patienten der Nicht-ASV-Gruppe gaben 105 „ja“ an, 30 „nein“, 6 wussten es nicht (Abb. 3). Inwiefern die Angabe richtig war, hing nicht mit dem Wissen der Patienten über ihre Metastasierung oder ihrem Bildungsstand zusammen.

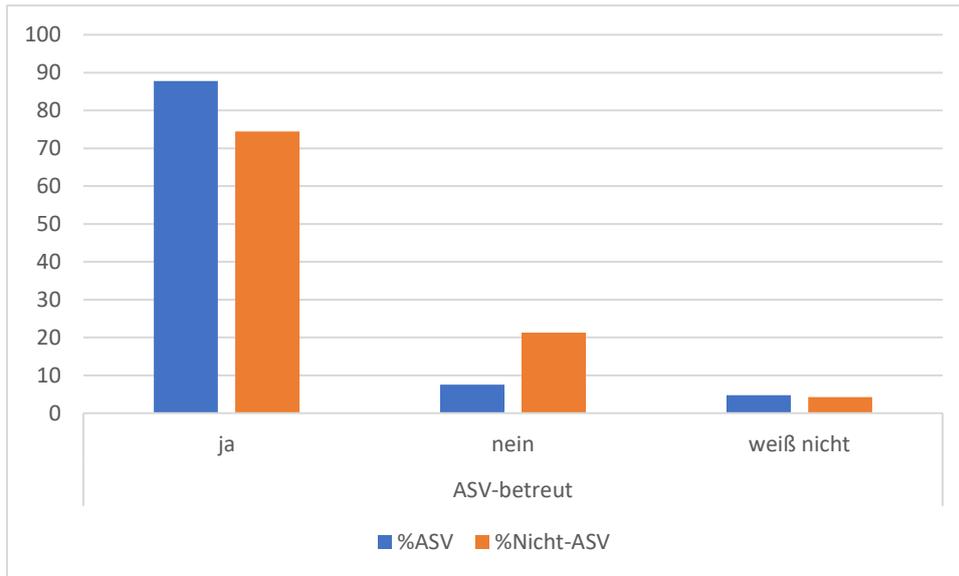


Abbildung 3: Patientenangabe zur Betreuung in der ASV

In zertifizierten Tumorzentren wurden insgesamt 176 Patienten (ASV: n=84, Nicht-ASV: n= 92) behandelt. 13 der befragten ASV-Patienten wurden nicht in einem zertifizierten Tumorzentrum behandelt. 46 der 84 (54,8%) in einem zertifizierten Tumorzentrum behandelten ASV-Patienten gaben an, in einem solchen Zentrum behandelt zu werden; die anderen verneinten die Frage (34,5%) oder wussten es nicht (10,7%). 54 der 92 (58,7%) der in einem zertifizierten Tumorzentrum behandelten Nicht-ASV-Patienten gaben an, dass sie in einem zertifizierten Zentrum behandelt wurden; 32 der 45 (71,1%) Nicht-ASV-Patienten in Behandlung außerhalb zertifizierter Zentren verneinten die Frage nach der Behandlung in einem zertifizierten Zentrum (Abb. 4).

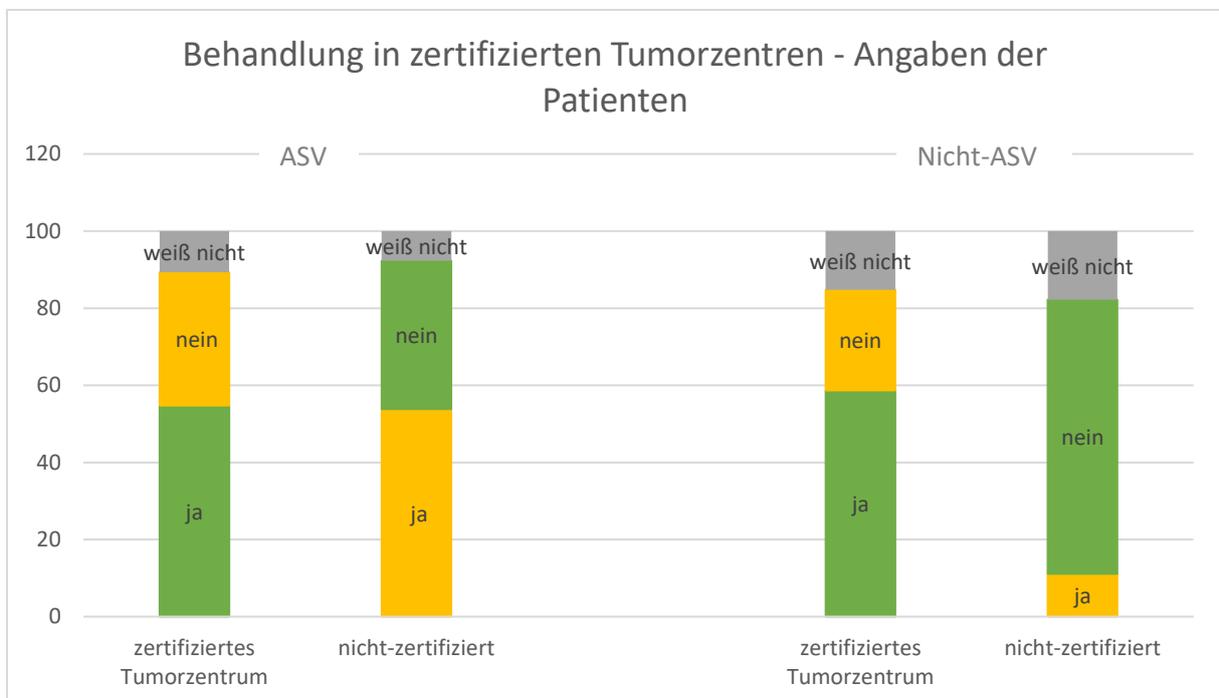


Abbildung 4: Patientenangabe zur Betreuung in einem zertifizierten Tumorzentrum

Die von den Patienten angegebene Kontakthäufigkeit zu Urolog*innen in den letzten 12 Monaten war in der ASV-Gruppe höher (M=8,8, SD=4,7, n=101) als in der Nicht-ASV-Gruppe (M=7,1, SD=5,1, n=139,

p=.01). Auch Kontakte zu Nuklearmediziner*innen (ASV: n=39; Nicht-ASV: n=27, p=.05) und zu Onkolog*innen (ASV: n=49; Nicht-ASV: n=18, p<.01) wurden von den Patienten in der ASV häufiger berichtet. Seltener Kontakte gab es zu Fachärzt*innen der Inneren Medizin (ASV: n=21, 21,9%; Nicht-ASV: n=43, 43,0%, p<.01). Beide Gruppen berichteten über Kontakte zu Radiolog*innen / Strahlentherapeut*innen (n=64).

Laut Patienten (n=250) waren die letzten durchgeführten Bildgebungen Computertomographie (CT; n=100, 40%), Knochenszintigramm (n=68, 27%), PET/CT (n=52, 21%), Magnetresonanztomographie (MRT; n=42, 16,8%) und Röntgen (n=15, 6,0%). Ein CT wurde häufiger zuletzt in der ASV-Gruppe durchgeführt (n=55, 51%; Nicht-ASV: n=45, 31%, p<.01). Die Durchführung eines CTs ging mit der Angabe zu Kontakten zu Onkolog*innen einher. Patienten mit einem PET/CT berichteten dagegen seltener Kontakte zu Onkolog*innen, dafür häufiger zu Radiolog*innen / Strahlentherapeut*innen. Patienten, deren letzte Bildgebung ein MRT war, hatten häufiger weitere Arztkontakte zur Inneren Medizin und anderen.

Als aktuelle Therapien wurden von den Ärzt*innen beider Gruppen meistens zwei parallele Therapieansätze genannt (Abb. 5).

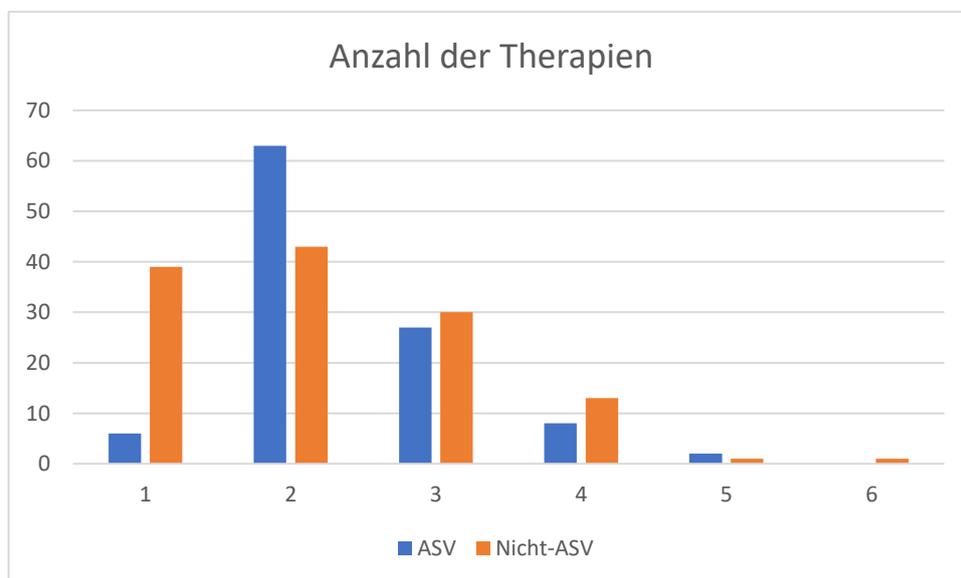


Abbildung 5: Anzahl der Therapien in beiden Gruppen

Am häufigsten wurden GnRH-Agonist oder -Antagonist (76,8%), NHT (43,8%) und Chemotherapie (36,1%) angegeben. Im Rahmen der ASV werden häufiger NHT (54,7% (n=58) vs. 34,6% (n=44) in der Nicht-ASV-Gruppe, p<.01), Chemotherapie (43,4% (n=46) vs. 29,9% (n=38), p=.04) und Antiandrogen (28,3% (n=30) vs. 14,2% (n=18), p=.01) angewandt. Seltener kommen medikamentöse Schmerztherapie (2,8% (n=3) vs. 15,7% (n=20) in der Nicht-ASV-Gruppe, p<.01) und GnRH-Agonist oder -Antagonist (69,8% (n=74) vs. 82,7% (n=105), p=.03) zum Einsatz. Zwischen der Art der berichteten Therapie und der Reduktion des PSA-Wertes gab es keinen beobachtbaren Zusammenhang.

Ausgewählte Therapiekombinationen sind in den Anhängen A9 und A10 abgebildet. Von den Kombinationen (a) Antiandrogen, NHT und Bestrahlung der Metastasen oder zur Schmerzlinderung, (b) GnRH, NHT und Bestrahlung der Metastasen und (c) Antiandrogen/GnRH, NHT und Poly-ADP-Ribose-Polymerase- (PARP-) Inhibition wurden nicht berichtet.

Die aktuelle Therapie erhielten die Patienten laut ihrer eigenen Aussage in Form von Spritzen (n=159, 63,6%) und Tabletten (n=130, 52,0%; häufiger in der ASV: n=65, 59,6%; Nicht-ASV: n=65, 46,1%, p=.04). ASV-Patienten bekamen seltener aktuell keine Therapie.

Die Angaben der Ärzt*innen zeigten ein differenzierteres Bild: Patienten mit einem hormonsensiblen Tumor erhielten in der ASV seltener Gonadotropin-Releasing-Hormon- (GnRH-) Agonisten oder -Antagonisten (n= 37 von 53; 69,8% vs. Nicht-ASV: n=64 von 74; 86,5%) und seltener medikamentöse Schmerztherapie (n=1; 1,9% vs. Nicht-ASV: n=11; 14,9%). Patienten mit einem hormonsensiblen Tumor erhielten in der ASV häufiger NHT (n=30; 56,6% vs. Nicht-ASV: n=20; 27,0%) sowie die Therapiekombination GnRH-Agonist oder -Antagonist und NHT (n=27; 50,9% vs. Nicht-ASV: n=20; 27,0%; Abb. 6 und Anhang A9).

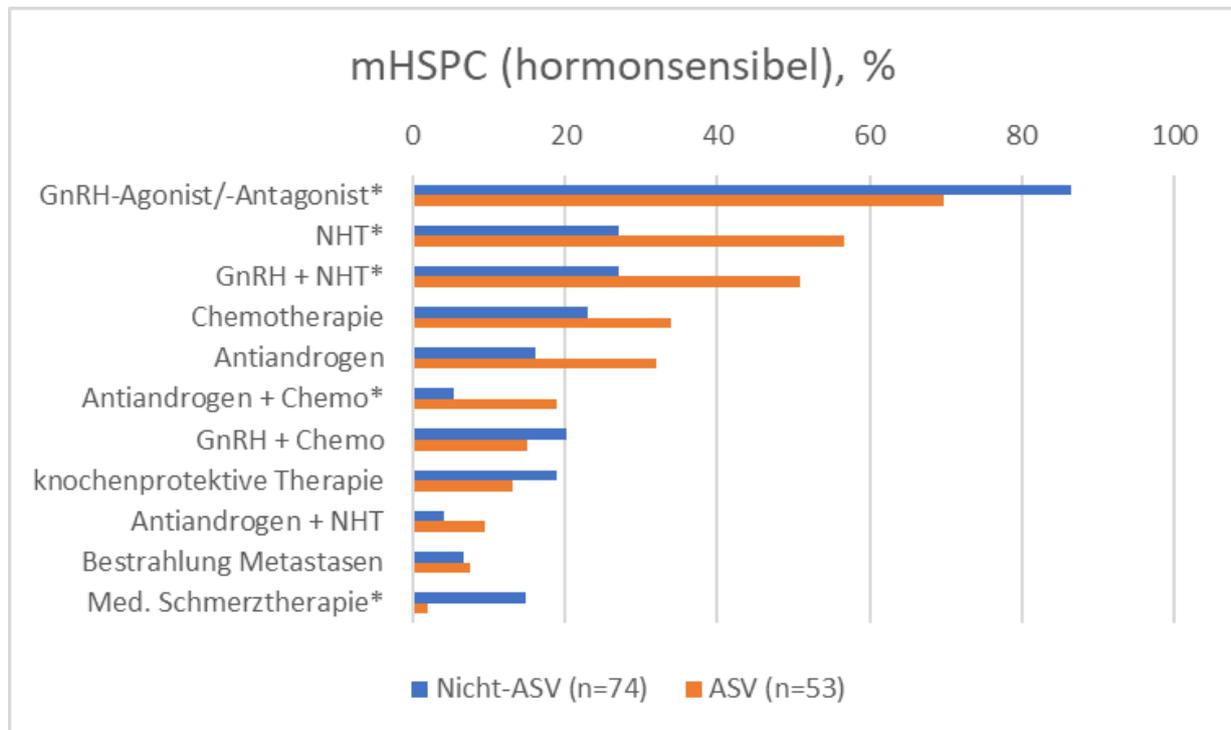


Abbildung 6: Aktuelle Therapien bei Patienten mit einem hormonsensiblen Tumor (Angabe der Ärzt*innen)

*GnRH Gonadotropin Releasing Hormon, NHT neue hormonelle Therapie; *signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen*

Patienten erhielten in der ASV häufiger die Therapiekombination Antiandrogen und Chemotherapie. Patienten mit einem kastrationsresistenten Tumor erhielten in der ASV häufiger die Therapiekombination Antiandrogen, NHT und Chemotherapie (Abb. 7).

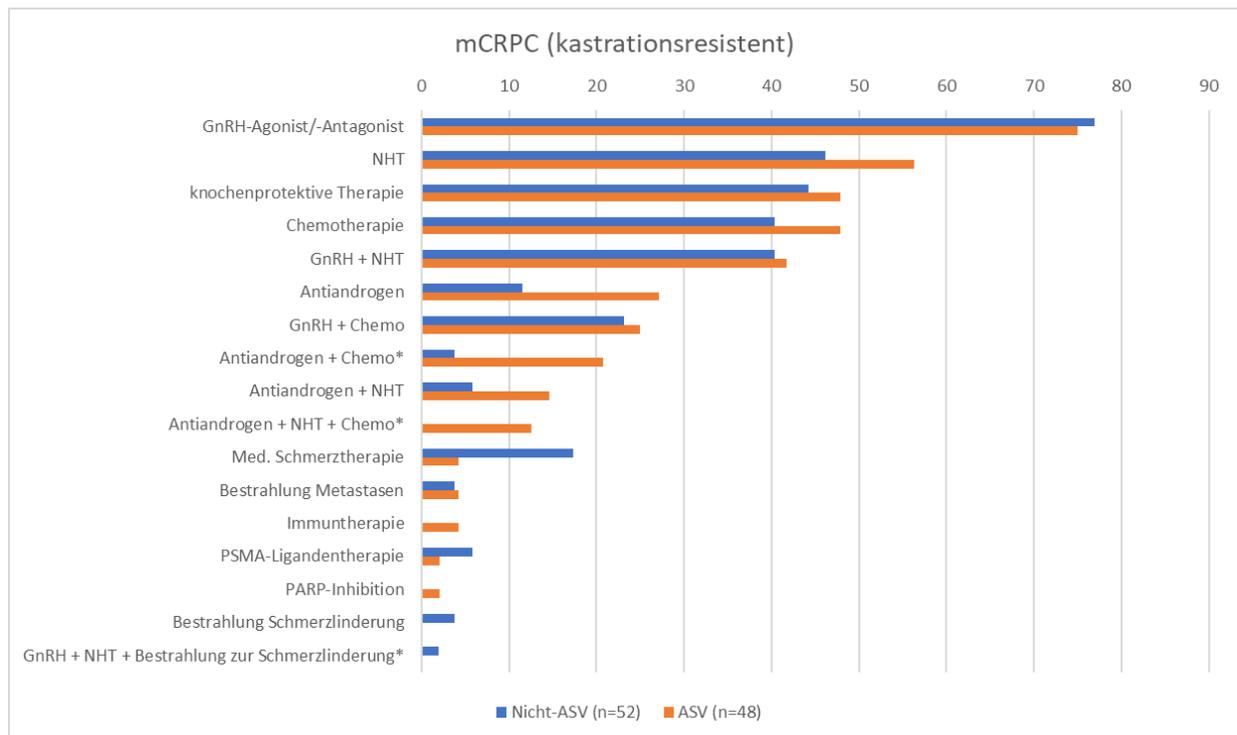


Abbildung 7: Aktuelle Therapien bei Patienten mit einem kastrationsresistenten Tumor (Angabe der Ärzt*innen)

*GnRH Gonadotropin Releasing Hormon, NHT neue hormonelle Therapie, PARP Poly-ADP-Ribose-Polymerase, PSMA prostataspezifisches Membranantigen; *signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen*

3.4 Überprüfung der Hypothesen

3.4.1 Lebensqualität

AH 1: ASV-Patienten haben bessere medizinische Outcomes und eine höhere Lebensqualität als vergleichbare Patienten, die usual care erhalten.

Die Antworten zur Lebensqualität lagen von 131 Patienten (ASV: n=57, Nicht-ASV: n=74) vor. Insgesamt berichteten die Patienten, eine leicht eingeschränkte Lebensqualität zu haben (durchschnittlich etwa 75% der Maximalpunktzahl). Die höchsten Einschränkungen fanden sich in Funktionsfähigkeit („ich kann mein Leben genießen“, „ich schlafe gut“) und zusätzlichen krankheitsbezogenen Faktoren („in einigen Körperbereichen habe ich Schmerzen“, „ich habe Probleme mit dem Stuhlgang“). Die vollständigen Angaben befinden sich im Anhang A11.

Die Versorgung im Rahmen der ASV hatte keinen Einfluss auf die Lebensqualität (Abb. 8). Unter Berücksichtigung der Clusterstruktur, von Alter und Bildungsstand zeigte sich ein Einfluss der Bildung auf die Subskala Social/Family Well-Being sowie den FACT-G total score und den FACT-P total score: Patienten mit einem höheren Bildungsstand berichteten von höherer Lebensqualität.

Zu medizinischen Outcomes kann im Rahmen der Patientenbefragung keine Aussage getroffen werden.

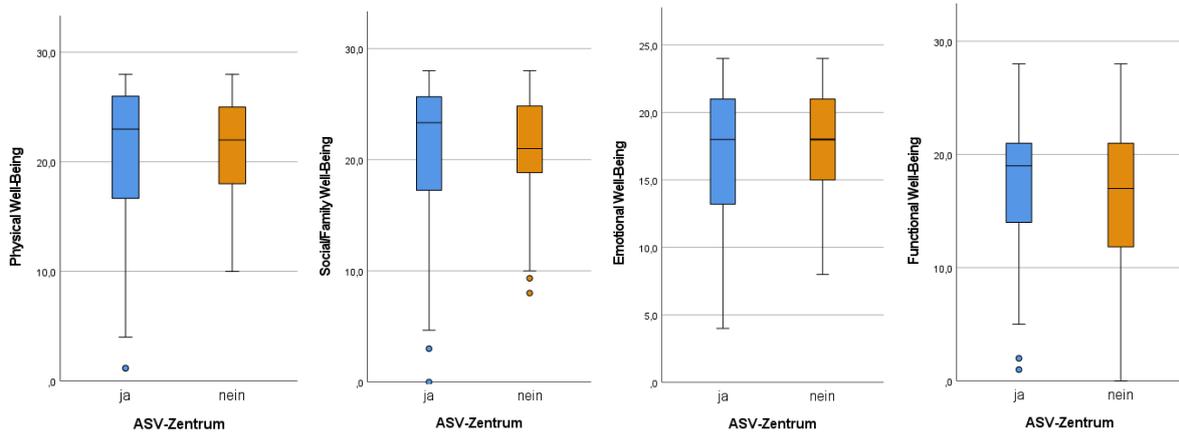


Abbildung 8: Lebensqualität der Patienten im FACT-G (Physical Well-Being, Social/Family Well-Being, Emotional Well-Being, Functional Well-Being)

3.4.2 Zugang zur Versorgung

AH 2: ASV-Patienten haben einen besseren Zugang zur Versorgung, d.h. zu benötigten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Die Umsetzung der Versorgungsorganisation in den Praxen gelang aus Patientensicht gut. Auf der Skala Organization of care (0-100 keine bis maximale Umsetzung) wurden Werte von $M=81,0$ ($SD=17,5$) erreicht (siehe Abb. 9 und Anhang A12). Die Versorgung in der ASV hatte aus Patientensicht keinen Einfluss auf die Umsetzung (unter Berücksichtigung der Clusterstruktur, Alter und Bildung). Die Möglichkeit, passende Termine zu bekommen, wurde von den Patienten in der ASV (Median: 100%) höher eingeschätzt als von Patienten der Nicht-ASV-Gruppe (Median: 92,8%), genauso wie die Hilfsbereitschaft der anderen Praxismitarbeiter*innen (ASV-Median: 100%, Nicht-ASV Median: 94,3%) (beide Unterschiede waren nicht signifikant).

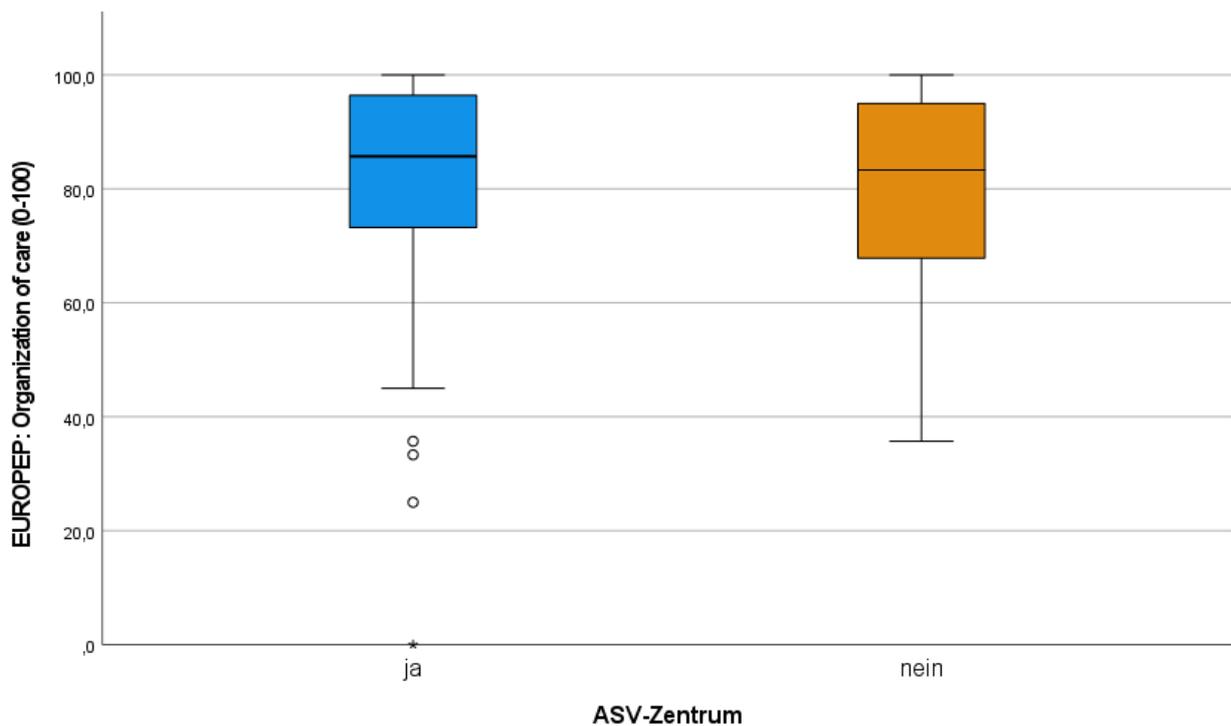


Abbildung 9: Zugang zur Versorgung (EUROPEP Organization of care)

3.4.3 Koordination der Versorgung

AH 3: Die Behandlung von ASV-Patienten ist besser koordiniert als die Behandlung unter usual care-Bedingungen.

Die Koordination wurde hauptsächlich von Urolog*innen (n=196, 78%) in der Praxis (n=157, 64%) übernommen, was dem Wunsch der Patienten entspricht; 57 Patienten wurden größtenteils im Krankenhaus versorgt, 33 Patienten in Krankenhaus und Praxis zu gleichen Teilen. Bei den ASV-Patienten übernehmen häufiger Partner oder Familie die Koordination. ASV-Patienten wünschen sich häufiger eine Übernahme der Koordination durch Ansprechpartner*innen im Krankenhaus und/oder durch Partner oder Familie.

Aus Sicht der Patienten in der ASV war bei Bedarf ein Arzt oder eine Ärztin als Ansprechpartner*in häufiger verfügbar. Zudem haben die verschiedenen an der Gesundheitsversorgung beteiligten Personen und Einrichtungen aus Patientensicht besser zusammengearbeitet und sie waren über den aktuellen Stand der Erkrankung besser informiert. Den Patienten wurde auch häufiger angeboten, Angehörige in Gespräche zur Versorgung mit einzubeziehen. Die Versorgung nach einem stationären Aufenthalt funktionierte aus Patientensicht in der ASV ebenfalls besser. Die detaillierten Ergebnisse befinden sich im Anhang A13.

3.4.4 Patientenadhärenz

AH 4: ASV-Patienten sind therapieadhärenter als vergleichbare Patienten, die usual care erhalten.

Die Fragen zur Therapieadhärenz wurden von 124 Patienten (ASV: n=53, Nicht-ASV: n=71) beantwortet. Insgesamt konnten 75 (76,5%) Patienten als adhärenz eingestuft werden, 23 (18,5%) als non-adhärenz (Abb. 10).

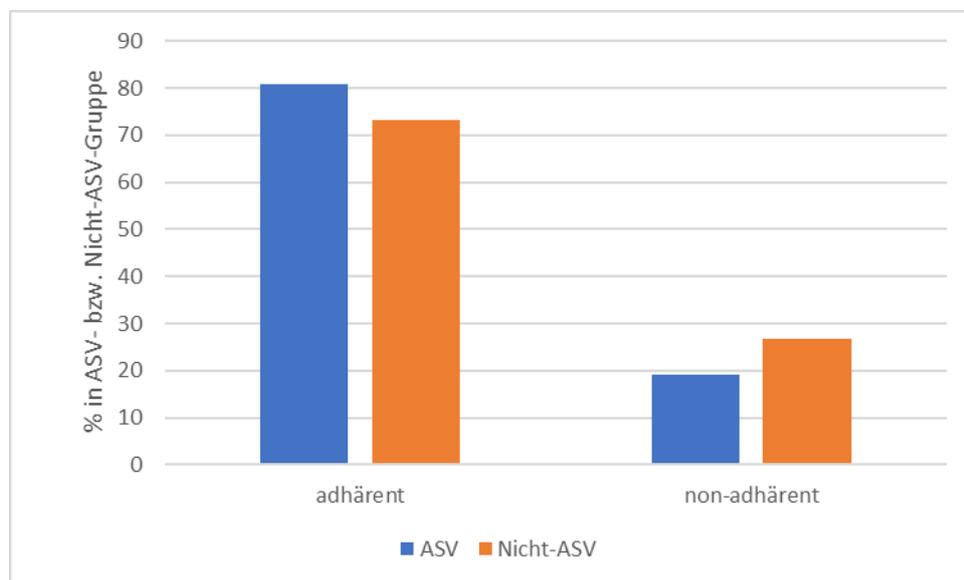


Abbildung 10: Therapieadhärenz bei ASV- und Nicht-ASV-Patienten (A14)

Unter Berücksichtigung von Alter, Bildungsstand und Praxiszugehörigkeit zeigten sich die Patienten in der ASV adhärenzter als die Patienten der Nicht-ASV-Gruppe. Für die ASV-Patienten fielen praktische Hinderungsgründe wie Kosten oder Zeitbedarf der Therapie weniger ins Gewicht; die Patienten der Nicht-ASV-Gruppe hatten eine höhere negative Einstellung gegenüber Arzneimitteln und vergaßen häufiger die Einnahme. Eine detaillierte Übersicht über die Ergebnisse geben Anhänge A14 und A15.

3.4.5 Patientenaufklärung, -information und -beteiligung an Therapieentscheidungen

AH 5: ASV-Patienten sind über ihre Erkrankung und die Therapieoptionen besser aufgeklärt/informiert als vergleichbare Patienten, die usual care erhalten.

AH 6: ASV-Patienten sind an Entscheidungen über ihre Therapie besser beteiligt als vergleichbare Patienten, die usual care erhalten.

Patienten in der ASV fühlten sich besser aufgeklärt, informiert und mehr beteiligt an Therapieentscheidungen (Abb. 11). Für sie war es wichtig, eine aktive Rolle in ihrer Gesundheitsversorgung zu übernehmen (Antwortoption „stimmt genau“: ASV: n=31 von 49 (63%), Nicht-ASV: n=28 von 70 (40%), p=.08). Sie waren überzeugt, selbst etwas unternehmen zu können, um Krankheiten vorzubeugen (Antwortoption „stimmt genau“: ASV: n=30 von 50 (60%), Nicht-ASV: n=29 von 70 (41%), p=.18) und zu wissen, wann sie zum Arzt gehen müssen und wann sie ein Gesundheitsproblem selbst behandeln können (Antwortoption „stimmt genau“: ASV: n=20 von 48 (42%), Nicht-ASV: n=18 von 70 (26%), p=.03). Sie kannten häufiger die Ursachen ihrer Beschwerden (Antwortoption „stimmt genau“: ASV: n=26 von 50 (52%), Nicht-ASV: n=22 von 69 (32%), p=.06) und waren in der Lage, Veränderungen ihrer Lebensgewohnheiten aufrechtzuerhalten (Antwortoption „stimmt genau“: ASV: n=27 von 50 (54%), Nicht-ASV: n=25 von 69 (36%), p=.11). Weitere Informationen befinden sich in Anhang A16.

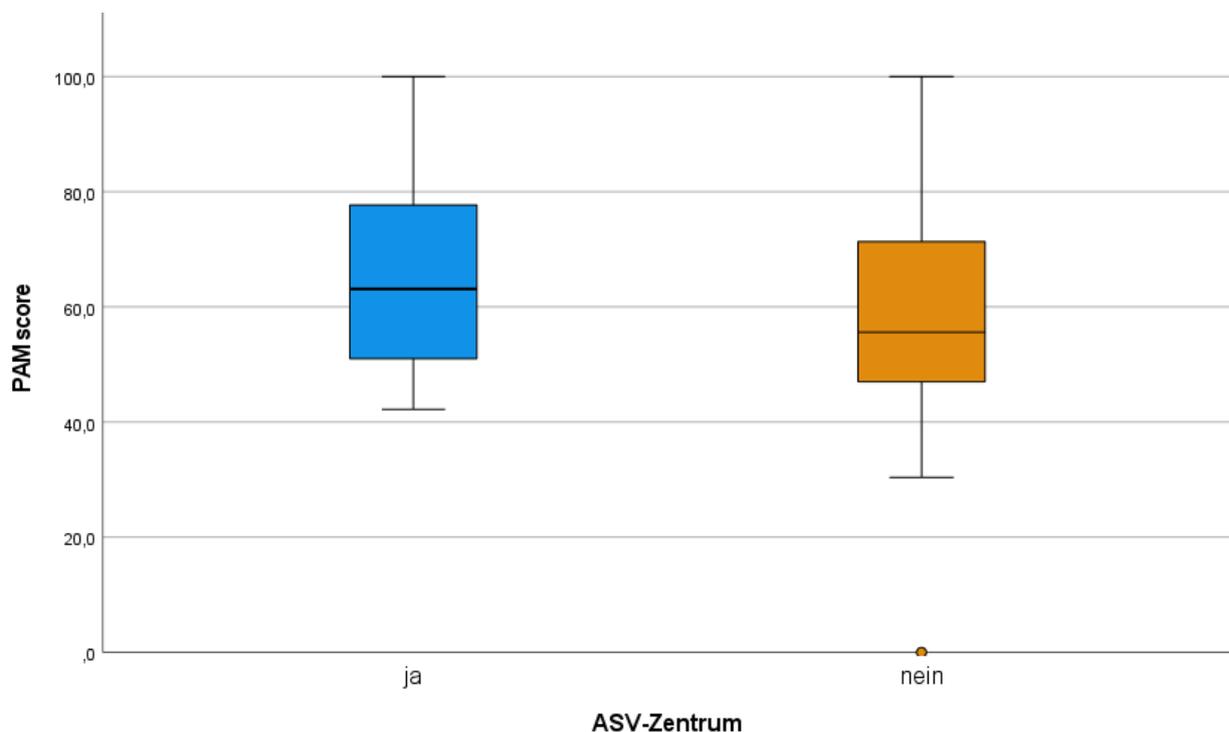


Abbildung 11: Patientenbeteiligung bei ASV- und Nicht-ASV-Patienten (PAM)

3.4.6 Zufriedenheit

AH 7: ASV-Patienten sind mit ihrer Versorgung zufriedener als vergleichbare Patienten, die usual care erhalten.

Patienten beider Gruppen fühlten sich gleichermaßen zufrieden mit Abläufen und Strukturen ihrer Versorgung (siehe Abb. 12 und Anhang A17). Ihnen wird das Gefühl vermittelt, dass der Arzt bzw. die Ärztin während des Arztbesuchs Zeit für sie hat (im Median lag der Anteil der Patienten mit den beiden höchsten Antwortkategorien in den Zentren bei 100% (IQR: 78,9; 100; ASV: Md=100; IQR: 63,9; 100,

Nicht-ASV: Md=98,7; IQR: 81,9; 100)). Es wurde den Patienten leicht gemacht, über ihre Probleme zu sprechen (ASV: MD=95,2; IQR: 79,4; 100, Nicht-ASV: Md=100, IQR: 76,3; 100).

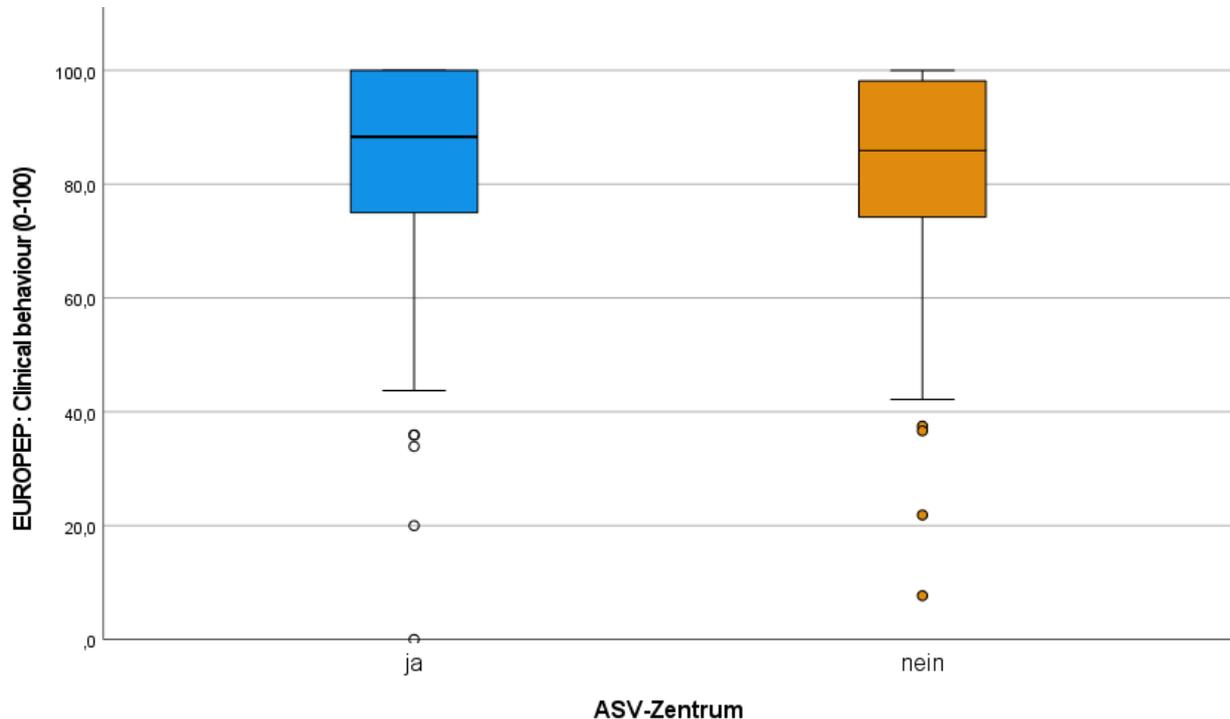


Abbildung 12: Zufriedenheit mit der Versorgung (EUROPEP Clinical behaviour)

3.4.7 Digitalisierung

Von 246 Patienten hatten 161 (65%) laut eigener Aussage eine elektronische Patientenakte, nutzten diese zum Großteil (n=143, 89%) aber nie. Ein Drittel (n=33) der Patienten ohne Patientenakte (n=85) würde sie nutzen. Grundsätzlich wurden eHealth-Werkzeuge im Austausch mit den Patienten sehr selten verwendet (bei 5 von 100 ASV-Patienten und 15 von 142 Nicht-ASV-Patienten). Am häufigsten wurden Online-Fallbesprechungen mit anderen Ärzten genannt (n=12), die Nutzung von Plattformen oder Apps zur Unterstützung der Behandlung (n=7; nur Nicht-ASV-Gruppe) und Telekonsile (n=6).

4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Bisher wurde die Sicht der Patienten auf die Versorgung im Rahmen der ASV kaum betrachtet. Auch fehlen tiefere direkte Vergleich der ASV mit der Regelversorgung. Die durchgeführte Patientenbefragung im Rahmen des Projektes ASV-WE ist ein erster Schritt, diese Lücke zu schließen. Dabei standen die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Informiertheit und der Einbezug der Patienten in Entscheidungen ihre Versorgung betreffend im Vordergrund.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich Patienten mit Prostatakarzinom, die im Rahmen der ASV versorgt wurden, im Vergleich zu Patienten in der üblichen Versorgung besser über ihre Erkrankung und Behandlungsoptionen informiert und stärker in Entscheidungen zu ihrer Versorgung eingebunden fühlten. Sie berichteten über eine bessere Verfügbarkeit ärztlicher Ansprechpartner*innen und eine bessere Zusammenarbeit der beteiligten Gesundheitsfachberufe. Aus ihrer Sicht waren die Patienten in der ASV auch therapieadhärenter. Die Versorgungsmodalität hatte dabei keine Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Zufriedenheit mit Abläufen und Strukturen der Versorgung. In beiden

Gruppen wurde der Zugang zur Versorgung als sehr positiv wahrgenommen. Einen zusammenfassenden Überblick über die Unterschiede zwischen den Gruppen gibt Tabelle 3.

Tabelle 3: Überblick über Hypothesen und Hauptergebnisse

Hypothesen	Hauptergebnisse
ASV-Patienten haben ...	
AH1: ... bessere medizinische Outcomes und eine höhere Lebensqualität als vergleichbare Patienten, die usual care erhalten	Keine Unterschiede zwischen den Gruppen
AH2: ... einen besseren Zugang zu Versorgung , d.h. zu benötigten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen	Allgemein keine Unterschiede
AH3: Die Behandlung von ASV-Patienten ist besser koordiniert als die Behandlung unter usual care-Bedingungen	Bessere Verfügbarkeit ärztlicher Ansprechpartner und bessere Zusammenarbeit in der ASV
ASV-Patienten sind ...	
AH4: ... therapieadhärenter	Höhere Therapieadhärenz in der ASV
AH5: ... über ihre Erkrankung und die Therapieoptionen besser aufgeklärt/informiert	Bessere Patientenaufklärung und -information in der ASV
AH6: ... an Entscheidungen über ihre Therapie besser beteiligt	Bessere Beteiligung an Therapieentscheidungen in der ASV
AH7: ... mit ihrer Versorgung zufriedener als vergleichbare Patienten, die usual care erhalten.	Keine Unterschiede

In den letzten Jahren gab es bedeutende Änderungen in Diagnostik und Therapie. Hinsichtlich diagnostischer Maßnahmen gab es keine Unterschiede zwischen ASV und Nicht-ASV in der vorliegenden Befragung. Dieses Ergebnis könnte an der teilnehmenden Stichprobe liegen: Hier könnte die Diagnostik einen geringeren Stellenwert haben, da die Patienten nicht neu erkrankt sind und bestimmte diagnostische Maßnahmen im vorliegenden Tumorstadium evtl. nicht indiziert sind. Hinsichtlich der Therapie konnten ebenfalls nur wenige Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden. Die Umsetzung leitliniengerechter Therapie ist in beiden Gruppen niedrig. Dabei ist insbesondere für die metastasierten Stadien durch neue Möglichkeiten der Hormonblockade und zielgerichteten Therapien die Behandlung erfolgreich erweitert worden, so dass verlängerte Überlebenszeiten erreicht werden konnten (Achard, Putora et al. 2022). Die vorliegende Befragung kann als Momentaufnahme in einer kleinen Stichprobe verstanden werden. Zudem hängt der Prozess der Leitlinienimplementierung von unterschiedlichen Bedingungen ab (siehe z. B. den Jahresbericht der zertifizierten Prostatakrebszentren 2022 (DKG Deutsche Krebsgesellschaft 2023)), so dass sich Veränderungen eher über einen längeren Zeitraum, in einer größeren Stichprobe und mit einer höheren Anzahl an Leistungserbringern, Patienten und Daten der Krankenkassen beobachten lassen.

Auffällig ist der geringe Anteil an Patienten, die eine elektronische Patientenakte nutzen, obwohl ein Großteil eine solche nutzen würde. Allerdings entspricht diese Beobachtung der allgemeinen Nutzungsrate in Deutschland. Eine weiter verbreitete Nutzung könnte einen zusätzlichen Nutzen für die bessere Koordination der Versorgung aufzeigen. Die Patienten in der ASV berichten in der vorliegenden Befragung von einer wahrgenommen besseren Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Personen und Einrichtungen. Der Austausch im ASV-Team scheint dazu beizutragen.

Für die Einschätzung der Koordination aus Patientensicht lag kein geeignetes Instrument vor. Trotzdem konnten größtenteils Fragen aus bereits veröffentlichten Instrumenten herangezogen werden, die mittels einer Literaturrecherche identifiziert wurden. Die Interpretation bezog sich allerdings auf die

erfragten Einzelaspekte; ein Vergleich mit bereits bestehenden Untersuchungen war nicht möglich. Der Auswahl der Erhebungsmethode sollte eine klare Definition des Messziels vorangehen. In der vorliegenden Studie wurden die Fragen dafür einer Expertengruppe vorgelegt. Zukünftig ist zu überlegen, welche Aspekte der Koordination von Patient*innen beurteilt werden können. Ein Ansatz wäre die Konzentration auf die Erfahrungen der Patient*innen, die sich auf Folgen guter bzw. schlechter Koordination zurückführen lassen. Es wäre zu beachten, dass die Koordination nur ein Einflussfaktor unter vielen auf die Erfahrungen sein kann, die Einschätzung wäre aber näher an der Lebenswirklichkeit und Erfahrungswelt der Patient*innen.

Einschränkend muss festgehalten werden, dass trotz Einführung von Incentives für die teilnehmenden Zentren, Erleichterung der Teilnahme für die Patienten durch Aufstellen von Sammelboxen in den Zentren und Verlängerung des Rekrutierungszeitraums das anvisierte Rekrutierungsziel nicht erreicht werden konnte. Als Gründe dafür wurden von den Zentren u.a. (pandemie-bedingter) Personalmangel und Quarantäne, nicht ausreichend geeignete Patienten und eine geringe Priorität für die Befragung angegeben. In Einzelfällen wurden die Fragebögen zwar verteilt, allerdings wurden sie von den Patienten nicht ausgefüllt zurückgegeben oder -gesendet. Unterschiede, die in den Versorgungsformen bestehen, konnten so evtl. bei den Patienten nicht gezeigt werden. Positiv hervorzuheben ist allerdings, dass die Fragebögen durch die teilnehmenden Patienten fast vollständig ausgefüllt wurden und nur wenige fehlende Werte vorlagen. Eine höhere Stichprobe hätte auch durch die Erweiterung der Einschlusskriterien auf andere uroonkologische Erkrankungen und damit auf den Einschluss von Frauen in die Stichprobe erzielt werden können. So beziehen sich die Ergebnisse dezidiert auf die Gruppe der Patienten mit Prostatakarzinom.

Den Patienten ist häufig nicht bewusst, ob sie im Rahmen der ASV versorgt werden oder nicht. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass die Patienten das ASV-Konzept nicht kennen bzw. mit dem Begriff andere Versorgungsansätze, z. B. die fachärztliche Versorgung, verbinden. Auch wenn sich die Patienten in der ASV in der vorliegenden Befragung besser über ihre Erkrankung informiert und in Entscheidungen eingebunden fühlen als andere Patienten, deckt diese Informiertheit also nicht unbedingt das Konzept ASV ab. Den Patienten sind die verschiedenen Versorgungsansätze nicht bekannt und sie werden auch nicht über die jeweiligen Vor- und Nachteile informiert (siehe z. B. Patienteninformation zur ASV (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016), in der Nachteile und Wahlmöglichkeiten nicht benannt sind). Da ein höherer, auch für Patienten erkennbarer, Nutzen ein erklärtes Ziel der ASV ist, sollte ihnen dieser auch explizit dargestellt werden. Zukünftig sollten Patienten stärker über die ASV informiert und ihnen Vor- und Nachteile für ihre Versorgung klarer dargestellt werden.

5. Literatur

Achard, V., P. M. Putora, A. Omlin, T. Zilli and S. Fischer (2022). "Metastatic Prostate Cancer: Treatment Options." *Oncology* **100**(1): 48-59.

ASV Servicestelle. (2020). "ASV-Verzeichnis." Retrieved 17.08.2023, from <https://www.asv-servicestelle.de/home/asv-verzeichnis>.

Barnes, B., K. Kraywinkel, E. Nowossadeck, I. Schönfeld, A. Starker, A. Wienecke and U. Wolf (2016). Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016, Robert Koch-Institut.

Bonomi, A. E., D. F. Cella, E. A. Hahn, K. Bjordal, B. Sperner-Unterweger, L. Gangeri, B. Bergman, J. Willems-Groot, P. Hanquet and R. Zittoun (1996). "Multilingual translation of the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) quality of life measurement system." *Qual Life Res* **5**(3): 309-320.

DKG Deutsche Krebsgesellschaft. (2023). "Jahresberichte Organkrebszentren." Retrieved 17.08.2023, from <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>.

- Gemeinsamer Bundesausschuss. "Ambulante spezialfachärztliche Versorgung." Retrieved 04.07.2023, from <https://www.g-ba.de/themen/asv/>.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2016). "Patienteninformation zur Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung." Retrieved 17.08.2023, from https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4077/2019-11-05_G-BA_Merkblatt_Patienteninformation_ASV_bf.pdf.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2017). "Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen - Tumorguppe 3: urologische Tumoren." Retrieved 17.08.2023, from https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3186/2017-12-21_ASV-RL_Ergaenzung-Appendix-Urologische-Tumoren_BAnz.pdf.
- Grol, R., M. Wensing, J. Mainz, P. Ferreira, H. Hearnshaw, P. Hjortdahl, F. Olesen, M. Ribacke, T. Spenser and J. Szecsenyi (1999). "Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP)." *Fam Pract* **16**(1): 4-11.
- Hibbard, J. H., E. R. Mahoney, J. Stockard and M. Tusler (2005). "Development and testing of a short form of the patient activation measure." *Health Serv Res* **40**(6 Pt 1): 1918-1930.
- Jank, S., T. Bertsche, D. Schellberg, W. Herzog and W. E. Haefeli (2009). "The A14-scale: development and evaluation of a questionnaire for assessment of adherence and individual barriers." *Pharm World Sci* **31**(4): 426-431.
- Jenschke, C., S. Froschauer-Häfele, L. Bredow, P. Hartmann and A. Munte (2018). *Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Analyse der Entstehung einer neuen Versorgungsform: Bericht und erste Ergebnisse der ASV-Studie*. Potsdam, WeltTrends.
- Jenschke, C., S. Pöttgen, A. Munte, S. Froschauer-Häfele, J. Roger, R. Rüsenberg and H. Grupp (2017). *Begleitstudie zur Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach §116b SGB V*.
- Kaiser, F., U. Kaiser, D. Utke, S. Schattenkirchner and U. Vehling-Kaiser (2018). "Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Erste Erfahrungen von Patienten und Hausärzten." *Z Allg Med* **94**(3): 128-133.
- Lampert, T., L. E. Kroll, S. Muters and H. Stolzenberg (2013). "[Measurement of the socioeconomic status within the German Health Update 2009 (GEDA)]." *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* **56**(1): 131-143.
- Zill, J. M., S. Dwinger, L. Kriston, A. Rohenkohl, M. Harter and J. Dirmaier (2013). "Psychometric evaluation of the German version of the Patient Activation Measure (PAM13)." *BMC Public Health* **13**: 1027.

6. Anhang

A1. Patientenfragebogen (ohne validierte Fragebögen)



IB 001



13769031



Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE) - Patientenbefragung

Die ersten beiden Seiten sind von Ihrem behandelnden Arzt/ Ihrer behandelnden Ärztin auszufüllen.

Angaben zum Patienten

Rekrutierung in Klinik
 in Praxis

Zeitpunkt der Erstdiagnose . .

Stadium des Prostatakarzinoms bei Erstdiagnose T1 T2 T3 T4
 N0 N1 Nx
 M0 M1 M2

Gleason Score ≤3+3 3+4 4+3 ≥4+4
ISUP/WHO Grad 1 2 3 4 5

Hat der Patient eine lokale Therapie erhalten? (Mehrfachantwort möglich)
 Radikale Prostatektomie
 Perkutane Bestrahlung
 Andere, welche _____
 Nein

Aktuelles Tumorstadium mHSPC (hormonsensibel)
 mCRPC (kastrationsresistent)

Metastasenlokalisierung (Mehrfachantwort möglich)
 Lymphogen
 Ossär
 Viszeral
 Andere, welche _____

Aktueller PSA-Wert _____ ng/ml

PSA-Wert vor Einleitung der aktuellen Therapielinie _____ ng/ml



1B 001



13769031



ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE) - Patientenbefragung

Welche Therapie erhält der Patient
aktuell?
(Mehrfachantwort möglich)

- Antiandrogen
- GnRH-Agonist oder -Antagonist
- neue hormonelle Substanz
- Chemotherapie
- PSMA-Ligandentherapie
- PARP-Inhibition
- Immuntherapie (z.B. *Checkpoint-Inhibition*)
- Operation der Metastasen
- Radionuklidtherapie (z.B. *Radium 223*)
- Bestrahlung von Metastasen
- Bestrahlung zur Schmerzlinderung
- Med. Schmerztherapie
- Knochenprotektive Therapie
- Best supportive care/ Palliativmedizinische Betreuung



1B 001



Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE) - Patientenbefragung

Patientenbefragung

Lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, diesen Fragebogen zu beantworten. Mit Hilfe dieses Fragebogens möchten wir herausfinden wie die ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) im Bereich „urologische Tumore“ im Vergleich zur „regulären“ Versorgung abschneidet. Dafür möchten wir mehr über Ihre persönlichen Eindrücke und Einschätzungen zu Ihrer aktuellen Versorgungssituation erfahren.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihren Hauptversorger/Ihre Hauptversorgerin in Bezug auf das Prostatakarzinom.

Kreuzen Sie bitte diejenigen Antwortmöglichkeiten an, die Ihnen spontan in den Sinn kommen. Sie können sich jederzeit entscheiden, einzelne Fragen im Fragebogen nicht zu beantworten. Bitte bedenken Sie jedoch, dass eine vollständige Beantwortung aller Fragen für die wissenschaftliche Auswertung von großer Bedeutung ist. Ihre Teilnahme an der Befragung ist natürlich freiwillig. Es entsteht kein Nachteil für Sie, wenn Sie nicht teilnehmen.

Die Befragung ist anonym, bitte geben Sie Ihren Namen nicht an. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen zu Hause aus und schicken ihn im frankierten Rückumschlag an das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua - Institut GmbH) in Göttingen. Ihre Praxis erfährt nicht, wie Sie den Bogen ausgefüllt haben. Die Angaben stehen ausschließlich den an der Studie beteiligten Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen zur Verfügung. Bitte beachten Sie beim Ausfüllen folgende Hinweise:

- Die meisten Fragen des Fragebogens lassen sich beantworten, indem Sie die vorgegebenen Kästchen ankreuzen.
- Bitte nur einen schwarzen oder blauen Stift verwenden.
- Anmerkungen zu den Fragen können auf der letzten Seite des Fragebogens notiert werden.

Bitte Felder sauber und kräftig markieren!

Falsch angekreuztes Feld komplett schwärzen und gewünschtes Feld ankreuzen.



richtig
falsch



Im Voraus bedanken wir uns herzlich für Ihre Teilnahme!



15 UU1



Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE) - Patientenbefragung

1. Persönliche Angaben

Als Erstes möchten wir Ihnen Fragen zu Ihrer Person stellen.
Bitte geben Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen für Sie zutreffen.

Bitte geben Sie das heutige Datum an.

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

In welchem Jahr sind Sie geboren? Geburtsjahr:

In welchem Land sind Sie geboren?

In Deutschland

Anderes Land, bitte angeben: _____

Welchen Familienstand haben Sie aktuell?

Ledig Verwitwet

Verheiratet/ eingetragene Lebenspartnerschaft Keine Angabe

Geschieden/ Lebenspartnerschaft aufgehoben

Wie sind Sie krankenversichert? (Bitte nur eine Antwortoption wählen)

Gesetzliche Krankenversicherung Private Krankenversicherung ohne Beihilfe

Gesetzliche Krankenversicherung mit Zusatzversicherung Keine Krankenversicherung

Private Krankenversicherung einschließlich Beihilfe Weiß nicht

Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Volks- oder Hauptschule Abitur

Realschule, Mittlere Reife Anderer Schulabschluss, und zwar: _____

Fachhochschulreife, Erweiterte Oberschule Keinen Schulabschluss

Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

Keinen Ausbildungsabschluss Fachhochschule
(Bachelor, Master, Staatsexamen, Diplom)

Beruflich betriebliche Ausbildung
(Lehre mit Berufsschule) Universität
(Bachelor, Master, Staatsexamen, Diplom)

Beruflich schulische Ausbildung
(Berufsfachschule, Handelsschule) Anderer beruflicher Abschluss, und zwar: _____

Fachschule, Meisterschule, Technikerschule



1B 001



13789031



Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE) - Patientenbefragung

Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation? (Mehrfachantwort möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schüler, Student, Auszubildender, in Umschulung | <input type="checkbox"/> Hausmann |
| <input type="checkbox"/> Vollzeit erwerbstätig (ab 35 Std./Woche) | <input type="checkbox"/> Arbeitslos |
| <input type="checkbox"/> Teilzeit erwerbstätig, mit durchs. _____ Std./Woche | <input type="checkbox"/> Rentner oder Pensionär |
| <input type="checkbox"/> Selbstständig/ Freiberufler | <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Freiwilligendienst/Ehrenamt) |

Im Folgenden wollen wir etwas mehr über Ihre Erkrankung erfahren

- Ist Ihr Prostatakarzinom metastasiert? Ja
 Nein
 Weiß nicht

- Welche Therapie bekommen Sie im Moment für das Prostatakarzinom? (Mehrfachnennung möglich)
- Tabletten
 - Spritzen
 - Bestrahlung
 - Chemotherapie
 - Sonstiges, und zwar: _____
 - Keine Therapie
 - Weiß nicht

- Kennen Sie Ihren PSA-Wert? Ja, Wert: _____
 Nein
 Weiß nicht

- Was war Ihre letzte Bildgebung? (Bitte nur eine Option auswählen)
- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Knochenszintigramm | <input type="checkbox"/> PSMA PET-CT |
| <input type="checkbox"/> Computertomographie (CT) | <input type="checkbox"/> Röntgen |
| <input type="checkbox"/> Magnetresonanztomographie (MRT) | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |

- Welche Erkrankungen haben Sie neben dem Prostatakarzinom? (Mehrfachnennung möglich)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Leber |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung/ Herzrhythmusstörung/ Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Arthrose oder Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Depression/ Angststörung |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung z.B. Asthma/ COPD | <input type="checkbox"/> Andere bösartige Tumore |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Darms | <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Keine weitere Erkrankung | |



IB 001



13769031



ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE) - Patientenbefragung

Wie oft hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten Kontakt zu Ihrem Urologen/ Ihrer Urologin? (Bitte ggf. schätzen) Mal

Werden Sie innerhalb der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) in Bezug auf das Prostatakarzinom betreut?
 Ja
 Nein
 Weiß nicht

Werden Sie in einem zertifizierten Tumorzentrum behandelt?
 Ja
 Nein
 Weiß nicht

Bei welchem Facharzt/ Fachärztin sind Sie wegen des Prostatakarzinoms neben Ihrem Urologen/ Ihrer Urologin innerhalb der letzten 12 Monate bereits gewesen? (Mehrfachantwort möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin | <input type="checkbox"/> Onkologie |
| <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie |
| <input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie | <input type="checkbox"/> Schmerztherapie |
| <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Palliativmedizin |
| <input type="checkbox"/> Psychoonkologie | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> Radioonkologie | |



1B 001



13769031



Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE) - Patientenbefragung

3. Fragen zur Koordination Ihrer Versorgung

Bitte denken Sie an die letzten **12 Monate** der Versorgung Ihres Prostatakarzinoms. An Ihrer Versorgung sind ggf. viele verschiedene Akteure beteiligt (z.B. Urologe/Urologin, Krankenhaus, Röntgenpraxis). Mit den folgenden Fragen möchten wir das Zusammenspiel der Akteure in Bezug auf Ihre Versorgung erfassen. Dazu gehören z.B. die Vereinbarung von Terminen und die Information der an Ihrer Versorgung Beteiligten. Durch gute Koordination soll eine angemessene Versorgungsqualität erreicht und der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen erleichtert werden.

Bitte geben Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen für Sie zutreffen.

Wo werden Sie mit Ihrem Prostatakarzinom hauptsächlich versorgt?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Größtenteils im Krankenhaus | <input type="checkbox"/> Zu gleichen Teilen in Krankenhaus und Praxis |
| <input type="checkbox"/> Größtenteils in einer Praxis | |

Wer übernimmt hauptsächlich die Koordination Ihrer Gesundheitsversorgung für das Prostatakarzinom?

(Bitte nur eine Antwortoption wählen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mein Hausarzt/ meine Hausärztin | <input type="checkbox"/> Ich selbst |
| <input type="checkbox"/> Mein Urologe/ meine Urologin | <input type="checkbox"/> Mein Partner/ meine Partnerin bzw. meine Familie |
| <input type="checkbox"/> Mein Ansprechpartner/meine Ansprechpartnerin oder mein Arzt/meine Ärztin im Krankenhaus | |

Wer sollte Ihrer Ansicht nach die Koordination Ihrer Versorgung hauptsächlich übernehmen?

(Bitte nur eine Antwortoption wählen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mein Hausarzt/ meine Hausärztin | <input type="checkbox"/> Ich selbst |
| <input type="checkbox"/> Mein Urologe/ meine Urologin | <input type="checkbox"/> Mein Partner/ meine Partnerin bzw. meine Familie |
| <input type="checkbox"/> Mein Ansprechpartner/meine Ansprechpartnerin oder mein Arzt/meine Ärztin im Krankenhaus | |

Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE) - Patientenbefragung

Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft ganz und gar nicht zu
1 Ich musste mich selbst in die Koordination meiner Behandlung einbringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Wenn ich einen Arzt/eine Ärztin als Ansprechperson brauchte, war er/sie verfügbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Ich brauchte keinen Arzt/keine Ärztin als Ansprechperson			
3 Mir wurde angeboten, meine Angehörigen in Gespräche zu meiner Versorgung einzubeziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Ich brauchte keine Unterstützung durch meine Angehörigen			
4 Wenn mich ein Arzt/ eine Ärztin zu einer Untersuchung (Blutentnahme, Röntgenuntersuchung, etc.) geschickt hat, wurde ich im Nachgang über die Ergebnisse informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Ich hatte keine Untersuchung			
5 Nach einem stationären Aufenthalt war für meine weitere Versorgung nach der Entlassung sehr gut gesorgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Ich hatte keinen stationären Aufenthalt in den letzten 12 Monaten			
6 Die verschiedenen an meiner Gesundheitsversorgung beteiligten Personen und Einrichtungen haben gut zusammengearbeitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Kann ich nicht beurteilen			
7 Die verschiedenen an meiner Gesundheitsversorgung beteiligten Personen und Einrichtungen waren über den aktuellen Stand meiner Erkrankung gut informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Kann ich nicht beurteilen			
8 Ich bin zufrieden mit der Koordination meiner Versorgung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1B 001



13769031



Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE) - Patientenbefragung

6. Fragen Zur Digitalisierung und Weiterentwicklung Ihrer Versorgung

Seit Januar 2021 müssen Krankenkassen ihren Versicherten die Möglichkeit einer elektronischen Patientenakte bereitstellen. Daher möchten wir in den folgenden Fragen gerne erfahren, wie Ihr Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen und dem Internet ist.

Haben und nutzen Sie eine elektronische Patientenakte?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, häufig | <input type="checkbox"/> Nein, nie |
| <input type="checkbox"/> Ja, oft | <input type="checkbox"/> Nein, würde ich aber |
| <input type="checkbox"/> Ja, selten | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |

Haben Sie in den letzten 12 Monaten im Kontext Ihrer Behandlung auf elektronischem Wege mit Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin kommuniziert? (Mehrfachantwort möglich)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, per Email |
| <input type="checkbox"/> Weiß nicht | <input type="checkbox"/> Ja, per Videosprechstunde |
| | <input type="checkbox"/> Ja, per Messenger |
| | <input type="checkbox"/> Ja, andere, und zwar: _____ |

Ich würde mir wünschen, zukünftig vermehrt auf elektronischem Weg mit meinem Arzt/ meiner Ärztin Kontakt aufzunehmen.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stimme zu | <input type="checkbox"/> Stimme eher nicht zu |
| <input type="checkbox"/> Stimme eher zu | <input type="checkbox"/> Stimme nicht zu |
| <input type="checkbox"/> Teils/Teils | |

Wurden im Verlauf Ihrer Behandlung folgende so genannte „eHealth Werkzeuge“ eingesetzt? (Mehrfachantwort möglich)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, Plattform oder Apps zur Unterstützung meiner Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Weiß nicht | <input type="checkbox"/> Ja, Online-Fallbesprechung (Tumorboard) mit anderen Ärzten |
| | <input type="checkbox"/> Ja, Unterstützung in der Entscheidungsfindung durch künstliche Intelligenz (KI) |
| | <input type="checkbox"/> Ja, Telekonsile |
| | <input type="checkbox"/> Ja, andere, und zwar: _____ |

**Ende des Fragebogens.
Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

A2. Charakteristika der teilnehmenden Zentren: Versorgungsbereich und Standort

	ASV	Nicht-ASV	Gesamt
n	16	16	32
Versorgungsbereich			
Klinik der Regelversorgung	2	1	3
Akademisches Lehrkrankenhaus oder Klinik der Maximalversorgung / Universitätsklinik	9	6	15
Träger der Kliniken			
Öffentlicher Träger (Stadt, Land)	4	4	8
Kirchlicher Träger	2	1	3
Privater Träger (kommunaler Unternehmensverbund in privater Rechtsform)	4	2	6
Keine Angabe			1
Praxis	5	9	14
Bundesland (KV-Region)			
Baden-Württemberg		1	1
Bayern	1		1
Berlin	3	2	5
Brandenburg		1	1
Hessen	2	1	3
Mecklenburg-Vorpommern		3	3
Niedersachsen	1	2	3
Nordrhein-Westfalen (Nordrhein)	3	1	4
Nordrhein-Westfalen (Westfalen-Lippe)	2	1	3
Saarland	1		1
Sachsen		3	3
Sachsen-Anhalt	1	1	2
Schleswig-Holstein	2		2
Standort			
Ländlich bis kleinstädtisch (< 20.000 Einwohner)		1	1
Städtisch (20.000-100.000 Einwohner)	5	3	8
Großstädtisch (> 100.000 Einwohner)	11	12	23
Bestand der Praxis / Abteilung der Klinik (in Jahren)			
Min-Max	4-49	12-68	4-68
M (SD)	25,5 (16,0)	27,3 (20,6)	26,4 (17,6)
Md (IQR)	26,5 (10,75-37,75)	20 (15-38)	21,5 (13,75-33,25)
Fehlende Angaben	10	10	20

ASV ambulante spezialfachärztliche Versorgung, IQR Interquartilsrange, KV kassenärztliche Vereinigung, M Mittelwert, Max Maximum, Md Median, Min Minimum, n Anzahl, SD Standardabweichung

A3. Charakteristika der teilnehmenden Zentren: Mitarbeiter*innen, Patientenzahlen

	ASV	Nicht-ASV	Gesamt
n	16	16	32
Anzahl ärztlicher Praxis- bzw. Klinikmitarbeiter			
2-5	6	7	13
6-10	3	2	5
11-20	5	5	10
Mehr als 20	2	2	4
Anzahl ambulant behandelter Patienten pro Quartal			
250-499	2	-	2
1000-1499	-	1	1
1500-2999	5	8	13
Mehr als 3000	7	6	13
keine Angabe			3
Anteil der Patienten wegen metastasiertem Prostatakarzinom (Schätzung in %)			
3-5	1		1
5	1	1	2
10	1		1
10-15		1	1
20		2	2
25		1	1
76	1		1
Keine Angabe	12	11	23
Zertifiziertes Prostatakarzinomzentrum			
ja	10	7	17
nein	6	9	15
Verwendung von digitalen Medien im Praxis- bzw. Klinikalltag (Mehrfachnennung)			
Überhaupt	16	10	26
Gesundheits-Apps	1	1	2
Primärliteratur und Leitlinien über Internet	1	5	6
Soziale Medien (z. B. Facebook, Twitter etc.)	2	-	2
(Lehrvideo-)Plattformen (z. B. Researchgate, urotube)	1	2	3
Sonstiges, E-Mail, online Termine	5	4	9
Berufsbegleitende Fortbildungsmöglichkeiten	3	4	7
Videokonferenzen	8	4	12
Online-Sprechstunde	2	1	3
Anbindung an Telematikinfrastruktur			
ja	6	10	16
Angebunden, aber nicht aktiv	2	-	2
nein	2	3	5
Keine Angabe	6	3	9
Verwendung einer digitalen Patientenakte (Akte in elektronischer Form)			
ja	12	13	25
geplant	-	1	1
nein	-	1	1
Keine Angabe	4	1	5
Art der Zusammenarbeit/Kommunikation im Team bzw. ASV-Team (Mehrfachnennung)			
Schriftlich (Briefe)	16	15	31
Per E-Mail	16	15	31
telefonisch	16	15	31
Direkter Kontakt (in Klinik/Praxis, Konferenzen)	13	15	28
Videokonferenzen	11	14	25
Digital (z. B. WhatsApp, Siilo)	2	-	2

ASV ambulante spezialfachärztliche Versorgung, n Anzahl

A4. Charakteristika der teilnehmenden ASV-Zentren

Befragung beantwortet durch Mitglied/Leitung eines ASV-Teams	n=16
Leitung	12
Mitglied	4
ASV-Team ist aktiv seit	
2019	4
2020	8
2021	3
Fehlende Angabe	1
Häufigste behandelte Diagnosen im Rahmen der ASV (Mehrfachnennung)	
(fortgeschrittenes/metastasiertes) Prostatakarzinom	7
Urothelkarzinom	3
Nierenzellkarzinom	3
Blasenkarzinom	1
Fehlende Angabe	8
Anzahl der Mitglieder des ASV-Kernteams	
6-10	3
11-20	3
Mehr als 20	9
Fehlende Angabe	1
Sektorenübergreifende Zusammensetzung des Kernteams	
Ärzt*innen aus Klinik und niedergelassenem Bereich	15
Fehlende Angabe	1
Anzahl der hinzuzuziehenden Mitglieder	
11-20	4
21-50	9
Mehr als 50	2
Fehlende Angabe	1

ASV ambulante spezialfachärztliche Versorgung

A5. Rekrutierte Patienten in den Zentren

	gesamt	ASV	Nicht-ASV	p
n Patienten (%)	255 (100)	110 (43,1)	145 (56,9)	
Anzahl beteiligter Zentren	25	13	12	
n Patienten per Zentrum				
M (SD)	10,2 (10,7)	8,5 (10,3)	12,1 (11,3)	
Md (IQR)	8 (2; 14,5)	4 (2; 11)	8 (3,5; 16,8)	.35 ^a
Min-Max	1-38	1-37	1-38	
Anzahl Fragebogenversion A (mit FACT-P) n (%)	131 (51,4)	57 (51,8)	74 (51,0)	
Anzahl Fragebogenversion B (mit PAM und A14) n (%)	124 (48,6)	53 (48,2)	71 (49,0)	
Versorgungsbereich n (%)				.07 ^b
Klinik der Regelversorgung	60 (23,5) (in n=3 Zentren)	22 (20,0) (in n=2 Zentren)	38 (26,2) (in n=1 Zentrum)	
Akademisches Lehrkrankenhaus oder Klinik der Maximalversorgung / Universitätsklinik	77 (30,2) (in n=11 Zentren)	28 (25,5) (in n=8 Zentren)	49 (33,8) (in n=3 Zentren)	
Praxis	118 (46,3) (in n=11 Zentren)	60 (54,5) (in n=3 Zentren)	58 (40,0) (in n=8 Zentren)	

ASV ambulante spezialfachärztliche Versorgung, FACT-P Functional Assessment of Cancer Therapy – Prostate, IQR Interquartilsrange, M Mittelwert, Max Maximum, Md Median, Min Minimum, n Anzahl, PAM Patient Activation Measure, SD Standardabweichung; ^a Mann-Whitney-U-Test, ^b Chi-Quadrat-Test

A6. Soziodemographie der teilnehmenden Patienten

	gesamt	ASV	Nicht-ASV	p
n	255	110	145	
Alter in Jahren	n=251 (98,4%)	n=107 (97,3%)	n=144 (99,3%)	
M (SD)	72,9 (8,3)	73,4 (8,2)	72,6 (8,5)	.47
Md (IQR)	74 (67; 79)	73 (68; 80)	74 (66,25; 79)	.58
Min-Max	48-92	56-92	48-89	
Geburtsland n (%)	251 (98,4%)			.47 ^a
Deutschland	232 (92,4)	97	135	
Anderes Land (Polen, Russland, Kasachstan, Litauen, Bosnien-Herzegowina, Belgien, Dänemark, Irak, Kroatien, Serbien, Türkei, Ungarn)	19 (7,6)	10	9	
Aktueller Familienstand n (%)	250 (98,0%)	107	143	.07 ^b
Ledig	15 (6,0)	5 (4,7)	10 (7,0)	
Verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft	199 (79,6)	92 (86,0)	107 (74,8)	
Geschieden / Lebenspartnerschaft aufgehoben	12 (4,8)	6 (5,6)	6 (4,2)	
Verwitwet	23 (9,2)	4 (3,7)	19 (13,3)	
Keine Angabe	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,7)	
Krankenversicherung	251 (98,4%)	107	144	-
GKV	219 (87,3)	99 (92,5)	120 (83,3)	
GKV mit Zusatzversicherung	8 (3,2)	3 (2,8)	5 (3,5)	
PKV einschließlich Beihilfe	16 (6,4)	3 (2,8)	13 (0,9)	
PKV ohne Beihilfe	8 (3,2)	2 (1,9)	6 (4,2)	
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss n (%)	251 (98,4%)	107	144	.07 ^c
Kein Schulabschluss	2 (0,8)	1 (0,9)	1 (0,7)	
Hauptschule	83 (33,1)	45 (42,1)	38 (26,4)	
Mittlere Reife	66 (26,3)	21 (19,6)	45 (31,3)	
Fachhochschulreife	36 (14,3)	15 (14,0)	21 (14,6)	
Abitur	62 (24,7)	25 (23,4)	37 (25,7)	
Anderer Abschluss (10. Klasse POS, 9. Klasse, Gymnasium 11. Klasse)	2 (0,8)	0 (0,0)	2 (1,4)	
Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss n (%)	249 (97,6%)	106	143	.53 ^c
Kein Berufsabschluss	11 (4,4)	5 (4,7)	6 (4,2)	
Beruflich-betrieblich	102 (41,0)	45 (42,5)	57 (39,9)	
Beruflich-schulisch	15 (6,0)	3 (2,8)	12 (8,4)	
Fachschule	46 (18,5)	25 (23,6)	21 (14,7)	
Fachhochschule	41 (16,5)	16 (15,1)	25 (17,5)	
Universität	32 (12,9)	11 (10,4)	21 (14,7)	
Dokortitel	2 (0,8)	1 (0,9)	1 (0,7)	
Index Bildung (nach Schichtindex nach Winkler)	251 (98,4%)	107	144	.06 ^c .16 ^b
1	10	5	5	
2	80	43	37	
3	53	16	37	

	gesamt	ASV	Nicht-ASV	p
4	22	9	13	
5	11	6	5	
6	41	16	25	
7	34	12	22	
Derzeitige berufliche Situation n (%)	255 (100)	110	145	-
Vollzeiterwerbstätig	27 (10,6)	9	18	.31 ^a
Teilzeiterwerbstätig	2 (0,8)	1	1	1.0
Teilzeiterwerbstätig und selbständig	1 (0,4)			
Teilzeiterwerbstätig und Rentner	1 (0,4)			
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit bei Teilzeit (in Stunden)		n=1	n=1	
M (SD)		7,5	32,0	-
Md (IQR)				-
Min-Max				
Selbständig	7 (2,7)	2	5	.70
Selbständig und Rentner	1 (0,4)			
Arbeitslos	4 (1,6)	3	1	.32
Rentner	218 (85,5)	97	121	.37

ASV ambulante spezialfachärztliche Versorgung, GKV gesetzliche Krankenversicherung, IQR Interquartilsrange, M Mittelwert, Max Maximum, Md Median, Min Minimum, n Anzahl, PKV private Krankenversicherung, POS Polytechnische Oberschule, SD Standardabweichung; ^a Fisher's exakter Test, ^b Chi-Quadrat-Test, ^c Mann-Whitney-U-Test

A7. Krankheitsspezifische Angaben der Patienten

	gesamt	ASV	Nicht-ASV	p
n				
Metastasiertes Prostatakarzinom n (%)	247 (96,9)			.06
Ja	182 (71,4)	82 (79,6)	100 (69,4)	
Nein	40 (15,7)	10 (9,7)	30 (20,8)	
Weiß nicht	25 (9,8)	11 (10,7)	14 (9,7)	
Aktuelle Therapie für das Prostatakarzinom n (%), Mehrfachnennung	250 (98,0)			
Keine	13 (5,1)	2 (1,8)	11 (7,8)	.04
Weiß nicht	5 (2,0)			
Tabletten	130 (51,0)	65 (59,6)	65 (46,0)	.04
Spritzen	159 (62,4)	63 (57,8)	96 (68,1)	.11
Tabletten und Spritzen	99			
Bestrahlung	17 (6,7)	5 (5,6)	12 (8,5)	.31
Chemotherapie	82 (32,2)	42 (38,5)	40 (28,3)	.10
Sonstiges* (Hormontherapie, Hormonbehandlung, Brachg., Brachytherapie, DJ-Schienenwechsel, Hormonspritze (3 Monate), Infusion (4 wöchentlich), Katheter, OP, PSMA (Lutetium, -Liganden-Therapie), Tabl. Basenschwäche, Xtandi, Zytiga 500mg)	7 (2,7)	1 (0,9)	6 (4,3)	.14
PSA-Wert bekannt? n (%)	244	104	144	.28
Ja	208 (85,2)	93	115	
Nein	26 (10,7)	8	18	
Weiß nicht	10 (4,1)	3	7	
Patientenangabe des PSA-Werts	201	n=91	n=110	
M (SD)	48,9 (356,2)	19,4 (53,1)	73,2 (478,8)	.29
Md (IQR)	1,5 (0,12; 15,8)	1,07 (0,2; 15,6)	2,0 (0,1; 18,3)	.65
Min-Max	0-5.000	0,01- 347	0-5.000	
Letzte Bildgebung n (%); Mehrfachnennung	250 (98,0)	107	143	.06
Knochenszintigramm	68 (27,2)	27 (25,2)	41 (28,7)	.57
CT	100 (40,0)	55 (51,4)	45 (31,5)	<.01
MRT	42 (16,8)	17 (15,9)	25 (17,5)	.86
PET/CT	52 (20,8)	20 (18,7)	32 (22,4)	.53
Röntgen	15 (5,9)	6 (5,6)	9 (6,3)	1.0
Weiß nicht	13 (5,2)	2 (1,9)	11 (7,7)	.05
Komorbiditäten n (%), Mehrfachnennung	243 (95,3)	104	139	

	gesamt	ASV	Nicht-ASV	p
Bluthochdruck	133 (54,7)	60 (57,7)	73 (52,5)	.44 ^a
Herzerkrankung	61 (25,1)	27 (26,0)	31 (22,3)	.88 ^a
Diabetes	43 (17,7)	24 (23,1)	19 (13,7)	.06 ^a
Lungenerkrankung	18 (7,4)	12 (11,5)	6 (4,3)	.05 ^a
Darmerkrankung	4 (1,6)	2 (1,9)	2 (1,4)	1.0 ^a
Lebererkrankung	3 (1,2)	2 (1,9)	1 (0,7)	.58 ^a
Arthrose	37 (15,2)	18 (17,3)	19 (13,7)	.47 ^a
Depression	9 (3,7)	5 (4,8)	4 (2,9)	.50 ^a
Tumore	7 (2,9)	3 (2,9)	4 (2,9)	1.0 ^a
Anderer* (Arthrose WST Gelenke, Asthma, Bandscheibenvorfall, Darmverletzung durch Bestrahlung, Harnleiterverengung durch Bestrahlung, stark inkontinent, DLL, Durchblutungsstörungen, feuchte AMD links hemifazialer Spasmus, Flux, Herzinfarkt, Hirntumor, Hüft-OP, Stent, Knieverschleiß, künstl. Kniegelenk, M. Bechterew, Neurodermitis, Niere(n) (/ Schienen beidseitig), Parkinson, Rheuma, Rücken, Schilddrüse Unterfunktion, Schlafstörung, Schlaganfall, Schmerzende Beine, Gefäßchirurgie, Schuppenflechte, Spinalkanal, TEB bds. Knie, Tinnitus, Thrombose)	20 (8,2)	8 (7,7)	12 (8,6)	1.0 ^a
Keine weiteren Erkrankungen	47 (19,3)	15 (14,4)	32 (23,0)	.10 ^a
Kontakthäufigkeit zum Urologen / zur Urologin in den letzten 12 Monaten	240 (94,1)	n=101	n=139	
M (SD)		8,76 (4,65)	7,05 (5,06)	.01
Md (IQR)	6 (4,12)			<.01
Min-Max	0-36			
Versorgung innerhalb der ASV bezogen auf Prostatakarzinom	247 (96,9%)	106	141	.01 ^b
Ja	198 (80,2)	93 (87,7)	105 (74,5)	
Nein	38 (15,4)	8 (7,5)	30 (21,3)	
Weiß nicht	11 (4,5)	5 (4,7)	6 (4,3)	
Behandlung in einem zertifizierten Tumorzentrum	234 (91,8%)	97	137	.18 ^b
Ja	112 (47,9)	53 (54,6)	59 (43,1)	
Nein	90 (38,5)	34 (35,1)	56 (40,9)	
Weiß nicht	32 (13,7)	10 (10,3)	22 (16,1)	
Weitere Arztkontakte wegen des Prostatakarzinoms in den letzten 12 Monaten n (%), Mehrfachnennung	196 (76,9%)	96	100	^a
Innere Medizin	64 (32,7)	21 (21,9)	43 (43,0)	<.01
Nuklearmedizin	66 (33,7)	39 (40,6)	27 (27,0)	.05
Gefäßchirurgie	10 (5,1)	4 (4,2)	6 (6,0)	.75

	gesamt	ASV	Nicht-ASV	p
Neurologie	16 (8,2)	10 (10,4)	6 (6,0)	.30
Psychoonkologie	4 (2,0)	2 (2,1)	2 (2,0)	1.0
Radiologie/Strahlentherapie	64 (25,1)	35 (36,5)	29 (29,0)	.29
Onkologie	67 (34,2)	49 (51,0)	18 (18,0)	<.01
Schmerzmedizin	13 (6,6)	5 (5,2)	8 (8,0)	.57
Palliativmedizin	3 (1,5)	3 (3,1)	0 (0)	.12
Andere* (Hausarzt, Diabetologie, Allgemeinmedizin, Chirurg Port setzen, Hausärztin, Kardiologe, NCT, Nuklearmedizin, Orthopädie, Radiologie / UroOnkologie, Urologe)	13 (6,6)	8 (8,3)	5 (5,0)	.40

ASV ambulante spezialfachärztliche Versorgung, CT Computertomographie, IQR Interquartilsrange, M Mittelwert, Max Maximum, Md Median, Min Minimum, MRT Magnetresonanztomographie, PET Positronen-Emissions-Tomographie, PSMA prostataspezifisches Membranantigen; SD Standardabweichung;

*Freitextangabe der Patienten; ^a Fisher's exakter Test, ^b Chi-Quadrat-Test, ^c Mann-Whitney-U-Test

A8. Angaben der Ärzt*innen zu den Patienten: Diagnostik

	gesamt	ASV	Nicht-ASV	p
n	255	110	145	
Zeit seit Erstdiagnose (in Tagen)	n=250 (98,0%)	n=108 (98,2%)	n=142 (97,9%)	
M (SD)	2006,3 (2095,0) In Jahren: 5,5 (5,7)	2145,24 (2322,79) in Jahren: 5,9 (6,4)	1900,66 (1905,46) in Jahren: 5,2 (5,2)	.36 ^a
Md (IQR)	1262 (312,5; 3109,5) In Jahren: 3,5 (0,9; 8,5)	1299,5 (276; 3090,5) in Jahren: 3,6 (0,8; 8,5)	1251 (327,3; 3109,5) in Jahren: 3,4 (0,9; 8,5)	.66 ^b
Min-Max	0-9102 In Jahren: 0-24,9	9-9102 in Jahren: 0-24,9	0-7230 in Jahren: 0-19,8	
Stadium des Prostatakarzinoms bei Erstdiagnose n (%) – T	229 (89,8%)	97 (88,2)	132 (91,0)	.72 ^b .20 ^c
T1	44 (19,2)	14 (14,4)	30 (22,7)	
T2	51 (22,3)	24 (24,7)	27 (20,5)	
T3	89 (38,9)	43 (44,3)	46 (34,8)	
T4	45 (19,7)	16 (16,5)	29 (22,0)	
Stadium des Prostatakarzinoms bei Erstdiagnose n (%) – N	197 (77,3%)	88 (80,0)	109 (75,2)	.38 ^b .68 ^c
N0	85 (78,0)	41 (46,6)	44 (40,7)	
N1	102 (93,6)	43 (48,9)	59 (29,9)	
Nx	10 (9,2)	4 (4,5)	6 (3,0)	
Stadium des Prostatakarzinoms bei Erstdiagnose n (%) – M	199 (78,0%)	91 (82,7)	108 (74,5)	.57 ^b .67 ^c
M0	79 (40,0)	35 (38,5)	44 (40,7)	
M1	104 (52,3)	47 (51,6)	57 (52,8)	
Mx	16 (8,0)	9 (9,9)	7 (6,5)	
Gleason-Score n (%)	242 (94,9%)	101 (91,8)	141 (97,2)	.20 ^b .63 ^c
<3+3	22 (9,1)	8 (7,9)	14 (9,9)	
3+4	35 (14,5)	12 (11,9)	23 (16,3)	
4+3	38 (15,7)	15 (14,9)	23 (16,3)	
>4+4	147 (60,7)	66 (65,3)	81 (57,4)	
ISUP/WHO Grad n (%)	154 (60,4%)	59 (53,6)	95 (65,5)	.07 ^b .50 ^c
1	10 (6,5)	3 (5,1)	7 (7,4)	
2	14 (9,1)	4 (6,8)	10 (10,5)	
3	32 (20,8)	10 (16,9)	22 (23,2)	
4	38 (24,7)	14 (23,7)	24 (25,3)	
5	60 (39,0)	28 (47,5)	32 (33,7)	
Aktueller PSA-Wert	243	105	138	
M (SD)	65,03 (346,99)	36,88 (158,34)	86,44 (438,83)	.27 ^a
Md (IQR)	1,72 (0,18-20,5)	1,18 (0,27; 16,28)	2,29 (0,12; 29,94)	.33 ^b
Min-Max	0-5000	0-1506	0-5000	
PSA-Wert vor Einleitung der aktuellen Therapielinie	243	105	138	
M (SD)	360,72 (1432,15)	340,39 (1291,79)	376,18 (1534,84)	.85
Md (IQR)	28,3 (6,3-186,0)	29,6 (6,43- 260,30)	24,75 (6,29- 138,02)	.61
Min-Max	0,02-15.000	0,02-12.000	0,05-15.000	

ASV ambulante spezialfachärztliche Versorgung, IQR Interquartilsrange, ISUP/WHO International Society of Urological Pathology / Weltgesundheitsorganisation, M Mittelwert, Max Maximum, Md Median, Min Minimum, n Anzahl, PSA Prostataspezifisches Antigen, SD Standardabweichung; ^a t-Test, ^b Mann-Whitney-U-Test, ^c Chi-Quadrat-Test, ^d Fisher's exakter Test

A9. Angaben der Ärzt*innen zu den Patienten: Therapie

	gesamt	ASV	Nicht-ASV	p
n	255	110	145	
Lokale Therapie n (%)	244 (95,7%)	105 (95,5)	139 (95,9)	
Nein	119 (48,8)	53 (50,5)	66 (47,5)	.70 ^a
Radikale Prostatektomie	75 (30,7)	33 (31,4)	42 (30,2)	.89 ^a
Perkutane Bestrahlung	73 (29,9)	30 (28,6)	43 (30,9)	.78 ^a
Andere	30 (12,3)	12 (11,4)	18 (12,9)	.84 ^a
HDR-Brachytherapie, Brachytherapie, HDR und Brachytherapie	8	2	6	
pall. TUR-Prostata, palliative TUR-P, palliative TURP, pallTUR-P, TUR-P, TUR-P pall.	6	2	4	
ADT, ADT intermittierend	2		2	
PSMA-Salvage-radioguided Lymphknotenexstirpation, Salvage Radiatio	2	1	1	
Afterloading	1	1		
Ballon-Kyphoplastie	1	1		
Chemotherapie (Docetaxel)	1	1		
HOLEP	1		1	
Hormon	1		1	
int. KAB	1	1		
lap Lymphadenektomie	1		1	
PLA	1	1		
Radiotherapie ossärer Herde	1	1		
Seeds 2012	1	1		
ThuLEP	1	1		
Hormonsensibilität n (%)	235 (92,2%)	103 (93,6)	132 (91,0)	.29 ^a
mHSPC (hormonsensibel)	133 (56,6)	54 (52,4)	79 (59,9)	
mCRPC (kastrationsresistent)	102 (43,4)	49 (47,6)	53 (40,2)	
Aktuelle Therapie n (%)	233 (91,4%)	106 (96,4)	127 (87,6)	
Antandrogen	48 (20,6)	30 (28,3)	18 (14,2)	.01 ^a
Bei Patienten mit mHSPC (hormonsensibel)	29 (22,8) (von n=127)	17 (32,1) (von n=53)	12 (16,2) (von n=74)	.05
Bei Patienten mit mCRPC (kastrationsresistent)	19 (19,0) (von n=100)	13 (27,1) (von n=48)	6 (11,5) (von n=52)	.07
GnRH Agonist oder Antagonist	179 (76,8)	74 (69,8)	105 (82,7)	.03 ^a
Bei Patienten mit mHSPC (hormonsensibel)	101 (79,5) (von n=127)	37 (69,8) (von n=53)	64 (86,5) (von n=74)	.03
Bei Patienten mit mCRPC (kastrationsresistent)	76 (76,0) (von n=100)	36 (75,0) (von n=48)	40 (76,9) (von n=52)	1.0
NHT	102 (43,8)	58 (54,7)	44 (24,6)	<01 ^a
Bei Patienten mit mHSPC (hormonsensibel)	50 (39,4) (von n=127)	30 (56,6) (von n=53)	20 (27,0) (von n=74)	<.01
Bei Patienten mit mCRPC (kastrationsresistent)	51 (51,0) (von n=100)	27 (56,3) (von n=48)	24 (46,2) (von n=52)	.33
GnRH Agonist oder Antagonist + NHT	88 (38,8) (von n=227)	47 (46,5) (von n=101)	41 (32,5) (von n=126)	
Bei Patienten mit mHSPC (hormonsensibel)	47 (37,0) (von n=127)	27 (50,9) (von n=53)	20 (27,0) (von n=74)	.01
Bei Patienten mit mCRPC (kastrationsresistent)	41 (41,0) (von n=100)	20 (41,7) (von n=48)	21 (40,4) (von n=52)	1.0
Antandrogen + NHT	18 (7,9)	12 (11,9)	6 (4,8)	
Bei Patienten mit mHSPC (hormonsensibel)	8 (6,3)	5 (9,4)	3 (4,1)	.28
Bei Patienten mit mCRPC (kastrationsresistent)	10 (10,0)	7 (14,6)	3 (5,8)	.19
Chemotherapie	84 (36,1)	46 (43,4)	38 (29,9)	.04 ^a

Patientenbefragung im Rahmen des ASV-WE-Projekts

	gesamt	ASV	Nicht-ASV	p
n	255	110	145	
Bei Patienten mit mHSPC (hormonsensibel)	35 (27,6)	18 (34,0)	17 (23,0)	.23
Bei Patienten mit mCRPC (kastrationsresistent)	44 (44,0)	23 (47,9)	21 (40,4)	.55
Antiandrogen + Chemotherapie	26 (11,5)	20 (19,8)	6 (4,8)	
Bei Patienten mit mHSPC (hormonsensibel)	14 (11,0)	10 (18,9)	4 (5,4)	.02
Bei Patienten mit mCRPC (kastrationsresistent)	12 (12,0)	10 (20,8)	2 (3,8)	.01
Antiandrogen + NHT + Chemotherapie	7 (3,1)	6 (5,9)	1 (0,8)	
Bei Patienten mit mHSPC (hormonsensibel)	1 (0,8)	0 (0)	1 (1,4)	1.0
Bei Patienten mit mCRPC (kastrationsresistent)	6 (6,0)	6 (12,5)	0 (0)	.01
GnRH Agonist oder Antagonist + Chemotherapie	47 (20,7)	20 (19,8)	27 (21,4)	
Bei Patienten mit mHSPC (hormonsensibel)	23 (18,1)	8 (15,1)	15 (20,3)	.49
Bei Patienten mit mCRPC (kastrationsresistent)	24 (24,0)	12 (25,0)	12 (23,1)	1.0
GnRH Agonist oder Antagonist + NHT + Chemotherapie	2 (0,9)	1 (1,0)	1 (0,8)	
Bei Patienten mit mHSPC (hormonsensibel)	2 (1,6)	1 (1,9)	1 (1,4)	1.0
PSMA-Ligandentherapie	5 (2,1) (von n=233)	2 (1,9) (von n=106)	3 (2,4) (von n=127)	1.0 ^a
Bei Patienten mit mCRPC (kastrationsresistent)	4 (4,0) (von n=100)	1 (2,1) (von n=48)	3 (5,8) (von n=52)	.62
PARP-Inhibition	1 (0,4)	1 (0,9)	0 (0)	.46 ^a
Antiandrogen + NHT + PARP-Inhibition	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
GnRH Agonist oder Antagonist + NHT + PARP-Inhibition	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Immuntherapie	2 (0,9)	2 (1,9)	0 (0)	.21 ^a
Bei Patienten mit mCRPC (kastrationsresistent)	2 (2,0)	2 (4,2)	0 (0)	.23
Operation der Metastasen	1 (0,4)	1 (0,9)	0 (0)	.46 ^a
Bei Patienten mit mHSPC (hormonsensibel)	1 (0,8)	1 (1,9)	0 (0)	.42
Radionuklidtherapie	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,8)	1.0 ^a
Bei Patienten mit mHSPC (hormonsensibel)	1 (0,8)	0 (0)	1 (1,4)	1.0
Bestrahlung Metastasen	16 (6,9)	8 (7,5)	8 (6,3)	.80 ^a
Bei Patienten mit mHSPC (hormonsensibel)	9 (7,1)	4 (7,5)	5 (6,8)	1.0
Bei Patienten mit mCRPC (kastrationsresistent)	4 (4,0)	2 (4,2)	2 (3,8)	1.0
Antiandrogen + NHT + Bestrahlung Metastasen	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
GnRH Agonist oder Antagonist + NHT + Bestrahlung Metastasen	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Bestrahlung Schmerzlinderung	3 (1,3)	0 (0)	3 (2,4)	.25 ^a
Bei Patienten mit mHSPC (hormonsensibel)	1 (0,8)	0 (0)	1 (1,4)	1.0
Bei Patienten mit mCRPC (kastrationsresistent)	2 (2,0)	0 (0)	2 (3,8)	.50
Antiandrogen + NHT + Bestrahlung zur Schmerzlinderung	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
GnRH Agonist oder Antagonist + NHT + Bestrahlung zur Schmerzlinderung	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,8)	
Bei Patienten mit mCRPC (kastrationsresistent)	1 (1,0)	0 (0)	1 (1,9)	1.0
Medikamentöse Schmerztherapie	23 (9,9)	3 (2,8)	20 (15,7)	<.01 ^a
Bei Patienten mit mHSPC (hormonsensibel)	12 (9,4)	1 (1,9)	11 (14,9)	.01
Bei Patienten mit mCRPC (kastrationsresistent)	11 (11,0)	2 (4,2)	9 (17,3)	.05
Knochenprotektive Therapie	67 (28,8)	30 (28,3)	37 (29,1)	1.0 ^a
Bei Patienten mit mHSPC (hormonsensibel)	21 (16,5)	7 (13,2)	14 (18,9)	.47
Bei Patienten mit mCRPC (kastrationsresistent)	46 (46,0)	23 (47,9)	23 (44,2)	.84
Best supportive care	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,8)	1.0 ^a
Bei Patienten mit mHSPC (hormonsensibel)	1 (0,8)	0 (0)	1 (1,4)	1.0

GnRH Gonadotropin-Releasing-Hormon; NHT neue hormonelle Substanz/Therapie; mCRPC metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom, mHSPC metastasiertes hormonsensitives Prostatakarzinom, PARP Poly-ADP-Ribose-Polymerase, PSMA prostataspezifisches Membranantigen; ^a Fisher's exakter Test

A10. Therapien (Leitlinien)

n=227	mHSPC			mCRPC		
	Gesamt (n=127)	ASV (n=53)	Nicht-ASV (n=74)	Gesamt (n=100)	ASV (n=48)	Nicht-ASV (n=52)
Antiandrogen + NHT	8	5	3	10	7	3
GnRH + NHT	47 ^{a**}	27	20	41	20	21
Antiandrogen + Chemotherapie	14 ^{a*}	10	4	12 ^{a**}	10	2
GnRH + Chemotherapie	23	8	15	24	12	12
Antiandrogen + NHT + Chemotherapie	1	0	1	6 ^{a**}	6	0
GnRH + NHT + Chemotherapie	2	1	1	0	-	-
GnRH + NHT + Bestrahlung zur Schmerzlinderung	0	-	-	1	0	1
PARP-Inhibition	0	-	-	1	1	0
PSMA-Ligandentherapie	0	-	-	4	1	3
Radionuklidtherapie	1	0	1	0	-	-

GnRH Gonadotropin-Releasing-Hormon, NHT neue hormonelle Substanz/Therapie; mCRPC metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom, mHSPC metastasiertes hormonsensitives Prostatakarzinom, PARP Poly-ADP-Ribose-Polymerase, PSMA prostataspezifischen Membranantigen; ^a Häufiger in der ASV, *signifikanter Unterschied (p<.05), **signifikanter Unterschied (p<.01)

A11. Lebensqualität (FACT-P)

	gesamt	ASV	Nicht-ASV	UV	B	p ^a
n	131	57	74			
Physical Well-Being (0-28)						
n	128 (97,7)	56 (98,2)	72			
M (SD)	21,3 (5,4)	20,93 (6,29)	21,53 (4,59)	ASV	-0,6	.51
Md (IQR)	23 (17,25; 25,5)	23,00 (16,50; 26,00)	22,00 (18,00; 25,00)	Alter	0,1	.21
Min-Max	1,2-28	1,2-28	10-28	Bildung	0,4	.10
Social/Family Well-Being (0-28)						
n	126 (96,2)	55 (96,5)	71			
M (SD)	21,2 (5,7)	21,24 (6,65)	21,42 (4,79)	ASV	0,2	.74
Md (IQR)	22 (18,5; 25,7)	23,33 (17,00; 25,67)	21,00 (18,67; 25,67)	Alter	0,1	.42
Min-Max	0-28	0-28	8-28	Bildung	0,6	<.01
Emotional Well-Being (0-24)						
n	123 (93,9)	53 (93,0)	70			
M (SD)	17,3 (4,4)	16,91 (4,96)	17,5 (3,94)	ASV	-0,6	.40
Md (IQR)	18 (14; 21)	18,00 (13,10; 21,00)	18,00 (14,75; 21,00)	Alter	0,1	.21
Min-Max	4-24	4-24	8-24	Bildung	0,2	.15
Functional Well-Being (0-28)						
n	127 (96,9)	55 (96,5)	72			
M (SD)	17,0 (6,1)	17,36 (6,39)	16,76 (5,98)	ASV	0,6	.62
Md (IQR)	18 (12; 21)	19 (14,00; 21,00)	17,00 (11,75; 21,00)	Alter	0,1	.29
Min-Max	0-28	1-28	0-28	Bildung	0,4	.11
Prostate Cancer Subscale (0-48)						
n	127 (96,9)	56 (98,2)	71			
M (SD)	30,3 (6,9)	29,58 (8,0)	30,90 (5,94)	ASV	-1,31	.26
Md (IQR)	31 (25,1; 36)	31,5 (24,00; 35,00)	30,00 (27,00; 36,00)	Alter	-0,05	.54
Min-Max	6-46,9	6-46,9	16,5-41,5	Bildung	0,26	.38
Trial Outcome Index (0-104; Summe aus physical, functional well-being und prostate cancer subscale)						
n	123 (93,9)	54 (94,7)	69			
M (SD)	68,5 (16,4)	67,80 (18,92)	69,1 (14,20)	ASV	-1,2	.69
Md (IQR)	71 (55,8; 81,5)	73,00 (55,00; 81,00)	71,00 (55,9; 82,50)	Alter	0,1	.63
Min-Max	12,2-100,6	12,2-100,6	41-93,2	Bildung	1,2	.07
FACT-G total score (0-108; Summe aus physical, social/family, emotional und functional well-being)						
n	120 (91,6)	52 (91,2)	68			
M (SD)	76,6 (17,1)	76,00 (19,34)	77,1 (15,26)	ASV	-0,7	.80
Md (IQR)	78,75 (65,5; 89,25)	81,83 (62,85; 89,00)	77,58 (66,13; 91,00)	Alter	0,3	.19
Min-Max	28,8-108	28,8-108,0	42-102	Bildung	1,6	.01
FACT-P total score (0-156; Summe aus physical, social/family, emotional, functional well-being und prostate cancer subscale)						
n	119	52	67			
M (SD)	106,9 (22,4)	105,36 (25,67)	108,13 (19,54)	ASV	-2,3	.54
Md (IQR)	109,7 (90,8; 123,3)	113,33 (88,17; 121,58)	107,00 (95,33; 125,00)	Alter	0,2	.44
Min-Max	34,8-150	34,8-150,0	66,0-139	Bildung	2,0	.02

ASV ambulante spezialfachärztliche Versorgung, B Regressionskoeffizient, IQR Interquartilsrange, M Mittelwert, Max Maximum, Md Median, Min Minimum, n Anzahl, SD Standardabweichung, UV unabhängige Variablen; ^a verallgemeinertes lineares Modell (unter Berücksichtigung von Alter und Bildung)

A12. EUROPEP (Organisation of Care)

Dimension 2: Organisation of care	gesamt	ASV	Nicht-ASV	p
Zentrum (0-100)				
n	25	13	12	
M (SD)	79,2 (12,2)	77,7 (14,3)	80,8 (9,6)	.54
Md (IQR)	78,75 (70,2; 88,7)	82,6 (65,6; 88,3)	78,5 (74,5; 89,2)	.79
Min-Max	53,6-100	53,6-98,2	67,9-100	
Patienten (0-100)				
n	242	103 (93,6)	139 (95,9)	
M (SD)	81,0 (17,5)	81,6 (18,8)	80,6 (16,5)	
Md (IQR)	85,0 (70,0; 96,4)	85,7 (71,4; 96,4)	83,3 (67,9; 95,0)	
Min-Max	0-100	0-100	35,7-100	
Wie sehr hat der Facharzt / die Fachärztin ...				
17 ... Sie darauf vorbereitet, was Sie bei anderen Ärzten (bei Überweisungen) bzw. im Krankenhaus (bei Einweisungen) erwartet?				
Patienten	193 (75,7)	85	108	
keine Bedeutung	41 (16,1)	13	28	
M (SD)	1,8 (0,9)	1,7 (0,9)	1,9 (0,8)	
Md (IQR)	2 (1; 2)	2 (1; 2)	2 (1; 2)	.04
Zentrum*	23	13	10	
M (SD)	70,1 (28,5)	65,1 (35,6)	76,6 (14,7)	.31
Md (IQR)	77,8 (50,0; 87,5)	75 (45,8; 100)	78,9 (64,8; 86,9)	.69
Min-Max	0-100	0-100	50-100	
Wie war in den vergangenen 12 Monaten in dieser Praxis bzw. Klinik ...				
18 ... die Hilfsbereitschaft der anderen Praxismitarbeiter/innen (außer dem Arzt/ der Ärztin)?				
Patienten	245 (96,1)	103	142	
keine Bedeutung	3 (1,2)	1	2	
M (SD)	1,5 (0,7)	1,5 (0,8)	1,5 (0,6)	
Md (IQR)	1 (1; 2)		1 (1; 2)	.19
Zentrum*	25	13	12	
M (SD)	89,9 (13,3)	87,6 (16,6)	92,3 (8,6)	.38
Md (IQR)	94,4 (83,6; 100)	100 (79,2; 100)	94,3 (87,5; 100)	.77
Min-Max	50-100	50-100	75-100	
19 ... die Möglichkeit, passende Termine zu bekommen?				
Patienten	244 (95,7)	103	141	
keine Bedeutung	3 (1,2)	1	2	
M (SD)	1,5 (0,8)	1,5 (0,8)	1,5 (0,6)	
Md (IQR)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	.19
Zentrum*	25	13	12	
M (SD)	87,8 (16,2)	87,7 (17,6)	88,0 (15,3)	.96
Md (IQR)	92,8 (79,2; 100)	100 (79,2; 100)	92,8 (71,9; 100)	.84
Min-Max	50-100	50-100	60-100	
20 ... die telefonische Erreichbarkeit der Praxis?				
Patienten	240 (94,1)	104	136	
keine Bedeutung	8 (3,1)	2	6	
M (SD)	1,9 (1,0)	2,0 (1,1)	1,9 (1,0)	
Md (IQR)	2 (1; 2)	2 (1; 2)	2 (1; 2)	.74
Zentrum*	25	13	12	
M (SD)	68,4 (31,3)	67,7 (34,8)	69,3 (28,5)	.90
Md (IQR)	77,8 (55,0; 93,8)	77,8 (50; 100)	76,8 (60,2; 86,5)	.96
Min-Max	0-100	0-100	0-100	
21 ... die Möglichkeit, mit dem Arzt/ der Ärztin selbst am Telefon zu sprechen?				
Patienten	195 (76,5)	86	109	
keine Bedeutung	37 (14,5)	12	25	
M (SD)	1,9 (1,0)	1,8 (0,9)	2,0 (1,0)	

Dimension 2: Organisation of care	gesamt	ASV	Nicht-ASV	p
Md (IQR)	2 (1; 3)	2 (1; 2)	2 (1; 3)	.07
Zentrum*	24	12	12	
M (SD)	67,6 (23,9)	65,8 (25,6)	69,4 (23,1)	.72
Md (IQR)	69,1 (52,1; 84,0)	66,7 (52,5; 83,2)	73,2 (52,1; 86,5)	.84
Min-Max	0-100	0-100	32-100	
22 ... die Wartezeiten in der Praxis?				
Patienten	244 (95,7)	103	141	
keine Bedeutung	2 (0,8)	1	1	
M (SD)	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	2,1 (1,0)	
Md (IQR)	2 (1; 3)	2 (1; 3)	2 (1; 3)	.68
Zentrum*	25	13	12	
M (SD)	64,1 (31,7)	61,9 (34,6)	66,5 (29,7)	.73
Md (IQR)	70,3 (43,7; 88,3)	70,3 (38,9; 92,5)	70,8 (45,4; 88,8)	.81
Min-Max	0-100	0-100	0-100	
23 Wie schnell erhielten Sie Hilfe bei dringenden Gesundheitsproblemen?				
Patienten	180 (70,6)	87	93	
keine Bedeutung	49 (19,2)	13	36	
M (SD)	1,7 (0,8)	1,6 (0,8)	1,7 (0,8)	
Md (IQR)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	2 (1; 2)	<.01
Zentrum*	24	12	12	
M (SD)	75,3 (23,1)	73,9 (28,7)	76,8 (17,1)	.77
Md (IQR)	77,5 (64,4; 98,5)	80,2 (60,4; 98,5)	77,5 (64,4; 95,8)	.84
Min-Max	0-100	0-100	50-100	

* durchschnittlicher Anteil (%) der Antwortoptionen 1 (ausgezeichnet) und 2 auf der 5-stufigen Skala je Zentrum); ohne Antwortoption 6 (keine Bedeutung); ASV ambulante spezialfachärztliche Versorgung, IQR Interquartilsrange, M Mittelwert, Max Maximum, Md Median, Min Minimum, n Anzahl, SD Standardabweichung

A13. Koordination der Versorgung

	gesamt	ASV	Nicht-ASV	p
n				
Hauptsächliche Versorgung n (%)	247 (96,9)	106	141	.59
Größtenteils Krankenhaus	57 (23,1)	23	34	
Größtenteils Praxis	157 (63,6)	71	86	
Zu gleichen Teilen Krankenhaus und Praxis	33 (13,4)	12	21	
Hauptsächliche Koordination durch n (%), Mehrfachnennung	251 (98,4)	107	144	
Hausarzt/-ärztin	16 (6,4)	4	12	.19
Urologe/-in	196 (78,1)	78	118	.09
Ansprechpartner/-in im Krankenhaus	24 (9,6)	14	10	.13
Patient selbst	20 (8,0)	6	14	.35
Partner/-in oder Familie	17 (6,8)	16	1	<.01
wer sollte Koordination übernehmen n (%), Mehrfachnennung	246 (96,5)	103	143	
Hausarzt/-ärztin	22 (8,9)	6	16	.18
Urologe/-in	186 (75,6)	73	113	.18
Ansprechpartner/-in im Krankenhaus	25 (10,2)	16	9	.03
Patient selbst	15 (6,1)	6	9	1.0
Partner/-in oder Familie	13 (5,3)	12	1	<.01
Ich musste mich selbst in die Koordination meiner Behandlung einbringen.	226 (88,6)	90 (81,8)	136 (93,8)	
M (SD)	3,6 (1,2)	3,4 (1,2)	3,7 (1,2)	
Md (IQR)	4 (3; 5)	3 (3; 4)	4 (3; 5)	.09
Min-Max	1-5	1-5	1-5	
Wenn ich einen Arzt als Ansprechperson brauchte, war er verfügbar.	241 (94,5)	100 (90,9)	141 (97,2)	
M (SD)	1,7 (0,9)	1,5 (0,7)	1,8 (1,0)	
Md (IQR)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	.04
Min-Max	1-5	1-4	1-5	
Nicht nötig	7 (2,9)	0	7 (4,8)	
Mir wurde angeboten, meine Angehörigen in Gespräche zu meiner Versorgung einzubeziehen	237 (92,9)	98 (89,1)	139 (95,8)	
M (SD)	2,1 (1,4)	1,8 (1,2)	2,3 (1,4)	
Md (IQR)	1 (1; 3)	1 (1; 2)	2 (1; 3,5)	.01
Min-Max	1-5	1-5	1-5	
Nicht nötig	39 (16,5)	13 (11,8)	26 (17,9)	
wenn mich ein Arzt zu einer Untersuchung geschickt hat, wurde ich im Nachgang über die Ergebnisse informiert	245 (96,1)	103 (93,6)	142 (97,9)	
M (SD)	1,4 (0,8)	1,4 (0,7)	1,5 (0,8)	
Md (IQR)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	.26

	gesamt	ASV	Nicht-ASV	p
Min-Max	1-5	1-4	1-5	
Keine Untersuchung in den letzten 12 Monaten	1 (0,4)	0	1 (0,7)	
nach einem stationären Aufenthalt war für meine weitere Versorgung nach der Entlassung sehr gut gesorgt	236 (92,5)	98 (89,1)	138 (95,2)	
M (SD)	1,9 (1,1)	1,7 (1,1)	2,0 (1,1)	
Md (IQR)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	2 (1; 2)	.02
Min-Max	1-5	1-5	1-5	
Kein stationärer Aufenthalt in den letzten 12 Monaten	93 (39,4)	35 (31,8)	58 (40,0)	
die verschiedenen an meiner Gesundheitsversorgung beteiligten Personen und Einrichtungen haben gut zusammengearbeitet	243 (95,3)	103 (93,6)	140 (96,5)	
M (SD)	1,6 (0,9)	1,4 (0,8)	1,8 (0,9)	
Md (IQR)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	2 (1; 2)	<.01
Min-Max	1-5	1-5	1-5	
Kann ich nicht beurteilen	35 (14,4)	10 (9,1)	25 (17,2)	
die verschiedenen an meiner Gesundheitsversorgung beteiligten Personen und Einrichtungen waren über den aktuellen Stand meiner Erkrankung gut informiert	240 (94,1)	99 (90,0)	141 (97,2)	
M (SD)	1,7 (0,9)	1,5 (0,7)	1,8 (0,9)	
Md (IQR)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	2 (1; 2)	.01
Min-Max	1-5	1-4	1-5	
Kann ich nicht beurteilen	42 (17,5)	15 (13,6)	27 (18,6)	
ich bin zufrieden mit der Koordination meiner Versorgung	244 (95,7)	104 (94,5)	140 (96,6)	
M (SD)	1,6 (0,9)	1,5 (0,8)	1,7 (0,9)	
Md (IQR)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	.13
Min-Max	1-5	1-4	1-5	

ASV ambulante spezialfachärztliche Versorgung, IQR Interquartilsrange, M Mittelwert, Max Maximum, Md Median, Min Minimum, n Anzahl, SD Standardabweichung

A14. Adhärenz (A14)

	gesamt	ASV	Nicht-ASV	UV ^a	B	p ^a
n	124	53	71			
A14 Summenscore (0-56)						
n	98 (79,0)	42 (79,2)	56 (78,9)			
M (SD)	51,9 (5,1)	53,1 (3,6)	51,1 (5,9)	ASV	2,39	.02
Md (IQR)	54 (50; 56)	55 (51; 56)	53 (49; 55)	Alter	-0,04	.36
Min-Max	36-56	44-56	36-56	Bildung	-0,07	.74
A14: bewusste eigene „Anpassung“ der Therapie aus Gründen der Sicherheit bzw. Wirkung des Arzneimittels (0-4)						
n	101 (81,5)	44 (83,0)	57 (80,3)			
M (SD)	3,6 (0,6)	3,7 (0,4)	3,5 (0,7)	ASV	0,209	.06
Md (IQR)	3,8 (3,3; 4)	3,9 (3,5; 4)	3,8 (3,25; 4)	Alter	-0,003	.55
Min-Max	1,5-4	2,3-4	1,5-4	Bildung	-0,005	.85
A14: praktische Hinderungsgründe wie Kosten oder Zeitbedarf der Therapie (0-4)						
n	105 (84,7)	44 (83,0)	61 (85,9)			
M (SD)	3,9 (0,2)	3,9 (0,1)	3,8 (0,3)	ASV	0,122	.01
Md (IQR)	4 (3,8; 4)	4 (3,8; 4)	4 (3,6; 4)	Alter	-0,002	.59
Min-Max	3-4	3,4-4	3-4	Bildung	-0,009	.28
A14: Non-Adhärenz aufgrund einer allgemein negativen Einstellung gegenüber Arzneimitteln (0-4)						
n	105 (84,7)	45 (84,9)	60 (84,5)			
M (SD)	3,8 (0,4)	3,9 (0,3)	3,8 (0,5)	ASV	0,142	.02
Md (IQR)	4 (4; 4)	4 (4; 4)	4 (4; 4)	Alter	-0,001	.70
Min-Max	2-4	2,5-4	2-4	Bildung	-0,008	.67
A14: unbeabsichtigte Non-Adhärenz wegen Vergessen der Einnahme (0-4)						
n	108 (87,1)	46 (86,8)	62 (87,3)			
M (SD)	3,4 (0,7)	3,6 (0,6)	3,3 (0,7)	ASV	0,321	<.01
Md (IQR)	4 (3; 4)	4 (3; 4)	3 (3; 4)	Alter	-0,002	.71
Min-Max	2-4	2-4	2-4	Bildung	-0,001	.96
A14: Adhärenz (>=50 Punkte) n (%)						
n	98 (79,0)	42 (79,2)	56 (78,9)			
Adhärenz	75 (76,5)	34 (81,0)	41 (73,2)	ASV	0,589	.19
Non-adhärenz	23 (23,5)	8 (19,0)	15 (26,8)	Alter	-0,002	.93
				Bildung	0,014	.90

ASV ambulante spezialfachärztliche Versorgung, B Regressionskoeffizient, IQR Interquartilsrange, M Mittelwert, Max Maximum, Md Median, Min Minimum, n Anzahl, SD Standardabweichung, UV unabhängige Variablen; ^a Verallgemeinertes lineares Modell unter Berücksichtigung von Alter, Bildung und Clusterstruktur der Praxen/Kliniken; UV unabhängige Variablen; B Regressionskoeffizient

A15. Adhärenz bei Chemo- und/oder Strahlentherapie

	gesamt	ASV	Nicht-ASV	p ^a
n	114	44	70	
Chemo- und/oder Strahlentherapie n (%)				
ja	43 (37,7)	20 (45,5)	23 (32,9)	
Nein	71 (62,3)	24 (54,5)	47 (67,1)	
Wegen möglicher Nebenwirkungen nehme ich geplante Therapietermine nicht wahr. (0-4)				
n	39 (90,7)	19 (95,0)	20 (87,0)	
M (SD)	3,9 (0,3)	4,0 (0)	3,9 (0,4)	
Md (IQR)	4 (4; 4)	4 (4; 4)	4 (4; 4)	.43
Min-Max	3-4	4-4	3-4	
Weil ich Nebenwirkungen hatte, zögere ich den nächsten Therapietermin hinaus. (0-4)				
n	39	19	20	
M (SD)	4,0 (0,2)	4,0 (0)	4,0 (0,2)	
Md (IQR)	4 (4; 4)	4 (4; 4)	4 (4; 4)	.79
Min-Max	3-4	4-4	3-4	
Ich habe einen oder mehrere Therapietermine vergessen. (0-4)				
n	39	19	20	
M (SD)	4,0 (0,2)	4,0 (0)	4,0 (0,2)	
Md (IQR)	4 (4; 4)	4 (4; 4)	4 (4; 4)	.79
Min-Max	3-4	4-4	3-4	
Wenn mir die Anreise zu weit ist, nehme ich geplante Therapietermine nicht wahr. (0-4)				
n	39	19	20	
M (SD)	4,0 (0)	4,0 (0)	4,0 (0)	
Md (IQR)	4 (4; 4)	4 (4; 4)	4 (4; 4)	1
Min-Max	4-4	4-4	4-4	
Wenn sich andere Termine ergeben (z. B. bei der Arbeit, Treffen mit Freunden, Besuch der Familie, ...), sage ich geplante Therapietermine ab. (0-4)				
n	39	19	20	
M (SD)	4,0 (0,2)	4,0 (0)	4,0 (0,2)	
Md (IQR)	4 (4; 4)	4 (4; 4)	4 (4; 4)	.79
Min-Max	3-4	4-4	3-4	

ASV ambulante spezialfachärztliche Versorgung, IQR Interquartilsrange, M Mittelwert, Max Maximum, Md Median, Min Minimum, n Anzahl, SD Standardabweichung; ^a Mann-Whitney-U-Test

A16. Patient Activation (PAM)

	gesamt	ASV	Nicht-ASV	UV	B	p
n	124	53	71			
PAM Score (0-100)						
M (SD)	62,0 (19,1)	65,9 (17,6)	59,1 (19,8)	ASV Alter Bildung	8,5 -0,1 1,0	.02 .68 .06
Md (IQR)	58,1 (48,9; 74,4)	63,1 (51; 77,7)	55,6 (47; 72,5)			
Min-Max	0-100	42,2-100	0-100			
PAM Level (1-4)						
M (SD)	2,7 (1,1)	2,8 (0,9)	2,5 (1,2)	ASV Alter Bildung	0,413 0,002 0,062	.08 .86 .03
Md (IQR)	3 (2; 4)	3 (2; 4)	3 (1; 4)			
Min-Max	1-4	1-4	1-4			

ASV ambulante spezialfachärztliche Versorgung, B Regressionskoeffizienten, IQR Interquartilsrange, M Mittelwert, Max Maximum, Md Median, Min Minimum, n Anzahl, SD Standardabweichung, UV unabhängige Variablen

A17. EUROPEP (Fragen zu und Zufriedenheit mit Versorgung in der urologischen Praxis/Klinik): Clinical Behaviour

Dimension 1: Clinical behaviour	gesamt	ASV	Nicht-wASV	p
Zentrum (0-100)				
n	25	13	12	
M (SD)	82,6 (11,9)	82,5 (14,1)	82,8 (9,6)	.95
Md (IQR)	85,5 (75,3; 89,4)	85,7 (70,8; 92,6)	82,3 (75,1; 89,2)	.81
Min-Max	58,3-100	58,3-100	69,5-100	
Patienten (Summenskala 0-100)				
n	250	103 (93,6)	143 (98,6)	
M (SD)	83,4 (18,1)	84,2 (19,1)	82,8 (17,5)	
Md (IQR)	87,5 (75,0; 100)	88,3 (75,0; 100)	85,9 (73,4; 98,2)	
Min-Max	0-100	0-100	7,7-100	
Wie sehr hat der Facharzt / die Fachärztin ...				
1 ... Ihnen während des Arztbesuchs das Gefühl vermittelt, dass er/sie Zeit für Sie hat? (1-5)				
Patienten	253 (99,2)	108	145	
M (SD)	1,6 (0,9)	1,6 (0,9)	1,6 (0,8)	
Md (IQR)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	.85
Zentrum*	25			
M (SD)	86,1 (23,6)	80,9 (30,5)	91,7 (11,7)	.25
Md (IQR)	100 (78,9; 100)	100 (63,9; 100)	98,7 (81,9; 100)	.73
Min-Max	0-100	0-100	67-100	
2 ... Interesse an Ihrer persönlichen Situation gezeigt?				
Patienten	250 (98,0)	108	142	
keine Bedeutung	2 (0,8)	-	2	
M (SD)	1,6 (0,8)	1,6 (0,8)	1,7 (0,8)	
Md (IQR)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	1,5 (1; 2)	.51
Zentrum	25			
M (SD)	87,3 (17,1)	85,2 (21,4)	89,5 (11,3)	.54
Md (IQR)	91,9 (78,9; 100)	95,2 (77,8; 100)	89,7 (81,4; 100)	.96
Min-Max	33-100	33-100	67-100	
3 ... es Ihnen leicht gemacht, über Ihre Probleme zu sprechen?				
Patienten	253 (99,2)	108	145	
M (SD)	1,6 (0,8)	1,6 (0,9)	1,6 (0,8)	
Md (IQR)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	.33
Zentrum	25			
M (SD)	89,8 (14,2)	88,6 (15,8)	91,2 (12,9)	.66
Md (IQR)	100 (78,9; 100)	95,2 (79,4; 100)	100 (76,3; 100)	.66
Min-Max	50-100	50-100	67-100	
4 ... Sie in Entscheidungen über Ihre medizinische Behandlung einbezogen?				
Patienten	249 (97,6)	106	143	
keine Bedeutung	1 (0,4)	-	1	
M (SD)	1,7 (0,9)	1,6 (0,9)	1,7 (0,9)	
Md (IQR)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	.52
Zentrum	25			
M (SD)	79,9 (25,1)	82,9 (19,0)	76,7 (30,9)	.55
Md (IQR)	86,5 (69,1; 100)	86,5 (66,7; 100)	86 (72,3; 100)	.78
Min-Max	0-100	50-100	0-100	
5 ... Ihnen zugehört?				
Patienten	251 (98,4)	107	144	
M (SD)	1,5 (0,8)	1,5 (0,9)	1,5 (0,7)	
Md (IQR)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	.57
Zentrum*				
M (SD)	88,9 (14,2)	88,0 (16,6)	90,0 (11,6)	.73

Dimension 1: Clinical behaviour	gesamt	ASV	Nicht-wASV	p
Md (IQR)	94,7 (81,1; 100)	95,2 (75,2; 100)	94,2 (80,5; 100)	.96
Min-Max	50-100	50-100	67-100	
6 ... auf den vertraulichen Umgang mit Patienteninformationen geachtet?				
Patienten	235 (92,2)	101	134	
keine Bedeutung	9 (3,5)	3	6	
M (SD)	1,5 (0,7)	1,4 (0,7)	1,5 (0,8)	
Md (IQR)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	.38
Zentrum*				
M (SD)	91,0 (11,1)	91,2 (12,3)	90,7 (10,3)	.92
Md (IQR)	97,1 (82,1; 100)	100 (77,8; 100)	92,7 (86,2; 100)	.62
Min-Max	50-100	67-100	67-100	
7 ... eine schnelle Linderung Ihrer Beschwerden erreichen können?				
Patienten	226 (88,6)	104	122	
keine Bedeutung	16 (6,3)	3	13	
M (SD)	1,8 (1,0)	1,8 (0,9)	1,9 (1,0)	
Md (IQR)	2 (1; 2)	2 (1; 2)	2 (1; 2,25)	.07
Zentrum*	24	12	12	
M (SD)	77,0 (24,3)	77,8 (29,0)	76,2 (19,9)	.88
Md (IQR)	79,8 (67,9; 100)	86,8 (68,9; 100)	75 (67,9; 96,4)	.43
Min-Max	0-100	0-100	33-100	
8 ... Ihnen geholfen, damit Sie sich gut genug fühlten, um Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachgehen zu können (insbesondere bei chronischer Erkrankung)?				
Patienten	228 (89,4)	102	126	
keine Bedeutung	14 (5,5)	1	13	
M (SD)	1,7 (0,8)	1,8 (0,9)	1,7 (0,7)	
Md (IQR)	2 (1; 2)	2 (1; 2)	2 (1; 2)	.11
Zentrum*				
M (SD)	81,4 (22,6)	78,3 (28,4)	84,9 (14,6)	.48
Md (IQR)	85,7 (72,1; 100)	83,8 (68; 100)	86,6 (75; 100)	.89
Min-Max	0-100	0-100	57-100	
9 ... sich gründlich mit Ihren Problemen befasst?				
Patienten	239 (93,7)	104	135	
keine Bedeutung	6 (2,4)	1	5	
M (SD)	1,6 (0,8)	1,5 (0,9)	1,7 (0,8)	
Md (IQR)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	2 (1; 2)	.03
Zentrum*				
M (SD)	86,6 (17,2)	86,4 (18,9)	86,7 (16,0)	.97
Md (IQR)	94,1 (77,8; 100)	95,2 (73,6; 100)	90,8 (78,1; 100)	.65
Min-Max	50-100	50-100	50-100	
10 ... bei Ihnen körperliche Untersuchungen durchgeführt?				
Patienten	231 (90,6)	96	135	
keine Bedeutung	15 (5,9)	8	7	
M (SD)	1,7 (0,9)	1,7 (1,0)	1,6 (0,8)	
Md (IQR)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	.83
Zentrum*	24	12	12	
M (SD)	81,5 (23,8)	72,5 (30,2)	90,4 (9,8)	.07
Md (IQR)	89,6 (71,4; 100)	74,6 (51,8; 100)	92,5 (86,7; 100)	.21
Min-Max	0-100	0-100	70-100	
11 ... Ihnen Angebote zu weiterführenden Therapien oder der Palliativversorgung gemacht?				
Patienten	175 (68,6)	73	102	
keine Bedeutung	53 (20,8)	21	32	
M (SD)	2,1 (1,2)	1,9 (1,1)	2,3 (1,2)	
Md (IQR)	2 (1; 3)	2 (1; 2)	2 (1; 3)	.15
Zentrum*	23	12	11	

Dimension 1: Clinical behaviour	gesamt	ASV	Nicht-wASV	p
M (SD)	59,2 (29,7)	65,6 (29,0)	52,2 (30,3)	.29
Md (IQR)	66,7 (33,3; 77,8)	67,7 (52,5; 92,9)	60,9 (25; 77,8)	.28
Min-Max	0-100	0-100	0-100	
12 ... Ihnen den Zweck von Untersuchungen und Behandlungen erklärt?				
Patienten	240 (94,1)	105	135	
keine Bedeutung	10 (3,9)	2	8	
M (SD)	1,6 (0,8)	1,5 (0,8)	1,6 (0,8)	
Md (IQR)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	.10
Zentrum*				
M (SD)	87,7 (14,8)	87,1 (16,4)	88,3 (13,6)	.84
Md (IQR)	93,3 (77,4; 100)	100 (77,4; 100)	91 (75,5; 100)	.91
Min-Max	50-100	50-100	64-100	
13 ... Sie über das informiert, was Sie über Ihre Beschwerden bzw. Erkrankung wissen wollten?				
Patienten	249 (97,6)	106	143	
keine Bedeutung	2 (0,8)	-	2	
M (SD)	1,6 (0,8)	1,6 (0,8)	1,6 (0,8)	
Md (IQR)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	.26
Zentrum*				
M (SD)	88,2 (14,2)	88,0 (15,8)	88,3 (13,0)	.96
Md (IQR)	94,6 (78,2; 100)	95,2 (79,4; 100)	94,2 (75,9-100)	.80
Min-Max	50-100	50-100	67-100	
14 ... Ihnen beim Umgang mit Ihren Gefühlen im Zusammenhang mit Ihrem Gesundheitszustand geholfen?				
Patienten	217 (85,1)	95	122	
keine Bedeutung	27 (10,6)	7	20	
M (SD)	1,9 (1,0)	1,8 (1,0)	2,0 (0,9)	
Md (IQR)	2 (1; 2)	2 (1; 2)	2 (1; 3)	.02
Zentrum*	24	13	11	
M (SD)	71,8 (24,5)	71,6 (29,3)	72,1 (18,6)	.96
Md (IQR)	75,0 (58,5; 90,7)	75 (56,3; 100)	75 (57,1; 83,3)	.82
Min-Max	0-100	0-100	33-100	
15 ... Ihnen erläutert, warum es wichtig ist, seine/ihre Ratschläge zu befolgen?				
Patienten	233 (91,4)	102	131	
keine Bedeutung	13 (5,1)	1	12	
M (SD)	1,7 (0,9)	1,6 (0,9)	1,8 (0,9)	
Md (IQR)	1 (1; 2)	1 (1; 2)	2 (1; 2)	.02
Zentrum*	24	13	11	
M (SD)	81,7 (18,3)	86,3 (16,1)	76,3 (20,0)	.19
Md (IQR)	86,8 (67,9; 100)	88,9 (76,4; 100)	75 (63; 93,8)	.14
Min-Max	33-100	50-100	33-100	
16 ... sich erinnert, wie er Sie bei früheren Gesprächen behandelt und beraten hat?				
Patienten	207 (81,2)	89	118	
keine Bedeutung	27 (10,6)	9	18	
M (SD)	1,7 (0,8)	1,6 (0,8)	1,8 (0,9)	
Md (IQR)	2 (1; 2)	1 (1; 2)	2 (1; 2)	.14
Zentrum*	25	13	12	
M (SD)	75,5 (22,6)	73,1 (27,9)	78,1 (15,8)	.59
Md (IQR)	71,4 (66,7; 95,5)	71,4 (63,3; 71,4)	77,4 (66,7; 90,2)	.89
Min-Max	0-100	0-100	50-100	

* durchschnittlicher Anteil (%) der Antwortoptionen 1 (ausgezeichnet) und 2 auf der 5-stufigen Skala je Zentrum); ohne Antwortoption 6 (keine Bedeutung); ASV ambulante spezialfachärztliche Versorgung, IQR Interquartilsrange, M Mittelwert, Max Maximum, Md Median, Min Minimum, n Anzahl, SD Standardabweichung;

Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“ im Innovationsfondsprojekt ASV-WE

Ergebnisbericht

**Dr. Hanna Zwiener
Stefanie Fähndrich
Tobias Nieporte
Markus Leibner**

Berlin, den 07.09.2023

Korrespondenz an:

Markus Leibner, Tel.: 030 2200 56111, MLeibner@zi.de

Das Projekt wird mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF20026 gefördert.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
1 Einleitung	5
2 Forschungsziele	5
3 Datenerhebung	6
3.1 Konzept	6
3.2 Entwicklung der Erhebungsinstrumente	7
3.3 Umsetzung	8
3.4 Rücklauf	11
4 Datenaufbereitung und -plausibilisierung	11
4.1 Technische Prüfung	12
4.2 Anonymisierung der Freitextangaben	12
4.3 Regelbasierte Setzungen zur Codierung von Mehrfachauswahlen	12
4.4 Regelbasierte Setzungen zu spezifischen Antwortoptionen	13
4.5 Einzelfallprüfungen	14
4.6 Generierung ergänzender Variablen	15
4.7 Festlegung der Fallauswahl	15
5 Methodik der Analysen	16
5.1 Quantitative Analysen	17
5.2 Qualitative Analysen	19
5.3 Gesundheitsversorgung unter Pandemiebedingungen	19
6 Ergebnisse	21
6.1 Stichprobenbeschreibung	21
6.2 ASV-Mitgliedschaft	24
6.3 Zugang der Patienten zur Versorgung	32
6.4 Qualität der Versorgung	35
6.5 Sektorenübergreifende Zusammenarbeit	39
6.6 Innovationen und Weiterentwicklung der Versorgung	48
6.7 Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der ASV	52
6.8 Weiterentwicklung der ASV	57

7	Zusammenfassung	59
8	Diskussion	62
	Literatur	65
	Tabellenverzeichnis	66
	Abbildungsverzeichnis	67
	Anhang	69
A.1	Codierung von fehlenden Werten (Missing Values).....	69
A.2	Kategoriensystem Freitext-Angaben.....	70
A.3	Abbildungen.....	78
A.4	Tabellen.....	96
	Anlagen	112

Abkürzungsverzeichnis

ABK-RL	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus gem. § 116b (alt) SGB V
AH	Arbeitshypothese
Arithm. Mittel	Arithmetischer Mittelwert
ASV	ambulante spezialfachärztliche Versorgung
ASV-WE	Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag - Ärzte
eLA	erweiterter Landesausschuss / erweiterte Landesausschüsse
ePA	elektronische Patientenakte
IG	Interventionsgruppe
Max.	Maximum
Min.	Minimum
NA	nicht verfügbar („not available“)
n/v	nicht verfügbar
OV	Onkologievereinbarung
SD	Standardabweichung („standard deviation“)
sic	sic erat scriptum
Standardabw.	Standardabweichung
TN	Teilnahme
VG	Vergleichsgruppe

1 Einleitung

Dies ist der Ergebnisbericht zur Versorgererhebung (Arbeitspaket 2) im Innovationsfondsprojekt „Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE)“, welches unter dem Förderkennzeichen 01VSF20026 mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert wird. Ziel des Gesamtprojektes ASV-WE war die Evaluation und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) „Urologische Tumore“.

Die Versorgererhebung widmete sich der ärztlichen Perspektive, um die Zielerreichung der ASV für urologische Tumoren auf der Ebene der versorgenden Ärzt:innen zu überprüfen und die Versorgungsprozesse innerhalb der ASV „Urologische Tumore“ zu untersuchen. Aufgrund mehrstufiger Versorgungsprozesse (interdisziplinäre und sektorenübergreifende Versorgung), diverser Einflussfaktoren (z.B. organisationsspezifische Rahmenbedingungen, regionale Gegebenheiten) und multipler Effekte (subjektive Aspekte, patientenrelevante Aspekte) ergibt sich eine komplexe Struktur der ASV. Bei der Evaluation der ASV „Urologische Tumore“ stellt die Perspektive der behandelnden Ärzt:innen daher einen wesentlichen Bestandteil dar.

Die Erhebung wurde im Frühjahr 2022 unter der Bezeichnung „Ärztebefragung im Forschungsprojekt ASV-WE“ als Querschnittstudie mittels quantitativer Befragung von fachärztlich tätigen Urolog:innen in Deutschland durchgeführt. Um sowohl die Perspektive der in der ASV „Urologische Tumore“ tätigen Urolog:innen (Interventionsgruppe) als auch die Perspektive der nicht an der ASV beteiligten Urolog:innen (Vergleichsgruppe) abbilden zu können, wurden für die Ärztebefragung zwei gruppenspezifische Online-Fragebogen entwickelt. Die Auswertung der erhobenen Daten für Interventions- und Vergleichsgruppe erfolgte mit einer einheitlichen methodischen Vorgehensweise, aber aufgrund der gruppenspezifischen Erhebungsinstrumente inhaltlich separat. Dieser Bericht dokumentiert die Ergebnisse der Ärztebefragung für Interventions- und Vergleichsgruppe und stellt, soweit inhaltlich zulässig, die Ergebnisse für beide Analysegruppen einander vergleichend gegenüber.

Im Folgenden gibt Kapitel 2 einen Überblick über die der Ärztebefragung zugrundeliegenden Forschungsziele. Kapitel 3 beschreibt die Entwicklung der Erhebungsinstrumente und den Prozess der Datenerhebung. Wichtige Aspekte der Datenaufbereitung und -plausibilisierung dokumentiert Kapitel 4. Kapitel 5 legt die methodischen Ansätze der quantitativen und qualitativen Analysen dar. Die Ergebnisse der Ärztebefragung für Interventions- und Vergleichsgruppe werden in Kapitel 6 beschrieben. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse wird in Kapitel 7 gegeben. Kapitel 8 schließt mit einer Diskussion und Einordnung der Ergebnisse der Ärztebefragung. Die Anhänge A.1-A.4 enthalten ergänzenden Informationen, Abbildungen und Tabellen.

2 Forschungsziele

Ziel der Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“ war es, die zugrundeliegenden Arbeits- und Kommunikationsprozesse in den ASV-Teams zu untersuchen und zu beleuchten, inwieweit in der ASV „Urologische Tumore“ eine qualitativ hochwertige, sektorenübergreifende und innovative Versorgung umgesetzt wird. Auch die Außenperspektive auf die ASV „Urologische Tumore“ wurde im Rahmen der Ärztebefragung durch die Einbeziehung einer Vergleichsgruppe, bestehend aus Urolog:innen ohne Mitgliedschaft in einem ASV-Team „Urologische Tumore“, berücksichtigt. Im Zentrum der Ärztebefra-

gung stand die Erhebung der persönlichen Erfahrungen und Einschätzungen der Urolog:innen in Interventions- bzw. Vergleichsgruppe auf der Ebene des einzelnen Arztes bzw. der einzelnen Ärztin zur Überprüfung der folgenden Arbeitshypothesen (AH):

- AH 8: Das Zulassungsverfahren sichert eine qualitativ hochwertige Versorgung (beurteilt z.B. an Qualitätsparametern wie Zeit, Leitlinienadhärenz und an klinischen Outcomes).
- AH 9: Die ASV erreicht das Ziel einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Beteiligten.
- AH 10: Die ASV ermöglicht Innovationen und die Weiterentwicklung der Versorgung.
- AH 11: Die ASV-Ärzte sind mit den Rahmenbedingungen der ASV zufrieden.

Darüber hinaus legte die Ärztebefragung ein Augenmerk auf die Patientenversorgung der befragten Ärzt:innen. Dabei wurden zur Betrachtung der nachfolgenden Arbeitshypothese verschiedene Aspekte des Zugangs der Patient:innen zur uroonkologischen Versorgung beleuchtet:¹

- AH 2: ASV-Patienten haben einen besseren Zugang zur Versorgung, d.h. zu benötigten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Die Ärztebefragung ergänzte mit ihrer Betrachtung der Zugangsthematik die im Rahmen des Innovationsfondsprojektes ASV-WE ebenfalls durchgeführte Patientenbefragung. Im Rahmen der Patientenbefragung wurde eine spezifische Patientengruppe, jene mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom, befragt. Analog wurden in der Ärztebefragung die Fragenkomplexe zur Versorgungsqualität (AH 8) bzw. zum Zugang zur Versorgung (AH 2) so angelegt, dass die Urolog:innen gebeten waren, ihre Antworten zu diesen beiden Fragenkomplexen auf die spezifische Gruppe der Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom zu beziehen. In allen anderen Abschnitten der Ärztebefragung wurden die teilnehmenden Ärzt:innen gebeten, ihre Antworten auf die Versorgung ihrer Patient:innen im Rahmen der ASV „Urologische Tumore“ insgesamt (Interventionsgruppe) bzw. ihrer uroonkologischen Patient:innen insgesamt (Vergleichsgruppe) zu beziehen.

3 Datenerhebung

3.1 Konzept

Die Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“ wurde als Querschnittstudie mittels quantitativer Befragung von fachärztlich tätigen Urolog:innen in Deutschland konzipiert. Um neben der Perspektive der an der ASV „Urologische Tumore“ beteiligten Urologinnen auch die Perspektive der nicht an der ASV „Urologische Tumore“ beteiligten Urolog:innen abbilden zu können, wurden Urolog:innen ohne Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ als Vergleichsgruppe in der Erhebung berücksichtigt. Die Ärztebefragung bezog sich somit auf zwei Gruppen von Urolog:innen:

¹ Ursprünglich war beabsichtigt, im Rahmen der Ärztebefragung auch die Einschätzung der Ärzt:innen zur Therapieadhärenz ihrer Patient:innen einzuholen. Hintergrund dieser Absicht war die Arbeitshypothese (AH 4), dass ASV-Patienten eine höhere Therapieadhärenz aufwiesen als jene in der Regelversorgung. Im Rahmen der Entwicklung der Erhebungsinstrumente ergaben die Rückmeldungen aus der Durchführung von Expertenrunden und der Fragbogen-Pilotierung jedoch, dass eine durchschnittliche Therapieadhärenz von Patient:innen aus Behandlersicht nicht sinnvoll im Rahmen einer Ärztebefragung erfasst werden konnte. Daher erfolgte eine entsprechende inhaltliche Anpassung der Ärztebefragung.

- Die Interventionsgruppe umfasste alle fachärztliche tätige Urolog:innen, die gemäß eigener Angaben zum Befragungszeitpunkt Mitglied in einem Team der ASV „Urologische Tumore“ waren.
- Die Vergleichsgruppe umfasste alle fachärztlich tätige Urolog:innen, die gemäß eigener Angaben zum Befragungszeitpunkt nicht Mitglied in einem Team der ASV „Urologische Tumore“ waren.

Um die Perspektiven der beiden oben beschriebenen Gruppen von Befragungsteilnehmer:innen adäquat erfassen zu können, wurden zwei gruppenspezifische Erhebungsinstrumente in Form von Online-Fragebogen entwickelt. Die Entwicklung der Erhebungsinstrumente beschreibt der folgende Abschnitt 3.2.

Um die Zuordnung der Erhebungsteilnehmer:innen zum jeweils passenden Fragebogen zu ermöglichen, wurde zudem eine zentrale Landing-Page unter www.zi.de/asv eingerichtet, welche der Weiterleitung zu den Online-Fragebogen diente. Die Teilnehmende ordneten sich dabei über Klicken auf den entsprechenden Button selbst der Interventions- bzw. Vergleichsgruppe zu.

Zudem wurde ein Online-Datenblatt entwickelt und implementiert, in welchem die Befragungsteilnehmer:innen nach Abschluss der Fragebogenbearbeitung der Zi-Treuhandstelle ihre personenbezogenen Daten (Anschrift, E-Mail-Adresse) freiwillig mitteilen konnten, um z.B. über Projektergebnisse informiert zu werden.

3.2 Entwicklung der Erhebungsinstrumente

Die beiden Online-Fragebogen für die Interventions- und Vergleichsgruppe wurde zeitlich parallel und gegenseitig ergänzend entwickelt. Die Entwicklung, Pilotierung und Implementierung der zwei Erhebungsinstrumente erfolgte im Zeitraum von Mai 2021 bis Februar 2022. Es ist anzumerken, dass zu Projektbeginn kein validierter externer Fragebogen zur Verfügung stand. Um die Arbeitshypothesen adäquat adressieren zu können wurde beschlossen, die beiden Fragebogen selbst zu entwickeln.

Die Entwicklung orientierte sich am Framework für Fragebogenentwicklung von Artino et al. (2014) und umfasste vier Phasen (Fragebogenkonstruktion, Expertenvalidierung, Pilotierung, Fragebogenrevison). Über den gesamten Prozess der Fragebogenentwicklung wurden zudem regelmäßig interne Qualitätssicherungsmaßnahmen, wie z.B. die Rücksprache mit dem Projektteam angewendet. Durch regelmäßiges Zurückbeziehen auf die Arbeitshypothesen wurde die Relevanz der Items sichergestellt. In der ersten Phase wurde der Fragebogen basierend auf einem Scoping Review, einer Handrecherche sowie basierend auf Fokusgruppen mit Experten entwickelt. In der zweiten Phase wurden Inhalts- und Augenscheinvalidität des Fragebogens mittels Item-Content Validity Index (I-CVI) und Scale-Content Validity Index (S-CVI) durch Experten bewertet. Die Pilotierung des Fragebogens umfasste einen Pre-test durch Testteilnehmende und anschließende kognitive Debriefings. Die gesamte Ärztebefragung (Einladungsschreiben, Ausfüllen des Fragebogens, Datenblatt etc.) wurde unter Realbedingungen geprüft. Die eingesetzten Interviewtechniken waren General Probing, Retrospective Think Aloud und Confidence Rating. Die Ergebnisse der Pilotierung wurden im Projektteam hinsichtlich der Relevanz bewertet und in der anschließenden vierten Phase, der Fragebogenrevison, umgesetzt.

An den Fokusgruppen, der Expertenvalidierung und der Pilotierung waren insgesamt 26 Teilnehmende beteiligt. Zur Verbesserung der Durchführbarkeit und Validität wurde der initiale Fragebogen sukzessive geändert. Für die Interventionsgruppe betrug der S-CVI/Ave nach der Expertenvalidierung und Pilotierung 0,92 (S-CVI/UA = 0,70). Teilnehmende Experten und Testende bewerteten die Fragen als verständlich und nachvollziehbar sowie den Fragebogen insgesamt als durchführbar und relevant zur Überprüfung der Forschungsfragen im Arbeitspaket 2.

Ausgehend von den in Kapitel 2 beschriebenen Forschungszielen umfassten die beiden Fragebogen in ihrer finalen Form folgende Themenbereiche:

- Soziodemografische Merkmale und Angaben zur Haupttätigkeit
- Angaben zur ASV-Mitgliedschaft
- Zugang der Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom zur Versorgung
- Patientenbehandlung und Qualität der Versorgung für Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom
- Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen
- Innovation der Versorgung in der ASV „Urologische Tumore“
- Zufriedenheit mit bzw. Einschätzung der Rahmenbedingungen in der ASV „Urologische Tumore“
- Weiterentwicklungsbedarfe der ASV „Urologische Tumore“

Zwei Musterprotokolle der Online-Fragebogen für Interventions- und Vergleichsgruppe (mit Testeingaben) liegen diesem Bericht in Anlage 1 und 2 bei.

3.3 Umsetzung

Einen Überblick über den zeitlichen Ablauf der Ärztebefragung gewährt Tabelle 1. Die Erhebung fand vom 01.03.2022 bis 11.05.2022 statt. Zum Erhebungsstart wurden zwei Gruppen von Urolog:innen mittels gruppenspezifischer postalischer Schreiben zur Erhebungsteilnahme eingeladen.

Tabelle 1: Überblick über den zeitlichen Ablauf der Ärztebefragung

Datum / Zeitraum	Arbeitsschritt / Erläuterung
ab 01.03.2022	Aktiv-Schalten von Landing-Page und Online-Fragebogen, postalischer Versand der Einladungsschreiben, begleitet durch E-Mail-Verteiler/Newsletter des BvDU und des aQua-Instituts
ab 25.03.2022	Postalischer Versand von Erinnerungsschreiben und Verlängerung des Erhebungszeitraums bis 30.04.2022 (Reminder I), begleitet durch E-Mail-Verteiler/Newsletter des BvDU und des aQua-Instituts
ab 25.04.2022	Postalischer Versand von erneuten Erinnerungsschreiben mit letztem Aufruf zur Teilnahme bis 07.05.2022 (Reminder II), begleitet durch E-Mail-Verteiler/Newsletter des BvDU und des aQua-Instituts
08.05-11.05.2022	Online-Fragebogen noch aktiv geschaltet, um späten Teilnehmern die Finalisierung der Teilnahme zu ermöglichen
12.05.2022	Online-Fragebogen inaktiv geschaltet, Datenabzug zur weiteren Verarbeitung der Erhebungsdaten in der Datenstelle des Zi

Quelle: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022.

3.492 vertragsärztlich tätige Urolog:innen erhielten ein Einladungsschreiben mit persönlichen Zugangsdaten zu den Online-Fragebogen. Die Grundlage des Anschreibens bildete ein Adressdatenauszug aus dem Bundesarztregister mit Stichtag 30.09.2021. Das Einladungsschreiben enthielt wichtige Informationen zu den Studienzielen und zum Ablauf der Erhebung sowie Datenschutzhinweise.

Im stationären Versorgungsbereich erhielten die ärztlichen Leiter:innen der urologischen Fachabteilungen an deutschen Kliniken ein Einladungsschreiben ohne persönliche Zugangsdaten verbunden mit

der Bitte, alle Fachärzt:innen der Urologie innerhalb der Fachabteilung über die Erhebung und die Möglichkeiten der Teilnahme zu informieren. Die für das Anschreiben benötigten Adressen wurden dem öffentlich zugänglichen Deutschen Krankenhausverzeichnis (www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de) mit Stichtag 31.01.2022 entnommen. Sofern kein namentlicher Ansprechpartner bzw. keine namentliche Ansprechpartnerin ermittelt werden konnte, wurde das Einladungsschreiben allgemein an die ärztliche Leitung der jeweiligen urologischen Fachabteilung adressiert. Das Einladungsschreiben enthielt wichtige Informationen zu den Studienzielen und zum Ablauf der Erhebung sowie Datenschutzhinweise. Dem Einladungsschreiben waren als Informationsmaterial jeweils drei Folder mit Projektinformationen beigelegt. Insgesamt wurden an den stationären Versorgungsbereich 583 Einladungsschreiben samt Informationsmaterial versendet.

Ergänzend zu dem oben beschriebenen Einladungsverfahren wurde auch per E-Mail-Verteiler durch die Konsortialführung, das aQua-Institut, bzw. per Newsletter und mittels Online-Beiträgen durch den Konsortialpartner BvDU zur Erhebungsteilnahme aufgerufen.

Die Teilnahme an der Erhebung war den Urolog:innen im Rahmen eines teiloffenen Verfahrens möglich. Teilnehmende, die postalisch zur Erhebungsteilnahme eingeladen wurden und dabei persönliche Zugangsdaten übermittelt bekamen, konnten sich über die Funktion „Anmelden“ in dem zu ihrer Situation passenden Fragebogen (Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“, keine Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“) anmelden. Teilnehmende, die ein Einladungsschreiben ohne persönliche Zugangsdaten erhielten, konnten sich über die Funktion „Registrieren“ neu in dem zu ihrer Situation passenden Fragebogen anmelden.

Die Teilnahme an der Erhebung erfolgte dabei in mehreren Schritten. Die Befragungsteilnehmer:innen riefen zunächst die Landing-Page der Erhebung unter www.zi.de/asv auf (siehe Abbildung 1). Dort ordneten sie sich über Klicken auf den entsprechenden Button selbst der Interventionsgruppe (grüner

Abbildung 1: Landing-Page der Ärztebefragung (Screenshot erstellt unter www.zi.de/asv am 10.05.2022).

Button) oder der Vergleichsgruppe (orangefarbener Button) zu. Die Teilnehmer:innen wurden sodann auf die betreffende Befragungs-Startseite weitergeleitet und meldeten sich dort über die Optionen „Anmelden“ oder „Registrieren“ (je nach Teilnehmergruppe) im Online-Fragebogen an und vergaben ein persönliches Passwort.

Nach Bestätigen der Einwilligungserklärung durch Setzen des entsprechenden Häkchens konnten die Teilnehmer:innen den Fragebogen beantworten, die Bearbeitung bei Bedarf pausieren und später fortsetzen. Den Abschluss der Bearbeitung dokumentierten die Befragungsteilnehmer:innen durch Auswählen der Option „Finalisieren“. Im Anschluss an das Finalisieren des Fragebogens erfolgte die Weiterleitung zum Online-Datenblatt der Zi-Treuhandstelle. Im Online-Datenblatt konnten die Teilnehmer:innen ihre Kontaktinformation (Anschrift, E-Mail-Adresse) hinterlegen, um ggf. über den weiteren Verlauf der Ärztebefragung informiert zu werden und nach Auswertungsende eine Fachinformation zu den Ergebnissen der Ärztebefragung zu erhalten.

Um sicherzustellen, dass die Befragungsteilnehmer:innen nicht versehentlich den falschen Fragebogen bearbeiteten (z.B. ASV-Ärzt:innen jenen für die Vergleichsgruppe), wurde neben der entsprechenden Benutzerführung auf der Landing-Page und Hinweisen auf den Anmeldeseiten auch eine Kontrollfrage in die Online-Fragebogen aufgenommen. Jeweils im Anschluss an die Fragen zu den soziodemographischen Merkmalen, d.h. an Frageposition zehn, wurden die Ärzt:innen gefragt, ob sie aktuell Mitglied in einem Team der ASV „Urologische Tumore“ (Teamleitung, Kernteam, hinzuzuziehender Facharzt) seien. Ergab die Antwort auf diese Kontrollfrage, dass sich der/die Teilnehmende im falschen Online-Fragebogen angemeldet hatte, so wurde ein Warnhinweis angezeigt – verbunden mit der Bitte, sich im jeweils anderen Online-Fragebogen anzumelden und den korrekten Fragebogen zu bearbeiten. Die Anmeldung im jeweils anderen Online-Fragebogen war sodann gemäß der oben beschriebenen regulären Vorgehensweise möglich.

Als Erhebungszeitraum wurde zunächst der Zeitraum 01.03.2022 bis 31.03.2022 kommuniziert. Aufgrund zunächst niedriger Rücklaufzahlen wurde die Erhebung Ende März zunächst bis zum 30.04.2022, Mitte April dann bis zum 07.05.2022 verlängert. Die Verlängerungen wurden in postalisch versandten Reminderschreiben kommuniziert. Auch die Reminder-Aktionen wurden von Newsletter-Versand bzw. Online-Beiträgen begleitet. Im Anschlusszeitraum 08.05.2022 bis 11.05.2022 blieben die Online-Fragebogen noch aktiv geschaltet, um späten Teilnehmer:innen die Finalisierung der Teilnahme zu ermöglichen. Am 12.05.2022 wurden die Online-Fragebogen inaktiv geschaltet und es erfolgte ein Datenabzug zur weiteren Verarbeitung der Erhebungsdaten in der Datenstelle des Zi.

3.4 Rücklauf

Insgesamt wurden bis zum Inaktiv-Schalten der Fragebogen am 12.05.2022 329 Teilnahmen an der Ärztebefragung registriert, wovon 264 Fragebogen von den Teilnehmenden durch das Finalisieren als abschließend bearbeitet deklariert wurden.

Wie Tabelle 2 differenziert nach Gruppenzugehörigkeit der Teilnehmenden darstellt, umfasste der aus dem SQL-Datenabzug resultierende Rohdatensatz 122 Beobachtungen in der Interventionsgruppe, davon 78 finalisierte Fragebogen, sowie 207 Beobachtungen in der Vergleichsgruppe, davon 186 finalisierte Fragebogen.

Tabelle 2: Anzahl der Fragebogen differenziert nach Teilnahmestatus und Teilnehmergruppe (Interventions- versus Vergleichsgruppe) in den Rohdaten

Teilnahmestatus	Anzahl Fragebogen in ...		Gesamtanzahl
	Interventionsgruppe	Vergleichsgruppe	
finalisiert	78	186	264
Passwort vergessen	0	2	2
in Bearbeitung	44	19	63
Gesamtanzahl	122	207	329

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Insgesamt 65 Online-Fragebogen wiesen keinen finalisierten Status auf. Davon befanden sich 63 Online-Fragebogen zum Zeitpunkt des Erhebungsendes formal noch in Bearbeitung, d.h. die Befragten hatten die Bearbeitung ihres Fragebogens nicht durch Klicken auf die Option „Finalisieren“ abgeschlossen. Im Fall von zwei weiteren Fragebogen hatten die Befragungsteilnehmer:innen eine Sperre wegen eines vergessenen Passwortes aktiviert und dieses noch nicht wiederhergestellt bzw. sich noch nicht erneut im Online-Fragebogen angemeldet. Unter den insgesamt 264 finalisierten Teilnahmen wurde in 170 Fällen ein Online-Datenblatt an die Zi-Treuhandstelle übermittelt.

4 Datenaufbereitung und -plausibilisierung

Im Rahmen der Datenaufbereitung wurden die Variablen der SQL-Datenabzüge (Rohdaten) aus den Fragebogen-Datenbanken in aufbereitete Variablen überführt. In den Rohdaten entsprach jede Antwortmöglichkeit einer string-codierten Variablen. Diese einzelnen string-codierten Variablen mussten ggf. zusammengeführt werden zu systematisch benannten, statistisch auswertbaren binär-, kategorial- oder metrisch-skalierten Variablen und, im Falle von Freitextangaben, string-codierten Variablen. Dabei wurde die Aufbereitung der Rohvariablen sowohl inhaltlich als auch strukturell für die Erhebungsdaten der Interventions- und der Vergleichsgruppe abgestimmt, um im späteren Verlauf der Datenaufbereitung das Zusammenspielen der beiden Datensätze zu ermöglichen.

Im Rahmen der Datenaufbereitung wurden die Variablen der SQL-Datenabzüge (Rohdaten) zunächst technisch geprüft (siehe Abschnitt 4.1) und sodann in aufbereitete Variablen überführt. Die Datenprüfung und -aufbereitung erfolgte mit der Statistiksoftware Stata (Version 15.1). Im Zuge der Datenaufbereitung fand unter anderem eine Anonymisierung von personenbeziehbaren Freitextangaben (siehe Abschnitt 4.2) sowie eine formale und inhaltliche Plausibilisierung der Fragebogenangaben

(siehe Abschnitte 4.3 bis 4.5) statt. Im Zuge der Plausibilisierung der Daten wurde zu Dokumentationszwecken für die Codierung von fehlenden Werten in den aufbereiteten Variablen mehrere Varianten von Missing Values eingeführt, die in Anhang A.1 dokumentiert sind.

Des Weiteren wurden im Rahmen der Datenaufbereitung zusätzliche Variablen generiert, welche Eingang in die Datenauswertungen fanden (siehe Abschnitt 4.6). Ausgehend von der Plausibilisierung wurde schließlich eine Fallauswahl als Grundlage für die quantitativen und qualitativen Analysen gebildet (siehe Abschnitt 4.7).

4.1 Technische Prüfung

Zunächst wurde eine technische Prüfung der Rohdaten durchgeführt. Diese umfasste die Überprüfung der folgenden Aspekte und Elemente:

- Abgleich der Zeilenanzahl in der CSV-Datei mit jener nach Einlesen in die Statistiksoftware
- Sets von Radiobuttons² (Innerhalb eines Sets durfte nur ein Radiobutton bzw. eine Variable den Status „aktiviert“ („true“) aufweisen.)
- Fragen, die eine Kombination aus Radiobuttons und danebenliegenden Eingabefeldern enthielten (Überprüfung der Entsprechung von aktiviertem Radiobutton und bearbeitetem Eingabefeld)
- Wirksamkeit von Filterfragen (Wenn Folgefragen durch Filterung inaktiv geschaltet wurden, durften die betreffenden Variablen keine Bearbeitung bzw. keine Inhalte aufweisen.)

Die technische Überprüfung der Rohdaten ergab keine Beanstandungen.

4.2 Anonymisierung der Freitextangaben

Die Befragungsteilnehmer:innen wurden im Rahmen der Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Ärztebefragung aufgefordert, im Zuge von Freitextangaben keine personenbeziehbaren Angaben zu tätigen. Bei der Aufbereitung der Rohdaten ergab eine Sichtung der Freitextangaben jedoch, dass diese in einzelnen Fällen personenbeziehbare Angaben enthielten. Ausgehend von einer Einzelfallprüfung wurden die betreffenden Freitextangaben anonymisiert. Dabei wurden die personenbeziehbaren Angaben innerhalb der Freitexte in den aufbereiteten Freitextvariablen durch einen neutralen Platzhalter ersetzt. So wurden z.B. konkrete Orts- bzw. Regionsangaben durch Platzhalter wie „<Stadt>“, „<Stadt 1 und 2>“ oder „<Bundesland>“ ersetzt.

4.3 Regelbasierte Setzungen zur Codierung von Mehrfachauswahlen

Im Rahmen der Aufbereitung der Rohdaten wurden regelbasierte Setzungen getroffen. Diese betrafen zum einen die Codierung von Variablen in einer Mehrfachauswahl. Handelte es sich bei den aufzubereitenden Rohvariablen um Antwortoptionen im Rahmen einer Mehrfachauswahl, so wurde folgende Regelung für die Codierung der aufbereiteten Variablen getroffen:

² Bei Radiobuttons handelt es sich um durch Anklicken aktivierbare Schaltflächen im Rahmen von Online-Formularen, wie z.B. Online-Fragebogen. Radiobuttons können als Set definiert werden. Ein Set von Radiobuttons besitzt die Eigenschaft, dass stets nur ein Radiobutton innerhalb des Sets aktiviert sein kann. Dies verhindert eine Mehrfachauswahl.

- Eine aktivierte Checkbox³ (Wert „true“) wird als 1 betrachtet, unabhängig von den anderen Antwortmöglichkeiten der Frage inklusive Freitextangabe.
- Eine inaktive Checkbox (Wert „NULL“) wird als fehlende Angabe / Missing Value betrachtet, wenn alle Antwortmöglichkeiten der Frage inklusive der Freitextangabe inaktiv (Wert „NULL“) sind.
- Eine inaktive Checkbox (Wert „NULL“) wird als 0 betrachtet, wenn mindestens eine andere Antwortmöglichkeit der Frage inklusive der Freitextangabe aktiv (Wert „true“) ist.

4.4 Regelbasierte Setzungen zu spezifischen Antwortoptionen

Sofern Unstimmigkeiten bei der Aufbereitung einer Frage oder einer Gruppe von Fragen auftraten, wurde die betreffenden Fälle eingehend gesichtet und gegebenenfalls eine Plausibilisierung der betroffenen Variablen durchgeführt. Folgendes Vorgehen bei der Plausibilisierung wurde einheitlich für alle Fragen gewählt, welche die unten beschriebenen Antwortoptionen aufwiesen:

Im Falle von Checkboxes:

- Antwortoption „Sonstiges“ nicht aktiviert, aber Freitextangabe unter „Sonstiges“ getätigt → Antwortoption „Sonstiges“ als aktiv (Wert 1) betrachten, sofern Freitextangabe zu „Sonstiges“ nicht nur eine Präzisierung der anderen Antwortoptionen enthält
- Antwortoption „weiß nicht“ aktiviert, aber zugleich weitere Antwortoptionen aktiviert oder Freitextangabe getätigt → keine Anpassung
- Antwortoption „keine“ aktiviert und weitere Antwortoptionen aktiviert → Antwortoption „keine“ deaktivieren (Wert 0)
- Freitextangabe unter „Sonstiges“ inhaltlich äquivalent zu anderer, nicht aktivierter Antwortoption → betreffende inhaltlich äquivalente Antwortoption aktivieren (Wert 1) und Antwortoption „Sonstiges“ deaktivieren (Wert 0)

Freitextangabe unter „Sonstiges“ lediglich Präzisierung zu anderer, ggf. nicht aktivierter Antwortoption → betreffende inhaltlich äquivalente Antwortoption ggf. aktivieren und Antwortoption „Sonstiges“ deaktivieren (Beispiel: im Freitextfeld bei der Frage zum Informationsaustausch zwischen ärztlichen Kollegen unter Sonstiges Angabe von „Zoom“ (Zitat) als Präzisierung zur Antwortoption „Videokonferenz“)

Im Falle von Radiobuttons:

- Andere Antwortoption als „Sonstiges“ aktiviert, aber zugleich Freitextangabe unter „Sonstiges“ getätigt → Prüfung der Freitextangabe, aber keine Anpassung

³ Bei Checkboxes handelt es sich um durch Anklicken aktivierbare Schaltflächen im Rahmen von Online-Formularen, wie z.B. Online-Fragebogen. Checkboxes können als Set definiert werden. Ein Set von Checkboxes besitzt die Eigenschaft, dass beliebig viele Checkboxes innerhalb des Sets gleichzeitig aktiviert sein können. Dies erlaubt die Umsetzung von Fragen mit Mehrfachauswahl.

4.5 Einzelfallprüfungen

Variablen mit einem inhaltlich logischen Zusammenhang, wie z.B. die Angabe des Geburtsjahrs und des Jahrs des Facharztabschlusses, wurden im Rahmen von Einzelfallprüfungen nach dem Vier-Augen-Prinzip gesichtet. Auffälligkeiten wurden gemeinsam diskutiert und unplausible Konstellationen nach gewissenhafter Prüfung ggf. korrigiert. Dabei wurde von den Autor:innen eine konservative Abwägung vorgenommen, die zunächst von der Grundannahme ausging, dass die Befragten ihre Angaben bewusst getätigt hatten.

Ergab die Abwägung, dass Variablenwerte tatsächlich als unplausibel zu betrachten waren, z.B. auf einem Missverständnis hinsichtlich des Frageinhalts beruhten, so wurden in diesen Fällen die betreffenden Variablenwerte auf unplausibel gesetzt, indem sie zu Missing Values umcodiert wurden.

Die Überprüfung der Konstellation von Geburtsjahr und Jahr des Facharztabschlusses ergab für eine größere Anzahl von Befragten unplausibel kurze implizite Ausbildungszeiten. So hatten 60 Befragte implizit angegeben, bereits in einem Alter von weniger als 30 Jahren die Ausbildung zum Facharzt bzw. zur Fachärztin für Urologie abgeschlossen zu haben. Eine Prüfung der betreffenden Frage zum Jahr des Facharztabschlusses ergab, dass die betreffende Formulierung missverständlich gewählt worden war, sodass ein Teil der Befragten hier vermutlich das Jahr der ärztlichen Approbation anstelle des Jahres des Facharztabschlusses angegeben hatte. Im Rahmen der Plausibilisierung wurde daher die Variable „Jahr des Facharztabschlusses“ für alle Befragten auf unplausibel gesetzt, die bei Abschluss der Facharztausbildung andernfalls weniger als 30 Jahre alt gewesen wären.⁴ Da von dieser Plausibilisierung in der finalen Fallauswahl insgesamt 53 Beobachtungen betroffen waren, 19 in der Interventions- und 34 in der Vergleichsgruppe, sind die in Kapitel 6.1 präsentierten Kennzahlen zur Berufserfahrung nur begrenzt aussagekräftig. Auf diese Einschränkung wird an der betreffenden Stelle in Tabelle 4, Seite 21 erneut hingewiesen.

Eine Prüfung der Angaben zu den Patientenzahlen der Interventions- und Vergleichsgruppe ergab ebenfalls Auffälligkeiten. So wurden z.B. von manchen Ärzt:innen, selbst im ambulanten Versorgungsbereich, sehr niedrige Anzahlen von persönlich behandelten ambulanten Patienten angegeben, was überraschte. Die Streuung der angegebenen Patientenzahlen ist entsprechend recht stark ausgeprägt. Da zugleich keine externe Referenz für Grenzwerte vorlag, ab denen die Angaben als plausibel zu betrachten wären, wurden im Rahmen der Datenplausibilisierung an den Patientenzahl-Variablen keine Anpassungen vorgenommen, d.h. die Angaben nicht auf unplausibel gesetzt. Auf die begrenzte Belastbarkeit der Angaben zu den Patientenzahlen wird an der betreffenden Stelle im Text erneut hingewiesen.

Darüber hinaus gaben einige ASV-Ärzt:innen in den Freitexten an, dass zum Erhebungszeitpunkt noch keine ASV-Teambesprechungen stattgefunden hatten. In diesen Fällen wurden jene Variablen, welche die ASV-Teambesprechungen betreffen und zum Teil Angaben wie „weiß nicht“ enthielten, zu Missing Values umcodiert.

⁴ Die Grenze von 30 Jahren wurde aufgrund der folgenden Überschlagsrechnung gewählt: Nimmt man ein Alter von 18 Jahren bei Schulabschluss zuzüglich sechs Studienjahren und mindestens fünf Jahren Facharztausbildung an, so liegt man bereits bei einem Alter von mindestens 29 Jahren bei Erreichen des Facharztabschlusses.

4.6 Generierung ergänzender Variablen

Ausgehend von den Erhebungsdaten wurden im Rahmen der Datenaufbereitung ergänzende Variablen generiert. Hierzu zählten insbesondere die folgenden Variablen:

Die Variable „Versorgungsbereich“ wurde auf Basis der Angaben zur Einrichtungsform der Haupttätigkeit generiert und umfasste die Ausprägungen „ambulant“ (Praxis, Medizinische Versorgungszentren), „teilstationär“ (Praxisklinik) und „stationär“ (Krankenhaus der Regelversorgung, Krankenhaus der Maximalversorgung/Uniklinik). Das Merkmal gibt somit an, in welchem Versorgungsbereich die Befragten hauptsächlich tätig sind.

Die Variable „Berufserfahrung“ wurde berechnet als Differenz des Jahres 2022 und des von den Befragten angegebenen Jahres des Facharztabschlusses.

Tabelle 3: Zuordnung von Bundesländern zu Versorgungsräumen

Versorgungsraum	Bundesländer
Nord	Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein
Ost	Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen
Süd	Baden-Württemberg, Bayern, Hessen
West	Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Zuordnung.

Die Variable „Versorgungsraum“ gruppiert die Angaben zum Bundesland auf Versorgungsebene, wobei die in Tabelle 3 dargestellte Zuordnung gewählt wurde.

4.7 Festlegung der Fallauswahl

Wie in Tabelle 2, Seite 11 dargestellt, umfasste der Rohdatensatz zur Ärztebefragung zunächst 122 Beobachtungen in der Interventionsgruppe, davon 78 finalisierte Fragebogen, sowie 207 Beobachtungen in der Vergleichsgruppe, davon 186 finalisierte Fragebogen. Ausgehend von diesem Rohdatenbestand von insgesamt 329 Beobachtungen wurde im Rahmen der Datenaufbereitung und Datenplausibilisierung das nachfolgend beschriebene Prüfschema zur Festlegung der Fallauswahl umgesetzt.

Anmeldung in beiden Fragebogen

Zunächst wurde der Datensatz auf Dopplungen bei den hinterlegten Teilnehmer-Pseudonymen (Teilnehmer-IDs) geprüft. Tatsächlich lagen für 15 Teilnehmer-Pseudonyme doppelte Beobachtungen, jeweils eine im Fragebogen für die Interventions- und eine im Fragebogen für die Vergleichsgruppe vor.

Dabei wurde für 13 von 15 Teilnehmer-Pseudonymen einer der beiden Fragebogen finalisiert, sodass nur dieser in die Fallauswahl übernommen wurde. In den anderen beiden Fällen, in denen beide Fragebogen nicht finalisiert waren, wurde der Fragebogen mit dem geringeren Bearbeitungsstand aus der Fallauswahl ausgeschlossen und der jeweils andere Fragebogen in die weitere Überprüfung für nicht-finalisierte Fragebogen überführt. Es lagen damit zu diesem Zeitpunkt im Prüfprozess noch 314 Beobachtungen im Datensatz vor.

Überprüfen der finalisierten Fragebogen

Im nächsten Schritt wurden jene Fragebogen überprüft, die von den Befragten durch Klicken auf „Finalisieren“ als abschließend bearbeitet gekennzeichnet worden waren. Zwei finalisierte Fragebogen

enthielten keine Eingaben, sodass sie aus der Fallauswahl ausgeschlossen wurden. In fünf Fällen wurde zudem die Kontrollfrage zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ nicht beantwortet. Eine Sichtung der betreffenden Fragebogen ergab ansonsten keine Auffälligkeiten, sodass diese in der Fallauswahl verblieben. Schließlich wurde aus Gründen der Einheitlichkeit ein weiterer finalisierter Fragebogen aus der Fallauswahl ausgeschlossen, da der/die Befragte anscheinend nicht über einem Facharztabschluss für Urologie verfügte bzw. keine entsprechenden Angaben getätigt hatte. Nach Abschluss der Prüfung der finalisierten Fragebogen lagen noch 311 Beobachtungen im Datensatz vor.

Überprüfen der in Bearbeitung befindlichen Fragebogen

Im nächsten Schritt wurden alle übrigen Fragebogen überprüft, die sich laut Statusmeldung zum Ende des Erhebungszeitraums noch in Bearbeitung befanden bzw. als „Passwort vergessen“ hinterlegt waren und bis zum Erhebungsende von den Teilnehmenden nicht durch Klicken auf „Finalisieren“ als abgeschlossen gekennzeichnet wurden.

Der Großteil dieser Fragebogen wurde nach gründlicher Sichtung aus der Fallauswahl ausgeschlossen. In zehn Fällen war die Kontrollfrage zur Mitgliedschaft in der ASV „Urologische Tumore“ inkorrekt beantwortet und die Bearbeitung des Fragebogens an diesem Punkt beendet worden.⁵ Die betreffenden Befragungsteilnehmer:innen hatten offensichtlich den falschen Fragebogen bearbeitet. Weitere 39 Fragebogen lagen in verschiedenen Graden der Bearbeitung vor. Die Bearbeitung war jedoch in allen Fällen so unvollständig, dass kein versehentliches Vergessen des Finalisierens angenommen werden konnte. Lediglich ein einzelner Fall mit nicht-finalisiertem Fragebogen konnte in die Fallauswahl eingeschlossen werden, da der Fragebogen nahezu vollständig beantwortet worden war. Nach Abschluss der Prüfung der nicht-finalisierten Fragebogen lagen damit noch 262 Beobachtungen im Datensatz vor.

Insgesamt wurden damit drei von 264 finalisierten Fragebogen aus der Fallauswahl ausgeschlossen. Von den insgesamt 65 nicht-finalisierten Fragebogen wurden 64 aus der Fallauswahl ausgeschlossen. Die Fallauswahl für die in den nachfolgenden Kapiteln beschriebenen Analysen zur Ärztebefragung umfasste somit insgesamt 262 Beobachtungen, wobei 78 der Interventions- und 184 der Vergleichsgruppe angehörten.

5 Methodik der Analysen

Wie in Kapitel 3 beschrieben, umfasste die Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“ zwei gruppenspezifische Erhebungsinstrumente, jeweils eines für die Interventions- und für die Vergleichsgruppe. Die beiden Online-Fragebogen wurden dabei sowohl inhaltlich als auch hinsichtlich des strukturellen Aufbaus der Fragen weit möglichst aufeinander abgestimmt. Zugleich mussten die Fragestellungen gruppenspezifisch formuliert werden, um die unterschiedlichen Perspektiven der Befragungsteilnehmer:innen auf die ASV „Urologische Tumore“ adäquat erfassen zu können. So bildet der Fragebogen für die Interventionsgruppe die Innenperspektive ab, die sich auf die persönlichen Erfahrungen der ASV-Ärzt:innen bei der Arbeit im ASV-Team und ihre Einschätzungen zur Versorgung der ASV-

⁵ Sowohl der Fragebogen für die Interventions- als auch jener für die Vergleichsgruppe enthielt nach dem Frageblock für die sozio-demographischen Angaben die folgende Kontrollfrage: „Sind Sie aktuell Mitglied in einem Team der ASV „Urologische Tumore“ (Teamlleitung, Kernteam, hinzuzuziehender Facharzt)?“ (siehe jeweils Frage Nr. 10 in den Musterprotokollen der Fragebogen in Anlage 1 und 2).

Patient:innen bezieht. Der Fragebogen für die Vergleichsgruppe bildet die Außenperspektive der Vergleichsgruppe auf die ASV „Urologische Tumore“ sowie deren persönlichen Einschätzungen im Hinblick auf die Versorgung der uroonkologischen Patient:innen in der Regelversorgung ab.

Beide Fragebogen umfassten dabei sowohl offene als auch geschlossene Fragen. Offene Fragen enthielten überwiegend Freitextfelder, in denen die Befragten eigenständig schriftliche Angaben im Umfang von bis zu 1.000 Zeichen tätigen konnten. Geschlossene Fragen konnten durch Auswahl von Items mittels Anklickens von Schaltflächen (Radiobuttons oder Checkboxes) beantwortet werden. Für die Erhebung von persönlichen Einschätzungen und Bewertungen wurden in beiden Fragebogen Matrixfragen mit Fünf-Punkte-Skalen verwendet (sogenannte Likert-Items bzw. Likert-Skalen). Teilweise wurde bei der Beantwortung von geschlossenen Fragen zudem die Möglichkeit eröffnet, bei Auswahl des Items „Sonstiges“ eine kurze Erläuterung in Form einer Freitextangabe mit bis zu 80 Zeichen zu ergänzen.

Alle Auswertungen des Datenmaterials erfolgten unter Einhaltung der Datenschutzvorschriften und damit unter der Maßgabe, dass nur anonymisierte bzw. aggregierte Ergebnisse aus der für die Datenverarbeitung vorgesehenen Datenstelle ausgeführt werden durften. Um Rückschlüsse auf einzelne Teilnehmende auszuschließen, wurden im Rahmen der quantitativen Analysen Fragen-spezifische Besetzungsgrenzen festgelegt, und im Falle zu geringer Besetzungszahlen Merkmalsgruppierungen vorgenommen. Im Rahmen der qualitativen Analysen wurden die zuvor anonymisierten Freitextangaben ausgewertet (siehe Abschnitt 4.2 zur Anonymisierung der Freitextangaben) und nur ausgewählte Zitate aus der Datenstelle entnommen.

Die nachfolgenden Abschnitte erläutern die weitere Vorgehensweise bei der quantitativen und qualitativen Auswertung des Datenmaterials aus der Befragung von Interventions- und Vergleichsgruppe.

5.1 Quantitative Analysen

Die Auswertung des Datenmaterials aus den geschlossenen Fragen erfolgte im Rahmen einer deskriptiven Analyse. Diese umfasste im Falle der geschlossenen Fragen die tabellarische oder grafische Darstellung von Antworthäufigkeiten bzw. im Falle metrischer Variablen die Angabe von deskriptiven Statistiken wie arithmetisches Mittel, Standardabweichung und gegebenenfalls weiterer Verteilungswerte. Ein Schwerpunkt der in Kapitel 6 dargestellten quantitativen Ergebnisse liegt auf der grafischen Darstellung von Antworthäufigkeiten zu den persönlichen Einschätzungen bzw. Bewertungen der Befragten. Die in den Fragebogen verwendeten Fünf-Punkte-Skalen wurden zu diesem Zweck in Dreipunkte-Skalen überführt, wobei jeweils die beiden Antwortoptionen unterhalb bzw. oberhalb der neutralen Antwortoption gruppiert wurden (z.B. „gar nicht relevant“ und „wenig relevant“ zu „gar nicht/wenig relevant“). Die grafische Darstellung der Antworthäufigkeiten erfolgt mittels gestapelter Balkendiagramme

Aufgrund der Verwendung von separaten Erhebungsinstrumenten und der inhaltlichen Notwendigkeit zur gruppenspezifischen Formulierung der Fragestellungen erfolgte die Auswertung des Datenmaterials für Interventions- und Vergleichsgruppe zwar mit einer einheitlichen methodischen Vorgehensweise, aber inhaltlich separat für die beiden Gruppen von Urolog:innen. Soweit inhaltlich adäquat, werden in Kapitel 6 die Ergebnisse für beide Analysegruppen einander vergleichend gegenübergestellt. Die Verwendung der gruppenspezifischen Fragestellungen und der daraus resultierenden Unterschiede zwischen den Erhebungsinstrumenten beeinflusste auch die Möglichkeiten der statistischen Interferenz. Im Falle von nicht exakt vergleichbaren Fragestellungen war es inhaltlich nicht sinn-

voll, die Ergebnisse für Interventions- und Vergleichsgruppe statistisch gegeneinander zu testen. Anders verhielt es sich im Fall der im Folgenden beschriebenen Subgruppenanalysen innerhalb von Interventions- und Vergleichsgruppe.

Wie in Abschnitt 6.1 detailliert beschrieben wird, weisen Interventions- und Vergleichsgruppe deutliche Hinweise auf Selektion in die Erhebungsteilnahme auf. So ist insbesondere davon auszugehen, dass ambulant tätige Ärzt:innen in beiden Befragungsgruppen im Vergleich zur jeweils relevanten Grundgesamtheit überrepräsentiert sind. Die relevante Grundgesamtheit ist zugleich hochkomplex, da sie Urolog:innen aus zwei Versorgungsbereichen (ambulant und stationär), diversen Einrichtungsformen (z.B. Einzelpraxen, Praxisgemeinschaften, BAGs und MVZs im ambulanten Versorgungsbereich) mit unterschiedlicher ASV-Beteiligung (keine ASV-Teilnahme bis hin zu Beteiligung an mehreren ASV-Teams, mit und ohne Beteiligung an der ASV „Urologische Tumore“) und unter unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten (Bundesländer, städtischer versus ländlicher Raum) umfasst. Um vor dem Hintergrund dieser hohen Heterogenität der relevanten Grundgesamtheit und zugleich relativ kleinen Fallzahlen weitere mögliche Verzerrungen durch eine inadäquate Gewichtung der Beobachtungen zu vermeiden, werden die quantitativen Ergebnisse in Kapitel 6 ungewichtet berichtet.

Um der beobachteten Selektion in die Teilnahme an der Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“ im Rahmen der deskriptiven Auswertungen Rechnung zu tragen, wurden Subgruppenanalysen durchgeführt. Aufgrund des überproportionalen Anteils von ambulant tätigen Ärzt:innen in der realisierten Stichprobe liegt dabei in Kapitel 6 ein besonderes Augenmerk auf der ergänzenden Darstellung von Ergebnissen, die nach dem Versorgungsbereich differenziert sind (ambulant versus stationär tätige Ärzt:innen). Zugleich wurde die Durchführbarkeit von Subgruppenanalysen sowohl inhaltlich als auch ggf. aus Datenschutzgründen durch die realisierten Fallzahlen eingeschränkt. So fand zum Beispiel eine Subgruppenanalyse nach regionaler Zugehörigkeit (Versorgungsräume) aufgrund zum Teil sehr niedriger Zellbesetzungszahlen und daraus resultierenden mangelnder Interpretierbarkeit keinen Eingang in die in Kapitel 6 dargestellten Ergebnisse.

Während es im Fall von nicht exakt vergleichbaren Fragestellungen nicht sinnvoll war, die Ergebnisse für Interventions- und Vergleichsgruppe statistisch gegeneinander zu testen, galt diese Einschränkung nicht für Subgruppenanalysen innerhalb der jeweiligen Teilnehmergruppe. Ergänzend zu den in diesem Bericht grafisch dargestellten Verteilungen der Antworthäufigkeiten wurden daher statistische Testungen der Mittelwerte bzw. der zentralen Tendenzen zwischen den jeweiligen Subgruppen durchgeführt. Zum Testen auf Gleichheit der Subgruppenmittelwerte fanden in Kapitel 6 sowohl Zwei-Stichproben-t-Tests als auch, aus Robustheitsgründen, Welch-Tests Anwendung. Während der Zwei-Stichproben-t-Test einheitliche Standardabweichungen in beiden Stichproben voraussetzt, erlaubt der Welch-Test Unterschiede in den Standardabweichungen (Bortz (2005), Seiten 140-141). Die Verwendung von Zwei-Stichproben-t-Tests zum Testen auf Gleichheit der Subgruppenmittelwerte ist im Falle von Likert-Items üblich, interpretiert dabei aber die eigentlich ordinale Skalierung der Variablen vereinfachend als metrisch. Ergänzend zu den Zwei-Stichproben-t-Tests und Welch-Tests fanden in Kapitel 6 daher aus Robustheitsgründen auch der nichtparametrische Kruskal-Wallis-Test Anwendung. Der Kruskal-Wallis-Test testet auf Gleichheit der zentralen Tendenzen zwischen den jeweiligen Subgruppen. Er erfolgt rangbasiert, berücksichtigt bei der Testung also die ordinale Skalierung der Likert-Items (Kruskal/Wallis (1952)).

Die aus den statistischen Tests der zentralen Tendenzen bzw. Mittelwerte zwischen den Subgruppen resultierenden p-Werte sind in Tabelle 23 (Interventionsgruppe) und Tabelle 24 (Vergleichsgruppe) in Anhang A.4 dokumentiert. Die aus Robustheitsgründen parallel angewandten Zwei-Stichproben-t-Tests, Welch-Tests und Kruskal-Wallis-Tests ergaben dabei in der Tendenz ähnliche Ergebnisse. Auf

die Testergebnisse wird im Rahmen der Beschreibung der quantitativen Ergebnisse an den betreffenden Stellen in Kapitel 6 verwiesen.

5.2 Qualitative Analysen

Die Auswertung der Freitextangaben aus den offenen Fragen erfolgte im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse (in Anlehnung an Mayring/Fenzl (2019)), die sich auch als Analysemethode für offene Fragen standardisierter Befragungen eignet (Züll/Menold 2019)). Da die Freitextangaben der Teilnehmenden zu verschiedenen Fragen themenübergreifend und inhaltlich ähnlich waren, wurden diese als Fließtext betrachtet und im Verbund (ähnlich Interviews) ausgewertet. Datenschutzrelevante Angaben sowie Streichungen (z.B. „keine“, „n/a“) wurden aus der Auswertung ausgeschlossen. Ziel der Freitextanalyse war die Reduktion des Datenmaterials, die deduktive und induktive Bildung von Kategorien und der Zusammenschluss dieser zu einem Kategoriensystem. Als zentrales Instrument der qualitativen Inhaltsanalyse diente das Kategoriensystem der Nachvollziehbarkeit der Analyse und der Zusammenfassung ihrer Ergebnisse (Mayring/Fenzl 2019).

Im Hinblick auf die Entwicklung des Kategoriensystems wurde das Datenmaterial zunächst auf inhalts-tragende Abschnitte reduziert. Die Kategorien ergaben sich somit zunächst induktiv aus dem Material heraus (z.B. Kategorie Evidenz, Unterstützung, Information) und später deduktiv aus vorangegangenen Annahmen und Fragestellungen im Projekt (z.B. Kategorie Zugang zur Versorgung, Zusammenarbeit, Versorgungsqualität). Im Auswertungsprozess wurde das Kategoriensystem wiederholt an das Datenmaterial herangetragen, rücküberprüft und angepasst. Nach einer ersten Auswertungsphase wurden dabei schrittweise Ober- und dazugehörige Unterkategorien gebildet (z.B. Oberkategorie Patient:innen, Unterkategorien Patientenbindung, Patientenkreis und Morbidität der Patient:innen). Zudem wurde Ankerbeispiele und Kodierregeln festgehalten. Abschließend wurden die Kategorien einem Themenbereich zugeordnet.

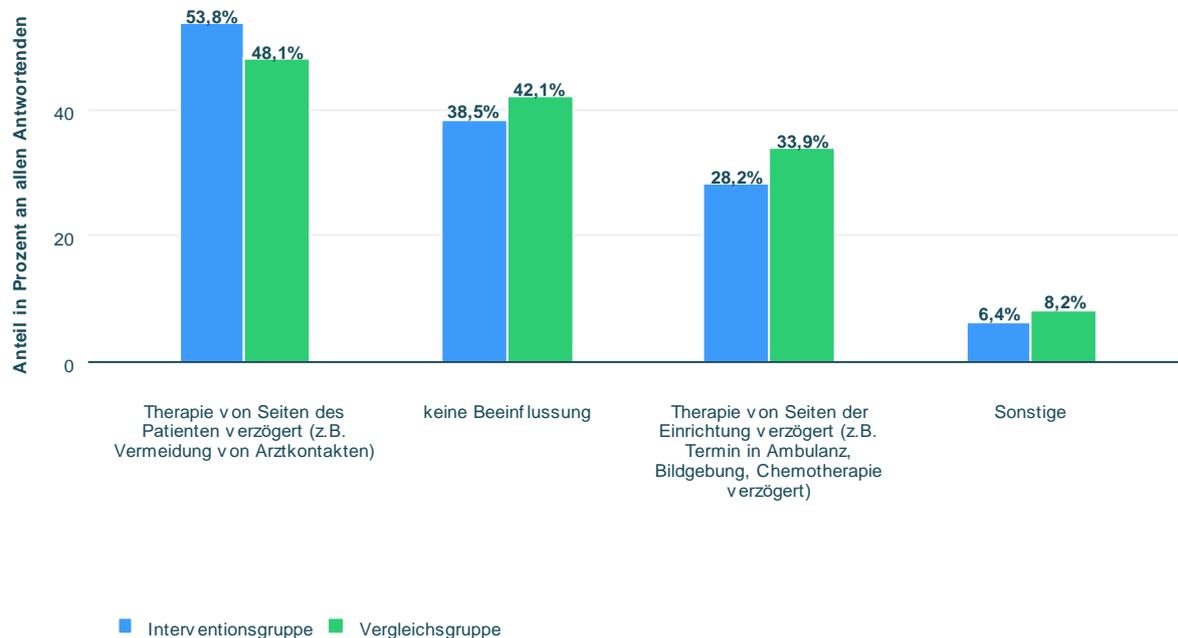
Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse der qualitativen Analysen enthält Anhang A.2. Ergänzend zu den quantitativen Analyseergebnissen werden in Kapitel 6 jeweils an geeigneter Stelle zentrale Ergebnisse der qualitativen Analysen samt ausgesuchten Zitaten aus den Freitextangaben in begleitenden Textboxen dargestellt.

5.3 Gesundheitsversorgung unter Pandemiebedingungen

Da die Ärztebefragung im Frühjahr 2022 durchgeführt wurde, stellen die in diesem Bericht präsentierten Ergebnisse die Einschätzungen der Befragten unter Pandemiebedingungen dar. Dies dürfte insbesondere die Einschätzungen der Ärzt:innen zum Zugang der Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasiertem Prostatakarzinom zur Gesundheitsversorgung sowie die Einschätzungen zur Versorgungsqualität für diese Patientengruppe betreffen. Um diesem Umstand in Ansätzen Rechnung zu tragen, wurden die Ärzt:innen explizit dazu befragt, inwiefern die Behandlung dieser spezifischen Patientengruppe von der Covid-19-Pandemie beeinflusst werde.

Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Behandlung (Interventions- und Vergleichsgruppe)

„Inwiefern wird die Behandlung von Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom derzeit von der Pandemie beeinflusst? Hinweis: Bitte bewerten Sie die aktuelle Situation.“



Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 2: Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Behandlung (Interventions- und Vergleichsgruppe). Mehrfachnennung möglich; Fallzahlen n(IG) = 78, n(VG) = 184; Kategorie „Sonstige“ umfasst „andere Therapie gewählt“ und sonstige Angaben.

Wie in Abbildung 2 dargestellt, gaben im Rahmen einer Frage mit Mehrfachauswahl jeweils etwa 40 % der Ärzt:innen in der Interventions- bzw. Vergleichsgruppe (IG: 38,5 %; VG: 42,1 %) an, dass sie hinsichtlich der Behandlung von Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom keine Beeinflussung durch die Pandemie sahen. Am häufigsten wurde in der Interventions- wie in der Vergleichsgruppe eine Therapieverzögerung von Seiten des Patienten (z.B. durch Vermeidung von Arztkontakten) genannt (IG: 53,8 %; VG: 48,1%). Etwa jeweils 30 % der Ärzt:innen in der Interventions- bzw. Vergleichsgruppe (IG: 28,2 %; VG: 33,9 %) gaben an, die Therapie sei unter Pandemiebedingungen von Seiten der Einrichtung verzögert gewesen (z.B. durch verzögerte Termine in Ambulanz, Bildgebung, Chemotherapie).

Ohne die Einflüsse der Pandemie in dieser Studie exakt quantifizieren zu können, zeigt sich, dass die Pandemie bzw. die pandemiebedingten Einschränkungen die Versorgung der Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasiertem Prostatakarzinom zum Befragungszeitraum aus Sicht von mehr als der Hälfte der Ärzt:innen in der Interventions- bzw. Vergleichsgruppe grundsätzlich beeinflusst haben.

6 Ergebnisse

6.1 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe umfasst 262 Urolog:innen, davon 78 Mitglieder eines ASV-Teams „Urologische Tumore“ (Interventionsgruppe / ASV-Ärzt:innen) sowie 184 Ärzt:innen, die nicht an der ASV „Urologische Tumore“ teilnahmen (Vergleichsgruppe / Nicht-ASV-Ärzt:innen). Wie Tabelle 4 zeigt, ähneln sich Interventions- und Vergleichsgruppe hinsichtlich des mittleren Alters bzw. der Altersverteilung (51,5 bzw. 53,2 Jahre), sowie hinsichtlich der mittleren Berufserfahrung (17,5 bzw. 18,7 Jahre) und des Frauenanteils (15,4 % bzw. 11,4 %).⁶

Tabelle 4: Demographische Merkmale in Interventions- und Vergleichsgruppe

Merkmal	Interventionsgruppe		Vergleichsgruppe	
	Anzahl	Mittelwert / Anteil	Anzahl	Mittelwert / Anteil
Gesamtanzahl	78		184	
Alter				
arithm. Mittel (Standardabw.)	75	51,5 (8,3)	182	53,2 (8,4)
< 40 Jahre	7	9,0 %	12	6,5 %
40-49 Jahre	22	28,2 %	46	25,0 %
50-59 Jahre	35	44,9 %	72	39,1 %
60 Jahre und älter	11	14,1 %	52	28,3 %
keine Angabe	3	3,8 %	2	1,1 %
Geschlecht				
männlich	65	83,3 %	155	84,2 %
weiblich	12	15,4 %	21	11,4 %
keine Angabe	1	1,3 %	8	4,3 %
Berufserfahrung (Jahre) *				
arithm. Mittel (Standardabw.)	58	17,5 (9,1)	146	18,7 (9,0)

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Hinweise: * berechnet als Differenz zwischen 2022 und Jahr des Facharztabschlusses, Ergebnisse nur begrenzt aussagekräftig da plausibilisiert aufgrund einer missverständlichen Formulierung in der Frage zum Jahr des Facharztabschlusses (siehe Ausführungen in Kapitel 4.5)

Betrachtet man die Alters- und Geschlechterverteilungen in beiden Gruppen im Vergleich zur Grundgesamtheit, so zeigen sich Abweichungen von der Grundgesamtheit aller ambulant oder stationär tätigen Urolog:innen in Deutschland (inklusive angestellte Ärzt:innen) laut Ärztestatistik 2021 der Bundesärztekammer (siehe Abbildungen 20 und 21 in Anhang A.3).⁷ So ist zum Beispiel die Alters-

⁶ Eine Testung der Gruppenmittelwerte für Alter bzw. Berufserfahrung zwischen den beiden Analysegruppen mittels Zweistichproben-t-Tests (H0: Gleichheit der Mittelwerte) ergibt, dass die Mittelwerte nicht statistisch signifikant voneinander verschieden sind (p-Werte: 0,137 bzw. 0,399).

⁷ Die Angaben zur Grundgesamtheit basieren auf eigenen Berechnungen, welche auf Grundlage von Daten aus dem Bundesarztregister der Bundesärztekammer zum Stichtag 31.12.2021 (vgl. Bundesärztekammer 2022 a, Bundesärztekammer 2022 b) durchgeführt wurden. Die Grundgesamtheit umfasst die Gruppen der zum Stichtag 31.12.2021 ambulant bzw. stationär tätigen Urolog:innen (inklusive angestellte Ärzt:innen). Für die Interventionsgruppe relevant wären Angaben zu der spezifischen Grundgesamtheit der an der ASV „Urologische Tumore“ teilnehmenden Urolog:innen in Deutschland. Daten für diese spezifische Grundgesamtheit liegen den Autor:innen allerdings nicht vor.

gruppe der unter 40-Jährigen in beiden Teilnehmergruppen im Vergleich zur Grundgesamtheit unterrepräsentiert. Gleiches gilt für den Anteil der Ärztinnen. Diese Abweichungen erscheinen stimmig, wenn man berücksichtigt, dass in beiden Teilnehmergruppen der ambulante Versorgungsbereich überrepräsentiert ist. So lag zum Stichtag 31.12.2021 in der Grundgesamtheit der Anteil der unter 40-Jährigen Urolog:innen im ambulanten Bereich (inklusive angestellten Ärzt:innen) bei 6,8 %, im stationären Bereich hingegen bei 33,5 % (Bundesärztekammer 2022 a, eigene Berechnungen). Der Frauenanteil lag zum Stichtag 31.12.2021 in der Grundgesamtheit bei 16,2 % im ambulanten Bereich (inklusive angestellte Ärzt:innen) bzw. bei 24,5 % im stationären Bereich (Bundesärztekammer 2022 b, eigene Berechnungen).

Im Rahmen der Ärztebefragung wurden die befragten Urolog:innen gebeten, Angaben zu ihrer Haupttätigkeit (Einrichtungsart, berufliche Position, Anzahl ärztliche Kollegen) zu tätigen und eventuelle Nebentätigkeiten als Freitextantwort zu berichten. Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Angaben zur Haupttätigkeit differenziert nach Interventions- und Vergleichsgruppe.

Tabelle 5: Haupttätigkeit in Interventions- und Vergleichsgruppe

Merkmal	Interventionsgruppe		Vergleichsgruppe	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Gesamtanzahl	78		184	
Sektorzugehörigkeit				
ambulant	47	60,3 %	150	81,5 %
stationär	31	39,7 %	34	18,5 %
Einrichtung				
Einzelpraxis	13	16,7 %	49	26,6 %
Praxisgemeinschaft	7	9,0 %	22	12,0 %
Berufsausübungsgemeinschaft	24	30,8 %	63	34,2 %
Klinik der Maximalversorgung, akademisches Lehrkrankenhaus oder Universitätsklinik	25	32,1 %	25	13,6 %
Sonstige*	9	11,5 %	25	13,6 %
Stelle				
Oberarzt	14	17,9 %	15	8,2 %
Chefarzt	15	19,2 %	16	8,7 %
Inhaber einer Praxis / eines MVZs	43	55,1 %	128	69,6 %
Sonstiges Arbeitsverhältnis**	6	7,7 %	24	13,0 %
keine Angabe			1	0,5 %
Anzahl ärztliche Kollegen***				
keine (alleine)	9	11,5 %	40	21,7 %
2 bis 5	35	44,9 %	100	54,3 %
6 bis 10	10	12,8 %	25	13,6 %
mehr als 10	24	30,8 %	19	10,3 %

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Hin- * umfasst Krankenhaus der Regelversorgung, Praxisklinik, MVZ und Sonstige Einrichtungen

weise: ** umfasst ärztliche Leitung in einer Klinik, angestellte Ärzte in Praxen, MVZs und Kliniken sowie sonstige Arbeitsverhältnisse

*** Anzahl der ärztlichen Kollegen in der Praxis, dem MVZ bzw. der Fachabteilung in der Klinik

Betrachtet man die Verteilung der Teilnehmenden in Abhängigkeit von der Sektorzugehörigkeit, so zeigt Tabelle 5, Seite 22, dass etwa 60 % der Teilnehmenden in der Interventionsgruppe gemäß ihrer Haupttätigkeit dem ambulanten Versorgungsbereich zuzuordnen sind. In der Vergleichsgruppe liegt

der Anteil der ambulant Tätigen bei etwa 82 %. Stellt man die Stichprobenmerkmale den verfügbaren Grundgesamtheitsdaten gegenüber, so zeigt sich, dass es in beiden Gruppen einen überproportionalen Rücklauf aus dem ambulanten Versorgungsbereich gibt. So lag der Anteil an ambulant tätigen Ärzt:innen in der Grundgesamtheit (ambulant oder stationär tätige Urolog:innen inklusive angestellte Ärzt:innen) zum Stichtag 31.12.2021 bei 54,6 % (vgl. Bundesärztekammer 2022 a, eigene Berechnungen).⁸ Zudem nahmen in beiden Gruppen überwiegend Ärzt:innen der Leitungsebene teil, d.h. Chef- bzw. Oberärzt:innen sowie Inhaber:innen einer Praxis / eines MVZs.

Freitext-Angaben zu Nebentätigkeiten

Bei den Angaben zu eventuellen Nebentätigkeiten zeigte sich, dass die Befragten zum Teil unabhängig von der ASV sektorenübergreifend tätig waren. Die Angaben bezogen sich z.B. auf zusätzliche stationäre bzw. ambulante Tätigkeiten bei gleichzeitiger Haupttätigkeit im jeweils anderen Versorgungsbereich (Zitat: „Belegarzt“, „Teilermächtigung“), auf leitende Positionen, auf besondere Formen der Einrichtung (Zitat: „Klinik-MVZ“), Angaben weiterer Facharztbezeichnungen sowie weitere nicht-ärztliche Tätigkeiten.

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Auswertungen (siehe Anhang A.2).

⁸ Tatsächlich dürfte der Anteil von ambulant Tätigen in der spezifischen Grundgesamtheit der an der ASV „Urologische Tumore“ teilnehmenden Urolog:innen in Deutschland noch einmal deutlich niedriger liegen.

Tabelle 6 gibt einen Überblick über die regionale Verteilung der Teilnehmenden in der Befragungstichprobe. Im Vergleich zur Grundgesamtheit waren die Versorgungsräume West und Ost in der Interventionsgruppe sowie die Versorgungsräume Ost und Nord in der Vergleichsgruppe überrepräsentiert.

Tabelle 6: Verteilung über die Versorgungsräume in Stichprobe und Grundgesamtheit

Merkmal	(A) Interventionsgruppe					
	Stichprobe (nur Urolog:innen)		Grundgesamtheit (Ärzt:innen aller Fachgruppen)*		Grundgesamtheit (Teams)**	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Gesamtzahl	78		5.014		82	
Versorgungsraum****						
Nord	9	11,5 %	799	15,9 %	15	18,3 %
Ost	10	12,8 %	438	8,7 %	7	8,5 %
Süd	20	25,6 %	1.953	39,0 %	30	36,6 %
West	39	50,0 %	1.824	36,4 %	30	36,6 %
Merkmal	(B) Vergleichsgruppe					
	Stichprobe (nur Urolog:innen)		Grundgesamtheit (nur Urolog:innen)***			
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil		
Gesamtzahl	184		6.143			
Versorgungsraum****						
Nord	31	16,8 %	955	15,5 %		
Ost	53	28,8 %	1.247	20,3 %		
Süd	51	27,7 %	2.112	34,3 %		
West	44	23,9 %	1.829	29,8 %		
Keine Angabe	5	2,7 %				

Datenbasis: Stichprobe: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen. Grundgesamtheit/IG: Eigene Berechnungen basierend auf Gemeinsamer Bundesausschuss (2022 a), Anlage 1a, Seite 12, dort von GKV-Spitzenverband auf Basis des ASV-Teamverzeichnisses. Grundgesamtheit/VG: Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum Stichtag 31.12.2021 (Bundesärztekammer 2022 c), eigene Berechnungen.

Hinweise: * Kumulierte Anzahl aller Fachärzt:innen in Teams der ASV „Urologische Tumore“ zum Stichtag 06.04.2022 (beinhaltet alle Fachgruppen)

** Anzahl an Teams der ASV „Urologische Tumore“ zum Stichtag 06.04.2022

*** Anzahl aller ambulant oder stationär tätigen Urolog:innen zum Stichtag 31.12.2021 (beinhaltet auch Teilnehmende an der ASV „Urologische Tumore“)

**** Bundesländer gruppiert in Versorgungsräume Nord (Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein),

Ost (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen),

Süd (Baden-Württemberg, Bayern, Hessen), West (Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland)

6.2 ASV-Mitgliedschaft

Seit Inkrafttreten der Richtlinie zur ASV „Urologische Tumore“ im April 2018 kann die Zulassung für entsprechende ASV-Teams angezeigt werden (Bundesministerium der Justiz 2018). ABK-RL Bescheide von Krankenhäusern, die auf Grundlage von § 116b SGB V (alt) gewährt wurden, werden gemäß § 116b Abs. 8 Satz 2 SGB V spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten der neuen Richtlinie für die jeweilige Erkrankung unwirksam. Im Falle der Behandlung von Patient:innen mit urologischen Tumoren lief die betreffende Übergangsfrist im März 2021 aus. Durch die Beteiligung an einem ASV-Team „Urologische Tumore“ konnten Krankenhäuser jedoch auch ab dem April 2021 weiterhin Patient:innen mit

urologischen Tumoren ambulant behandeln. Wie Tabelle 7 zeigt, sind in der Stichprobe Mitglieder von ASV-Teams der Gründungsjahre 2018 bis 2022 vertreten. Nahezu die Hälfte (46,2 %) der Teams der Stichprobe wurde vor und etwas weniger als ein Drittel (28,2 %) nach Auslaufen der Übergangsfrist zu § 116b SGB V (alt) gegründet. Ein Viertel der Befragten (25,6 %) kannte das Gründungsjahr seines ASV-Teams nicht bzw. tätigte keine Angabe.

Tabelle 7: Mitgliedschaft in der ASV „Urologische Tumore“ (Interventionsgruppe)

Merkmal	Interventionsgruppe	
	Anzahl	Anteil
Gesamtanzahl	78	
Gründungsjahr des ASV-Teams		
2018/19	7	9,0 %
2020	25	32,1 %
2021	18	23,1 %
2022	8	10,3 %
weiß nicht oder keine Angabe	20	25,6 %
Gründung vor / nach Auslaufen der Übergangsfrist zu § 116b SGB V (alt)		
Gründung vor Auslaufen	36	46,2 %
Gründung nach Auslaufen	22	28,2 %
weiß nicht oder keine Angabe	20	25,6 %
Eigene Rolle im ASV-Team		
Teamleitung	18	23,1 %
Kernteammitglied	40	51,3 %
hinzuzuziehender Facharzt	20	25,6 %
Abrechnung der im Appendix gelisteten ASV-Leistungen		
ausschließlich als ASV-Leistung	49	62,8 %
teilweise über Regelversorgung / andere Abrechnungsmöglichkeiten	12	15,4 %
ausschließlich über Regelversorgung / andere Abrechnungsmöglichkeiten	12	15,4 %
keine Angabe	5	6,4 %
Entscheidung zur Teilnahme auf Ebene der Einrichtung bzw. Fachabteilung getroffen?		
ja	33	42,3 %
nein	34	43,6 %
nicht zutreffend	11	14,1 %

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Fast ein Viertel der Ärzt:innen in der Interventionsgruppe (23,1 %) übte laut Tabelle 7 die Funktion der Teamleitung innerhalb des ASV-Teams aus, während mehr als die Hälfte Mitglied eines ASV-Kernteam (51,3 %) war. Ein knappes weiteres Viertel der Ärzt:innen in der Interventionsgruppe gab an, in ihrem ASV-Team auf der Ebene der hinzuzuziehenden Fachärzte tätig zu sein (25,6 %). Diese Angabe ist überraschend, da die Stichprobe ausschließlich Urolog:innen umfasst. Urolog:innen werden in der Richtlinie zur ASV „Urologische Tumore“ nicht als hinzuzuziehende Fachärzte gelistet, sondern sind nur für die Position der Teamleitung bzw. des Kernteammitgliedes vorgesehen. Eine mögliche Erklärung für die getätigten Angaben ist, dass nicht allen ASV-Ärzt:innen bekannt ist, dass es sich bei der Bezeichnung „hinzuzuziehende Fachärzte“ um einen durch die ASV-Richtlinie formal definierten Begriff handelt. Denkbar ist zum Beispiel, dass die betreffenden Ärzt:innen nur schwach in ihr ASV-Team eingebunden sind und ihre eigene Rolle daher als peripher empfinden.

Abrechnung über die Regelversorgung

Hinsichtlich der Abrechnung der im Appendix gelisteten ASV-Leistungen stellte sich heraus, dass etwas weniger als ein Drittel der Befragten (30,8 %) ASV-Leistungen entweder teilweise oder ausschließlich über die Regelversorgung bzw. über andere Abrechnungsmöglichkeiten abrechnete (siehe Tabelle 7, Seite 25). Werden die Ergebnisse differenziert nach Versorgungsbereich betrachtet, lässt sich erkennen, dass dieses Phänomen insbesondere Teilnehmende aus dem ambulanten Versorgungsbereich betraf. So betrug der Anteil derer, die ASV-Leistungen teilweise bzw. ausschließlich über die Regelversorgung oder über andere Abrechnungsmöglichkeiten abrechneten, bei den ambulant Tätigen 40,4 %, während es bei den stationär Tätigen 16,1 % betraf (nicht in Abbildungen/Tabellen dargestellt). Gaben die Befragten an, die im Appendix gelisteten ASV-Leistungen nicht ausschließlich als ASV-Leistungen abzurechnen, so wurden sie um Erläuterung von Gründen in einem Freitextfeld gebeten.

Freitext-Angaben zu Gründen der Abrechnung über die Regelversorgung

Bei den Angaben zu den Gründen, aufgrund deren ASV-Leistungen nicht ausschließlich als ASV-Leistungen abgerechnet wurden, berichteten Teilnehmende (n = 20) zum Teil über Informationsdefizite und Unklarheiten bzgl. der Abrechnung (Zitat: „*keiner weiß wie's geht, keine Beratung*“ [sic], „*Unwissenheit*“).

Weitere Angaben bezogen sich auf notwendige Ressourcen, wie z.B. Zeit (Zitat: „*Zeitproblem*“), Kosten (Zitat: „*Benötige eigene Software bei CGM, die kostet*“) oder Aufwand (Zitat: „*viel zu umständlich*“). Zum Teil wurde von negativen Erfahrungen mit der Abrechnung im ASV-Team berichtet.

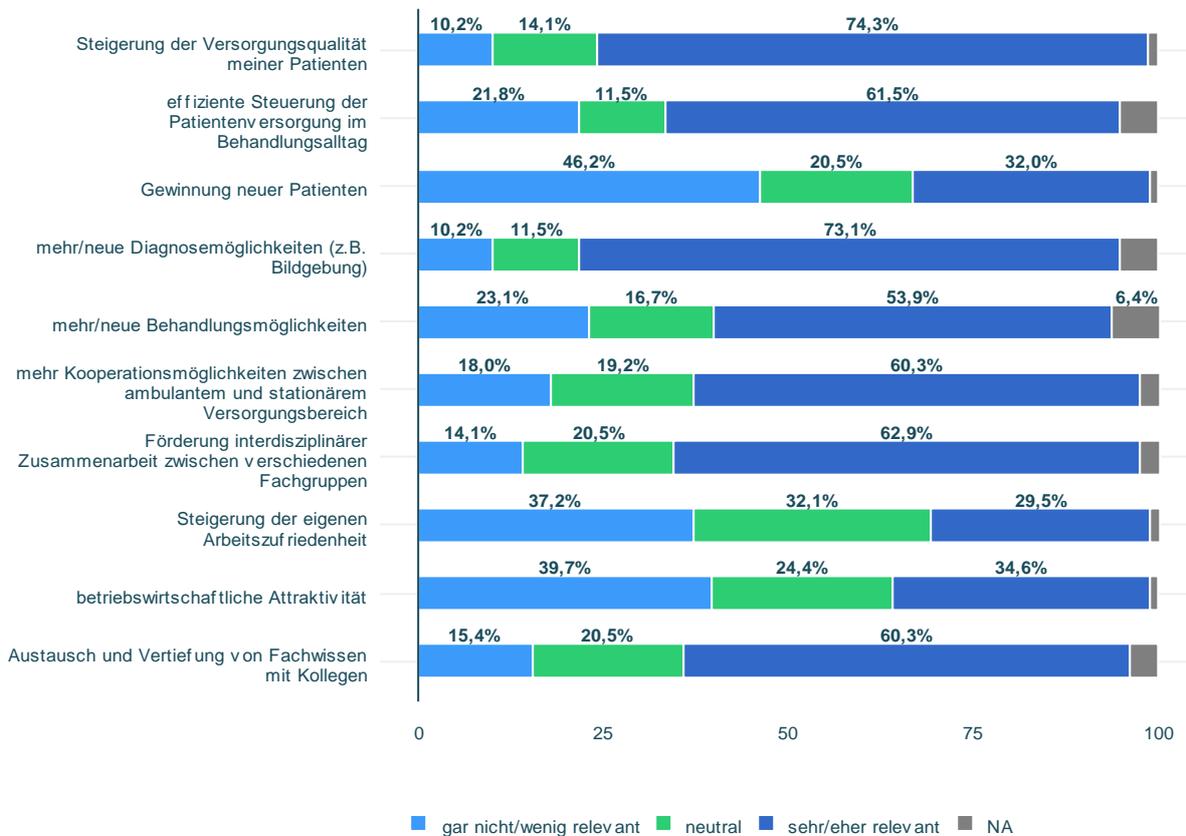
Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Auswertungen (siehe Anhang A.2).

Motive der Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“

Ein mögliches Motiv für die Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ welches in Teilen mit dem oben beschriebenen Auslaufen der ABK-Richtlinie im Frühjahr 2022 einhergegangen sein dürfte, spricht bereits Tabelle 7, Seite 25 an. So zeigt sich, dass bei 42,3 % der Befragten die Entscheidung zur Teilnahme an der ASV nicht auf individueller Ebene, sondern auf Ebene der Einrichtung bzw. Fachabteilung getroffen wurde (siehe Tabelle 7, Seite 25). Über die Frage nach der Entscheidungsebene hinausgehend wurden die Ärzt:innen der Interventionsgruppe im Rahmen der Ärztebefragung eingehend zu den Motiven für ihre Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ befragt.

Motive zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ (Interventionsgruppe)

„Wie relevant waren die folgenden Motive für Ihre Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“?“



Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 3: Motive zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ (Interventionsgruppe). Fallzahl n(IG) = 78. „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

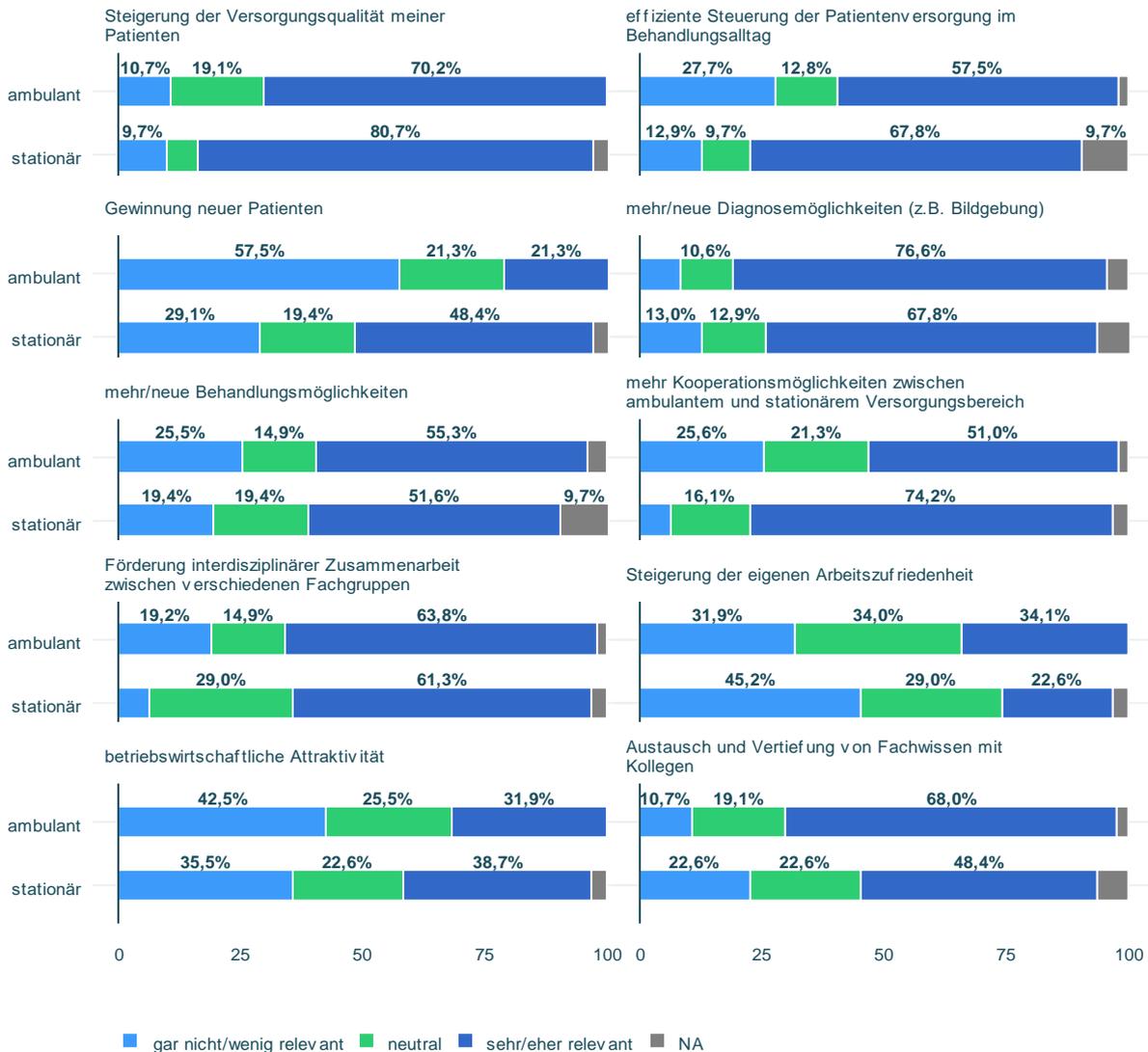
Abbildung 3 gibt einen Überblick über die Motive zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“, welche von den Ärzt:innen der Interventionsgruppe hinsichtlich ihrer Relevanz bewertet wurden. Bei den Motiven zur Teilnahme an der ASV, die die Teilnehmenden der Interventionsgruppe als sehr/eher relevant einstufen, wurden die Steigerung der Versorgungsqualität der Patienten (74,3%), mehr/neue Diagnosemöglichkeiten wie z.B. Bildgebung (73,1%) sowie die Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Fachgruppen (62,9%) am häufigsten genannt. Als gar nicht/wenig relevante Motive wurden dagegen tendenziell die Gewinnung neuer Patienten (46,2%), die betriebswirtschaftliche Attraktivität (39,7%) sowie die Steigerung der eigenen Arbeitszufriedenheit (37,2%) eingestuft.

Differenziert man bei der Betrachtung der Motive zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ zwischen den jeweiligen Versorgungsbereichen, in denen die Ärzt:innen vorwiegend tätig waren, so wurde die Gewinnung neuer Patient:innen von Teilnehmenden aus dem ambulanten Versorgungsbereich zu 57,7% und aus dem stationären Versorgungsbereich zu 29,1% als gar nicht/wenig relevant bewertet (siehe Abbildung 4, Seite 28). Ein weiterer Unterschied hinsichtlich der Sektorzugehörigkeit bestand in der Bewertung des Motivs „mehr Kooperationsmöglichkeiten zwischen ambulanten und stationärem Versorgungsbereich“. Während 74,2% der stationär Tätigen dies als sehr/eher relevant einstufen, waren es bei den ambulant Tätigen nur 51,0%. Hinsichtlich dieser beiden Motive zeigen die Testverfahren bei einem Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ statistisch signifikante Unterschiede in den

Mittelwerten bzw. zentralen Tendenzen zwischen den beiden Subgruppen an (siehe Tabelle 23, Panel A in Anhang A.4).

Motive zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ differenziert nach Versorgungsbereichen (Interventionsgruppe)

„Wie relevant waren die folgenden Motive für Ihre Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“?“



Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 4: Motive zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ nach Versorgungsbereichen (Interventionsgruppe). Fallzahlen n(IG) = 78 (n(IG,amb.) = 47; n(IG,stat.) = 31). „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Wie oben bereits beschrieben, wurde die Entscheidung zur Teilnahme an der ASV bei 42,3 % der Ärzt:innen in der Interventionsgruppe auf Ebene der Einrichtung bzw. Fachabteilung getroffen (siehe Tabelle 7, Seite 25). Differenziert man die Ergebnisse nach Versorgungsbereich, wie in Tabelle 18, Anhang A.4 dargestellt, so zeigt sich, dass die Entscheidung zur ASV-Teilnahme bei 77,4 % der stationär tätigen ASV-Ärzt:innen auf Ebene der Einrichtung bzw. Fachabteilung getroffen wurde. Im ambulanten Versorgungsbereich lag der betreffende Anteil mit 19,1 % erwartungsgemäß niedriger.

Freitext-Angaben zu Motiven der ASV-Teilnahme

Bei den Angaben zu den Motiven der ASV-Teilnahme ließ sich zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation differenzieren. Zu intrinsischer Motivation wurden Kooperation und Zusammenarbeit genannt (Zitat: „Kooperation mit der Klinik“, „regionales Netzwerk stärken“). Unter extrinsischer Motivation ließen sich Berichte von Teilnehmende über Zwang und Vorgabe zur Teilnahme an der ASV zusammenfassen (Zitat: „Zwang: keine andere Möglichkeit der ambulanten uroonkologischen Leistungserbring“ [sic], „Vorgabe Klinikleitung“).

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Auswertungen (siehe Anhang A.2).

Andere ASV-Mitgliedschaften

Wie Tabelle 8 zeigt, waren 23,1 % der Ärzt:innen der Interventionsgruppe in mindestens einem weiteren ASV-Team Mitglied, so z.B. in einem ASV-Team für gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle oder für gynäkologische Tumore. In diesen Teams waren die meisten von ihnen als hinzuzuziehende Fachärzt:innen tätig.

Alle Ärzt:innen, die der Vergleichsgruppe angehörten, waren definitionsgemäß zum Befragungszeitpunkt nicht Mitglied eines ASV-Teams „Urologische Tumore“. Laut Tabelle 8 gaben auch nur 2,2 % der Ärzt:innen der Vergleichsgruppe an, in einem Team einer anderen ASV-Entität tätig zu sein. Entsprechend waren zum Zeitpunkt der Befragung in der Vergleichsgruppe 97,8 % der Ärzt:innen in keinem ASV-Team aktiv. Tatsächlich war die Möglichkeit zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ 16,3 % der Ärzt:innen in der Vergleichsgruppe grundsätzlich nicht bekannt, wie Tabelle 9, Seite 30 zeigt.

Tabelle 8: Andere ASV-Mitgliedschaft neben der ASV „Urologische Tumore“

Merkmal	Interventionsgruppe		Vergleichsgruppe	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Gesamtanzahl	78		184	
Andere ASV-Mitgliedschaft (nicht ASV „Urologische Tumore“)				
keine andere	60	76,9 %	180	97,8 %
mind. eine andere	18	23,1 %	4	2,2 %
Welche weitere ASV? (Mehrfachnennung möglich)				
gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	13		aufgrund geringer Fallzahlen nicht berichtet	
gynäkologische Tumoren	9			
Sonstige	7			
Position in weiteren ASV-Teams				
hinzuzuziehender Facharzt	27		aufgrund geringer Fallzahlen nicht berichtet	
Sonstige	2			

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Zugleich umfasst die Vergleichsgruppe auch eine Teilgruppe von Ärzt:innen, die sich zum Zeitpunkt der Befragung bereits im Akkreditierungsprozess für die ASV „Urologische Tumore“ befanden. Von jenen 154 Ärzt:innen der Vergleichsgruppe, denen die Teilnahmemöglichkeit grundsätzlich bekannt war, befanden sich zum Befragungszeitpunkt 9,7 % im Zulassungsverfahren zur ASV „Urologische Tumore“. Dabei betrug die bisherige Dauer des Verfahrens im Mittel 8,7 Monate, bei zugleich hoher Streuung der angegebenen bisherigen Verfahrensdauer (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Angaben zur ASV „Urologische Tumore“ (Vergleichsgruppe)

Merkmal	Vergleichsgruppe	
	Anzahl	Mittelwert / Anteil
Gesamtanzahl	184	
Möglichkeit zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ bekannt?		
ja	154	83,7 %
nein	30	16,3 %
Sofern Teilnahmemöglichkeit bekannt:	154	
Derzeit im Zulassungs- / Anzeigeverfahren zur ASV „Urologische Tumore“?		
ja	15	9,7 %
nein	138	89,6 %
keine Angabe	1	0,6 %
Sofern derzeit im Zulassungs- / Anzeigeverfahren zur ASV „Urologische Tumore“:	15	
Bisherige Dauer des Zulassungsverfahrens in Monaten		
arithm. Mittel (Standardabw.)	15	8,7 (7,8)
Min.		1
Max.		24

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

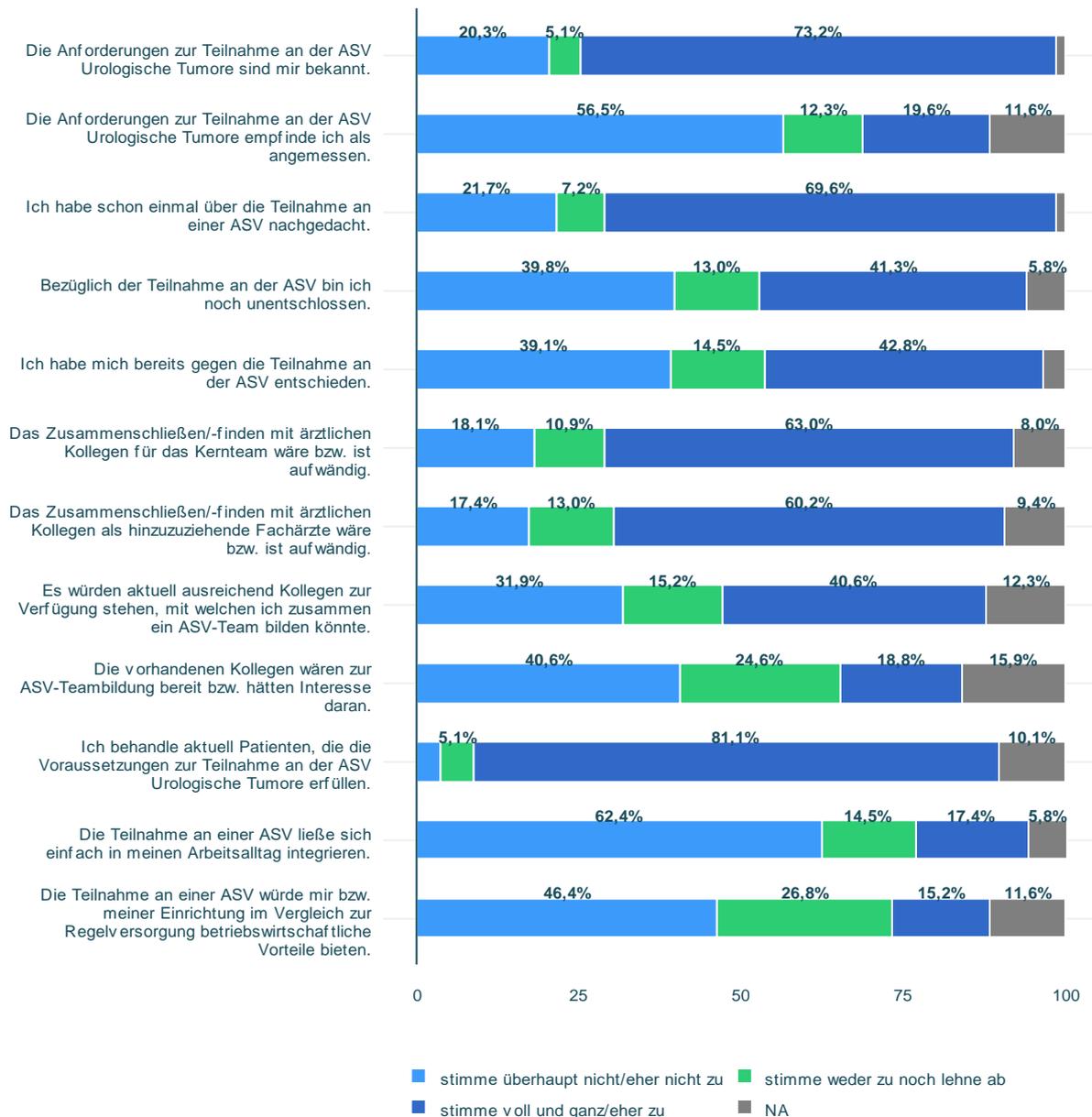
Ansichten der Vergleichsgruppe

Betrachtet man die Subgruppe der Befragten, welche die Möglichkeit zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ grundsätzlich kannten und die sich zum Zeitpunkt der Befragung nicht in Zulassung befanden (n = 138), so zeigt sich in Abbildung 5, Seite 31, dass von diesen Ärzt:innen über die Hälfte (62,4 %) davon überzeugt war, die Teilnahme an der ASV ließe sich nicht einfach in ihren Arbeitsalltag integrieren. Lediglich 19,6 % empfanden die Anforderungen als angemessen und nur 15,2 % gaben an, die Teilnahme an der ASV würde im Vergleich zur Regelversorgung betriebswirtschaftliche Vorteile bieten. Weiterhin wurde das Zusammenschließen zu einem ASV-Team von über der Hälfte (60,2 % bzw. 63,0 %) als aufwändig eingestuft und nur 18,8 % gaben an, es stünden aktuell ausreichend Kolleg:innen zur Verfügung, die Interesse an einer Teambildung hätten.

41,3 % der Ärzt:innen waren bezüglich der Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ noch unentschieden. Eine ähnlich große Gruppe (42,8 %) gab an, sich bereits gegen die Teilnahme an der ASV entschieden zu haben. Zugleich bestätigten 81,1 % der Abbildung 5, Seite 31 zugrundeliegenden Ärzt:innen aus der Vergleichsgruppe, aktuell Patient:innen zu behandeln, welche die Voraussetzungen zur Versorgung in der ASV „Urologische Tumore“ erfüllten.

Ansichten zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ (Vergleichsgruppe)

„Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?“



Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 5: Ansichten zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ (Vergleichsgruppe). Angaben jener Teilnehmenden, die angeben, die Möglichkeit zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ zu kennen, und sich derzeit nicht in Zulassung zur ASV „Urologische Tumore“ befinden; Fallzahl n(VG, Mögl. bekannt, nicht in Zul.) = 138. „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Mit der Onkologie-Vereinbarung (OV) gibt es neben der ASV „Urologische Tumore“ eine Versorgungsform für uroonkologische Patient:innen, die in der realisierten Stichprobe häufig vertreten ist. So nahmen 59,7 % der Ärzt:innen in der Interventionsgruppe und 68,9 % der Ärzt:innen in der Vergleichsgruppe an der Onkologie-Vereinbarung teil (siehe Tabelle 13, Seite 47). Unterscheidet man hinsichtlich der Ansichten zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ in der Vergleichsgruppe zwischen Ärzt:innen, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnahmen und jenen, die nicht daran teilnahmen, so

empfanden erstere die Anforderungen zur Teilnahme an der ASV überwiegend nicht als angemessen (64,3 %), während letztere diese nur zu 39,5 % nicht als angemessen empfanden (siehe Abbildung 20, Anhang A.3). Hinsichtlich dieser Einschätzung zeigen die Testverfahren allerdings keine statistisch signifikanten Unterschiede in den Mittelwerten bzw. zentralen Tendenzen zwischen den beiden Subgruppen an (siehe Tabelle 24, Panel A in Anhang A.4).

Freitext-Angaben zu Motiven der Nicht-Teilnahme

Bei den Angaben zu den Motiven der Nicht-Teilnahme an der ASV ließen sich in den Freitexten mehrere Aspekte finden: Patientenkreis und Morbidität der Patient:innen (Zitat: „*ich habe keine Pat.*“, „*palliative Situation, stabile Behandlung*“), Patientenbindung (Zitat: „*weil [...] der Patient dann nicht mehr bei mir behandelt werden kann*“), regionale Verfügbarkeit von Kolleg:innen (Zitat: „*[...] Strahlentherapie zu weit weg [...]*“), fehlendes Interesse von Kollegen (Zitat: „*[...] kein Interesse der örtlichen Klinik*“), Anforderungen (Zitat: „*zu aufwändige Bedingungen. [...]*“) sowie Rahmenbedingungen (Zitat: „*fehlende Abrechnungsmöglichkeit der Laborleistungen insbesondere auch der Urinmikrobiologie [...]*“ [sic]).

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Auswertungen (siehe Anhang A.2).

6.3 Zugang der Patienten zur Versorgung

Wie in Kapitel 2 beschrieben, nahm die Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“ unter anderem den Zugang der Patient:innen zur uroonkologischen Versorgung aus ärztlicher Perspektive in den Blick. Dabei wurde die Arbeitshypothese beleuchtet, dass ASV-Patient:innen einen besseren Zugang zur Versorgung, d.h. zu benötigten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen haben.

Bei der Untersuchung dieser Hypothese wurde in der Ärztebefragung auf Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom fokussiert, um eine gewisse Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen der Patientenbefragung herzustellen.

Patientenzahlen

Tabelle 10, Seite 33 gibt einen Überblick über die Patientenzahlen der Interventions- und Vergleichsgruppe. Im Durchschnitt versorgten die befragten Urolog:innen im Quartal vor der Befragung persönlich insgesamt etwa 672 bzw. 1.130 Patienten (Median: 195 bzw. 1.200) sowie 62 bzw. 54 Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom (Median jeweils 30).⁹ In den ASV-Teams der befragten Ärzt:innen wurden laut deren Angaben pro Quartal über alle Teammitglieder hinweg im Mittel etwa 101 Patienten (Median: 90) sowie etwa 50 Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom (Median: 73) behandelt.

Die Streuung der angegebenen Patientenzahlen ist allerdings recht stark ausgeprägt, was sich in den dargestellten Standardabweichungen widerspiegelt. Zum Teil wurden, selbst im ambulanten Versorgungsbereich, sehr niedrige Anzahlen von persönlich behandelten ambulanten Patienten angegeben,

⁹ Eine Testung der Gruppenmittelwerte für die Anzahl der persönlich versorgten Patienten allgemein zwischen den beiden Analysegruppen mittels Zwei-Stichproben-t-Tests (H0: Gleichheit der Mittelwerte) ergibt, dass die Mittelwerte statistisch signifikant voneinander verschieden sind (p-Wert: 0,0002). Eine analoge Testung der Gruppenmittelwerte für die Anzahl der persönlich versorgten Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom ergibt, dass die Mittelwerte nicht statistisch signifikant voneinander verschieden sind (p-Wert: 0,655).

was überraschte. Wie in Kapitel 4.5 beschrieben, wurden im Rahmen der Datenplausibilisierung an den Patientenzahl-Variablen keine Anpassungen vorgenommen. Die in Tabelle 10 berichteten Ergebnisse zu den Patientenzahlen sind daher mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren.

Tabelle 10: Patientenzahlen in Interventions- und Vergleichsgruppe

	Patientenzahl							
	Anzahl	Min	Q1	Median	arithm. Mittel	Q3	Max	Standardabw.
(A) Interventionsgruppe								
Gesamtzahl	78							
Anzahl persönlich versorgter ambulanter Patienten im letzten Quartal								
allgemein	76	0	23,75	195	672,4	1.125	6.000	958,3
mit Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom	77	0	20	30	62,1	50	1.350	159,9
Anzahl Patienten im ASV-Team pro Quartal über alle Teammitglieder hinweg								
allgemein	16	10	33,75	90	100,9	155	250	78,4
mit Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom	15	1	17,5	40	49,7	72,5	150	42,4
(B) Vergleichsgruppe								
Gesamtzahl	184							
Anzahl persönlich versorgter ambulanter Patienten im letzten Quartal								
allgemein	183	0	875	1.200	1.130	1.500	3.600	583,3
mit Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom	182	0	20	30	53,8	70	350	59,1

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

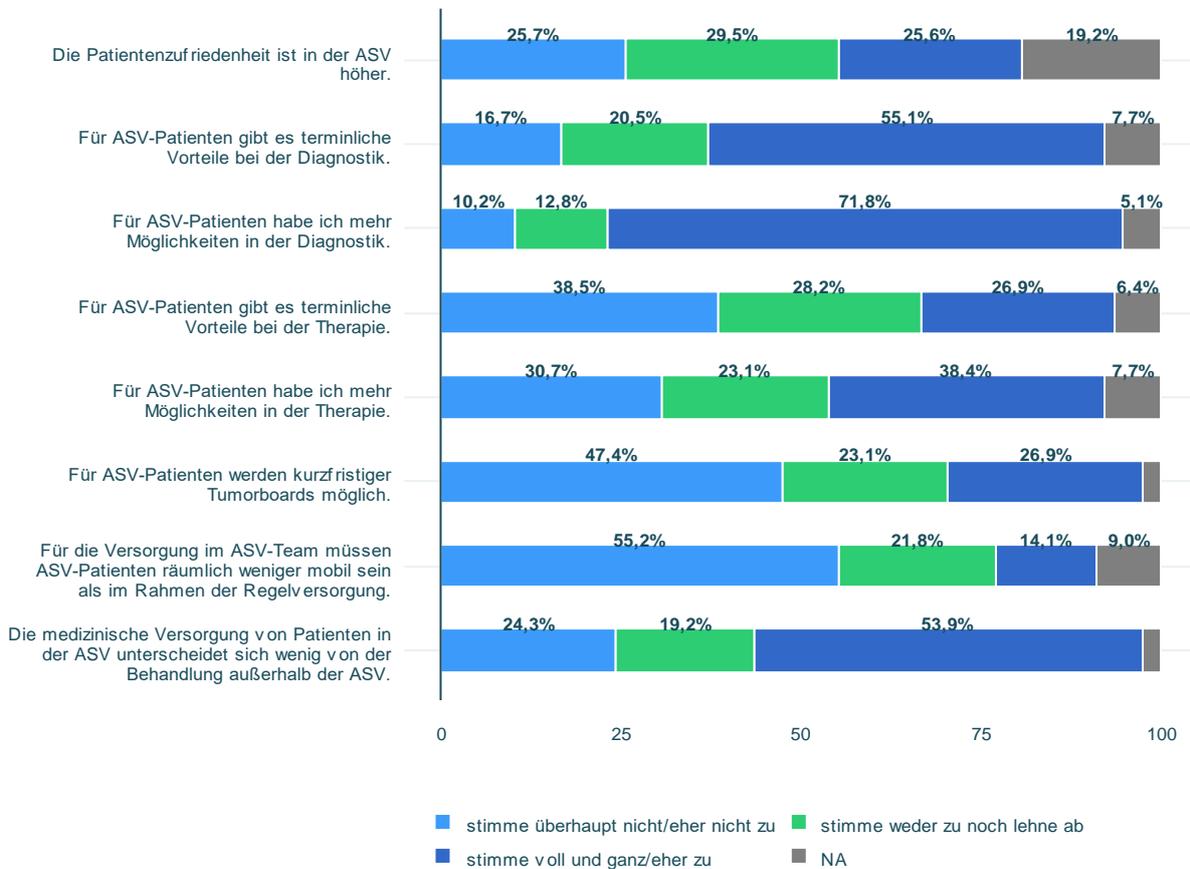
Hinweis: Die Teilnehmenden wurden gebeten, die betreffenden Werte zu schätzen („Bitte schätzen Sie ungefähr [...]").

Einschätzung des Zugangs zur Versorgung aus Sicht der ASV-Ärzt:innen

Wie Abbildung 6, Seite 34 zeigt, bietet die ASV „Urologische Tumore“ für Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasiertem Prostatakarzinom laut den Ärzt:innen der Interventionsgruppe den größten Vorteil hinsichtlich des Zugangs zur Versorgung im Bereich Diagnostik: Mehr Möglichkeiten in der Diagnostik (71,8 %) und terminliche Vorteile für Diagnostik (55,1 %) wurden am häufigsten genannt. Zugleich sahen 53,9 % der Interventionsgruppe insgesamt keinen großen Unterschied bei der medizinischen Versorgung von Patienten in der ASV im Vergleich zur Regelversorgung. Etwas mehr als die Hälfte der ASV-Ärzt:innen (55,2 %) stimmte zudem der Annahme, die Patienten müssen für die Versorgung im ASV-Team räumlich weniger mobil sein als im Rahmen der Regelversorgung, nicht oder eher nicht zu.

Aspekte des Zugangs der Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom zur Gesundheitsversorgung (Interventionsgruppe)

„Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?“



Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 6: Aspekte des Zugangs der Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom zur Gesundheitsversorgung (Interventionsgruppe). Fallzahl n(IG) = 78. „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Differenziert man die Ergebnisse nach Versorgungsbereich, zeigen sich insbesondere Unterschiede in der Bewertung der terminlichen Vorteile bei der Therapie. So stimmten gemäß Abbildung 21, Anhang A.3 nahezu die Hälfte der ASV-Ärzt:innen aus dem ambulanten Versorgungsbereich (48,9 %) der These, für ASV-Patienten würde es terminliche Vorteile bei der Therapie geben, nicht zu, wohingegen nur 22,6 % der stationär Tätigen dieser These nicht zustimmten. Zugleich sieht mehr als die Hälfte der ambulant tätigen ASV-Ärzt:innen keinen großen Unterschied bei der medizinischen Versorgung von Patienten in der ASV im Vergleich zur Regelversorgung (59,6 %), wohingegen dies nur bei 45,1 % der stationär Tätigen der Fall ist. Hinsichtlich dieser beiden Aspekte des Zugangs zur Versorgung zeigen die Testverfahren statistische signifikante Unterschiede in den Mittelwerten bzw. zentralen Tendenzen zwischen den beiden Subgruppen bei einem Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ an (siehe Tabelle 23, Panel B in Anhang A.4).

Freitext-Angaben zum Zugang zur Versorgung

Die Angaben zum Zugang zur Versorgung in der ASV lassen sich unterteilen in Aussagen, die über einen verbesserten Zugang zur Versorgung in der ASV „Urologische Tumore“ berichteten (Zitat: „Zugang zu PSMA Pet CTs für GKV Versicherte“, „direkter Zugang zu speziellen Therapien und Diagnostikverfahren“) und Aussagen, laut denen die ASV den Zugang zur Versorgung nicht verbessere und zum Teil stattdessen beschrieben wurde, inwiefern der Zugang zur Versorgung bereits durch andere Versorgungsangebote besser gesichert sei (Zitat: „[OV] Bessere Diagnostik [...] für onkologische Patienten.“, „[OV] Möglichkeit der Therapieausweitung bis hin zur Chemotherapie. [...]").

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Auswertungen (siehe Anhang A.2).

Empfehlung für Patienten zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“

Im Zusammenhang mit der Patientenversorgung wurden die Befragungsteilnehmer:innen auch dazu befragt, ob sie ihren Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom grundsätzlich zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ raten. Dabei zeigte sich, dass die Empfehlungsrate für Patienten davon abhing, ob der/die betreffende Ärzt:in selbst an der ASV teilnahm. Wie Tabelle 11 zeigt, gaben insgesamt 70,5 % der Interventionsgruppe und lediglich 8,7 % der Vergleichsgruppe an, ihren Patienten die Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ zu empfehlen. Sofern die Befragungsteilnehmer:innen angaben, ihren Patienten nicht zur Teilnahme an der ASV zu raten, waren die in den Freitexten angegebenen Gründe hierfür vielfältig (Zitate: „fragliche Verbesserung“, „nicht praktikabel“, „nicht verfügbar lokal“).

Tabelle 11: Empfehlung für Patienten zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ in Interventions- und Vergleichsgruppe „Raten Sie Ihren Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“?“

Merkmal	Interventionsgruppe		Vergleichsgruppe	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Gesamtanzahl	78		184	
ja	55	70,5 %	16	8,7 %
nein	22	28,2 %	165	89,9 %
keine Angabe	1	1,3 %	3	1,6 %

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

6.4 Qualität der Versorgung

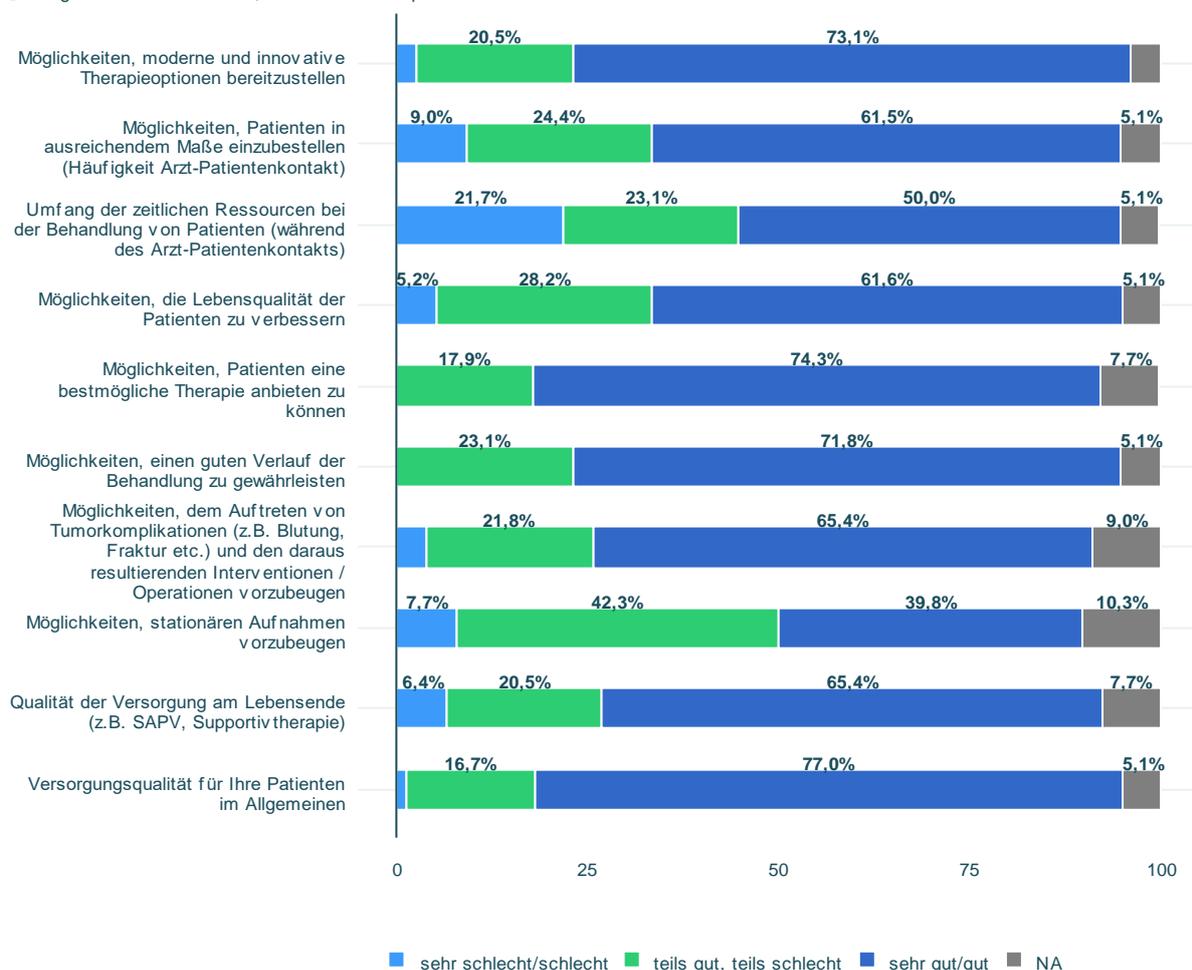
Neben der Betrachtung des Zugangs der Patienten zur uroonkologischen Versorgung lag ein Augenmerk der Ärztebefragung auf der Versorgungsqualität. Ausgehend von der Arbeitshypothese, dass das Zulassungsverfahren zur ASV eine qualitativ hochwertige Versorgung (beurteilt z.B. an Qualitätsparametern wie Zeit, Leitlinienadhärenz und an klinischen Outcomes) sichere, wurden die Ärzt:innen der Interventions- und Vergleichsgruppe gebeten, Ihre Möglichkeiten zur Gestaltung verschiedener therapiebezogener Aspekte im Rahmen der Versorgung der ASV-Patienten (Interventionsgruppe) bzw. der uroonkologischen Patienten (Vergleichsgruppe) zu bewerten. Analog zur Patientenbefragung wurde bei dieser Thematik auf Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom fokussiert.

Individuelle Perspektiven von Ärzt:innen zur Gestaltung der Versorgungsqualität

Abbildungen 7 und 8, Seite 36 und 37, geben einen Überblick über die persönlichen Bewertungen der Ärzt:innen der Interventions- bzw. Vergleichsgruppe hinsichtlich ihrer Möglichkeiten, verschiedene Versorgungsaspekte im Sinne einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu gestalten. Insgesamt bewerteten sowohl die Ärzt:innen der Interventions- als auch jene der Vergleichsgruppe ihre Möglichkeiten, den Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom eine qualitativ hochwertige Versorgung zukommen zu lassen, überwiegend als sehr gut oder gut.

Persönliche Bewertung der Möglichkeiten, Versorgungsaspekte zu gestalten (Interventionsgruppe)

„Wenn Sie an die Versorgung von Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom im Rahmen der ASV „Urologische Tumore“ denken, wie bewerten Sie persönlich ...“

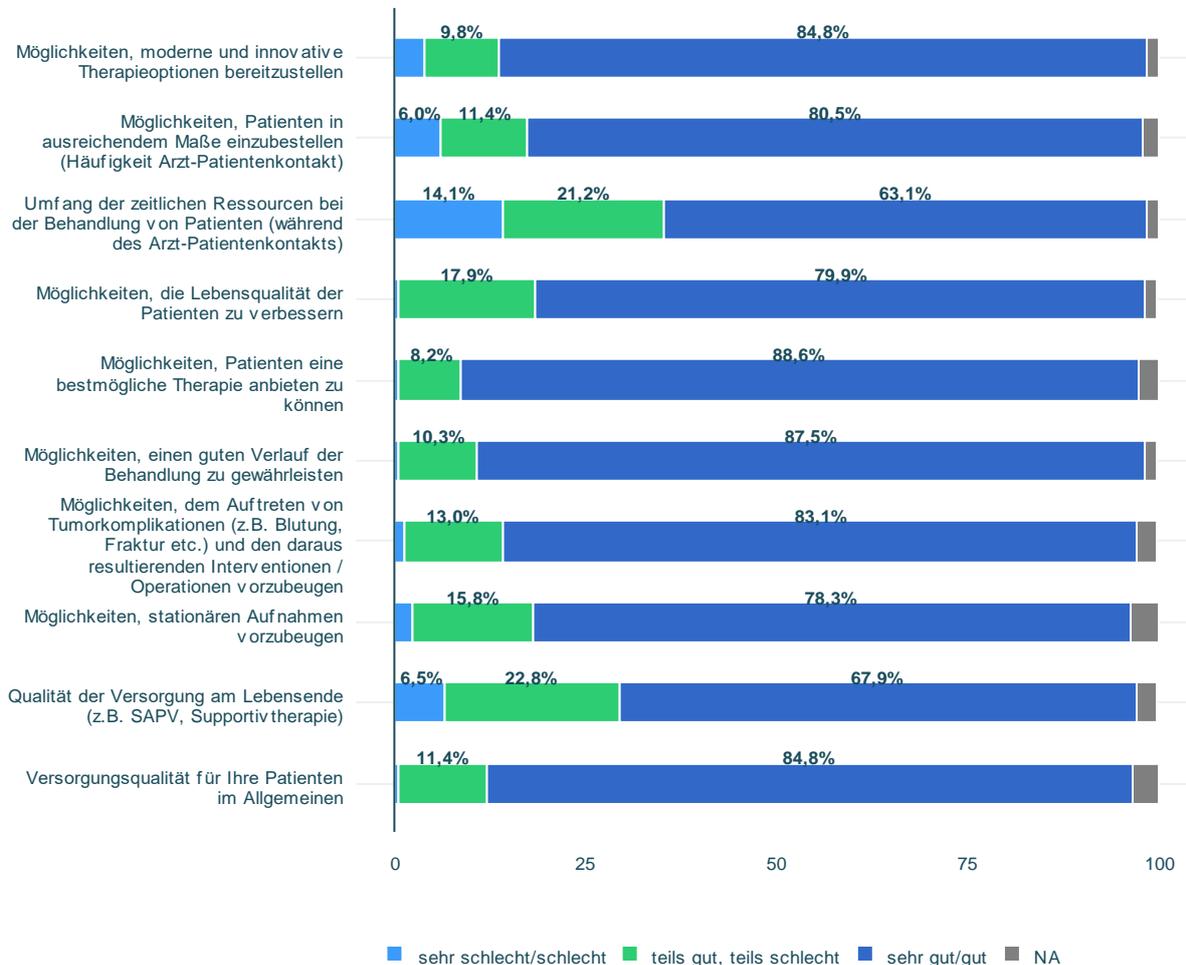


Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 7: Persönliche Bewertung der Möglichkeiten, Versorgungsaspekte zu gestalten (Interventionsgruppe). Fallzahl n(IG) = 78. „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Persönliche Bewertung der Möglichkeiten, Versorgungsaspekte zu gestalten (Vergleichsgruppe)

„Wenn Sie an die Versorgung von Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom denken, wie bewerten Sie persönlich ...“



Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 8: Persönliche Bewertung der Möglichkeiten, Versorgungsaspekte zu gestalten (Vergleichsgruppe). Fallzahl n(VG) = 184. „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Am kritischsten bewertet wurde der Umfang der zeitlichen Ressourcen während des Arzt-Patienten-Kontakts, welchen in der Interventionsgruppe 21,7 % der Ärzt:innen bzw. in der Vergleichsgruppe 14,1 % der Ärzt:innen als schlecht oder sehr schlecht beurteilten.

Werden die Bewertungen der zeitlichen Ressourcen während des Arzt-Patienten-Kontakts nach Versorgungsbereich differenziert, wie in Abbildungen 22 und 23, Anhang A.3 dargestellt, unterscheiden sie sich in der Interventionsgruppe deutlicher. Während 31,9 % der ambulant tätigen ASV-Ärzt:innen den Umfang der zeitlichen Ressourcen bei der Behandlung als sehr schlecht oder schlecht bewerteten, war dies nur bei 6,5 % der stationär tätigen ASV-Ärzt:innen der Fall. In der Vergleichsgruppe fiel der Anteil der Ärzt:innen, welche die zeitlichen Ressourcen als sehr schlecht oder schlecht bewerteten, beim Vergleich zwischen den Versorgungsbereichen mit 13,3 % (ambulant) bzw. 17,6 % (stationär) weniger heterogen aus. Tatsächlich zeigten die Testverfahren für die meisten der in Abbildung 22, Anhang A.3 für die Interventionsgruppe dargestellten Aspekte statistisch signifikante Unterschiede in den Mittelwerten bzw. zentralen Tendenzen zwischen den beiden Subgruppen bei einem Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ an (siehe Tabelle 23, Panel C in Anhang A.4), wohingegen für die Vergleichsgruppe

hier keine statistisch signifikanten Unterschiede in den Mittelwerten bzw. zentralen Tendenzen zwischen den beiden Subgruppen festgestellt werden konnten (siehe Tabelle 24, Panel B in Anhang A.4).

Differenziert man die Ergebnisse der Vergleichsgruppe danach, ob die betreffenden Ärzt:innen an der Onkologie-Vereinbarung teilnahmen, so zeigt sich, dass Teilnehmer:innen der Onkologie-Vereinbarung ihre Gestaltungsmöglichkeiten im Hinblick auf viele Teilaspekte der Versorgung positiver bewerteten als Ärzt:innen, die nicht an der Onkologie-Vereinbarung teilnahmen (siehe Abbildung 24, Anhang A.3). Dies betraf unter anderem Aspekte wie die Bewertung der Möglichkeiten, moderne und innovative Therapieoptionen bereitzustellen, einen guten Verlauf der Behandlung zu gewährleisten oder stationären Aufnahmen vorzubeugen. Entsprechend zeigten die Testverfahren für mehrere Teilaspekte statistisch signifikante Unterschiede in den Mittelwerten bzw. zentralen Tendenzen zwischen den beiden Subgruppen bei einem Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ an (siehe Tabelle 24, Panel B in Anhang A.4).

Freitext-Angaben zur Versorgungsqualität

Die Angaben zur Versorgungsqualität in bzw. außerhalb der ASV ließen sich unterteilen in Aussagen, die über eine verbesserte Versorgungsqualität in der ASV berichteten (Zitat: „*Qualität der Versorgung und [...] werden besser*“) und Aussagen, laut denen die ASV keine Verbesserung bzw. kein Unterschied zu bereits angebotener Versorgungsqualität darstellte (Zitat: „*sehe für mich und meine Patienten, auch nach RS mit einem Kollegen der bereits teilnimmt, keinen signifikanten Benefit, weder in der Versorgungsqualität, noch [...]*“).

Zudem wurde zum Teil geschildert, inwiefern eine gute Versorgungsqualität bereits durch andere Versorgungsangebote gewährleistet werden könne (Zitat: „*Alle Themen inkl. Tu Konferent über das Prostatazentrum abgedeckt werden*“ [sic]).

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Auswertungen (siehe Anhang A.2).

6.5 Sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Als Nachfolgemodell der ambulanten Behandlung im Krankenhaus (gem. § 116b (alt) SGB V) ist die ASV grundsätzlich als sektorenübergreifendes Versorgungskonzept angelegt, an welchem sich sowohl stationär als auch ambulant tätige Ärzt:innen beteiligen können. Im Falle der onkologischen Erkrankungen nach Anlage 1.1 ASV-RL, d.h. auch in Bezug auf die ASV-Konkretisierung der urologischen Tumore, schreibt die ASV-Richtlinie gem. § 10 ASV-RL sogar eine sektorenübergreifende Kooperation innerhalb des ASV-Teams explizit vor (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2022 b, Seite 10). Vor diesem Hintergrund zielte die Ärztebefragung unter anderem auf die Überprüfung der Arbeitshypothese ab, dass die ASV das Ziel einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Beteiligten erreiche.

Zusammenarbeit in den ASV-Teams

Im Rahmen der Ärztebefragung wurden alle Teilnehmenden der Interventionsgruppe um Angaben zu der Struktur ihres ASV-Teams „Urologische Tumore“ gebeten – unabhängig davon, ob sie selbst die Position der Teamleitung innehatten. Tabelle 12, Seite 40, gibt einen Überblick über die berichtete Struktur der ASV-Teams. Im Mittel bildeten in den betreffenden ASV-Teams zwei Personen die Teamleitung, etwa 18 Personen das Kernteam und etwa 23 Personen die hinzuzuziehenden Fachärzte.

Während bei über der Hälfte der Befragten die Teamleitung ausschließlich mit Ärzt:innen aus dem stationären Versorgungsbereich besetzt war, wurde eine sektorenübergreifende Zusammensetzung der Teamleitung von 23,1 % der befragten ASV-Ärzt:innen berichtet. Sowohl das Kernteam als auch die Ebene der hinzuzuziehenden Fachärzt:innen waren bei mehr als drei Viertel der Befragten sektorenübergreifend zusammengesetzt (jeweils 75,6 %).

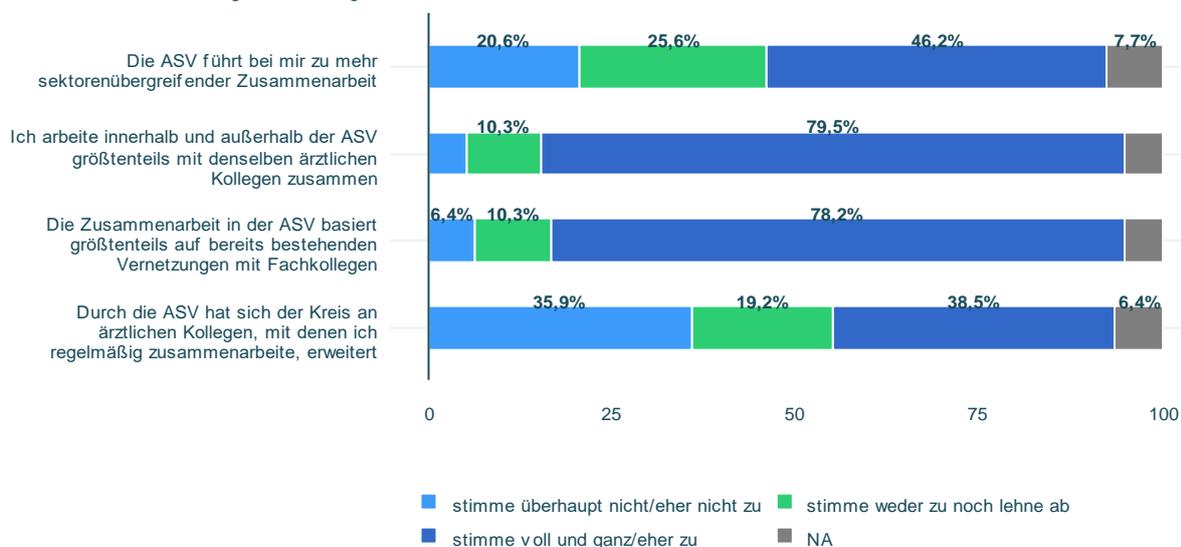
Tabelle 12: Von den Teilnehmenden berichtete Struktur ihres ASV-Teams „Urologische Tumore“ (Interventionsgruppe)

Merkmal	Interventionsgruppe	
	Anzahl	Mittelwert / Anteil
Gesamtanzahl	78	
(A) Teamleitung		
Anzahl der Personen auf dieser Ebene		
arithm. Mittel (Standardabw.)	45	2 (1,3)
Min.		1
Max.		6
Eine Person	20	25,6 %
Zwei Personen	16	20,5 %
Drei Personen oder mehr	9	11,5 %
keine Angabe	33	42,3 %
Sektorenübergreifende Struktur?		
ausschließlich aus dem vertragsärztlichen Bereich	7	9,0 %
ausschließlich aus dem stationären Bereich	47	60,3 %
gemischt	18	23,1 %
weiß nicht	6	7,7 %
(B) Kernteam		
Anzahl der Personen auf dieser Ebene		
arithm. Mittel (Standardabw.)	42	18,2 (17,9)
Min.		3
Max.		99
weniger als 15 Personen	23	29,5 %
15 bis 29 Personen	11	14,1 %
mehr als 29 Personen	8	10,3 %
keine Angabe	36	46,2 %
Sektorenübergreifende Struktur?		
ausschließlich aus einem Versorgungsbereich	15	19,2 %
sektorenübergreifend	59	75,6 %
weiß nicht	4	5,1 %
(C) Hinzuzuziehende Fachärzte		
Anzahl der Personen auf dieser Ebene		
arithm. Mittel (Standardabw.)	38	22,9 (19,1)
Min.		0
Max.		83
weniger als 15 Personen	12	15,4 %
15 bis 29 Personen	15	19,2 %
mehr als 29 Personen	11	14,1 %
keine Angabe	40	51,3 %
Sektorenübergreifende Struktur?		
ausschließlich aus einem Versorgungsbereich	11	14,1 %
sektorenübergreifend	59	75,6 %
weiß nicht	6	7,7 %
keine Angabe	2	2,6 %

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

ASV-Teilnahme und Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg:innen (Interventionsgruppe)

„Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?“



Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 9: ASV-Teilnahme und Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen (Interventionsgruppe). Fallzahl n(IG) = 78. „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Wie Abbildung 9 zeigt, gab eine große Mehrheit der Befragten der Interventionsgruppe an, innerhalb und außerhalb der ASV größtenteils mit denselben ärztlichen Kolleg:innen zusammen zu arbeiten (79,5 %). Zudem gaben 78,2 % an, die Zusammenarbeit basiere größtenteils auf bereits bestehenden Vernetzungen mit Kolleg:innen. Zugleich führte die ASV in der Interventionsgruppe zu mehr sektorenübergreifender Zusammenarbeit (46,2 %) und der Kreis der ärztlichen Kolleg:innen, mit denen regelmäßig zusammengearbeitet werde, hat sich bei 38,5 % der ASV-Ärzt:innen erweitert. Eine mögliche Erklärung für diese Ergebnisse könnte sein, dass der Kreis der ärztlichen Kolleg:innen, mit denen potenziell zusammengearbeitet werden kann, den ASV-Ärzt:innen unabhängig von der ASV-Teilnahme grundsätzlich bekannt war, dass aber ein Teil dieser Arbeitsbeziehungen sich durch die ASV-Teilnahme intensivierten.

Besprechungen in den ASV-Teams

Gemäß der ASV-Richtlinie sind die Mitglieder eines ASV-Teams „Urologische Tumore“ dazu verpflichtet, regelmäßige Besprechungen abzuhalten, da die Richtlinie grundsätzlich vorsieht, dass uroonkologische Patient:innen dem ASV-Team im Rahmen einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorzustellen sind. An dieser Tumorkonferenz müssen zumindest die Fachgruppen des Kernteams teilnehmen (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2022 b, Anlage 1.1, Seite 38).

Tabelle 19, Anhang A.4 gibt einen Überblick über die Eigenschaften der Besprechungen in den ASV-Teams. Tatsächlich variiert die von den Befragten angegebene durchschnittliche Anzahl der Besprechungen im ASV-Team zwischen weniger als einer (15,4 %) und mehr als vier (26,9 %) je Quartal. Weitere 15,4 % der ASV-Ärzt:innen gaben an, dass ihnen die durchschnittliche Anzahl an Teambesprechungen nicht bekannt war. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Ärzt:innen der Interventionsgruppe in ASV-Teams tätig ist, die erst vor Kurzem gegründet wurden. Die angegebene durchschnittliche Anzahl an Patientenfällen pro Besprechung variiert von ein bis zwei Fällen (11,5 %) bis zu mehr als vier (38,5 %). 28,2 % der Befragten in der Interventionsgruppe gaben an, dass ihnen die

durchschnittliche Anzahl an Patientenfällen pro Besprechung nicht bekannt war. Abbildung 25, Anhang A.3 stellt die zehn am häufigsten genannten Facharztgruppen dar, die laut Angaben der Ärzt:innen der Interventionsgruppe regelmäßig an ASV-Teambesprechungen teilnahmen.

Mit 67,9 % berichtete der überwiegende Teil der ASV-Ärzt:innen, dass die ASV-Teambesprechung an eine andere Besprechung (z.B. ein Tumorboard) gekoppelt sei (siehe Tabelle 19, Anhang A.4). Was die Form der Teambesprechung anbelangt, so berichteten 61,6 % der Ärzt:innen in der Interventionsgruppe von Videokonferenzen, bei 52,1 % der Befragten fanden (auch) Teambesprechungen in Präsenz statt. Die Ärzt:innen der Interventionsgruppe wurden auch dazu befragt, welche Personen die Teambesprechungen organisierten, wobei eine Mehrfachauswahl gestattet war. Gemäß Abbildung 26, Anhang A.3 gaben 74,3 % der Befragten eine Organisation durch die Teamleitung an. Daneben wurden als Organisatoren auch ASV-Koordinatoren bzw. Bürokräfte (28,4 %), Kernteammitglieder (18,9 %) und sonstige Personen (2,8 %) angegeben.

Schließlich wurden die Ärzt:innen der Interventionsgruppe dazu befragt, ob ASV-Fallkonferenzen auch mit Einbezug von Patient:innen stattfanden. Hier gaben 17,9 % der Interventionsgruppe an, an solchen ASV-Fallkonferenzen teilzunehmen. Alle Ergebnisse zu den ASV-Fallkonferenzen mit Einbezug von Patient:innen fasst Tabelle 20, Anhang A.4 zusammen.

Teambesprechungen mit ärztlichen Kolleg:innen zur Versorgung uroonkologischer Patient:innen in der Vergleichsgruppe

Analog zu den Auskünften der Interventionsgruppe zu Form und Häufigkeit der ASV-Teambesprechungen, wurden auch die Ärzt:innen der Vergleichsgruppe hinsichtlich der gemeinsamen Teambesprechungen mit ärztlichen Kolleg:innen im Rahmen der Versorgung uroonkologischer Patient:innen befragt. Tabelle 21, Anhang A.4 gibt einen Überblick über die Eigenschaften der Besprechungen der Nicht-ASV-Ärzt:innen mit ihren ärztlichen Kolleg:innen. Dabei gaben 62,5 % der Ärzt:innen der Vergleichsgruppe an, dass gemeinsame Teambesprechungen im Rahmen der Versorgung uroonkologischer Patient:innen stattfanden. Die von diesen Ärzt:innen angegebene durchschnittliche Anzahl der Besprechungen variiert zwischen weniger als drei (23,5 %) und mehr als vier (46,1 %) je Quartal. Die angegebene durchschnittliche Anzahl an uroonkologischen Patientenfällen pro Besprechung variiert von ein bis zwei Fällen (29,6 %) bis zu mehr als vier (44,3 %). Abbildung 27, Anhang A.3 stellt die zehn am häufigsten genannten Facharztgruppen dar, die laut Angaben der Ärzt:innen der Vergleichsgruppe regelmäßig an gemeinsamen Teambesprechungen im Rahmen der Versorgung von uroonkologischen Patient:innen teilnahmen.

Was die Form der Besprechungen anbelangt, so berichteten 76,1 % der betreffenden Ärzt:innen in der Vergleichsgruppe von Teambesprechungen in Präsenz, bei 52,2 % der Befragten fanden (auch) Besprechungen in Form von Videokonferenzen statt (siehe Tabelle 21, Anhang A.4). Die Ärzt:innen der Vergleichsgruppe wurden ebenfalls befragt, welche Personen die Teambesprechungen organisierten, wobei eine Mehrfachauswahl gestattet war. 42,1 % der Befragten gaben an, sie selbst bzw. ihre Einrichtung organisierten die Besprechungen. Noch häufiger wurde mit 48,2 % die Organisation durch einen anderen Facharzt bzw. eine andere Fachabteilung genannt. In 23,7 % der Fälle wurden (auch) sonstige Organisator:innen genannt, darunter laut Freitextangaben z.B. „Klinik“, „Verein“, „eigenes Netzwerk mit Administration“, „Onkologisches Zentrum“, „niedergelassenen Urologen & Urologische Klinik“ (Zitate).

Auch die Ärzt:innen der Vergleichsgruppe wurden darum gebeten, ggf. Angaben zu gemeinsamen Fallkonferenzen unter Einbeziehung von Patient:innen zu machen. Von ihnen nahmen 32,1 % an solchen

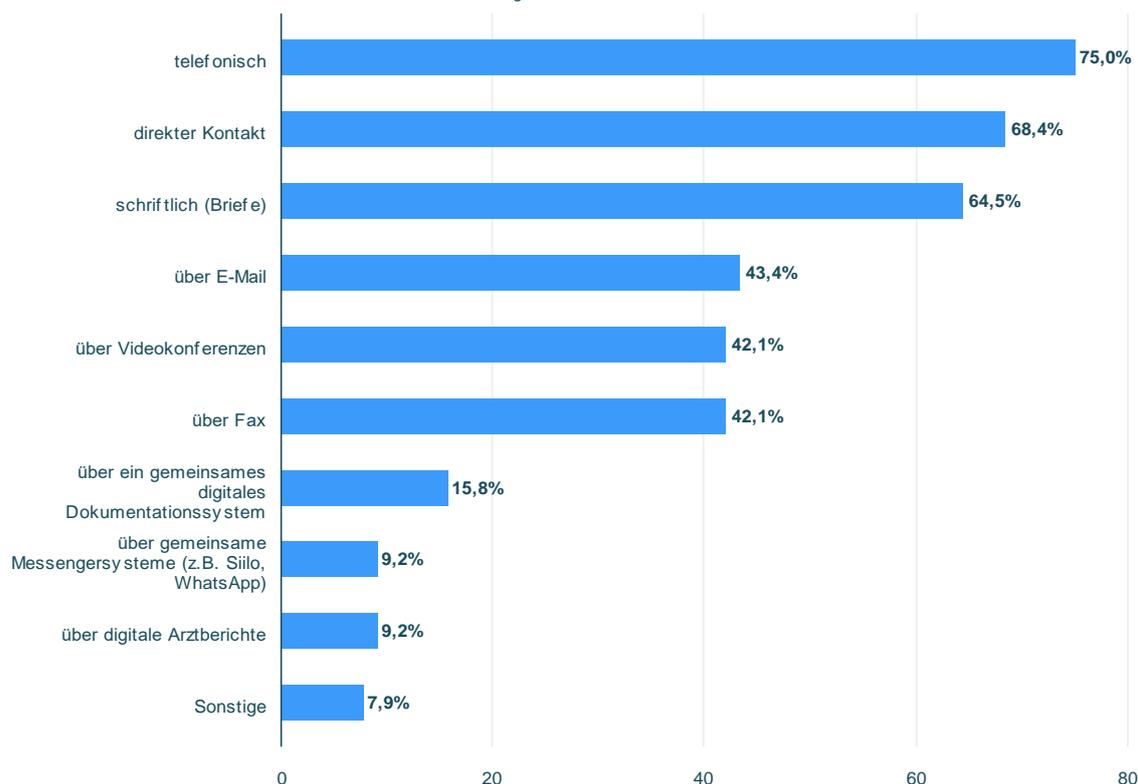
Fallkonferenzen teil. Alle Ergebnisse der Vergleichsgruppe zu den Besprechungen mit Einbezug von Patient:innen fasst Tabelle 22, Anhang A.4 zusammen.

Kommunikationsmittel im Austausch mit ärztlichen Kolleg:innen

Sowohl die Ärzt:innen der Interventions- als auch jene der Vergleichsgruppe wurden dazu befragt, welche Kommunikationsmittel sie zum Informationsaustausch mit ihren ärztlichen Kolleg:innen nutzten, wobei eine Mehrfachauswahl gestattet war. Die von der Interventionsgruppe am häufigsten genannten Kommunikationswege für den Informationsaustausch in den ASV-Teams „Urologische Tumore“ waren gemäß Abbildung 10 der telefonische Kontakt (75,0 %), der direkte Kontakt (68,4 %) sowie die schriftliche Kontaktaufnahme (Briefe) (64,5 %). Weniger häufig genannt wurde der Informationsaustausch über E-Mail (43,4 %), Videokonferenzen (42,1 %) und Fax (42,1 %). Seltener fanden digitale Werkzeuge, wie ein gemeinsames digitales Dokumentationssystem (15,8 %), gemeinsame Messengersysteme (9,2 %) und digitale Arztberichte (9,2 %) Anwendung. In 7,9 % der Fälle wurden sonstige Kommunikationsmittel angegeben, wozu laut Freitextangaben zum Beispiel „gemeinsame digitale Bilddoku“ (Zitat) gehörte.

Mittel zum Informationsaustausch in den ASV-Teams „Urologische Tumore“ (Interventionsgruppe)

„Wie findet der Informationsaustausch in Ihrem ASV-Team „Urologische Tumore“ statt?“



Anteil in Prozent an allen Antwortenden

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 10: Mittel zum Informationsaustausch in den ASV-Teams „Urologische Tumore“ (Interventionsgruppe). Mehrfachauswahl gestattet, Fallzahl n(IG, Angabe getätigt) = 76.

Die Ärzt:innen der Vergleichsgruppe machten Angaben dazu, auf welchen Wegen der Informationsaustausch mit ihren ärztlichen Kolleg:innen im Rahmen der Behandlung ihrer uroonkologischen Patient:innen stattfand. Am häufigsten genannt wurde laut Abbildung 28, Anhang A.3 auch hier der telefonische Kontakt (90,8 %), der schriftliche Kontakt (Briefe) (82,1 %) sowie der direkte Kontakt (69,6 %). Ähnlich häufig genannt wurde die Übermittlung per Fax (62,5 %). Weniger häufig genannt wurde der Informationsaustausch über E-Mail (41,8 %) und Videokonferenzen (22,3 %). Seltener fanden digitale Werkzeuge, wie gemeinsame Messengersysteme (16,8 %), digitale Arztberichte (9,2 %) und gemeinsame digitale Dokumentationssysteme (4,9 %) Anwendung. Unter „Sonstige“ (2,1 %) gaben Ärzt:innen zum Beispiel „Tumorkonferenz“, „mtl. Onkoboard“ sowie „Online TUKO“ (Zitate) an.

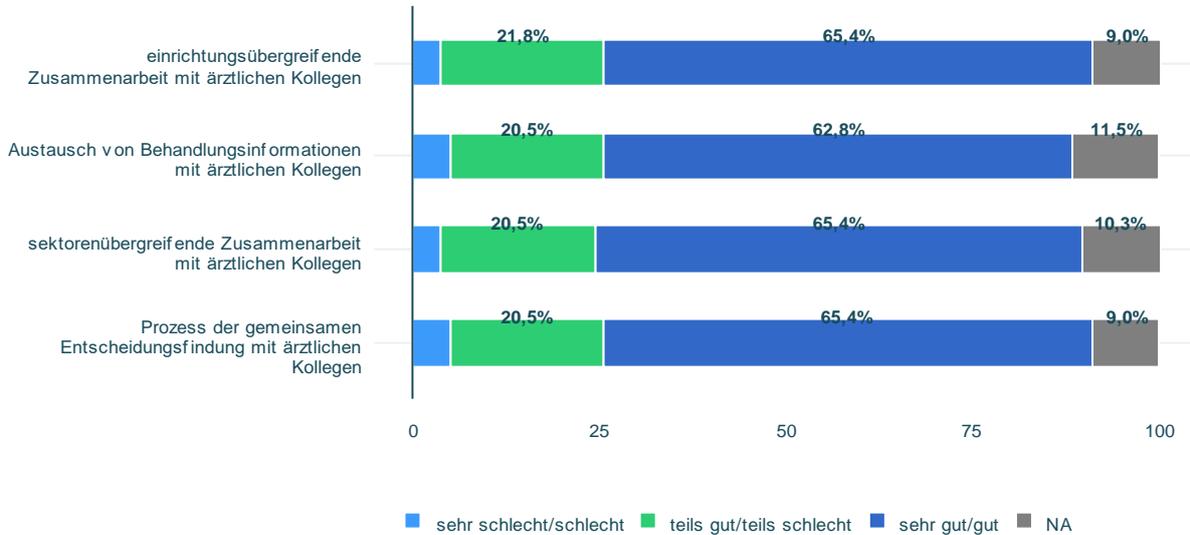
Ergänzend wurden die Ärzt:innen der Interventionsgruppe dazu befragt, ob sie in ihrem ASV-Team „Urologische Tumore“ Kommunikationsmittel verwendeten, die Sie vor dem Eintritt in die ASV nicht verwendet hatten. Hierbei gaben 17,9 % der ASV-Ärzt:innen (n = 14) an, seit ASV-Eintritt neue Kommunikationsmittel zu verwenden, wobei es sich überwiegend um die Nutzung von Videokonferenzen handelte (n = 12, nicht in Abbildungen/Tabellen dargestellt). Dieses Analyseergebnis stellt vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie und der damit einhergehenden Reduktion physischer Kontakte eine zu erwartende Entwicklung dar.

Zufriedenheit hinsichtlich der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg:innen

Befragt man die Ärzt:innen der Interventions- und der Vergleichsgruppe explizit zu ihrer Zufriedenheit hinsichtlich verschiedener Aspekte der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg:innen im Rahmen der Versorgung der ASV-Patient:innen (Interventionsgruppe) bzw. der uroonkologischen Patient:innen (Vergleichsgruppe), so zeigt sich in beiden Gruppen eine hohe Zufriedenheit. Wie Abbildungen 11 und 12, Seite 45, darstellen, bewerteten sowohl die Ärzt:innen der Interventions- als auch jene der Vergleichsgruppe die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit sowie den Austausch von Behandlungsinformationen und den Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit ärztlichen Kolleg:innen überwiegend als sehr gut bis gut.

Aspekte der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg:innen (Interventionsgruppe)

„Wenn Sie an die Versorgung von Patienten im Rahmen der ASV „Urologische Tumore“ denken, wie bewerten Sie persönlich ...“

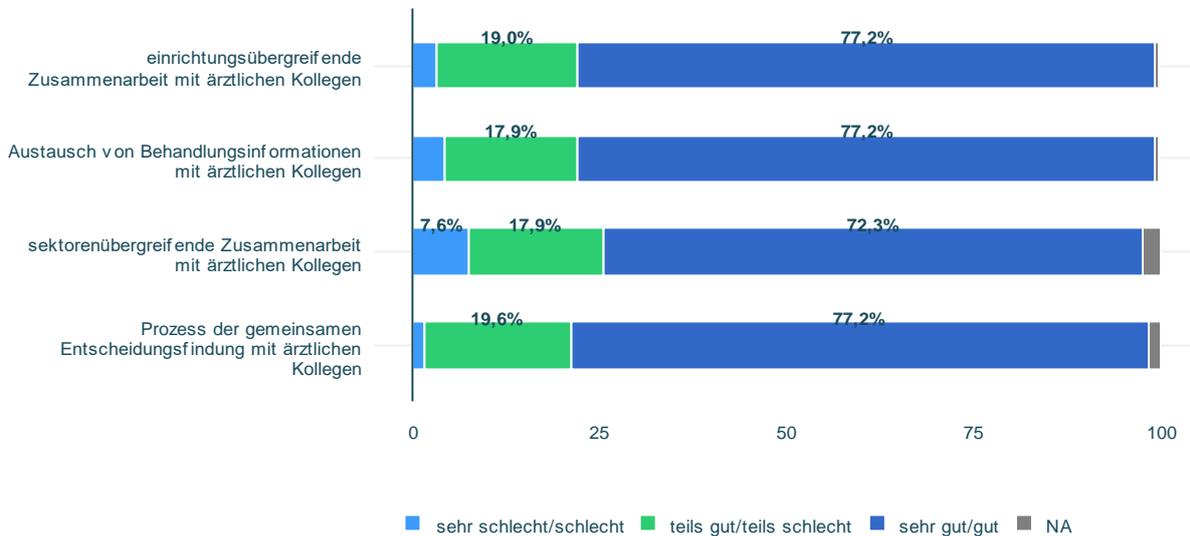


Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 11: Aspekte der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg:innen (Interventionsgruppe). Fallzahl n(IG) = 78. „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Aspekte der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg:innen (Vergleichsgruppe)

„Wenn Sie an die Versorgung Ihrer uroonkologischen Patienten denken, wie bewerten Sie persönlich ...“



Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 12: Aspekte der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg:innen (Vergleichsgruppe). Fallzahl n(VG) = 184. „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Berücksichtigt man, ob die Befragten an der Onkologie-Vereinbarung teilnahmen, so zeigen sich Unterschiede zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit. ASV-Ärzt:innen, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnahmen, waren tendenziell etwas weniger zufrieden mit der Zusammenarbeit als jene ASV-Ärztinnen, die nicht an der Onkologie-

Vereinbarung teilnahmen (siehe Abbildung 29, Anhang A.3), wobei die Testverfahren hier keine statistisch signifikante Unterschiede in den Mittelwerten bzw. zentralen Tendenzen zwischen den beiden Subgruppen ergaben (siehe Tabelle 23, Panel D in Anhang A.4).

In der Vergleichsgruppe zeigt sich ein umgekehrtes Muster. Ärzt:innen der Vergleichsgruppe, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnahmen, bewerteten die kollegiale Zusammenarbeit positiver als diejenigen, die nicht daran teilnahmen (siehe Abbildung 30, Anhang A.3). Hinsichtlich der Bewertungen zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit sowie des gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozesses zeigen die Testverfahren statistisch signifikante Unterschiede in den Mittelwerten bzw. zentralen Tendenzen zwischen den beiden Subgruppen bei einem Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ an (siehe Tabelle 24, Panel C in Anhang A.4).

Freitext-Angaben zur Zusammenarbeit

Bei den Angaben, welche die Zusammenarbeit in bzw. außerhalb der ASV betrafen, konnten unterschiedliche Ansichten beobachtet werden. Teilnehmende berichteten zum Teil von einer Verbesserung der sektorenübergreifenden und interdisziplinären Zusammenarbeit durch die ASV (Zitat: „[...] *Vernetzung der Fachrichtungen werden besser*“, „*enger persönlicher und unkomplizierter Austausch mit den Kolleg. in der Klinik*“ [sic]).

Zudem schilderten Teilnehmende zum Teil Ablehnung sowie Konkurrenzdenken in Bezug auf die Zusammenarbeit in der ASV, was sich eventuell negativ auf die Zusammenarbeit auswirken könnte (Zitat: „[...] *Ich bin in einer größeren Praxis tätig aber auch aus Solidarität mit den kleinen und ländlichen Praxen machen wir da nicht mit.*“, „[...] *Den Urologen wird die Begandlung immer mehr abgenommen.*“ [sic]).

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Auswertungen (siehe Anhang A.2).

Andere Formen der Vernetzung und Zusammenarbeit in formalisierten Strukturen

Eine weitere Möglichkeit, wie Urolog:innen außerhalb der ASV mit ihren ärztlichen Kolleg:innen innerhalb formalisierter Strukturen zusammenarbeiten können, besteht in der Teilnahme an weiteren Versorgungsformen. Tatsächlich nahmen laut Tabelle 13, Seite 47, wie in Abschnitt 6.2 bereits erwähnt, jeweils über die Hälfte der Ärzt:innen der Interventions- und Vergleichsgruppe an der Onkologie-Vereinbarung gemäß Anlage 7 zum BMV-Ä teil (IG: 59,7 %; VG: 68,9 %), wobei es sich hierbei jeweils überwiegend um Ärzt:innen mit ambulanter Haupttätigkeit handelte. Etwas häufiger als in der Vergleichsgruppe nahmen Befragte der Interventionsgruppe an der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V teil (IG: 22,2 %; VG: 13,0 %), wobei es sich auch hierbei jeweils überwiegend um ambulant Tätige handelte. Ähnlich häufig gaben Ärzt:innen beider Gruppen eine Teilnahme an der ambulanten Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V (alte Fassung) an (IG: 20,8 %; VG: 17,5 %), wobei es sich hierbei jeweils überwiegend um stationär Tätige handelte (Anteile nach Sektorzugehörigkeit nicht in Abbildungen/Tabellen dargestellt). Ähnlich häufig gaben Ärzt:innen beider Gruppen an, nicht an weiteren Versorgungsformen teilzunehmen (IG: 22,2 %; VG: 21,5 %).

Tabelle 13: Teilnahme an weiteren Versorgungsformen in Interventions- und Vergleichsgruppe

Merkmal	Interventionsgruppe		Vergleichsgruppe	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Gesamtanzahl	72		177	
Onkologie-Vereinbarung gemäß Anlage 7 zum BMV-Ä	43	59,7 %	122	68,9 %
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V	16	22,2 %	23	13,0 %
Ambulante Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V (alte Fassung)	15	20,8 %	31	17,5 %
keine Versorgungsformen	16	22,2 %	38	21,5 %
Sonstige*	4	5,6 %	20	11,3 %

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Hinweis: Mehrfachauswahl möglich.

*Sonstige umfasst Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V, besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V und sonstige Angaben (Freitext).

Freitext-Angaben zur Teilnahme an weiteren Versorgungsformen

Bei den Freitextangaben zur Teilnahme an anderen Versorgungsformen wurde ersichtlich, dass ein überwiegender Teil der Antwortenden andere Versorgungsformen als Alternative bzw. als Konkurrenz zur ASV bewerteten (Zitat: „Versorgung von Patienten, die nicht in der ASV versorgt werden, können in der OV betreut werden.“, „Betreuung über eigenes Ärztenetz erfolgt“).

Nahmen Befragungsteilnehmer:innen an der Onkologie-Vereinbarung teil, so wurden diese explizit nach Gründen gefragt, die aus ihrer Sicht für die Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung sprachen. Häufig wurde hierbei die Flexibilität und insbesondere die Unabhängigkeit bei der Versorgung der eigenen Patient:innen vom stationären Versorgungsbereich betont, was einen Vorteil der Onkologie-Vereinbarung gegenüber der ASV „Urologische Tumore“ darstelle. Weitere Gründe waren weniger Bürokratie, bessere Vergütung und sinnvollere Anforderungen hinsichtlich Fort- und Weiterbildung des Personals in der Onkologie-Vereinbarung.

Nur wenige Wortmeldungen sahen in der ASV und anderen Versorgungsformen Potenziale zur Synergie (Zitat: „Sicherung der Onkovereinbarung“ [sic]).

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Auswertungen (siehe Anhang A.2).

Auch jenseits der oben genannten weiteren Versorgungsformen nutzten die Ärzt:innen der Interventions- sowie der Vergleichsgruppe im beruflichen Alltag diverse Vernetzungsmöglichkeiten, wie Tabelle 14, Seite 48 zeigt. So nahm der überwiegende Anteil der Ärzt:innen in Interventions- und Vergleichsgruppe regelmäßig an Qualitätszirkeln (z.B. Onko-Zirkel) bzw. einrichtungsübergreifenden Tumorboards teil, wobei in beiden Gruppen jeweils ambulant Tätige vergleichsweise häufiger die Beteiligung an Qualitätszirkeln und stationär Tätige vergleichsweise häufiger die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Tumorboards angaben.

Tabelle 14: Teilnahme an Vernetzungsmöglichkeiten in Interventions- und Vergleichsgruppe

Merkmal	Interventionsgruppe		Vergleichsgruppe	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Gesamtanzahl	77		177	
regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln (z.B. Onko-Zirkel)	48	62,3 %	123	69,5 %
regelmäßige Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Tumorboards	51	66,2 %	112	63,3 %
zertifiziertes Organzentrum	33	42,9 %	39	22,0 %
Teilnahme an einem Praxisnetz	11	14,3 %	22	12,4 %
keine Vernetzung	7	9,1 %	16	9,0 %
Sonstige*	0	0	8	4,5 %

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Hinweis: Mehrfachnennungen waren möglich.

*Sonstige umfasst sonstige Angaben (Freitext)

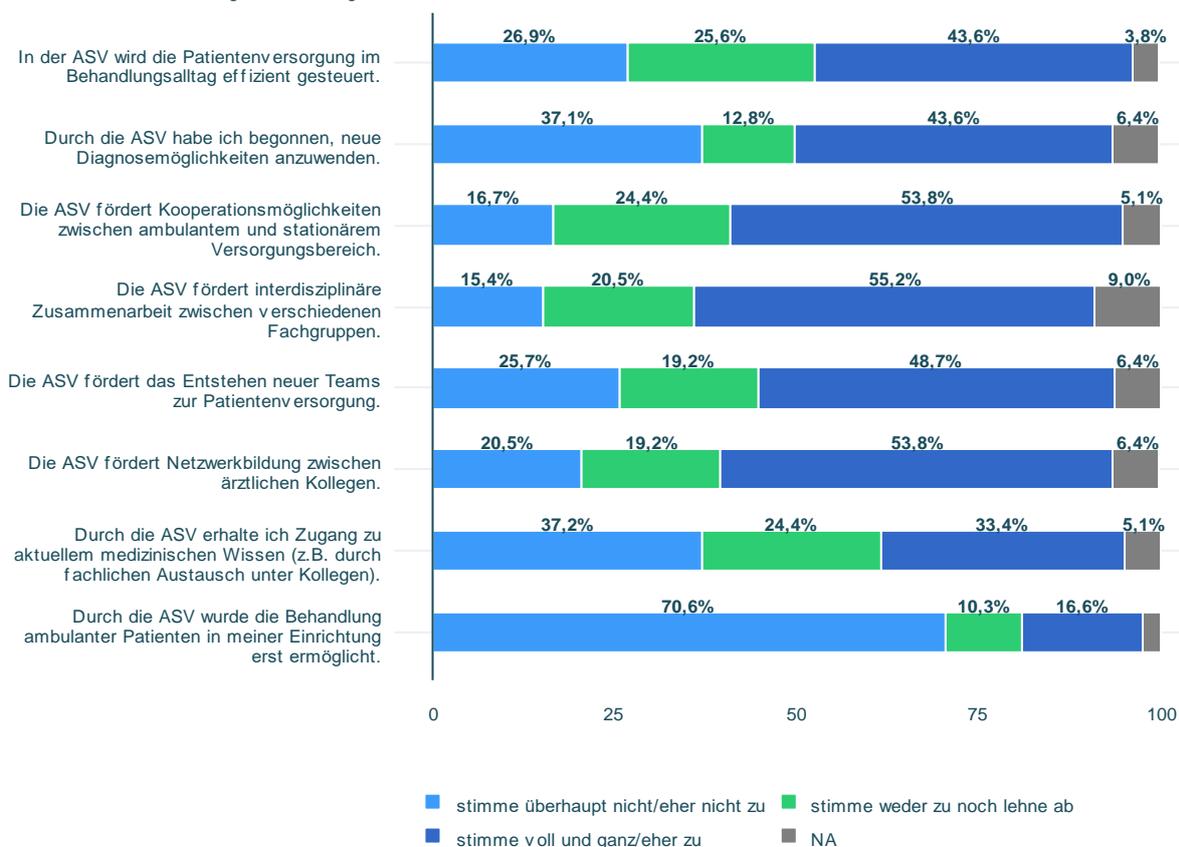
Die Beteiligung an einem zertifizierten Organzentrum war insbesondere in der Interventionsgruppe mit 42,9 % deutlich vertreten, wobei stationär tätige ASV-Ärzt:innen diese deutlich häufiger nannten als ambulant tätige (IG, amb.: 23,4 %; IG, stat.: 73,3 %). Zudem gaben 22,0 % der Ärzt:innen in der Vergleichsgruppe an, an einem zertifizierten Organzentrum teilzunehmen, wobei auch in dieser Gruppe stationär tätige Ärzt:innen dies deutlich häufiger nannten als ambulant tätige (VG, amb.: 16,4 %; VG, stat.: 48,4 %). Die Teilnahme an einem Praxisnetz wurde mit 14,3 % bzw. 12,4 % weniger häufig berichtet, wobei es sich hierbei jeweils überwiegend um Ärzt:innen mit ambulanter Haupttätigkeit handelte (Anteile nach Sektorzugehörigkeit nicht in Abbildungen/Tabellen dargestellt).

6.6 Innovationen und Weiterentwicklung der Versorgung

Mit ihrem Fokus auf das vernetzte Arbeiten in den ASV-Teams könnte die ASV „Urologische Tumore“ potenziell günstige Bedingungen für die Schaffung von Innovationen und die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung bieten. Vor diesem Hintergrund zielte die Ärztebefragung unter anderem auf die Überprüfung der Arbeitshypothese ab, dass die ASV „Urologische Tumore“ Innovationen und eine Weiterentwicklung der Versorgung ermögliche.

Einschätzungen zu Innovation durch die ASV (Interventionsgruppe)

„Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?“



Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

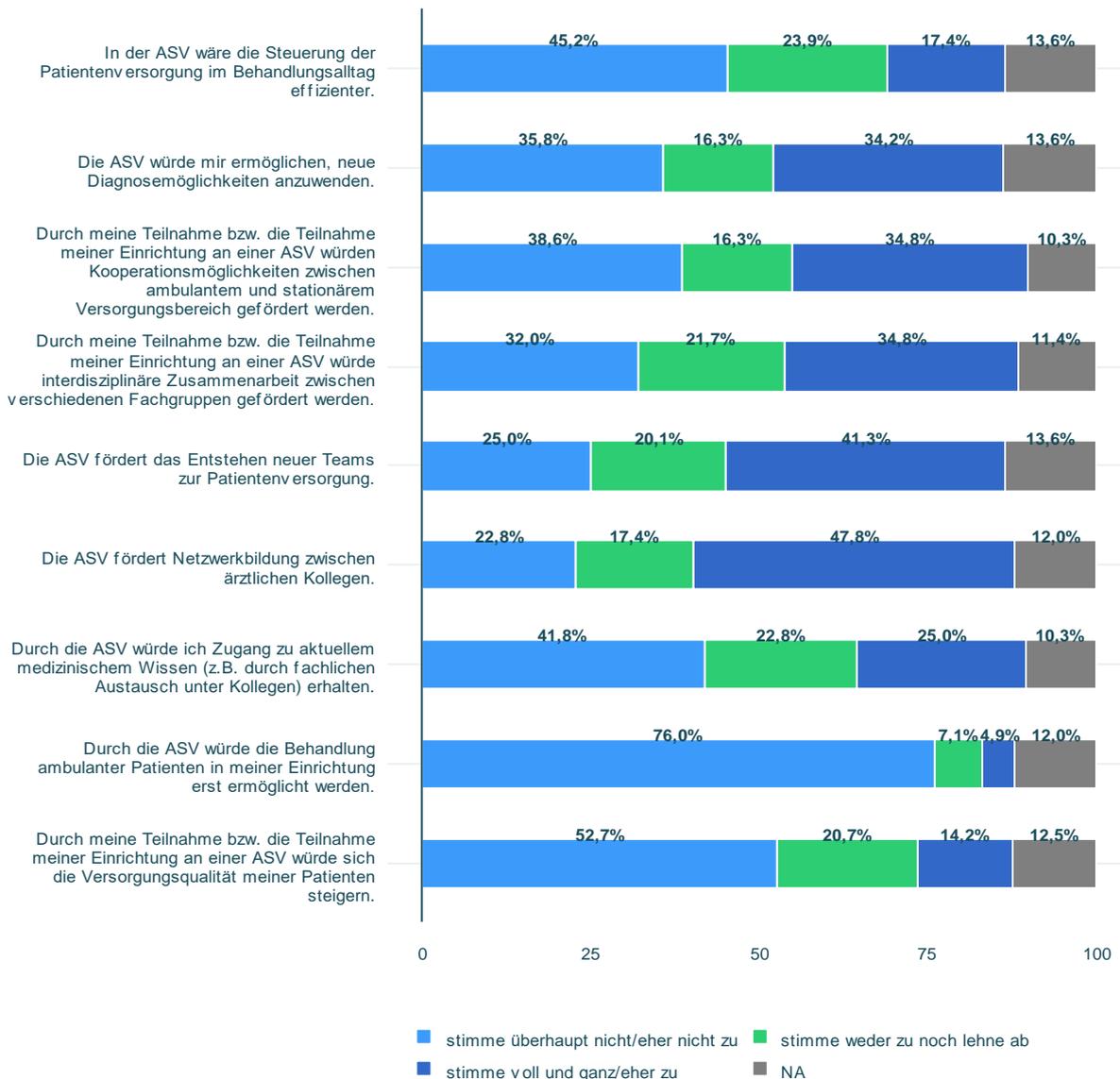
Abbildung 13: Einschätzungen zu Innovation durch die ASV (Interventionsgruppe). Fallzahl n(IG) = 78. „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

So wurden die Teilnehmer:innen der Ärztebefragung zu verschiedenen Aspekten innovativer Versorgung im Hinblick auf die ASV „Urologische Tumore“ befragt. Wie Abbildung 13 zeigt, war jeweils knapp etwas mehr als die Hälfte der Ärzt:innen der Interventionsgruppe der Ansicht, die ASV fördere Kooperationsmöglichkeiten zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich, die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachgruppen sowie eine Netzwerkbildung zwischen ärztlichen Kollegen (53,8 % bis 55,2 %). 43,6 % der ASV-Ärzt:innen bestätigten, dass sie durch die ASV begonnen hatten, neue Diagnosemöglichkeiten anzuwenden. Was den Zugang zu aktuellem medizinischem Wissen anbelangt, zeigt sich ein gemischtes Bild.

Differenziert man die Ergebnisse allerdings nach Versorgungsbereichen, so stimmte gemäß Abbildung 31, Anhang A.3 ein größerer Anteil der ambulant Tätigen im Vergleich zu stationär Tätigen der Interventionsgruppe der Aussage zu, durch die ASV Zugang zu aktuellem medizinischem Wissen zu erhalten (amb.: 40,4 %, stat.: 22,6 %). Die Testverfahren ergaben hier allerdings keine statistisch signifikanten Unterschiede in den Mittelwerten bzw. zentralen Tendenzen zwischen den beiden Subgruppen (siehe Tabelle 23, Panel E in Anhang A.4).

Einschätzungen zu Innovation durch die ASV (Vergleichsgruppe)

„Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?“



Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 14: Einschätzungen zu Innovation durch die ASV (Vergleichsgruppe). Fallzahl n(VG) = 184. „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Was die Vergleichsgruppe betrifft, so wurden die Nicht-ASV-Ärzt:innen zu ihrer Außensicht auf die ASV „Urologische Tumore“ befragt. Im Vergleich zu den Angaben der Interventionsgruppe erscheinen die in Abbildung 14 dargestellten Einschätzungen der Vergleichsgruppe tendenziell weniger zustimmend gegenüber der ASV „Urologische Tumore“. So waren lediglich 17,4 % der Ärzt:innen der Vergleichsgruppe der Ansicht, durch die ASV wäre die Steuerung der Patientenversorgung im Behandlungsalltag effizienter. Nur 14,2 % der Nicht-ASV-Ärzt:innen gingen davon aus, dass sich durch ihre Teilnahme an der ASV die Versorgungsqualität ihrer Patient:innen steigern würde. Mehr als die Hälfte (52,7 %) der Ärzt:innen in der Vergleichsgruppe stimmten dieser These explizit nicht zu.

Tendenziell zustimmender war der Blick der Vergleichsgruppe auf die ASV im Hinblick auf die darin liegenden Potenziale für Teambildung und Vernetzung. So stimmten zum Beispiel 47,8 % der Nicht-

ASV-Ärzt:innen der These zu, dass die ASV die Netzwerkbildung zwischen ärztlichen Kollegen fördere (siehe Abbildung 14, Seite 50).

Betrachtet man die oben beschriebenen Ergebnisse für die Ärzt:innen der Vergleichsgruppe differenziert nach Versorgungsbereichen, so zeigt sich in Abbildung 32, Anhang A.3 zudem, dass die ambulant Tätigen gegenüber der ASV „Urologische Tumore“ vergleichsweise zurückhaltender eingestellt waren als die stationär Tätigen. Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Testverfahren wider. Hinsichtlich mehrerer Teilaspekte ergaben sich statistisch signifikante Unterschiede in den Mittelwerten bzw. zentralen Tendenzen zwischen den beiden Subgruppen auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ (siehe Tabelle 24, Panel D in Anhang A.4). Zugleich war der Anteil derer, die keine Angabe tätigten, bei den stationär Tätigen höher als bei den ambulant Tätigen.

Innovation beim Informationsaustausch

Wie im vorangegangenen Abschnitt 6.5 zur kollegialen Zusammenarbeit beschrieben, wurden die Befragungsteilnehmer:innen auch zu den Wegen des Informationsaustauschs im ASV-Team bzw. im Rahmen der Behandlung von uroonkologischen Patient:innen befragt. Eine stärkere Innovationsneigung der ASV-Teams könnte sich in der verstärkten Nutzung von digitalen Kommunikationsmitteln und Werkzeugen zeigen.

Tabelle 15: Wege des Informationsaustausches in Interventions- und Vergleichsgruppe

Merkmal	Interventionsgruppe		Vergleichsgruppe	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Gesamtanzahl	76		184	
direkter Kontakt	52	68,4 %	128	69,6 %
telefonisch	57	75,0 %	167	90,8 %
schriftlich (Briefe)	49	64,5 %	151	82,1 %
über Fax	32	42,1 %	115	62,5 %
über E-Mail	33	43,4 %	77	41,8 %
über digitale Arztberichte	7	9,2 %	17	9,2 %
über ein gemeinsames digitales Dokumentationssystem	12	15,8 %	9	4,9 %
über gemeinsame Messengersysteme (z.B. Silo, Whatsapp)	7	9,2 %	31	16,8 %
über Videokonferenzen	32	42,1 %	41	22,3 %
Sonstige*	6	7,9 %	4	2,1 %

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Hinweis: Mehrfachnennungen waren möglich.

*Sonstige umfasst die elektronische Patientenakte (ePA) sowie sonstige Angaben (Freitext)

Wie Tabelle 15 zusammenfassend darstellt, kommunizierte tatsächlich ein größerer Anteil der Ärzt:innen in der Interventionsgruppe über ein gemeinsames digitales Dokumentationssystem (IG: 15,8 %; VG: 4,9 %) sowie über Videokonferenzen (IG: 42,1 %; VG: 22,3 %). Bei der Interpretation der Ergebnisse muss allerdings berücksichtigt werden, dass Interventions- und Vergleichsgruppe sich hinsichtlich ihrer strukturellen Zusammensetzung unterscheiden. So könnten die hier beobachteten Unterschiede z.B. daher rühren, dass stationär tätige Ärzt:innen möglicherweise auf vergleichsweise größere infrastrukturelle Ressourcen zugreifen können, wobei der Anteil der stationär Tätigen in der Interventionsgruppe vergleichsweise höher ist als in der Vergleichsgruppe.

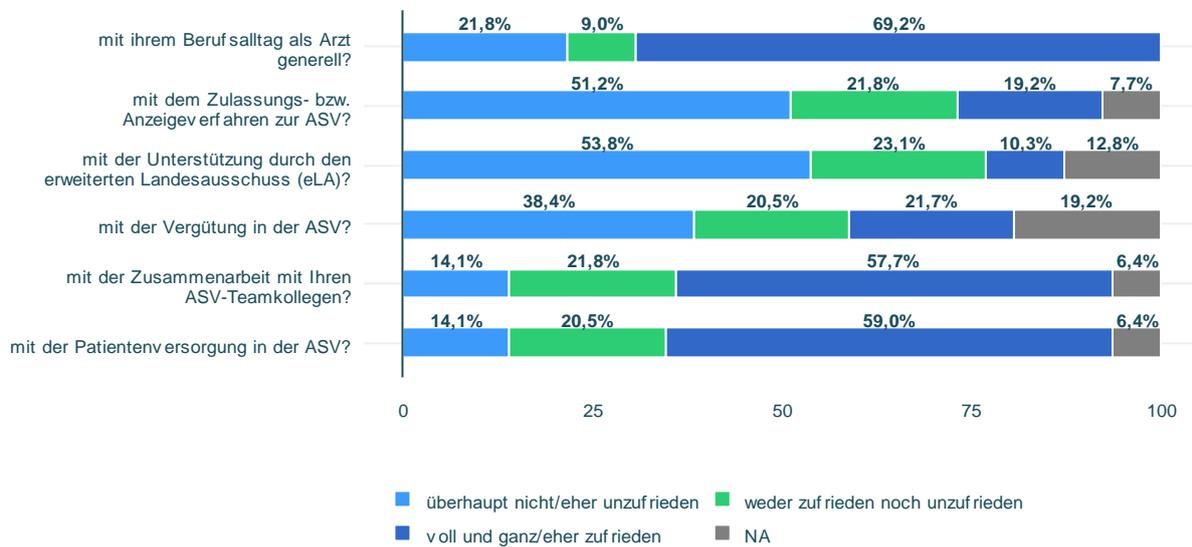
Wie in Abschnitt 6.5 bereits erwähnt, bejahten 17,9 % der Ärzt:innen der Interventionsgruppe (n = 14) die ergänzende Frage, ob im ASV-Team Kommunikationsmittel verwendet werden, die vor dem Eintritt in die ASV nicht verwendet wurden. Allerdings handelte es sich hierbei überwiegend um die Kommunikation mittels Videokonferenzen (n = 12, nicht in Abbildungen/Tabellen dargestellt).

6.7 Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der ASV

Ein weiteres Forschungsziel der Ärztebefragung war die Überprüfung der Arbeitshypothese, dass die ASV-Ärzt:innen mit den Rahmenbedingungen der ASV zufrieden seien. So wurden die Ärzt:innen der Interventionsgruppe sowohl hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit der ASV im Allgemeinen als auch hinsichtlich der Angemessenheit der Teilnahmeanforderungen der ASV „Urologische Tumore“ befragt.

Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen in der ASV (Interventionsgruppe)

„Wie zufrieden sind Sie aktuell ...“



Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 15: Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen in der ASV (Interventionsgruppe). Fallzahl n(IG) = 78. „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Laut Abbildung 15 gaben 69,2 % der Ärzt:innen der Interventionsgruppe an, mit ihrem Berufsalltag als Ärztin bzw. Arzt generell voll und ganz oder eher zufrieden zu sein. Sowohl mit dem Zulassungs- bzw. Anzeigeverfahren zur ASV als auch mit der Unterstützung durch den erweiterten Landesausschuss waren jeweils 51,2 % bzw. 53,8 % überhaupt nicht zufrieden oder eher unzufrieden. Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit ASV-Teamkollegen und bei der Patientenversorgung in der ASV zeigten sich die Befragten überwiegend zufrieden (57,7 % bzw. 59,0 %), was im Einklang mit den in den Abschnitten 6.4 und 6.5 präsentierten Ergebnissen zur Versorgungsqualität und zur Zusammenarbeit in den ASV-Teams steht.

Werden die Angaben nach Versorgungsbereich differenziert betrachtet, zeigt sich, dass ambulant tätige ASV-Ärzt:innen mit den Rahmenbedingungen in der ASV unzufriedener waren als stationär tätige ASV-Ärzt:innen (siehe Abbildung 33, Anhang A.3). Insbesondere gaben nur 48,9 % der ambulant tätigen ASV-Ärzt:innen an, mit der Patientenversorgung in der ASV voll und ganz oder eher zufrieden zu sein, wohingegen der entsprechende Anteil bei den stationär Tätigen bei 74,2 % lag. Auch hinsichtlich

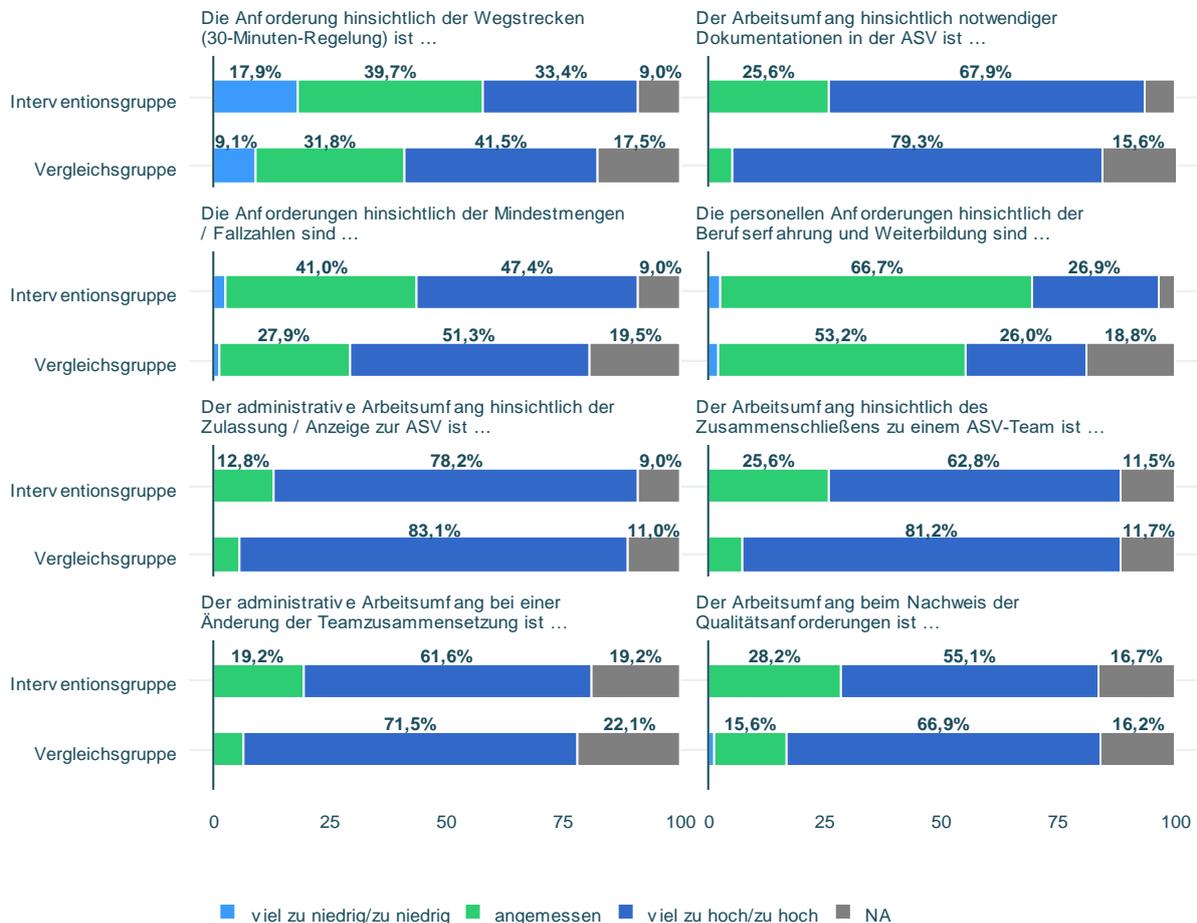
der Zusammenarbeit mit den ASV-Teamkollegen waren die stationär tätigen ASV-Ärzt:innen tendenziell zufriedener als die ambulant tätigen (61,3 % bzw. 55,3 % voll und ganz/eher zufrieden). Zudem gaben 48,9 % der ambulant Tätigen, aber nur 22,6 % der stationär Tätigen an, mit der Vergütung in der ASV überhaupt nicht zufrieden oder eher unzufrieden zu sein. Entsprechend ergaben die Testverfahren hinsichtlich einiger Teilaspekte statistisch signifikante Unterschiede in den Mittelwerten bzw. zentralen Tendenzen zwischen den beiden Subgruppen auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ (siehe Tabelle 23, Panel F in Anhang A.4).

Bewertung der Teilnahmeanforderungen

Sowohl die Ärzt:innen der Interventionsgruppe als auch jene der Vergleichsgruppe wurden um ihre persönliche Einschätzung zu den Anforderungen der Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ gebeten. Die ASV-Ärzt:innen sahen laut Abbildung 16, Seite 54 sowohl den administrativen Arbeitsumfang bei der Teamgründung als auch jenen für die Teamverwaltung überwiegend als viel zu hoch oder zu hoch an (55,1 % bis 78,2 %). Fast die Hälfte (47,4 %) der ASV-Ärzt:innen betrachtete die Anforderungen an die Fallzahlen als viel zu hoch oder zu hoch. Die Anforderungen hinsichtlich der Berufserfahrung und Weiterbildung wurden hingegen überwiegend als angemessen beurteilt (66,7 %).

Persönliche Einschätzung zu den Anforderungen der Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ (Interventions- und Vergleichsgruppe)

„Bitte geben Sie im Folgenden Auskunft über Ihre persönliche Einschätzung zu den Anforderungen zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“.“



Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 16: Persönliche Einschätzung zu den Anforderungen der Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ (Interventions- und Vergleichsgruppe). Fallzahlen (IG) = 78, n(VG, Mögl. der ASV-Teilnahme bekannt) = 154. „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Wie ebenfalls in Abbildung 16 dargestellt, wurden auch jene Ärzt:innen der Vergleichsgruppe, denen nach eigenen Angaben die Möglichkeit zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ grundsätzlich bekannt war, zu ihren persönlichen Einschätzungen zu den Anforderungen der Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ befragt (n = 154). Vergleicht man die Angaben von Interventions- und Vergleichsgruppe, so schätzten die Ärzt:innen der Vergleichsgruppe die Anforderungen zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ insgesamt häufiger als viel zu hoch oder zu hoch ein. Diese kritische Einschätzung der Anforderungen zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ steht im Einklang mit den in Abschnitt 6.2 beschriebenen Ansichten der Vergleichsgruppe zu einer möglichen Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ und mit den in den Freitextangaben beschriebenen Gründen der Nicht-Teilnahme.

Fluktuation in den ASV-Teams

Neben der oben beschriebenen expliziten Erfassung von Zufriedenheitsaspekten könnte sich die Zufriedenheit der ASV-Ärzt:innen mit den Rahmenbedingungen der ASV zudem auch in der personellen Fluktuation innerhalb der ASV-Teams niederschlagen – insbesondere hinsichtlich der angegebenen Gründe für personelle Veränderungen. Wie Tabelle 16 zeigt, berichteten 25,6 % der ASV-Ärztinnen von Austritten aus bzw. nachträglichen Eintritten in ihre ASV-Teams. Die Ebene des Kernteams (70,3 %) war hiervon öfter betroffen als die Ebene der hinzuzuziehenden Fachärzte (56,8 %). Der am häufigsten genannte Grund für die Fluktuation im Team war ein Arbeitsplatz- bzw. Einrichtungswechsel (45,9 %), wobei hinsichtlich der Gründe Mehrfachangaben getätigt werden konnten. So gaben 16,2 % der ASV-Ärzt:innen an, dass es in ihrem ASV-Team bereits zu personellen Veränderungen aufgrund einer ungünstigen Aufwand-Nutzen-Relation gekommen war.

Tabelle 16: Personelle Fluktuation im ASV-Team „Urologische Tumore“ (Interventionsgruppe)

Merkmal	Interventionsgruppe	
	Anzahl	Anteil
Gesamtanzahl	78	
Gab es Austritte bzw. nachträgliche Eintritte?		
ja	37	47,4 %
nein	20	25,6 %
weiß nicht	21	26,9 %
Von Fluktuation betroffene Teamebene (Mehrfachauswahl möglich)		
Teamleitung	aufgrund geringer Fallzahlen nicht berichtet	
Kernteammitglied	26	70,3 %
hinzuzuziehender Facharzt	21	56,8 %
Gründe für Fluktuation im Team (Mehrfachauswahl möglich)		
Arbeitsplatz- bzw. Einrichtungswechsel	17	45,9 %
sonstige persönliche Gründe (z.B. Elternzeit)	8	21,6 %
formale Gründe (z.B. Änderung der ASV-RL)	7	18,9 %
ungünstige Aufwand-Nutzen-Relation	6	16,2 %
andere Gründe*	9	24,3 %
weiß nicht	4	10,8 %

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Hinweise: * umfasst Sonstige Angaben im Freitext

Weiterempfehlung der ASV-Teilnahme

Schließlich wurden die Ärzt:innen der Interventionsgruppe im Rahmen der Ärztebefragung explizit dazu befragt, ob sie ihren fachärztlichen Kolleg:innen, sowohl innerhalb als auch außerhalb ihrer Einrichtung, zur Teilnahme an der ASV raten. Dabei gaben laut Tabelle 17 insgesamt 29,5 % der ASV-Ärzt:innen an, eine Teilnahme an der ASV gegenüber ihren fachärztlichen Kolleg:innen nicht weiterzuempfehlen. Betrachtet man die Weiterempfehlungsrate differenziert nach Versorgungsbereich, so bejahten 61,7 % der ambulant tätigen bzw. 80,6 % der stationär tätigen ASV-Ärzt:innen die Frage nach der Weiterempfehlung der ASV-Teilnahme gegenüber fachärztlichen Kolleg:innen (nicht in Abbildungen/Tabellen dargestellt).

Tabelle 17: Weiterempfehlung der ASV-Teilnahme (Interventionsgruppe)

„Raten Sie Ihren fachärztlichen Kollegen, sowohl innerhalb als auch außerhalb Ihrer Einrichtung, zur Teilnahme an der ASV?“

Merkmal	Interventionsgruppe	
	Anzahl	Anteil
Gesamtanzahl	78	
Weiterempfehlung der Teilnahme an der ASV gegenüber fachärztlichen Kolleg:innen		
ja	54	69,2 %
nein	23	29,5 %
keine Angabe	1	1,3 %

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Insgesamt zeigt sich somit im Hinblick auf die Zufriedenheit der ASV-Ärzt:innen mit den Rahmenbedingungen in der ASV „Urologische Tumore“ ein gemischtes Bild. Während die ASV-Ärztinnen mit der Zusammenarbeit und der Patientenversorgung im Rahmen der ASV eher zufrieden waren, überwog hinsichtlich des Zulassungs- bzw. Anzeigeverfahrens, der Unterstützung durch den erweiterten Landesausschuss (eLA) sowie auch teilweise hinsichtlich der Vergütung in der ASV eher die Unzufriedenheit.

Freitext-Angaben zur Zufriedenheit mit der ASV „Urologische Tumore“

Bei den Angaben, die sich auf die Zufriedenheit mit bzw. auf die Einschätzungen zu den Teilnahmeanforderungen der ASV „Urologische Tumore“ bezogen, wurden unterschiedliche Aspekte beobachtet. Befragte informierten zum Teil darüber, dass das wirtschaftliche Kosten-Nutzen Verhältnis in der ASV unstimmig bzw. die Wirtschaftlichkeit in anderen Versorgungsangeboten besser sei (Zitat: „[...] Teurer Bürokratieaufbau ohne die Versorgung zu verbessern, teuer im Personalmanagement [...]“, „Nutzen, Aufwand und Kosten stehen in keinem Verhältnis [...]).“).

Andere Befragte bewerteten die ASV in der Hinsicht positiv, dass durch die ASV Vergütung und Abrechnungsmöglichkeiten verbessert werden (Bsp.: Vergütung extrabudgetär, Angebot NUBs in ASV, Arbeitsteilung).

Gleichzeitig wurden zum Teil sowohl ein hohes Maß an Bürokratie (Zitat: „kompliziert und zu bürokratisch“, „zu uneffiziente, bürokratische Strukturen“ [sic]) als auch grundsätzlich hoher administrativer Aufwand und Zeitaufwand in der ASV moniert (Zitat: „[...] doppelte Doku bei schon jetzt zu viel Aufwand ohne Benefit für den Patienten [...]“, „[...] zeitlich zu aufwendig im Praxisalltag [...]).“).

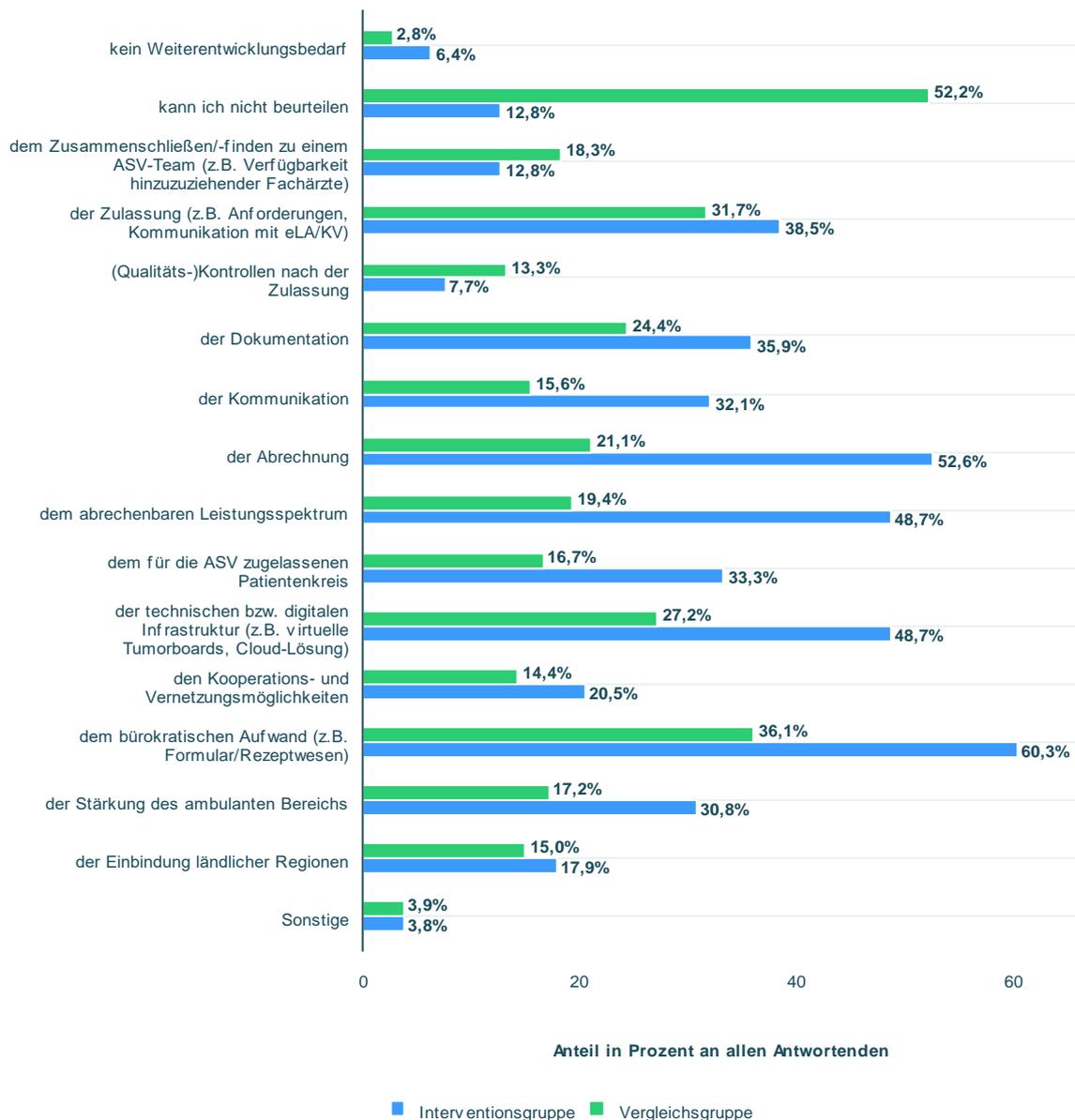
Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Auswertungen (siehe Anhang A.2).

6.8 Weiterentwicklung der ASV

Zum Abschluss der Befragung wurde sowohl die Interventions- als auch die Vergleichsgruppe gebeten, verschiedene Weiterentwicklungsbedarfe der ASV „Urologische Tumore“ im Rahmen einer Mehrfachauswahl anzugeben und bei Bedarf in einem Freitextfeld näher zu erläutern. In beiden Fragebogen widmete sich die jeweils letzte Frage den darüberhinausgehenden Anmerkungen zur ASV im Allgemei-

Weiterentwicklungsbedarfe der ASV „Urologische Tumore“ (Interventions- und Vergleichsgruppe)

„In welchen Bereichen bedarf aus Ihrer Sicht die ASV „Urologische Tumore“ einer Weiterentwicklung?
 Ich sehe Weiterentwicklungsbedarfe bei ...“



Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 17: Weiterentwicklungsbedarfe der ASV „Urologische Tumore“ (Interventions- und Vergleichsgruppe). Mehrfachnennungen möglich; Fallzahlen n(IG) = 78, n(VG, Angaben getätigt) = 180.

nen, die ebenfalls in Freitextform getätigt werden konnten (zu den Ergebnissen der Freitextanalysen siehe die Textbox am Ende dieses Abschnitts).

Wie Abbildung 17, Seite 57 zeigt, konnten nach eigenen Angaben 12,8 % der Ärzt:innen der Interventionsgruppe den Weiterentwicklungsbedarf nicht beurteilen. Die fünf häufigsten Weiterentwicklungsbedarfe sah die Interventionsgruppe beim bürokratischen Aufwand (60,3 %), bei der Abrechnung (52,6 %), bei der technischen bzw. digitalen Infrastruktur (48,7 %), beim abrechenbaren Leistungsspektrum (48,7 %) und bei der Zulassung (38,5 %). Nur 6,4 % der ASV-Ärzt:innen gaben an, dass die ASV „Urologische Tumore“ keiner Weiterentwicklung bedürfe.

Gemäß Abbildung 17, Seite 57 gaben nur 2,8 % der Ärzt:innen der Vergleichsgruppe an, die ASV „Urologische Tumore“ bedürfe keiner Weiterentwicklung. Zugleich konnten nach eigenen Angaben 52,2 % der Ärzt:innen der Vergleichsgruppe den Weiterentwicklungsbedarf nicht beurteilen. Entsprechend nannte die Vergleichsgruppe im Vergleich zur Interventionsgruppe weniger häufig Weiterentwicklungsbedarfe der ASV „Urologische Tumore“ im Rahmen der Mehrfachauswahl.

Die Ärzt:innen der Vergleichsgruppe sahen die fünf häufigsten Weiterentwicklungsbedarfe beim bürokratischen Aufwand (36,1 %), bei der Zulassung (31,7 %), bei der technischen bzw. digitalen Infrastruktur (27,2 %), bei der Dokumentation (24,4 %) und bei der Abrechnung (21,1 %).

Abbildungen 34 und 35 in Anhang A.3 stellen die Angaben zu den Weiterentwicklungsbedarfen differenziert nach dem Versorgungsbereich dar. Für die Ärzt:innen der Interventionsgruppe zeigte sich, dass nur 3,2 % der stationär Tätigen, aber 8,5 % der ambulant Tätigen keinen Weiterentwicklungsbedarf bei der ASV „Urologische Tumore“ sahen (siehe Abbildung 34, Anhang A.3). Zugleich sahen die stationär tätigen ASV-Ärzt:innen im Vergleich zu den ambulant Tätigen deutlich häufiger Weiterentwicklungsbedarfe beim bürokratischen Aufwand (amb.: 51,1 %, stat.: 74,2 %), bei der Zulassung (amb.: 27,7 %, stat.: 54,8 %) und, etwas weniger betont, unter anderem beim zugelassenen Patientenkreis (amb.: 27,7 %, stat.: 41,9 %) und der technischen bzw. digitalen Infrastruktur (amb.: 44,7 %, stat.: 54,8 %) (siehe Abbildung 34, Anhang A.3). Der Anteil jener, welche die Weiterentwicklungsbedarfe nicht beurteilen konnten, war dabei unter den stationär tätigen ASV-Ärzt:innen mit 16,1 % sogar etwas höher als unter den ambulant Tätigen (amb.: 10,6 %).

Vergleichsweise etwas häufiger gaben ambulant tätige ASV-Ärzt:innen unter anderem Weiterentwicklungsbedarfe bei der Abrechnung (amb.: 55,3 %, stat.: 48,4 %), dem abrechenbaren Leistungsspektrum (amb.: 51,1 %, stat.: 45,2 %) und den Kooperations- und Vernetzungsmöglichkeiten (amb.: 23,4 %, stat.: 16,1 %) an. Ein deutlicher Unterschied zeigt sich hinsichtlich der Stärkung des ländlichen Bereichs. Dieser Weiterentwicklungsbedarf wurde von 40,4 % der ambulant tätigen ASV-Ärzt:innen, aber nur von 16,1 % der stationär tätigen ASV-Ärzt:innen angegeben.

Für die Ärzt:innen der Vergleichsgruppe ergab der Vergleich zwischen ambulant und stationär tätigen Nicht-ASV-Ärzt:innen ein anderes Bild (siehe Abbildung 35, Anhang A.3). So sahen nur 1,4 % der ambulant Tätigen, aber 9,1 % der stationär Tätigen keinen Weiterentwicklungsbedarf bei der ASV „Urologische Tumore“. Auch wurden in der Vergleichsgruppe nahezu alle Weiterentwicklungsbedarfe vergleichsweise häufiger von ambulant tätigen Ärzt:innen genannt. Dies trifft unter anderem auf Weiterentwicklungsbedarfe beim bürokratischen Aufwand (amb.: 40,8 %, stat.: 15,2 %), bei der Dokumentation (amb.: 27,9 %, stat.: 9,1 %), bei der Abrechnung (amb.: 24,5 %, stat.: 6,1 %), bei der technischen und digitalen Infrastruktur (amb.: 31,3 %, stat.: 9,1 %) sowie bei der Stärkung des ambulanten Bereichs (amb.: 20,4 %, stat.: 3,0 %) und der Einbindung ländlicher Regionen (amb.: 17,7 %, stat.: 3,0 %) zu. Allerdings ist zu bedenken, dass mehr als die Hälfte der stationär Tätigen (63,6 %) in der Vergleichsgruppe angab, die Weiterentwicklungsbedarfe nicht beurteilen zu können. Mit 49,7 % lag dieser Anteil bei den ambulant tätigen Ärzt:innen vergleichsweise niedriger.

Freitext-Angaben zur Weiterentwicklung der ASV

In den Freitextangaben wurden unterschiedliche Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung der ASV deutlich. Ein Ansatzpunkt betraf die fehlende Unterstützung (Zitat: „[...] keine Unterstützung bei Etablierung“) sowie Informationsdefizite (Zitat: „Ich hätte gerne VIEL mehr Informationen. Was kann ich selber tun? Wie kann man teilnehmen?“), „keine rasch verfügbare Quelle nach ASV-Teamgründung mit verlässlichen Abrechnungsinformationen, kein verfügbarer Abrechnungspartner (eigene KV bietet Abrechnung über ASV nicht an) [...]“ [sic]).

Darüber hinaus wurde die mangelnde Evidenz zur ASV angemerkt (Zitat: „Gibt es einen Beleg für die Verbesserung der Versorgung (z.B. Gesamt- bzw. krankheitsspezifisches Überleben) onkologischer Patienten in der ASV? [...]“, „[...] Unklar bleibt der Nutzen der ASV- wie wird ein etwaiger Vorteil festgestellt, Qualität gemessen? Warum werden gut funktionierende Strukturen, die effizient arbeiten in Frage gestellt und ggfs. zerstört? [...]“).

Weitere Kritikpunkte betrafen konkrete Rahmenbedingungen und Anforderungen in der ASV, wie bspw. die 30-Minuten-Regel, die Einbindung ländlicher Regionen oder die Bereinigung der Gesamtvergütung um die ASV.

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Auswertungen (siehe Anhang A.2).

7 Zusammenfassung

Dieser Bericht beschreibt die Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, welche im Frühjahr 2022 im Rahmen des Innovationsfondsprojektes „Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE)“ bei fachärztlich tätigen Urolog:innen in Deutschland durchgeführt wurde. Leitfrage des Forschungsprojekts war dabei, ob die im Jahr 2018 eingeführte ASV „Urologische Tumore“ die in sie gesetzten Erwartungen hinsichtlich der intendierten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erfülle. Die Ärztebefragung diente dabei der Betrachtung der ärztlichen Perspektive auf die ASV „Urologische Tumore“.

Zur Erhebungsteilnahme eingeladen wurden Anfang März 2022 alle ambulant tätigen Urolog:innen in Deutschland sowie die Abteilungsleitungen der urologischen Fachabteilungen an deutschen Kliniken – verbunden mit der Bitte, die übrigen Fachärzt:innen der Urologie in der jeweiligen Fachabteilung über die Ärztebefragung zu informieren. Trotz der pandemiebedingt hohen Arbeitslast in den Einrichtungen des Gesundheitswesens konnte eine Stichprobe von 262 Ärzt:innen, davon 78 ASV-Ärzt:innen in der Interventions- und 184 Nicht-ASV-Ärzt:innen in der Vergleichsgruppe, realisiert werden.

Die Befragung erfolgte mittels zweier Fragebogen, die inhaltlich auf die jeweilige Befragungsgruppe, d.h. auf Interventions- und Vergleichsgruppe zugeschnitten waren. Zugleich wurden die Fragebogen mit der Maßgabe entwickelt, dass diese sowohl inhaltlich als auch hinsichtlich des strukturellen Aufbaus der Fragen weit möglichst aufeinander abgestimmt sein sollten. Neben der skalenbasierten Erfassung der persönlichen Einschätzungen der Ärzt:innen wurden den Befragungsteilnehmer:innen im Rahmen mehrerer offener Fragen Raum für Erfahrungsberichte und Anmerkungen zur ASV „Urologische Tumore“ gegeben. Die Ergebnisse der Ärztebefragung basieren daher sowohl auf quantitativen als auch auf qualitativen Analysen. Im Zentrum dieses Berichtes stehen dabei die quantitativen Analyseergebnisse, die durch die qualitativen Analyseergebnisse und ausgewählte Zitate zusätzlichen Kontext erhalten.

Hinsichtlich der sozio-demographischen Merkmale und der beruflichen Haupttätigkeit zeigte sich, dass sowohl in der Interventions- als auch in der Vergleichsgruppe ein überproportionaler Anteil der

Ärzt:innen eine Haupttätigkeit im ambulanten Versorgungsbereich angab. Zugleich zeigten die Freitextangaben zu den Nebentätigkeiten, dass die befragten Ärzt:innen häufig intersektoral tätig waren – zum Beispiel durch eine Belegarztstätigkeit, eine (Teil-)Ermächtigung oder eine parallele Tätigkeit in einem Klinik-MVZ. Ärzt:innen mit einer Leitungsfunktion waren ebenfalls überproportional unter den Befragungsteilnehmer:innen vertreten (z.B. Chefärzt:innen, Praxisinhaber:innen).

Was die ASV-Teilnahme betrifft, so waren etwa 23 % der insgesamt 78 Ärzt:innen der Interventionsgruppe als Teamleitung eines ASV-Teams „Urologische Tumore“ tätig, wobei sowohl Ärzt:innen aus länger etablierten als auch aus erst vor Kurzem gegründeten Teams vertreten waren. Etwa ein Viertel der Ärzt:innen der Interventionsgruppe (etwa 23 %) war neben der ASV „Urologische Tumore“ noch in mindestens einem weiteren ASV-Team tätig. Zugleich waren unter den Ärzt:innen der Vergleichsgruppe etwa 98 % in gar keinem ASV-Team tätig. Allerdings befanden sich etwa 10 % der Ärzt:innen der Vergleichsgruppe, denen die Möglichkeit zur ASV-Teilnahme grundsätzlich bekannt war, zum Befragungszeitpunkt bereits im Zulassungsverfahren für die ASV „Urologische Tumore“.

Die Motive für die Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ erwiesen sich als vielfältig. Von den ASV-Ärzt:innen am häufigsten als sehr/eher relevant eingestuft wurden die Steigerung der Versorgungsqualität der Patient:innen sowie die Verfügbarkeit von mehr/neuen Diagnosemöglichkeiten (z.B. Bildgebung) in der ASV. Weitere wichtige Motive für die ASV-Teilnahme bezogen sich auf die Intensivierung und Verbesserung der interdisziplinären und intersektoralen Zusammenarbeit, den Austausch und die Vertiefung von Fachwissen mit Kolleg:innen sowie die effiziente Steuerung der Patientenversorgung im Behandlungsalltag. Bei etwa 42 % der ASV-Ärzt:innen wurde die Entscheidung zur Teilnahme an der ASV nicht individuell, sondern auf Einrichtungs- bzw. Abteilungsebene getroffen.

Vielschichtig waren auch die Einschätzungen, die aus der Perspektive der Vergleichsgruppe gegen eine Teilnahme an der ASV sprachen. So empfanden von jenen 154 der insgesamt 184 Ärzt:innen der Vergleichsgruppe, denen die Teilnahmemöglichkeit an der ASV „Urologische Tumore“ grundsätzlich bekannt war, zum Beispiel nur etwa 20 % die Teilnahmeanforderungen als angemessen und nur etwa 17 % stimmten der Aussage zu, dass sie die ASV-Teilnahme einfach in ihren Arbeitsalltag integrieren könnten. Während etwa 41 % der betreffenden Ärzt:innen angaben, hinsichtlich einer ASV-Teilnahme noch unentschlossen zu sein, hatten sich etwa 43 % zum Befragungszeitpunkt bereits gegen eine Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ entschlossen. Die in den Freitextangaben genannten Gründe der Nicht-Teilnahme waren vielfältig. Sie bezogen sich zum Beispiel auf einen unpassenden Patientenkreis, eine mangelnde regionale Verfügbarkeit von ärztlichen Kolleg:innen für die Teamgründung, zu hohe Teilnahmevoraussetzungen bzw. ungünstige Rahmenbedingungen in der ASV sowie den Wunsch nach Bindung der eigenen Patient:innen.

Ein weiteres Augenmerk der Ärztebefragung lag auf den persönlichen Einschätzungen der befragten Urolog:innen zu verschiedenen Aspekten der Versorgung von ASV-Patient:innen (in der Interventionsgruppe) bzw. von uroonkologischen Patient:innen (in der Vergleichsgruppe). So wurden die Befragungsteilnehmer:innen um ihre Einschätzungen bezüglich des Zugangs der Patienten zur Versorgung und bezüglich ihrer persönlichen Gestaltungsmöglichkeiten bei der Versorgungsqualität gebeten. Für diese Frageblöcke wurde, in Anlehnung an die Vorgehensweise in der Patientenbefragung des Innovationsfondsprojekts ASV-WE, ein Fokus auf die Versorgung der spezifischen Patientengruppe mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom gelegt.

Hinsichtlich des Zugangs zur Versorgung bestanden aus Sicht der ASV-Ärzt:innen für die ASV-Patienten insbesondere Vorteile bei der Diagnostik (Möglichkeiten der Diagnostik und terminliche Vorteile). Mehr als die Hälfte der ASV-Ärzt:innen sah zugleich keinen großen Unterschied bei der medizinischen Versorgung der Patienten insgesamt. Was die Versorgungsqualität betrifft, so bewerteten sowohl

ASV- als auch Nicht-ASV-Ärzt:innen ihre Möglichkeiten, den Patienten eine qualitativ hochwertige Versorgung zukommen zu lassen, überwiegend als gut bis sehr gut. Tendenziell kritischer bewertet wurde in diesem Zusammenhang in beiden Gruppen der Umfang der zeitlichen Ressourcen während des Arzt-Patienten-Kontakts.

Die weiteren Fragenkomplexe der Ärztebefragung bezogen sich auf die Versorgung von Patient:innen der ASV „Urologische Tumore“ bzw. von uroonkologische Patient:innen im Allgemeinen. Hierbei waren die Betrachtung der intersektoralen Zusammenarbeit in den ASV-Teams bzw. mit ärztlichen Kolleg:innen, Fragen zu Innovation und Weiterentwicklung der Versorgung durch die ASV sowie die Erfassung der Zufriedenheit der ASV-Ärzt:innen mit den Rahmenbedingungen in der ASV „Urologische Tumore“ weitere inhaltliche Schwerpunkte der Erhebung.

Hinsichtlich der einrichtungs- bzw. sektorenübergreifenden Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg:innen zeigte sich sowohl in der Interventions- als auch in der Vergleichsgruppe eine hohe Zufriedenheit. Etwa 80 % der Ärzt:innen der Interventionsgruppe gaben an, innerhalb und außerhalb der ASV größtenteils mit denselben ärztlichen Kolleg:innen zusammenzuarbeiten. Zugleich führte die ASV laut Angaben der Interventionsgruppe zum Teil zu mehr sektorenübergreifender Zusammenarbeit (etwa 46 %) und der Kreis der ärztlichen Kolleg:innen, mit denen regelmäßig zusammengearbeitet wurde, hatte sich erweitert (etwa 39 %). Diese Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass die ASV-Teilnahme in Teilen zu einer Intensivierung der Zusammenarbeit geführt haben dürfte. Es zeigte sich, dass der überwiegende Teil der befragten Urolog:innen in beiden Gruppen vernetzt arbeitete – sowohl innerhalb als auch unabhängig von der ASV. Dabei war neben der Nutzung von Vernetzungsmöglichkeiten z.B. durch die Beteiligung an Qualitätszirkeln, einrichtungsübergreifenden Tumorboards oder zertifizierten Organzentren auch die Teilnahme an weiteren Versorgungsformen, insbesondere an der Onkologie-Vereinbarung, von Bedeutung.

Was Innovation und Weiterentwicklung der Versorgung durch die ASV „Urologische Tumore“ anbelangt, sind die Ergebnisse heterogen. So scheint die ASV die interdisziplinäre bzw. intersektorale Zusammenarbeit und die Netzwerkbildung zwischen ärztlichen Kolleg:innen aus Sicht der ASV-Ärzt:innen tendenziell zu fördern. Etwa 44 % der ASV-Ärzt:innen bestätigten, dass sie durch die ASV begonnen hatten, neue Diagnosemöglichkeiten anzuwenden. Hinsichtlich des Zugangs zu aktuellem medizinischem Wissen ergab sich ein uneinheitliches Bild. Während etwa 33 % der ASV-Ärzt:innen angaben, durch die ASV Zugang zu aktuellem medizinischem Wissen zu erhalten, stimmten weitere 37 % dieser These nicht zu. Insgesamt ergeben sich aus der Ärztebefragung keine eindeutigen Hinweise darauf, dass die ASV im Bereich der urologischen Tumore Innovation und Weiterentwicklung der Versorgung fördert.

Die Ergebnisse zur Zufriedenheit der ASV-Ärzt:innen mit den Rahmenbedingungen in der ASV „Urologische Tumore“ sind zweigeteilt. Während die ASV-Ärzt:innen mit ihrem Berufsalltag als Arzt bzw. Ärztin generell sowie mit der Patientenversorgung in der ASV überwiegend zufrieden waren, zeigte sich jeweils mehr als die Hälfte unzufrieden mit dem Zulassungs- bzw. Anzeigeverfahren zur ASV und der Unterstützung durch die erweiterten Landesausschüsse. Tendenziell kritischer gesehen wurde auch die Vergütung in der ASV (etwa 38 % waren damit unzufrieden). Befragt zu ihrer persönlichen Einschätzung zu den Anforderungen der Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“, sahen sowohl die Ärzt:innen der Interventionsgruppe als auch jene der Vergleichsgruppe den administrativen Arbeitsumfang bei Teamgründung und -verwaltung überwiegend als zu hoch an. Jeweils etwa die Hälfte der Ärzt:innen betrachtete auch die Anforderungen an die Fallzahlen als zu hoch. Lediglich die Anforderungen hinsichtlich der Berufserfahrung und Weiterbildung wurden überwiegend als angemessen beurteilt. Diese kritische Einschätzung der Anforderungen der ASV-Teilnahme spiegelt sich auch darin

wider, dass etwa 30 % der ASV-Ärzt:innen angaben, ihren fachärztlichen Kolleg:innen nicht zur Teilnahme an der ASV zu raten.

Auch in den Freitextangaben gingen die Befragungsteilnehmer:innen auf die Rahmenbedingungen der ASV „Urologische Tumore“ ein. So zeigte sich, dass ein Teil der Vergleichsgruppe das Aufwand-Nutzen-Verhältnis der ASV-Teilnahme als unstimmig betrachtete. In diesem Zusammenhang wurden unter anderem die zum Teil als zu hoch betrachteten Kosten für Softwaremodule zur ASV-Abrechnung erwähnt. Sowohl Ärzt:innen der Interventions- als auch der Vergleichsgruppe bemängelten zudem fehlende Informationen und Beratung zur ASV „Urologische Tumore“ (wie z.B. zu den Teilnahmemöglichkeiten, zum Vorgehen bei der ASV-Abrechnung).

Tatsächlich gaben an anderer Stelle im Fragebogen etwa 30 % der ASV-Ärzt:innen an, ASV-Leistungen teilweise oder vollständig über die Regelversorgung oder andere Abrechnungsmöglichkeiten abzurechnen. Als Gründe hierfür wurden in den Freitexten u.a. Zeitmangel bzw. zu hoher Aufwand sowie fehlende Informationen und Beratung zur Abrechnung der ASV-Leistungen angegeben.

Zum Abschluss des jeweiligen Fragebogens wurden alle Ärzt:innen explizit zu den Weiterentwicklungsbedarfen der ASV „Urologische Tumore“ befragt. Nur ein jeweils kleiner Anteil der Ärzt:innen in Interventions- und Vergleichsgruppe gab dabei an, keinen Weiterentwicklungsbedarf zu sehen. Zugleich gaben etwa 13 % der ASV-Ärzt:innen und etwa 52 % der Nicht-ASV-Ärzt:innen an, den Weiterentwicklungsbedarf nicht beurteilen zu können.

In beiden Gruppen wurde Weiterentwicklungsbedarf am häufigsten beim bürokratischen Aufwand gesehen. Häufig genannt wurden auch Weiterentwicklungsbedarfe bei der Zulassung zur ASV „Urologische Tumore“, bei der Abrechnung und – im Falle der Interventionsgruppe – beim abrechenbaren Leistungsspektrum. Ein weiterer in beiden Gruppen häufig genannter Weiterentwicklungsbedarf betrifft die technische bzw. digitale Infrastruktur.

8 Diskussion

Methodische Aspekte

Die in diesem Bericht dokumentierten Ergebnisse der Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“ sind vor dem Hintergrund zu betrachten, dass ambulant tätige Ärzt:innen sowohl in der Interventions- als auch in der Vergleichsgruppe überproportional häufig vertreten sind, während ASV-Teams „Urologische Tumore“ in der Grundgesamtheit häufig an Kliniken angesiedelt sind. In der Stichprobe überproportional häufig vertreten sind auch Ärzt:innen in Leitungspositionen (z.B. Chefärzt:innen, Praxisinhaber:innen). Auch hinsichtlich der regionalen Verteilung gibt es Abweichungen von der Grundgesamtheit. Zugleich ist die für die Ärztebefragung relevante Grundgesamtheit sehr heterogen, umfasst sie doch Urolog:innen aus zwei Versorgungsbereichen, aus diversen Einrichtungsarten, mit unterschiedlichem Grad der ASV-Beteiligung und variierenden regionalen Gegebenheiten.

Um vor dem Hintergrund der hohen Heterogenität der relevanten Grundgesamtheit weitere mögliche Verzerrungen durch eine inadäquate Gewichtung der Beobachtungen zu vermeiden, wurden die quantitativen Ergebnisse in diesem Bericht ungewichtet berichtet. Um der beobachteten Selektion in die Teilnahme an der Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“ im Rahmen der deskriptiven Auswertungen Rechnung zu tragen, wurden Subgruppenanalysen durchgeführt. Aufgrund des überproportionalen Anteils von ambulant tätigen Ärzt:innen in der realisierten Stichprobe lag dabei ein be-

sonderes Augenmerk auf der ergänzenden Darstellung von nach dem Versorgungsbereich differenzierten Ergebnissen, sofern die realisierten Fallzahlen dies unter Datenschutz Gesichtspunkten zuließen.

Interpretation der Ergebnisse

Auch wenn die Ergebnisse der Ärztebefragung also unter der Einschränkung zu interpretieren sind, dass eine Selektion in die Erhebungsteilnahme stattgefunden hat, so gewähren sie doch wichtige Einblicke in die zugrundeliegenden Arbeits- und Kommunikationsprozesse in den ASV-Teams „Urologische Tumore“ aus der Perspektive der beteiligten Urolog:innen und ermöglichen eine Gegenüberstellung der Versorgungsrealität innerhalb der ASV-Teams und der Regelversorgung für uroonkologische Patient:innen.

Die Frage, ob die bestehende ASV „Urologische Tumore“ die in sie gesetzten Erwartungen hinsichtlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erfüllt, kann auf Grundlage der Ergebnisse der Ärztebefragung dabei nicht abschließend beantwortet werden. Beide Gruppen von Befragten, ASV-Ärzt:innen wie Nicht-ASV-Ärzt:innen, arbeiteten nach eigenen Angaben vernetzt – innerhalb der ASV wie auch unabhängig von der ASV – und wiesen eine hohe Zufriedenheit hinsichtlich der einrichtungs- bzw. sektorenübergreifenden Zusammenarbeit mit ihren ärztlichen Kolleg:innen auf. Beide Gruppen schätzten ihre Möglichkeiten, den Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasiertem Prostatakarzinom eine qualitativ hochwertige Versorgung zukommen zu lassen, überwiegend als gut bis sehr gut ein. Was den Zugang dieser Patienten zur Versorgung anbelangt, sah mehr als die Hälfte der ASV-Ärzt:innen keinen großen Unterschied zwischen ASV und Regelversorgung bei der medizinischen Versorgung der Patienten insgesamt. Ein Vorteil der ASV „Urologische Tumore“ scheint in der Verfügbarkeit von mehr bzw. neuen Möglichkeiten der Diagnostik zu liegen und ein Teil der ASV-Ärzt:innen gab an, dass sie durch die ASV begonnen hatten, neue Diagnosemöglichkeiten anzuwenden.

Generell deuten die Ergebnisse der Ärztebefragung auf eine deutliche Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der ASV „Urologische Tumore“ hin. Während die ASV-Ärzt:innen mit der Patientenversorgung in der ASV überwiegend zufrieden waren, zeigte sich eine überwiegende Unzufriedenheit mit dem Zulassungs- bzw. Anzeigeverfahren zur ASV und der Unterstützung durch die erweiterten Landesausschusschüsse. Sowohl die Ärzt:innen der Interventions- als auch jene der Vergleichsgruppe betrachteten den administrativen Aufwand in der ASV „Urologische Tumore“ bei Teamgründung und -verwaltung überwiegend als zu hoch. In beiden Gruppen wurden zahlreiche Weiterentwicklungsbedarfe der ASV „Urologische Tumore“ gesehen, wobei der bürokratische Aufwand am häufigsten genannt wurde. In den Freitextangaben bemängelten ASV- wie Nicht-ASV-Ärzt:innen fehlende Informationen und Beratung zur ASV „Urologische Tumore“.

Zentrale Schlussfolgerungen

Während die Ärztebefragung die Frage, ob die bestehende ASV „Urologische Tumore“ die in sie gesetzten Erwartungen hinsichtlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erfüllt und damit letztendlich Qualitätsvorteile im Vergleich zur Regelversorgung bietet, nicht eindeutig beantworten kann, zeigen die quantitativen und qualitativen Ergebnisse dennoch konkrete Ansatzpunkte für deren Weiterentwicklung auf. So scheint das aufwändige Zulassungsverfahren eine Hürde für die Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ darzustellen. Eine Vereinfachung des Teamgründungs- und Teamverwaltungsprozesses samt der Abrechnungsmodalitäten erscheint ratsam, wenn man die Teilnahmebereitschaft an der ASV „Urologische Tumore“ erhöhen und den bereits bestehenden ASV-Teams die Zusammenarbeit im Team erleichtern möchte. Auch eine Verbesserung des Kosten-Nutzen-Verhält-

nisses könnte die Bereitschaft zur ASV-Teilnahme möglicherweise steigern. Schließlich zeigt die Ärztebefragung für beide Gruppen, ASV- wie Nicht-ASV-Ärzt:innen, einen Bedarf an verbesserten Informations- und Beratungsangeboten sowohl vor als auch nach Gründung eines ASV-Teams auf.

Deutlich gemacht haben die Arbeiten an der Ärztebefragung zudem, dass es für die Beantwortung der Frage, ob die ASV „Urologische Tumore“ letztendlich Qualitätsvorteile im Vergleich zur Regelversorgung bietet, weiterer Forschungsarbeiten mit einem anderen empirischen Ansatz bedarf. Während die Versorgerbefragung gut dazu geeignet war, die zugrundeliegenden Arbeits- und Kommunikationsprozesse in den ASV-Teams „Urologische Tumore“ zu beschreiben und die persönlichen Einschätzungen der Befragten zur kollegialen Zusammenarbeit, zur Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der ASV etc. zu beleuchten, so konnte mit diesem Ansatz die Versorgungsqualität nicht angemessen erfasst werden. Im Rahmen der Entwicklung der Erhebungsinstrumente, auch basierend auf Rückmeldungen aus Expertenrunden und der Pilotierung der Fragebogen, konnten keine objektiven Kriterien oder Kennzahlen identifiziert werden, anhand deren sich mögliche positive Effekte der ASV „Urologische Tumore“ auf die Versorgungsqualität hätten quantifizieren lassen können. Hierzu könnten zukünftige Studien auf der Grundlage einer ausreichenden Anzahl von Falldaten, welche die notwendigen klinischen Parameter umfassen, einen Erkenntnisgewinn bieten.

Literatur

Artino Jr., A. R., La Rochelle, J. S., Dezee, K. J., & Gehlbach, H. (2014). Developing questionnaires for educational research: AMEE Guide No. 87. *Medical teacher*, 36(6), 463-474.

Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*, 6. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2022 a). *Ärztestatistik (Stichtag 31.12.2021) der Bundesärztekammer*, abgerufen am 02.09.2022 unter www.gbe-bund.de.

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2022 b). *Ärztestatistik (Stichtag 31.12.2021) der Bundesärztekammer*, abgerufen am 28.09.2022 unter www.gbe-bund.de.

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2022 c). *Ärztestatistik (Stichtag 31.12.2021) der Bundesärztekammer*, abgerufen am 08.09.2022 unter www.gbe-bund.de.

Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) (2018). *Bundesanzeiger, Bekanntmachung BAnz AT 25.04.2018 B1*, veröffentlicht am 25.04.2018, abgerufen am 13.02.2023 unter <https://www.bundesanzeiger.de/pub/de/amtlicher-teil>.

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2022 a). *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über einen Bericht gemäß § 116b Absatz 4 Satz 12 SGB V: Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax der ASV-RL*, abgerufen am 10.08.2022 unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/5403/>.

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2022 b). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V, Fassung vom 21.03.2013, geändert am 18.03.2022*, abgerufen am 28.02.2023 unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/80/>.

Kruskal, W. H., Wallis, W. A. (1952). Use of Ranks in One-Criterion Variance Analysis, *Journal of the American Statistical Association*, 47(260), 583-621, DOI: 10.1080/01621459.1952.10483441.

Mayring, P., Fenzl, T. (2019 b). *Qualitative Inhaltsanalyse*. In: Baur, N., Blasius, J. (eds) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer VS, Wiesbaden, DOI: 10.1007/978-3-658-21308-4_42.

Züll, C., Menold, N. (2019). *Offene Fragen*. In: Baur, N., Blasius, J. (Hrsg.) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer VS, Wiesbaden, DOI: 10.1007/978-3-658-21308-4_59.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über den zeitlichen Ablauf der Ärztebefragung	8
Tabelle 2: Anzahl der Fragebogen differenziert nach Teilnahmestatus und Teilnehmendengruppe (Interventions- versus Vergleichsgruppe) in den Rohdaten	11
Tabelle 3: Zuordnung von Bundesländern zu Versorgungsräumen	15
Tabelle 4: Demographische Merkmale in Interventions- und Vergleichsgruppe	21
Tabelle 5: Haupttätigkeit in Interventions- und Vergleichsgruppe	22
Tabelle 6: Verteilung über die Versorgungsräume in Stichprobe und Grundgesamtheit.....	24
Tabelle 7: Mitgliedschaft in der ASV „Urologische Tumore“ (Interventionsgruppe)	25
Tabelle 8: Andere ASV-Mitgliedschaft neben der ASV „Urologische Tumore“	29
Tabelle 9: Angaben zur ASV „Urologische Tumore“ (Vergleichsgruppe)	30
Tabelle 10: Patientenzahlen in Interventions- und Vergleichsgruppe	33
Tabelle 11: Empfehlung für Patienten zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ in Interventions- und Vergleichsgruppe	35
Tabelle 12: Von den Teilnehmenden berichtete Struktur ihres ASV-Teams „Urologische Tumore“ (Interventionsgruppe)	40
Tabelle 13: Teilnahme an weiteren Versorgungsformen in Interventions- und Vergleichsgruppe	47
Tabelle 14: Teilnahme an Vernetzungsmöglichkeiten in Interventions- und Vergleichsgruppe	48
Tabelle 15: Wege des Informationsaustausches in Interventions- und Vergleichsgruppe.....	51
Tabelle 16: Personelle Fluktuation im ASV-Team „Urologische Tumore“ (Interventionsgruppe).....	55
Tabelle 17: Weiterempfehlung der ASV-Teilnahme (Interventionsgruppe)	56
Tabelle 18: Entscheidung zur Teilnahme an der ASV nach Versorgungsbereich (Interventionsgruppe)	96
Tabelle 19: Besprechungen im ASV-Team (Interventionsgruppe)	96
Tabelle 20: Fallkonferenzen des ASV-Teams mit Einbezug von Patient:innen (Interventionsgruppe) 97	
Tabelle 21: Gemeinsame Teambesprechungen mit ärztlichen Kollegen im Rahmen der Versorgung uroonkologischer Patient:innen (Vergleichsgruppe).....	98
Tabelle 22: Gemeinsame Teambesprechungen mit ärztlichen Kolleg:innen mit Einbezug von Patient:innen im Rahmen der Versorgung uroonkologischer Patient:innen (Vergleichsgruppe).....	99
Tabelle 23: Übersicht über Ergebnisse der statistischen Tests der zentralen Tendenzen bzw. Mittelwerte zwischen Subgruppen (Interventionsgruppe)	100
Tabelle 24: Übersicht über Ergebnisse der statistischen Tests der zentralen Tendenzen bzw. Mittelwerte zwischen Subgruppen (Vergleichsgruppe)	106

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Landing-Page der Ärztebefragung	9
Abbildung 2: Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Behandlung (Interventions- und Vergleichsgruppe).....	20
Abbildung 3: Motive zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ (Interventionsgruppe)	27
Abbildung 4: Motive zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ nach Versorgungsbereichen (Interventionsgruppe)	28
Abbildung 5: Ansichten zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ (Vergleichsgruppe)	31
Abbildung 6: Aspekte des Zugangs der Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom zur Gesundheitsversorgung (Interventionsgruppe)	34
Abbildung 7: Persönliche Bewertung der Möglichkeiten, Versorgungsaspekte zu gestalten (Interventionsgruppe)	36
Abbildung 8: Persönliche Bewertung der Möglichkeiten, Versorgungsaspekte zu gestalten (Vergleichsgruppe).....	37
Abbildung 9: ASV-Teilnahme und Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen (Interventionsgruppe)..	41
Abbildung 10: Mittel zum Informationsaustausch in den ASV-Teams „Urologische Tumore“ (Interventionsgruppe)	43
Abbildung 11: Aspekte der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg:innen (Interventionsgruppe)	45
Abbildung 12: Aspekte der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg:innen (Vergleichsgruppe).....	45
Abbildung 13: Einschätzungen zu Innovation durch die ASV (Interventionsgruppe)	49
Abbildung 14: Einschätzungen zu Innovation durch die ASV (Vergleichsgruppe)	50
Abbildung 15: Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen in der ASV (Interventionsgruppe)	52
Abbildung 16: Persönliche Einschätzung zu den Anforderungen der Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ (Interventions- und Vergleichsgruppe).....	54
Abbildung 17: Weiterentwicklungsbedarfe der ASV „Urologische Tumore“ (Interventions- und Vergleichsgruppe).....	57
Abbildung 18: Klassierte Altersverteilung in Interventions- und Vergleichsgruppe sowie Grundgesamtheit.....	78
Abbildung 19: Anteile differenziert nach Geschlecht in Interventions- und Vergleichsgruppe sowie Grundgesamtheit.....	79
Abbildung 20: Ansichten zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ differenziert nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Vergleichsgruppe).....	80
Abbildung 21: Aspekte des Zugangs der Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom zur Gesundheitsversorgung differenziert nach Versorgungsbereich (Interventionsgruppe)	81
Abbildung 22: Persönliche Bewertung der Möglichkeiten, Versorgungsaspekte zu gestalten differenziert nach Versorgungsbereich (Interventionsgruppe).....	82
Abbildung 23: Persönliche Bewertung der Möglichkeiten, Versorgungsaspekte zu gestalten differenziert nach Versorgungsbereich (Vergleichsgruppe).....	83

Abbildung 24: Persönliche Bewertung der Möglichkeiten, Versorgungsaspekte zu gestalten, differenziert nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Vergleichsgruppe) ..	84
Abbildung 25: Zehn am häufigsten genannte Facharztgruppen, die regelmäßig an ASV-Teambesprechungen teilnehmen (Interventionsgruppe)	85
Abbildung 26: Organisation der ASV-Teambesprechungen (Interventionsgruppe)	86
Abbildung 27: Zehn am häufigsten genannte Facharztgruppen, die regelmäßig an gemeinsamen Teambesprechungen i.R.d. Versorgung uroonkologischer Patient:innen teilnehmen (Vergleichsgruppe).....	87
Abbildung 28: Mittel zum Informationsaustausch mit ärztlichen Kolleg:innen i.R.d. Behandlung uroonkologischer Patient:innen (Vergleichsgruppe).....	88
Abbildung 29: Aspekte der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg:innen differenziert nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Interventionsgruppe).....	89
Abbildung 30: Aspekte der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg:innen differenziert nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Vergleichsgruppe).....	90
Abbildung 31: Einschätzungen zu Innovation durch die ASV differenziert nach Versorgungsbereich (Interventionsgruppe)	91
Abbildung 32: Einschätzungen zu Innovation durch die ASV differenziert nach Versorgungsbereich (Vergleichsgruppe).....	92
Abbildung 33: Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen in der ASV differenziert nach Versorgungsbereich (Interventionsgruppe)	93
Abbildung 34: Weiterentwicklungsbedarfe der ASV „Urologische Tumore“ differenziert nach Versorgungsbereich (Interventionsgruppe)	94
Abbildung 35: Weiterentwicklungsbedarfe der ASV „Urologische Tumore“ differenziert nach Versorgungsbereich (Vergleichsgruppe)	95

Anhang

A.1 Codierung von fehlenden Werten (Missing Values)

Im Rahmen der Plausibilisierung der Daten wurden für die Codierung von fehlenden Werten in den aufbereiteten Variablen folgende Varianten von Missing Values eingeführt:

- Missing Value ".", welcher anzeigt, dass keine Dateneingabe getätigt wurde
- Missing Value ".k", welcher anzeigt, dass bei der entsprechenden Frage aktiv die Option "keine Angabe" ausgewählt wurde
- Missing Value ".n", welcher anzeigt, dass bei der entsprechenden Frage aktiv die Option "nicht zutreffend" ausgewählt wurde
- Missing Value ".w", welcher anzeigt, dass bei der entsprechenden Frage aktiv die Option "weiß nicht" ausgewählt wurde

Bei manchen Fragen war es technisch möglich, sowohl eine Antwortoption zu wählen bzw. Eingabe zu tätigen als auch z.B. die Angabe „weiß nicht“ zu tätigen (z.B. Frage I.11 zum Zeitpunkt der Gründung des ASV-Teams). In solchen Fällen wurde im Rahmen der Datenaufbereitung die Angaben „weiß nicht“, „nicht zutreffend“ oder „keine Angabe“ nachrangig behandelt, d.h. hier wurde kein Missing Value codiert.

In einigen Fällen ergab die Prüfung von Unstimmigkeiten, dass Variablenwerte unplausibel waren (siehe Abschnitt 4.5). In diesen Fällen wurden die betreffenden Variablenwerte zu Missing Values umcodiert. Hierfür wurde eine weitere Variante von Missing Values eingeführt:

- Missing Value ".p", welcher anzeigt, dass ein Variablen im Rahmen der Plausibilisierung als unplausibel bewertet und nachträglich auf „missing“ gesetzt wurde

A.2 Kategoriensystem Freitext-Angaben

Frage Nr.	Oberkategorie	Unterkategorie	Definition/ Kodierregel	Beispielzitate
Themenbereich: Tätigkeiten				
	Zusätzliche stationäre Tätigkeit		Angabe einer stationären Tätigkeit, wenn die unter Frage 6 angegebene Haupttätigkeit im ambulanten Bereich liegt.	„für 2 Tage im KH angestellt“ „Honorararzt Klinik“ „Konsiloperateur“ „Belegarzt“
G6_ft n(I) = 5 n(V) = 6	Zusätzliche ambulante Tätigkeit		Angabe einer ambulanten Tätigkeit, wenn die unter Frage 6 angegebene Haupttätigkeit im stationären Bereich liegt.	„KV-Ermächtigung für uroonkologische Patienten“ „Teilermächtigug“ [sic] „ermächtigte Ärztin“
G7_ft n(I) = 0 n(V) = 4	Leitende Position		Angabe einer leitenden Position, wenn diese nicht unter Frage 7 angegeben wurde.	„ärztlicher Leiter“ „Chefarzt der Hauptabteilung“
G9_ft n(I) = 46 n(V) = 109	Besondere Form der Einrichtung		Spezifizierung der Form der Einrichtung, wenn diese nicht unter Frage 6 angegeben wurde.	„Klinik-MVZ“
	Fachabteilung/ Facharzt bzw. Fachärztin		Angabe einer Facharztbezeichnung, wenn diese nicht unter Frage 3 angegeben wurde.	„TBAG Uro-Onkologie“ „Palliativmedizin“
	Außerärztliche Tätigkeit		Bsp.: Dozent*in	„Dozent im Krankenhaus [...]“
Themenbereich: Vor- und Nachteile ASV				
I14_1_ft n(I) = 33	andere Versorgungsformen (z.B. Onkologievereinbarung)	Konkurrenz	ASV und andere Versorgungsformen stehen in Konkurrenz Bsp.: Weniger Bürokratie; bekannte Struktur; wirtschaftliche Aspekte; höhere Fallzahl; Anforderungen in der OV sind sinnvoller als die in der ASV	„Betreuung über eigenes Ärztenetz erfolgt“ „Aktuell Betreuung über Hochschulambulanz“ „universitäre Versorgung“
I19_ft n(I) = 14				„Mit der Onkologievereinbarung bin ich viel flexibler. Im <XXXXXXX> Gebiet habe ich viele Spezialisten (2x CCT in <40km!), die ich je nach Fragestellung kontaktieren kann. Bei der ASV bin ich an das lokale Krankenhaus gebunden mit dtl. weniger Expertise. [...]“ [sic]

Frage Nr.	Oberkategorie	Unterkategorie	Definition/ Kodierregel	Beispielzitate
G23_16_ft n(I) = 18 n(V) = 131				„[OV] bewährtes Konzept, bekannte Struktur, Organistorischer Aufwand dtl geringer“ [sic] „[OV] bessere onkologische Versorgung der Patienten, bessere Vergütung, geringere Regressgefahr“
G38_23_ft n(I) = 25 n(V) = 79				„Versorgung von Patienten, die nicht in der ASV versorgt werden, können in der OV betreut werden.“ „[OV] Unkomplizierte Versorgung der Patienten individuelle Abrechnung beim jeweiligen Arzt“ [sic]
V26_ft n(V) = 154				„[OV] Leitung nicht durch Krankenhausarzt, somit weitgehende Unabhängigkeit der Entscheidung [...]“ „[OV] Bessere Vergütung für bessere Behandlung. Die Anforderungen an die Fort- und Weiterbildung der Ärzte und Hilfskräfte und deren dokumentation sind sinnvoll.“ [sic]
G41_27_ft n(I) = 17 n(V) = 24		Synergie	ASV und z.B. OV stehen in Synergie Bsp.: ASV dient zur Sicherung der OV	„Sicherung der Onkovereinbarung“ [sic]
G42_28_ft n(I) = 16 n(V) = 23	Versorgungsqualität	Keine Verbesserung der Versorgungsqualität	ASV stellt keine Verbesserung bzw. kein Unterschied zu bereits angebotener Versorgung dar. Bsp.: Kein Zusatznutzen für Patienten	„weil ich selbst alle Therapieoptionen anbiete“ „weil [...] wir /ich die Zusatzbezeichnung medik. Tumortherapie besitzen/e“ [sic] „Alle Themen inkl. Tu Konferent über das Prostatazentrum abgedeckt werden“ [sic] „nicht notwendig, meine Versorgung ist qualitativ gut“ „weil [...] wir bereits eine gute Zusammenarbeit unter den umliegenden Fachkollegen haben“ „weiss nicht, was das bringen soll, machen regelmäßig Tumornoard“ [sic] „weil [...] es besteht kein Bedarf, da die onkologischen Patienten stets adäquat, umfassend und im Rahmen aller therapeutischer Möglichkeiten versorgt werden, vor Ort gibt es alle Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit urologischen Kliniken, Palliativeinrichtungen etc.“ „sehe für mich und meine Patienten, auch nach RS mit einem Kollegen der bereits teilnimmt, keinen signifikanten Benefit, weder in der Versorgungsqualität, noch [...]“ „[...] Ich bin kein anderer oder qualifizierterer Arzt dadurch. Ich bin gut fortgebildete Fachärztin, was sollte in einem ASV-Team anders sein ? Wenn ich nicht mehr weiter weiß, wende ich mich persönlich an Kollegen aus der entsprechenden Fachrichtung. [...]“ [sic] „[...] Gleichzeitig ist das Tumororganzentrum des örtlichen Krankenhauses fachlich sehr gut und sehr gut organisiert, so dass ASV die Versorgungsqualität und Kooperation nicht steigern würde, sondern nur mehr Arbeit zu machen scheint.“

Frage Nr.	Oberkategorie	Unterkategorie	Definition/ Kodierregel	Beispielzitate
		Verbesserung der Versorgungsqualität	Durch ASV wird die Versorgungsqualität verbessert.	„langfristig verbesserte Versorgung von Pat. mit fortgeschrittenen urol. Tumoren“ „Vorteil und bessere Versorgung der Patienten/innen“ „poetentiell bessere Versorgung der Patient:innen“ [sic] „Qualität der Versorgung und [...] werden besser“
	Zusammenarbeit	keine Verbesserung/ negative Auswirkungen auf die Zusammenarbeit	Durch ASV wird die Zusammenarbeit nicht verbessert. Durch ASV wird Zusammenarbeit negativ beeinflusst. Zusammenarbeit ist bereits durch andere Versorgungsangebote gut und gesichert. Bsp.: Konkurrenzdenken sektorenübergreifend; Vermeidung von Konflikten mit Kolleg*innen; Nicht-Teilnahme aus Solidarität zu kleinen und ländlichen Praxen	„[...] Ich bin in einer größeren Praxis tätig aber auch aus Solidarität mit den kleinen und ländlichen Praxen machen wir da nicht mit.“ „[...] Wenn ASV funktioniert, dann doch wohl nur unter der Leitung einer Klinik (weil man die ambulante Medizin aushungert und die Kliniken über Steuergelder Personal finanzieren können). [...] Ein ASV-Team würde eine gemeinsame Honorierung bekommen - für die Krankenkassen wieder ein gefundenes Fressen - divide et impera. Die Kollegen „zanken“ sich ums Geld (statt sich um die Patienten zu kümmern). bzw. die Klinik kann mit ihrem Verwaltungsapparat da besser zanken und dann gewinnt immer die Klinik. [...]“ [sic] „[...] dient nur den Kliniken dazu Gelder zu generieren“ „Kollegen*innen welche einem ASV Team Urologie angehören berichten regelmäßig das sie zwar Patienten in die ASV eingeschlossen haben die Dokumentation aber regelmäßig durch die Teamleitung(Klinik) erfolgt und auch keine eigenen Leistungen abgerechnet werden!!!!!! weil hierüber unzureichende Kenntnisse bestehen. [...]“ [sic]
		Verbesserung der Zusammenarbeit	Durch ASV wird die sektorenübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessert.	„Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit“ „engere Verknüpfung, guter Austausch [...]“ „enger persönlicher und unkomplizierter Austausch mit den Kolleg. in der Klinik“ [sic] „[weil] die interdisziplinäre Zusammenarbeit das Gesamtergebnis verbessert“ „[weil] die Zusammenarbeit verbessert wird“ „[...] Vernetzung der Fachrichtungen werden besser“
	Zugang zur Versorgung	keine Verbesserung des Zugangs zur Versorgung	Durch ASV wird der Zugang zur Versorgung nicht verbessert. Zugang zur Versorgung ist durch andere Versorgungsangebote bereits (besser) gesichert. Bsp.: Angebot NUBs in OV	„[OV] Möglichkeit der Therapieausweitung bis hin zur Chemotherapie. [...]“ „[OV] Bessere Diagnostik [...] für onkologische Patienten.“ „[OV] Bessere diagnostische Möglichkeiten [...]“ „Versorgung von Patienten, die nicht in der ASV versorgt werden, können in der OV betreut werden.“
		Verbesserung des Zugangs zur Versorgung	Durch ASV wird Zugang zur Versorgung verbessert.	„Zugang zu PSMA Pet CTs für GKV Versicherte“ [sic] „erweiterte Diagnostik/Therapie“ „Möglichkeit ein PSMA-PET-CT bei Pat. Durchzuführen“ „einfachere Patientenversorgung, schnellerer Zugang zu Bildgebung“ [sic] „i.S. des Patienten mehr Möglichkeiten bezüglich Diagnostik und Therapie zur Verf“ [sic]

Frage Nr.	Oberkategorie	Unterkategorie	Definition/ Kodierregel	Beispielzitate
			Bsp.: Ambulante Uroonkologie; (bessere) Diagnose- (PET-CT) und Therapiemöglichkeiten (mehr und schneller)	„direkterer Zugang zu speziellen Therapien und Diagnostikverfahren“ „mehr untersuchungen möglich“ [sic] „neue Behandlungsmethoden werden erstattet (für GKV Pat)“ „Neue Therapie & Diagnostik-Optionen“
	Wirtschaftlichkeit und Risiko	keine Verbesserung/ Verschlechterung der Wirtschaftlichkeit	Wirtschaftliches Kosten-Nutzen Verhältnis in ASV ist unstimmig. Wirtschaftlichkeit ist in anderen Versorgungsangeboten besser. Bsp.: Kosten Software; bessere Vergütung in OV; hohe Regress-Gefahr in ASV; fehlende Abrechnungsmöglichkeiten in ASV	„sehe überhaupt keine Benefit - nur hohe Kosten bei der Praxissoftware“ „Nutzen, Aufwand und Kosten stehen in keinem Verhältnis [...]“ „[...] zu wenig finanzieller Anreiz“ „fehlender finanzieller Vorteil“ „[...] Teurer Bürokratieaufbau ohne die Versorgung zu verbessern, teuer im Personalmanagement [...]“ „sehe für mich [...] auch nach RS mit einem Kollegen der bereits teilnimmt, keinen signifikanten Benefit, weder [...] noch monetär“
		Verbesserung der Wirtschaftlichkeit/ Risikoverteilung	Durch ASV werden Vergütung und Abrechnungsmöglichkeiten verbessert. Bsp.: Vergütung extrabudgetär; Angebot NUBs in ASV; Arbeitsteilung	„extrabudgetäre Vergütung“ „Gewinnbringend“ „[...] Steigerung des Praxiserlöses“ „[...] und Honrierung besser sind.“ [sic] „Verteilung auf mehreren Schultern“ „Arbeitsteilung“
	Bürokratie	Bürokratie	Hohe Bürokratie	„kompliziert und zu bürokratisch“ „zu uneffiziente, bürokratische Strukturen“ „Bürokratischer Aufwand zu hoch“ „Bürokratischer, zeitlich enorm aufwendiger, teurer Unfug ohne Zusatznutzen für Patienten!!!!“ [sic] „[...] Als Krankenhausabteilung, die [...] auch unter §116b schon viele Patienten [...] behandelt hat, war es ernüchternd mit anzusehen, dass der ASV Antrag mehr als ein Jahr gedauert hat und dann auch noch mit dem ELA Auseinandersetzungen darüber kamen, ob die Pflegekräfte die korrekten Ausbildungen haben [...]“ „[...] Das Antragswesen ist VIEL (!) zu aufwendig und häufig eine bürokratische Gängelei. z.Bsp: Qualifikationen, die insbesondere von niedergelassenen Kollegen bereits eingereicht wurde (für die GKV-Zulassung) müssen erneut eingereicht werden. [...]“
		Anderer Aufwand	administrativer Aufwand und Zeitaufwand der ASV	„Weil die Initiation als niedergelassener Facharzt den Rahmen völlig sprengt und ein ASV Team nur unter der Führung einer Klinik der erweiteren Versorgung, insbesondere mit onkologischem Zentrum sinnvoll ist [...]“ [sic]

Frage Nr.	Oberkategorie	Unterkategorie	Definition/ Kodierregel	Beispielzitate
				„[...] doppelte Doku bei schon jetzt zu viel Aufwand ohne Benefit für den Patienten [...]“ „[...] zeitlich zu aufwendig im Praxisalltag [...]“ „[...] sowohl für Pat als auch für Arzt Lediglich für bestehende Zentren mit Verwaltungsapparat denkbar, dh heißt wo bereits eine gute Versorgung besteht. [...]“ [sic]
Themenbereich: Motive ASV-Teilnahme				
I14_1_ft n(I) = 33	Extrinsisch	Zwang	Zur TN an ASV „gezwungen“ aus z.B. folgenden Gründen: Erhalt Zulassung Onkologie; Patient:innenbindung; Fortführung alter 116b.	„Zwang zur weiterbehandlung der eigenen Pat“ [sic] „indirekter Zwang“ „Onkologie auch in Zukunft machbar - falls die Onkologievereinbarung ausläuft“ „Onkologische Zulassung für alle Patienten nicht zu verlieren“ „Zwang: keine andere Möglichkeit der ambulanten uroonkologischen Leistungserbring“ „Zwang von Außen ausschließlich“ „Abschaffung §116 b (alt)“ „Es war die einzige Möglichkeit als Krankenhaus noch med. TU-Therapie anzubieten“
		Vorgabe	TN an ASV durch Leitungsebene vorgegeben.	„Vorgabe Klinikleitung“
	Intrinsisch	Kooperation	Durch ASV wird Kooperation und Zusammenarbeit gestärkt.	„Kooperation mit der Klinik“ „regionales Netzwerk stärken“
Themenbereich: ASV-Strukturen				
I19_ft n(I) = 14	Patient:innen	Patientenkreis und Morbidität der Patient:innen	Wenig bis keine Patient:innen vorhanden. Fehlen geeigneter Patient:innen. Multimorbide Patient:innen - viele Diagnosen außerhalb der ASV. Individuelle Patientensituation nicht geeignet (palliativ). Individuelle Abwägung je Patient.	„ich habe keine Pat.“ „Es keine gibt, ich diese selbst versorge“ „häufig alte Patienten“
I20_1_ft n(I) = 20				„[...] derzeit zuviele Patienten mit anderen Erkrankungen [...]“ [sic] „palliative Situation, stabile Behandlung“
G23_16_ft n(I) = 18 n(V) = 131				Patientenbindung
G38_23_1_ft n(I) = 25 n(V) = 79				

Frage Nr.	Oberkategorie	Unterkategorie	Definition/ Kodierregel	Beispielzitate
V26_ft n(V) = 154	Kolleginnen und Kollegen	Regionale Verfügbarkeit	Fehlen geeigneter Kolleginnen bzw. Kollegen: ASV regional (insb. ländlich) nicht verfügbar; Entfernung/ Wegstrecken zu groß; Mangel an Kooperationspartner*innen/ kein Angebot.	„Ich und viele Kollegen glauben dass durch ASV die Behandlungshoheit von eigenen Patienten abgegeben wird [...]“
G41_27_ft n(I) = 17 n(V) = 24				„weil [...] vor Ort keine Möglichkeit besteht [...]“ „weil [...] in unserer Region keines gibt“ „weil [...] es derzeit hier nicht möglich ist“ „gibt es hier in er Region nicht“ „am Land organisatorisch nicht machbar“ „weil [...] wir in der Provinz sind“ „[...] für ländliche Region sehr unattraktiv [...]“ „[...] große räumliche Entfernung zu anderen Kollegen [...]“ „In meinem Umkreis von 30 km besteht die Möglichkeit nicht [...]“ „[...] Strahlentherapie zu weit weg [...]“ „Die vorgegebene erforderliche Nähe der verschiedenen Strukturen ist in der Kleinstadt im ländlichen Raum nicht realisierbar. [...]“
G42_28_ft n(I) = 16 n(V) = 23				„Patienten bei niedergelassenen Urologen angebunden, die teilweise ASV ablehnen“ „[...] Klinik vor Ort fachlich und kommunikativ nicht gut“ „weil [...] im Umkreis bei den entsprechenden Kliniken entweder von Verwaltungs oder von ärztlicher Seite aufgrund des Aufwandes kein Interesse besteht.“ [sic] „[...] keine Kliniken die dazu bereit sind [...]“ „Kooperation mit der lokalen Klinik sehr schwierig, da unzuverlässig und unorganisiert“ „die „Niedergelassenen“ möchten keinen Aufwand damit haben und sind eher ablehnend“ [sic] „Probleme mit der Krankenhauszentrierten ASV-Leitung“ „[...] Onkologe vor Ort lehnt ASV ab [...]“ „Ablehnung der amb. Kollegen [...]“ „[...] kein Interesse der örtlichen Klinik“
	Informationsdefizit und Unterstützung	Information	Fehlende Aufklärung/ Beratung; mehr/ bessere Informationsbereitstellung zur ASV notwendig.	„Zu wenig Infos“ „weil [...] Ich mich damit (noch) nicht auskenne“ „weil [...] Ich die Voraussetzung nicht kenne“ „Weil mir das Angebot nicht bekannt war, weil niemand aktiv an mich herangetreten ist.“ „bessere Aufklärung über ASV.“ „keine rasch verfügbare Quelle nach ASV-Teamgründung mit verlässlichen Abrechnungsinformationen, kein verfügbarer Abrechnungspartner (eigene KV bietet Abrechnung über ASV nicht an) [...]“ [sic]

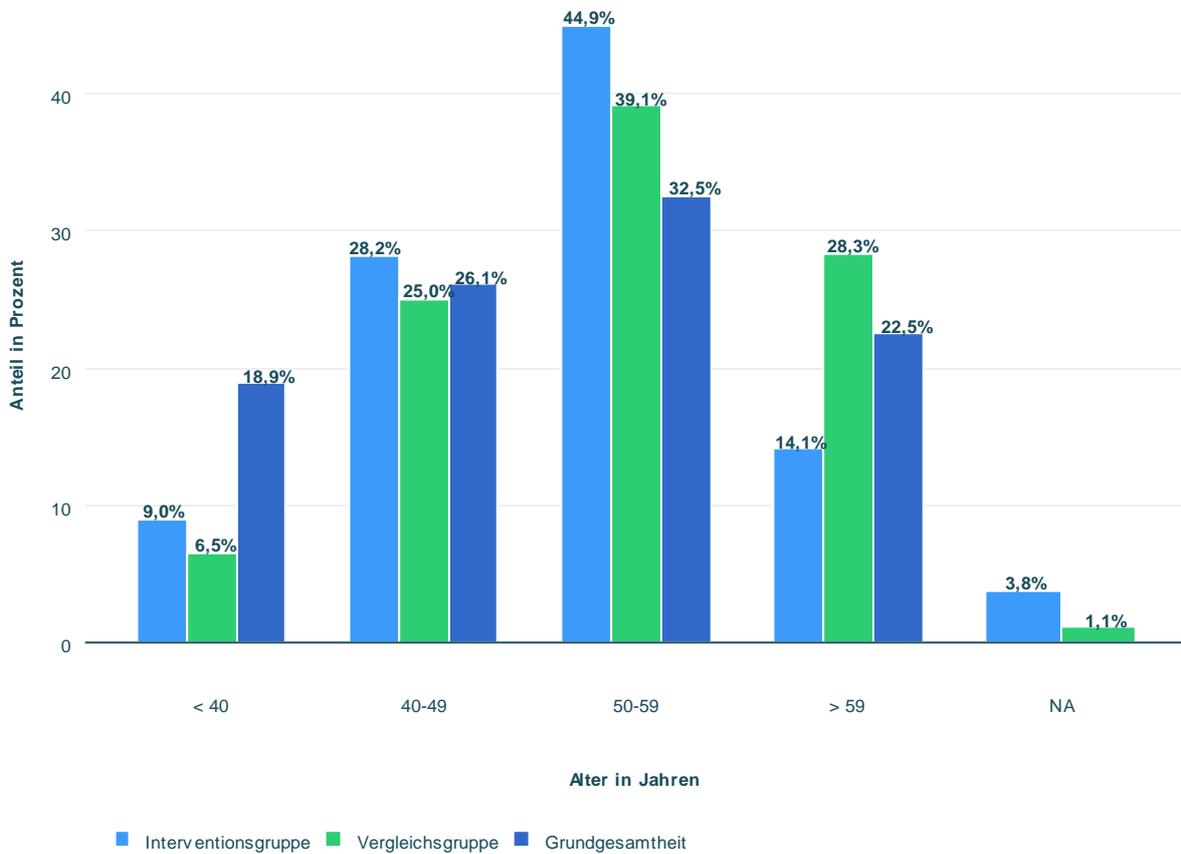
Frage Nr.	Oberkategorie	Unterkategorie	Definition/ Kodierregel	Beispielzitate
				„Ich hätte gerne VIEL mehr Informationen. Was kann ich selber tun? Wie kann man teilnehmen?“ „Schlechte Info über Art der Abrechnung[...]“
		Unterstützung	Fehlende Unterstützung bei Etablierung.	„[...] keine Unterstützung bei Etablierung“ „[...] Ich hatte mich sehr früh für das Konzept der ASV interessiert, musste lange warten und bin extrem frustriert. Es war tatsächlich der größte Reifall meiner Berufsgeschichte. [...]“
		Evidenz	Fehlende wissenschaftliche Evidenz für (Vorteile der) ASV; Messung von Qualität/ Studien zur ASV notwendig.	„[...] gibt es Daten die belegen, daß die Patienten in den urologischen Praxen schlecht versorgt werden bzw. früher sterben [...]“ [sic] „[...] Unklar bleibt der Nutzen der ASV- wie wird ein etwaiger Vorteil festgestellt, Qualität gemessen? Warum werden gut funktionierende Strukturen, die effizient arbeiten in Frage gestellt und ggfs. zerstört? Dies ist kritisch zu hinterfragen bevor Geldströme in ein Objekt [ASV] abgezogen werden, das erst in Kosten-Nutzenanalysen, wie z.B. bei Einführung neuer Medikamente, geprüft werden sollte. [...]“ „Gibt es einen Beleg für die Verbesserung der Versorgung (z.B. Gesamt- bzw. krankheitsspezifisches Überleben) onkologischer Patienten in der ASV? [...]“
	Rahmenbedingungen	Anforderungen	Anforderungen teilweise unnötig (z.B. 30 Minuten-Regel, Zusammensetzung ASV-Team verbesserungsbedürftig (Orthopädie, HNO, Derma fehlt); zu enges Patientenspektrum). Zu wenig Qualitätskontrollen.	„[...] Völlig unrealistische Vorgaben / Erwartungen an die Behandlung von Patienten [...]“ „Voraussetzungen zu kompliziert [...]“ „zu aufwändige Bedingungen. [...]“ „Sinnvollere Zusammensetzung des Teams, einzelne, wichtige Fachrichtungen fehlen völlig (Orthopädie, HNO, Dermatologie), anderes ist überflüssig (Dopplersonographie des Uterus aus Zulassungsvoraussetzung) Teilweise rigide Strukturen ohne Sinn“ „[...] Wegfall der 30 Minuten-Regel“ „[...] Patientenspektrum eingeengt“ „[...] Qualitätskontrollen noch zu wenig ausgeprägt. Zugangsvoraussetzungen zur ASV sollten wesentlich höher sein (Qualifikation der niedergelassenen Ärzte in medikamentöser Tumorthherapie ist nicht ausreichend). Die niedergelassenen Urologen sollten wesentlich besser in Systemtherapie ausgebildet sein (fellowship Programme) und die Durchführung der CTX / Immuntherapie muss im niedergelassenen Bereich maximal verbessert werden. [...]“
		Rahmenbedingungen	keine Abrechnungsmöglichkeit bei KV; komplizierte Abrechnung; Digitalisierung nicht vorhanden.	„fehlende Abrechnungsmöglichkeit der Laborleistungen insbesondere auch der Urinmikrobiologie [...]“ [sic] „[...] komplizierte Abrechnungsstrukturen bei Nutzung anderer KV“

Frage Nr.	Oberkategorie	Unterkategorie	Definition/ Kodierregel	Beispielzitate
		Konkurrenzdenken	Unterstellungen ambulant vs. stationär. Solidarität ggü. Kollegen.	<p>„[...] Die Digitalisierung ist schlichtweg nicht vorhanden. [...]“</p> <p>„Sehr zeitaufwendig ist die quartalsweise Eingabe des TMN Status“</p> <p>„[...] Technische Voraussetzungen für digitalisiertes Arbeiten nicht möglich [...]“ [sic]</p> <p>„[...] Den Urologen wird die Begandlung immer mehr abgenommen.“ [sic]</p> <p>„Leider eine politisch initiierte Veranstaltung, die letztlich der Ausbreitung ambulanter Klinikmedizin dienen soll.“</p> <p>„Es findet eine klare Selektion statt. Das bürokratische Monster ASV kann nur eine finanziell und personell gut ausgestattete Klinik erbringen. Diese bestimmt die Teilnehmer, alle anderen bleiben draußen. ASV ist m.E. undemokratisch [...]“</p> <p>„[...] Klinik ASV nutzen die Möglichkeit für weitere oft wenig sinnvolle Diagnostik und Therapie.“</p> <p>„[...] das die ASV im überwiegenden Teil von den Kliniken zur Aufbesserung deren wirtschaftlicher Situation genutzt wird, was wiederum langfristig zu einer Bereinigung im ambulanten urologischen Honorartopf führen wird.“</p>

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Analysen.

A.3 Abbildungen

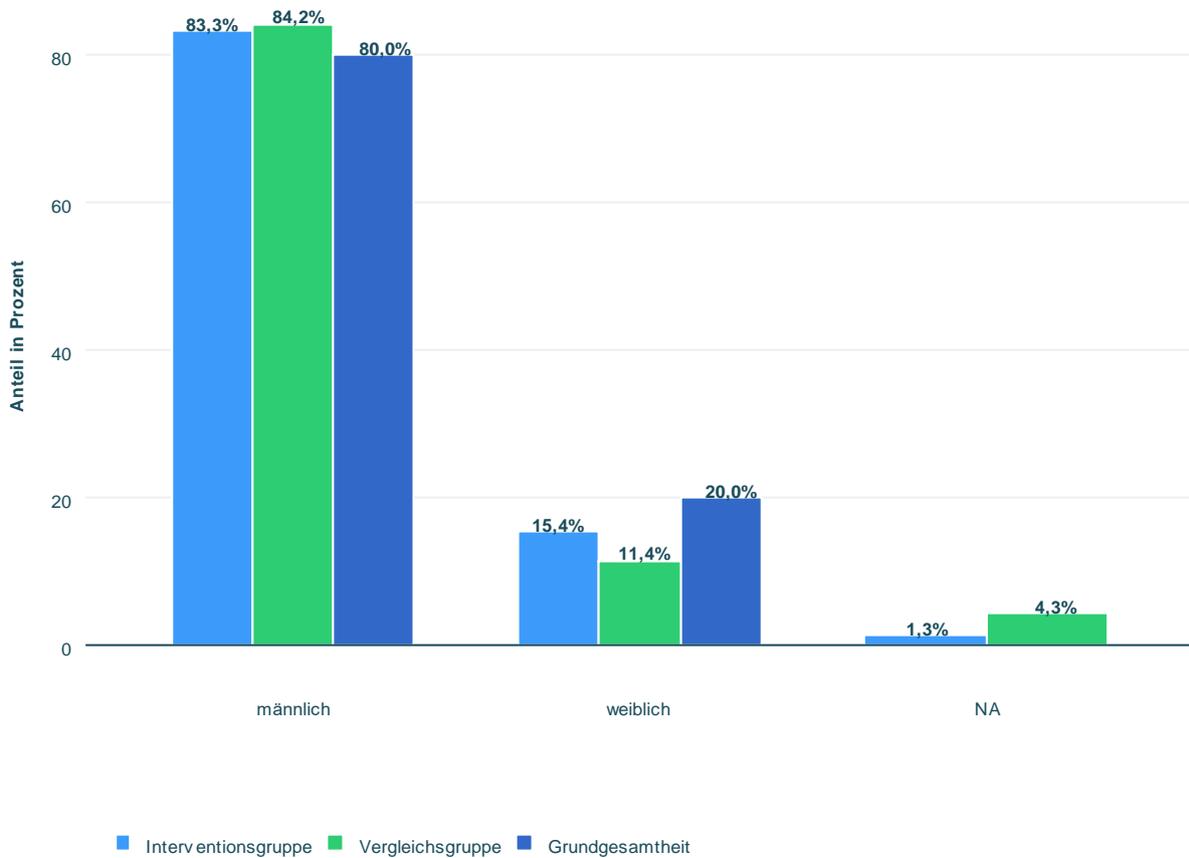
Klassierte Altersverteilung in Interventions- und Vergleichsgruppe sowie Grundgesamtheit



Datenbasis: Interventions- und Vergleichsgruppe: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen;
Grundgesamtheit: ambulant und stationär tätige Urolog:innen (inkl. angestellte Ärzt:innen zum Stichtag 21.12.2022,
Ärztestatistik (Stichtag 31.12.2021) der Bundesärztekammer (vgl. Bundesärztekammer 2022 a), eigene Berechnungen.

Abbildung 18: Klassierte Altersverteilung in Interventions- und Vergleichsgruppe sowie Grundgesamtheit. Fallzahl n = 262 (n(IG) = 78; n(VG) = 184). „NA“: Antwoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Anteile differenziert nach Geschlecht in Interventions- und Vergleichsgruppe sowie Grundgesamtheit

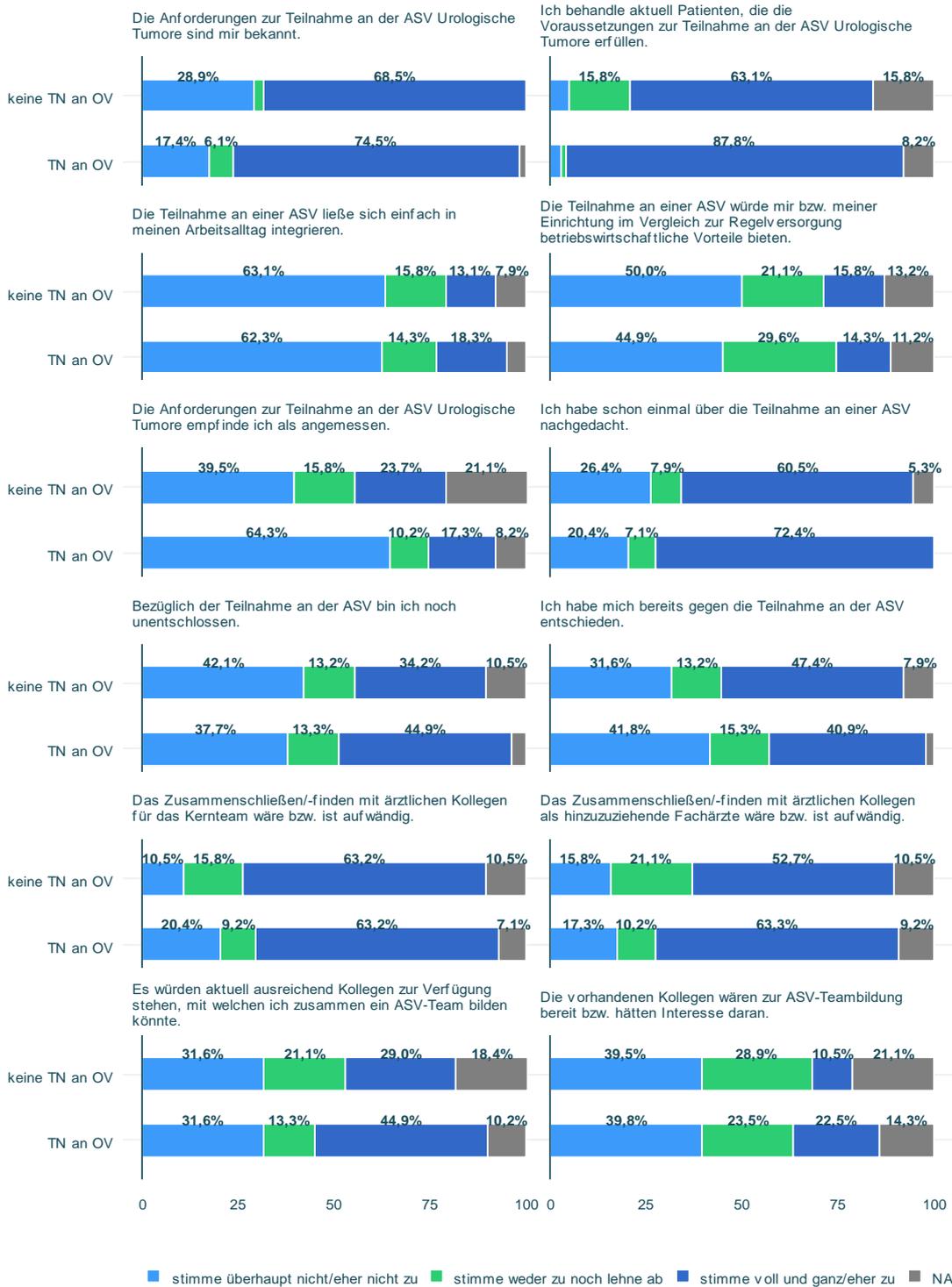


Datenbasis: Interventions- und Vergleichsgruppe: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen;
Grundgesamtheit: ambulant und stationär tätige Urolog:innen (inkl. angestellte Ärzt:innen) zum Stichtag 21.12.2022,
Ärztestatistik (Stichtag 31.12.2021) der Bundesärztekammer (vgl. Bundesärztekammer 2022 b), eigene Berechnungen.

Abbildung 19: Anteile differenziert nach Geschlecht in Interventions- und Vergleichsgruppe sowie Grundgesamtheit.
Fallzahl n = 262 (n(IG) = 78; n(VG) = 184). „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Ansichten zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ differenziert nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Vergleichsgruppe)

„Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?“



Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 20: Ansichten zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ differenziert nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Vergleichsgruppe). Angaben jener Teilnehmenden, die angeben, die Möglichkeit zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ zu kennen, sich derzeit nicht in Zulassung zur ASV „Urologische Tumore“ befinden, und Angaben zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung getätigt haben. Fallzahlen n(VG, Mögl. bekannt, nicht in Zul., Angaben zu weiteren Versorgungsformen getätigt) = 136 (n(VG, Mögl. bekannt, nicht in Zul., Ang. vorh., keine OV) = 38; n(VG, Mögl. bekannt, Ang. vorh., OV) = 98). „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Aspekte des Zugangs der Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom zur Gesundheitsversorgung differenziert nach Versorgungsbereich (Interventionsgruppe)

„Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?“

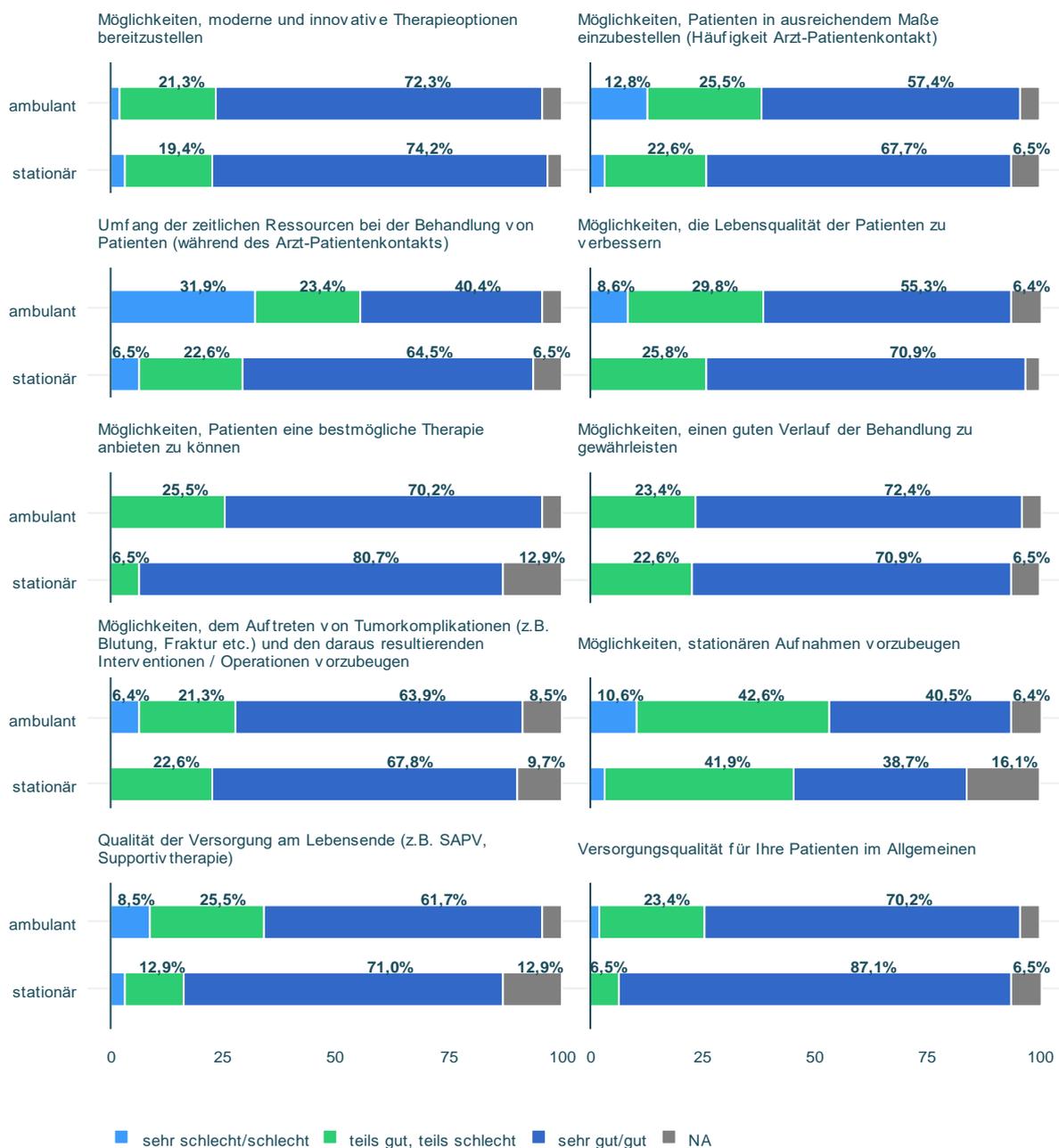


Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 21: Aspekte des Zugangs der Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom zur Gesundheitsversorgung differenziert nach Versorgungsbereich (Interventionsgruppe). Fallzahlen n(IG) = 78 (n(IG, ambulant) = 47 ; n(IG, stationär) = 31). „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Persönliche Bewertung der Möglichkeiten, Versorgungsaspekte zu gestalten differenziert nach Versorgungsbereich (Interventionsgruppe)

„Wenn Sie an die Versorgung von Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom im Rahmen der ASV „Urologische Tumore“ denken, wie bewerten Sie persönlich ...“

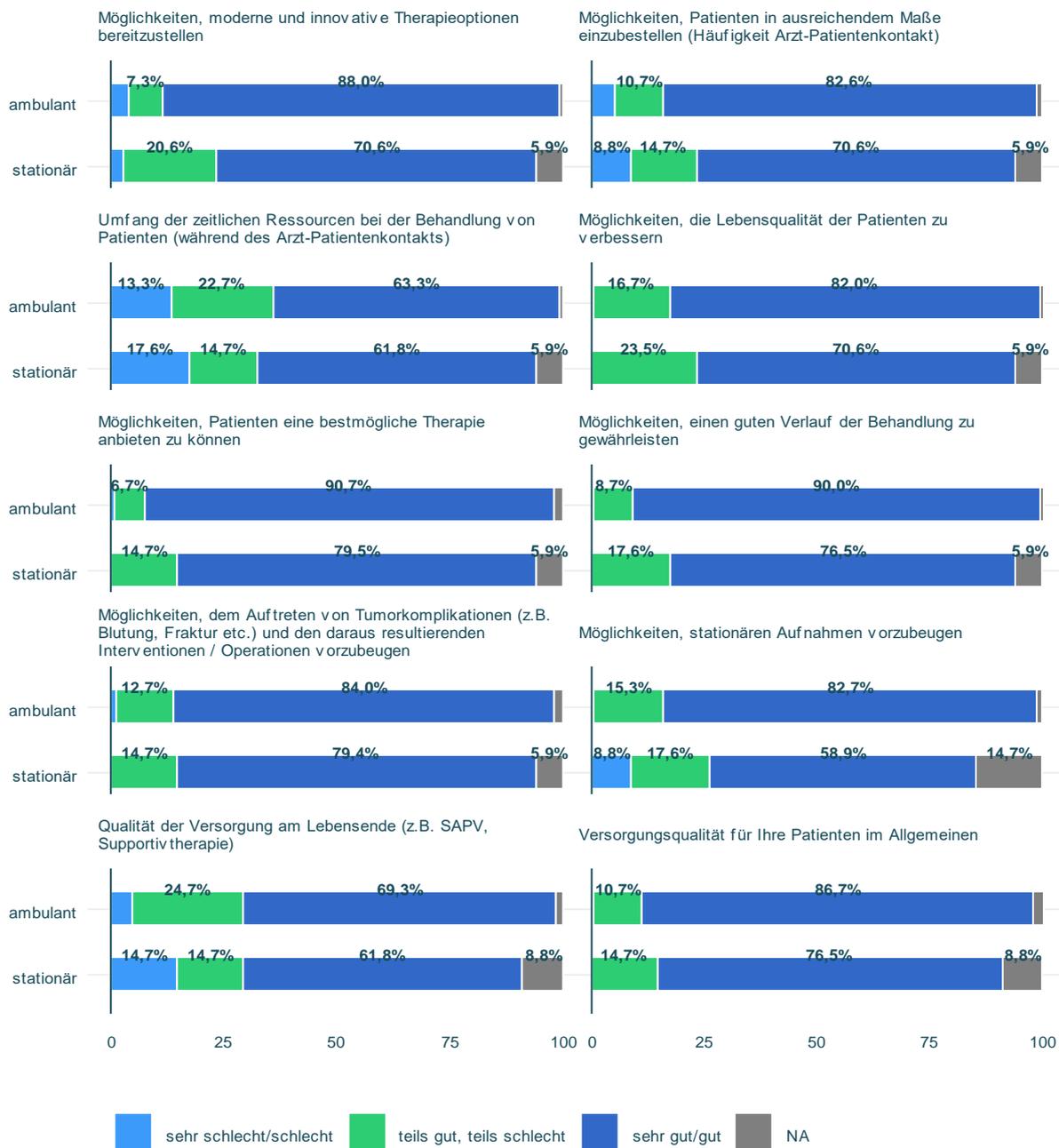


Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 22: Persönliche Bewertung der Möglichkeiten, Versorgungsaspekte zu gestalten differenziert nach Versorgungsbereich (Interventionsgruppe). Fallzahlen n(IG) = 78 (n(IG, ambulant) = 47 ; n(IG, stationär) = 31). „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Persönliche Bewertung der Möglichkeiten, Versorgungsaspekte zu gestalten differenziert nach Versorgungsbereich (Vergleichsgruppe)

„Wenn Sie an die Versorgung von Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom denken, wie bewerten Sie persönlich ...“

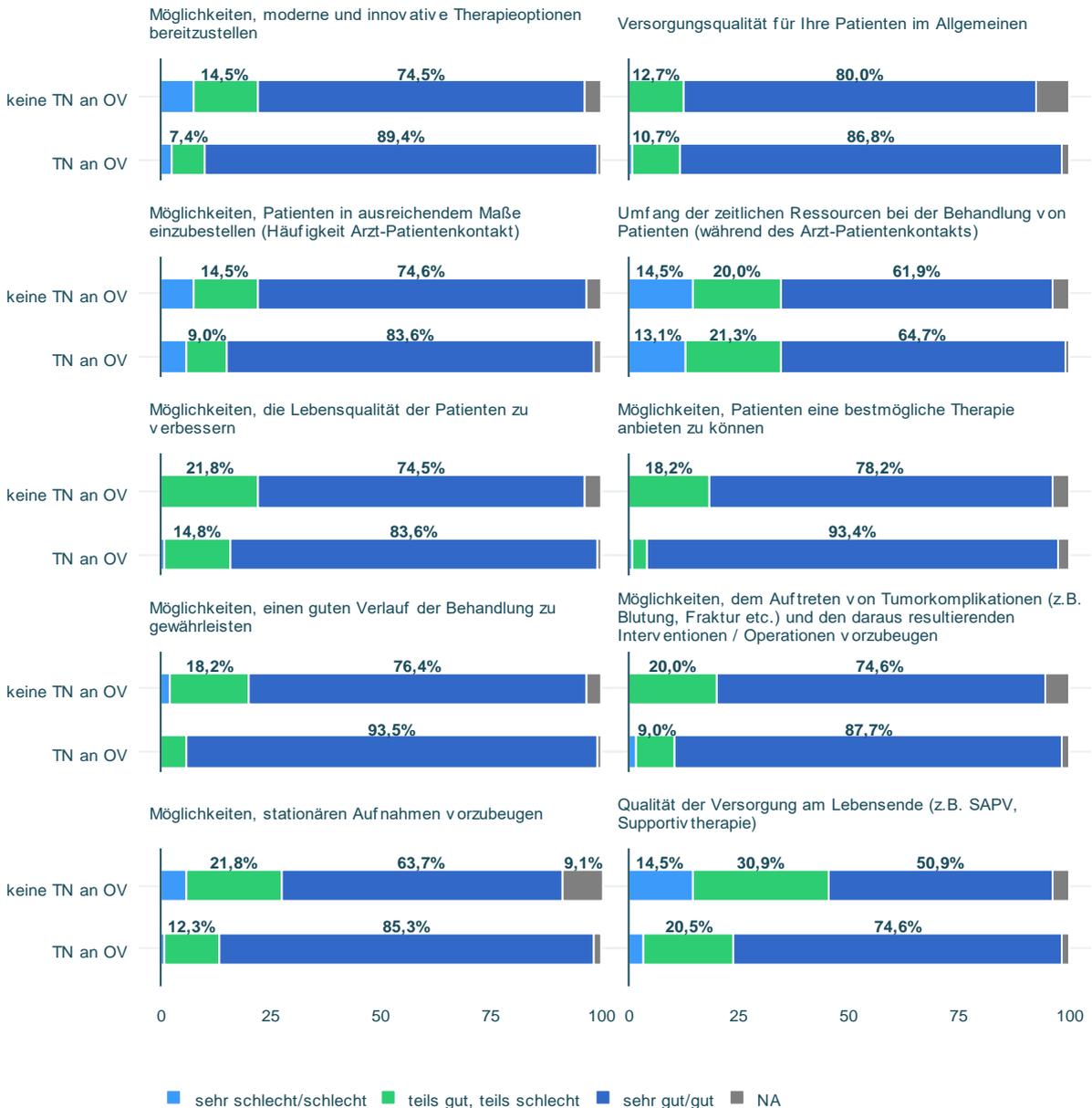


Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 23: Persönliche Bewertung der Möglichkeiten, Versorgungsaspekte zu gestalten differenziert nach Versorgungsbereich (Vergleichsgruppe). Fallzahlen n(VG) = 184 (n(VG, ambulant) = 150; n(VG, stationär) = 34). „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Persönliche Bewertung der Möglichkeiten, Versorgungsaspekte zu gestalten differenziert nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Vergleichsgruppe)

„Wenn Sie an die Versorgung von Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom denken, wie bewerten Sie persönlich ...“

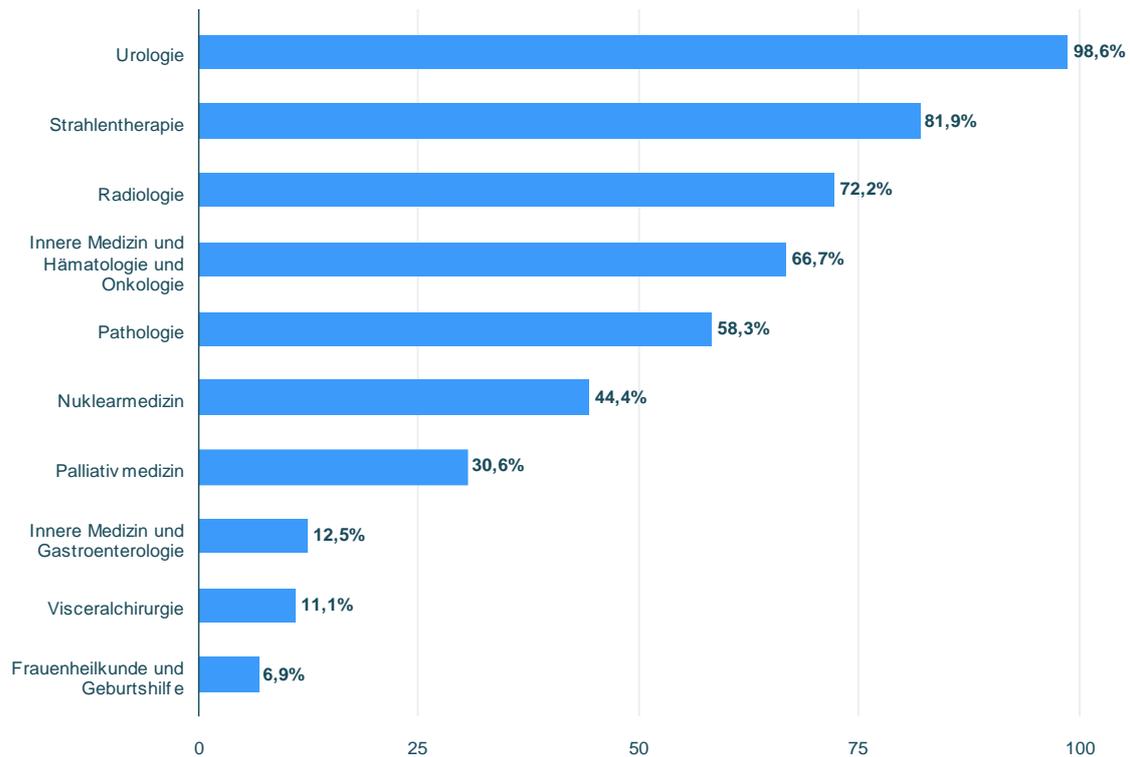


Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 24: Persönliche Bewertung der Möglichkeiten, Versorgungsaspekte zu gestalten, differenziert nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Vergleichsgruppe). Fallzahlen n(VG, Angaben zu weiteren Versorgungsformen getätigt) = 177 (n(VG, Ang. vorh., keine OV) = 55; n(VG, Ang. vorh., OV) = 122). „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Zehn am häufigsten genannte Facharztgruppen, die regelmäßig an ASV-Teambesprechungen teilnehmen (Interventionsgruppe)

„Welche Facharztgruppen nehmen regelmäßig an einer ASV-Teambesprechung teil?“



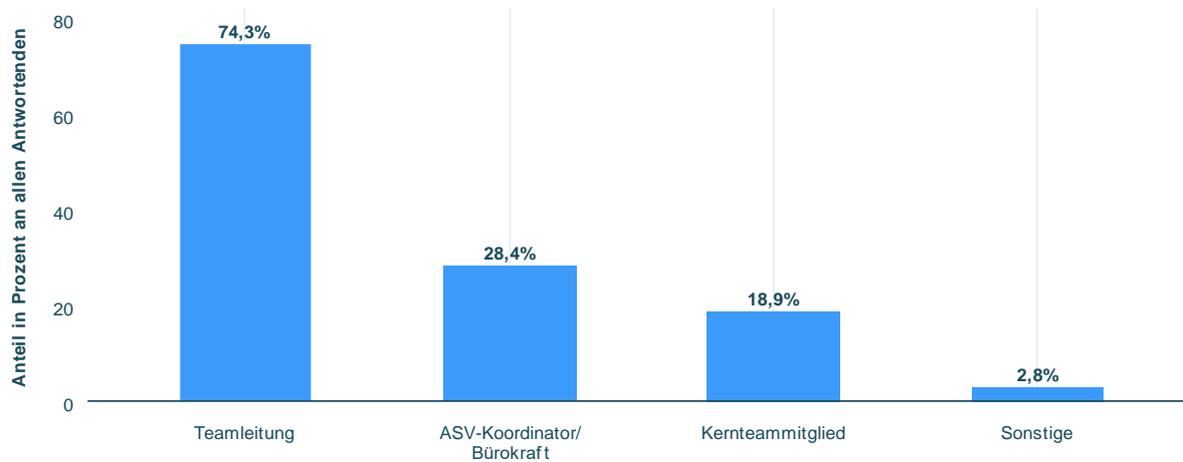
Anteil in Prozent an allen Antwortenden

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 25: Zehn am häufigsten genannte Facharztgruppen, die regelmäßig an ASV-Teambesprechungen teilnehmen (Interventionsgruppe). Mehrfachauswahl möglich, Darstellung der zehn am häufigsten genannten Facharztgruppen, Fallzahl n(IG, Angaben getätigt) = 72.

Organisation der ASV-Teambesprechungen (Interventionsgruppe)

„Welche Person/en organisiert/organisieren die ASV-Teambesprechungen administrativ?“

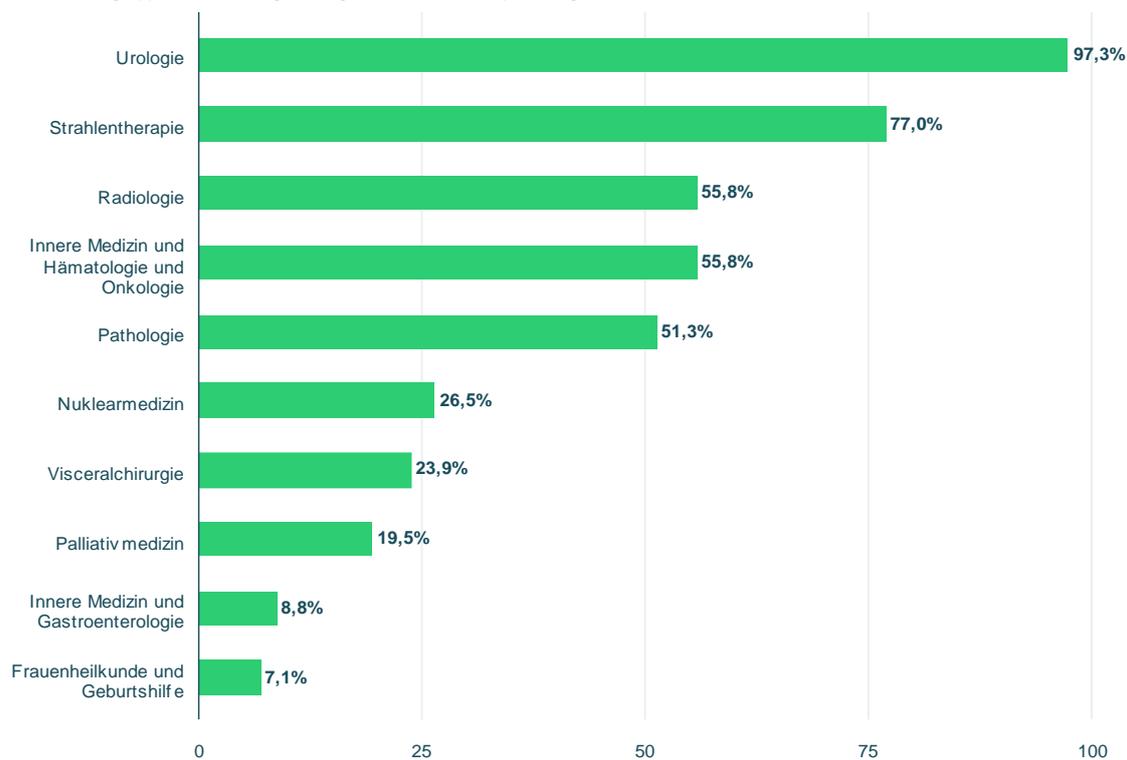


Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 26: Organisation der ASV-Teambesprechungen (Interventionsgruppe). Mehrfachauswahl möglich, Fallzahl n(IG, Angaben getätigt) = 74.

Zehn am häufigsten genannte Facharztgruppen, die regelmäßig an gemeinsamen Teambesprechungen i.R.d. Versorgung uroonkologischer Patient:innen teilnehmen (Vergleichsgruppe)

„Welche Facharztgruppen nehmen regelmäßig an einer Teambesprechung teil?“



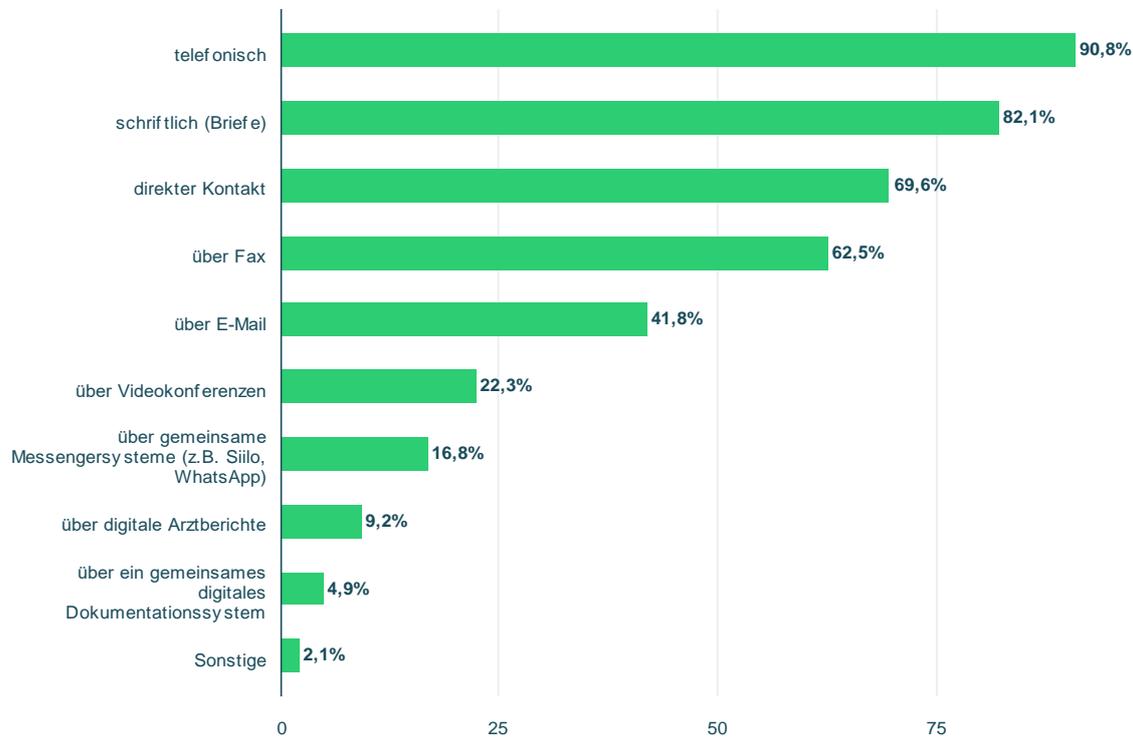
Anteil in Prozent an allen Antwortenden

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 27: Zehn am häufigsten genannte Facharztgruppen, die regelmäßig an gemeinsamen Teambesprechungen i.R.d. Versorgung uroonkologischer Patient:innen teilnehmen (Vergleichsgruppe). Mehrfachauswahl möglich; Darstellung der zehn am häufigsten genannten Facharztgruppen basierend auf Angaben jener Ärzt:innen der Vergleichsgruppe, die angaben, dass gemeinsame Teambesprechungen im Rahmen der Versorgung ihrer uroonkologischen Patienten stattfinden; Fallzahl n(VG, Teambespr. finden statt, Angaben getätigt) = 113.

Mittel zum Informationsaustausch mit ärztlichen Kolleg:innen i.R.d. Behandlung uroonkologischer Patient:innen (Vergleichsgruppe)

„Wie findet der Informationsaustausch zwischen Ihnen und ärztlichen Kollegen im Rahmen der Behandlung Ihrer uroonkologischen Patienten statt?“



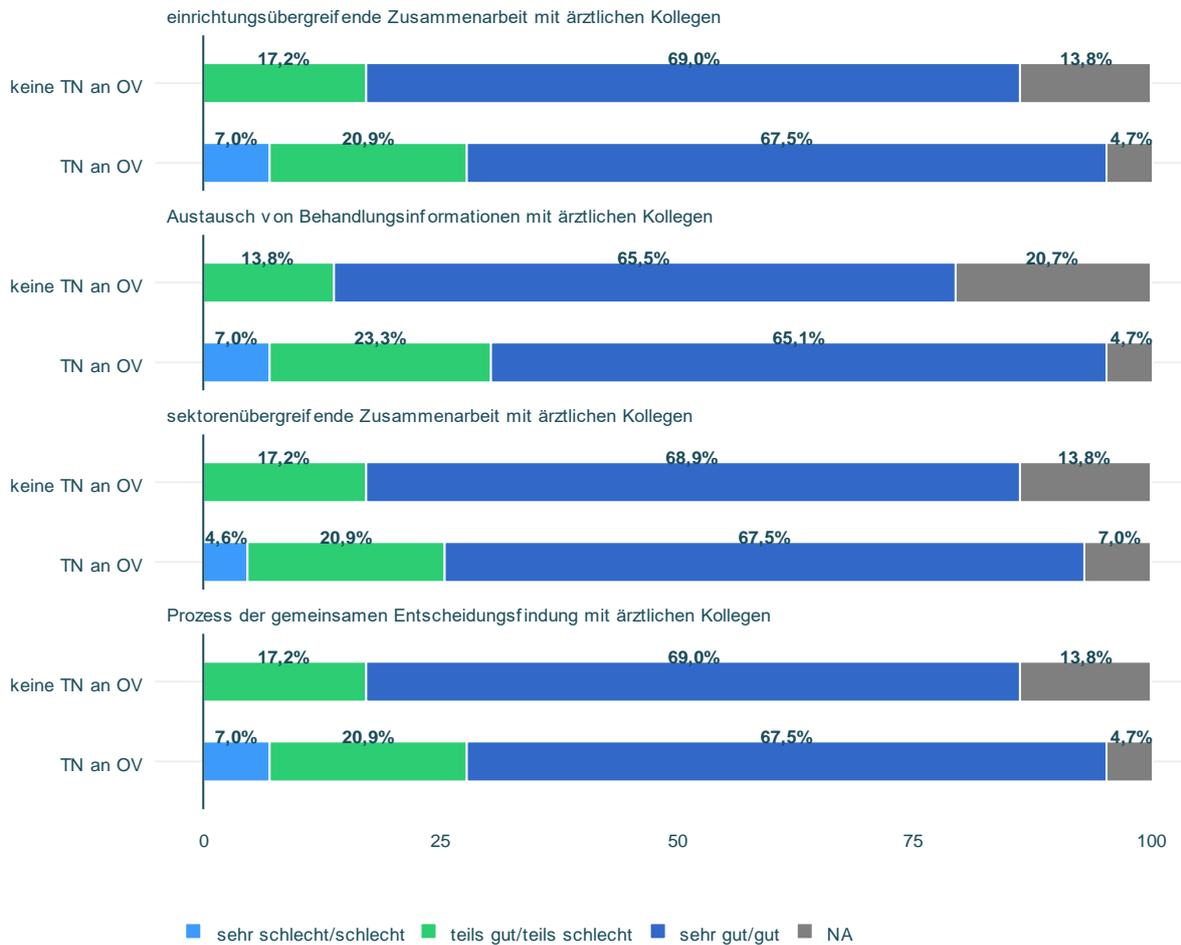
Anteil in Prozent an allen Antwortenden

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 28: Mittel zum Informationsaustausch mit ärztlichen Kolleg:innen i.R.d. Behandlung uroonkologischer Patient:innen (Vergleichsgruppe). Mehrfachnennungen möglich; Fallzahl n(VG) = 184.

Aspekte der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg:innen differenziert nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Interventionsgruppe)

„Wenn Sie an die Versorgung von Patienten im Rahmen der ASV „Urologische Tumore“ denken, wie bewerten Sie persönlich ...“

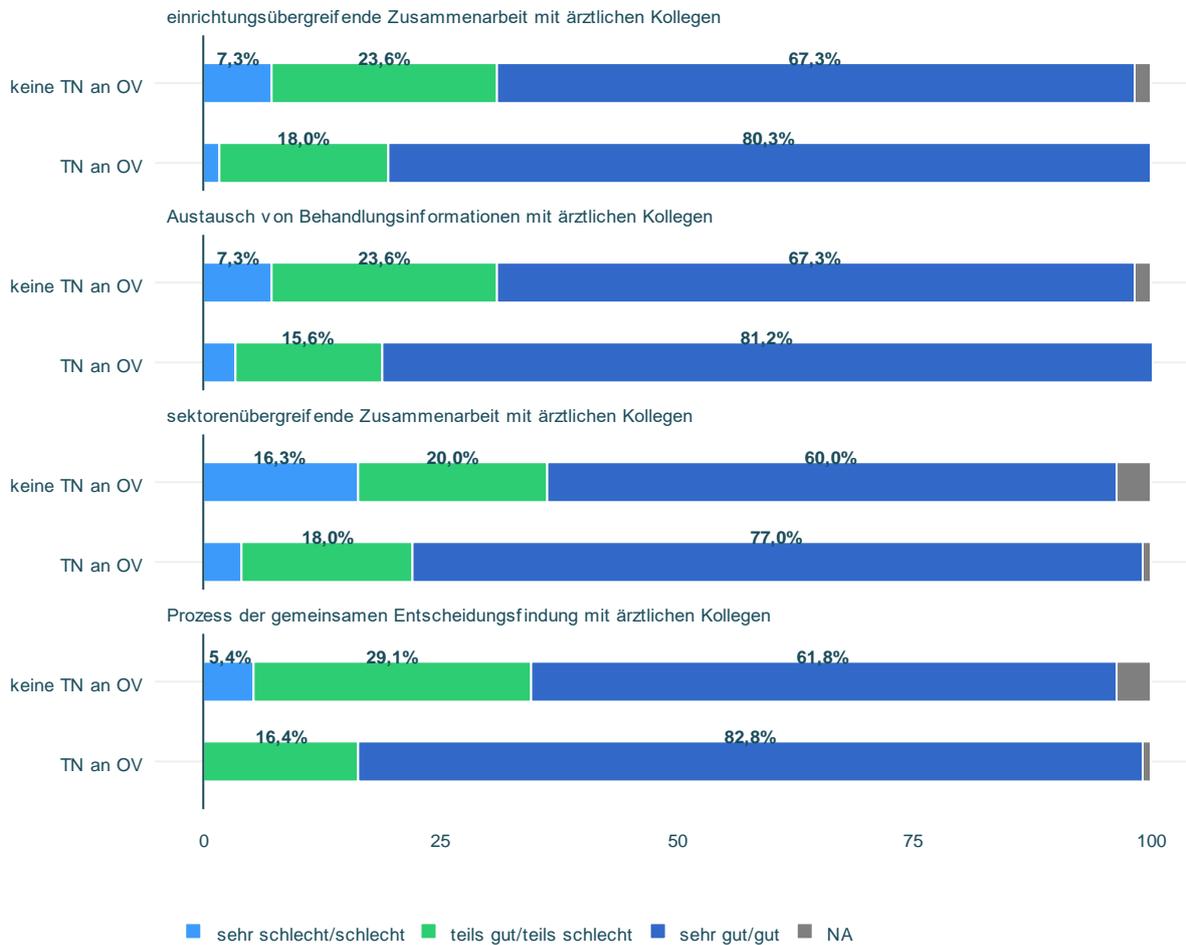


Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 29: Aspekte der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg:innen differenziert nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Interventionsgruppe). Fallzahl n(IG, Angaben zu weiteren Versorgungsformen getätigt) = 72 (n(IG, Ang. vorh., keine OV) = 29; n(IG, Ang. vorh., OV) = 43). „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Aspekte der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg:innen differenziert nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Vergleichsgruppe)

„Wenn Sie an die Versorgung Ihrer uroonkologischen Patienten denken, wie bewerten Sie persönlich ...“

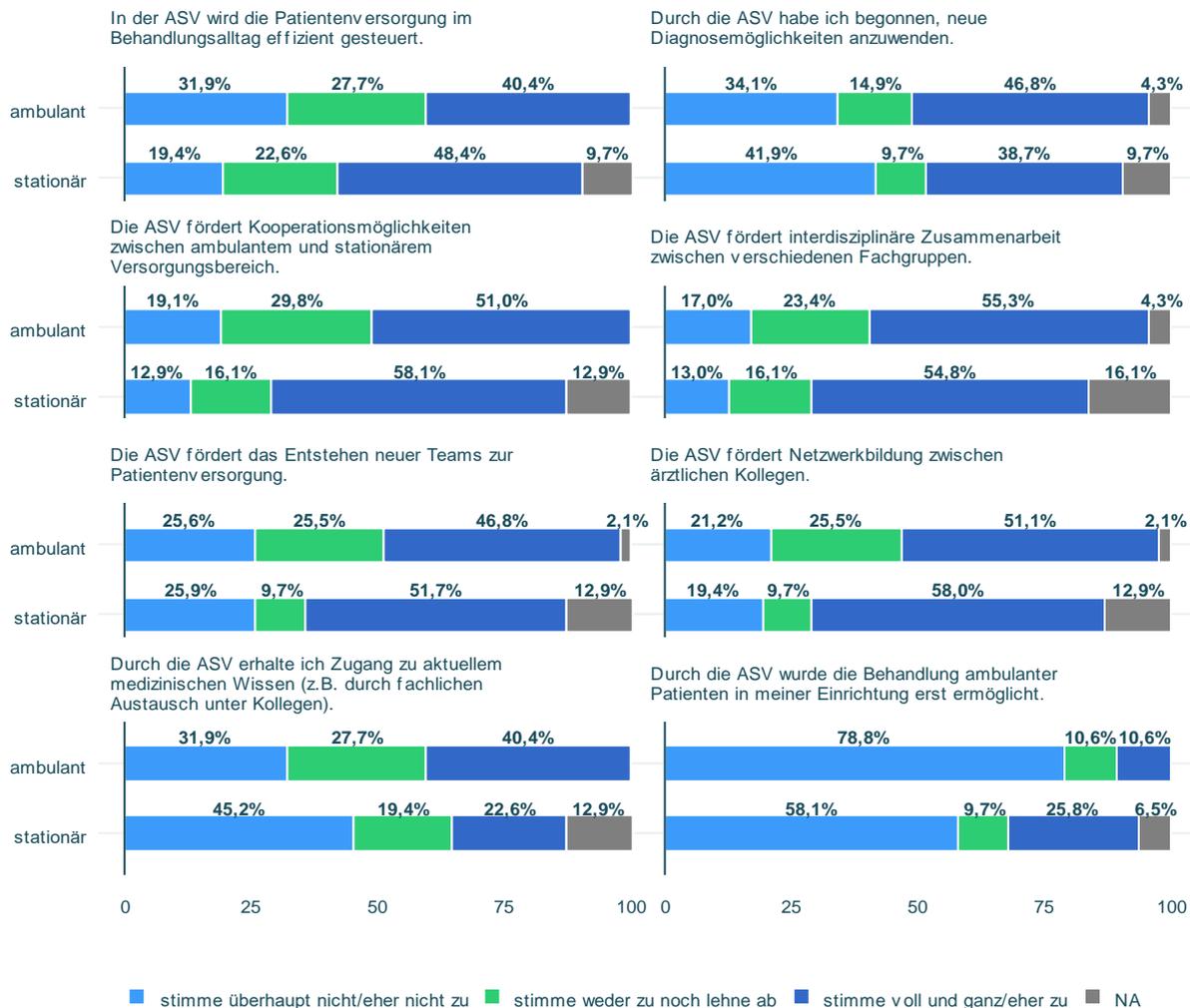


Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 30: Aspekte der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg:innen differenziert nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Vergleichsgruppe). Fallzahl n(VG, Angaben zu weiteren Versorgungsformen getätigt) = 173 (n(VG, Ang. vorh., keine OV) = 51; n(VG, Ang. vorh., OV) = 122). „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Einschätzungen zu Innovation durch die ASV differenziert nach Versorgungsbereich (Interventionsgruppe)

„Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?“

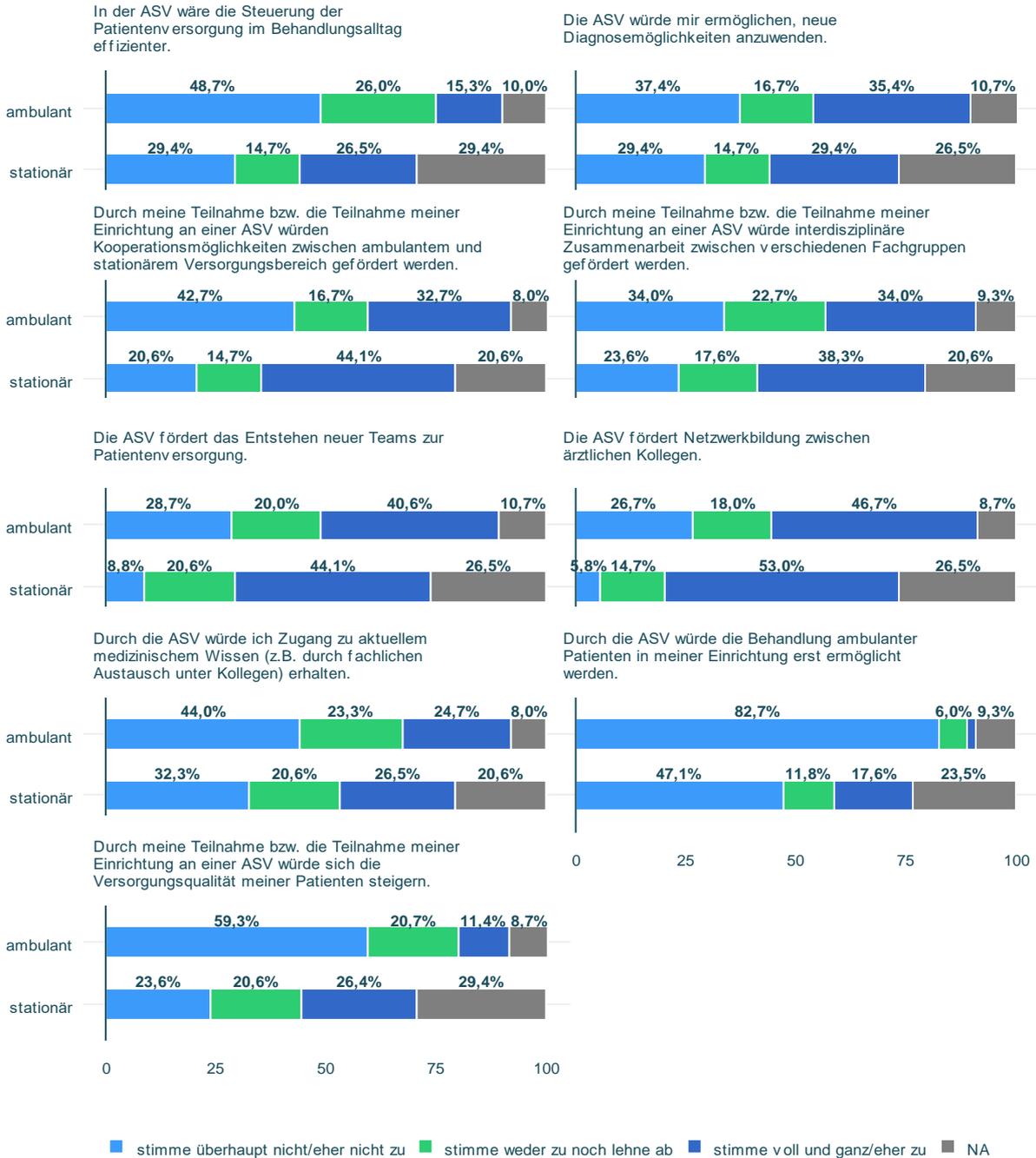


Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 31: Einschätzungen zu Innovation durch die ASV differenziert nach Versorgungsbereich (Interventionsgruppe). Fallzahlen n(IG) = 78 (n(IG,amb.) = 47 ; n(IG,stat.) = 31). „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Einschätzungen zu Innovation durch die ASV differenziert nach Versorgungsbereich (Vergleichsgruppe)

„Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?“

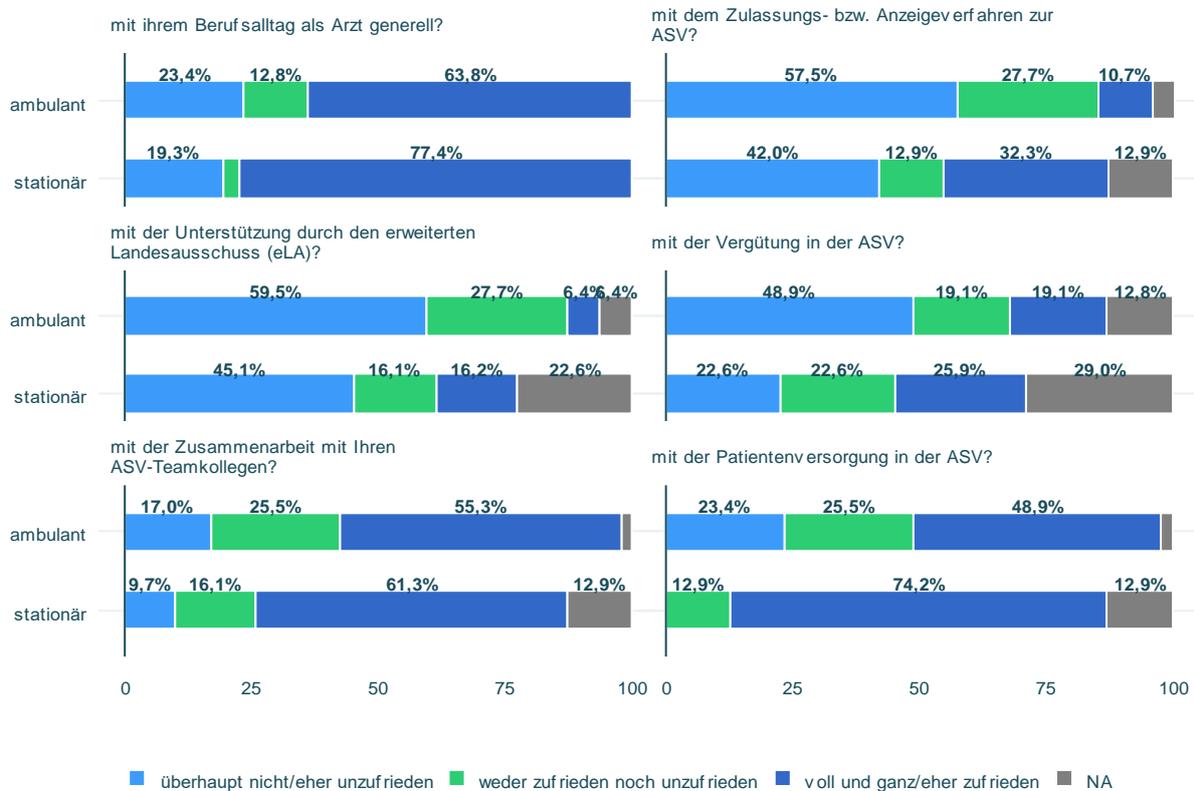


Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 32: Einschätzungen zu Innovation durch die ASV differenziert nach Versorgungsbereich (Vergleichsgruppe).
 Fallzahlen n(VG) = 184 (n(VG,amb.) = 150 ; n(VG,stat.) = 34). „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen in der ASV differenziert nach Versorgungsbereich (Interventionsgruppe)

„Wie zufrieden sind Sie aktuell ...“

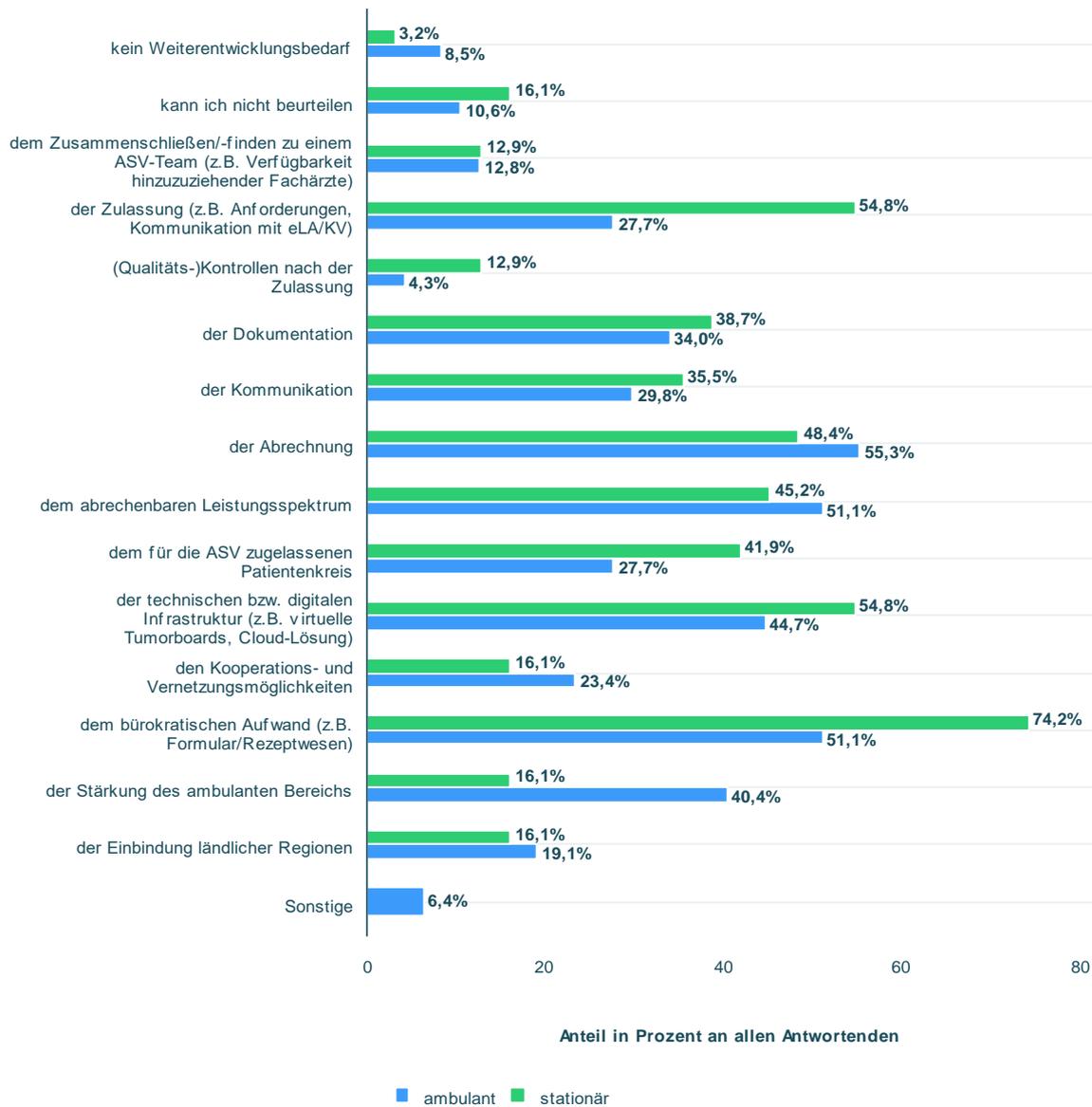


Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 33: Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen in der ASV differenziert nach Versorgungsbereich (Interventionsgruppe). Fallzahlen n(IG) = 78 (n(IG,amb.) = 47; n(IG,stat.) = 31). „NA“: Antwortoption „keine Angabe“ gewählt oder keine Angabe getätigt.

Weiterentwicklungsbedarfe der ASV „Urologische Tumore“ differenziert nach Versorgungsbereich (Interventionsgruppe)

„In welchen Bereichen bedarf aus Ihrer Sicht die ASV „Urologische Tumore“ einer Weiterentwicklung?
Ich sehe Weiterentwicklungsbedarfe bei ...“

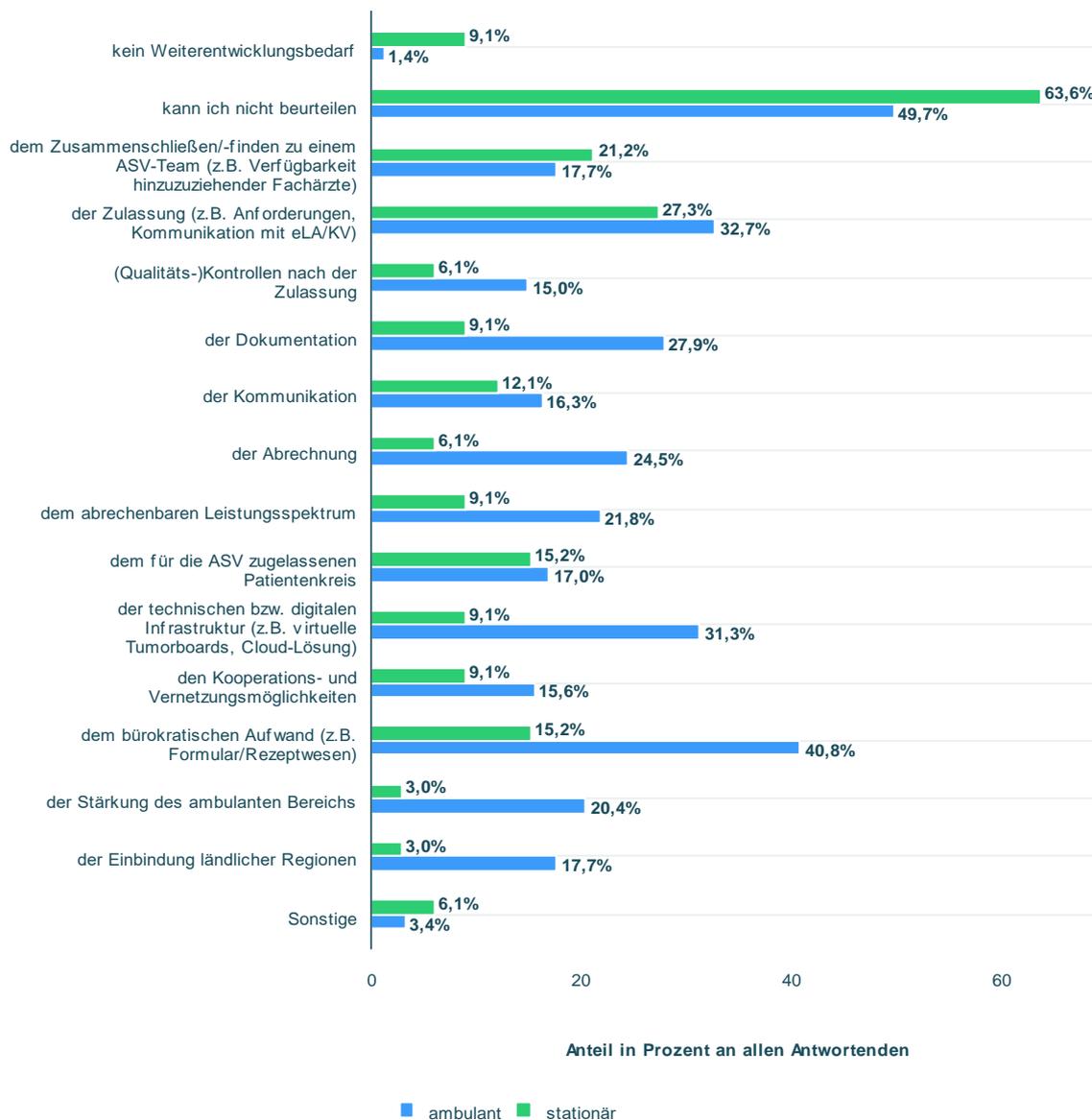


Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 34: Weiterentwicklungsbedarfe der ASV „Urologische Tumore“ differenziert nach Versorgungsbereich (Interventionsgruppe). Mehrfachnennungen möglich; Fallzahl n(IG) = 78.

Weiterentwicklungsbedarfe der ASV „Urologische Tumore“ differenziert nach Versorgungsbereich (Vergleichsgruppe)

„In welchen Bereichen bedarf aus Ihrer Sicht die ASV „Urologische Tumore“ einer Weiterentwicklung?
Ich sehe Weiterentwicklungsbedarfe bei ...“



Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Abbildung 35: Weiterentwicklungsbedarfe der ASV „Urologische Tumore“ differenziert nach Versorgungsbereich (Vergleichsgruppe). Mehrfachnennungen möglich; n(VG) = 180.

A.4 Tabellen

Tabelle 18: Entscheidung zur Teilnahme an der ASV nach Versorgungsbereich (Interventionsgruppe)

Merkmal	ambulant		stationär	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Gesamtanzahl	47		31	
Wurde die Entscheidung zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ nicht individuell, sondern auf Abteilungs- oder Einrichtungsebene getroffen?				
ja	9	19,1 %	24	77,4 %
nein	28	59,6 %	6	19,4 %
nicht zutreffend	10	21,3 %	1	3,2 %

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen

Tabelle 19: Besprechungen im ASV-Team (Interventionsgruppe)

Merkmal	Interventionsgruppe	
	Anzahl	Anteil
Gesamtanzahl	78	
durchschnittliche Anzahl Besprechungen pro Quartal		
weniger als 1	12	15,4 %
1 bis 2	18	23,1 %
3 bis 4	12	15,4 %
mehr als 4	21	26,9 %
weiß nicht	12	15,4 %
keine Angabe	3	3,8 %
durchschnittliche Anzahl Patientenfälle pro Besprechung		
1 bis 2	9	11,5 %
2 bis 3	14	17,9 %
mehr als 4	30	38,5 %
weiß nicht	22	28,2 %
keine Angabe	3	3,8 %
Kopplung an andere Besprechung (z.B. Tumorboard)?		
nein	21	26,9 %
ja	53	67,9 %
keine Angabe	4	5,1 %
Form der Teambesprechung (Mehrfachauswahl möglich)		
in Präsenz	38	52,1 %
als Videokonferenz	45	61,6 %
Sonstige*	6	8,2 %

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Hinweise: * umfasst Sonstige Angaben im Freitext

Tabelle 20: Fallkonferenzen des ASV-Teams mit Einbezug von Patient:innen (Interventionsgruppe)

Merkmal	Interventionsgruppe	
	Anzahl	Anteil
Gesamtanzahl	78	
Werden aktuell gemeinsame Fallkonferenzen des ASV-Teams mit Einbezug von Patient:innen durchgeführt?		
nein	62	79,5 %
ja	14	17,9 %
keine Angabe	2	2,6 %
Sofern o.g. Teambesprechungen mit Einbezug von Patient:innen stattfinden:	14	
Anzahl Besprechungen mit Patientenbeteiligung pro Quartal		
	aufgrund geringer Fallzahlen nicht berichtet	
Form der Fallkonferenz mit Patientenbeteiligung (Mehrfachauswahl möglich)		
in Präsenz	8	57,1 %
als Videokonferenz	8	57,1 %
Sonstige*	1	7,1 %
Zusammensetzung der Teilnehmenden (Mehrfachauswahl möglich)		
interdisziplinär	13	92,9 %
einrichtungs- und/oder sektorenübergreifend	10	71,5 %

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Hinweise: * umfasst Sonstige Angaben im Freitext

Tabelle 21: Gemeinsame Teambesprechungen mit ärztlichen Kollegen im Rahmen der Versorgung uroonkologischer Patient:innen (Vergleichsgruppe)

Merkmal	Vergleichsgruppe	
	Anzahl	Anteil
Gesamtanzahl	184	
Finden gemeinsame Teambesprechungen i.R.d. Versorgung uroonkologischer Patienten statt? *		
nein	67	36,4 %
ja	115	62,5 %
keine Angabe	2	1,1 %
Sofern o.g. Teambesprechungen stattfinden:	115	
durchschnittliche Anzahl Besprechungen pro Quartal		
weniger als 3	27	23,5 %
3 bis 4	30	26,1 %
mehr als 4	53	46,1 %
keine Angabe	5	4,3 %
durchschnittliche Anzahl Patientenfälle pro Besprechung		
1 bis 2	34	29,6 %
3 bis 4	25	21,7 %
mehr als 4	51	44,3 %
weiß nicht	2	1,7 %
keine Angabe	3	2,6 %
Administrative Organisation durch (Mehrfachauswahl möglich)		
anderer Facharzt bzw. andere Fachabteilung	55	48,2
ich bzw. meine Einrichtung	48	42,1 %
Sonstige*	27	23,7 %
Form der Teambesprechung (Mehrfachauswahl möglich)		
in Präsenz	86	76,1 %
als Videokonferenz	59	52,2 %
Sonstige**	14	12,4 %

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Hinweise: * Keine substantielle Änderung der Anteilswerte, wenn man Einzelpraxen ausschließt

** umfasst Sonstige Angaben im Freitext

Tabelle 22: Gemeinsame Teambesprechungen mit ärztlichen Kolleg:innen mit Einbezug von Patient:innen im Rahmen der Versorgung uroonkologischer Patient:innen (Vergleichsgruppe)

Merkmal	Vergleichsgruppe	
	Anzahl	Anteil
Gesamtanzahl	184	
Werden aktuell gemeinsame Fallkonferenzen mit uroonkologischen Patienten durchgeführt?		
nein	122	66,3 %
ja	59	32,1 %
keine Angabe	3	1,6 %
Sofern o.g. Teambesprechungen mit Einbezug von Patient:innen stattfinden:	59	
durchschnittliche Anzahl Besprechungen pro Quartal		
weniger als 3	22	37,3 %
3 bis 4	15	25,4 %
mehr als 4	19	32,2 %
keine Angabe	3	5,1 %
Form der Teambesprechung (Mehrfachauswahl möglich)		
in Präsenz	37	64,9 %
als Videokonferenz	33	57,9 %
Sonstige*	7	12,3 %
Zusammensetzung der Teilnehmenden (Mehrfachauswahl möglich)		
interdisziplinär	52	91,2 %
einrichtungsübergreifend	32	56,1 %
sektorenübergreifend	22	38,6 %

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Hinweise: * umfasst Sonstige Angaben im Freitext

Tabelle 23: Übersicht über Ergebnisse der statistischen Tests der zentralen Tendenzen bzw. Mittelwerte zwischen Subgruppen (Interventionsgruppe)

Interventionsgruppe														
(A) Motive zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ (Abbildung 4)														
„Wie relevant waren die folgenden Motive für Ihre Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“?“														
	Differenzierung nach Versorgungsbereich							Differenzierung nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung						
	ambulant		stationär		p-Wert			keine TN an OV		TN an OV		p-Wert		
	Anzahl	Mittelwert (SD)	Anzahl	Mittelwert (SD)	t-Test	Welch-Test	Kruskal-Wallis-Test	Anzahl	Mittelwert (SD)	Anzahl	Mittelwert (SD)	t-Test	Welch-Test	Kruskal-Wallis-Test
Steigerung der Versorgungsqualität meiner Patienten	47	4,1 (1,2)	30	4,4 (1,2)	0,271	0,269	0,143							
effiziente Steuerung der Patientenversorgung im Behandlungsalltag	46	3,6 (1,4)	28	4,0 (1,4)	0,192	0,193	0,149							
Gewinnung neuer Patienten	47	2,3 (1,3)	30	3,2 (1,5)	0,006	0,008	0,008							
mehr/neue Diagnosemöglichkeiten (z.B. Bildgebung)	45	4,4 (1,1)	29	4,1 (1,3)	0,391	0,412	0,469							
mehr/neue Behandlungsmöglichkeiten	45	3,6 (1,4)	28	3,7 (1,4)	0,820	0,820	0,813							
mehr Kooperationsmöglichkeiten zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich	46	3,5 (1,5)	30	4,2 (1,0)	0,027	0,016	0,058							
Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachgruppen	46	3,8 (1,3)	30	4,0 (1,0)	0,508	0,486	0,718							
Steigerung der eigenen Arbeitszufriedenheit	47	3,0 (1,3)	30	2,7 (1,4)	0,416	0,429	0,333							
betriebswirtschaftliche Attraktivität	47	2,7 (1,5)	30	3,1 (1,4)	0,262	0,252	0,250							
Austausch und Vertiefung von Fachwissen mit Kollegen	46	3,9 (1,2)	29	3,5 (1,3)	0,177	0,188	0,177							

Interventionsgruppe														
(B) Aspekte des Zugangs der Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom zur Gesundheitsversorgung (Abbildung 21)														
„Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?“														
	Differenzierung nach Versorgungsbereich							Differenzierung nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung						
	ambulant		stationär		p-Wert			keine TN an OV		TN an OV		p-Wert		
	Anzahl	Mittelwert (SD)	Anzahl	Mittelwert (SD)	t-Test	Welch-Test	Kruskal-Wallis-Test	Anzahl	Mittelwert (SD)	Anzahl	Mittelwert (SD)	t-Test	Welch-Test	Kruskal-Wallis-Test
Die Patientenzufriedenheit ist in der ASV höher.	41	2,7 (1,2)	22	3,2 (1,2)	0,073	0,082	0,072							
Für ASV-Patienten gibt es terminliche Vorteile bei der Diagnostik.	45	3,4 (1,2)	27	3,7 (1,1)	0,338	0,323	0,403							
Für ASV-Patienten habe ich mehr Möglichkeiten in der Diagnostik.	45	3,9 (1,2)	29	4,3 (1,0)	0,155	0,143	0,125							
Für ASV-Patienten gibt es terminliche Vorteile bei der Therapie.	45	2,6 (1,2)	28	3,1 (1,1)	0,042	0,036	0,040							
Für ASV-Patienten habe ich mehr Möglichkeiten in der Therapie.	44	2,9 (1,4)	28	3,4 (1,4)	0,111	0,116	0,108							
Für ASV-Patienten werden kurzfristiger Tumorboards möglich.	46	2,7 (1,4)	30	2,6 (1,1)	0,782	0,771	0,918							
Für die Versorgung im ASV-Team müssen ASV-Patienten räumlich weniger mobil sein als im Rahmen der Regelversorgung.	44	2,1 (1,2)	27	2,4 (1,0)	0,352	0,334	0,244							
Die medizinische Versorgung von Patienten in der ASV unterscheidet sich wenig von der Behandlung außerhalb der ASV.	46	3,8 (1,3)	30	3,2 (1,2)	0,036	0,036	0,028							

Interventionsgruppe	(C) Persönliche Bewertung der Möglichkeiten, Versorgungsaspekte zu gestalten (Abbildung 22)													
	„Wenn Sie an die Versorgung von Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom im Rahmen der ASV „Urologische Tumore“ denken, wie bewerten Sie persönlich ...“													
	Differenzierung nach Versorgungsbereich							Differenzierung nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung						
	ambulant		stationär		p-Wert			keine TN an OV		TN an OV		p-Wert		
	Anzahl	Mittelwert (SD)	Anzahl	Mittelwert (SD)	t-Test	Welch-Test	Kruskal-Wallis-Test	Anzahl	Mittelwert (SD)	Anzahl	Mittelwert (SD)	t-Test	Welch-Test	Kruskal-Wallis-Test
Ihre Möglichkeiten, moderne und innovative Therapieoptionen bereitzustellen?	45	4,0 (0,8)	30	4,3 (0,9)	0,071	0,085	0,033							
Ihre Möglichkeiten, Patienten in einem ausreichenden Maße einzubestellen (Häufigkeit Arzt-Patientenkontakt)?	45	3,7 (1,0)	29	4,1 (0,9)	0,039	0,037	0,040							
den Umfang Ihrer zeitlichen Ressourcen bei der Behandlung von Patienten (während des Arzt-Patientenkontakts)?	45	3,1 (1,1)	29	3,9 (0,9)	0,005	0,003	0,007							
Ihre Möglichkeiten, die Lebensqualität Ihrer Patienten zu verbessern?	44	3,5 (0,9)	30	4,0 (0,8)	0,012	0,010	0,021							
Ihre Möglichkeiten, Patienten eine bestmögliche Therapie anbieten zu können?	45	4,1 (0,8)	27	4,5 (0,6)	0,033	0,025	0,039							
Ihre Möglichkeiten, einen guten Verlauf der Behandlung zu gewährleisten?	45	4,0 (0,7)	29	4,2 (0,8)	0,199	0,218	0,179							
Ihre Möglichkeiten, dem Auftreten von Tumorkomplikationen (z.B. Blu-	43	3,8 (0,8)	28	4,1 (0,8)	0,079	0,080	0,101							

tung, Fraktur etc.) und den daraus resultierenden Interventionen/ Operationen vorzubeugen?								
Ihre Möglichkeiten, stationäre Aufnahmen vorzubeugen?	44	3,3 (0,8)	26	3,6 (0,9)	0,182	0,190	0,321	
die Qualität der Versorgung Ihrer Patienten am Lebensende?	45	3,8 (1,0)	27	4,2 (0,8)	0,194	0,170	0,234	
die Versorgungsqualität für Ihre Patienten im Allgemeinen?	45	3,9 (0,7)	29	4,3 (0,6)	0,010	0,008	0,012	

Interventionsgruppe														
(D) Aspekte der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg:innen (Abbildung 29)														
„Wenn Sie an die Versorgung von Patienten im Rahmen der ASV „Urologische Tumore“ denken, wie bewerten Sie persönlich ...“														
	Differenzierung nach Versorgungsbereich							Differenzierung nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung						
	ambulant		stationär		p-Wert			keine TN an OV		TN an OV		p-Wert		
	Anzahl	Mittelwert (SD)	Anzahl	Mittelwert (SD)	t-Test	Welch-Test	Kruskal-Wallis-Test	Anzahl	Mittelwert (SD)	Anzahl	Mittelwert (SD)	t-Test	Welch-Test	Kruskal-Wallis-Test
die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen?								25	4,2 (0,8)	41	3,9 (1,0)	0,158	0,137	0,205
den Austausch von Behandlungsinformationen mit ärztlichen Kollegen?								23	4,1 (0,7)	41	3,8 (0,9)	0,086	0,067	0,109
die sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen?								25	4,2 (0,7)	40	3,9 (0,9)	0,232	0,212	0,290
den Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit ärztlichen Kollegen?								25	4,1 (0,7)	41	3,9 (1,0)	0,280	0,249	0,388

Interventionsgruppe															
(E) Einschätzungen zu Innovation durch die ASV (Abbildung 31)															
„Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?“															
	Differenzierung nach Versorgungsbereich							Differenzierung nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung							
	ambulant		stationär		p-Wert			keine TN an OV		TN an OV		p-Wert			
	Anzahl	Mittelwert (SD)	Anzahl	Mittelwert (SD)	t-Test	Welch-Test	Kruskal-Wallis-Test	Anzahl	Mittelwert (SD)	Anzahl	Mittelwert (SD)	t-Test	Welch-Test	Kruskal-Wallis-Test	
In der ASV wird die Patientenversorgung im Behandlungsalltag effizient gesteuert.	47	3,0 (1,2)	28	3,3 (1,1)	0,254	0,236	0,264								
Durch die ASV habe ich begonnen, neue Diagnosemöglichkeiten anzuwenden.	45	3,1 (1,3)	28	2,9 (1,6)	0,525	0,551	0,596								
Die ASV fördert Kooperationsmöglichkeiten zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich.	47	3,4 (1,2)	27	3,7 (1,1)	0,237	0,226	0,235								
Die ASV fördert interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachgruppen.	45	3,5 (1,2)	26	3,6 (1,1)	0,657	0,655	0,620								
Die ASV fördert das Entstehen neuer Teams zur Patientenversorgung.	46	3,3 (1,3)	27	3,4 (1,3)	0,555	0,556	0,518								
Die ASV fördert Netzwerkbildung zwischen ärztlichen Kollegen.	46	3,4 (1,3)	27	3,6 (1,2)	0,635	0,630	0,602								
Durch die ASV erhalte ich Zugang zu aktuellem medizinischem Wissen	47	3,1 (1,3)	27	2,7 (1,4)	0,159	0,163	0,143								

(z.B. durch fachlichen Austausch unter Kollegen).								
Durch die ASV wurde die Behandlung ambulanter Patienten in meiner Einrichtung erst ermöglicht.	47	1,7 (1,1)	29	2,2 (1,5)	0,086	0,113	0,168	

Interventionsgruppe	Differenzierung nach Versorgungsbereich						Differenzierung nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung							
	ambulant		stationär		p-Wert			keine TN an OV		TN an OV		p-Wert		
	Anzahl	Mittelwert (SD)	Anzahl	Mittelwert (SD)	t-Test	Welch-Test	Kruskal-Wallis-Test	Anzahl	Mittelwert (SD)	Anzahl	Mittelwert (SD)	t-Test	Welch-Test	Kruskal-Wallis-Test
mit Ihrem Berufsalltag als Arzt generell?	47	3,5 (1,0)	31	3,8 (1,1)	0,204	0,213	0,112							
mit dem Zulassungs- bzw. Anzeigungsverfahren zur ASV?	45	2,2 (1,1)	27	2,8 (1,4)	0,061	0,080	0,101							
mit der Unterstützung durch den erweiterten Landesausschuss (eLA)?	44	2,1 (1,0)	24	2,5 (1,2)	0,115	0,142	0,190							
mit der Vergütung in der ASV?	41	2,3 (1,2)	22	3,1 (1,1)	0,016	0,012	0,018							
mit der Zusammenarbeit mit Ihren ASV-Teamkollegen?	46	3,5 (1,2)	27	4,1 (1,1)	0,055	0,052	0,048							
mit der Patientenversorgung in der ASV?	46	3,3 (1,3)	27	4,3 (0,7)	0,001	< 0,001	0,001							

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Hinweise: „Mittelwert“: arithmetisches Mittel; „SD“: Standardabweichung. Getestet wurde jeweils mittels Zwei-Stichproben-Tests auf Gleichheit der arithmetischen Mittelwerte bzw. zentralen Tendenzen der beiden Subgruppen (H0).

Tabelle 24: Übersicht über Ergebnisse der statistischen Tests der zentralen Tendenzen bzw. Mittelwerte zwischen Subgruppen (Vergleichsgruppe)

Vergleichsgruppe	Differenzierung nach Versorgungsbereich						Differenzierung nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung						
	ambulant		stationär		p-Wert		keine TN an OV		TN an OV		p-Wert		
	Anzahl	Mittelwert (SD)	Anzahl	Mittelwert (SD)	t-Test	Welch-Test	Kruskal-Wallis-Test	Anzahl	Mittelwert (SD)	Anzahl	Mittelwert (SD)	t-Test	Welch-Test
Die Anforderungen zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ sind mir bekannt.							38	3,6 (1,3)	96	4,0 (1,1)	0,041	0,058	0,043
Die Anforderungen zur ASV „Urologische Tumore“ empfinde ich als angemessen.							30	2,6 (1,2)	90	2,3 (1,2)	0,201	0,194	0,131
Ich habe schon einmal über die Teilnahme an einer ASV nachgedacht.							36	3,6 (1,5)	98	3,9 (1,3)	0,162	0,197	0,172
Bezüglich der Teilnahme an der ASV bin ich noch unentschieden.							34	2,6 (1,6)	94	3,0 (1,6)	0,191	0,199	0,150
Ich habe mich bereits gegen die Teilnahme an der ASV entschieden.							35	3,3 (1,6)	96	2,8 (1,6)	0,108	0,108	0,083
Das Zusammenschließen/-finden mit ärztlichen Kollegen für das Kernteam wäre bzw. ist aufwändig.							34	4,0 (1,1)	91	3,9 (1,3)	0,473	0,437	0,694

Ergebnisbericht zur Versorgererhebung ASV-WE

Das Zusammenschließen/-finden mit ärztlichen Kollegen als hinzuzuziehende Fachärzte wäre bzw. ist aufwändig.	34	3,7 (1,3)	89	3,9 (1,3)	0,293	0,296	0,207
Es würden aktuell ausreichen Kollegen zur Verfügung stehen, mit welchen ich zusammen ein ASV-Team bilden könnte.	31	3,0 (1,3)	88	3,5 (1,5)	0,091	0,078	0,071
Die vorhandenen Kollegen wären zur ASV-Teambildung bereit bzw. hätten Interesse daran.	30	2,5 (1,1)	84	2,9 (1,4)	0,179	0,124	0,267
Ich behandle aktuell Patienten, die die Voraussetzungen zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ erfüllen.	32	4,3 (1,1)	90	4,8 (0,8)	0,016	0,043	0,010
Die Teilnahme an einer ASV ließe sich einfach in meinen Arbeitsalltag integrieren.	35	2,0 (1,2)	93	2,4 (1,4)	0,112	0,094	0,107
Die Teilnahme an einer ASV würde mir bzw. meiner Einrichtung im Vergleich zur Regelversorgung betriebswirtschaftliche Vorteile bieten.	33	2,4 (1,3)	87	2,6 (1,1)	0,271	0,298	0,236

Vergleichsgruppe						
(B) Persönliche Bewertung der Möglichkeiten, Versorgungsaspekte zu gestalten (Abbildungen 23 und 24)						
„Wenn Sie an die Versorgung von Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom denken, wie bewerten Sie persönlich ...“						
	Differenzierung nach Versorgungsbereich			Differenzierung nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung		
	ambulant	stationär	p-Wert	keine TN an OV	TN an OV	p-Wert

	Anzahl	Mittelwert (SD)	Anzahl	Mittelwert (SD)	t-Test	Welch-Test	Kruskal-Wallis-Test	Anzahl	Mittelwert (SD)	Anzahl	Mittelwert (SD)	t-Test	Welch-Test	Kruskal-Wallis-Test
Ihre Möglichkeiten, moderne und innovative Therapieoptionen bereitzustellen?	149	4,4 (0,8)	32	4,3 (0,9)	0,384	0,412	0,420	53	4,2 (0,9)	121	4,5 (0,8)	0,024	0,035	0,023
Ihre Möglichkeiten, Patienten in einem ausreichenden Maße einzubestellen (Häufigkeit Arzt-Patientenkontakt)?	148	4,2 (0,8)	32	4,1 (1,0)	0,568	0,611	0,802	53	4,2 (1,0)	120	4,2 (0,8)	0,760	0,771	0,993
den Umfang Ihrer zeitlichen Ressourcen bei der Behandlung von Patienten (während des Arzt-Patientenkontakts)?	149	3,7 (1,0)	32	3,8 (1,1)	0,833	0,840	0,763	53	3,7 (1,1)	121	3,8 (1,0)	0,848	0,850	0,882
Ihre Möglichkeiten, die Lebensqualität Ihrer Patienten zu verbessern?	149	4,1 (0,7)	32	4,0 (0,7)	0,609	0,628	0,604	53	4,0 (0,7)	121	4,2 (0,7)	0,138	0,134	0,116
Ihre Möglichkeiten, Patienten eine bestmögliche Therapie anbieten zu können?	147	4,5 (0,7)	32	4,3 (0,7)	0,339	0,383	0,410	53	4,2 (0,7)	119	4,6 (0,6)	0,002	0,004	0,003
Ihre Möglichkeiten, einen guten Verlauf der Behandlung zu gewährleisten?	149	4,4 (0,7)	32	4,3 (0,8)	0,375	0,418	0,448	53	4,1 (0,8)	121	4,5 (0,6)	0,001	0,002	0,002
Ihre Möglichkeiten, dem Auftreten von Tumorkomplikationen (z.B. Blutung, Fraktur etc.) und den daraus resultierenden Interventionen/ Operationen vorzubeugen?	147	4,2 (0,7)	32	4,3 (0,7)	0,761	0,763	0,766	52	4,1 (0,7)	120	4,3 (0,7)	0,032	0,032	0,020
Ihre Möglichkeiten, stationäre Aufnahmen vorzubeugen?	148	4,2 (0,7)	29	3,9 (1,0)	0,071	0,152	0,195	50	3,8 (0,8)	120	4,3 (0,7)	< 0,001	0,001	0,001
die Qualität der Versorgung Ihrer Patienten am Lebensende?	148	4,0 (0,9)	31	3,7 (1,1)	0,113	0,166	0,216	53	3,6 (1,1)	120	4,1 (0,8)	0,001	0,002	0,002
die Versorgungsqualität für Ihre Patienten im Allgemeinen?	147	4,3 (0,7)	31	4,2 (0,7)	0,411	0,421	0,387	51	4,2 (0,7)	120	4,3 (0,7)	0,383	0,377	0,314

Vergleichsgruppe

(C) Aspekte der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg:innen (Abbildung 30)

„Wenn Sie an die Versorgung Ihrer uroonkologischen Patienten denken, wie bewerten Sie persönlich ...“

	Differenzierung nach Versorgungsbereich						Differenzierung nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung						
	ambulant		stationär		p-Wert		keine TN an OV		TN an OV		p-Wert		
	Anzahl	Mittelwert (SD)	Anzahl	Mittelwert (SD)	t-Test	Welch-Test	Kruskal-Wallis-Test	Anzahl	Mittelwert (SD)	Anzahl	Mittelwert (SD)	t-Test	Welch-Test
die einrichtungübergreifende Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen?							54	3,9 (1,0)	122	4,2 (0,8)	0,072	0,102	0,150
den Austausch von Behandlungsinformationen mit ärztlichen Kollegen?							54	3,9 (0,9)	122	4,1 (0,8)	0,063	0,085	0,100
die sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen?							53	3,6 (1,1)	121	4,0 (0,8)	0,005	0,012	0,016
den Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit ärztlichen Kollegen?							53	3,8 (0,9)	121	4,2 (0,7)	< 0,001	0,001	0,001

Vergleichsgruppe	Differenzierung nach Versorgungsbereich						Differenzierung nach Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung							
	ambulant		stationär		p-Wert			keine TN an OV		TN an OV		p-Wert		
	Anzahl	Mittelwert (SD)	Anzahl	Mittelwert (SD)	t-Test	Welch-Test	Kruskal-Wallis-Test	Anzahl	Mittelwert (SD)	Anzahl	Mittelwert (SD)	t-Test	Welch-Test	Kruskal-Wallis-Test
In der ASV wäre die Steuerung der Patientenversorgung im Behandlungsalltag effizienter.	135	2,4 (1,1)	24	2,8 (1,3)	0,087	0,143	0,122							
Die ASV würde mir ermöglichen, neue Diagnosemöglichkeiten anzuwenden.	134	3,0 (1,3)	25	3,0 (1,4)	0,877	0,880	0,879							
Durch meine Teilnahme bzw. die Teilnahme meiner Einrichtung an einer ASV würden Kooperationsmöglichkeiten zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich gefördert werden.	138	2,8 (1,2)	27	3,3 (1,3)	0,071	0,080	0,067							
Durch meine Teilnahme bzw. die Teilnahme meiner Einrichtung an der ASV würde interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachgruppen gefördert werden.	136	2,9 (1,2)	27	3,1 (1,2)	0,403	0,423	0,365							

Ergebnisbericht zur Versorgererhebung ASV-WE

Die ASV fördert das Entstehen neuer Teams zur Patientenversorgung.	134	3,1 (1,1)	25	3,6 (0,8)	0,047	0,016	0,065
Die ASV fördert Netzwerkbildung zwischen ärztlichen Kollegen.	137	3,2 (1,2)	25	3,8 (0,9)	0,019	0,008	0,019
Durch die ASV würde ich Zugang zu aktuellem medizinischem Wissen (z.B. durch fachlichen Austausch unter Kollegen) erhalten.	138	2,6 (1,2)	27	2,9 (1,2)	0,341	0,327	0,324
Durch die ASV würde die Behandlung ambulanter Patienten in meiner Einrichtung erst ermöglicht werden.	136	1,4 (0,7)	26	2,3 (1,5)	< 0,001	0,006	0,001
Durch meine Teilnahme bzw. die Teilnahme meiner Einrichtung an einer ASV würde sich die Versorgungsqualität meiner Patienten steigern.	137	2,2 (1,0)	24	3,0 (1,3)	0,001	0,005	0,002

Datenbasis: Ärztebefragung zur ASV „Urologische Tumore“, Zi, 2022, eigene Berechnungen.

Hinweise: „Mittelwert“: arithmetisches Mittel; „SD“: Standardabweichung. Getestet wurde jeweils mittels Zwei-Stichproben-Tests auf Gleichheit der arithmetischen Mittelwerte bzw. zentralen Tendenzen der beiden Subgruppen (H0).

Anlagen

Anlage 1: Fragebogen der Interventionsgruppe: Musterprotokoll mit Testdaten (ASV-WE_Teilbericht_2_Versorgererhebung_Zi_Anlage1_Musterprotokoll_IG.pdf)

Anlage 2: Fragebogen der Vergleichsgruppe: Musterprotokoll mit Testdaten (ASV-WE_Teilbericht_2_Versorgererhebung_Zi_Anlage2_Musterprotokoll_VG.pdf)

Erfassungsprotokoll

(nur für Ihre Unterlagen)



Erhebung Ärztbefragung im Forschungsprojekt ASV-WE
Druckzeit 28.02.2022 11:08
Teilnehmernummer <Musterteilnahme mit Testdaten>
Finalisiert Ja

Persönliche Angaben / Persönliche Angaben

1. In welchem Jahr sind Sie geboren?

1968

2. Welches Geschlecht haben Sie?

- männlich
- weiblich
- divers
- keine Angabe

3. Welche Facharztbezeichnung(en) besitzen Sie?

A02 (Allgemeinmed.)

U02 (Urologie)

4. In welchem Jahr haben Sie Ihre Approbation als Facharzt für Urologie erhalten?

2001

5. In welchem Bundesland sind Sie derzeit tätig?

Bayern

6. In welcher Einrichtung sind Sie derzeit hauptsächlich tätig?

- Einzelpraxis
- Praxisgemeinschaft
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Praxisklinik
- Medizinisches Versorgungszentrum
- Krankenhaus der Regelversorgung
- Klinik der Maximalversorgung, akademisches Lehrkrankenhaus oder Universitätsklinik
- Sonstige

und zwar:

7. In welchem Arbeitsverhältnis sind Sie dort tätig?

- Facharzt in einer Klinik
- ärztliche Leitung in einer Klinik
- Oberarzt
- Chefarzt
- angestellter Arzt in einer Praxis/ in einem MVZ
- Inhaber einer Praxis/ eines MVZs
- Sonstige

und zwar:

8. Wie viele ärztliche Kollegen gibt es insgesamt in Ihrer Praxis, Ihrem MVZ oder Ihrer Fachabteilung in der Klinik?

- Ich bin alleine.
- 2 bis 5
- 6 bis 10
- 11 bis 20
- mehr als 20

9. Sind Sie nebender obenbeschriebenen Haupttätigkeit in weiteren Funktionen/Einrichtungen als Urologe tätig? Bitte geben Sie uns eine kurze Beschreibung (z.B. Belegarzt im Krankenhaus, Tätigkeit in Klinik-MVZ etc.).

Antwort:

Angaben zur ASV / ASV-Mitgliedschaft

10. Sind Sie aktuell Mitglied in einem Team der ASV „Urologische Tumore“ (Teamleitung, Kernteam, hinzuzuziehender Facharzt)?

- ja
- nein

11. Seit wann ist Ihr ASV-Team „Urologische Tumore“ aktiv?

Monat:

Jahr:

weiß nicht

12. Welche Rolle haben Sie in Ihrem ASV-Team „Urologische Tumore“?

- Teamleitung
- Kernteammitglied
- hinzuzuziehender Facharzt

13. Bitte geben Sie im Folgenden Auskunft über die Zusammensetzung Ihres ASV-Teams „Urologische Tumore“.

Bitte nutzen Sie zur Eingabe Ihrer Antwort in der rechten Spalte Ziffern.

Aus welchem Versorgungsbereich stammen die Mitglieder Ihres ASV-Teams?

Aus wie vielen Mitgliedern besteht die Teamebene (ungefähr)?

Teamleitung

Kernteam

hinzuzuziehende
Fachärzte

14. Wie relevant waren die folgenden Motive für Ihre Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“?

	gar nicht relevant	wenig relevant	neutral	eher relevant	sehr relevant	keine Angabe
Steigerung der Versorgungsqualität meiner Patienten	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
effiziente Steuerung der Patientenversorgung im Behandlungsalltag	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gewinnung neuer Patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mehr/neue Diagnosemöglichkeiten (z.B. Bildgebung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mehr/ neue Behandlungsmöglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
mehr Kooperationsmöglichkeiten zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>				
Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachgruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Steigerung der eigenen Arbeitszufriedenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
betriebswirtschaftliche Attraktivität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Austausch und Vertiefung von Fachwissen mit Kollegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14.1 Welche weiteren Motive waren für Ihre Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ relevant?

Antwort:

14.2 Wurde die Entscheidung zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ nicht individuell, sondern auf Abteilungs- oder Einrichtungsebene getroffen?

- ja
 nein
 nicht zutreffend
-

15. Gibt es Teammitglieder in Ihrem ASV-Team „Urologische Tumore“, die ausgetreten bzw. nachträglich eingetreten sind?

- ja
 nein
 weiß nicht
-

15.1 Welche Teamebene war davon betroffen?

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- Teamleitung
 Kernteammitglied
 hinzuzuziehender Facharzt
 weiß nicht
-

15.2 Welche Gründe gab es für die Fluktuation im Team?

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- formale Gründe (z.B. Änderung der ASV-RL)
- Kommunikationsschwierigkeiten im Team
- ungünstige Aufwand-Nutzen-Relation
- Arbeitsplatz- bzw. Einrichtungswechsel
- sonstige persönliche Gründe (z.B. Elternzeit)
- weiß nicht
- andere Gründe

und zwar:

16. Sind Sie neben der ASV „Urologische Tumore“ auch Mitglied in weiteren ASV-Teams, die sich mit anderen Erkrankungen befassen?

- ja
- nein

16.1 Bitte geben Sie für bis zu drei weitere ASV-Teams an, auf welche Erkrankung sich dieses bezieht und in welcher Position Sie dort tätig sind.

Bei Mitgliedschaft in mehr als drei ASV-Teams machen Sie bitte Angaben zu jenen drei Teams, in denen Sie die ranghöchste Position innehaben.

ASV-Team	meine Position
gynäkologische Tur ▼	Kernteam ▼
- bitte auswählen - ▼	- bitte auswählen - ▼
- bitte auswählen - ▼	- bitte auswählen - ▼

Angaben zur ASV / Zufriedenheit und Einschätzung

17. Wie zufrieden sind Sie aktuell ...

	überhaupt nicht zufrieden	eher unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	eher zufrieden	voll und ganz zufrieden	keine Angabe
mit Ihrem Berufsalltag als Arzt generell?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit dem Zulassungs- bzw. Anzeigeverfahren zur ASV?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit der Unterstützung durch den erweiterten Landesausschuss (eLA)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit der Vergütung in der ASV?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit der Zusammenarbeit mit Ihren ASV-Teamkollegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit der Patientenversorgung in der ASV?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragebogen der Interventionsgruppe: Musterprotokoll mit Testdaten

18. Bitte geben Sie im Folgenden Auskunft über Ihre persönliche Einschätzung zu den Anforderungen zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“.



Hinweis zur Frage bzgl. der Wegstrecken: In der ASV gilt die 30-Minuten-Regelung, d.h. der Tätigkeitsort der Teamleitung muss für Teammitglieder i.d.R. innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein.

	viel zu niedrig	zu niedrig	angemessen	zu hoch	viel zu hoch	keine Angabe
Die Anforderung hinsichtlich der Wegstrecken (30-Minuten-Regelung) ist ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Arbeitsumfang hinsichtlich notwendiger Dokumentationen in der ASV ist ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Anforderungen hinsichtlich der Mindestmengen/ Fallzahlen sind ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die personellen Anforderungen hinsichtlich der Berufserfahrung und Weiterbildung sind ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der administrative Arbeitsumfang hinsichtlich der Zulassung/ Anzeige zur ASV ist ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Arbeitsumfang hinsichtlich des Zusammenschließens zu einem ASV-Team ist ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der administrative Arbeitsumfang bei einer Änderung der Teamzusammensetzung ist ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Arbeitsumfang beim Nachweis der Qualitätsanforderungen ist ...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Raten Sie Ihren fachärztlichen Kollegen, sowohl innerhalb als auch außerhalb Ihrer Einrichtung, zur Teilnahme an der ASV?

- ja, weil:
- nein, weil:

Patientenversorgung / Patientenbehandlung

20. Wie rechnen Sie die im Appendix zur ASV-Richtlinie gelisteten ASV-Leistungen ab?

- ausschließlich als ASV-Leistung
- teilweise über die Regelversorgung/ andere Abrechnungsmöglichkeiten
- ausschließlich über die Regelversorgung/ andere Abrechnungsmöglichkeiten

20.1 Warum rechnen Sie die ASV-Leistungen nicht ausschließlich als ASV-Leistungen ab?

Antwort:

21. Bitte schätzen Sie ungefähr, wie viele ambulante Patienten Sie persönlich im letzten Quartal versorgt haben. Bitte nutzen Sie zur Eingabe Ihrer Antwort Ziffern.

Anzahl Patienten:

KH1. Haben Sie vor dem Einstieg in die ASV-Versorgung im Krankenhaus bereits Patienten ambulant behandelt (z.B. im Rahmen des §116b SGB V alte Version)?

- ja
- nein

Fragebogen der Interventionsgruppe: Musterprotokoll mit Testdaten

T1. Bitte schätzen Sie ungefähr, wie viele Patienten in Ihrem ASV-Team „Urologische Tumore“ pro Quartal über alle Teammitglieder hinweg insgesamt behandelt werden.

Bitte nutzen Sie zur Eingabe Ihrer Antwort Ziffern.

Anzahl Patienten:

Derzeit wird im Rahmen des Forschungsprojekts ASV-WE auch eine Befragung von Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasiertem Prostatakarzinom durchgeführt. Zur besseren Vergleichbarkeit wird in den folgenden Fragen diese Patientengruppe fokussiert.

Bitte denken Sie im Folgenden an die Behandlung Ihrer Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom.

T2. Bitte schätzen Sie ungefähr, wie viele ambulante Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom Sie persönlich im letzten Quartal versorgt haben.

Bitte nutzen Sie zur Eingabe Ihrer Antwort Ziffern.

Anzahl Patienten:

T2. Bitte schätzen Sie ungefähr, wie viele Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom in Ihrem ASV-Team „Urologische Tumore“ pro Quartal über alle Teammitglieder hinweg insgesamt behandelt werden.

Bitte nutzen Sie zur Eingabe Ihrer Antwort Ziffern.

Anzahl Patienten:

23. Raten Sie Ihren Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“?

ja

nein, weil:

24. Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder zu noch lehne ab	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	keine Angabe
Die Patientenzufriedenheit ist in der ASV höher.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für ASV-Patienten gibt es terminliche Vorteile bei der Diagnostik.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für ASV-Patienten habe ich mehr Möglichkeiten in der Diagnostik.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für ASV-Patienten gibt es terminliche Vorteile bei der Therapie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für ASV-Patienten habe ich mehr Möglichkeiten in der Therapie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für ASV-Patienten werden kurzfristiger Tumorboards möglich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die Versorgung im ASV-Team müssen ASV-Patienten räumlich weniger mobil sein als im Rahmen der Regelversorgung.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die medizinische Versorgung von Patienten in der ASV unterscheidet sich wenig von der Behandlung außerhalb der ASV.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Patientenversorgung / Qualität der Versorgung

25. Wenn Sie an die Versorgung von Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom im Rahmen der ASV „Urologische Tumore“ denken, wie bewerten Sie persönlich ...

	sehr schlecht	schlecht	teils gut/ teils schlecht	gut	sehr gut	keine Angabe
Ihre Möglichkeiten, moderne und innovative Therapieoptionen bereitzustellen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Möglichkeiten, Patienten in einem ausreichenden Maße einzubestellen (Häufigkeit Arzt-Patientenkontakt)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
den Umfang Ihrer zeitlichen Ressourcen bei der Behandlung von Patienten (während des Arzt-Patientenkontakts)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Möglichkeiten, die Lebensqualität Ihrer Patienten zu verbessern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Möglichkeiten, Patienten eine bestmögliche Therapie anbieten zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Möglichkeiten, einen guten Verlauf der Behandlung zu gewährleisten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Möglichkeiten, dem Auftreten von Tumorkomplikationen (z.B. Blutung, Fraktur etc.) und den daraus resultierenden Interventionen/ Operationen vorzubeugen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Möglichkeiten, stationären Aufnahmen vorzubeugen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
die Qualität der Versorgung Ihrer Patienten am Lebensende (z.B. SAPV, Supportivtherapie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
die Versorgungsqualität für Ihre Patienten im Allgemeinen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Inwiefern wird die Behandlung von Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom derzeit von der Pandemie beeinflusst?

*Hinweis: Bitte bewerten Sie die **aktuelle** Situation.*

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- keine Beeinflussung
- andere Therapie gewählt
- Therapie von Seiten des Patienten verzögert (z.B. Vermeidung von Arztkontakten)
- Therapie von Seiten der Einrichtung verzögert (z.B. Termin in Ambulanz, Bildgebung, Chemotherapie verzögert)
- Sonstige

und zwar:

Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen / Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen

Bitte denken Sie im restlichen Teil der Befragung wieder an die Behandlung Ihrer Patienten in der ASV „Urologische Tumore“ im Allgemeinen.

27. Wie findet der Informationsaustausch in Ihrem ASV-Team „Urologische Tumore“ statt?

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- direkter Kontakt
- telefonisch
- schriftlich (Briefe)
- über Fax
- über E-Mail
- über digitale Arztberichte
- über die elektronische Patientenakte (ePA)
- über ein gemeinsames digitales Dokumentationssystem
- über gemeinsame Messengersysteme (z.B. Siilo, WhatsApp)
- über Videokonferenzen
- Sonstige

und zwar:

28. Verwenden Sie in Ihrem ASV-Team „Urologische Tumore“ Kommunikationsmittel, die Sie vor dem Eintritt in die ASV nicht verwendet haben?

- ja
- nein

28.1 Welche?

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- Kommunikation über Fax
- Kommunikation über E-Mail
- Kommunikation über digitale Arztberichte
- Kommunikation über die elektronische Patientenakte (ePA)
- Kommunikation über ein gemeinsames digitales Dokumentationssystem
- Kommunikation über gemeinsame Messengersysteme (z.B. Siilo, WhatsApp)
- Kommunikation über Videokonferenzen
- Sonstige

und zwar:

29. Bitte geben Sie im Folgenden Auskunft über die gemeinsamen Teambesprechungen, die innerhalb des ASV-Teams stattfinden.

Wie viele gemeinsame Teambesprechungen im ASV-Team „Urologische Tumore“ finden durchschnittlich pro Quartal statt?

- weniger als 1
- 1 bis 2
- 3 bis 4
- mehr als 4
- weiß nicht

30. Wie viele Patientenfälle werden durchschnittlich pro ASV-Teambesprechung diskutiert?

- 1 bis 2
 - 3 bis 4
 - mehr als 4
 - weiß nicht
-

31. Welche Facharztgruppen nehmen regelmäßig an einer ASV-Teambesprechung teil?

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- Allgemeinmedizin
- Anästhesiologie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Gefäßchirurgie
- Geriatrie
- Humangenetik
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Palliativmedizin
- Pathologie
- Psychologie
- Psychotherapie
- Radiologie
- Strahlentherapie
- Urologie
- Viszeralchirurgie
- Sonstige

und zwar:

32. Welche Person/en organisiert/ organisieren die ASV-Teambesprechungen administrativ?

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- Teamleitung
- Kernteammitglied
- hinzuzuziehender Facharzt
- ASV-Koordinator/ Bürokräft
- Sonstige

und zwar:

33. In welcher Form finden diese Teambesprechungen aktuell statt?

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- in Präsenz
- als Videokonferenz
- Sonstige

und zwar:

34. Ist die ASV-Besprechung an eine andere Besprechung (z.B. Tumorboard, Teambesprechung etc.) gekoppelt?

- ja
- nein

35. Werden aktuell gemeinsame Fallkonferenzen des ASV-Teams mit Einbezug von Patienten durchgeführt?

- ja
- nein

35.1 Wie viele solcher gemeinsamen Fallkonferenzen mit ASV-Patienten werden mit dem ASV-Team durchschnittlich pro Quartal durchgeführt?

- weniger als 1
- 1 bis 2
- 3 bis 4
- mehr als 4
- weiß nicht

35.2 In welcher Form finden diese Fallkonferenzen statt?

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- in Präsenz
- als Videokonferenz
- Sonstige

und zwar:

35.3 Wie setzen sich die Teilnehmenden dieser Fallkonferenzen in der Regel zusammen?

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- interdisziplinär
- einrichtungsübergreifend
- sektorenübergreifend

36. Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder zu noch lehne ab	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	keine Angabe
Die ASV führt bei mir zu mehr sektorenübergreifender Zusammenarbeit.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich arbeite innerhalb und außerhalb der ASV größtenteils mit denselben ärztlichen Kollegen zusammen.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Zusammenarbeit in der ASV basiert größtenteils auf bereits bestehenden Vernetzungen mit Fachkollegen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch die ASV hat sich der Kreis an ärztlichen Kollegen, mit denen ich regelmäßig zusammenarbeite, erweitert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. Wenn Sie an die Versorgung von Patienten im Rahmen der ASV „Urologische Tumore“ denken, wie bewerten Sie persönlich ...

	sehr schlecht	schlecht	teils gut/ teils schlecht	gut	sehr gut	keine Angabe
die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
den Austausch von Behandlungsinformationen mit ärztlichen Kollegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
die sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
den Prozess der Entscheidungsfindung mit ärztlichen Kollegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

38. An welchen besonderen Versorgungsformen nehmen Sie aktuell teil?

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- keine Versorgungsformen
- Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V
- Onkologie-Vereinbarung gemäß Anlage 7 zum BMV-Ä
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V
- Modellvorhaben gemäß §§ 63-65 SGB V
- Ambulante Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V (alte Fassung)
- Besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V
- Sonstige

und zwar:

38.1 Welche Gründe sprechen aus Ihrer Sicht für die Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung?

39. In welcher Form sind Sie mit ärztlichen Kollegen innerhalb und außerhalb der ASV vernetzt?
Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- keine Vernetzung
- Zertifiziertes Organzentrum
- Teilnahme an einem Praxisnetz
- regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln (z.B. Onko-Zirkel)
- regelmäßige Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Tumorboards
- Sonstige

und zwar:

Innovation und Weiterentwicklung / Innovation durch die ASV

40. Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder zu noch lehne ab	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	keine Angabe
In der ASV wird die Patientenversorgung im Behandlungsalltag effizient gesteuert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch die ASV habe ich begonnen, neue Diagnosemöglichkeiten anzuwenden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die ASV fördert Kooperationsmöglichkeiten zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die ASV fördert interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachgruppen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die ASV fördert das Entstehen neuer Teams zur Patientenversorgung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die ASV fördert Netzwerkbildung zwischen ärztlichen Kollegen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch die ASV erhalte ich Zugang zu aktuellem medizinischen Wissen (z.B. durch fachlichen Austausch unter Kollegen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Durch die ASV wurde die Behandlung ambulanter Patienten in meiner Einrichtung erst ermöglicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Innovation und Weiterentwicklung / Weiterentwicklung der ASV

41. In welchen Bereichen bedarf aus Ihrer Sicht die ASV „Urologische Tumore“ einer Weiterentwicklung?
Ich sehe Weiterentwicklungsbedarfe bei ...

- kein Weiterentwicklungsbedarf
- kann ich nicht beurteilen
- dem Zusammenschließen/ -finden zu einem ASV-Team (z.B. Verfügbarkeit hinzuzuziehender Fachärzte)
- der Zulassung (z.B. Anforderungen, Kommunikation mit eLA/ KV)
- (Qualitäts-)Kontrollen nach der Zulassung
- der Dokumentation
- der Kommunikation
- der Abrechnung
- dem abrechenbaren Leistungsspektrum
- dem für die ASV zugelassenen Patientenkreis
- der technischen bzw. digitalen Infrastruktur (z.B. virtuelle Tumorboards, Cloud-Lösung)
- den Kooperations- und Vernetzungsmöglichkeiten
- dem bürokratischen Aufwand (z.B. Formular/ Rezeptwesen)
- der Stärkung des ambulanten Bereichs
- der Einbindung ländlicher Regionen
- Sonstige

Sie haben hier Gelegenheit, Ihre oben gewählten Antworten näher zu erläutern:

42. Haben Sie darüber hinausgehende Anmerkungen zur ASV im Allgemeinen?

Erfassungsprotokoll

(nur für Ihre Unterlagen)



Erhebung	Ärztebefragung im Forschungsprojekt ASV-WE
Druckzeit	28.02.2022 12:16
Teilnehmernummer	<Musterteilnahme mit Testdaten>
Finalisiert	Nein

Persönliche Angaben / Persönliche Angaben

1. In welchem Jahr sind Sie geboren?

1955

2. Welches Geschlecht haben Sie?

- männlich
- weiblich
- divers
- keine Angabe

3. Welche Facharztbezeichnung(en) besitzen Sie?

U02 (Urologie)

4. In welchem Jahr haben Sie Ihre Approbation als Facharzt für Urologie erhalten?

- bitte auswählen -

5. In welchem Bundesland sind Sie derzeit tätig?

- bitte auswählen -

6. In welcher Einrichtung sind Sie derzeit hauptsächlich tätig?

- Einzelpraxis
- Praxisgemeinschaft
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Praxisklinik
- Medizinisches Versorgungszentrum
- Krankenhaus der Regelversorgung
- Klinik der Maximalversorgung, akademisches Lehrkrankenhaus oder Universitätsklinik
- Sonstige

und zwar:

7. In welchem Arbeitsverhältnis sind Sie dort tätig?

- Facharzt in einer Klinik
- ärztliche Leitung in einer Klinik
- Oberarzt
- Chefarzt
- angestellter Arzt in einer Praxis/ in einem MVZ
- Inhaber einer Praxis/ eines MVZs
- Sonstige

und zwar:

8. Wie viele ärztliche Kollegen gibt es insgesamt in Ihrer Praxis, Ihrem MVZ oder Ihrer Fachabteilung in der Klinik?

- Ich bin alleine.
- 2 bis 5
- 6 bis 10
- 11 bis 20
- mehr als 20

9. Sind Sie neben der oben beschriebenen Haupttätigkeit in weiteren Funktionen/ Einrichtungen als Urologe tätig? Bitte geben Sie uns eine kurze Beschreibung (z.B. Belegarzt im Krankenhaus, Tätigkeit in Klinik-MVZ etc.).

Antwort:

Angaben zur ASV / ASV-Mitgliedschaft

10. Sind Sie aktuell Mitglied in einem Team der ASV „Urologische Tumore“ (Teamleitung, Kernteam, hinzuzuziehender Facharzt)?

Kontrollfrage zur Gruppenzugehörigkeit

- ja
- nein

Achtung: Sie geben an, dass Sie aktuell an einer ASV „Urologische Tumore“ teilnehmen.

Sie bearbeiten gerade den Fragebogen für Ärzte, die nicht an der ASV „Urologische Tumore“ teilnehmen.

Hinweistext bei Unstimmigkeit in Frage 10

Bitte loggen Sie sich aus und wählen unter www.zi.de/asv den für Sie passenden Fragebogen aus.

11. Waren Sie früher einmal Mitglied in einem ASV-Team „Urologische Tumore“?

- ja
- nein

11.1 Aus welchen Gründen sind Sie aus dem ASV-Team „Urologische Tumore“ ausgetreten?

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- formale Gründe (z.B. Änderung der ASV-RL)
- Kommunikationsschwierigkeiten im Team
- ungünstige Aufwand-Nutzen-Relation
- Arbeitsplatz- bzw. Einrichtungswechsel
- sonstige persönliche Gründe (z.B. Elternzeit)
- Teamauflösung
- weiß nicht
- andere Gründe

und zwar:

11.2 Inwiefern haben Sie während Ihrer früheren Mitgliedschaft in einem ASV-Team „Urologische Tumore“ positive und negative Erfahrungen mit der ASV gemacht?

positive, und zwar:

negative, und zwar:

12. Sie haben angegeben, dass Sie aktuell nicht in einem ASV-Team „Urologische Tumore“ tätig sind.

Sind Sie Mitglied in mindestens einem ASV-Team, das sich mit einer anderen Erkrankung als den urologischen Tumoren befasst?

- ja
 nein

12.1 Bitte geben Sie für bis zu drei weitere ASV-Teams an, auf welche Erkrankung sich diese beziehen und in welcher Position Sie dort tätig sind.

Bei Mitgliedschaft in mehr als drei ASV-Teams machen Sie bitte Angaben zu jenen drei Teams, in denen Sie die ranghöchste Position innehaben.

ASV-Team	meine Position
<input type="text" value="Morbus Wilson"/>	<input type="text" value="Hinzuzuziehender F"/>
<input type="text" value="- bitte auswählen -"/>	<input type="text" value="- bitte auswählen -"/>
<input type="text" value="- bitte auswählen -"/>	<input type="text" value="- bitte auswählen -"/>

Angaben zur ASV / Zufriedenheit und Einschätzung

13. Ist Ihnen die Möglichkeit zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ bekannt?

- ja
 nein
-

Fragebogen der Vergleichsgruppe: Musterprotokoll mit Testdaten

13.1 Befinden Sie sich aktuell im Zulassungs- bzw. Anzeigeverfahren zur ASV „Urologische Tumore“?

Bitte nutzen Sie zur Eingabe Ihrer Antwort Ziffern.

- ja, seit (Anzahl Monate):
- nein

13.2 Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder zu noch lehne ab	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	keine Angabe
Die Anforderungen zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ sind mir bekannt.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Anforderungen zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ empfinde ich als angemessen.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe schon einmal über die Teilnahme an einer ASV nachgedacht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bezüglich der Teilnahme an der ASV bin ich noch unentschlossen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich bereits gegen die Teilnahme an der ASV entschieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Zusammenschließen/-finden mit ärztlichen Kollegen für das Kernteam wäre bzw. ist aufwändig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Das Zusammenschließen/-finden mit ärztlichen Kollegen als hinzuzuziehende Fachärzte wäre bzw. ist aufwändig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es würden aktuell ausreichend Kollegen zur Verfügung stehen, mit welchen ich zusammen ein ASV-Team bilden könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die vorhandenen Kollegen wären zur ASV-Teambildung bereit bzw. hätten Interesse daran.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich behandle aktuell Patienten, die die Voraussetzungen zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ erfüllen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Teilnahme an einer ASV ließe sich einfach in meinen Arbeitsalltag integrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Teilnahme an einer ASV würde mir bzw. meiner Einrichtung im Vergleich zur Regelversorgung betriebswirtschaftliche Vorteile bieten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragebogen der Vergleichsgruppe: Musterprotokoll mit Testdaten

13.3 Bitte geben Sie im Folgenden Auskunft über Ihre persönliche Einschätzung zu den Anforderungen zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“.



Hinweis zur Frage bzgl. der Wegstrecken: In der ASV gilt die 30-Minuten-Regelung, d.h. der Tätigkeitsort der Teamleitung muss für Teammitglieder i.d.R. innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein.

	viel zu niedrig	zu niedrig	angemessen	zu hoch	viel zu hoch	keine Angabe
Die Anforderung hinsichtlich der Wegstrecken (30-Minuten-Regelung) ist ...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>				
Der Arbeitsumfang hinsichtlich notwendiger Dokumentationen in der ASV ist ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Anforderungen hinsichtlich der Mindestmengen/ Fallzahlen sind ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die personellen Anforderungen hinsichtlich der Berufserfahrung und Weiterbildung sind ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der administrative Arbeitsumfang hinsichtlich der Zulassung/ Anzeige zur ASV ist ...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Arbeitsumfang hinsichtlich des Zusammenschließens zu einem ASV-Team ist ...	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der administrative Arbeitsumfang bei einer Änderung der Teamzusammensetzung ist ...	<input type="radio"/>					
Der Arbeitsumfang beim Nachweis der Qualitätsanforderungen ist ...	<input type="radio"/>					

Patientenversorgung / Patientenbehandlung

14. Bitte schätzen Sie ungefähr, wie viele ambulante Patienten Sie persönlich im letzten Quartal versorgt haben. Bitte nutzen Sie zur Eingabe Ihrer Antwort Ziffern.

Anzahl Patienten:

Derzeit wird im Rahmen des Forschungsprojekts ASV-WE auch eine Befragung von Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasiertem Prostatakarzinom durchgeführt. Zur besseren Vergleichbarkeit wird in den folgenden Fragen diese Patientengruppe fokussiert.

Bitte denken Sie im Folgenden an die Behandlung Ihrer Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom.

15. Bitte schätzen Sie ungefähr, wie viele ambulante Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom Sie persönlich im letzten Quartal versorgt haben.

Anzahl Patienten:

16. Raten Sie Ihren Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom zur Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“?

ja

nein, weil:

Patientenversorgung / Qualität der Versorgung

Fragebogen der Vergleichsgruppe: Musterprotokoll mit Testdaten

17. Wenn Sie an die Versorgung von Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom denken, wie bewerten Sie persönlich ...

	sehr schlecht	schlecht	teils gut/ teils schlecht	gut	sehr gut	keine Angabe
Ihre Möglichkeiten, moderne und innovative Therapieoptionen bereitzustellen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Möglichkeiten, Patienten in einem ausreichenden Maße einzubestellen (Häufigkeit Arzt-Patientenkontakt)?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
den Umfang Ihrer zeitlichen Ressourcen bei der Behandlung von Patienten (während des Arzt-Patientenkontakts)?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Möglichkeiten, die Lebensqualität Ihrer Patienten zu verbessern?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Möglichkeiten, Patienten eine bestmögliche Therapie anbieten zu können?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Möglichkeiten, einen guten Verlauf der Behandlung zu gewährleisten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Möglichkeiten, dem Auftreten von Tumorkomplikationen (z.B. Blutung, Fraktur etc.) und den daraus resultierenden Interventionen/ Operationen vorzubeugen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Möglichkeiten, stationären Aufnahmen vorzubeugen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die Qualität der Versorgung Ihrer Patienten am Lebensende (z.B. SAPV, Supportivtherapie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die Versorgungsqualität für Ihre Patienten im Allgemeinen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Inwiefern wird die Behandlung von Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom derzeit von der Pandemie beeinflusst?

*Hinweis: Bitte bewerten Sie die **aktuelle** Situation.*

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- keine Beeinflussung
- andere Therapie gewählt
- Therapie von Seiten des Patienten verzögert (z.B. Vermeidung von Arztkontakten)
- Therapie von Seiten der Einrichtung verzögert (z.B. Termin in Ambulanz, Bildgebung, Chemotherapie verzögert)
- Sonstige

und zwar:

Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen / Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen

Bitte denken Sie im restlichen Teil der Befragung an die Behandlung Ihrer uroonkologischen Patienten im Allgemeinen.

19. Wie findet der Informationsaustausch zwischen Ihnen und ärztlichen Kollegen im Rahmen der Behandlung Ihrer uroonkologischen Patienten statt?

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- direkter Kontakt
- telefonisch
- schriftlich (Briefe)
- über Fax
- über E-Mail
- über digitale Arztberichte
- über die elektronische Patientenakte (ePA)
- über ein gemeinsames digitales Dokumentationssystem
- über gemeinsame Messengersysteme (z.B. Siilo, WhatsApp)
- über Videokonferenzen
- Sonstige

und zwar:

20. Bitte geben Sie im Folgenden Auskunft über gemeinsame Teambesprechungen mit ärztlichen Kollegen im Rahmen der Versorgung Ihrer uroonkologischen Patienten.

Finden gemeinsame Teambesprechungen im Rahmen der Versorgung Ihrer uroonkologischen Patienten statt?

- ja
- nein

20.1 Wie viele gemeinsame Teambesprechungen finden pro Quartal im Rahmen der Versorgung Ihrer uroonkologischen Patienten statt?

- weniger als 1
- 1 bis 2
- 3 bis 4
- mehr als 4
- weiß nicht

20.2 Wie viele Patientenfälle werden durchschnittlich pro Teambesprechung diskutiert?

- 1 bis 2
 - 3 bis 4
 - mehr als 4
 - weiß nicht
-

20.3 Welche Facharztgruppen nehmen regelmäßig an einer Teambesprechung teil?

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- Allgemeinmedizin
- Anästhesiologie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Gefäßchirurgie
- Geriatrie
- Humangenetik
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Palliativmedizin
- Pathologie
- Psychologie
- Psychotherapie
- Radiologie
- Strahlentherapie
- Urologie
- Viszeralchirurgie
- Sonstige

und zwar:

20.4 Welche Person/en organisiert/ organisieren die Teambesprechungen administrativ?

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- Ich bzw. meine Einrichtung
- Hausarzt
- anderer Facharzt bzw. andere Fachabteilung
- Sonstige

und zwar:

20.5 In welcher Form finden diese Teambesprechungen aktuell statt?

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- in Präsenz
- als Videokonferenz
- Sonstige

und zwar:

Fragebogen der Vergleichsgruppe: Musterprotokoll mit Testdaten

20.6 Wie setzen sich die Teilnehmenden der Teambesprechungen in der Regel zusammen?

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- einrichtungsübergreifend
 - sektorenübergreifend
-

21. Werden aktuell gemeinsame Fallkonferenzen mit Einbezug von Patienten durchgeführt?

- ja
 - nein
-

21.1 Wie viele solcher gemeinsamen Fallkonferenzen mit uroonkologischen Patienten werden durchschnittlich pro Quartal durchgeführt?

- weniger als 1
 - 1 bis 2
 - 3 bis 4
 - mehr als 4
 - weiß nicht
-

21.2 In welcher Form finden diese Fallkonferenzen statt?

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- in Präsenz
- als Videokonferenz
- Sonstige

und zwar:

21.3 Wie setzen sich die Teilnehmenden dieser Fallkonferenzen in der Regel zusammen?

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- interdisziplinär
 - einrichtungsübergreifend
 - sektorenübergreifend
-

22. Wenn Sie an die Versorgung Ihrer uroonkologischen Patienten denken, wie bewerten Sie persönlich ...

	sehr schlecht	schlecht	teils gut/ teils schlecht	gut	sehr gut	keine Angabe
die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
den Austausch von Behandlungsinformationen mit ärztlichen Kollegen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
den Prozess der Entscheidungsfindung mit ärztlichen Kollegen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. An welchen besonderen Versorgungsformen nehmen Sie aktuell teil?

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- keine Versorgungsformen
- Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V
- Onkologie-Vereinbarung gemäß Anlage 7 zum BMV-Ä
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V
- Modellvorhaben gemäß §§ 63-65 SGB V
- Ambulante Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V (alte Fassung)
- Besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V
- Sonstige

und zwar:

23.1 Welche Gründe sprechen aus Ihrer Sicht für die Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung?

24. In welcher Form sind Sie mit ärztlichen Kollegen vernetzt?

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus.

- keine Vernetzung
- Zertifiziertes Organzentrum
- Teilnahme an einem Praxisnetz
- regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln (z.B. Onko-Zirkel)
- regelmäßige Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Tumorboards
- Sonstige

und zwar:

Innovation und Weiterentwicklung / Innovation durch die ASV

25. Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder zu noch lehne ab	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	keine Angabe
In der ASV wäre die Steuerung der Patientenversorgung im Behandlungsalltag effizienter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Die ASV würde mir ermöglichen, neue Diagnosemöglichkeiten anzuwenden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Durch meine Teilnahme bzw. die Teilnahme meiner Einrichtung an einer ASV würden Kooperationsmöglichkeiten zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich gefördert werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Durch meine Teilnahme bzw. die Teilnahme meiner Einrichtung an der ASV würde interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachgruppen gefördert werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die ASV fördert das Entstehen neuer Teams zur Patientenversorgung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die ASV fördert Netzwerkbildung zwischen ärztlichen Kollegen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch die ASV würde ich Zugang zu aktuellem medizinischem Wissen (z.B. durch fachlichen Austausch unter Kollegen) erhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch die ASV würde die Behandlung ambulanter Patienten in meiner Einrichtung erst ermöglicht werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch meine Teilnahme bzw. die Teilnahme meiner Einrichtung an einer ASV würde sich die Versorgungsqualität meiner Patienten steigern.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Innovation und Weiterentwicklung / Weiterentwicklung der ASV

26. Aus welchen Gründen nehmen Sie aktuell nicht an der ASV „Urologische Tumore“ teil?

27. In welchen Bereichen bedarf aus Ihrer Sicht die ASV „Urologische Tumore“ einer Weiterentwicklung?
Ich sehe Weiterentwicklungsbedarfe bei ...

- kein Weiterentwicklungsbedarf
- kann ich nicht beurteilen
- dem Zusammenschließen/ -finden zu einem ASV-Team (z.B. Verfügbarkeit hinzuzuziehender Fachärzte)
- der Zulassung (z.B. Anforderungen, Kommunikation mit eLA/ KV)
- (Qualitäts-)Kontrollen nach der Zulassung
- der Dokumentation
- der Kommunikation
- der Abrechnung
- dem abrechenbaren Leistungsspektrum
- dem für die ASV zugelassenen Patientenkreis
- der technischen bzw. digitalen Infrastruktur (z.B. virtuelle Tumorboards, Cloud-Lösung)
- den Kooperations- und Vernetzungsmöglichkeiten
- dem bürokratischen Aufwand (z.B. Formular/ Rezeptwesen)
- der Stärkung des ambulanten Bereichs
- der Einbindung ländlicher Regionen
- Sonstige

Sie haben hier Gelegenheit, Ihre oben gewählten Antworten näher zu erläutern:

28. Haben Sie darüber hinausgehende Anmerkungen zur ASV im Allgemeinen?



Stand 15.6.2023

Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE)

Teilbericht AP 3 – Falldatenanalyse



Impressum

Herausgeber

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

gfm – Gesundheitsforschung für Männer

DIFA – Deutsches Institut für Fachärztliche Versorgungsforschung GmbH

Thema

Teilbericht Innovationsfondsprojekt Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE)

Autoren

Carina Stammann, Marianne Leitsmann, Tobias Herrmann, Doron B. Stein, Maria Feske, Lothar Weißbach

Auftraggeber

Innovationsausschuss des G-BA, Förderkennzeichen 01VSF20026 (ASV-WE)

Anschrift der Herausgeber

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Maschmühlenweg 8–10, 37073 Göttingen

Telefon (+49) 0551-789 52 - 0

Telefax (+49) 0551-789 52 -10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Zertifiziert nach ISO 9001:2015 und ISO/IEC 27001:2013
inklusive der Erweiterung nach ISO/IEC 27017:2015

gfm – Gesundheitsforschung für Männer gGmbH

Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Lothar Weißbach

Muthesiusstr. 7, 12163 Berlin

Telefon (+49) 030 28 44 50-08

Telefax (+49) 030 28 44 50-09

weissbach@gesundheitsforschung-fuer-maenner.de

www.gesundheitsforschung-fuer-maenner.de

DIFA – Deutsches Institut für Fachärztliche Versorgungsforschung GmbH

Geschäftsführung: Dr. André Byrla

Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin

Telefon: +49 (0) 30 – 310 078 955

info@difa-vf.de

www.difa-vf.de

Hinweis

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für alle Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	4
1 Hintergrund	5
2 Material und Methoden	5
2.1 Datenquelle	5
2.1.1 Parameter im DIFA-Science	5
2.2 Fragestellungen und Hypothesen	7
2.3 Timeline und Vorgehen Extraktionen	8
2.3.1 Patientenpopulation	8
2.4 Vergleich von Fallakten (Nicht-ASV vs. ASV) anhand eines Kriterienkatalogs	9
2.5 Limitationen der Daten	11
2.6 Statistische Auswertung	12
3 Ergebnisse	13
3.1 Gesamtkohorte	13
3.1.1 Basischarakteristika	13
3.1.2 Häufigkeiten Diagnosen, Verordnungen, Maßnahmen, Abrechnung, Laborwerte, Gesamtkohorte	14
3.2 Vergleich Nicht-ASV vs. ASV	15
3.2.1 Basischarakteristika Nicht-ASV vs. ASV	15
3.2.2 Vergleich Diagnosen, Verordnungen, Maßnahmen, Abrechnung, Laborwerte	17
3.2.3 Subanalysen	32
3.3 Fallverläufe und Vergleich ASV vs. Nicht-ASV anhand eines Kriterienkataloges	34
3.3.1 Vergleich Fallverläufe	34
3.4 Einzelne Verläufe	36
4 Zusammenfassung & Schlussfolgerung	40
5 Anhang	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Arbeitshypothesen und davon abgeleitete Annahmen in Zusammenschau mit den vorhandenen Parametern	7
Tabelle 2. Kriterienkatalog zum Vergleich von Fallverläufen ASV vs. Nicht-ASV	10
Tabelle 3. Basischarakteristika der Gesamtkohorte n= 7.118, Diagnosejahre 2018-2020	13
Tabelle 4. Häufigkeiten Verordnungen basic ADT-Medikation, gesamte Kohorte (C61 Diagnose 2018), n=6026	14
Tabelle 5. Übersicht der Anzahl der Parameter der Gesamtkohorte n= 7.118, Diagnosejahre 2018-2020	14
Tabelle 6. Vergleich Basischarakteristika und Parameter ASV vs. Nicht-ASV, Diagnosejahre 2018-2020, n=je 69 (gesamt n=138)	15
Tabelle 7. Akutdiagnosen Vergleich ASV vs. Nicht-ASV, Diagnosejahre 2018-2020 (je n=69, gesamt n=138).....	17
Tabelle 8. Tabelle. Dauerdiagnosen ASV vs. nicht ASV (n=95).....	21
Tabelle 9. Vergleich Verordnungen (Anzahl, Dauer, Monate seit ED) ASV vs. Nicht-ASV, Diagnosejahre 2018-2020, gesamt n=29, geordnet nach Kategorien	24
Tabelle 10. Vergleich Überweisungen ASV vs. Nicht-ASV, Diagnosejahre 2018-2020, gesamt n=118	27
Tabelle 11. Vergleich Abrechnungen ASV vs. Nicht-ASV, Diagnosejahre 2018-2020, gesamt n=138.....	27
Tabelle 12. Abschätzung Praxisgröße nach Anzahl der C61 Diagnosen 2018-2020 und dazugehörigen Abrechnungs-codes	33

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Daten im DIFAScience	6
Abbildung 2. ASV vs. Nicht-ASV im Vergleich nach Arbeitshypothesen 8-10	11
Abbildung 3. CONSORT Flowchart	13
Abbildung 4. Verteilung der relevanten Laborparameter, Quelle: 20220222 Innovationsfondsprojekt - Laborparameter Häufigkeit	15
Abbildung 5. Ausgewählte Abrechnungsziffern in Praxen der Kohorte	34
Abbildung 6. Übersicht Paarvergleiche Nicht-ASV vs. ASV (n=69)	35
Abbildung 7. Fallverlauf und Vergleich Paar 17	36

1 Hintergrund

Bei der ASV stand die Auswertung der potenziell anfallenden Daten in Bezug auf die Patientenversorgung bisher nicht im Fokus. Aus diesem Grund hatte die Falldatenanalyse einen besonderen Stellenwert, da sie Informationen zur Patientenversorgung aus dem vertragsärztlichen Bereich abbildet. Es sollte zunächst explorativ der Frage nachgegangen werden, welche Patienten in der ASV-Urologie versorgt werden und ob man anhand der Falldaten Aussagen zum Beispiel zur diagnostischen und therapeutischen Indikationsqualität machen kann. Hierzu sollte ein Kriterienkatalog entwickelt werden, der sich an den aktuellen Leitlinien orientiert, um Verläufe von je 60 ASV- und Nicht-ASV-Fällen vergleichend zu bewerten. Dieser sollte Auskunft darüber geben, ob die dokumentierten Behandlungsprozesse der ASV tatsächlich sektorenübergreifender, koordinierter, innovativer und qualitativ hochwertiger sind als außerhalb der ASV. Gleichzeitig sollten durch Auswertung der Verläufe Erkenntnisse zu Wirkung und Nebenwirkung neuer Behandlungsoptionen (späte Nutzenbewertung) gewonnen werden, soweit die Anzahl der Fälle dies ermöglichte. Um eine hohe Vergleichbarkeit der Bewertungen zu gewährleisten, sollte nur das Prostatakarzinom bei der Evaluation berücksichtigt werden.

Im Vorfeld galt es zu klären, welche dokumentierten Kriterien überhaupt geeignet sind, eine leitliniengerechte bzw. optimale Behandlung nachzuweisen.

2 Material und Methoden

2.1 Datenquelle

Die Datenquelle war das DIFAScience-Datenpanel.

Ziel des DIFAScience-Datenpanels ist die Durchführung von Forschung zur fachärztlichen medizinischen Versorgung anhand von Versorgungsdaten, die aus den Arztpraxen zusammengetragen werden. DIFA selbst nutzt das DIFAScience-Datenpanel für Auswertungen innerhalb wissenschaftlicher Forschungsfragen zur medizinischen Versorgungsforschung, wie beispielsweise im Rahmen des aktuellen Forschungsprojektes.

DIFAScience wird vom DIFA in Zusammenarbeit mit teilnehmenden Arztpraxen betrieben. Jeder Datensatz zur Historie eines Patienten stammt aus dem Praxisverwaltungssystem (Patientendaten-Verwaltungssystem, PVS) der jeweiligen Arztpraxis und wird vor der Übertragung in das DIFAScience-Datenpanel mithilfe der Software extrax anonymisiert. Die Übertragung geschieht verschlüsselt und wird periodisch wiederholt, wobei zur Datenersparnis nur die neuen Teile übertragen werden.

Der Weg der Datenerhebung wurde über vorliegende Datenschutzgutachten.

2.1.1 Parameter im DIFA-Science

Die Ergebnisqualität der versorgten Patienten sollte auf Basis der verfügbaren Daten im DIFAScience (Diagnosen, Arzneimittel, Laborwerte, Abrechnungsziffern, Häufigkeit von Besuchen und Beschwerden, Überweisungen etc.) bewertet werden (Abbildung 1).



Abbildung 1. Daten im DIFAScience

Die Daten aus dem DIFAScience erlaubten uns den Zugriff auf die ärztliche Fachgruppe (hier: Urologie). Patienten konnten nach Geschlecht und Geburtsjahr klassifiziert werden.

Hinsichtlich Diagnosen wurden sowohl Akut-, als auch Dauerdiagnosen nach ICD-10 erhoben. Diese waren in seltenen Fällen auch im Rahmen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) aufgeführt. Der Schweregrad wurde nicht erfasst.

Verordnungen wurden als PZN oder ATC angegeben. Hersteller, Wirkstoffe, Rezeptart und Kosten waren nicht aufgeführt. Es wurde die Verordnungsdauer der Prostatakarzinom-Therapie zu spezifischen Medikationen erfasst, ebenso wie die Verordnungsdauer seit der Erstdiagnose (Monate bis zur ersten Verordnung seit Erst-diagnose).

Weitere Kategorien beinhalteten AU, Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Abrechnungsziffern.

Laborwerte wurden uneinheitlich und nicht standardisiert (durch die Ärzte) eingegeben. Wir legten einen Fokus auf das Blutbild (Hämoglobin, Leukozyten, Thrombozyten), um eine mögliche Anämie, Leukozytose, Thrombozytopenie als mögliche Nebenwirkungen einer Tumorthherapie oder einer Komplikation (Infekt) zu untersuchen. Auch die Leberwerte und Parameter des Knochenstoffwechsels wurden – so vorhanden – kontrolliert, um z.B. erhöhte Werte im Falle von Metastasen zu identifizieren. Parameter von größtem Interesse waren das Prostata-spezifische Antigen (PSA) und das Testosteron. Aufgrund der uneinheitlichen - nicht standardisierten - Eingabe mussten diese vorerst bereinigt werden (PSA: z.B. PSA, PSAAR, PSA-I, PSAG-R, TPSA, PSAF, PSAG, PSAQ-R, PSAG_R, CPSA_S, PSAF_R, PSAG_R, PSAQ_R, FPSA, PSA, PSA, TPSA, F-PSA, PSAN, PSA1, PSAVE, PSA; Testosteron: z.B. TESTO, TEST_R, TEST, TESTG, TESTOR, TESTO_UR, TESTO-II, TESTOG, TESTOS, TEST_R, TESTOSTERON GESAMT, TESTAE). Dies wurde für die PSA und Testosteron Werte unternommen. Bezüglich PSA wurden „PSA, TPSA (total PSA), PSAG (Gesamt PSA)“ für weitere Auswertungen verwendet. Bezüglich des Testosterons wurden „TESTO, TEST, TESTOS und TESTG, TESTOG und TESTOSTERON GESAMT ECLIA (Testosteron Gesamt)“ herangezogen.

2.2 Fragestellungen und Hypothesen

Die Falldaten sollten insbesondere zu den Arbeitshypothesen (AH) 8-10 Erkenntnisse liefern. Diese standen in Zusammenhang mit der Fragestellung 2: Werden die ASV-Ziele auf Ebene der Versorger (Urologen) erreicht?

- AH 8: Das Zulassungsverfahren sichert eine qualitativ hochwertige Versorgung (beurteilt z. B. an Qualitätsparametern wie Zeit, Leitlinienadhärenz und an klinischen Outcomes)
- AH 9: Die ASV erreicht das Ziel einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Beteiligten
- AH 10: Die ASV ermöglicht Innovationen und die Weiterentwicklung der Versorgung

Basierend auf den AH und der im DIFAScience-Datenpanel vorgegebenen Parameter wurde ein Schema erstellt, welches zu erwartende Ergebnisse darstellt (Tabelle 1).

Tabelle 1. Arbeitshypothesen und davon abgeleitete Annahmen in Zusammenschau mit den vorhandenen Parametern

Parameter	Bewertung	Nicht-ASV	ASV
AH 8: qualitativ hochwertige Versorgung			
Einträge gesamt	Häufigkeit Vorstellungen, Einträge, Blutwerte, Maßnahmen	geringere Anzahl an Vorstellungen, Blutentnahmen, Einträge, Maßnahmen	häufigere Vorstellungen, Blutentnahmen, Einträge, Maßnahmen
Verordnungen/ Medikation (PZN/ATC)	Basishormontherapie vs. moderne Hormontherapien bzw. Tumorthérapien	geringere Anzahl an neuen Therapien, Chemotherapien, Immuntherapien, Radionuklide, Bisphosphonate, etc.	Häufiger Anzahl an neuen Therapien, Chemotherapien, Immuntherapien, Radionuklide, Bisphosphonate, etc.
Laborwerte (PSA, Testosteron)	PSA-Wert Höhe (cut-offs definieren), PSA-Ansprechen (Reduktion des PSA-Wertes (baseline) um 50%), PSA-Rezidiv, Kastrationsresistenz	„schlechtere“ PSA-Verläufe (schlechteres Therapieansprechen)	„bessere“ PSA-Verläufe (besseres Therapieansprechen)
Akut-Diagnosen – Komplikationen (ICD-10)	Beispiele: Hydronephrose, Zystitis, Anämie, Makrohämaturie, pathologische Frakturen	mehr Komplikationen	weniger Komplikationen
Akut-Diagnosen – Auftreten von Metastasen (ICD-10)	Beispiele: Lymphknoten-, Knochenmetastasen, viszerale Metastasen	häufigeres, schnelleres Auftreten von Metastasen	geringeres, langsames Auftreten von Metastasen
Maßnahmen	Überweisungen, Einweisungen	weniger Überweisungen, häufigere Krankenhauseinweisungen	häufigere Überweisungen, weniger Krankenhauseinweisungen
AH 9: Sektorenübergreifende Zusammenarbeit			
Maßnahmen	Überweisungen, Einweisungen	weniger Überweisungen, häufigere Krankenhauseinweisungen	häufigere Überweisungen, weniger Krankenhauseinweisungen
AH 10: Innovations-/Weiterentwicklungspotential			
Verordnungen/ Medikation (PZN/ATC)	moderne Tumorthérapien	geringere Verordnungsrate an neueren Therapien	höhere Verordnungsrate an neueren Therapien

*AH=Arbeitshypothesen, ATC=Anatomisch-Therapeutisch-Chemische (Klassifikation), ICD=International Statistical Classification of Diseases, PSA=Prostata-spezifisches Antigen, PZN=Pharmazentralnummer

Die Hypothesen zur Patientenversorgung ASV vs. Nicht-ASV wurden anhand der Annahmen, wie die Versorgung in der ASV erfolgen soll, abgeleitet: 1) qualitativ hochwertig, 2) intersektoral, 3) innovative Versorgung.

Unter der Annahme, dass Patienten im Rahmen der ASV qualitativ hochwertiger versorgt werden, wurde davon ausgegangen, dass sich dies im Vergleich zu Nicht-ASV-Patienten u. a. in

- häufigeren Vorstellungen, Einträgen, Blutentnahmen (i. e. Laborwerten), Maßnahmen
- neueren/innovativeren, leitliniengerechteren Therapien (z. B. häufiger neue Hormontherapien)
- „besseren“ PSA-Verläufen (niedrigere PSA-Werte) als Zeichen eines besseren Therapieansprechens (weniger Rezidive, längere Zeitintervalle)

widerspiegelt. Zudem könnte sich eine hochwertigere Betreuung bei ASV-Patienten durch ein geringeres Auftreten von Komplikationen (z. B. Hydronephrose, Zystitis, Anämie, Makrohämaturie oder pathologische Frakturen) und/oder von (neuen) Metastasen im Vergleich zu Patienten in der Regelversorgung zeigen.

Allgemeine Hinweise für eine sektorenübergreifende Versorgung von Patienten könnten häufigere Überweisungen (interdisziplinäre Betreuung) sein im Gegensatz zu einer geringeren Rate an Überweisungen. Wobei hier anzumerken ist, dass Überweisungen zwischen den Mitgliedern eines ASV-Kernteams nicht erforderlich sind, jedoch an ASV-Fachärzte, die nicht dem Kernteam angehören.

Weniger Krankenhauseinweisungen hingegen könnten eine bessere Versorgung, jedoch auch einen besseren Allgemeinzustand widerspiegeln, im Gegensatz zu häufigeren Einweisungen, die für Komplikationen, einen schlechteren Allgemeinzustand, sowie notwendige Operationen) sprechen könnten.

Eine innovative Versorgung ließe sich aus den Verordnungen moderner Tumorthérapien ableiten.

2.3 Timeline und Vorgehen Extraktionen

Anhand der jeweiligen Datenabzüge der Falldaten wurde das Vorgehen zur weiteren Datenextraktion festgelegt (siehe Anhang 1. Tabelle_Timeline Datenextraktion). Die ersten Extraktionen hatten die Darstellung der Basis-Kohorte (Patienten mit (fortgeschrittenem oder metastasiertem) Prostatakarzinom) zum Ziel. Als zweiten Fokus mussten für die Fallverlaufvergleiche ASV-Patienten identifiziert und mit passenden Nicht-ASV Patienten zusammengeführt werden.

Berücksichtigt wurden alle Lieferungen an DIFA aus Praxen mit mindestens einem Urologen, welche vom 1.9.2019 bis 25.07.2021 in die Datenbank geladen wurden.

Für das weitere Vorgehen und zur besseren Übersicht wurden alle vorkommenden Diagnosen, Verordnungen und Abrechnungsziffern extrahiert, nach Häufigkeit sortiert und nach jeweils ICD-10 Liste, ATC/PZN Codes, und I. ASV-Pseudoziffer, II. EBM, II. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), IV. GOP, V. Onkologievereinbarung, VI. Sachkostenerstattung, VII. Symbolnummern (SNR), VIII. keine Kategorisierung möglich (N/A) identifiziert.

2.3.1 Patientenpopulation

Es wurden nur Patienten mit Prostatakarzinom (ICD-10 C61) in die Evaluation der Falldaten einbezogen. Da gerade die Verläufe des fortgeschrittenen oder metastasierten Prostatakarzinoms unter neuen Therapien von hohem wissenschaftlichem Interesse sind, wurde hier der Schwerpunkt der Falldatenanalyse gelegt.

Einschlusskriterien:

- Männer über 18 Jahre
- ICD-10 Diagnose C61
- Diagnosejahre 2018, 2019, 2020 (die Diagnosejahre wurden aufgrund der inkraftgetretenen ASV-Richtlinie für „Urologische Tumoren 04/2018“ gewählt)
- „aktive“ Patienten (Um eine „Nachbeobachtbarkeit“ der Patienten zu sichern, galten Patienten als nachbeobachtbar, wenn sie im auf die C61-Diagnose folgenden Kalenderjahr mindestens einen Dateneintrag aufwiesen.)

Eine Eingrenzung in fortgeschrittene/metastasierte Erkrankungen bzw. weitere Charakterisierung der Erkrankungen wurde durch den Zusatz der Verordnung einer Hormontherapie (antiandrogene Therapie (ADT): „basic ADT“; erweiterte/neu Hormontherapien: „advanced ADT“; Anhang 2) sowie eine weitere Eingrenzung der Daten durch Zusatzdiagnosen (i. e. Lymphknotenmetastasierung, ossäre und/oder viszerale Metastasen bzw. Kastrationsresistenz) unternommen.

Ein primärer Ausschluss der Patienten mit C61 Diagnose, welche keine zusätzliche Verordnung von „basic ADT“ aufwiesen, erbrachte eine zu geringe Patientenzahl (n=2.666 Fälle, davon 42 ASV-Patienten). Aus diesem Grund

wurde der Zusatz einer „basic ADT“ nicht mehr als Einschlusskriterium, sondern als Subgruppenkriterium herangezogen.

Ausschlusskriterien:

- lost to Follow-Up/umgezogen/verstorben (Definition: seit > 1 Jahr kein Praxisbesuch/-eintrag mehr)
- keine Einträge (z.B. PSA-Werte, Verordnungen, Einträge)
- Zweitmalignome

Identifizierung von ASV-Patienten

Die Erhebung der Fälle, welche im Rahmen der ASV behandelt wurden, musste erst etabliert werden. Da im System keine Kennzeichnung nach ASV besteht, wurde nach der Abrechnung von Pseudoziffern, welche nur im Rahmen der ASV abgerechnet werden können, gefiltert. Solche Pseudoziffern wurden nur in einer urologischen Praxis abgerechnet. Im Speziellen war diese die „88512“ (Gespräch im Zusammenhang mit einer peroralen zytostatischen Tumortherapie (excl. ausschließlich hormonell bzw. antihormonell wirkender Substanzen (ATC-Klasse L02- Endokrine Therapie)). Die Pseudoziffer 88512 wurde zwischen Oktober 2019 und Januar 2021 in der betrachteten ASV-Praxis 58-mal abgerechnet.

Vergleichskohorte

Die Zuordnung von Nicht-ASV-Vergleichspatienten zu den ASV-Patienten erfolgte nach

- Zuordnung zu Subgruppen (Metastasierung, Kastrationsresistenz),
- Alter und
- Diagnosejahr.

So wurden zu jedem ASV-Patienten ein "passender" Nicht-ASV-Patient ausgewählt, um die jeweiligen Verläufe zugeordneter Fälle (ASV vs. Nicht-ASV) vergleichen zu können. Angestrebt waren jeweils 10 Vergleichspatienten pro Subgruppe (1. Keine Metastasierung, 2. Ossäre Metastasen, 3. Viszerale Metastasen, 4. Lymphknoten-Metastasen, 5. Multiple Metastasierung 6. Kastrationsresistenz). Es wurden Vergleiche anhand der Basischarakteristika, Diagnosen (Akut/Dauer), Abrechnung, Verordnungen, Über-/Einweisungen, Arbeitsunfähigkeit und Laboreinträge angestrebt.

2.4 Vergleich von Fallakten (Nicht-ASV vs. ASV) anhand eines Kriterienkatalogs

Ziel war, herauszufinden, ob erkennbare Unterschiede zwischen der Regelversorgung und der ASV aus der Dokumentation ersichtlich sind. Hier richteten wir uns nach den in Tabelle 1. dargestellten Arbeitshypothesen und davon abgeleiteten Annahmen in Zusammenschau mit den vorhandenen Parametern:

- Gibt es Kriterien, die geeignet sind, eine leitliniengerechte bzw. optimale Behandlung nachzuweisen? (Ermittlung über den Einsatz neuer Therapien nach Leitlinien Empfehlung (PZN/ATC, ggfls. ICD (Metastasen, Komplikationen), Laborwerte (PSA-Ansprechen))
- Lassen sich aus der Darstellung der Verläufe des Prostatakarzinoms Erkenntnisse zu Wirkung und Nebenwirkung neuer Behandlungsoptionen darstellen? (Darstellung über Wirkung/ Ansprechen nach Therapieänderung auf PSA-Verlauf (Labor – sinkt/steigt), ICD-10 Diagnosen (Nebenwirkungen Medikation, Metastasen, Komplikationen), evtl. Laborwerte (Anämie, Leukopenie, Infektion))
- Sind Unterschiede zwischen der Regelversorgung und der ASV ersichtlich? (Darstellung anhand von Vergleichen von Einträgen, Verordnungen, Einweisungen, Überweisungen)
- Sind die dokumentierten Behandlungsprozesse der ASV tatsächlich innovativer und qualitativ hochwertiger als die Regelversorgung? (Abbildung über Verordnungen bzw. Einsatz neuer Therapien nach Leitlinien-Empfehlung möglich)
- Gibt es Unterschiede hinsichtlich therapeutischer Indikationsqualität zwischen ASV und Regelversorgung? (Möglichkeit über Verschreibungen/Einsatz neuer Therapien nach Leitlinien Empfehlung, Therapieansprechen)

Eine qualitativ hochwertige Versorgung sollte anhand der Leitlinienadhärenz beurteilt werden. Da die ASV-Richtlinie für Urologische Tumoren im April 2018 in Kraft trat, wurden insbesondere die Leitlinien ab Version 5.0 betrachtet (Anhang 3). Eine Änderung der ASV-Richtlinie gab es zudem 08/2021, welche erstens den Begriff „zytostatische Tumorthherapie“ durch „medikamentöse Tumorthherapie“ ersetzte und zweitens die endokrine Therapie beim metastasierten Prostatakarzinom mit einbezieht. Dies wird sich jedoch durch die Verzögerung bis zur praktischen Umsetzung nicht in den Falldaten widerspiegeln. Spätere Zeitpunkte konnten nicht betrachtet werden.

Zur Beurteilung der Fallverläufe sollte ein Kriterienkatalog herangezogen werden, welcher die Paare ASV vs. Nicht-ASV nach 1. Qualität der Versorgung, 2. Sektorenübergreifender Zusammenarbeit und 3. Innovation der Versorgung von 2 Fachexperten der Urologie verglich. Für diesen Vergleich konnten folgende relevante Abrechnungsposten in den jeweiligen Falldaten identifiziert werden, von denen Qualität, Sektorenübergreifende Versorgung und Innovation abgeleitet wurden: Anzahl der Laborwertbestimmungen, Verabreichung von antineoplastischer oder systemischer Zytostatikatherapie (Kategorie II.36), Infusion/Transfusion (II.5) Betreuung/Nachsorge (II.3), Psychotherapie-Leistung (II.28) Palliativ-med. Versorgung (II.29), Chemotherapie (VII.3), Bisphosphonate (VII.4), gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41). Auch die Ziffern zur Abrechnung nach Onkologievereinbarung (OV) und ASV-Ziffern (II.32-43) wurden bei den Vergleichen berücksichtigt. Die einzelnen Laborwerte wurden nach Anämie, Neutropenie, Thrombozytopenie, Infektion Niereninsuffizienz, Leberwert-erhöhung, Störung des Elektrolythaushaltes überprüft.

Die PSA-Werte konnten aufgrund der sporadischen Angabe nicht sinnvoll als Outcome-Parameter herangezogen werden (s.o.).

Die Diagnoseziffern wurden nach Komplikationen, welche im Rahmen einer operativen Therapie oder Systemtherapie oder durch Tumorprogress (z.B. Frakturen) auftreten können, gesichtet.

Tabelle 2. Kriterienkatalog zum Vergleich von Fallverläufen ASV vs. Nicht-ASV

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung u.a. Ziffern der Onkologievereinbarung, Laborparameter, Verabreichung von Infusionen/Transfusionen, Komplikationen unter antineoplastischen oder systemischen Zytostatika Therapie, Betreuung/Nachsorge/Kontrollen, Psychotherapie-Leistung, Palliativmed. Leistungen, ASV-Ziffer, Gabe von Chemotherapie, Gabe von Bisphosphonaten		
Diagnosen u.a. Anämie, Schmerz, Frakturen, Thrombozytopenie, Leberwerterhöhung, Hyperkaliämie, akutes Nierenversagen, Depression, Harninkontinenz, Harnverhalt, Hämaturie, Hydronephrose		
Labor Anzahl der Laborparameter		
Überweisungen, Krankenhauseinweisungen, Arbeitsunfähigkeit Anzahl der Überweisungen		
Verordnungen u.a. Antiandrogene, GnRH-Agonisten/Antagonisten, neue Hormontherapien		

Dem Patienten wurde eine qualitativ hochwertigere Versorgung zugeordnet, der mehr oder überhaupt Abrechnungsziffern zu palliativmedizinischer Versorgung, psychotherapeutischen Leistungen, Nachsorge, etc. aufwies.

Eine sektorenübergreifende Versorgung wurde bei dem Patienten gesehen, der häufiger eine Überweisung zugeschrieben bekam. Hier ist jedoch darauf hinzuweisen, dass weder der Überweisungsgrund noch der Überweisungsempfänger aus den Falldaten ersichtlich war.

Im Hinblick auf die Kategorie „Innovation und Weiterentwicklung der Versorgung“ lag der Fokus auf der Verordnung neuer Hormontherapien, welche bei einem metastasierten Prostatakarzinom zunehmend als Erstlinie leitliniengerecht eingesetzt werden. Auch hier ist erneut als starke Einschränkung der Beurteilbarkeit – abgesehen von der Metastasierung – das fehlende komplette Tumorstadium (z.B. Hormonsensibilität oder Kastrationsresistenz, Anzahl der Metastasen, Lage der Lymphknotenmetastasen) sowie ein fehlender

Performancestatus (Karnofsky, ECOG) anzuzeigen. Die Informationen wären grundlegend für die Beurteilung einer leitliniengerechten Therapie (high volume, high risk). Der Vergleich mit „weder noch“ wurde verwendet, wenn zwischen den Therapien der Patienten keine Innovation festgestellt werden konnte (i. e. neue Hormontherapien), „nicht zu beurteilen“ wurde verwendet, wenn zwar eine neue Hormontherapie eingesetzt wurde, hier aber kein Anhalt für eine optimierte Versorgung gefunden werden konnte.

Hiernach wurde eine „Über- oder Unterlegenheit“ des jeweiligen Falles hinsichtlich der 3 AHs qualitativ hochwertige Versorgung, sektorübergreifende Zusammenarbeit sowie Innovation & Weiterentwicklung der Versorgung tabellarisch dargestellt (Abbildung 2).

Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung (u. a. Abrechnungsziffern zu Betreuung/Nachsorge/Kontrollen, Psychotherapie-Leistung, Palliativmed. Leistungen, gezielter Antibiotikaeinsatz)		
sektorenübergreifende Zusammenarbeit (Überweisungen)		
Innovation & Weiterentwicklung (neue/leitliniengerechte Therapien)		

Abbildung 2. ASV vs. Nicht-ASV im Vergleich nach Arbeitshypothesen 8-10

Die vergleichende grafische Darstellung der insgesamt n=69 Patientenpaare erfolgte mittels SigmaPlot 14.5 (Inpixon, California). Hierfür wurden die Ereignisse zur vereinfachten Darstellung nach Zahlen klassifiziert und die weiteren Parameter kategorisiert (Anhang 4. Kategorisierung der Falldaten).

2.5 Limitationen der Daten

Die Limitationen der DIFAScience-Falldaten für dieses Projekt sind multipel. Diese waren im Vorfeld nicht bekannt und ergaben sich im Laufe der Datenextraktion und Sichtung der Daten.

Die Limitationen sind insbesondere durch die hinreichende Anonymisierung der Versorgungsdaten, um Re-Identifikation auszuschließen, bedingt, sowie die PVS/AIS Systeme selbst (oftmals Paralleldokumentation in den PVS/AIS Systemen und in der Patientenakte). Das bedeutet, dass die Daten im DIFAScience verschiedene unten genannte Werte nicht aufweisen, weil hierzu entweder keine Dokumentation im PVS/AIS-System erfolgt ist durch den Leistungserbringer oder dies durch die hinreichende Anonymisierung bedingt ist, um Re-Identifikation auszuschließen. Zusammengefasst betreffen diese Limitationen folgende Punkte:

- fehlende Erfassung von Schweregrad der Erkrankung, Tumorstadium, ECOG/Karnofsky
 - Aufgrund des fehlenden Tumorstadiums konnte keine adäquate Beurteilung der Behandlungsindikationen (z.B. Leitlinienadhärenz) stattfinden; auch der Vergleich der Fallverläufe, z.B. die Qualität der Versorgung betreffend, war dadurch erheblich limitiert.
- keine Erfassung von Prozeduren, Bildgebungen
 - Aufgrund der fehlenden Erfassung dieser Maßnahmen war keine weitere Beurteilung von diagnostischer Qualität oder durchgeführten Prozeduren möglich.
- keine Erfassung von Inhalten zu Überweisungen oder Einweisungen
 - Aufgrund der fehlenden Erfassung von Inhalten von Überweisungen oder Krankenhauseinweisungen war der Grund für eine solche Maßnahme unbekannt.
- fehlende Laborwerte
 - Aufgrund fehlender PSA-Werte war bspw. das Therapieansprechen (PSA-Abfall nach Therapieeinleitung bzw. -änderung) nicht ausreichend zu beurteilen. Nur n=54 Fälle wiesen PSA-Werte auf, davon hatten 8 Fälle nur 1 Wert, wodurch sich kein Verlauf darstellen ließ.

- uneinheitliche Codierung/Einheit von Laborwerten (unterschiedliche Kürzel, insbesondere zu PSA/Testosteron);
 - unvollständige Daten (Patienten ohne Laborwerte)
 - nicht normierte Bezeichnung der Laborwerte (die Praxen tragen Freitext ein)
 - nicht normierte Einheiten der Laborwerte, Umrechnung notwendig (z.B. ng/ml, ug/l, µg/l, ...)
 - interpretationsbedürftige Angaben (z.B. <0,006)
 - Schwierigkeiten bei Mittelwertberechnung durch Vorliegen mehrerer (ggf. vieler) Laborwerte von unterschiedlichen Stichtagen pro Patienten, zudem Werte mit > oder < Angabe
- Eine automatisierte Verarbeitung der unstrukturierten Laborwerte war schwierig. Die Subgruppe „Kastrationsresistenz“ ist deshalb vorsichtig zu betrachten. Zudem ist das Kriterium „steigender PSA bei Testosteron <0,5“ nur sehr vereinfacht umgesetzt („folgt auf den minimalen PSA-Wert wieder ein größerer, bei Testosteron <0,5“). Eine zeitliche Einordnung konnte hier nicht berücksichtigt werden. Zum Vergleich der Fallverläufe konnten Laborwerte nur Einzelbewertungen zulassen.
- Im DIFAScience-Datenpanel gibt es keine Kennzeichnung zur „ASV“ bzw. Versorgungsstruktur. Bei der Datenextraktion zeigte sich, dass nur eine einzige ASV-Praxis im DIFAScience ASV-Pseudoziffern abgerechnet hat (siehe 2.4.1. Patientenpopulation). Als weitere Limitation ist hier eine Unterscheidung auf Patientenebene (ASV-Patienten vs. Nicht-ASV-Patienten) nicht möglich. Weiter wurden Daten aus der ASV-Praxis seit 07/2021 nicht mehr geliefert. Für den Vergleich Q4/Q2 2021 zur Subanalyse nach Auslaufen der ABK-Richtlinie fehlten deshalb die Q4/2021 Daten aus der Praxis. Ohnehin hätte sich das Auslaufen der ABK-Richtlinie auf das Praxisgeschehen wahrscheinlich wenig ausgewirkt. Eine weitere Praxis, die ASV-Pseudoziffern abrechnete, kam im Verlauf nicht hinzu.

Folgende Fragestellungen aus dem Antrag, welche sich im Kriterienkatalog wiederfinden, konnten wir aufgrund der Limitationen der Falldaten nur eingeschränkt oder gar nicht beantworten:

- Sind die dokumentierten Behandlungsprozesse der ASV tatsächlich sektorenübergreifender als die Regelversorgung? *(es gibt keine Angaben zum Inhalt der Überweisungen)*
- Sind die dokumentierten Behandlungsprozesse der ASV tatsächlich koordinierter als die Regelversorgung? *(es gibt keine Angaben zum Inhalt der Überweisungen/Einweisungen)*
- Gibt es Unterschiede hinsichtlich therapeutischer Indikationsqualität zwischen ASV und Regelversorgung? *(es gibt keine Angaben zum Inhalt der Überweisungen, auch keine Information zu nicht-medikamentösen Maßnahmen/Prozeduren oder Bildgebungen)*
- Gibt es Unterschiede hinsichtlich diagnostischer Indikationsqualität zwischen ASV und Regelversorgung? *(es gibt keine Angaben zum Inhalt der Überweisungen, auch keine Information zu Prozeduren/Bildgebungen)*

2.6 Statistische Auswertung

Es erfolgten deskriptive Berechnungen in SQL/MariaDB, sowie in Python/Bibliotheken numPy, sciPy.stats. t-Test-Berechnungen wurden in Python/Bibliothek researchPy durchgeführt (https://researchpy.readthedocs.io/en/latest/ttest_documentation.html).

Es wurde zudem eine Subanalyse zur Anzahl der Abrechnungen je Patient in der ASV-Praxis gegenüber den Nicht-ASV-Praxen durchgeführt. Zur Abschätzung der Praxisgröße und der jeweiligen Anzahl an Abrechnungen wurden alle Praxen mit mindestens einem Patienten in der Kohorte herangezogen. Es wurde die Anzahl an Patienten, die zwischen 2018 und 2020 eine Erstdiagnose C61 bekommen haben und die Anzahl der jeweiligen Abrechnungscodes dieser Patienten zwischen 2018 und 2020 gegenübergestellt.

3 Ergebnisse

3.1 Gesamtkohorte

Der ursprüngliche Datensatz enthielt 45.201 Patienten. Anhand der Ausschlusskriterien wurden insgesamt n=30.056 Patienten von weiteren Analysen ausgeschlossen. Die Basiskohorte enthielt insgesamt n=7.118 Prostatakarzinom-Patienten. Diese beinhaltete n=7.042 Nicht-ASV Patienten sowie eine ausreichende Anzahl an ASV-Patienten (n=76), um die geplanten 60 Fallverläufe vergleichen zu können (Abbildung 3).

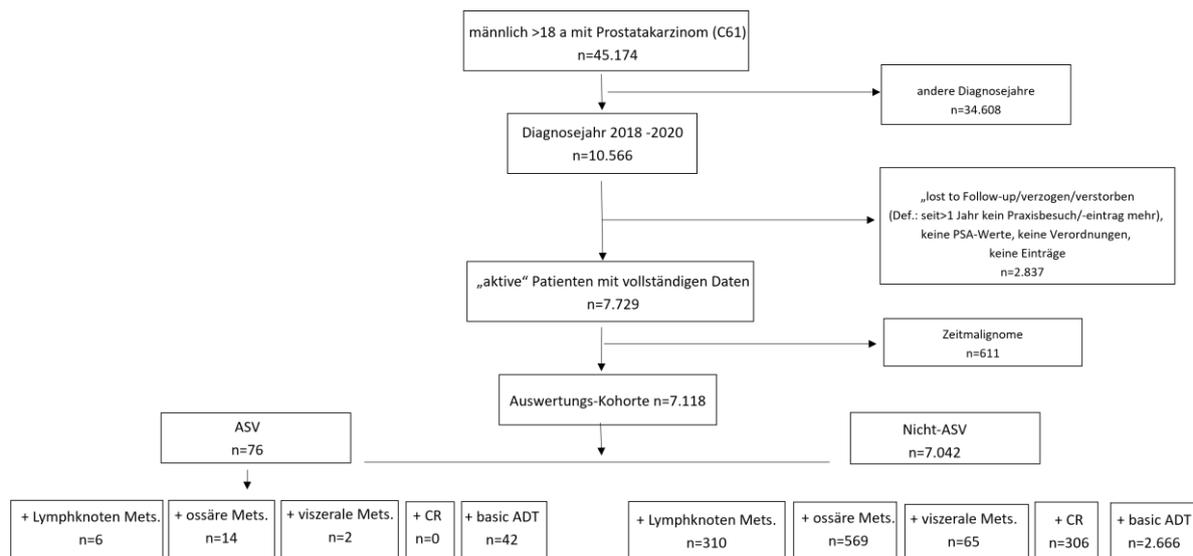


Abbildung 3. CONSORT Flowchart

3.1.1 Basischarakteristika

Das Durchschnittsalter der Nicht-ASV sowie ASV-Patienten lag bei 73,9 (+/- SD: 9,3 bzw. 8,5) Jahren (Tabelle). Insgesamt zeigten sich bei 86,9% (n=6.187) der Gesamtkohorte keine Zusatzdiagnosen (Metastasierung, CR). Dabei wiesen 87,03% (n=6.129) der Nicht-ASV Patienten und 76,32% (n=58) der ASV-Patienten keine weiteren Zusatzdiagnosen auf (Tabelle 3).

Tabelle 3. Basischarakteristika der Gesamtkohorte n= 7.118, Diagnosejahre 2018-2020

	Gesamtkohorte (n=7.118)	Nicht-ASV (n=7.042)	ASV (n=76)
Alter, Jahre (MW +/- SD)	73,9 (9,3)	73,9 (9,3)	73,9 (8,5)
keine Metastasierung, n (%)	6187 (86,92)	6129 (87,03)	58 (76,32)
Kastrationsresistenz (CR)	195 (2,74)	195 (2,77)	0 (-)
Metastasierung	736 (10,34)	718 (10,2)	18 (23,68)
Viszerale Metastasen	21 (0,30)	21 (0,3)	0 (-)
Ossäre Metastasen	312 (4,38)	302 (4,29)	10 (13,16)
Ossäre Metastasen + CR	68 (0,96)	68 (0,97)	0 (-)
Ossäre + viszerale Metastasen	20 (0,28)	18 (0,26)	2 (2,63)
Ossäre + viszerale Metastasen + CR	4 (0,06)	4 (0,06)	0 (-)
LK-Metastasen	126 (1,77)	122 (1,73)	4 (5,26)
LK-Metastasen + CR	12 (0,17)	12 (0,17)	0 (-)
LK + viszerale Metastasen	5 (0,07)	5 (0,07)	0 (-)

	Gesamtkohorte (n=7.118)	Nicht-ASV (n=7.042)	ASV (n=76)
LK + ossäre Metastasen	132 (1,85)	130 (1,85)	2 (2,63)
LK + ossäre Metastasen + CR	21 (0,30)	21 (0,30)	0 (-)
LK + viszerale Metastasen + CR	2 (0,03)	2 (0,03)	0 (-)
LK + viszerale + ossäre Metastasen	9 (0,13)	9 (0,13)	0 (-)
LK + viszerale + ossäre Metastasen + CR	3 (0,04)	3 (0,04)	0 (-)
Viszerale Metastasen + CR	1 (0,01)	1 (0,01)	0 (-)

3.1.2 Häufigkeiten Diagnosen, Verordnungen, Maßnahmen, Abrechnung, Laborwerte, Gesamtkohorte

Insgesamt enthielt der Datensatz der Basiskohorte 279.844 bzw. 37.208 Akut – bzw. Dauerdiagnosen. Des Weiteren waren 82.628 Verordnungen erfasst. In der Basis-Kohorte, welche 2018 eine C61-Diagnose erhielt, wurde „basic ADT“ im Verlauf kumulativ 346.453-mal verordnet (Tabelle 4).

Tabelle 4. Häufigkeiten Verordnungen basic ADT-Medikation, gesamte Kohorte (C61 Diagnose 2018), n=6026

No.	Präparat	ATC	Anzahl Verordnungen gesamt
1	Leuporelin	L02AE02	154.984
2	Bicalutamid	L02BB03	79.965
3	Triptorelin	L02AE04	47.479
4	Buserelin	L02AE01	29.983
5	Degarelix	L02BX02	14.298
6	Cyproteronacetat	G03HA01	11.129
7	Flutamid	L02BB01	4.488
8	Goserelin	L02AE03	3.936
9	Histrelin	L02AE05	103
10	Abarelix	L02BX01	88

Darüber hinaus waren im Datensatz insgesamt 31.506 Überweisungen, 4.233 Krankenhauseinweisungen, 3.390 Arbeitsunfähigkeiten (AU) und 724.613 Abrechnungsziffern verzeichnet (Tabelle 5).

Tabelle 5. Übersicht der Anzahl der Parameter der Gesamtkohorte n= 7.118, Diagnosejahre 2018-2020

	Gesamtkohorte (n=7.118)	Nicht-ASV (n=7.042)	ASV (n=76)
Anzahl Akutdiagnosen	279.844	267.241	3.603
Anzahl Dauerdiagnosen	37.208	36.592	616
Anzahl Verordnungen	82.628	80.678	1.950
Anzahl Überweisungen	31.506	30.737	769
Anzahl Krankenhauseinweisungen	4.233	4.212	21
Anzahl AU	3.390	3.321	69
Anzahl Abrechnungen	724.613	712.619	11.994
Anzahl Laborwerte	762.689	760.563	2.126

Quellen: Laborwerte: 20220222 Innovationsfondsprojekt - Laborparameter Häufigkeit

Laborwerte

Insgesamt waren in der Basiskohorte 762.869 Laborparameter vorhanden. Nicht bei jedem Patienten waren jedoch Laborparameter eingetragen, andere wiederum hatten mehrere Einträge. Eine Übersicht relevanter Laborparameter hierzu gibt es in Abbildung 4.

PSA		Hämатologie		Leberwerte		Nierenfunktion		Knochenstoffwechsel			
Parameter	n_gesamt	n_Patienten	Parameter	n_gesamt	n_Patienten	Parameter	n_gesamt	n_Patienten	Parameter	n_gesamt	n_Patienten
PSA	414	49	Hämoglobin			Aspartat-Aminotransferase/GOT			Alkalische Phosphatase		
TPSA	36	6	hb	379	56	#ASAT	168	16	Kreatinin		
PSA-Ro	13	2	hb..	22	2	got	51	6	crea	78	15
PSAg	8	2				sgot	27	5	KREAE	35	5
PSAS	6	1	Erthrozyten						skrea	19	3
psa-i	4	1	ery	184	37	Gamma GT			KREAn	11	2
psa g	1	1	eryt	33	2	yGT	16	3	CREAGF	3	1
psa_ges	1	1	ERYS	22	2	Gamma GT	170	18	Krea/S	1	1
PSA Gesa	1	1	BERY	14	3	GGT	154	24			
						GGT37	3	1	Glomeruläre Filtrationsrate		
Testosteron			Leukozyten						GFRCKD	51	8
TESTO	48	11	LEUK	130	17	GPT/ALAT			egfr	36	5
TESTOG	18	1	LEUKO	108	25	GPT			#gfr	30	9
testg	3	2	leu	22	6	gpt	75	7	GFR-MD	17	6
Testoste	1	1	BLEUKO	14	3	#ALAT	173	19	gfra	17	3
						ALAT	13	5	GFRMECKD	11	2
			Thrombozyten						gfr-ckd	9	3
			thro	95	14				gfrn	6	1
			THROMB	77	15				GFR2	5	1
			throm	27	8				gfr	4	1
			BTHROM	14	3				MDRD	4	1
			thr	10	3						
			TZ	3	1						

Abbildung 4. Verteilung der relevanten Laborparameter, Quelle: 20220222 Innovationsfondsprojekt - Laborparameter Häufigkeit

PSA-Werte waren demnach nur bei insgesamt 64 Patienten der Gesamtkohorte verzeichnet, bei 15 gab es ein Testosteronwert. PSA-Verläufe waren deshalb kaum darstellbar, wie auch die Zusammenschau mit einem Kastrationsniveau.

3.2 Vergleich Nicht-ASV vs. ASV

Es konnten anhand der gewählten Vergleichskriterien 72 Patientenpaare einander zugeordnet werden. Je 3 Patienten wurden im Nachgang aus jeder Gruppe entfernt, da die Metastasierung vor der C61 Diagnose erfolgt war. Von den 69 Fallpaaren zeigten n=18 jeweils eine ossäre Metastasierung und n=2 eine lymphogene Metastasierung, welche im Mittel 1,9 (+/- 4,9; ASV) bis 2 Monate (+/- 4,0; Nicht-ASV) bzw. im Mittel 1,0 (+/- 1,4; ASV) bis 3,5 Monate (+/- 4,9; Nicht-ASV) nach C61 Diagnose verzeichnet wurde.

3.2.1 Basischarakteristika Nicht-ASV vs. ASV

Für den Vergleich ASV vs. Nicht-ASV gab es bei den ASV-Patienten signifikant häufigere Konsultationen (gesamt, Jahre 2018 sowie 2020). Bei den Nicht-ASV-Patienten zeigten sich signifikant mehr Monate mit eingetragenen Laborparametern (gesamt, Jahre 2018, 2019 sowie 2020; Tabelle 6).

Tabelle 6. Vergleich Basischarakteristika und Parameter ASV vs. Nicht-ASV, Diagnosejahre 2018-2020, n=je 69 (gesamt n=138)

	Nicht-ASV	ASV	p-Wert
Alter, Jahre gesamt (MW +/- SD)	73,7 (8,4)	73,7 (8,4)	1
Alter, Jahre gesamt median (range, min-max)	74 (40, 53-93)	74 (40, 53,93)	1
Alter 2018 (MW +/- SD)	74,2 (9,5)	74,2 (9,5)	1
Alter 2018 median (range, min-max)	73,5 (38, 53-91)	73,5 (38, 53-91)	1
Alter 2019 (MW +/- SD)	73,1 (8,7)	73,1 (8,7)	1
Alter 2019 median (range, min-max)	75 (34, 59-93)	75 (34, 59-93)	1
Alter 2020 (MW +/- SD)	73,9 (7,2)	73,9 (7,2)	1
Alter 2020 median (range, min-max)	74 (25, 60-85)	74 (25, 60-85)	1

	Nicht-ASV	ASV	p-Wert
PSA-Wert, ng/ml	1,01 (n=54)	0,22(n=1)	-
Einträge Datenpanel gesamt (MW +/- SD)	218,3 (164,1)	269,3 (186,0)	0,08
Einträge Datenpanel gesamt median (range, min-max)	164 (953, 8-961)	232 (1259, 79-1338)	0,08
Einträge Datenpanel 2018 (MW +/- SD)	272,6 (252,8)	351,2 (258,7)	0,34
Einträge Datenpanel 2018 median (range, min-max)	150 (953, 8-961)	292,5 (1242 (96-1338)	0,34
Einträge Datenpanel 2019 (MW +/- SD)	216,6 (114,0)	232,2 (109,5)	0,62
Einträge Datenpanel 2019 median (range, min-max)	179 (433, 1-494)	208 (456, 126-582)	0,62
Einträge Datenpanel 2020 (MW +/- SD)	174,8 (91,1)	239,9 (162,0)	0,09
Einträge Datenpanel 2020 (range, min-max)	151 (337, 56-393)	214 (751, 79-830)	0,09
Vorstellungen (MW +/- SD)	28,8 (20,1)	44,5 (26,4)	0,0001
Vorstellungen median (range, min-max)	24 (104, 2-106)	38 (136, 12-148)	0,0001
Vorstellungen 2018 (MW +/- SD)	34,4 (27,1)	58,3 (31,0)	0,01
Vorstellungen 2018 median (range, min-max)	28 (104, 2-106)	49,5 (129, 19-148)	0,01
Vorstellungen 2019 (MW +/- SD)	31,3 (18,6)	39,7 (19,5)	0,126
Vorstellungen 2019 median (range, min-max)	26 (81, 5-86)	91 (72, 19-91)	0,126
Vorstellungen 2020 (MW +/- SD)	21,5 (11,8)	38,1 (25,2)	0,005
Vorstellungen 2020 median (range, min-max)	17,5 (38, 6-44)	30 (105, 12-117)	0,005
Anzahl Monate mit Laborwerten (MW +/- SD)	8,4 (15,4)	3,0 (6,2)	<0,001
Anzahl Monate mit Laborwerten median (range, min-max)	7 (36, 1-37)	1 (12, 1-13)	<0,001
Anzahl Monate mit Laborwerten 2018 (MW +/- SD)	12,4 (8,6)	1,4 (0,8)	0,003
Anzahl Monate mit Laborwerten 2018 median (range, min-max)	11 (34, 3-37)	1 (2, 1-3)	0,003
Anzahl Monate mit Laborwerten 2019 (MW +/- SD)	8,0 (4,5)	3,7 (3,9)	0,029
Anzahl Monate mit Laborwerten 2019 median (range, min-max)	14,4 (16, 1-17)	7,2 (11, 1-12)	0,029
Anzahl Monate mit Laborwerten 2020 (MW +/- SD)	5,9 (2,7)	3,5 (3,7)	0,038
Anzahl Monate mit Laborwerten 2020 median (range, min-max)	6,5 (10, 1-11)	3 (12, 1-13)	0,038
Diagnosezeitraum, Monate (MW +/- SD)	15,9 (8,8)	16,3 (10,1)	0,79
Diagnosezeitraum, (median (range, min-max))	17 (36, 0-36)	15 (34, 2-36)	0,79
Diagnosezeitraum (Monate) (DJ 2018), (MW +/- SD)	25,2 (5,7)	27,8 (6,4)	0,14
Diagnosezeitraum (Monate) (DJ 2018), (median (range, min-max))	25,5 (26, 10-36)	28 (29, 7-36)	0,14
Diagnosezeitraum (Monate) (DJ 2019), (MW +/- SD)	16,7 (5,7)	17,3 (4,7)	0,69
Diagnosezeitraum (Monate) (DJ 2019), (median (range, min-max))	18 (22, 2-24)	17 (20, 4-24)	0,69
Diagnosezeitraum (Monate) (DJ 2020), (MW +/- SD)	7,3 (3,9)	5,8 (3,2)	0,41
Diagnosezeitraum (Monate) (DJ 2020), (median (range, min-max))	7 (14, 0-14)	5,5 (10, 2-12)	0,41

	Nicht-ASV	ASV	p-Wert
Metastasierung, jegliche (Monate seit ED), (MW +/- SD)	1,8 (3,6)	2,2 (4,7)	0,84
Metastasierung, jegliche (Monate seit ED), (median (range, min-max))	0 (12, 0-12)	0 (15, 0-15)	0,84
Viszerale Metastasen			
Ossäre Metastasen (Monate seit ED), (MW +/- SD)	2,0 (4,0)	1,9 (4,9)	0,96
Ossäre Metastasen (Monate seit ED) (median (range, min-max))	0 (12, 0-12)	0 (15, 0-15)	0,96
LK- Metastasen (Monate seit ED), (MW +/- SD)	1,0 (1,4)	3,5 (4,9)	0,56
LK- Metastasen (Monate seit ED)	1 (2, 0-2)	35 (7, 0-7)	0,56

Quellen: 20220212 Innovationsfondsprojekt statistische Kennzahlen ASV vs. Nicht-ASV, 20221113 Innovationsfondsprojekt – PSA-Werte in der Kohorte

3.2.2 Vergleich Diagnosen, Verordnungen, Maßnahmen, Abrechnung, Laborwerte

Im Vergleich ASV vs. Nicht-ASV waren bei den ASV-Patienten signifikant häufigere Akutdiagnosen (gesamt, gesichert, unterschiedlich), Dauerdiagnoseeinträge (unterschiedlich), Verordnungen und Abrechnungen (Tabelle 7).

Akutdiagnosen

Im Vergleich zeigten sich im Mittel insgesamt signifikant häufigere Akutdiagnosen bei ASV-Patienten (46,9 (25,2) vs. 34,4 (36,3), $p=0,02$), ebenso wie gesicherte Diagnosen und unterschiedliche Diagnosen. Bei Nicht-ASV Patienten wurden signifikant häufiger eine Prostatahyperplasie, Belastungsinkontinenz, Versagen genitaler Reaktionen, Polyurie, Pollakisurie und Nykturie, sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie eine nicht näher bezeichnete Hämaturie akut diagnostiziert. ASV-Patienten zeigten keine signifikant häufigeren Einzelakutdiagnosen.

Tabelle 7. Akutdiagnosen Vergleich ASV vs. Nicht ASV, Diagnosejahre 2018-2020 (je n=69, gesamt n=138)

Häufigkeit	Diagnose	Nicht-ASV	ASV	p-Wert
n=138	Akutdiagnose, gesamt (alle), (MW, SD)	34,4 (36,3)	46,9 (25,2)	0,0208
	Akutdiagnose, gesamt (alle), (median, Range min-max)	22 (181, 2-183)	43 (120, 10-130)	0,0208
n=138	Akutdiagnosen gesamt (gesichert), (MW, SD)	29,0 (32,5)	40,6 (23,5)	0,0177
	Akutdiagnosen gesamt (gesichert) (median, Range min-max)	20 (174, 2-176)	38 (117, 8-125)	0,0177
n=138	Akutdiagnosen gesamt unterschiedliche (gesichert), (MW, SD)	6,0 (3,8)	15,4 (6,6)	<0,001
	Akutdiagnosen gesamt unterschiedliche (gesichert), (median, Range min-max)	5 (21, 1-22)	15 (39, 6-45)	<0,001
n=138	Bösartige Neubildung der Prostata	5,1 (3,2)	2,6 (1,9)	<0,001
	Bösartige Neubildung der Prostata	5 (13, 1-14)	2 (10, 1-11)	<0,001
n=170	Dysurie	1,0 (-)	8,6 (4,3)	-
	Dysurie	1 (0, 1-1)	9 (18, 1-19)	-
n=60	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung, nicht näher bezeichnet	3,2 (3,4)	3,8 (2,7)	0,459
	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung, nicht näher bezeichnet	2 (14, 1-15)	3 (8, 1-9)	0,459
n=58	Prostatahyperplasie	7,5 (7,6)	4,3 (3,6)	0,038
	Prostatahyperplasie	5 (24, 1-25)	3 (12, 1-13)	0,038
n=54	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	2,5 (2,0)	3,5 (3,5)	0,485

Häufigkeit	Diagnose	Nicht-ASV	ASV	p-Wert
	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	2 (5, 1-6)	2 (13, 1-14)	0,485
n=50	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Urogenitalsystem	3,5 (3,5)	2,3 (1,5)	0,309
	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Urogenitalsystem	3,5 (5, 1-6)	2 (6, 1-7)	0,309
n=32	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	4,9 (2,0)	2,2 (1,9)	0,003
	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	5 (5, 2-7)	1 (8, 1-9)	0,003
n=32	Sonstige Miktionsstörungen	4,3 (4,1)	2,8 (3,4)	0,26
	Sonstige Miktionsstörungen	2,5 (13, 1-14)	1 (13, 1-14)	0,26
n=31	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, nicht näher bezeichnet	4,4 (3,4)	4,3 (2,3)	0,94
	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, nicht näher bezeichnet	3 (7, 1-8)	4 (8, 1-9)	0,94
n=30	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	2,2 (1,1)	1,7 (1,5)	0,501
	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	2 (3, 1-4)	1 (7, 1-8)	0,501
n=25	Versagen genitaler Reaktionen	6,2 (6,4)	1,7 (1,1)	0,009
	Versagen genitaler Reaktionen	5 (18, 1-19)	1 (4, 1-5)	0,009
n=23	Polyurie, Pollakisurie und Nykturie	3,6 (3,2)	1,1 (0,3)	0,004
	Polyurie, Pollakisurie und Nykturie	2 (9, 1-10)	1 (1, 1-2)	0,004
n=20	Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet	1,0 (-)	1,6 (1,0)	-
	Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet	1 (0, 1-1)	1 (3, 1-4)	-
n=20	Strahlentherapie-Sitzung	2,3 (2,3)	1,8 (1,0)	0,473
	Strahlentherapie-Sitzung	1 (4, 1-5)	2 (4, 1-5)	0,473
n=19	Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff	10,0 (7,2)	2,6 (2,9)	0,005
	Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff	8 (14, 4-18)	1 (11,1-12)	0,005
n=16	Essenzielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	7,0 (8,6)	1,2 (0,4)	0,061
	Essenzielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	4 (24, 1-25)	1 (1,1-1)	0,061
n=16	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	3,9 (3,4)	1,3 (0,5)	0,046
	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	2,5 (8, 1-9)	1 (1, 1-2)	0,046
n=11	Ungehemmte neurogene Blasenentleerung, anderenorts nicht klassifiziert	9,0 (-)	1,4 (1,0)	-
	Ungehemmte neurogene Blasenentleerung, anderenorts nicht klassifiziert	9 (0, 9-9)	1 (3, 1-4)	-
n=9	Entzündliche Krankheit der Prostata, nicht näher bezeichnet	6,4 (6,9)	2,0 (0,8)	0,25
	Entzündliche Krankheit der Prostata, nicht näher bezeichnet	4 (17, 1-18)	2 (1-3)	0,25
n=8	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	2,3 (1,2)	1,0 (0,0)	-
	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	3 (2, 1-3)	1 (0, 1-1)	-
n=8	Dranginkontinenz	12,0 (-)	1,4 (0,8)	-
	Dranginkontinenz	12 (0, 12-12)	1 (2, 1-3)	-
n=8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der männlichen Genitalorgane	3,5 (3,5)	2,5 (2,7)	0,686

Häufigkeit	Diagnose	Nicht-ASV	ASV	p-Wert
	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der männlichen Genitalorgane	3,5 (5, 1-6)	1,5 (7, 1-8)	0,686
n=6	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	1,0 (-)	1,2 (0,4)	-
	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	1 (0, 1-1)	1 (1, 1-2)	-
n=6	Harnverhaltung	4,0 (5,1)	2,0 (-)	-
	Harnverhaltung	2 (12, 1-13)	2 (0, 2-2)	-
n=6	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff, nicht näher bezeichnet	1,5 (0,7)	1,8 (1,0)	0,765
	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff, nicht näher bezeichnet	1,5 (1, 1-2)	1,5 (2, 1-3)	0,765
n=5	Nierenstein	5,0 (3,6)	1,0 (0)	-
	Nierenstein	4 (7, 2-9)	1 (0, 1-1)	-
n=4	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	5,7 (4,2)	1,0 (-)	-
	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	7 (8, 1-9)	1 (0, 1-1)	-
n=3	Testikuläre Unterfunktion	3,0 (-)	3,5 (2,1)	-
	Testikuläre Unterfunktion	3 (0, 3-3)	3,5 (3, 2-5)	-
n=3	Anämie, nicht näher bezeichnet	5,0 (-)	1,0 (0)	-
	Anämie, nicht näher bezeichnet	5 (0, 5-5)	1 (0, 1-1)	-
n=3	Alter Myokardinfarkt: Nicht näher bezeichnet	5,0 (2,8)	1,0 (-)	-
	Alter Myokardinfarkt: Nicht näher bezeichnet	5 (4, 3-7)	1 (0, 1-1)	-
n=3	Pseudomonas und andere Nonfermenter als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	1,0 (-)	1,0 (-)	-
	Pseudomonas und andere Nonfermenter als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	1 (0, 1-1)	1 (0, 1-1)	-
n=3	Hämorrhoiden 1. Grades	1,0 (-)	1,0 (-)	-
	Hämorrhoiden 1. Grades	1 (0, 1-1)	1 (0, 1-1)	-
n=3	Chronische Prostatitis	10,0 (-)	2,5 (0,7)	-
	Chronische Prostatitis	10 (0, 10-10)	2,5 (1, 2-3)	-
n=3	Hydrozele, nicht näher bezeichnet	25,0	2,0 (1,4)	-
	Hydrozele, nicht näher bezeichnet	25 (0, 25-25)	2 (2, 1-3)	-
n=3	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	1,0 (-)	1,0 (-)	-
	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	1 (0, 1-1)	1 (0, 1-1)	-
n=3	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	1,0 (-)	1,0 (-)	-
	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	1 (0, 1-1)	1 (0, 1-1)	-
n=3	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Sonstige abnorme Befunde	1,0 (-)	2,5 (0,7)	-
	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Sonstige abnorme Befunde	1 (0, 1-1)	2,5 (1, 2-3)	-
n=2	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten mehrerer Regionen	1,0	4,0	-
	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten mehrerer Regionen	1 (0, 1-1)	4 (0, 4-4)	-
n=2	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet	7,0 (-)	1,0 (-)	-
	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet	7 (0, 7-7)	1 (0, 1-1)	-
n=2	Abnorme Gewichtsabnahme	5,0 (-)	1,0 (-)	-
	Abnorme Gewichtsabnahme	5 (0, 5-5)	1 (0, 1-1)	-

Häufigkeit	Diagnose	Nicht-ASV	ASV	p-Wert
	Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses	32,0 (-)	1,0 (-)	-
	Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses	32 (0, 32-32)	1 (0, 1-1)	-
n=2	Funktionelle Darmstörung, nicht näher bezeichnet	7,0 (-)	1,0	-
	Funktionelle Darmstörung, nicht näher bezeichnet	7 (0, 1-7)	1 (0, 1-7)	-

Quelle: 20220212 Innovationsfondsprojekt statistische Kennzahlen ASV vs. Nicht-ASV

Insgesamt kamen n=136 Diagnosen nur 1x im Kollektiv vor und konnten deshalb nicht verglichen werden (Anhang 5).

Bei folgenden weiteren Diagnosen war ein statistischer Vergleich aufgrund der geringen Anzahl ebenfalls nicht möglich bzw. sinnvoll (p=1):

Nicht näher bezeichnete Nierenkolik, Balanoposthisis, Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet, Angeborene solitäre Nierenzyste, Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes) oder weil die Diagnose nur in einer Gruppe vorkam

ASV: Nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit, Spezielle Verfahren zur Untersuchung, nicht näher bezeichnet, Sonstige Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind, Escherichia coli [E. coli] und andere Enterobacterales als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind, Andere Chemotherapie, Angststörung, nicht näher bezeichnet, Testikuläre Unterfunktion nach medizinischen Maßnahmen, Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen, Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung, Notwendigkeit der Impfung gegen Grippe [Influenza], Generalisierte Angststörung, Versorgen mit und Anpassen eines Gerätes im Harntrakt, Schmerz, nicht näher bezeichnet, Fremdkörper in der Harnröhre, Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet, Nicht näher bezeichnete Demenz, Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet, Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich, Krankheit des Weichteilgewebes, nicht näher bezeichnet, Flatulenz und verwandte Zustände, Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität, Lymphknotenvergrößerung, nicht näher bezeichnet, Umschriebenes Ödem, Kandidose an sonstigen Lokalisationen des Urogenitalsystems, Neutropenie, nicht näher bezeichnet, Sonstige Adipositas: Grad oder Ausmaß der Adipositas nicht näher bezeichnet, Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht, Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen, Kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet, Skrotumvarizen, Sonstige angeborene Fehlbildungen des Hodens und des Skrotums, Zystische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet Dyspnoe, Hyperhidrose, nicht näher bezeichnet, Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts

Nicht-ASV: Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung der Prostata, Sonstige näher bezeichnete abnorme Befunde der Blutchemie, Gutartige Neubildung: Prostata, Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet, Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet, Harnstein, nicht näher bezeichnet, Akute Zystitis Nachuntersuchung nach nicht näher bezeichneter Behandlung wegen bösartiger Neubildung, Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs, Anpassungsstörungen, Sonstige somatoforme Störungen, Sonstige sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit, Gonarthrose, nicht näher bezeichnet, Radikulopathie: Lumbalbereich, Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation, Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation, Neuralgie und Neuritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation, Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose, Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2 Ärztliche Allgemeinuntersuchung, Gesundheitsvorsorgeuntersuchung eines Kindes).

Dauerdiagnosen

Im Vergleich wurden im Mittel signifikant häufiger unterschiedliche *Dauerdiagnosen* bei ASV-Patienten gestellt (5,6 (3,1) vs. 2,7 (1,9)), $p < 0,001$; Tabelle 8). Bei Nicht-ASV Patienten wurden signifikant häufiger die bösartige Neubildung der Prostata und eine (nicht näher bezeichnete) essenzielle Hypertonie aufgezeichnet. Signifikant häufigere einzelne Dauerdiagnosen gab es bei ASV-Patienten nicht.

Tabelle 8. Tabelle. *Dauerdiagnosen ASV vs. Nicht-ASV (n=95)*

Häufigkeit	Diagnose	Nicht-ASV	ASV	p-Wert
n=95	Dauerdiagnosen, gesamt (gesichert), (MW, SD)	7,5 (16,1)	7,7 (5,6)	0,943
	Dauerdiagnosen, gesamt (gesichert), (median, range min-max)	4 (69, 1-70)	6 (30, 1-31)	0,943
n=95	Dauerdiagnosen, gesamt unterschiedliche (gesichert), (MW, SD)	2,7 (1,9)	5,6 (3,1)	<0,001
	Dauerdiagnosen, gesamt unterschiedliche (alle), (median, range min-max)	2 (6, 1-7)	5,5 (16, 1-17)	<0,001
n=79	Bösartige Neubildung Prostata (MW, SD)	2,4 (3,5)	1,1 (0,3)	0,003
	Bösartige Neubildung Prostata, (median, range min-max)	1 (12, 1-13)	1, (1-3)	0,003
n=31	Essenzielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise (MW, SD)	7,0 (4,2)	1,1 (0,3)	<0,001
	Essenzielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise, (median, range min-max)	7 (6, 4-10)	1 (1, 1-2)	<0,001
n=25	Prostatahyperplasie (MW, SD)	2,7 (2,9)	1,9 (1,6)	0,466
	Prostatahyperplasie (median, range min-max)	1 (5, 1-6)	1, 6 (1-7)	0,466
n=22	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, nicht näher bezeichnet (MW, SD)	10,0 (-)	3,5 (1,9)	-
	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, nicht näher bezeichnet (median, range min-max)	10 (0, 10-10)	3 (7, 1-8)	-
n=15	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet (MW, SD)	1,0 (0)	1,3 (0,6)	-
	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet (median, range min-max)	1 (0, 1-1)	1 (2, 1-3)	-
n=15	Sonstige Miktionsstörungen (MW, SD)	1,5 (0,7)	2,7 (2,4)	0,514
	Sonstige Miktionsstörungen (median, range min-max)	1,5 (1, 1-2)	2 (7, 1-8)	0,514
n=8	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes (MW, SD)	1,0 (-)	1,0 (0,0)	-
	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes (median, range min-max)	1 (0, 1-1)	1 (0, 1-1)	-
n=4	Angeborene solitäre Nierenzyste (MW, SD)	1,0 (-)	1,3 (0,6)	-
	Angeborene solitäre Nierenzyste (median, range min-max)	1 (0, 1-1)	1 (1, 1-2)	-
n=3	Testikuläre Unterfunktion (MW, SD)	1,0 (-)	1,0 (0,0)	-
	Testikuläre Unterfunktion (median, range min-max)	1 (0, 1-1)	1 (0, 1-1)	-
n=3	Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht (MW, SD)	1,0 (-)	1,5 (0,7)	-
	Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht (median, range min-max)	1 (0, 1-1)	1 (1, 1-2)	-
n=3	Nierenstein (MW, SD)	1,0 (-)	1,5 (0,7)	-
	Nierenstein (median, range min-max)	1 (0, 1-1)	1 (1, 1-2)	-
n=3	Spermatozele (MW, SD)	1,0 (0,0)	1,0 (0,-)	-
	Spermatozele (median, range min-max)	1 (0, 1-1)	1 (0, 1-1)	-

Häufigkeit	Diagnose	Nicht-ASV	ASV	p-Wert
n=3	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff, nicht näher bezeichnet (MW, SD)	1,0 (-)	1,5 (0,7)	-
	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff, nicht näher bezeichnet (median, range min-max)	1 (0, 1-1)	1 (1, 1-2)	-
n=2	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet (MW, SD)	1,0 (-)	1,0 (-)	-
	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet (median, range min-max)	1 (0, 1-1)	1 (0, 1-1)	-
n=2	Blasenhalsobstruktion (MW, SD)	1,0 (-)	1,0 (-)	-
	Blasenhalsobstruktion (median, range min-max)	1 (0, 1-1)	1 (0, 1-1)	-
n=2	Krankheiten der Harnblase bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten (MW, SD)	10 (-)	1 (-)	-
	Krankheiten der Harnblase bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten (median, range min-max)	10 (0, 10-10)	1 (0, 1-1)	-
n=2	Chronische Prostatitis (MW, SD)	1,0 (-)	1,0 (-)	-
	Chronische Prostatitis (median, range min-max)	1 (0, 1-1)	1 (0, 1-1)	-
n=2	Entzündliche Krankheit der Prostata, nicht näher bezeichnet (MW, SD)	1,0 (-)	1,0 (-)	-
	Entzündliche Krankheit der Prostata, nicht näher bezeichnet (median, range min-max)	1 (0, 1-1)	1 (0, 1-1)	-

Quelle: 20220212 Innovationsfondsprojekt statistische Kennzahlen ASV vs. Nicht-ASV

Insgesamt kamen n=71 Dauerdiagnosen nur 1x im Kollektiv vor und konnten deshalb nicht verglichen werden (Anhang 5).

Bei folgenden weiteren Dauerdiagnosen war ein statistischer Vergleich aufgrund der geringen Anzahl ebenfalls nicht möglich bzw. sinnvoll (p=1) oder weil die Diagnose nur in einer Gruppe vorkam:

ASV: Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff, Versagen genitaler Reaktionen, Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung, Strahlentherapie-Sitzung, Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch, Fremdkörper in der Harnröhre, Versorgen mit und Anpassen eines Gerätes im Harntrakt, Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet, Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz, Depressive Episode, nicht näher bezeichnet, Ungehemmte neurogene Blasenentleerung, anderenorts nicht klassifiziert, Andere Chemotherapie, Testikuläre Unterfunktion nach medizinischen Maßnahmen, Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen, Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese, Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet, Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive

Lungenkrankheit: FEV1 nicht näher bezeichnet, Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz], Prostatastein, Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts, Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper, Krankheit der Schilddrüse, nicht näher bezeichnet, Sonstige Adipositas: Grad oder Ausmaß der Adipositas nicht näher bezeichnet, Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet, Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet, Gicht, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation, Chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet, Schlanke neurogene Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert, Krankheit der Harnblase, nicht näher bezeichnet, Sonstige angeborene Fehlbildungen des Hodens und des Skrotums, Dysurie, Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik bzw.

Nicht-ASV: Gutartige Neubildung: Prostata, Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet, Nachuntersuchung nach nicht näher bezeichneter Behandlung wegen bösartiger Neubildung.

Verordnungen

Im Vergleich ASV vs. Nicht-ASV zeigten sich bei den ASV-Patienten insgesamt signifikant häufiger Verordnungen (Tabelle 9). Dies galt insbesondere für das Jahr 2020. Bicalutamid wurde signifikant häufiger und länger bei ASV-Patienten verordnet (je $p=0,01$). Ansonsten gab es keine weiteren signifikant unterschiedlichen Verordnungen.

Insgesamt kamen $n=49$ Verordnungen nur 1x im Kollektiv vor und konnten deshalb nicht verglichen werden (Anhang 6).

Bei folgenden weiteren Diagnosen war ein statistischer Vergleich aufgrund der geringen Anzahl ebenfalls nicht möglich bzw. sinnvoll ($p=1$) oder weil die Verordnung nur in einer Gruppe vorkam:

ASV: Flutamid, Dexamethason, Nitrofurantoin, Zoledronsäure, Calcium und Colecalciferol, Sequenzialpräparate, Amphotericin B, Lipegfilgrastim, Loperamid, Bärentraubenblätter, Desmopressin, Filgrastim, Hydromorphon, Ondansetron, Lactulose, Aminomethylbenzoesäure, Dexamethason, Mirabegron, Andere pflanzliche Urologika, Kombinationen, Tamsulosin und Dutasterid, Methylprednisolon, Pregabalin, Dimetinden, Fette/Kohlenhydrate/Proteine/Mineralstoffe/Vitamine, Kombinationen, Granisetron, Bisacodyl, L-Methionin

Nicht-ASV: Natriumphosphat, Solifenacin, Enzalutamid, Abirateron, Buserelin

Tabelle 9. Vergleich Verordnungen (VO) (Anzahl, Dauer, Monate seit ED) ASV vs. Nicht-ASV, Diagnosejahre 2018-2020, gesamt n=29, geordnet nach Kategorien

	Anzahl VO			Dauer VO (Monate)			Monate seit ED		
	Nicht-ASV	ASV	p-Wert	Nicht-ASV	ASV	p-Wert	Nicht-ASV	ASV	p-Wert
Verordnungen gesamt (MW +/- SD)	13,4 (16,6)	24,7 (22,3)	0,0014						
Verordnungen gesamt median (range, min-max)	7 (73, 1-74)	18 (127, 1-128)	0,0014						
Verordnungen 2018 (MW +/- SD)	15,5 (22,7)	30,9 (28,4)	0,08						
Verordnungen 2018 median (range, min-max)	5 (73, 1-74)	21,5 (122, 6-128)	0,08						
Verordnungen 2019 (MW +/- SD)	13,5 (16,3)	18,4 (14,2)	0,27						
Verordnungen 2019 median (range, min-max)	7 (73, 1-74)	16 (58, 1-59)	0,27						
Verordnungen 2020 (MW +/- SD)	11,8 (11,8)	26,2 (22,7)	0,01						
Verordnungen 2020 median (range, min-max)	7,5 (49, 1-15)	15,5 (78, 3-81)	0,01						
PZN ohne ATC Zuordnung (MW +/- SD)	5,5 (5,9)	1,4 (0,9)	0,15	6,8 (7,2)	0,4 (0,9)	0,069	5,5 (9,1)	6,0 (6,5)	0,906
PZN ohne ATC Zuordnung (range, min-max)	3 (21, 1-22)	2 (1-3)	0,15	5 (23, 0-23)	0 (2, 0-2)	0,069	1 (31, 0-31)	3 (16, 0-16)	0,906
I. A06 Laxantien									
Macrogol, Kombinationen (MW +/- SD)	1,0 (-)	1,0 (0,0)	-	0 (-)	0 (0,0)	-	2,0 (-)	4,0 (0,6)	-
Macrogol, Kombinationen (range, min-max)	1 (0, 1-1)	1 (0, 1-1)	-	0 (0, 0-0)	0 (0, 0-0)	-	2 (0, 2-2)	3 (9, 0-9)	-
I. A12 Mineralstoffe									
Calciumcarbonat und Colecalciferol (MW +/- SD)	2,0 (1,4)	1,0 (-)	-	2,5 (3,5)	0 (-)	-	7,0 (8,5)	7,0 (-)	-
Calciumcarbonat und Colecalciferol (range, min-max)	2 (2, 1-2)	1 (0, 1-1)	-	2,5 (5, 0-5)	0 (0,0-0)	-	7 (12, 1-13)	7 (0, 7-7)	-
II. B01 Antithrombotische Mittel									
Enoxaparin (MW +/- SD)	1,0 (0,0)	1,2 (0,4)	-	0 (-)	0 (0,0)	-	1,6 (1,1)	2,3 (1,5)	0,363
Enoxaparin (range, min-max)	1 (0, 1-1)	1 (1 (1,2)	-	0 (0, 0-0)	0 (0, 0-0)	-	2 (3, 0-3)	2 (4, 0-4)	0,363
V. G03 Sexualhormone									
Bicalutamid (MW +/- SD)	1,8 (1,2)	4,3 (2,2)	0,0105	2,1 (4,2)	9,3 (5,9)	0,015	2,4 (5,2)	3,0 (2,2)	0,822
Bicalutamid median (range, min-max)	1 (4, 1-5)	4 (5, 2-7)	0,0105	0 (12, 0-12)	9 (13, 3-16)	0,015	1 (19, 0-19)	2,5 (5, 1-6)	0,822
Leuporelin (MW +/- SD)	4,5 (1,8)	5,4 (3,3)	0,404	11,2 (7,4)	13,2 (7,1)	0,555	0,5 (0,7)	1,7 (4,1)	0,340
Leuporelin median (range, min-max)	5 (5,2-7)	5 (11,1-12)	0,404	12 (25, 2-27)	11,5 (32, 0-32)	0,555	0 (2,0-2)	0 (19, 0-19)	0,340

	Anzahl VO			Dauer VO (Monate)			Monate seit ED		
Triptorelin (MW +/- SD)	7,0 (5,7)	7,2 (1,9)	0,9464	23,0 (9,9)	19,0 (12,5)	0,497	0 (0)	0,8 (1,0)	-
Triptorelin median (range, min-max)	2 (0, 2-2)	3 (4, 2-6)	0,9464	23 (14, 16-30)	20 (17, 9-26)	0,497	0 (0,0-0)	0,5 (2,0-2)	-
Degarelix (MW +/- SD)	6,0 (4,2)	4,0 (1,0)	0,4585	6,5 (0,7)	2,3 (2,3)	0,099	6,0 (8,5)	8,0 (13,9)	0,870
Degarelix median (range, min-max)	6 (6, 3-9)	4 (2, 3-5)	0,4585	6,5 (1, 6-7)	1 (4, 1-5)	0,099	6 (12, 0-12)	0 (24, 0-24)	0,870
Cyproteron median (range, min-max)	7 (11, 3-8)	7,5 (5, 4-9)	-	2,0 (-)	6,8 (5,5)	-	0 (0)	6,3 (7,8)	-
Cyproteron (MW +/- SD)	2,0 (-)	3,5 (1,9)	-	2 (0, 2-2)	6,5 (12,2-14)	-	0 (0,0-0)	4,5 (16, 0-16)	-
V. G04 Urologika									
Tamsulosin (MW +/- SD)	3,1 (2,5)	3,6 (3,1)	0,6086	6,3 (8,5)	7,9 (9,6)	0,641	3,3 (4,9)	1,1 (1,9)	0,106
Tamsulosin median (range, min-max)	2 (9, 1-10)	3 (12, 1-13)	0,6086	2,5 (29, 0-29)	5 (35, 0-35)	0,641	2 (18, 0-18)	0 (7, 0-7)	0,106
Trospium (MW +/- SD)	1,0 (-)	1,8 (1,2)	-	0 (0)	2,5 (3,7)	-	7,0 (-)	4,5 (5,7)	-
Trospium median (range, min-max)	1 (0, 1-1)	1, 4, 1-5)	-	0 (0,0-0)	0 (12, 0-12)	-	7 (0, 0-7)	2 (22, 0-22)	-
Tadalafil (MW +/- SD)	1,4 (0,9)	4,0 (-)	-	1,8 (4,9)	8,0 (-)	-	4,5 (4,8)	4,0 (-)	-
Tadalafil median (range, min-max)	1 (3, 1-4)	4 (0, 4-4)	-	0 (16, 0-16)	0 (8, 0-8)	-	3 (17, 0-17)	4 (0, 4-4)	-
Sildenafil (MW +/- SD)	1,5 (0,7)	1,4 (0,8)	0,9118	1,5 (2,1)	3,4 (7,5)	0,74	10,5 (4,9)	5,1 (5,6)	0,266
Sildenafil median (range, min-max)	1,5 (1, 1-2)	1 (2, 1-3)	0,9118	1,5 (3, 0-3)	0 (20, 0-20)	0,74	10,5 (7, 7-14)	4 (16, 0-16)	0,266
Alprostadil (MW +/- SD)	2 (2, 1-2)	1 (0, 1-1)	-	0 (0,0-0)	2 (0, 2-2)	-	12 (0, 0-12)	12 (0, 0-15)	-
Alprostadil median (range, min-max)	2,0 (1,4)	1,0 (-)	-	0 (0)	2,0 (-)	-	12,0 (-)	15,0 (-)	-
VI. H2 Corticosteroide									
Prednisolon (MW +/- SD)	4,3 (3,2)	2,4 (1,3)	0,2749	8,5 (8,7)	5,0 (6,5)	0,509	7,8 (9,7)	1,0 (2,2)	0,167
Prednisolon median (range, min-max)	4,5 (6, 1-7)	3 (3, 1-4)	0,2749	7,5 (19, 0-19)	2 (15, 0-15)	0,509	5,5 (20, 0-20)	0 (5, 0-5)	0,167
VII. J01 Antibiotika									
Cefuroxim (MW +/- SD)	1,0 (0,0)	1,2 (0,4)	-	0 (0)	0,7 (3,0)	-	6,8 (8,5)	4,8 (7,1)	0,827
Cefuroxim median (range, min-max)	1 (0, 1-1)	1 (1 (1,2)	-	0 (0,0-0)	0 (15,0-15)	-	6 (12, 0-12)	1 (26 (0-26)	0,827
Ciprofloxacin (MW +/- SD)	1,0 (0,0)	1,2 (0,4)	-	0 (0)	1,0 (2,9)	-	0,8 (2,0)	5,2 (9,3)	0,282
Ciprofloxacin median (range, min-max)	1 (0, 1-1)	1 (1 (1,2)	-	0 (0,0-0)	0 (10, 1-10)	-	0 (5, 0-5)	0 (31, 0-31)	0,282
Nitroxolin (MW +/- SD)	1,0 (-)	1,5 (1,0)	-	0 (0)	2,2 (5,2)	-	8,0 (-)	6,5 (5,2)	-
Nitroxolin median (range, min-max)	1 (0, 1-1)	1, (3, 1-4)	-	0 (0,0-0)	0 (16, 0-16)	-	8 (0, 8-8)	6 (16, 0-16)	-
Levofloxacin (MW +/- SD)	1,0 (0,0)	1,0 (0-)	-	0 (0)	0 (0)	-	1,0 (1,4)	0,0 (-)	-

	Anzahl VO			Dauer VO (Monate)			Monate seit ED		
Levofloxacin median (range, min-max)	2 (0, 2-2)	1 (0, 1-1)	-	0 (0,0-0)	0 (0,0-0)	-	1 (2, 0-2)	0 (0, 0-0)	-
Nitrofurantoin (MW +/- SD)	2,0 (0,0)	1,0 (0-)		1,0 (0)	0 (0)	-	5,0 (-)	2,0 (-)	-
Nitrofurantoin median (range, min-max)	1 (0, 1-1)	1 (0, 1-1)		1 (0,1-1)	0 (0,0-0)	-	5 (0, 0-5)	2 (0, 0-2)	-
IX. M05 Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen									
Denusomab (MW +/- SD)	7,8 (6,2)	4,0 (-)	-	8,8 (10,5)	12,0 (-)	-	3,5 (6,4)	0,0 (-)	-
Denusomab median (range, min-max)	7 /15, 1-16)	4 (0, 4-4)	-	5,5 (24, 0-24)	12 (0, 12-12)	-	0,5 (13, 0-13)	0 (0-0)	-
Zolendronsäure (MW +/- SD)	6,5 (7,8)	1,0 (-)	-	5,5 (7,8)	0,0 (0)	-	1,5 (2,1)	8,0 (-)	
Zolendronsäure median (range, min-max)	6,5 (11, 1-12)	1 (0, 1-1)	-	5,5 (11,0-11)	0 (0,0-0)	-	1,5 (3, 0-3)	8,0 (0, 8-8)	
X. Analgetika									
Metamizol-Natrium (MW +/- SD)	1,3 (0,5)	3,4 (3,2)	0,2237	0 (0,0-0)	4,9 (9,2)	-	2,0 (1,4)	2,9 (4,9)	0,723
Metamizol-Natrium median (range, min-max)	1 (1, 1-2)	1,5 (10, 1-11)	0,2237	1,0 (0)	0 (30, 0-30)	-	1,5 (3, 1-4)	1,5 (17, 0-17)	0,723
Ibuprofen (MW +/- SD)	1,0 (0,0)	1,7 (1,3)	-	0 (0,0-0)	2,1 (5,4)	-	0 (0)	4,5 (5,4)	-
Ibuprofen median (range, min-max)	1,0 (0,0)	1 (3, 1-4)	-	1,0 (0)	0 (18,0-18)	-	0 (0,0-0)	0 (17, 0-17)	-

Quelle: 20220212 Innovationsfondsprojekt statistische Kennzahlen ASV vs. Nicht-ASV

Maßnahmen (Überweisungen, Krankenhauseinweisungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung)

Im Vergleich ASV vs. Nicht-ASV zeigten sich bei den ASV-Patienten insgesamt signifikant häufiger Überweisungen (6,8 (5,1) vs. 3,3 (2,6), $p < 0,001$) bei signifikant geringeren Krankenhauseinweisungen (0,29 (0,93) vs. 0,68 (0,93), $p < 0,011$). (Tabelle 10).

Tabelle 10. Vergleich Überweisungen ASV vs. Nicht-ASV, Diagnosejahre 2018-2020, gesamt $n=118$

	Nicht-ASV	ASV	p-Wert
Überweisungen gesamt (MW +/- SD)	3,3 (2,6)	6,8 (5,1)	<0,001
Überweisungen gesamt median (range, min-max)	3 (12, 1-13)	6 (31, 1-32)	<0,001
Überweisungen, Monate seit ED (MW +/- SD)	2,1 (5,3)	0,8 (2,8)	0,09
Überweisungen, Monate seit ED median (range, min-max)	0 (25, 0-25)	0 (17, 0-17)	0,09
Krankenhauseinweisungen gesamt (MW +/- SD)	0,68 (0,93)	0,29 (0,93)	0,011
Krankenhauseinweisungen gesamt median (range, min-max)	1 (1-4)	1 (1-4)	0,011
AU gesamt (MW +/- SD)	0,32 (3,15)	0,94 (5,38)	0,127
AU gesamt median (range, min-max)	2,5 (1-10)	4 (1-18)	0,127

Quelle: 20220212 Innovationsfondsprojekt statistische Kennzahlen ASV vs. Nicht-ASV

Abrechnungen

Im Vergleich ASV vs. Nicht-ASV zeigten sich bei den ASV-Patienten insgesamt signifikant häufiger Abrechnungen (Tabelle 11). Bei ASV-Patienten wurden signifikant häufiger Grundpauschale ab 60. Lebensjahr, Uro-Genital-Sonographie, Spülung der Harnblase, Versendung von Briefen und Unterlagen, Harnstreifentest, Urinuntersuchung, gezielter Antibiotikaeinsatz, Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände, Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen, Manifeste Diabetes mellitus – Glucose, Kreatinin, HbA1c, Mikroalbumin im Urin, Entnahme von Körpermaterial bei der Versicherten, PSA-Wert Bestimmung, Übende Interventionen, Einzelbehandlung, Beratungsleistung oder Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl abgerechnet.

Insgesamt kamen $n=1$ Verordnungen nur 1x im Kollektiv vor und konnten deshalb nicht verglichen werden (Anhang 7).

Tabelle 11. Vergleich Abrechnungen ASV vs. Nicht-ASV, Diagnosejahre 2018-2020, gesamt $n=138$

	Nicht-ASV	ASV	p-Wert
Abrechnungen Anzahl unterschiedliche Ziffern (MW +/- SD)	20,5 (13,3)	29,9 (7,9)	<0,001
Abrechnungen Anzahl unterschiedliche Ziffern (range, min-max)	18 (78, 2-80)	29 (78, 17-74)	<0,001
Abrechnungen gesamt (MW +/- SD)	77,9 (58,3)	158,1 (131,5)	<0,001
Abrechnungen gesamt median (range, min-max)	65 (279, 3-273)	139 (1027, 41-1068)	<0,001
Abrechnungen, Zeitraum Monate seit ED (MW +/- SD)	53,1 (41,4)	48,1 (40,3)	0,476
Abrechnungen, Zeitraum Monate seit ED median (range, min-max)	40 (122, 0-122)	31 (119, 2-121)	0,476
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (MW +/- SD)	9,3 (7,3)	12,6 (10,3)	0,048
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	8 (38, 1-39)	10 (40, 1-41)	0,048
Uro-Genital-Sonographie (MW +/- SD)	6,5 (4,8)	8,6 (5,4)	0,031
Uro-Genital-Sonographie	6 (23, 1-24)	8 (25, 1-26)	0,031
Spülung der Harnblase (MW +/- SD)	3,2 (2,4)	3,5 (2,9)	0,025
Spülung der Harnblase	2 (9, 1-10)	3 (10, 1-11)	0,025

	Nicht-ASV	ASV	p-Wert
Behandlung solider Tumoren (MW +/- SD)	6,0 (6,1)	7,6 (4,3)	0,112
Behandlung solider Tumoren	5 (35, 1-36)	7 (21, 1-22)	0,112
Versendung von Briefen und Unterlagen (MW +/- SD)	3,8 (3,4)	6,3 (3,2)	0,001
Versendung von Briefen und Unterlagen	3 (16, 1-17)	7 (14, 1-15)	0,001
Orientierende Untersuchung (MW +/- SD)	5,8 (5,8)	7,6 (7,5)	0,212
Orientierende Untersuchung	4 (31, 1-32)	6 (37, 1-38)	0,212
Harnstreifentest (MW +/- SD)	2,9 (2,1)	6,5 (2,6)	<0,001
Harnstreifentest	2,5 (9, 1-10)	7 (11,1-12)	<0,001
Urinuntersuchung (MW +/- SD)	4,4 (6,6)	12,5 (8,9)	0,001
Urinuntersuchung	1,5 (26, 1-27)	11 (47, 1-48)	0,001
Gezielter Antibiotikaeinsatz (MW +/- SD)	2,5 (2,4)	8,3 (3,9)	<0,001
Gezielter Antibiotikaeinsatz	1 (8, 1-9)	9 (16, 1-17)	<0,001
Kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung (MW +/- SD)	1,8 (1,5)	12,5 (8,9)	<0,001
Kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung	1 (4, 1-5)	3 (47, 1-48)	<0,001
Erkrankungen unter antineoplastischer Therapie oder systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie (MW +/- SD)	6,2 (7,0)	4,6 (3,1)	0,211
Erkrankungen unter antineoplastischer Therapie oder systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie	5 (39, 1-40)	4 (15, 1-16)	0,211
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (MW +/- SD)	2,3 (1,6)	4,5 (2,6)	0,005
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	1,5 (4, 1-5)	4 (10, 1-11)	0,005
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen (MW +/- SD)	1,6 (0,7)	2,5 (1,3)	0,022
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	1,5 (2, 1-3)	2 (6, 1-7)	0,022
Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms (MW +/- SD)	1,0 (1)	1,0 (1)	-
Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	1 (0, 1-1)	1 (0, 1-1)	-
Eintrag Abrechnung _Kulturelle mykologische Untersuchung (MW +/- SD)	4,0 (4,4)	10,3 (6,7)	0,115
Eintrag Abrechnung _Kulturelle mykologische Untersuchung	2 (8, 1-9)	9 (34, 1-35)	0,115
Penisamputation (MW +/- SD)	1,0 (1)	1 (0,2)	-
Penisamputation	1 (0, 1-1)	1 (1, 1-2)	-
Kopien (MW +/- SD)	1,9 (1,4)	2,1 (1,2)	0,468
Kopien	1 (4, 1-5)	2 (4 (1-5)	0,468
Penisamputation mit Skrotumentfernung und Ausräumung der Leistendrüsen (MW +/- SD)	1,0 (1)	1,0 (1)	-
Penisamputation mit Skrotumentfernung und Ausräumung der Leistendrüsen	1 (0, 1-1)	1 (0, 1-1)	-

	Nicht-ASV	ASV	p-Wert
Zuschlag Transkavitäre Untersuchung (MW +/- SD)	2,3 (1,5)	1,0 (0)	-
Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	2 (7, 1-8)	1 (0, 1-1)	-
Bakterienreinkultur-Differenzierung, mind. 10 Reaktionen (MW +/- SD)	1,4 (0,8)	3,3 (3,4)	0,149
Bakterienreinkultur-Differenzierung, mind. 10 Reaktionen	1 (2, 1-3)	2 (13, 1-14)	0,149
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen (MW +/- SD)	2,3 (1,6)	2,4 (1,5)	0,854
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	2 (4, 1-5)	2 (5, 1-6)	0,854
Prostatabiopsie (MW +/- SD)	1,0 (1)	1,0 (1)	-
Prostatabiopsie	1 (0, 1-1)	1 (0, 1-1)	-
Eintrag Anrechnung_Zuschlag für optische Führungshilfe (MW +/- SD)	1,0 (1)	1,0 (1)	-
Eintrag Anrechnung_Zuschlag für optische Führungshilfe	1 (0, 1-1)	1 (0, 1-1)	-
Empfindlichkeitsprüfungen gramnegativer Bakterien nach EUCAST oder CLSI (MW +/- SD)	1,6 (0,9)	3,0 (2,6)	0,253
Empfindlichkeitsprüfungen gramnegativer Bakterien nach EUCAST oder CLSI	1 (2, 1-3)	2 (11, 1-12)	0,253
Ambulante Betreuung 2h (MW +/- SD)	11,0 (-)	3,7 (7,1)	-
Ambulante Betreuung 2h	11 (0, 11-11)	1 (24, 1-25)	-
Orale Antikoagulatientherapie (MW +/- SD)	3,4 (3,2)	8,5 (7,9)	0,166
Orale Antikoagulatientherapie	2 (8, 1-9)	8 (32, 1-33)	0,166
Harn-Mikroskopie (MW +/- SD)	7,3 (7,4)	1,0	-
Harn-Mikroskopie	6 (36, 1-37)	1 (0, 1-1)	-
Manifester Diabetes mellitus - Glucose, Kreatinin, HbA1c, Mikroalbumin im Urin (MW +/- SD)	2,8 (1,8)	7,7 (4,7)	0,009
Manifester Diabetes mellitus - Glucose, Kreatinin, HbA1c, Mikroalbumin im Urin	2 (6, 1-7)	8 (14, 1-15)	0,009
Vorhaltung der Rufbereitschaft im Notfall (MW +/- SD)	2,7 (1,4)	2,7 (1,4)	-
Vorhaltung der Rufbereitschaft im Notfall	2 (5, 1-6)	2 (5, 1-6)	-
Telefonkosten zur stationären Einweisung (MW +/- SD)	1,3 80,5)	1,3 (0,8)	0,906
Telefonkosten zur stationären Einweisung	1 (1,1-2)	1 (3, 1-4)	0,906
Intraokularlinse Silikon und faltbare Silikonlinse (MW +/- SD)	3,0 (-)	7,6 (3,7)	-
Intraokularlinse Silikon und faltbare Silikonlinse	3 (0, 3-3)	3 (14, 1-15)	-
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3 (MW +/- SD)	4,3 (1,9)	5,9 (4,9)	0,448
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	4 (5, 2-7)	5 (12, 1-13)	0,448
Zusatzpauschale Onkologie (MW +/- SD)	4,6 (2,5)	1,0 (0)	-
Zusatzpauschale Onkologie	4,5 (10, 1-11)	1 (0, 1-1)	-

	Nicht-ASV	ASV	p-Wert
Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes (MW +/- SD)	1,7 (0,7)	1,0 (0)	-
Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	2 (2, 1-3)	1 (0, 1-1)	-
Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1 (MW +/- SD)	1,4 (0,7)	1,6 (1,3)	0,612
Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	1 (2, 1-3)	1 (4, 1-5)	0,612
Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre (MW +/- SD)	2,6 (3,7)	1,6 (1,3)	0,428
Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre	1 (12, 1-13)	1 (4, 1-5)	0,428
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr (MW +/- SD)	5,0 (4,4)	7,5 (5,3)	0,280
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	3 (11, 1-12)	7,5 (13, 1-14)	0,280
Entnahme von Körpermaterial bei der Versicherten (MW +/- SD)	3,9 (2,7)	16,0 (14,1)	0,002
Entnahme von Körpermaterial bei der Versicherten	4 (8, 1-9)	16 (20, 2-26)	0,002
PSA (MW +/- SD)	3,7 (2,3)	11,5 (9,2)	0,008
PSA	4 (7, 1-8)	11,5 (13, 5-18)	0,008
Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter (MW +/- SD)	7,4 (9,0)	3,1 (3,5)	0,197
Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter	3 (21, 1-22)	1 (11, 1-12)	0,197
Ambulante Operation (MW +/- SD)	1,5 (0,8)	1,8 (1,2)	0,528
Ambulante Operation	2 (2,1-3)	3 (3, 1-4)	0,528
Zuschlag zu 86512 bei intravenöser und/oder intraarterieller zytostatischer Tumortherapie (MW +/- SD)	2,0 (-)	2,5 (1,0)	-
Zuschlag zu 86512 bei intravenöser und/oder intraarterieller zytostatischer Tumortherapie	2 (0, 2-2)	2 (3, 2-5)	-
Beratung, auch mittels Fernsprecher (MW +/- SD)	7,5 (8,8)	47,5 (58,7)	0,053
Beratung, auch mittels Fernsprecher	5,5 (27, 1-28)	47,5 (83, 6-89)	0,053
Empfindlichkeitsprüfung (MW +/- SD)	1,0 (-)	2,0 (1,4)	-
Empfindlichkeitsprüfung	1 (0, 1-1)	1 (4, 1-5)	-
Übende Interventionen, Einzelbehandlung (MW +/- SD)	6,1 (5,4)	42,5 (43,1)	0,021
Übende Interventionen, Einzelbehandlung	5 (17, 2-19)	42,5 (61, 12-73)	0,021
Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (MW +/- SD)	7,7 (3,8)	7,0 (4,1)	0,822
Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter	6 (7, 5-12)	6,5 (11, 1-12)	0,822
Aufsuchen eines Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter (MW +/- SD)	3,0 (0)	5,6 (5,2)	-
Aufsuchen eines Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter	3 (0, 3-3)	4 (12, 1-13)	-
Ultraschalluntersuchung eines Organs (MW +/- SD)	7,6 (5,5)	17,5 (19,1)	0,204
Ultraschalluntersuchung eines Organs	7 (17, 1-18)	17,5 (27, 4-31)	0,204

	Nicht-ASV	ASV	p-Wert
Ultraschalluntersuchung der Organe (MW +/- SD)	6,9 (4,9)	17,0 (18,4)	0,172
Ultraschalluntersuchung der Organe	6 (15, 1-16)	17 (30, 4-30)	0,172
Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata (MW +/- SD)	3,8 (3,5)	7,0 (7,1)	0,302
Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata	3,5 (4, 2-6)	7 (10, 2-12)	0,302
Beratungsleistung (MW +/- SD)	1,7 (0,8)	5,5 (0,7)	0,001
Beratungsleistung	1,5 (2, 1-3)	5,5 (5,5, 1, 5-6)	0,001
Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl (MW +/- SD)	4,2 (2,1)	42,5 (43,1)	0,038
Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl	4 (5-7)	42,5 (61, 12-73)	0,038
Besuch (MW +/- SD)	1,0 (-)	3,3 (2,4)	-
Besuch	1 (0, 1-1)	3 (6, 1-7)	-
Pilzdiagnostik (MW +/- SD)	3,4 (2,1)	4,5 (4,9)	0,668
Pilzdiagnostik	3 (5, 2-7)	4,5 (7, 1-8)	0,668
Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung (MW +/- SD)	3,2 (1,6)	1,5 (0,7)	0,234
Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung	4 (4, 1-5)	1,5 (1, 1-2)	0,234
Pilzdiagnostik (MW +/- SD)	- (2,4)	- (43,1)	0,061
Pilzdiagnostik	2 (5, 1-6)	42,5 (61, 12-73)	0,061
Vollständige körperliche Untersuchung (MW +/- SD)	5,4 (1,5)	4,0 (4,2)	0,505
Vollständige körperliche Untersuchung	6 (4, 3-7)	4 (6, 1-7)	0,505
Zuschlag (MW +/- SD)	5,2 (4,7)	1,5 (0,7)	0,343
Zuschlag	5 (12, 1-13)	1,5 (1, 1-2)	0,343
Kurplan, Gutachten, Stellungnahme (MW +/- SD)	1,0 (-)	1,6 (0,9)	-
Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	1 (0, 1-1)	1 (2, 1-3)	-
Infusion (MW +/- SD)	1,4 (0,9)	2,0 (-)	-
Infusion	1 (2, 1-3)	2 (0, 2-2)	-
Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist (MW +/- SD)	1,0 (-)	1,4 (0,9)	-
Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	1 (0, 1-1)	1 (2, 1-3)	-
Erörterung der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung (MW +/- SD)	1,8 (1,0)	3,5 (3,5)	0,359
Erörterung der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung	1,5 (2, 1-3)	5,5 (5, 1-6)	0,359
Harnsäure (MW +/- SD)	1,8 (0,8)	1,0 (-)	-
Harnsäure	2 (2, 1-3)	1 (0,1-1)	-
Untersuchung zum Nachweis von Hemmstoffen (MW +/- SD)	3,0 (2,2)	42,5 (43,1)	0,103
Untersuchung zum Nachweis von Hemmstoffen	2,5 (5, 1-6)	42,5 (61, 12-73)	0,103
Symptombezogenen Untersuchungen (MW +/- SD)	5,5 (7,7)	3,0 (2,8)	0,693
Symptombezogenen Untersuchungen	2 (16, 1-17)	3 (4, 1-5)	0,693

	Nicht-ASV	ASV	p-Wert
PW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystem (MW +/- SD)	1,5 (0,7)	1,3 (0,6)	0,789
PW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystem	1,5 (1, 1-2)	1 (1, 1-2)	0,789
Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Harnblase (MW +/- SD)	1,8 (1,0)	1,0 (-)	-
Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Harnblase	1,5 (2, 1-3)	1 (0,1-1)	-
Punktion der Prostata oder Punktion der Schilddrüse (MW +/- SD)	1,0 (0,0)	1,0 (0,0)	-
Punktion der Prostata oder Punktion der Schilddrüse	1 (, 1-1)	1 (0, 1-1)	-
Blutbild und Blutbildbestandteile (MW +/- SD)	2,0 (1,0)	2,0 (-)	-
Blutbild und Blutbildbestandteile	2 (2, 1-3)	2 (0, 2-2)	-
Alkalische Phosphatase (MW +/- SD)	1,8 (1,0)	1,8 (1,0)	-
Alkalische Phosphatase	1,5 (2 (1-3)	1,5 (2 (1-3)	-
Tissue-polypeptide-Antigen (TPA) (MW +/- SD)	1,0 (0)	1,0 (0)	-
Tissue-polypeptide-Antigen (TPA)	1 (0, 1-1)	1 (0, 1-1)	-
Untersuchung zum Nachweis von Bakterien (MW +/- SD)	2,5 (0,7)	45,0 (48,1)	0,338
Untersuchung zum Nachweis von Bakterien	2,5 (1 (2-3)	45 (68, 11-79)	0,338
Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzuchtung (MW +/- SD)	5,5 (0,7)	46,0 (48,1)	0,356
Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzuchtung	5,9 (1, 2-3)	73,2 (68, 12-80)	0,356

Quelle: 20220212 Innovationsfondsprojekt statistische Kennzahlen ASV vs. Nicht-ASV, PSA-Werte: 20221113 Innovationsfondsprojekt – PSA-Werte in der Kohorte

PSA-Werte

Der 1. (Zeitpunkt des am frühesten vorhandenen Wertes) PSA-Wert der Gesamtkohorte lag im Median von 0,99 ng/ml. Nur 1 ASV-Patient der Kohorte wies einen PSA-Wert auf, der insgesamt einmal vorhanden war. Von weiteren 53 Nicht-ASV-Patienten waren zwischen 1 und 28 PSA-Werte vorhanden. Der Median der initialen PSA-Werte der Nicht-ASV-Patienten betrug 1,01 ng/ml, des ASV-Patienten 0,22 ng/ml. PSA-Werte im Verlauf (spätester Wert) betragen für Nicht-ASV-Patienten 0,12 ng/ml. Mittelwerte verliefen von initial 4,15 ng/ml (SD +/- 8,9) auf 8,37 ng/ml (+7- 39,34) innerhalb von 364 Tagen.

3.2.3 Subanalysen

Praxisgröße

Betrachtet wurden Praxen mit mindestens einem Patienten in der Analysekohorte. Im Mittel konnten 232 C61 Diagnosen der insgesamt 33 Nicht-ASV Praxen mit 12.149 (+/- SD 14.272) Abrechnungsziffern den 101 Diagnosen der ASV-Praxis mit 10.681 Abrechnungsziffern gegenübergestellt werden. Bei Nicht-ASV-Praxen mit einem durchschnittlichen Patientenaufkommen zwischen 80 und 130 C61-Diagnosen (6 Praxen) wurden im Mittel 4.117 Abrechnungszahlen gezählt (Tabelle 12). Somit zeigte sich, dass die eine ASV-Praxis ungefähr im mittleren Bereich liegt, was Abrechnung bei C61-Patienten bzw. Praxisgröße betrifft.

Tabelle 12. Abschätzung Praxisgröße nach Anzahl der C61 Diagnosen 2018-2020 und dazugehörigen Abrechnungs_codes

Praxistyp	Anzahl_C61_Patienten	Anzahl_Abrechnungs_codes_C61_Patienten
Nicht-ASV 1	800	83337
Nicht-ASV 2	386	27412
Nicht-ASV 3	466	25234
Nicht-ASV 4	526	23641
Nicht-ASV 5	258	22196
Nicht-ASV 6	343	17858
Nicht-ASV 7	189	13772
Nicht-ASV 8	184	13672
Nicht-ASV 9	186	13420
Nicht-ASV 10	405	12934
Nicht-ASV 11	245	12845
Nicht-ASV 12	221	10901
ASV	101	10681
Nicht-ASV 13	422	10675
Nicht-ASV 14	133	9994
Nicht-ASV 15	330	9660
Nicht-ASV 16	237	9610
Nicht-ASV 17	244	9489
Nicht-ASV 18	194	7362
Nicht-ASV 19	80	6647
Nicht-ASV 20	203	6602
Nicht-ASV 21	99	6087
Nicht-ASV 22	443	5976
Nicht-ASV 23	79	5339
Nicht-ASV 24	70	4944
Nicht-ASV 25	56	4872
Nicht-ASV 26	161	4611
Nicht-ASV 27	90	4469
Nicht-ASV 28	70	3995
Nicht-ASV 29	113	3927
Nicht-ASV 30	163	3433
Nicht-ASV 31	128	3131
Nicht-ASV 32	47	2431
Nicht-ASV 33	88	438

Quelle: 20220308 Innovationsfondsprojekt – Auszählung C61 in Praxen der Kohorte

Zum weiteren Vergleich wurden einzelne relevante Abrechnungsziffern wie 35110 (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen), 01510, 01511, 01512 (Ambulante Betreuung 2-6h), 86512 (Onkologievereinbarung) sowie die Anzahl an Überweisungen der ASV-Praxis mit der Anzahl an Abrechnungen anderer Praxen verglichen. Hier zeigte sich lediglich für die Abrechnung ambulanter Betreuung von 2-6 Stunden ein außerordentlich hohes Ausmaß (Abbildung 5).

Abbildung 5. Ausgewählte Abrechnungsziffern in Praxen der Kohorte

C61 Patienten, ED 2018 - 2020	Abrechnungscodes gesamt	Anzahl Abrechnungen '35110'	Anzahl Abrechnungen '01510', '01511', '01512'	Anzahl Abrechnungen '86512'	Anzahl Überweisungen
101	10681	136	354	586	747
800	83337	1	20	743	2248
526	23641	44	0	253	1847
466	25234	0	0	1	952
443	5976	11	0	376	605
422	10675	0	0	558	1366
405	12934	0	58	0	2318
386	27412	624	142	1678	816
343	17858	10	60	1444	278
330	9660	10	102	249	372
258	22196	72	55	677	1455
245	12845	0	55	1223	797
244	9489	26	10	508	440
237	9610	1	0	486	542
221	10901	0	0	683	528
203	6602	0	60	483	497
194	7362	0	0	824	463
189	13772	248	141	951	389
186	13420	22	37	840	1431
184	13672	137	14	254	268
163	3433	17	25	151	350
161	4611	156	74	420	244
133	9994	175	42	423	249
128	3131	0	0	0	398
113	3927	0	0	443	234
99	6087	51	0	177	154
90	4469	0	1	334	575
88	438	0	15	52	123
80	6647	0	0	420	153
79	5339	15	0	144	469
70	4944	0	0	229	424
70	3995	5	26	185	123
56	4872	12	0	0	35
47	2431	0	0	1	100

Quelle: 20221202 Innovationsfondsprojekt – Auszahlung C61 und ausgewählte Abrechnungsziffern in Praxen der Kohorte

3.3 Fallverläufe und Vergleich ASV vs. Nicht-ASV anhand eines Kriterienkataloges

3.3.1 Vergleich Fallverläufe

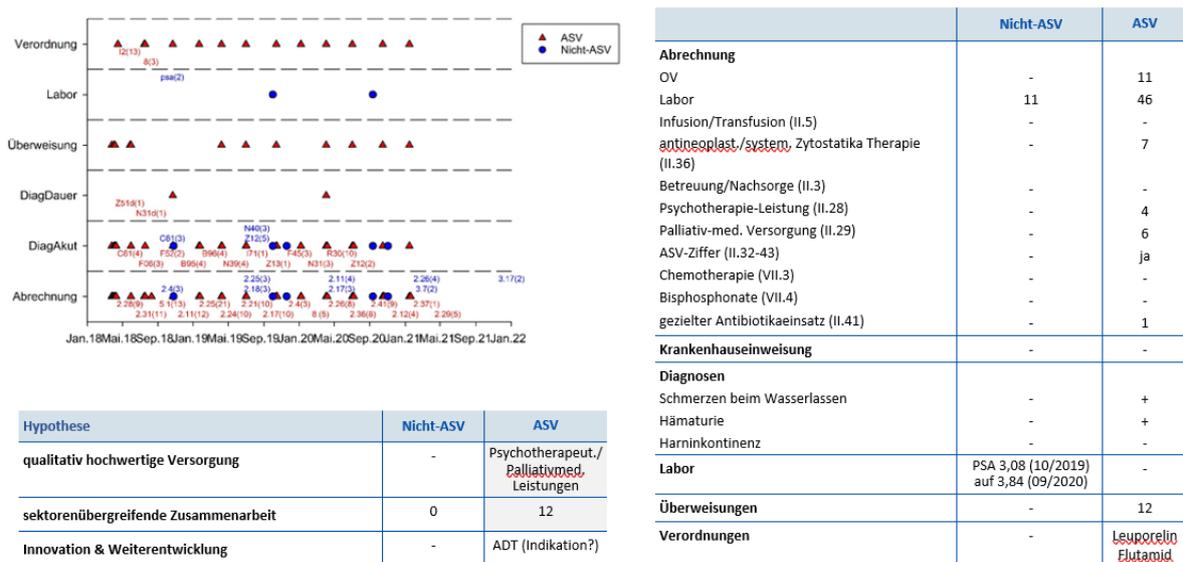
Insgesamt wurden n=69 Patientenpaare mit gleichem Alter, Diagnosejahr und Metastasierungsmuster (keine Metastasierung bzw. ossäre, lymphogene und/oder viszerale Metastasierung) gegenübergestellt (ASV vs. Nicht-ASV; Anlage 1_Darstellung Fallverläufe ASV vs. Nicht-ASV). Abbildung 6 gibt eine Übersicht der Ergebnisse der Beurteilung der jeweiligen Fallverläufe anhand der Kriterien zu Qualität der Versorgung, sektorenübergreifender Zusammenarbeit und Innovation & Weiterentwicklung der Versorgung (siehe Abbildung 2).

Insgesamt konnte 55 Paaren der ASV-Patienten eine „qualitativ hochwertigere Versorgung“ zugeschrieben werden. Diese Ansicht ist jedoch mit äußerster Zurückhaltung zu interpretieren, da hier vor allem Abrechnungsziffern zu psychotherapeutischer bzw. palliativmedizinischer Betreuung, Nachsorge, Kontrolle betrachtet wurden, die auf den eigentlichen Zustand des Patienten keine Rückschlüsse zulassen. Nur bei 3 Paaren fiel diese Betrachtung zugunsten der Nicht-ASV-Patienten aus. Bei 48 Paaren wurden mehr Überweisungen bei ASV-Patienten im Vergleich zu Nicht-ASV-Patienten beobachtet, welches als „bessere“ sektorübergreifende Versorgung gewertet wurde. Auch diese Beobachtung ist mit großer Zurückhaltung zu sehen, da keinerlei Erkenntnisse über den Grund bzw. das Ziel der Überweisung vorhanden waren (siehe Limitationen). Bei 14 Paaren wurden häufigere Überweisungen bei Nicht-ASV-Patienten gezählt. Eine innovative Versorgung konnte in den meisten Fällen aufgrund des fehlenden Tumorstatus bzw. der Inhalte nicht beurteilt werden. Eine „innovativere Versorgung“ zugeschrieben wurde bei 2 Paaren den Nicht-ASV-Patienten. Weitere Erkenntnisse zu Wirkung und Nebenwirkung neuer Behandlungsoptionen waren äußerst limitiert, da der Einsatz neuer Hormontherapien insgesamt sehr gering war.

Abbildung 6. Übersicht Paarvergleiche Nicht-ASV vs. ASV (n=69)

Paar	Metastasierung	qualitativ hochwertige Versorgung	sektorenübergreifende Zusammenarbeit	Innovation & Weiterentwicklung
Paar Nummer 1 (00043-00553)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 2 (001ac-20de4)	keine	ASV	Nicht-ASV	weder noch
Paar Nummer 3 (003da-4b938)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 4 (0050f-fd404)	keine	ASV	Nicht-ASV	nicht zu beurteilen
Paar Nummer 5 (005a9-5fc4b)	keine	ASV	ASV	nicht zu beurteilen
Paar Nummer 6 (00714-01b2e)	keine	ASV	Nicht-ASV	weder noch
Paar Nummer 7 (00f0c-dff61)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 8 (0081a-aca10)	keine	ASV	Nicht-ASV	weder noch
Paar Nummer 9 (00f0c-dff61)	keine	ASV	Nicht-ASV	weder noch
Paar Nummer 10 (01260-8b080)	keine	weder noch	ASV	weder noch
Paar Nummer 11(0137b-ca2c6)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 12 (0171e-d21120)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 13 (01a6b-0c182)	keine	weder noch	ASV	weder noch
Paar Nummer 14 (0207a-0f0b6)	keine	weder noch	weder noch	weder noch
Paar Nummer 15 (0256a-d5f0)	keine	weder noch	Nicht-ASV	weder noch
Paar Nummer 16 (02617-aec03)	keine	weder noch	Nicht-ASV	weder noch
Paar Nummer 17 (02709-cbc21)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 18 (02aea-1ae80)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 19 (02f5a-9612c)	keine	weder noch	ASV	weder noch
Paar Nummer 20 (030d2-26a68)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 21 (032ef-4499e)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 22 (033f5-88496)	keine	Nicht-ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 23 (036c0-545e4)	keine	ASV	Nicht-ASV	weder noch
Paar Nummer 24 (0383b-e15ca)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 25 (039c5-57d47)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 26 (03aea-12272)	keine	Nicht-ASV	Nicht-ASV	weder noch
Paar Nummer 27 (03aea-ccfa)	keine	Nicht-ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 28 (03be2-d1885)	keine	ASV	Nicht-ASV	weder noch
Paar Nummer 29 (03f64-05cde)	keine	ASV	Nicht-ASV	weder noch
Paar Nummer 30 (04180-67e5c)	keine	ASV	Nicht-ASV	weder noch
Paar Nummer 31 (043b2-5f593)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 32 (0460d-7a951)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 33 (046ea-ef4d7)	keine	weder noch	ASV	weder noch
Paar Nummer 34 (04b6b-2ff73)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 35 (04e10-ca7a7)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 36 (0502e-7cb4c)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 37 (05269-96705)	keine	weder noch	weder noch	weder noch
Paar Nummer 38 (052a0-8bd9)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 39 (0542f-3fd32)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 40 (05f4e-3f048)	keine	ASV	weder noch	weder noch
Paar Nummer 41 (06346e-8ae35)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 42 (069bb-962ee)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 43 (06fe7-6d319)	keine	ASV	weder noch	weder noch
Paar Nummer 44 (0745cf-956b1)	keine	weder noch	ASV	weder noch
Paar Nummer 45 (07876-7d5a0)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 46 (07b8a-bb319)	keine	ASV	weder noch	weder noch
Paar Nummer 47 (0818c-dd0b3)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 48 (08514-ed5ec)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 49 (0878a-db096)	keine	weder noch	Nicht-ASV	weder noch
Paar Nummer 50 (0a733-533d4)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 51 (0b0d9-1b7bc)	keine	ASV	weder noch	weder noch
Paar Nummer 52 (0d767-9f0b1)	ossär	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 53 (0f619-23ee9)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 54 (0fdce-6f29c)	keine	weder noch	ASV	weder noch
Paar Nummer 55 (11888-5fd23)	ossär	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 56 (12deb-8dc61)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 57 (143fd-dfa06)	keine	ASV	weder noch	weder noch
Paar Nummer 58 (14b47-63623)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 59 (15bd2-f9360)	ossär	ASV	ASV	Nicht-ASV
Paar Nummer 60 (1af2e-45b21)	ossär	ASV	ASV	nicht zu beurteilen
Paar Nummer 61 (1db1b-4aecd)	keine	ASV	weder noch	weder noch
Paar Nummer 62 (23657-cla74)	ossär	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 63 (28922-2d4c0)	ossär	ASV	ASV	nicht zu beurteilen
Paar Nummer 64 (2bb8c-713ff)	keine	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 65 (33383-98e98)	ossär	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 66 (3e233-ad19a)	LK	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 67 (3ee91-ee2c4)	ossär	ASV	ASV	Nicht-ASV
Paar Nummer 68 (b3e0f-f1bfe)	ossär	ASV	ASV	weder noch
Paar Nummer 69 (c622e-24f94)	LK	ASV	ASV	weder noch

Abbildung 7. Fallverlauf und Vergleich Paar 17



3.4 Einzelne Verläufe

Bei n=48 Patienten mit mind. 2 vorhandenen PSA-Werten und mind. 1 Verordnung wurde eine Beschreibung des Fallverlaufes versucht. Leider war hierunter kein ASV-Patient.

001ac08892d8942c06053ca12d026be2

Der 1. erfasste PSA-Wert lag bei 8,5 ng/ml (04/2019). Der weitere Verlauf war 8,18 ng/ml 07/2019, <0,01 ng/ml 08/2019, 0,02 02/2020, 0,03 05/2020, 0,04 08/2020, 0,08 08/2020: Der letzte Wert blieb stabil bis 02/2021. Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

003da1565fd7958e17991ba2f20d6794

Ein Basis PSA-Wert bei ED (04/2019) nicht verzeichnet. Insgesamt wurde Leuporelin 20 Monate lang verordnet. Abiraterone wurde 22 Monate lang verordnet, Prednisolon 19 Monate. Der erste PSA-Wert 3 Monate nach ED lag bei 3,37ng/ml, nach weiteren Monaten unter Abi/Leupo/Prednisolon bei 1,33 ng/ml, nach weiteren 3 Monaten bei 1,33 ng/ml. Nach weiteren 3 Monaten stieg der PSA auf 1,44 ng/ml, nach weiteren 3 Monaten auf 2,66 ng/ml, nach 3 Monaten auf 4,93 ng/ml, dann nach 3 Monaten auf 7,05 ng/ml, nach 3 Monaten auf 14,39 ng/ml. 22 Monate nach ED wurde Enzalutamid verordnet. Fallende (02/2021).

0071465d5b80a5a513786e9dfba174e6

Der 1. erfasste PSA-Wert lag bei 4,55 ng/ml (01/2020), der weitere Verlauf war 5,27 ng/ml (04/2020). Fallende 01/2021. Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

0081a3509e8e30e7198c15297e7cac20

Drei PSA-Werte wurden im Verlauf erfasst: 7,31 (08/2020), 5,78 (11/2020) und 4,64 (02/2021). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

01260a2b8502e203795ab9ed0ff6e118

Der erste erfasste PSA-Wert lag bei 5,43 ng/ml (07/2014). Der weitere Verlauf war 5,74 (06/2015), 6,195 (06/2016), 7,65 (12/2017). Dann Senkung auf <0,008 ng/ml (05/2018), minimaler Anstieg von 0,01 (11/2018) auf 0,76 ng/ml bis 02/2021. Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

0171e6377e39ea5438c2ab875b3079e0

Der initial erfasste PSA-Wert lag bei <0,01 (05/2011). Dieser blieb stabil über den gesamten erfassten Zeitraum bis 02/2021. Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

0207abb521d7d9d505a2887ef7cef510

Der erste erfasste PSA-Wert lag 09/2020 bei 18,64 ng/ml. Dann Verordnung von Leuporelin/Bicalutamid 11/2020. Nächster PSA-Wert lag bei 1,79 ng/ml 02/2021 (Fallende).

0256ade05ff4876cf9a5d88fbd7aca51

PSA-Werte Verlauf von 2,8 ng/ml (07/2014) auf 5,3 ng/ml 04/2020 (Fallende). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

0261709bf695d2d56870c969da24e450

Der Fall beginnt mit der Verordnung von Leuporelin/Bicalutamid 03/2020 bei einem PSA-Wert von 10,37 ng/ml. Nächster PSA-Wert 05/2020 bei 9,17 ng/ml, dann 06/2020 bei 2,99 ng/ml. Letzter PSA-Wert 03/2021 bei 1,95 ng/ml (Fallende). Leuporelin bis zum Schluss.

027098953538c4257cef0a10f815adb

PSA-Werte Verlauf von 2,32 ng/ml (10/2015) auf 3,84 ng/ml 09/2020 (Fallende). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

02f5a1906cb260ae1a855d39f142ce81

Erster PSA-Wert bei 19,94 ng/ml (01/2019). Dann Verordnung von Bicalutamid/Buserelin (05/2019). Abfall auf 5,09 ng/ml (08/2019 und Anstieg auf 12,37 ng/ml (12/2019) bei einem Testosteron von 0,21 µg/l.

030d2438bcbe9d4a5f494a9e453ec614

PSA-Verlauf von 0,62 ng/ml (07/2012) auf 1,33 ng/ml (10/2020). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

032ef5c895e681ae2f34d017965cc578

Verordnung von Dexamethason bereits (10/2014). Initialer PSA-Wert von 15,6 ng/ml (05/2016). Verordnung von Leuporelin/Bicalutamid (10/2016), dann PSA-Abfall auf zuletzt 0,19 ng/ml (05/2020).

036c0e615b7bf105777a6f0d1e089277

PSA-Wert bei 12,1 (11/2016), bei 13,3 (03/2017). Dann Abfall auf 6,73 ng/ml 08/2017 bis 7,63 ng/ml (12/2019). Testosteron bei 0,03 µg/l. Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

0383bef01f8ecc0c3d8bc2078918c9bd

Erster PSA-Wert bei 18,3 ng/ml (06/2018). Abfall auf <0,03 ng/ml (12/2018), bleibt so stabil bis 03/2021. Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

039c5e5380cf04484f3d623c1c013dcf

Initialer PSA bei 0,94 ng/ml (01/2011). Verordnung von Leuporelin/Bicalutamid 01/2012). PSA auf 1,68 ng/ml 02/2012. Keine Kontrolle mehr bis Fallende 09/2020. Zwischenzeitlich Umstieg auf Triptorelin.

03be25cbdd52d7fca375cfff34d929c

Erster PSA-Wert bei 1,8 12/2012, Anstieg auf 5,1 03/2012 (Fallende). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

03f6497affdc6bc3c361785c48dd8354

Erster PSA-Wert bei 12,8 ng/ml (11/2018). Nochmals verzeichnet 05/2020: 9,58 ng/ml. Dann bis Fallende nicht mehr angegeben (03/2021). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

04180ab577bae848b50237b9414508d2

Erster PSA-Wert 3,83 (01/2016), 2,23 01/2021 (Fallende). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

043b299fd32a54d064eebede9f4c4ae6

Erster PSA-Wert 0,75 (06/2019), dann nicht mehr verzeichnet (Fallende 02/2021). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

0460da5915566a243e2c59aa13d1c298

Erster PSA-Wert 3,78 (05/2018). Verordnung von Bicalutamid (08/2020). PSA-Abfall auf 1,32 ng/ml (10/2020) und 1,11 ng/ml (01/2021).

046ea820f8ac8a6451c8f38e1a6cd205

Erster PSA-Wert 3,31 ng/ml (03/2019), stabil mit 3,25 ng/ml bis 05/2020 (Fallende). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

04b6bb77c4db24b967261fd050c63266

Erster PSA-Wert 2,4 ng/ml (07/2014), kontinuierlicher Abfall auf 0,07 ng/ml bis 12/2020 (Fallende). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

04e10173e9c8c5a9508fe03cbaa1604a

Erster PSA-Wert 6,4 ng/ml (01/2011), kontinuierlicher Abfall auf <0,07 ng/ml bis 01/2021 (Fallende). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

0526955fd0bac753a80640c687ecd708

Erster PSA-Wert 0,01 ng/ml (05/2019), zuletzt 0,45 ng/ml 01/2021, Testosteron 7,7 µg/l (Fallende). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

052a0f480608926ed4d2d559b3cebe9a

Verordnung von Leuporelin 09/2020 bei PSA-Wert von 21,06 ng/ml. Kontinuierlicher Abfall unter Leuporelin auf 0,21ng/ml 03/2021 (Fallende).

0542f86d44090ed275d2d6366b67dad2

Erster PSA-Wert 0,09 ng/ml (03/2019), zuletzt 0,07 ng/ml 07/2020 (Fallende). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

05f4ed261cc5666faf05c2ca8aa31d1a

Verordnung von Leuporelin 10/2020 bei PSA-Wert 0 ng/ml. So stabil bis 03/2021 (Fallende).

06346fe517a14626409e1b732ab448cc

Erster PSA-Wert 4,43 ng/ml (05/2018), zuletzt 0,28 ng/ml 01/2021 (Fallende). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

069bbdd77bebc3db8901d04c4095ac0c

Erster PSA-Wert 3,52 ng/ml (08/2017), zuletzt 0,037 ng/ml 11/2020 (Fallende). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

0745df94b775429d7a9b2d75e2caa340

Erster PSA-Wert 7,3 ng/ml (12/2011), zuletzt 2,63 ng/ml 08/2020 (Fallende). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

07b8ac8a30644c0b6a5b36d358ce5bc0

Erster PSA-Wert 0,05 ng/ml (07/2020), zuletzt 0,05 ng/ml 01/2021 (Fallende). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

08514981a89d4b3f456b03f26c1b76bc

Erster PSA-Wert 16,37 ng/ml (09/2019), zuletzt <0,07 ng/ml 04/2020 (Fallende). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

0878af7e0060a7bbd14f369bb61ddb5

Erster PSA-Wert 1,81 ng/ml (02/2011), zuletzt 1,13 ng/ml 11/2020 (Fallende). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

0b0d9d385b274a2b3fdc6f3359e24baf

Erster PSA-Wert 13,1 ng/ml (06/2020), zuletzt 1,01 ng/ml 04/2021 (Fallende). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

0d7676ce045ad34e8dd04eb5ce3e37b9

Erster PSA-Wert von 11,85 ng/ml (02/2019). Verordnung von Degarelix und Calcium 06/2020 bei PSA-Wert von 20,90 ng/ml. PSA-Abfall auf 1,77 ng/ml 07/2020, weiter auf 0,01 ng/ml unter Degarelix 03/2021 (Fallende).

0fdcedf00fe99948a20f61158fe00922

Erster PSA-Wert 2,84 ng/ml (10/2011), zuletzt <0,1 ng/ml 03/2021 (Fallende). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

143fdd3010a6390c4a4fc9fe6eda6cb8

Erster PSA-Wert 5,34 ng/ml (05/2020), zuletzt <0,04 ng/ml 03/2021 (Fallende). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

14b47e2a05d6a464463157e65c850105

Erster PSA-Wert 5,22 ng/ml (06/2018), zuletzt 5,55 ng/ml 09/2020 (Fallende). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

1db1b7dcf97b1a66ed6ec2faf5b5d547

Erster PSA-Wert 8,65 ng/ml (04/2019), zuletzt 11,8 ng/ml 10/2020 (Fallende). Eine Therapie oder Verordnung waren nicht verzeichnet.

28922ac1e068d515899a613e18d28310

Verordnung von Buserelin ab 04/2020. Erster PSA-Wert von <0,07 ng/ml 10/2020 und 01/2021 (Fallende).

33383be07ed8b7deadae93b71c51969e

Zu Beginn PSA-Wert >100ng/ml 09/2019, Verordnung von Triptorelin/Abiraterone/Prednisolon ab 10/2019. Hierunter PSA-Abfall auf 0,22ng/ml 03(2021 (Fallende).

3ee9119539a35f90d2cdda5db9d63c0a

Verordnung von Degarelix ab 05/2020 bei PSA-Wert 79,49 ng/ml. Abfall auf 3 ng/ml 12/2020. Dann Apalutamid ab 01/2021. PSA bei 0,96 mh/ml 02/2021 (Fallende)

45b21167fa52e66e90ba91f8e33eddb2

Verordnung von Leuprorelin ab 04/2020. Erster PSA-Wert 08/2020 57,1 ng/ml. Unter Leuporelin/Bicalutamid weiter Anstieg auf 122 ng/ml 01/2021. Apalutamid 03/2021(Fallende). Testosteron 0,39 µg/l.

ad19af2c6934e64f2dc0a9bc05237c48

PSA bei 2,6 ng/ml 04/2019. Verordnung von Bicalumatid. Letzter PSA bei <0,010 09/2020 (Fallende).

c622ebc7acc8a31e02269315b9571338

PSA bei 11 ng/ml 01/2020. Verordnung von Bicalumatid. Letzter PSA bei 0,12 03/2021 (Fallende).

4 Zusammenfassung & Schlussfolgerung

Die Daten des DIFAScience-Datenpanels gaben in erster Linie Auskunft über das Leistungsgeschehen (Verordnungs- und Abrechnungsverhalten) zu Patienten mit Prostatakarzinom in den beteiligten Praxen. Bei der Datenextraktion zeigte sich, dass nur eine ASV-Praxis im DIFAScience ASV-Pseudoziffern abgerechnet hat. Für den Vergleich ASV vs. Nicht-ASV zeigten sich bei den ASV-Patienten signifikant häufiger Vorstellungen, Verordnungen, Abrechnungen, Diagnoseeinträge und Überweisungen. Bei den Nicht-ASV-Patienten sahen wir signifikant häufiger erfasste Laborparameter.

Eine Beurteilung darüber hinaus hinsichtlich Versorgungsqualität, Innovation der Versorgung und sektorenübergreifender Versorgung war aufgrund der dargestellten Limitationen der Falldaten sehr eingeschränkt. Insgesamt zeigten sich bei 87% der Gesamtkohorte keine Zusatzdiagnosen im Hinblick auf eine Metastasierung oder Kastrationsresistenz, was wiederum widerspiegelt, wie ungeeignet die Kohorte für die Beurteilung der Behandlungsqualität im Rahmen der ASV, die insbesondere komplexe und multimodale Fallverläufe adressiert, war. Die Limitationen sind, wie bereits in 2.5 beschrieben, insbesondere durch die hinreichende Anonymisierung der Versorgungsdaten, um Re-Identifikation auszuschließen, bedingt, sowie die PVS/AIS Systeme selbst (oftmals Paralleldokumentation in den PVS/AIS Systemen und in der Patientenakte). Das bedeutet, dass die Daten im DIFAScience verschiedene genannte Werte nicht aufweisen, weil hierzu entweder keine Dokumentation im PVS/AIS-System erfolgt ist durch den Leistungserbringer oder dies durch die hinreichende Anonymisierung bedingt ist, um Re-Identifikation auszuschließen.

Auch wenn sich die Fälle, sofern ausreichend Daten vorhanden, teilweise longitudinal darstellen ließen, waren die Versorgungsabläufe in Zusammenhang mit der Hauptdiagnose und evtl. Ko-Diagnosen und den dabei in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen und bestimmten Laborwerten aufgrund fehlender Daten (Schwergrad der Erkrankung, Lokalisation/Anzahl der Metastasen), wie sie zur Einteilung des Stadiums bei Prostatakarzinompatienten notwendig sind, nur sehr spekulativ zu bewerten. Dies betraf auch den zeitlichen Verlauf von Verordnungen und eventuellem Therapiewechsel. Diese waren teilweise anhand von PSA-Wert-Veränderungen nachzuvollziehen, sofern diese erfasst wurden. Gleiches gilt für den Vergleich der Fälle ASV vs. Nicht-ASV. Auch die Erfassung von Diagnosen zu Komplikationen war leider sehr lückenhaft. Diese wurden versucht anhand von Verschlechterungen der Laborwerte zu erfassen (z.B. Anämie, Thrombozytopenie, Niereninsuffizienz). Der zeitliche Bezug zu bestimmten Verordnungen war meistens nicht gegeben (bzw. nicht dokumentiert). Interventionen waren nicht in den Daten verzeichnet.

Die Möglichkeit für vertiefende Analysen zu Wirkungszusammenhängen sowie zur Beurteilung von Qualität in der Versorgung war anhand der vorliegenden Daten leider nicht gegeben. Die Kodier- bzw. Erfassungsqualität spielt eine zentrale Rolle bei der Datensammlung für Versorgungsforschung und war durch die fehlenden bzw. unvollständigen Daten ein starker limitierender Faktor. Insofern kann abschließend kein vollständiges Bild der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der ASV abgegeben werden. Die aktuelle Analyse ist somit als Stichprobe aus dem ambulanten Versorgungsbereich ASV zu sehen und muss aufgrund der Limitationen sehr vorsichtig interpretiert werden. Zukünftige Analysen sollten auch den klinisch-ambulanten Bereich der ASV mit einbeziehen.

Anlagen

Anlage 1. Darstellung Fallverläufe ASV vs. Nicht-ASV

5 Anhang

Anhang 1. Timeline Vorgehen Datenextraktion

Datum	Inhalt	Kommentar/Limitationen/File
1.6.2021	Besprechung, Vorgehen Datenextraktion (aQua Gfm, DIFA)	
10.6.2021	<p>Kriterien Basiskohorte: >18 Jahre, männlich, gesicherte (G) C61 Diagnose, betreuende Fachgruppe = FA f. Urologie</p> <p>mögliche Parameter zur Identifizierung eines „fortgeschrittenen“ Tumorstadiums: PZN einer antiandrogenen Medikation, besondere Wirkstoffe Nach Schweregrad, Tumor-Stadium oder ECOG vorhanden</p> <p>Patienten mit „besonderer Verlaufsform“ der Tumorerkrankung (= potenzielle ASV-Patienten), Selektion nach: - multimodale Therapie oder Kombinationstherapien (Wirkstoffe, PZN, Hersteller) - interdisziplinäres Team (Überweisungen) - Krankenhauseinweisungen - besondere Diagnostik (PSMA-PET)</p>	<p>-> PZN der anti-androgenen Medikation -> kein Schweregrad der Erkrankung vorhanden, kein Tumorstadium, kein ECOG</p> <p>-> Überweisung und Einweisungen haben keinen „Inhalt“ -> keine Bildgebungen im Datensatz</p>
18.6.2021	<p>Test-Datenextraktion</p> <p>Datenbestand Berücksichtigt wurden alle Lieferungen an DIFA aus Praxen mit mindestens einem Urologen, die bis 10.6.21 an die Datenbank übermittelt wurden.</p> <p>Patientenselektion Patienten mit gesicherter Akutdiagnose C61 im Laufe des Jahres 2018 Hier wurde nicht berücksichtigt, ob es vorher oder nachher ebenfalls C61-Diagnosen gab männliche Patienten Jahrgang 1999 oder älter Patienten, die irgendwann in ihrer Historie mindestens eine Verordnung aus einer der definierten ATC-Gruppen (Bicalutamid, Flutamid, Cyproteronacetat, Buserelin, Goserelin, Histrelin, Leuporelin, Triptorelin, Abarelix, Degarelix) erhalten haben (als Indikator für "fortgeschrittenen Verlauf")</p>	<p>Anzahl Fälle: n=1251</p> <p><i>File:</i> 20210618 Innovationsfondsprojekt Test Datenextrakt</p>
26.7.2021	<p>Neue Datenextraktion</p> <p>Datenbestand Berücksichtigt wurden alle Lieferungen an DIFA aus Praxen mit mindestens einem Urologen, die bis 25.07.2021 an die Datenbank übermittelt wurden.</p> <p>Patientenselektion Patienten mit gesicherter Akutdiagnose C61 im Laufe des Jahres 2018 Hier wurde nicht berücksichtigt, ob es vorher oder nachher ebenfalls C61-Diagnosen gab männliche Patienten Jahrgang 1999 oder älter Patienten, die irgendwann in ihrer Historie mindesten eine Verordnung aus einer der definierten ATC-Gruppen erhalten haben (als Indikator für "fortgeschrittenen Verlauf")</p>	<p>Anzahl Fälle: n=6026</p> <p><i>File:</i> 20210726 Innovationsfondsprojekt Datenextrakt_neu 2_korr Werte - Berechnungen zu Häufigkeiten Abrechnungen, Diagnose, Verordnungen basic ADT</p>
29.7.2021	<p>Neue Datenextraktion mit korr. Wertdarstellung der Laborwerte (PSA-Werte) und ASV-Patienten</p> <p>Datenbestand Berücksichtigt wurden alle Lieferungen an DIFA aus Praxen mit mindestens einem Urologen, die bis 25.07.2021 an die Datenbank übermittelt wurden.</p>	<p>Anzahl Fälle: n=6026 (46 ASV-Patienten – nicht ausreichend)</p> <p><i>File:</i> 20210729 Innovationsfondsprojekt Datenextrakt</p>

	<p>Patientenselektion Patienten mit gesicherter Akutdiagnose C61 im Laufe des Jahres 2018 Hier wurde nicht berücksichtigt, ob es vorher oder nachher ebenfalls C61-Diagnosen gab männliche Patienten Jahrgang 1999 oder älter Patienten, die irgendwann in ihrer Historie mindesten eine Verordnung aus einer der definierten ATC-Gruppen erhalten haben (als Indikator für "fortgeschrittenen Verlauf")</p>	<p>- Berechnungen zu Häufigkeiten Abrechnungen, Diagnose (ASV vs. Nicht-ASV), Verordnungen basic ADT</p>
	<p>Erstellung des Kriterienrasters</p>	
13.9.2021	<p>Neue Datenextraktion Datenbestand Berücksichtigt wurden alle Lieferungen an DIFA aus Praxen mit mindestens einem Urologen, die bis 25.07.2021 an die Datenbank übermittelt wurden. Patientenselektion Patienten mit <u>erstmalig</u> gesicherter Akutdiagnose C61 im Laufe des Jahres 2018 Hier wurde nicht berücksichtigt, ob es vorher ebenfalls C61-Diagnosen gab männliche Patienten Jahrgang 1999 oder älter Patienten, die irgendwann in ihrer Historie mindestens eine Verordnung aus einer der definierten ATC-Gruppen erhalten haben (als Indikator für "fortgeschrittenen Verlauf") Kriterienraster und Subgruppen Die Selektion erfolgte nach Maßgabe des Dokumentes "Datenextraktion_Kriterienraster_DIFA_20.8.2021.docx" Ein technisches Protokoll gibt die Statistiken zur Zählung in den einzelnen Selektionsschritten wieder.</p>	<p>Anzahl Fälle: n=848 (11 ASV-Patienten – <i>nicht ausreichend</i>) File: 20210913 Innovationsfondsprojekt Datenextrakt – erste Subgruppenanalysen</p>
24.9.2021	<p>Neue Datenextraktionen, Erweiterung der Selektion nach Diagnosejahren 2019 und 2020 Datenbestand Berücksichtigt wurden alle Lieferungen an DIFA aus Praxen mit mindestens einem Urologen, die bis 25.07.2021 an die Datenbank übermittelt wurden. Patientenselektion Patienten mit <u>erstmalig</u> gesicherter Akutdiagnose C61 im Laufe der Jahre 2018, 2019, 2020 Patienten, die vorher eine C61-Diagnose hatten, wurden nicht berücksichtigt männliche Patienten Jahrgang 1999 oder älter Patienten, die irgendwann in ihrer Historie mindestens eine Verordnung aus einer der definierten ATC-Gruppen erhalten haben (als Indikator für "fortgeschrittenen Verlauf") Kriterienraster und Subgruppen Die Selektion erfolgte nach Maßgabe des Dokumentes "Datenextraktion_Kriterienraster_DIFA_20.08.2021.docx" Ein technisches Protokoll gibt die Statistiken zur Zählung in den einzelnen Selektionsschritten wieder.</p>	<p>Anzahl Fälle: 2018: n=955 2019: n=836 2020: n=875 Files: 20210924 Innovationsfondsprojekt Datenextrakt – 2018, 20210924 Innovationsfondsprojekt Datenextrakt – 2019, 20210924 Innovationsfondsprojekt Datenextrakt – 2020</p>
28.10.2021	<p>Neue Datenextraktion, Verordnung von basic ADT nicht mehr als Einschlusskriterium, sondern Subgruppenkriterium Datenbestand Berücksichtigt wurden alle Lieferungen an DIFA aus Praxen mit mindestens einem Urologen, die bis 25.07.2021 an die Datenbank übermittelt wurden. Patientenselektion</p>	<p>Anzahl Fälle: n=7118 (n=76 ASV-Patienten) File: 20211028 Innovationsfondsprojekt (= finaler Datensatz gesamt)</p>

	<p>Patienten mit <u>erstmalig</u> gesicherter Akutdiagnose C61 im Laufe der Jahre 2018, 2019, 2020</p> <p>Patienten, die vorher eine C61-Diagnose hatten, wurden nicht berücksichtigt</p> <p>männliche Patienten Jahrgang 1999 oder älter</p> <p>Kriterienraster und Subgruppen</p> <p>Die Selektion erfolgte nach Maßgabe des Dokumentes "Datenextraktion_Kriterienraster_DIFA_20.08.2021.docx" + überarbeiteter Definition</p> <p>Ein technisches Protokoll gibt die Statistiken zur Zählung in den einzelnen Selektionsschritten wieder.</p> <p>Zuordnung von Vergleichspatienten</p> <p>identische Zuordnung zu Subgruppen (Metastasierung: Lymphknoten, viszeral, ossär, Kastrationsresistenz)</p> <p>gleiches Alter</p> <p>gleiches Diagnosejahr</p> <p>zu jedem ASV-Patienten genau ein "passender" Nicht-ASV-Patient</p>	
9.11.2021	Kriterienraster Vgl. ASV-Nicht ASV	<i>Anlage: Kriterienraster 9.11.2021</i>
30.11.2021	<p>Datenextraktion statistische Kennzahlen Vergleich ASV vs. Nicht-ASV</p> <p>Datenbestand</p> <p>Berücksichtigt wurden alle Lieferungen an DIFA aus Praxen mit mindestens einem Urologen, die bis 25.07.2021 an die Datenbank übermittelt wurden.</p> <p>Patientenselektion</p> <p>Nur Patienten, die im Laufe der Jahre 2018, 2019 oder 2020 <u>erstmalig</u> eine gesicherte Akutdiagnose C61 bekommen haben</p> <p>Patienten, die vorher eine C61-Diagnose hatten, wurden nicht berücksichtigt</p> <p>Nur männliche Patienten Jahrgang 1999 oder älter</p> <p>Zuordnung von Vergleichspatienten</p> <p>identische Zuordnung zu Subgruppen</p> <p>gleiches Alter</p> <p>gleiches Diagnosejahr</p> <p>zu jedem ASV-Patienten genau ein "passender" Nicht-ASV-Patient</p> <p>Statistische Kennzahlen</p> <p>gemäß "Kriterienraster zum Vgl. ASV vs. Nicht ASV_DIFA_9.11.2021.docx"</p> <p>ohne Laborwerte (zuvor manuelles Review der Laborwerte nötig)</p>	<p><i>File: 20211130</i></p> <p><i>Innovationsfondsprojekt</i></p> <p><i>statistische Kennzahlen ASV vs. nicht-ASV</i></p>
4.1.2022	<p>Datenextraktion statistische Kennzahlen Vergleich ASV vs. Nicht-ASV</p> <p>Datenbestand</p> <p>Berücksichtigt wurden alle Lieferungen an DIFA aus Praxen mit mindestens einem Urologen, die bis 25.07.2021 an die Datenbank übermittelt wurden.</p> <p>Patientenselektion</p> <p>Nur Patienten, die im Laufe des Jahres 2018, 2019 oder 2020 <u>erstmalig</u> eine gesicherte Akutdiagnose C61 bekommen haben</p> <p>Patienten, die vorher eine C61-Diagnose hatten, wurden nicht berücksichtigt</p> <p>Nur männliche Patienten Jahrgang 1999 oder älter</p> <p>Es wurden je 3 Patienten aus jeder Kohorte entfernt, da Metastasierung vor C61 diagnostiziert wurde (3 betroffene Patienten und jeweils der Vergleichspatient entfernt), (Neu am 4.1.2022)</p> <p>Zuordnung von Vergleichspatienten</p> <p>identische Zuordnung zu Subgruppen</p> <p>gleiches Alter</p> <p>gleiches Diagnosejahr</p>	<p><i>File: 20220104</i></p> <p><i>Innovationsfondsprojekt</i></p> <p><i>statistische Kennzahlen ASV vs. nicht-ASV</i></p> <p>Für den t-Test wurden für alle Variablen fehlende Werte als 0 angenommen (Ausnahme: die "... Monate seit Erstdiagnose ..." - Variablen) – Korrektur: Nullersetzungen weglassen; das inhaltliche Argument, welches für die Ersetzung spricht, ist, dass grundsätzlich z.B. Diagnose- und Ordnungsdaten zu den betrachteten Patienten vorhanden sind.</p> <p>Wenn bei einem solchen Patienten die Diagnose nicht erscheint gibt es 2 Optionen:</p>

	<p>zu jedem ASV-Patienten genau ein "passender" Nicht-ASV-Patient</p> <p>Statistische Kennzahlen</p> <p>gemäß "Kriterienraster zum Vgl. ASV vs. Nicht ASV_DIFA_9.11.2021.docx"</p> <p>ohne Laborwerte (zuvor manuelles Review der Laborwerte nötig)</p> <p>p-Werte: wurden ermittelt aus t-Test, für den t-Test wurden für alle Variablen fehlende Werte als 0 angenommen (Ausnahme: die "... Monate seit Erstdiagnose ..." -Variablen)</p> <p>Rohdaten aus den t-Tests: siehe Blätter "ttest Results" und "ttest Summary"</p>	<p>Diagnose wurde nicht gestellt (=mit 0 ersetzen) oder die Diagnose wurde aufgrund von Datenlücken „übersehen“ (=als fehlenden Wert in die Statistik eingehen lassen)</p>
12.2.2022	<p>Datenextraktion statistische Kennzahlen Vergleich ASV vs. Nicht-ASV</p> <p>Datenbestand</p> <p>Berücksichtigt wurden alle Lieferungen an DIFA aus Praxen mit mindestens einem Urologen, die bis 25.07.2021 an die Datenbank übermittelt wurden.</p> <p>Patientenselektion</p> <p>Nur Patienten, die im Laufe der Jahre 2018, 2019 oder 2020 <u>erstmalig</u> eine gesicherte Akutdiagnose C61 bekommen haben.</p> <p>Patienten, die vorher eine C61-Diagnose hatten, wurden nicht berücksichtigt.</p> <p>Nur männliche Patienten Jahrgang 1999 oder älter.</p> <p>Es wurden je 3 Patienten aus jeder Kohorte entfernt, da Metastasierung vor C61 diagnostiziert wurde (3 betroffene Patienten und jeweils der Vergleichspatient entfernt), (Neu am 4.1.2022)</p> <p>Zuordnung von Vergleichspatienten</p> <p>identische Zuordnung zu Subgruppen</p> <p>gleiches Alter</p> <p>gleiches Diagnosejahr</p> <p>zu jedem ASV-Patienten genau ein "passender" Nicht-ASV-Patient</p> <p>Statistische Kennzahlen</p> <p>gemäß "Kriterienraster zum Vgl. ASV vs. Nicht ASV_DIFA_9.11.2021.docx"</p> <p>ohne Laborwerte (zuvor manuelles Review der Laborwerte nötig)</p> <p>p-Werte: wurden ermittelt aus t-Test, für den t-Test wurden für alle Variablen fehlende Werte nicht durch 0 ersetzt (neu am 12.02.2022)</p> <p>Rohdaten aus den t-Tests: siehe Blätter "ttest Results" und "ttest Summary"</p> <p>Abrechnungsziffern 01740 und 01740M wurden zusammengefasst</p>	<p>File: 20220212</p> <p>Innovationsfondsprojekt</p> <p>statistische Kennzahlen ASV vs. nicht-ASV (= finaler Datensatz zur Auswertung: Vergleich ASV vs. Nicht-ASV; t-Test/p-Werte)</p>
22.2.2022	<p>Datenextraktion Abrechnung Pseudoziffer</p>	<p>File: 20220222</p> <p>Innovationsfondsprojekt -</p> <p>Abrechnungsziffer 88512 in ASV-Praxis (= Auswertung: Subanalyse Pseudoziffer)</p>
	<p>Vorbereitung Laborwerte</p> <p>Auszug der relevanten Laborparameter</p> <p>Darstellung als Zeitreihe für jeden Patienten der Kohorte</p> <p>Da die statistische Auswertung der Laborparameter in der Rohform sehr fehlerträchtig erscheint (wie besprochen: nicht standardisierte Einträge, verschiedene Maßeinheiten, Freitext, nicht einheitliche Zeitpunkte der Laborparametererfassung), könnte die inhaltliche Bewertung dann manuell pro Patient anhand der Zeitreihendaten erfolgen (etwa: Liegt Kastrationsresistenz vor? PSA-Mittelwerte, PSA-Anstiege, PSA-Ansprechen auf Therapieumstellungen, etc.).</p>	
1.3.2022	<p>Labordaten - Zeitreihe der ausgewählten Laborparameter aus der Patientenkohorte</p>	<p>File: 20220301</p> <p>Innovationsfondsprojekt -</p> <p>Zeitreihe ausgewählte Laborparameter</p>

8.3.2022	<p>Labordaten - Zeitreihe der ausgewählten Laborparameter aus der Patientenkohorte ergänzt um Verordnungszeitpunkte ausgewählter ATCs</p>	<p>File: 20220308 Innovationsfondsprojekt - Zeitreihe ausgewählte Laborparameter</p>
8.3.2022	<p>Auswertung zur Abschätzung der Praxisgröße Betrachtet wurden alle Praxen mit mindestens einem Patienten in der Kohorte</p>	<p>File: 20220308 Innovationsfondsprojekt - Auszahlung C61 in Praxen der Kohorte (= Auswertung Subanalyse Praxisgröße)</p>
11.3.2022	<p>Labordaten - Zeitreihe der ausgewählten Laborparameter aus der Patientenkohorte ergänzt um Verordnungszeitpunkte ausgewählter ATCs ergänzt um patientenbezogene Kennzahlen je Verordnung/ATC</p>	<p>File: 20220311 Innovationsfondsprojekt - Zeitreihe ausgewählte Laborparameter_ Verordnungen (= Auswertung: Darstellung der Laborwerte in Zusammenschau der Verordnungen sowie der gesamten Verordnungsdauer und des Abstandes zur C61- Diagnose pro Patient)</p>
22.03.2022	<p>Datenextraktion Übersicht über Patientenpaare in der Kohorte Jede Zeile steht für einen Patienten und enthält die Häufigkeiten für Diagnosen, Verordnungen, Laborwerte und Abrechnungsziffern Die Patienten sind zu Paaren gruppiert (Paare haben jeweils denselben Code im Feld "Paar") Vollständige Zeitreihe der Patientenpaare in der Kohorte Die Patienten sind zu Paaren gruppiert (Paare haben jeweils denselben Code im Feld "Paar") Ausgegeben wurden alle Datenpunkte in chronologischer Reihenfolge je Patient. Es wurden nur die zuvor spezifizierten Laborparameter ausgegeben.</p>	<p>Anzahl Paare: n=76 File: 20220322 Innovationsfondsprojekt - Datenextrakt Zeitreihe Patientenpaare</p>
31.3.2022	<p>Datenextraktion Übersicht über Patientenpaare in der Kohorte Jede Zeile steht für einen Patienten und enthält die Häufigkeiten für Diagnosen, Verordnungen, Laborwerte und Abrechnungsziffern Die Patienten sind zu Paaren gruppiert (Paare haben jeweils denselben Code im Feld "Paar") Vollständige Zeitreihe der Patientenpaare in der Kohorte Die Patienten sind zu Paaren gruppiert (Paare haben jeweils denselben Code im Feld "Paar") Ausgegeben wurden alle Datenpunkte in chronologischer Reihenfolge je Patient. Es wurden nur die zuvor spezifizierten Laborparameter ausgegeben neu 31.03.2022: die Zeitreihe immer erst mit dem Datum der Erstdiagnose C61 neu 31.03.2022: ATC code ist nun für annähernd alle PZN gefüllt</p>	<p>Anzahl Paare: n=76 File: 20220331 Innovationsfondsprojekt - Datenextrakt Zeitreihe Patientenpaare (= finaler Datensatz Vergleich Fallverläufe)</p>

Anhang 2. ATC-Liste der beim fortgeschrittenen oder metastasierten Prostatakarzinom relevanten Medikation („basic“ und „advanced“ ADT)

Klasse	Wirkstoff	ATC-Code	Handelsname
Basic ADT			
Androgenrezeptorblocker	Bicalutamid	L02BB03	Bicalutamid-Generika Casodex
	Flutamid	L02BB01	Flumid
			Fugarel
			Flutamid-Generika
			Prostica
	GnRH-Analoga	Cyproteronacetat	G03HA01
Buserelin		L02AE01	Profact
Goserelin		L02AE03	Zoladex
Histrelin		L02AE05	Vantas
Leuporelin		L02AE02	Eligard
			Enantone
GnRH-Antagonisten			Trenenatone
	Triptorelin	L02AE04	Pamorelin
	Abarelix	L02BX01	Plenaxis
	Degarelix	L02BX02	Firmagon
Advanced ADT			
Hemmer der Testosteronbiosynthese	Abiraterone	L02BX03	Zytiga
Moderne Androgenrezeptorblocker	Enzalutamid	L02BB04	Xtandi
	Apalutamid	L02BB05	Erleada
	Darolutamid	L02BB06	Nubeqa
Bisphosphonate	Zolendronsäure	M05BA08	Zometa
Monoklonale Antikörper	Denosumab	M05BX04	Xgeva
Immuntherapie	Sipuleucel-T	L03AX17	Provenge
Radionuklide	Radium-223	V10XX03	Xofigo
	Lutetium-177	V10X	
Chemotherapie	Docetaxel	L01CD01	
	Cabazitaxel	L01CD04	

*ADT=Antiandrogene Therapie, GnRH=Gonadotropin Releasing Hormon

Anhang 3. Relevante Zeitpunkte – Berücksichtigung der Leitlinienänderungen zum lokal fortgeschrittenen bzw. metastasierten Prostatakarzinom (AWMF-Registernummer: 043/022OL)

Leitlinie	Zeitpunkt	Neuerungen durch die Aktualisierung der Leitlinie
6.2	10/2021	PSMA-PET CT zur Ausbreitungsdiagnostik vor lokaler Therapie, neue Hormontherapien, PARP-Inhibition, Immuntherapien, Therapie mit Lutetium-177-PSMA, Indikation Radium-223, lokale Therapie bei metastasiertem Prostatakarzinom
6.0	05/2021	PSMA-PET CT, Sal vage Strahlentherapie, neue Hormontherapien, BRCA-Testung, PARP-Inhibition, Indikation Radium 223
5.0 (= Version 5.1 05/2019; redakt. Änderungen)	04/2018	Frühchemotherapie, Abiraterone beim metastasierten Hormonsensiblen Prostatakarzinom, Abiraterone/Enzalutamid, Indikation Radium 223, PSMA-Ligandentherapie, Anschlussheilbehandlung
4.0	12/2016	PSMA PET CT, Frühchemotherapie mit Docetaxel

Anhang 4. Kategorisierung der Falldaten**Ereignisse**

1. Abrechnung
2. Akutdiagnosen
3. Dauerdiagnosen
4. Diagnosen für Arbeitsunfähigkeit
5. Laborwerte
6. Verordnungen

Da Überweisungen, Arbeitsunfähigkeit und Krankenhauseinweisung keine weiteren Differenzierungen aufweisen als das Ereignis an sich, wurde hier nicht kategorisiert.

1. Abrechnung**Kategorien**

- I. ASV-Pseudoziffer
- II. EBM
- III. GOÄ
- IV. GOP
- V. Onkologievereinbarung
- VI. Sachkostenerstattung
- VII. Symbolnummern (SNR)
- VIII. keine Kategorisierung möglich (N/A)

No.	Kategorie I. ASV-Pseudoziffer	Abkürzung
1	ASV-Pseudoziffer_Gespräch (n=10)	1.1

No.	Kategorie II. EBM	Abkürzung
1	1.1_Arztübergreifende allgemeine GOP_Allgemeine GOP_Aufwandsersatzung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch den Patienten (n=3)	2.1
2	1.4_Arztübergreifende allgemeine GOP_Allgemeine GOP_Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaterialien, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Gewebespende (n=81)	2.2
3	1.5_Arztübergreifende allgemeine GOP_Allgemeine GOP_Ambulante Betreuung und Nachsorge (n=249)	2.3

4	1.7_Arztübergreifende allgemeine GOP_Allgemein GOP_Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (vormals Sonstige Hilfen) (n=250)	2.4
5	2.1_Allgemeine diagnostische und therapeutische GOP_Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen (n=205)	2.5
6	3.2.1.1_Arztgruppenspezifische GOP_Hausärztlicher Versorgungsbereich_GOP der allgemeinen hausärztlichen Versorgung_Hausärztliche Versicherungspauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung (n=6)	2.6
7	3.2.2_Arztgruppenspezifische GOP_Hausärztlicher Versorgungsbereich_GOP der allgemeinen hausärztlichen Versorgung_Hausärztliche Versicherungspauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung_Chronikerpauschale, Gesprächsleistung (n=9)	2.7
8	12.2_Arztgruppenspezifische GOP_Fachärztlicher Versorgungsbereich_Laboratoriumsmedizinische, mikrobiologische, virologische und infektionsepidemiologische sowie transfusionsmedizinische GOP_Laboratoriumsspezifische Pauschalen (n=1)	2.8
9	13.3.3_Arztgruppenspezifische GOP_Fachärztlicher Versorgungsbereich_GOP der Inneren Medizin_Schwerpunktorientierte internistische Versorgung (n=26)	2.9
10	19.3_Arztgruppenspezifische GOP_Fachärztlicher Versorgungsbereich_Pathologische GOP_Diagnostische GOP (n=17)	2.10
11	26.2_Arztgruppenspezifische GOP_Fachärztlicher Versorgungsbereich_Urologische GOP_Urologische Grundpauschale (n=66)	2.11
12	26.3_Arztgruppenspezifische GOP_Fachärztlicher Versorgungsbereich_Urologische GOP_Diagnostische und therapeutische GOP (n=133)	2.12
13	31.2.11_Arztgruppenübergreifende spezielle GOP_GOP für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen_Ambulante Operation_Definierte operative Eingriffe an der Niere und dem Urogenitalsystem (n=1)	2.13
14	31.3.2_Arztgruppenübergreifende spezielle GOP_GOP für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen_Postoperative Überwachungskomplexe (n=9)	2.14
15	31.4.3_Arztgruppenübergreifende spezielle GOP_GOP für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen_Postoperative Behandlungskomplexe im fachärztlichen Versorgungsbereich (n=1)	2.15
16	32.1_Arztgruppenübergreifende spezielle GOP_In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin_Grundleistungen (n=16)	2.16
17	32.2.1_Arztgruppenübergreifende spezielle GOP_In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin_Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen_Basisuntersuchungen (n=838)	2.17

18	32.2.2_Arztgruppenübergreifende spezielle GOP_In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin_Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen_Mikroskopische Untersuchungen (n=74)	2.16
19	32.2.3_Arztgruppenübergreifende spezielle GOP_In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin_Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen_Physikalische oder chemische Untersuchungen (n=172)	2.19
20	32.2.5_Arztgruppenübergreifende spezielle GOP_In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin_Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen_Funktions- und Komplexuntersuchungen (n=32)	2.20
21	32.2.7_Arztgruppenübergreifende spezielle GOP_In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin_Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen_Mikrobiologische Untersuchungen (n=452)	2.21
22	32.3.4_Arztgruppenübergreifende spezielle GOP_In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin_Spezielle Untersuchungen_Klinisch-chemische Untersuchungen (n=204)	2.22
23	32.3.5_Arztgruppenübergreifende spezielle GOP_In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin_Spezielle Untersuchungen_Immunologische Untersuchungen (n=10)	2.23
24	32.3.9_Arztgruppenübergreifende spezielle GOP_In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin_Spezielle Untersuchungen_Mykologische Untersuchungen (n=450)	2.24
25	32.3.10_Arztgruppenübergreifende spezielle GOP_In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin_Spezielle Untersuchungen_Bakteriologische Untersuchungen(n=879)	2.25
26	33_Arztgruppenübergreifende spezielle GOP_Ultraschalldiagnostik (n=635)	2.26
27	34.2.5_Arztgruppenübergreifende spezielle GOP_Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie, Magnetfeld-Resonanz-Tomographie und Positronenemissionstomographie bzw. Positronenemissionstomographie mit Computertomographie_Diagnostische Radiologie_Urogenitalorgane" (n=1)	2.27
28	35.1_Arztgruppenübergreifende spezielle GOP_Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie_Nicht antragspflichtige Leistungen (n=349)	2.28
29	37.3_Arztgruppenübergreifende spezielle GOP_Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V_Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä (n=284)	2.29
30	38.2_Arztgruppenübergreifende spezielle GOP_Delegationsfähige Leistungen_Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern (n=45)	2.30
31	40.4_Kostenpauschalen_Kostenpauschalen_Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax (n=602)	2.31

32	51.1_Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen_Anlagenübergreifende Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)_Strukturpauschalen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) (n=147)	2.32
33	51.2_Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen_Anlagenübergreifende Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)_Allgemeine Gebührenordnungspositionen (n=73)	2.33
34	51.4_Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen_Anlagenübergreifende Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)_Gebührenordnungspositionen für die Behandlung von onkologischen Erkrankungen (n=74)	2.34
35	Ausnahmekennziffern Corona-Test (n=1)	2.35
36	Ausnahmekennziffern_Erkrankungen unter antineoplastischer Therapie oder systemischer Zytostatika-Therapie (n=370)	2.36
37	Ausnahmekennziffern_Orale Antikoagulantientherapie (n=128)	2.37
38	Ausnahmekennziffern_Chronische Niereninsuffizienz (n=6)	2.38
39	Ausnahmekennziffern_Manifester Diabetes mellitus (n=99)	2.39
40	Ausnahmekennziffern_Rheumatoide Arthritis (n=2)	2.40
41	Ausnahmekennziffern_gezielter Antibiotikaeinsatz (n=466)	2.40

No.	Kategorie III. GOÄ	Abkürzung
1	A. Gebühren in besonderen Fällen_Hygienepauschale (n=9)	3.1
2	B-I. Grundleistungen und allgemeine Leistungen_Allgemeine Beratungen und Untersuchungen (n=99)	3.2
3	B-III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen (n=5)	3.3
4	B-IV. Grundleistungen und allgemeine Leistungen_Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz (n=1)	3.4
5	B-V. Grundleistungen und allgemeine Leistungen_Berichte, Briefe (n=8)	3.5
6	C-I. Nichtgebietsbezogene Sonderleistung_Anlegen von Verbänden (n=7)	3.6
7	C-II. Nichtgebietsbezogene Sonderleistung_Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen (n=41)	3.7
8	C-III. Nichtgebietsbezogene Sonderleistung_Punktion (n=1)	3.8
9	C-VI. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen_Sonografische Leistungen (n=85)	3.9

10	D. Anästhesieleistungen (n=3)	3.10
11	G. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (n=9)	3.11
12	K. Gebietsbezogene Leistung_Urologie (n=1)	3.12
13	L-I. Gebietsbezogene Leistung_Chirurgie, Orthopädie_Wundversorgung, Fremdkörperentfernung (n=1)	3.13
14	L-VII. Gebietsbezogene Leistung_Chirurgie, Orthopädie_Chirurgie der Körperoberfläche (n=1)	3.14
15	L-XIV. Chirurgie, Orthopädie_Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie (n=3)	3.15
16	M-I. Laboratoriumsuntersuchungen_Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis (n=118)	3.16
17	M-II. Laboratoriumsuntersuchungen_Basislabor (n=78)	3.17
18	M-III. Laboratoriumsuntersuchungen_Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen (n=6)	3.18
19	M-IV. Laboratoriumsuntersuchungen_Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern (n=199)	3.19
20	N-II. Histologie, Zytologie, Zytogenetik_Zytologie (n=3)	3.20
21	GOÄ_Zuschlag (n=25)	3.22

No.	Kategorie IV. GOP	Abkürzung
1	GOP_Pseudo-GOP (n=4)	4.1
2	GOP_Porto (n=1)	4.2
3	GOP_Corona-Impfverordnung (n=1)	4.3
4	GOP_Wegpauschale (n=1)	4.4
5	GOP_Pflege des Tumornachsorgekalenders (n=5)	4.5
6	GOP_Arzt-Patientenkontakt (n=3)	4.6
7	GOP_Platzhalteziffer (n=13)	4.7
8	GOP_Verordnung eines Hilfsmittels (n=1)	4.8
9	GOP_Kontakte mit den Patienten jenseits der reinen Fallzahl (Kontaktnummer)_nur Sachsen (n=12)	4.9

No.	Kategorie V. Onkologievereinbarung	Abkürzung
-----	------------------------------------	-----------

1	Onkologievereinbarung_Behandlung solider Tumoren (n=682)	5.1
2	Onkologievereinbarung_Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie (n=8)	5.2
3	Onkologievereinbarung_Behandlung histologische/Zytologisch gesicherte Systemerkrankung (n02)	5.3

No.	Kategorie VI. Sachkostenerstattung	Abkürzung
1	Sachkosten (n=10)	6.1

No.	Kategorie VII. Symbolnummern (SNR)	Abkürzung
1	Telefonkosten (seit 1.4.2020 nicht mehr berechnungsfähig) (n=18)	7.1
2	Standardimpfung (n=8)	7.2
3	Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten (n=20)	7.3
4	Bisphosphonate (n=20)	7.4
5	Präparate früher Nutzenbewertung (n=15)	7.5
6	Überweisungssteuerung (n=1)	7.6
7	Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten (n=16)	7.7
8	Untersuchungen gemäß §§ 32 bis 35 oder § 42 JArbSchG (n=1)	7.8
9	Ergänzungsuntersuchung gemäß § 38 JArbSchG (n=1)	7.9
10	Symbolnummer "kein Hausarzt" (n=2)	7.10
11	Schulung LINDA (Diabetesschulung) (n=11)	7.11

No.	Kategorie VIII. keine Kategorisierung (N/A) (n=195)	8
-----	---	---

Quellen: EBM (KBV - Online-Version des EBM), <https://diego.one/>, <https://www.praxis-wiesbaden.de/gebuehrenordnungen/goae-0200.php>

2. Akutdiagnosen

Kategorien

- I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
- II. Neubildungen
- III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
- IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- V. Psychische und Verhaltensstörungen
- VI. Krankheiten des Nervensystems
- VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
- VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
- IX. Krankheiten des Kreislaufsystems
- X. Krankheiten des Atmungssystems
- XI. Krankheiten des Verdauungssystems
- XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems
- XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
- XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
- XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
- XX. Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
- XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
keine Kategorisierung möglich (N/A)

No.	Kategorie	Abkürzung
1	I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten_A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs (n=2)	A09
2	I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten_A63 Sonstige vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheiten, anderenorts nicht klassifiziert (n=4)	A63
3	I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten_B37 Candidose (n=5)	B37
4	I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten_B49 Mykose	B49
5	I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten_B95 Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind (n=116)	B95

6	I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten_B96 Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind (n=110)	B96
7	II. Neubildungen_C61 Prostata (n=669)	C61
8	II. Neubildungen_C67 Harnblase (n=5)	C67
9	II. Neubildungen_C77 Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten (n=35)	C77
10	II. Neubildungen_C79 Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen (n=65)	C79
11	II. Neubildungen_C85 Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms (n=85)	C85
12	II. Neubildungen_C90 Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen (n=4)	C90
13	II. Neubildungen_D07 Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Genitalorgane (n=03)	D07
14	II. Neubildungen_D12 Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus (n=1)	D12
15	II. Neubildungen_D17 Gutartige Neubildung des Fettgewebes (n=8)	D17
16	II. Neubildungen_D29 Gutartige Neubildung des Fettgewebes (n=9)	D29
17	II. Neubildungen_D30 Gutartige Neubildung der Harnorgane (n=1)	D30
18	II. Neubildungen_D40 Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der männlichen Genitalorgane (n=4)	D40
19	II. Neubildungen_D41 Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Harnorgane (n=6)	D41
20	II. Neubildungen_D44 Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der endokrinen Drüsen (n=6)	D42
21	III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems_D64 Sonstige Anämien (n=6)	D64
22	III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems_D68 Sonstige Koagulopathien (n=8)	D68
23	III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems_D79 Agranulozytose und Neutropenie (n=3)	D79
24	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten_E05 Hyperthyreose (n=1)	E05
25	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten_E11 Diabetes mellitus, Typ 2 (n=9)	E11
26	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten_E14 Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus (n=22)	E14
27	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten_E29 Testikuläre Dysfunktion (n=3)	E29
28	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten_E46 Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung (n=1)	E46
29	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten_E66 Adipositas (n=3)	E66

30	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten_E67 Sonstige Überernährung (n=7)	E67
31	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten_E79 Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels (n=1)	E79
32	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten_E83 Störungen des Mineralstoffwechsels (n=3)	E83
33	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten_E86 Volumenmangel (n=7)	E86
34	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten_E87 Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts (n=2)	E87
35	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten_E89 Endokrine und Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert (n=17)	E89
36	V. Psychische und Verhaltensstörungen_F03 Nicht näher bezeichnete Demenz (n=2)	F03
37	V. Psychische und Verhaltensstörungen_F06 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (n=141)	F06
38	V. Psychische und Verhaltensstörungen_F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (n=1)	F17
39	V. Psychische und Verhaltensstörungen_F32 Depressive Episode (n=16)	F32
40	V. Psychische und Verhaltensstörungen_F41 Andere Angststörungen (n=37)	F41
41	V. Psychische und Verhaltensstörungen_F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (n=2)	F43
42	V. Psychische und Verhaltensstörungen_F45 Somatoforme Störungen (n=119)	F45
43	V. Psychische und Verhaltensstörungen_F52 Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit (n=82)	F52
44	V. Psychische und Verhaltensstörungen_F99 Psychische Störung ohne nähere Angabe (n=3)	F99
45	VI. Krankheiten des Nervensystems_G20 Primäres Parkinson-Syndrom (n=4)	G20
46	VI. Krankheiten des Nervensystems_G24 Dystonie (n=4)	G24
47	VI. Krankheiten des Nervensystems_G31 Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert (n=1)	G31
48	VI. Krankheiten des Nervensystems_G47 Schlafstörungen (n=1)	G47
49	VI. Krankheiten des Nervensystems_G58 Sonstige Mononeuropathien (n=2)	G58
50	VI. Krankheiten des Nervensystems_G93 Sonstige Krankheiten des Gehirns (n=1)	G93
51	VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde_H04 Affektionen des Tränenapparates (n=1)	H04
52	VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes_H91 Sonstiger Hörverlust (n=1)	H91
53	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I10 Essentielle (primäre) Hypertonie (n=119)	I10

54	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I21 Akuter Myokardinfarkt (n=7)	I21
55	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I24 Sonstige akute ischämische Herzkrankheit (n=4)	I24
56	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I25 Chronische ischämische Herzkrankheit (n=140)	I25
57	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I42 Kardiomyopathie (n=4)	I42
58	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern (n=3)	I48
59	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I49 Sonstige kardiale Arrhythmien (n=1)	I49
60	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I51 Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit (n=1)	I51
61	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I67 Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten (n=1)	I67
62	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I70 Atherosklerose (n=1)	I70
63	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I71 Aortenaneurysma und -dissektion (n=34)	I71
64	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I86 Varizen sonstiger Lokalisationen (n=1)	I86
65	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I89 Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten (n=1)	I89
66	X. Krankheiten des Atmungssystems_J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet (n=4)	J18
67	X. Krankheiten des Atmungssystems_J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit (n=7)	J44
68	X. Krankheiten des Atmungssystems_J45 Asthma bronchiale (n=1)	J45
69	XI. Krankheiten des Verdauungssystems_K08 Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates (n=2)	K08
70	XI. Krankheiten des Verdauungssystems_K11 Krankheiten der Speicheldrüsen (n=1)	K11
71	XI. Krankheiten des Verdauungssystems_K40 Hernia inguinalis (n=6)	K40
72	XI. Krankheiten des Verdauungssystems_K43 Hernia ventralis (n=2)	K43
73	XI. Krankheiten des Verdauungssystems_K57 Divertikulose des Darmes (n=1)	K57
74	XI. Krankheiten des Verdauungssystems_K58 Reizdarmsyndrom (n=1)	K58
75	XI. Krankheiten des Verdauungssystems_K59 Sonstige funktionelle Darmstörungen (n=10)	K59
76	XI. Krankheiten des Verdauungssystems_K63 Sonstige Krankheiten des Darmes (n=4)	K63
77	XI. Krankheiten des Verdauungssystems_K76 Sonstige Krankheiten der Leber (n=1)	K76
78	XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes_M10 Gicht (n=1)	M10
79	XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes_M15 Polyarthrose (n=5)	M15
80	XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes_M19 Sonstige Arthrose (n=1)	M19

81	XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes_M35 Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes (n=5)	M35
82	XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes_M54 Rückenschmerzen (n=6)	M54
83	XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes_M62 Sonstige Muskelkrankheiten (n=2)	M62
84	XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes_M75 Schulterläsionen (n=1)	M75
85	XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes_M79 Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert (n=7)	M79
86	XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes_M81 Osteoporose ohne pathologische Fraktur (n=2)	M81
87	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N02 Rezidivierende und persistierende Hämaturie (n=5)	N02
88	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N05 Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom (n=1)	N05
89	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N08 Glomeruläre Krankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (n=1)	N08
90	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N13 Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie (n=1)	N13
91	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N16 Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (n=3)	N16
92	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N17 Akutes Nierenversagen (n=4)	N17
93	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N18 Chronische Nierenkrankheit (n=16)	N18
94	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N19 Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz (n=1)	N19
95	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N20 Nieren- und Ureterstein (n=26)	N20
96	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N21 Stein in den unteren Harnwegen (n=8)	N21
97	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N23 Nicht näher bezeichnete Nierenkolik (n=2)	N23
98	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N28 Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters, anderenorts nicht klassifiziert (n=17)	N24
99	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N30 Zystitis (n=4)	N30
100	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N31 Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert (n=75)	N31
101	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N32 Sonstige Krankheiten der Harnblase (n=5)	N32
102	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N33 Krankheiten der Harnblase bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (n=1)	N33
103	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N34 Urethritis und urethrales Syndrom (n=4)	N34
104	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N35 Harnröhrenstriktur (n=4)	N35
105	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems (n=261)	N39
106	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N40 Prostatahyperplasie (n=53)	N40

107	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N41 Entzündliche Krankheiten der Prostata (n=26)	N41
108	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N42 Sonstige Krankheiten der Prostata (n=1)	N42
109	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N43 Hydrozele und Spermatozele (n=5)	N43
110	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N45 Orchitis und Epididymitis (n=4)	N45
111	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N47 Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose (n=4)	N47
112	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N48 Sonstige Krankheiten des Penis (n=17)	N48
113	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N50 Sonstige Krankheiten der männlichen Genitalorgane (n=15)	N50
114	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N64 Sonstige Krankheiten der Mamma [Brustdrüse] (n=3)	N64
115	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N99 Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert (n=4)	N99
116	XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien_Q61 Zystische Nierenkrankheit (n=6)	Q61
117	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R03 Abnormer Blutdruckwert ohne Diagnose(n=9)	R03
118	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R06 Störungen der Atmung (n=4)	R03
119	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R10 Bauch- und Beckenschmerzen (n=2)	R10
120	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R14 Flatulenz und verwandte Zustände (n=2)	R14
121	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R26 Störungen des Ganges und der Mobilität (n=2)	R26
122	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R30 Schmerzen beim Wasserlassen (n=423)	R30
123	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R31 Nicht näher bezeichnete Hämaturie (n=20)	R31
124	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz (n=58)	R32
125	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R33 Harnverhaltung (n=15)	R33
126	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R35 Polyurie (n=25)	R35
127	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R39 Sonstige Symptome, die das Harnsystem betreffen (n=79)	R39
128	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R42 Schwindel und Taumel (n=1)	R42
129	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R50 Fieber sonstiger und unbekannter Ursache: Fieber, nicht näher bezeichnet (n=1)	R50

130	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R52 Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert (n=11)	R52
131	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R60 Ödem, anderenorts nicht klassifiziert (n=7)	R60
132	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R63 Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen (n=5)	R63
133	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R64 Kachexie (n=1)	R64
134	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R76 Sonstige abnorme immunologische Serumbefunde (n=5)	R76
135	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R77 Sonstige Veränderungen der Plasmaproteine (n=7)	R77
136	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R82 Sonstige abnorme Urinbefunde (n=2)	R82
137	XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen_S22 Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule (n=1)	S22
138	XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen_T19 Fremdkörper im Urogenitaltrakt (n=6)	T19
139	XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen_T79 Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas (n=1)	T79
140	XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen_T83 Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt (n=2)	T83
141	XX. Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität_Y57 Unerwünschte Nebenwirkungen bei therapeutischer Anwendung von Arzneimitteln und Drogen (n=27)	Y57
142	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z00 Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose (n=4)	Z00
143	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z08 Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung (n=19)	Z08
144	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z12 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (n=173)	Z12
145	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z13 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf sonstige Krankheiten oder Störungen (n=21)	Z13
146	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z25 Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten (n=9)	Z25
147	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z46 Versorgen mit und Anpassen von anderen medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln (n=7)	Z46

148	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z48 Andere Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (n=61)	Z48
149	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z51 Sonstige medizinische Behandlung (n=101)	Z51
150	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (n=1)	Z73
151	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z90 Verlust von Organen, anderenorts nicht klassifiziert (n=5)	Z90
152	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z92 Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese (n=41)	Z92
153	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z93 Vorhandensein einer künstlichen Körperöffnung (n=11)	Z93
154	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z94.0 Zustand nach Nierentransplantation (n=6)	Z94
155	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z95 Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten (n=22)	Z95
156	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten (n=4)	Z96
157	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z97 Vorhandensein anderer medizinischer Geräte oder Hilfsmittel (n=7)	Z97
158	keine Kategorisierung möglich (N/A)	8

3. Dauerdiagnosen:

Kategorien

- II. Neubildungen
- III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
- IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- V. Psychische und Verhaltensstörungen
- VI. Krankheiten des Nervensystems
- IX. Krankheiten des Kreislaufsystems
- X. Krankheiten des Atmungssystems

- XI. Krankheiten des Verdauungssystems
 XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
 XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems
 XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
 XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
 XX. Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
 XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
 keine Kategorisierung möglich (N/A)

No.	Kategorie	Abkürzung
1	II. Neubildungen_C61 Prostata (n=92)	C61d
2	II. Neubildungen_C64 Niere (n=2)	C64d
3	II. Neubildungen_C77 Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten (n=1)	C77d
4	II. Neubildungen_C79 Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen (n=8)	C79d
5	II. Neubildungen_C85 Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms (n=2)	C85d
6	III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems_D68 Sonstige Koagulopathien (n=1)	D68d
7	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten_E03 Sonstige Hyperthyreose (n=1)	E03d
8	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten_E07 Sonstige Krankheiten der Schilddrüse (n=1)	E05d
9	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten_E11 Diabetes mellitus, Typ 2 (n=9)	E11d
10	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten_E14 Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus (n=9)	E14d
11	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten_E29 Testikuläre Dysfunktion (n=1)	E29d
12	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten_E79 Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels (n=1)	E79d
13	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten_E89 Endokrine und Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert (n=4)	E89d
14	V. Psychische und Verhaltensstörungen_F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (n=1)	F17d
15	V. Psychische und Verhaltensstörungen_F32 Depressive Episode (n=4)	F32d
16	V. Psychische und Verhaltensstörungen_F99 Psychische Störung ohne nähere Angabe (n=1)	F99d
17	VI. Krankheiten des Nervensystems_G24 Dystonie (n=4)	G24d

18	VI. Krankheiten des Nervensystems_G31 Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert (n=1)	G31d
19	VI. Krankheiten des Nervensystems_G62 Sonstige Neuropathien (n=1)	G62d
20	VI. Krankheiten des Nervensystems_G81 Hemiparese und Hemiplegie (n=2)	G93d
21	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I10 Essentielle (primäre) Hypertonie (n=15)	I10d
22	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I21 Akuter Myokardinfarkt (n=7)	I21d
23	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I25 Chronische ischämische Herzkrankheit (n=6)	I25d
24	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I38 Endokarditis, Herzklappe nicht näher bezeichnet (n=12)	I38d
25	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I42 Kardiomyopathie (n=1)	I42d
26	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I50 Herzinsuffizienz (n=1)	I50d
27	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I51 Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit (n=1)	I51d
28	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I67 Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten (n=9)	I67d
29	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I69 Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit (n=1)	I69d
30	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I70 Atherosklerose (n=9)	I70d
31	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems_I73 Sonstige periphere Gefäßkrankheiten (n=1)	I73d
32	X. Krankheiten des Atmungssystems_J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit (n=7)	J44d
33	X. Krankheiten des Atmungssystems_J45 Asthma bronchiale (n=1)	J45d
34	XI. Krankheiten des Verdauungssystems_K08 Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates (n=2)	K08d
35	XI. Krankheiten des Verdauungssystems_K10 Sonstige Krankheiten der Kiefer (n=1)	K10d
36	XI. Krankheiten des Verdauungssystems_K37 Nicht näher bezeichnete Appendizitis (n=1)	K37d
37	XI. Krankheiten des Verdauungssystems_K40 Hernia inguinalis (n=3)	K40d
38	XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes_M06 Sonstige chronische Polyarthritiden (n=1)	M06d
39	XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes_M43 Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (n=1)	M43d
40	XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes_M45 Spondylitis ankylosans (n=1)	M45d
41	XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes_M51 Sonstige Bandscheibenschäden (n=1)	M10d
42	XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes_M54 Rückenschmerzen (n=2)	M54d
43	XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes_M62 Sonstige Muskelkrankheiten (n=1)	M62d

44	XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes_M81 Osteoporose ohne pathologische Fraktur (n=1)	M81d
45	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N18 Chronische Nierenkrankheit (n=1)	N18d
46	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N20 Nieren- und Ureterstein (n=26)	N20d
47	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N28 Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters, anderenorts nicht klassifiziert (n=1)	N24d
48	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N31 Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert (n=33)	N31d
49	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N32 Sonstige Krankheiten der Harnblase (n=3)	N32d
50	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N33 Krankheiten der Harnblase bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (n=9)	N33d
51	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems (n=3)	N39d
52	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N40 Prostatahyperplasie (n=5)	N40d
53	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N41 Entzündliche Krankheiten der Prostata (n=1)	N41d
54	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N43 Hydrozele und Spermatozele (n=1)	N43d
55	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N50 Sonstige Krankheiten der männlichen Genitalorgane (n=1)	N50d
56	XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien_Q61 Zystische Nierenkrankheit (n=6)	Q61d
57	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R10 Bauch- und Beckenschmerzen (n=1)	R10d
58	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R26 Störungen des Ganges und der Mobilität (n=2)	R26d
59	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R30 Schmerzen beim Wasserlassen (n=1)	R30d
60	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz (n=11)	R32d
61	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R39 Sonstige Symptome, die das Harnsystem betreffen (n=26)	R39d
62	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R52 Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert (n=1)	R52d
63	XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen_T19 Fremdkörper im Urogenitaltrakt (n=6)	T19d
64	XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen_T88 Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert (n=1)	T88d
65	XX. Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität_Y57 Unerwünschte Nebenwirkungen bei therapeutischer Anwendung von Arzneimitteln und Drogen (n=4)	Y57d
66	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z08 Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung (n=14)	Z08d

67	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z12 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (n=13)	Z12d
68	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z46 Versorgen mit und Anpassen von anderen medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln (n=6)	Z46d
69	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z48 Andere Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (n=16)	Z48d
70	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z51 Sonstige medizinische Behandlung (n=26)	Z51d
71	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z92 Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese (n=14)	Z92d
72	XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen_Z95 Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten (n=2)	Z95d
73	keine Kategorisierung möglich (N/A)	8

4. Diagnosen für Arbeitsunfähigkeit

nur primäre Diagnose

Kategorien

- II. Neubildungen
- V. Psychische und Verhaltensstörungen
- XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems
- XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind

No.	Kategorie	Abkürzung
1	II. Neubildungen_C61 Prostata (n=58)	C61u
2	V. Psychische und Verhaltensstörungen_F41 Andere Angststörungen: Angststörung, nicht näher bezeichnet (n=1)	F41u
3	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems (n=1)	N39u

4	XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems_N41 Entzündliche Krankheiten der Prostata (n=1)	N41u
5	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind_R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz (n=1)	R32u

5. Laborwerte

PSA: PSA, TPSA (total PSA), PSAG (Gesamt PSA)

Testosteron TESTO, TEST, TESTOS und TESTG, TESTOG und TESTOSTERON GESAMT ECLIA

Kategorien

- I. Knochenstoffwechsel
- II. Leberwerte
- III. Hämatologie
- IV. Nierenfunktion
- V. Hormone

No.	Kategorie I	Abkürzung
1	Alkalische Phosphatase (AP, ALP, aP, Ap) n=155) *mmol/l/s	ap
2	Calcium (Ca) (n=81)	ca

No.	Kategorie II	Abkürzung
1	Aspartat-Aminotransferase (GOT, ASAT) (n=212)	got
2	GammaGT (GGT) (n=286)	ggt
3	GPT (ALAT) (n=231)	gpt

No.	Kategorie III	Abkürzung
1	Erythrozyten (ery) (n=165)	ery

2	Hämoglobin (Hb) (n=324)	hb
3	Leukozyten (Leuko) (n=179)	leu
4	Thrombozyten (Trho, Btrhomb) (n=162)	tz

No.	Kategorie IV	Abkürzung	neu
1	Glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) (n=122)	IV.GFR	gfr
2	Kreatinin (KREAE, krea) (n=179)	IV.K	kre

No.	Kategorie V	Abkürzung	neu
1	PSA (n=281) *µg/l	V.PSA	psa
2	Testosteron (Testo) (n=51)	V.T	tes

6. Verordnungen

Kategorien nach ATC-Klassifikation

- I. ATC A – Alimentäres System und Stoffwechsel
- II. ATC B – Blut und blutbildende Organe
- III. ATC C – Cardiovasculäres System
- IV. ATC D – Dermatika
- V. ATC G – Urogenitalsystem und Sexualhormone
- VI. ATC H – Hormone, systemisch (ohne Sexualhormone)
- VII. ATC J – Antiinfektiva für systemische Gabe
- VIII. ATC L – Antineoplastische und immunmodulierende Substanzen
- IX. ATC M – Muskel- und Skelettsystem
- X. ATC N – Nervensystem
- XI. ATC P – Antiparasitäre Substanzen, Insektizide, Repellenzien
- XII. ATC Q – Veterinärmedizinische Arzneimittel
- XIII. ATC R – Respirationstrakt
- XIV. ATC S – Sinnesorgane
- XV. ATC V – Verschiedene
keine Kategorisierung möglich (N/A)

No.	Kategorie I	Abkürzung
1	A01 Stomatologika (n=7)	a1
2	A02 Mittel bei säurebedingten Erkrankungen (n=1)	a2
3	A03 Mittel bei funktionellen GI-Störungen (n=2)	a3
4	A04 Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit (n=6)	a4
5	A06 Laxantien (n=9)	a6
6	A07 Antidiarrhoika und Intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva (n=8)	a7
7	A11 Vitamine (n=1)	a11
8	A12 Mineralstoffe (n=10)	a12

No.	Kategorie II	Abkürzung
1	B01 Antithrombotische Mittel (n=17)	b1
2	B02 Antihämorrhagika (n=3)	b2
3	B05 Blutersatzmittel und Perfusionslösungen (n=1)	b5

No.	Kategorie III	Abkürzung
1	C02 Antithrombotische Mittel (n=4)	c2
2	C03 Diuretika (n=1)	c3
3	C04 Periphere Vasodilatoren	c4
4	C05 Vasoprotektoren (n=1)	c5

5	C07 Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten (n=3)	c7
---	--	----

No.	Kategorie IV	Abkürzung
1	D01 Antimykotika zur dermatologischen Anwendung (n=1)	d1
2	D04 Antipruriginosa, inkl. Antihistaminika, Anästhetika etc. (n=1)	d4
3	D06 Antibiotika und Chemotherapeutika zur dermatolog. Anwendung (n=1)	d6
4	D07 Corticosteroide, Dermatologische Zubereitungen (n=10)	d7
5	D08 Antiseptika und Desinfektionsmittel (n=1)	d8

No.	Kategorie V	Abkürzung
1	G03 Sexualhormone und andere Modulatoren des Genitalsystems (n=13)	g3
2	G04 Urologika (n=208)	g4

No.	Kategorie VI	Abkürzung
1	H01 Hypophysen- und Hypothalamushormone und Analoga (n=12)	h1
2	H02 Corticosteroide zur systemischen Anwendung (n=87)	h2

No.	Kategorie VII	Abkürzung
1	J01 Antibiotika zur systemischen Anwendung (n=89)	j1

No.	Kategorie VIII	Abkürzung
1	L02A Endokrine Therapie_ Hormone und entsprechende Wirkstoffe (n=444)	l2a
2	L03 Immunstimulanzien (n=24)	l3

No.	Kategorie IX	Abkürzung
-----	--------------	-----------

1	M01 Antiphlogistika und Antirheumatika (n=20)	m1
2	M04 Gichtmittel (n=17)	m4
3	M05 Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen (n=85)	m5

No.	Kategorie X	Abkürzung
1	N02 Analgetika (n=69)	n2
2	N03 Antiepileptika (n=4)	n3
3	N05 Psycholeptika (n=3)	n5
4	N07 Andere Mittel für das Nervensystem	n7

No.	Kategorie XIII	Abkürzung
1	R06 Antihistaminika zur systemischen Anwendung (n=4)	r6

No.	Kategorie XV	Abkürzung
1	V06 Allgemeine Diätetika (n=7)	v6
2	V20 Wundverbände (n=1)	v20

	Keine Kategorisierung möglich (N/A)	8
--	-------------------------------------	---

Quelle: https://de.wikipedia.org/wiki/Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches_Klassifikationssystem

https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ATC/_node.html#:~:text=Die%20ATC%20%2DKlassifikation%20ist%20eine,Eigenschaften%20in%20verschiedene%20Gruppen%20eingeteilt.

Anhang 5. Nicht vergleichbare Diagnosen

Akutdiagnosen (n=135)	
ASV	Nicht-ASV
<p>Vorhandensein sonstiger und nicht näher bezeichneter medizinischer Geräte oder Hilfsmittel Anogenitale (venerische) Warzen Kandidose, nicht näher bezeichnet Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intraabdominale Lymphknoten Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission Carcinoma in situ: Prostata Gutartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten: Harnblase Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzen Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen Adipositas, nicht näher bezeichnet: Grad oder Ausmaß der Adipositas nicht näher bezeichnet Sonstige näher bezeichnete Überernährung Störungen des Fettsäurestoffwechsels Störungen des Kalziumstoffwechsels Sonstige Störungen des Kalziumstoffwechsels Hyperkaliämie Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch Somatisierungsstörung Hypochondrische Störung Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation Degeneration des Nervensystems durch Alkohol Presbyakusis Benigne essentielle Hypertonie Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise Akute ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet Zerebrovaskuläre Krankheit, nicht näher bezeichnet Generalisierte und nicht näher bezeichnete Atherosklerose Aortenaneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation, ohne Angabe einer Ruptur</p>	<p>Viruswarzen Nicht näher bezeichnete Mykose B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Niere Hypothyreose, nicht näher bezeichnet Hyperthyreose, nicht näher bezeichnet Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung Reine Hypercholesterinämie Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet Degenerative Krankheit des Nervensystems, nicht näher bezeichnet Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet Schlafstörung, nicht näher bezeichnet Mononeuropathie, nicht näher bezeichnet Chronisches Müdigkeitssyndrom [Chronic fatigue syndrome] Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet Sonstige ungenau bezeichnete Herzkrankheiten Folgen eines Hirninfarktes Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems Pneumonie, nicht näher bezeichnet Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 nicht näher bezeichnet Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet Sialadenitis Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis Sonstige Hernia ventralis ohne Einklemmung und ohne Gangrän Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung DiagAkut_n_K58.9 Obstipation bei Kolontransitstörung Dermatitis, nicht näher bezeichnet Gicht, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation Spinal(kanal)stenose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation</p>

Chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
 Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän
 Sonstige Obturation des Darmes
 Polyp des Kolons
 Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet
 Hautabszess, Furunkel und Karbunkel, nicht näher bezeichnet
 Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
 Polyarthrose, nicht näher bezeichnet
 Arthrose, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
 Lumboischialgie
 Läsionen der Rotatorenmanschette
 Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Minimale glomeruläre Läsion
 Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus
 Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein
 Tubulointerstitielle Nierenerkrankungen bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
 Chronische Nierenerkrankung, Stadium 3
 Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz
 Ureterstein
 Stein in der Harnblase
 Harnstein bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
 Trigonomyzystitis
 Instabile Blase ohne neurologisches Substrat
 Blasenhalsoberstruktion
 Harnblasendivertikel
 Krankheiten der Harnblase bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
 Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet
 Krankheit der Prostata, nicht näher bezeichnet
 Leukoplakie des Penis
 Impotenz organischen Ursprungs
 Gefäßkrankheiten der männlichen Genitalorgane
 Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen
 Erhöhter Blutdruckwert ohne Diagnose eines Bluthochdrucks
 Tenesmus vesicae
 Schmerzen beim Wasserlassen, nicht näher bezeichnet
 Sonstiger chronischer Schmerz
 Abnormer immunologischer Serumbefund, nicht näher bezeichnet
 Hämoglobinurie
 Sonstige Allgemeinuntersuchungen
 Beobachtung bei Verdacht auf bösartige Neubildung
 Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung

Spondylopathie, nicht näher bezeichnet
 Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung
 Schmerzen in den Extremitäten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
 Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
 Sonstige näher bezeichnete Knochenkrankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
 Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie, nicht näher bezeichnet
 Schlanke neurogene Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert
 Krankheit der Harnblase, nicht näher bezeichnet
 Sonstige Urethritis
 Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz
 Spermatozele
 Entzündliche Krankheiten der Vesicula seminalis
 Krankheit der Mamma, nicht näher bezeichnet
 Schmerzen im Becken und am Damm
 Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches
 Parästhesie der Haut
 Sonstige und nicht näher bezeichnete Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen
 Schwindel und Taumel
 Kopfschmerz
 Akuter Schmerz
 Anorexie
 Kachexie
 Isolierte Proteinurie
 Abnorme Befunde bei der zytologischen und histologischen Urinuntersuchung
 Multiple Frakturen der Brustwirbelsäule
 Zustand nach Nierentransplantation

Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung des Darmtraktes
 Notwendigkeit der Impfung gegen sonstige näher bezeichnete einzelne Viruserkrankungen
 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung
 Verlust eines oder mehrerer Genitalorgane
 Bestrahlung in der Eigenanamnese
 Vorhandensein eines Tracheostomas
 Vorhandensein einer künstlichen Herzklappe
 Vorhandensein von endokrinen Implantaten

Dauerdiagnosen (n=71)

ASV

Kandidose an sonstigen Lokalisationen des Urogenitalsystems
 Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten mehrerer Regionen
 B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
 Hypothyreose, nicht näher bezeichnet
 Reine Hypercholesterinämie
 Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen
 Psychische Störung ohne nähere Angabe
 Sonstige Dystonie
 Degenerative Krankheit des Nervensystems, nicht näher bezeichnet
 Schlafstörung, nicht näher bezeichnet
 Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
 Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet
 Glaukom, nicht näher bezeichnet
 Atherosklerotische Herzkrankheit
 Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet
 Alter Myokardinfarkt: Nicht näher bezeichnet
 Kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet
 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet
 Sonstige ungenau bezeichnete Herzkrankheiten
 Folgen eines Hirninfarktes
 Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
 Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
 Embolie und Thrombose nicht näher bezeichneter Vene
 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet

Nicht-ASV

Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
 Carcinoma in situ: Prostata
 Koagulopathie, nicht näher bezeichnet
 Adipositas, nicht näher bezeichnet: Grad oder Ausmaß der Adipositas nicht näher bezeichnet
 Störung des Lipoproteinstoffwechsels, nicht näher bezeichnet
 Zerebrovaskuläre Krankheit, nicht näher bezeichnet
 Generalisierte und nicht näher bezeichnete Atherosklerose
 Chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
 Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet
 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2
 Harnstein, nicht näher bezeichnet
 Zyste der Niere
 Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge
 Palliativbehandlung
 Bestrahlung in der Eigenanamnese
 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses
 Vorhandensein einer künstlichen Herzklappe
 Nicht näher bezeichnete Hämaturie

Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet
Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet
Hämorrhoiden 1. Grades
Fettleber [fettige Degeneration], anderenorts nicht klassifiziert
Psoriasis vulgaris
Chronische Polyarthrit, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
Koxarthrose, nicht näher bezeichnet
Deformität der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet
Spondylitis ankylosans
Radikulopathie: Lumbalbereich
Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet
Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich
Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
Ureterstein
Stein in der Harnblase
Sonstige Harnröhrenstriktur
Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet
Entzündliche Krankheiten der Vesicula seminalis
Krankheit der männlichen Genitalorgane, nicht näher bezeichnet
Hypoplasie des Hodens und des Skrotums
Zystische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet
Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen
Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität
Sonstige und nicht näher bezeichnete Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen
Schmerz, nicht näher bezeichnet
Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung
Zustand nach Nierentransplantation

Anhang 6. Nicht vergleichbare Verordnungen

Verordnungen (n=50)	
ASV	Nicht-ASV
Pantoprazol Mebeverin Silikone Aprepitant, Fosaprepitant Amphotericin B Opium Natriumchlorid Torasemid Phenoxybenzamin Cinchocain Imidazole/Triazole in Kombination mit Corticosteroiden Dimetinden Atorvastatin Fusidinsäure Prednisolon Triamcinolon Prednicarbat Prednisolon und Antiseptika Octenidin, Kombinationen Propiverin Darifenacin Vardenafil Avanafil Goldrutenkraut Doxycyclin Clindamycin Kürbissamen Diclofenac Colchicin Fentanyl Diazepam Distigmin Bethanechol, Andere Mittel für das Nervensystem	Dalteparin Doxazosin Atenolol Flumetason und Antiseptika Andere Urologika, Kombinationen Alfuzosin Silodosin Finasterid Ceftriaxon Trimethoprim Norfloxacin Fosfomycin Tamoxifen Apalutamid Tizanidin Allopurinol

Anhang 7. Nicht vergleichbare Abrechnungen

Abrechnungen (n=50)	
ASV	Nicht-ASV
Empfindlichkeitsprüfungen grampositiver Bakterien nach EUCAST oder CLSI Fallkonferenz Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt Zuschlag zur GOP 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen Telefonische Beratung Anpassung des Medikationsplans und/oder des elektronischen Medikationsplans gemäß § 5 Abs. 3 ASV-RL Vorstellung eines Patienten in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams Verwaltungskomplex Ambulante Betreuung 4h Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe Standardimpfung Postoperative Behandlung Chirurgie Kleinchirurgischer Eingriff Überprüfung der Notwendigkeit und Koordination der verordneten häuslichen Krankenpflege Pseudoziffer Wegpauschale	PSA Abdominelle Sonographie Zuschlag für die urologische Grundversorgung Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials Verwaltungskomplex Alkalische Phosphatase Gamma-GT Mechanisieretes Blutbild, Retikulozytenzählung Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale Harnsäure Kreatinin GPT Testosteron Harnstoff Screening auf Hepatitis B Erythrozytenzählung Leukozytenzählung Testosteron Zusatzpauschale hämatologische, onkologische, immunologische Erkrankung TSH Sonographische Untersuchung der abdominalen und/oder retroperitonealen Gefäße Phasenkontrastmikr. Unters. des Urinsed. Calcium Harnstoff Sonderabrechnung Stuhlprobenentnahmesystem Kreatinin GOT Calcium Kalium Natrium Urinsediment

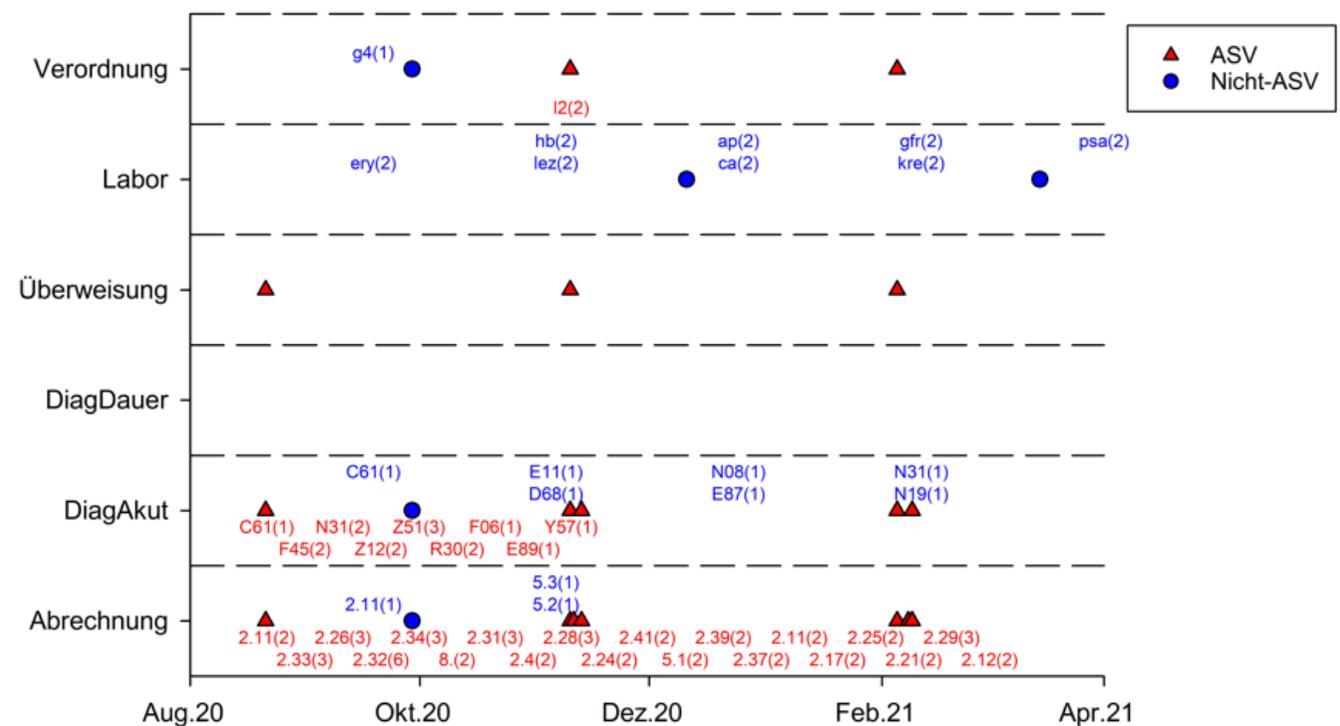
Anhang 3.1: Darstellung Fallverläufe ASV vs. Nicht-ASV

Legende/Erklärung

1. Grafische Darstellung der Fallverläufe ASV vs. Nicht-ASV:

Die Falldaten wurden kategorisiert (1=Abrechnung, 3=Akutdiagnose (DiagAkut), 5=Dauerdiagnose (DiagDauer), 7=Überweisung, 8=Arbeitsunfähigkeit, 9=Labor, 11=Verordnung, 15=Krankenhouseinweisung) und die Ereignisse zur vereinfachten Darstellung anhand von Zahlen und Buchstaben klassifiziert. (Anhang. Kategorisierung der Falldaten). Die Zahlen in den Klammern dahinter gibt die Anzahl der jeweiligen Posten in dem jeweiligen Fall an (z.B. Abrechnung 3.19 (89) = „89x Abrechnung von GOÄ M-IV. Laboratoriumsuntersuchungen_Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern“, DiagAkut F52(1) = 1x Akutdiagnose „Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit“) Da 7, 8 und 15 keine weiteren Differenzierungen aufweisen als das Ereignis an sich wurde hier nicht kategorisiert. Darstellung mit SigmaPlot 14.5 (Inpixon, California).

Beispiel



2. Übersicht der Einzelposten zur Beurteilung der Fallverläufe ASV vs. Nicht-ASV

Es wurden alle Fallverläufe gesichtet und nach den Inhalten zu Abrechnung, Arbeitsunfähigkeit (AU), Krankenhauseinweisung, Akutdiagnosen, Laborwerten, Überweisungen, Verordnungen beurteilt. Diese dienen als Basis des Kriterienkatalogs (3.)

Die Abrechnungsziffern konnten für den Vergleich folgende relevante Posten in den jeweiligen Falldaten identifiziert werden: Anzahl der Laborwertbestimmungen, Verabreichung von antineoplastischer oder systemischer Zytostatikatherapie (Kategorie II.36), Infusion/Transfusion (II.5) Betreuung/Nachsorge (II.3), Psychotherapie-Leistung (II.28) Palliativ-med. Versorgung (II.29), Chemotherapie (VII.3), Bisphosphonate (VII.4), gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41). Auch die Ziffern zur Abrechnung nach Onkologievereinbarung (OV) und ASV-Ziffern (II.32-43) wurden bei den Vergleichen berücksichtigt. Die einzelnen Laborwerte wurden nach Anämie, Neutropenie, Thrombozytopenie, Infektion Niereninsuffizienz, Leberwerterhöhung, Störung des Elektrolythaushaltes überprüft.

Beispiel

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	1	-
Labor (II.17-25)	-	-
Infusion/Transfusion (II.5)	-	29
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge/Untersuchung (II.3, III.2/III.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	-
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	-
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	-
AU	-	3
Krankenhauseinweisung	-	1
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	x
Harninkontinenz	-	x
Hämaturie	-	x
Labor	-	-
Überweisungen	1	7
Verordnungen	Enzalutamid	Prednisolon

3. Zusammenfassender Kriterienkatalog zur Beurteilung der Fallverläufe ASV vs. Nicht-ASV.

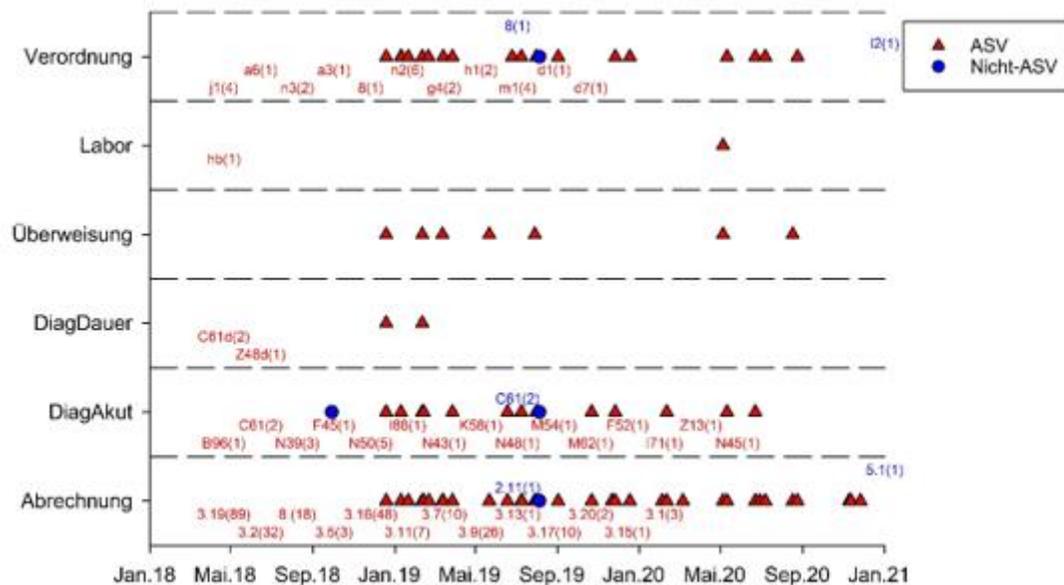
Auf Basis der Übersicht der Einzelposten wurden Fallverläufe ASV vs. Nicht-ASV nach Hypothesen 1. Qualität der Versorgung 2. Sektorenübergreifende Zusammenarbeit und 3. Innovation der Versorgung beurteilt. Grau unterlegte Felder bedeuten die „Überlegenheit“ des jeweiligen Falles.

Beispiel

Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Nachsorge
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	1	7
Innovation & Weiterentwicklung	NHT (Indikation?)	-

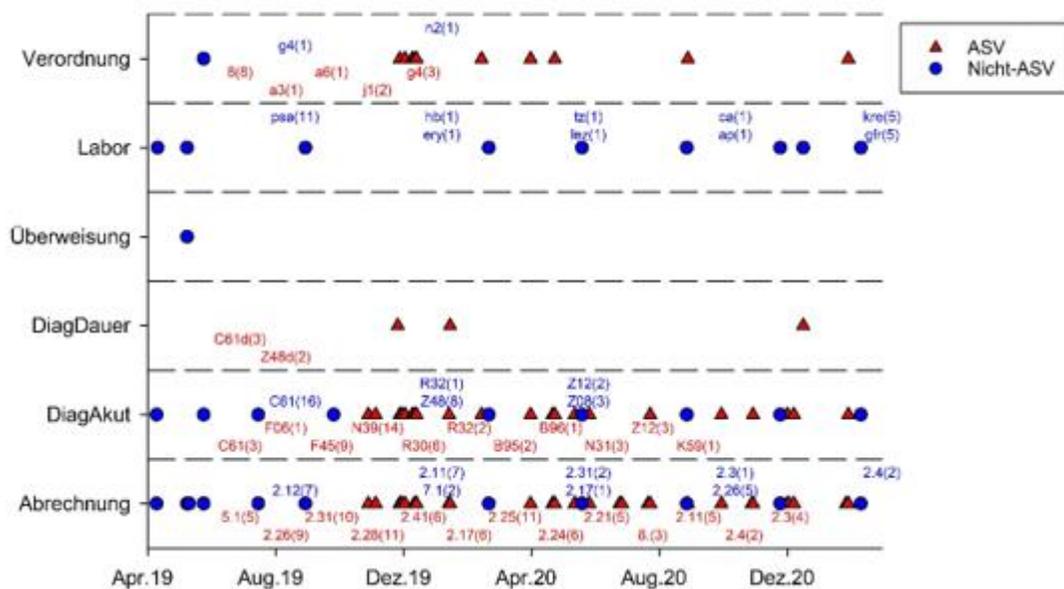
Abkürzungen:

AB=Antibiotikum, ADT=Antiandrogene Therapie, ASV= Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung, AU= Arbeitsunfähigkeit, HAT=Hormontherapie, NHT=Neue Hormontherapie, OV=Onkologievereinbarung, PSA=Prostata-spezifisches Antigen



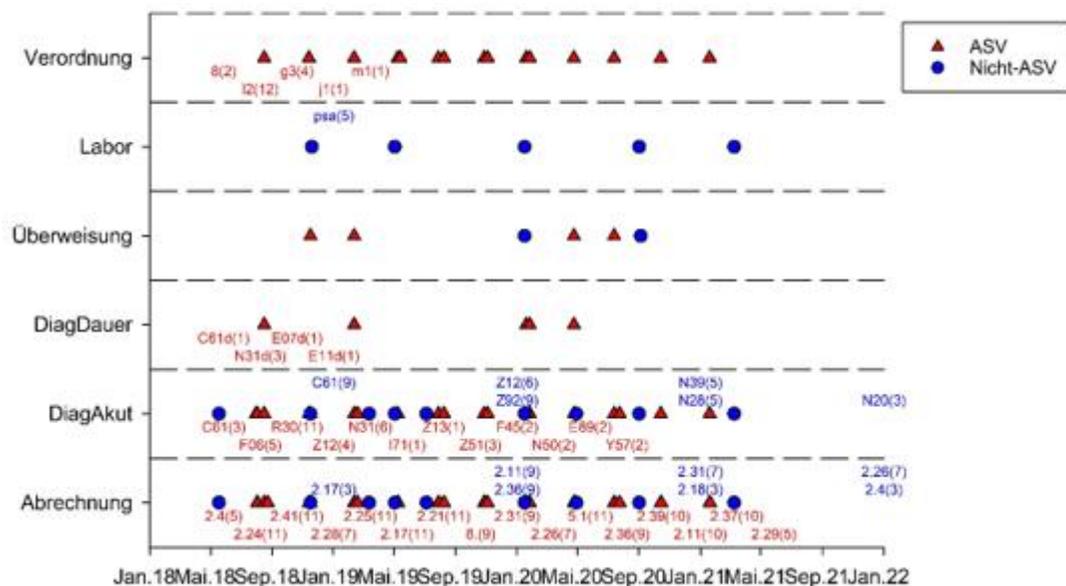
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Nachsorge
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	1	7
Innovation & Weiterentwicklung	NHT (Indikation?)	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	1	-
Labor (II.17-25)	-	-
Infusion/Transfusion (II.5)	-	29
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge/Untersuchung (II.3, III.2/III.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	-
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	-
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	-
AU	-	3
Krankenhauseinweisung	-	1
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	x
Harninkontinenz	-	x
Hämaturie	-	x
Labor	-	-
Überweisungen	1	7
Verordnungen	Enzalutamid	Prednisolon



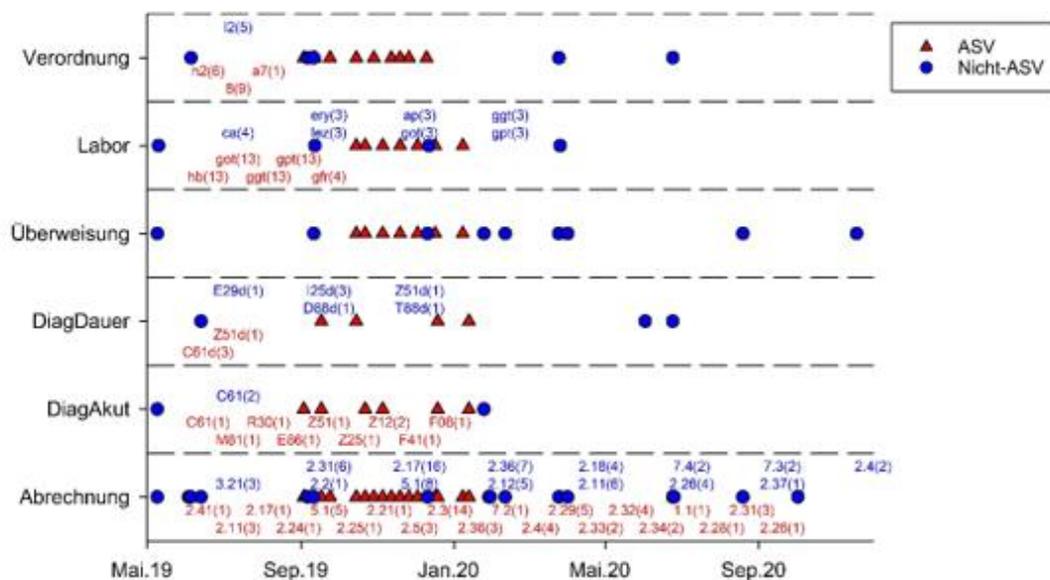
	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	5
Labor	1	29
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	1	3
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	9
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	nein
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	5
AU	-	1
Diagnosen		
Harninkontinenz	1	-
Labor	Niereninsuffizienz	-
Überweisungen	1	0
Verordnungen	-	-

Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapie, gez. AB, Nachsorge
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	1	0
Innovation & Weiterentwicklung	-	-



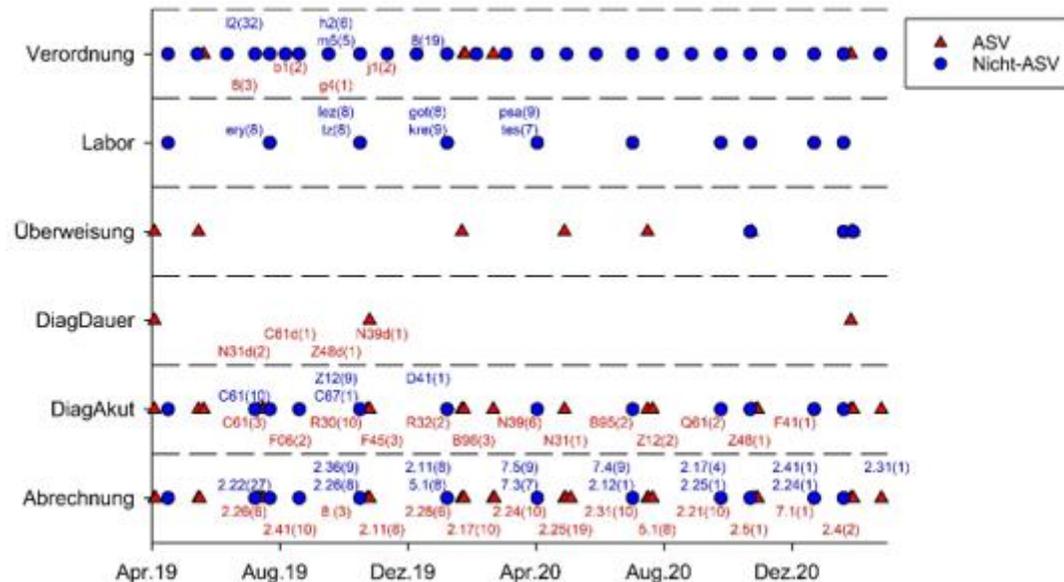
Hypothese	Nicht-ASV (Z.n. RP?)	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	Therapie	Psychotherapie/ Palliativmed. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	2	4
Innovation & Weiterentwicklung	-	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	10
Labor	4	41
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	9	8
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	7
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	4
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	7
Krankenseinweisung	-	-
Diagnosen		
Harninkontinenz	-	-
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	PSA stabil auf <0,01 von 11/2018 bis 03/2021	-
Überweisungen	2	4
Verordnungen	-	Leuporelin Flutamid Cyproteron



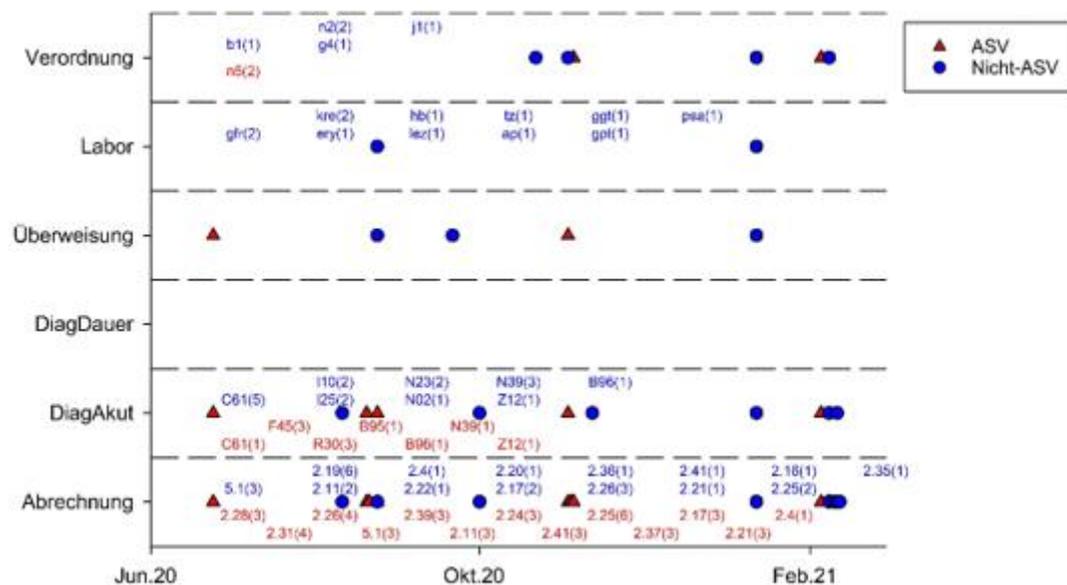
Hypothese	Nicht-ASV (Harnverhalt)	ASV (Myokardinfarkt)
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapie, Palliativmed. Leistungen, Nachsorge
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	9	7
Innovation & Weiterentwicklung	Leuporelin (Indikation?)	Dexamethason/ Prednisolon (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	8	5
Labor	20	4
Infusion/Transfusion (II.5)	-	2
Antineoplast/system. Zytostatika Therapie (II.36)	6	14
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	3
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	1
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	3
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	1
Diagnosen	-	-
Labor	-	Anämie
Überweisungen	9	7
Verordnungen	Leuporelin (Indikation?)	Dexamethason Prednison (Indikation?)



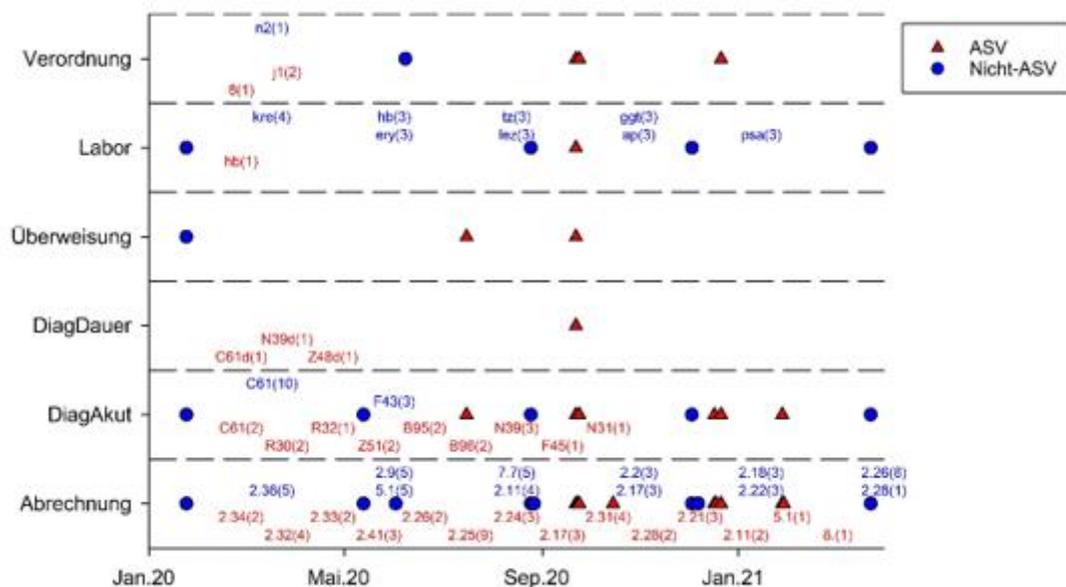
Hypothese	Nicht-ASV	ASV (Harnverhalt)
qualitativ hochwertige Versorgung	Therapie (Indikation?), häufiger Labor	Psychotherapie, Palliativ Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	3	8
Innovation & Weiterentwicklung	Abi/Enza (Indikation?)	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	8	3
Labor	32	21
Infusion/Transfusion (II.5)	-	1
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	8	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	4
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	nein
Chemotherapie (VII.3)	6	-
Bisphosphonate (VII.4)	9	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	5
Diagnosen		
Harnverhalt	-	1
Labor		
	-	-
Überweisungen		
	3	8
Verordnungen		
	Abiraterone (Indikation?) Prednisolon (Indikation?) Leuporelin (Indikation?) Enzalutamid (Indikation?)	-



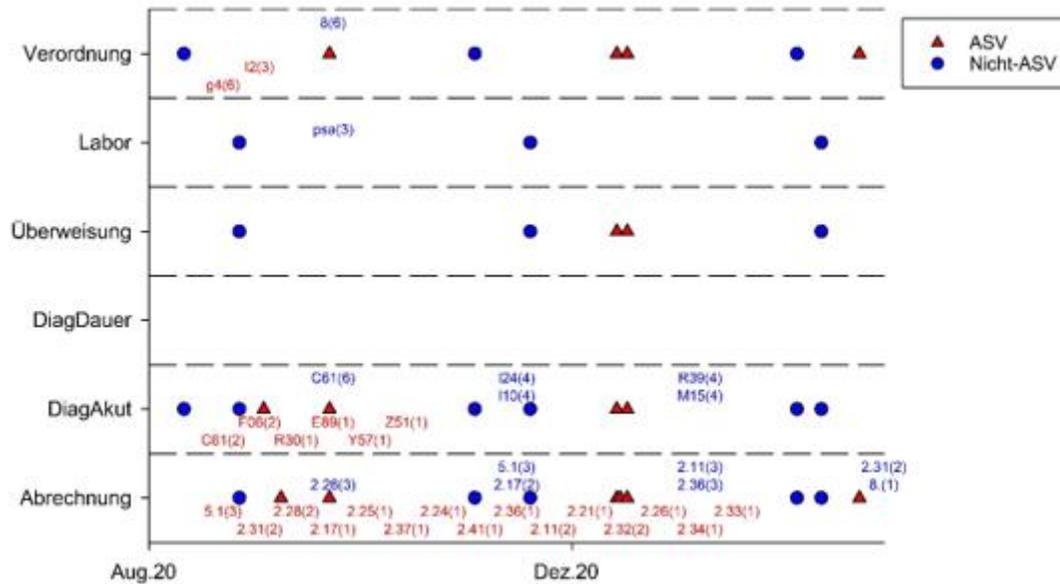
Hypothese	Nicht-ASV (Harnverhalt)	ASV (Myokardinfarkt)
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapie Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	3	2
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	3
Labor	13	12
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	1	0
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	3
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	1	3
Diagnosen		
Harnverhalt	3	-
Kandidose	-	1
Myokardinfarkt	4	-
Labor	-	-
Überweisungen	3	2
Verordnungen	-	Analgetika



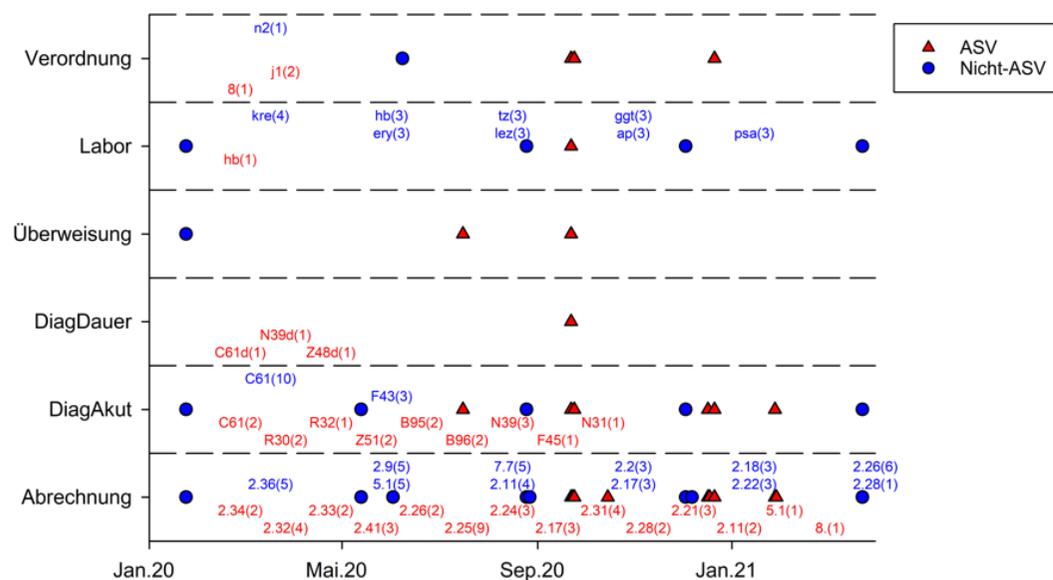
Hypothese	Nicht-ASV (Harnverhalt)	ASV (Myokardinfarkt)
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapie, Palliativmed. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	1	4
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	5
Labor	9	28
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	2
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	5
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	nein
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	4
Diagnosen		
Harnverhalt	3	-
Kandidose	-	1
Myokardinfarkt	4	-
Labor	-	-
Überweisungen	1	4
Verordnungen	-	Dexamethason



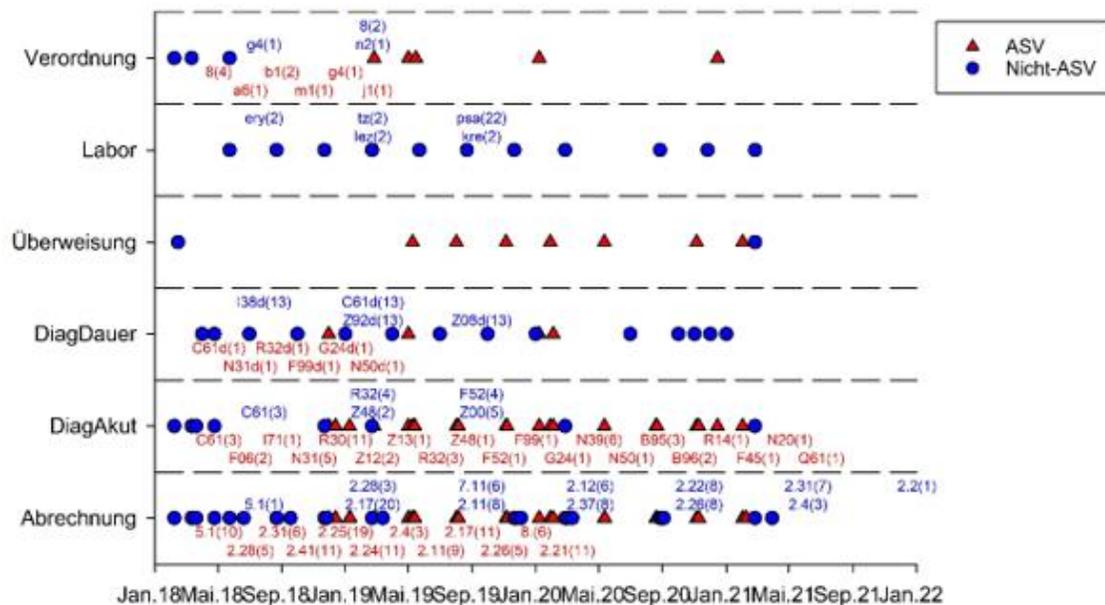
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	Physiotherapeut. Leistungen, Labor	Physiotherapeut. Leistungen, gez. Ab
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	3	1
Innovation & Weiterentwicklung	ADT (Indikation?)	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	3	3
Labor	2	4
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	2	1
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	2
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	1
AU	3	4
Krankenhauseinweisung	2	1
Diagnosen		
Harnverhalt	-	+
Schmerzen beim Wasserlassen	-	-
Labor	PSA7,31 (08/2020) auf 4,64 (02/2021)	-
Überweisungen	3	2
Verordnungen	Trenantone	Leuporelin Flutamid



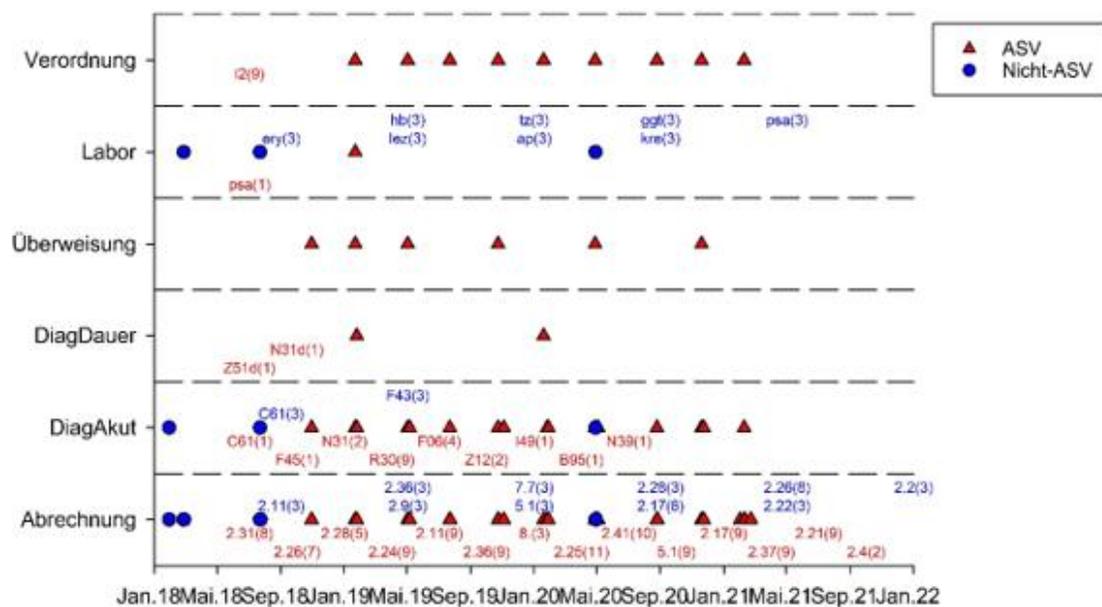
	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	5	1
Labor	10	18
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	4	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	0	1
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	nein
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	3
Krankenhauseinweisung	-	-
Diagnosen		
Harninkontinenz	-	+
Labor	-	Anämie
Überweisungen	1	0
Verordnungen	Analgetika	-

Hypothese	Nicht-ASV (Komorbiditäten)	ASV (Anämie)
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapie Leistungen, gez. AB
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	1	0
Innovation & Weiterentwicklung	-	-



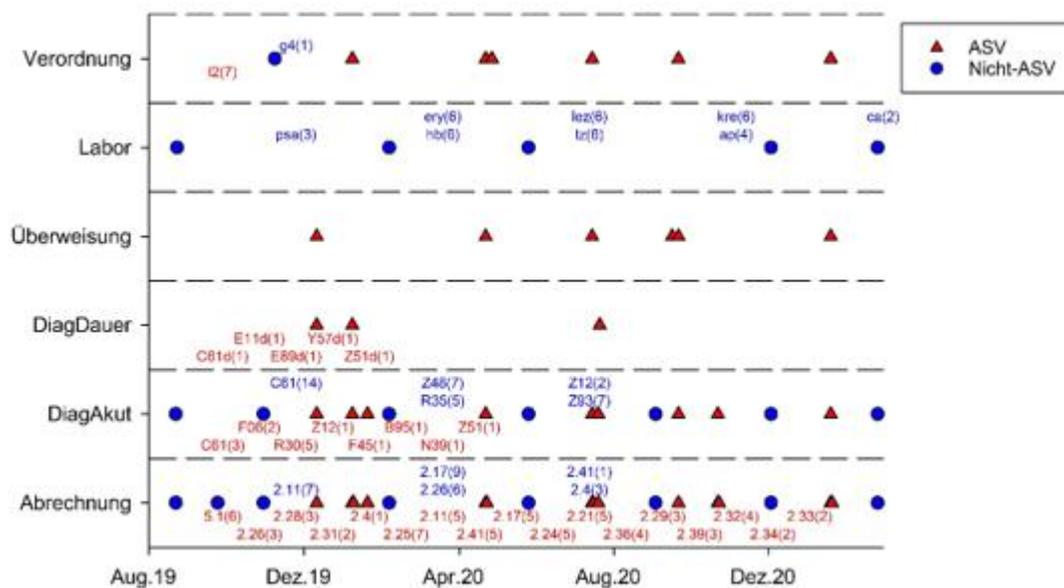
Hypothese	Nicht-ASV (kranker?)	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	Psychotherapie Leistungen	Psychotherapie Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	2	7
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	1	8
Labor	28	51
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	2	5
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	7
Krankenhauseinweisung	1	-
Diagnosen		
Harninkontinenz	+	+
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	Anämie PSA <0,008 (05/2018) auf 0,76 (02/2021)	-
Überweisungen	2	7
Verordnungen	-	-



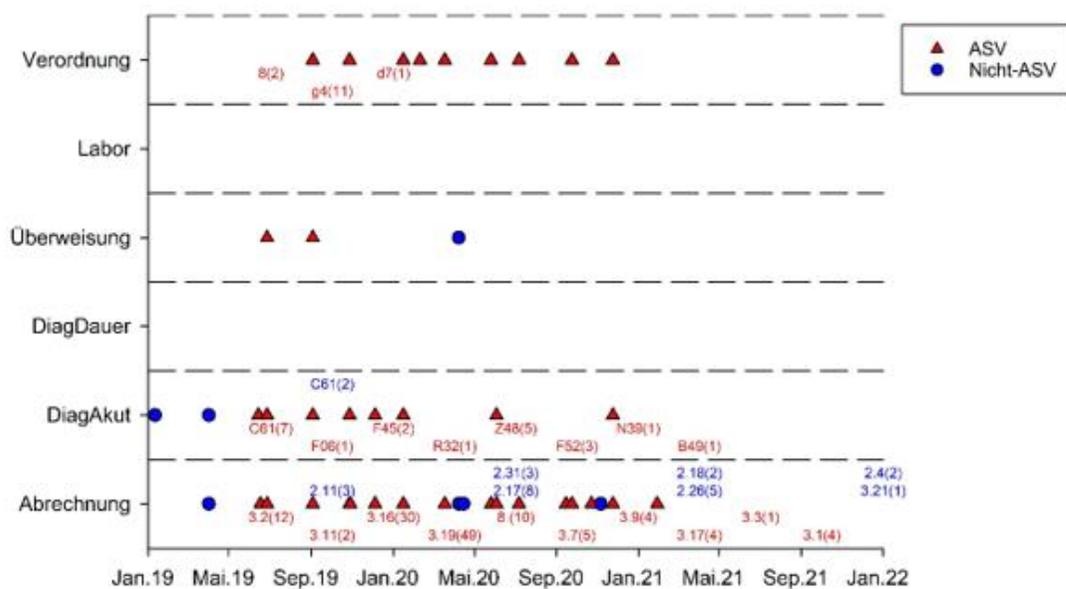
Hypothese	Nicht-ASV (kranker?)	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	Psychotherapie Leistungen	Psychotherapie Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	2	7
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	3	8
Labor	9	51
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	2	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	5
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	7
Krankenhausweisung	-	-
Diagnosen		
Harninkontinenz	-	+
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	Anämie PSA <0,002 (02/2018) stabil bis 04/2020	-
Überweisungen	-	7
Verordnungen	-	-



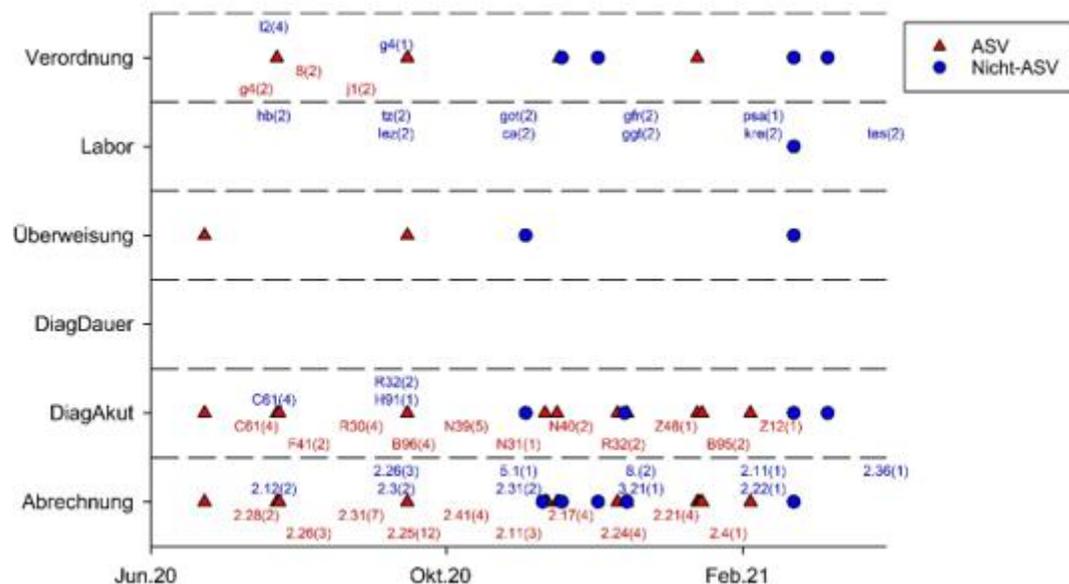
Hypothese	Nicht-ASV (kranker?)	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapie Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	0	6
Innovation & Weiterentwicklung	-	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	6
Labor	9	20
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	3
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	3
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	3
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	4
Krankenhauseinweisung	-	-
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	PSA <0,01 (08/2019) stabil bis 02/2021	-
Überweisungen	-	6
Verordnungen	-	Leuporelin Flutamid



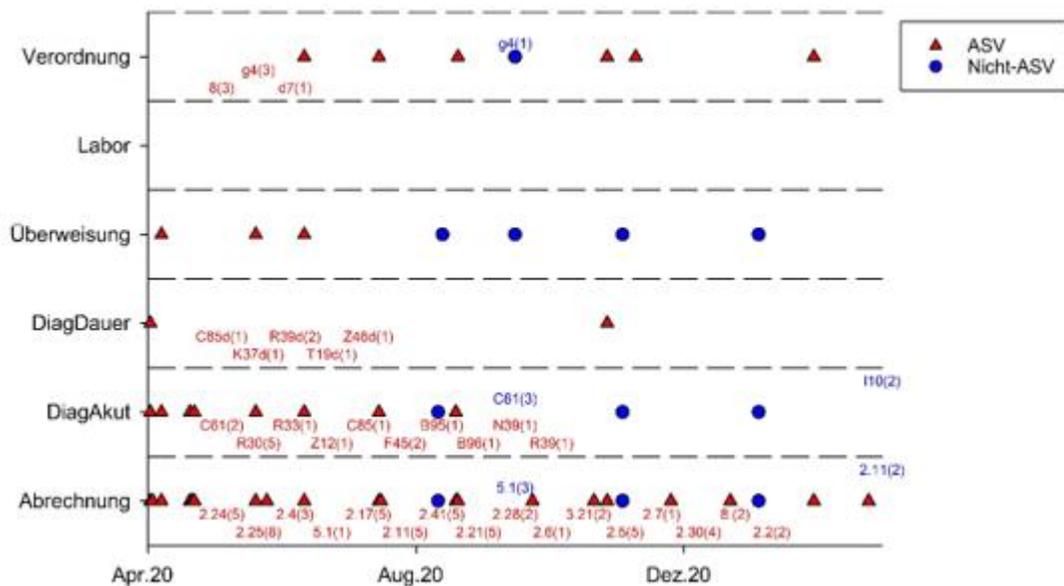
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	-
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	1	2
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	-
Labor	11	-
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	-
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	-
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	-
Krankenhauseinweisung	-	-
Diagnosen		
Hämaturie	-	+
Labor	-	-
Überweisungen	1	2
Verordnungen	-	Dexamethason



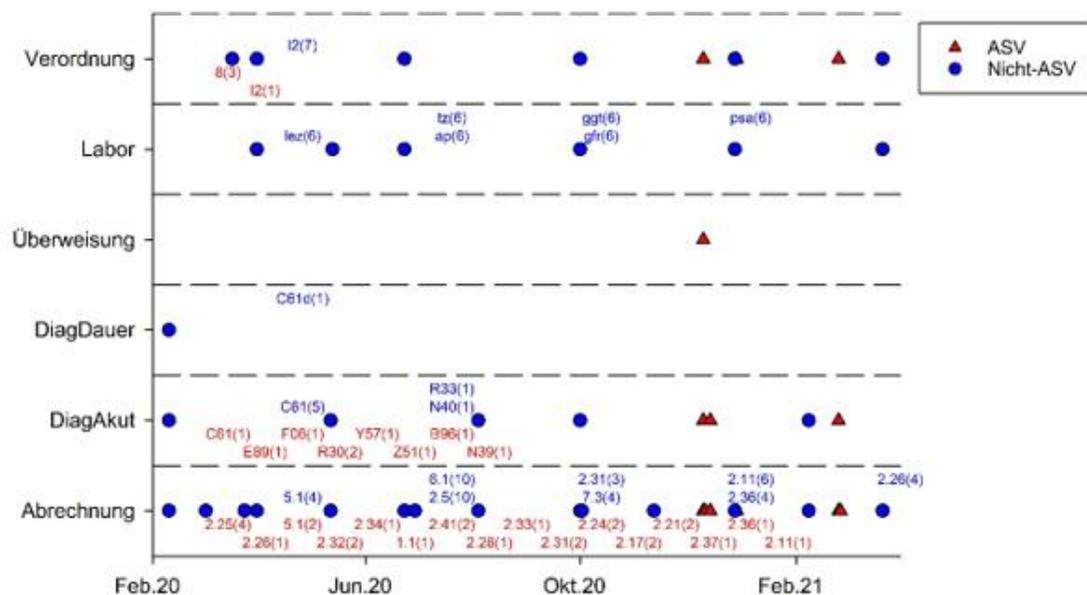
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	Nachsorge	Psychotherapeut. Leistung
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	2	2
Innovation & Weiterentwicklung	ADT (Indikation?)	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	1	-
Labor	1	22
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	1	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	1	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	2
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	-
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	2
Krankenhauseinweisung	-	-
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Hämaturie	+	+
Harninkontinenz	-	+
Labor	Anämie PSA 1,79 (02/2021)	-
Überweisungen	2	2
Verordnungen	Leuporelin Bicalutamid	-



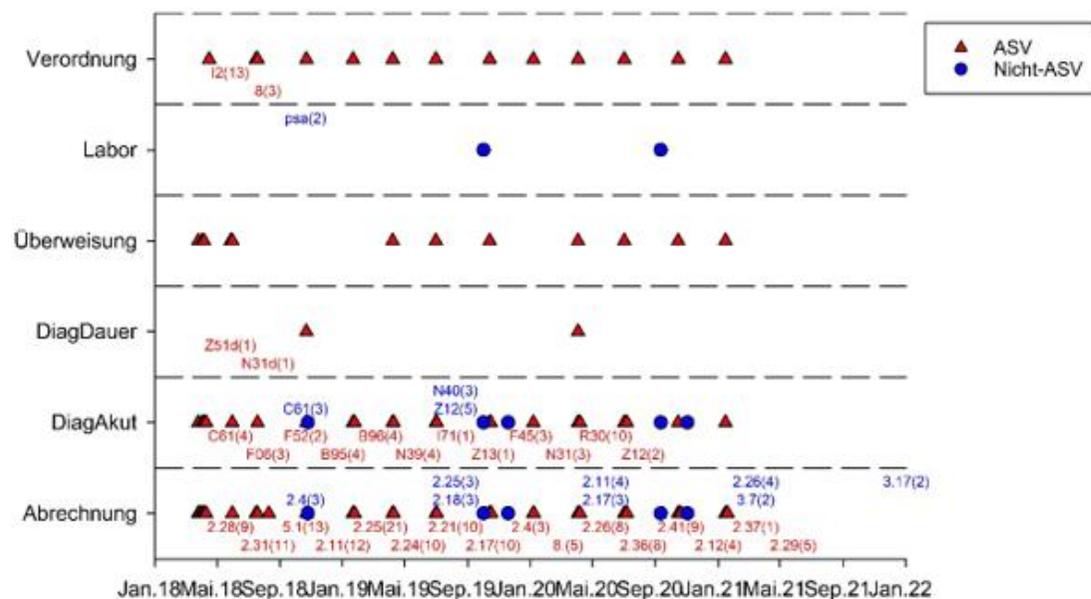
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	-
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	4	3
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	3	1
Labor	-	24
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	-
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	-
Krankenhauseinweisung	-	-
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	-
Hämaturie	-	-
Harninkontinenz	-	-
Labor	-	-
Überweisungen	4	3
Verordnungen	-	-



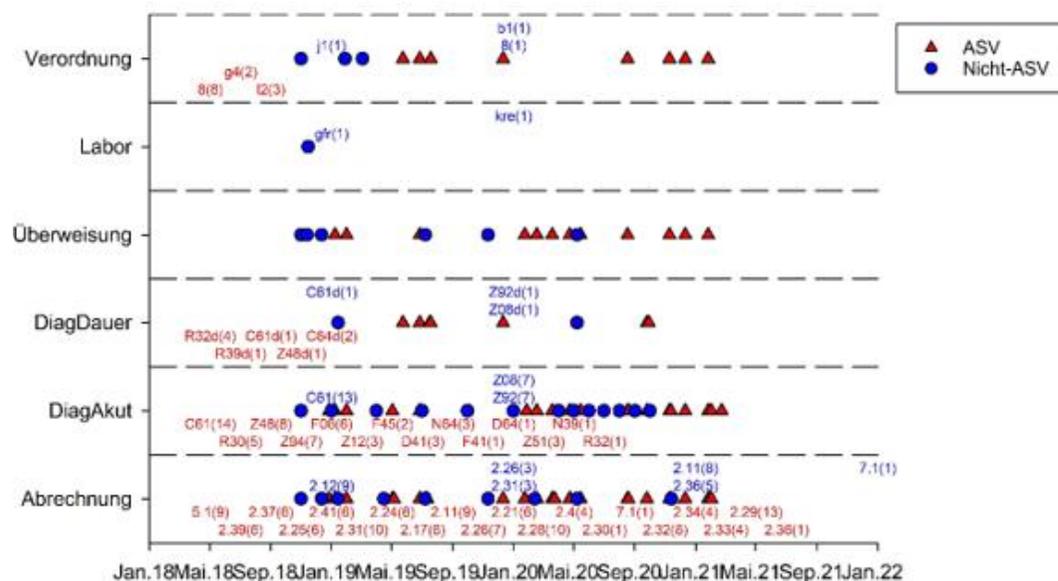
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	Nachsorge	Psychotherapeut. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	4	1
Innovation & Weiterentwicklung	ADT (Indikation?)	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	5	1
Labor	-	10
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	11	1
Betreuung/Nachsorge (II.3)	3	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	1
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	1
Krankenhauseinweisung	-	-
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Hämaturie	-	-
Harninkontinenz	-	-
Labor	PSA 10,37 (03/2020) auf 1,95 (03/2021)	-
Überweisungen	4	1
Verordnungen	Leuporelin Bicalutamid	Leuporelin



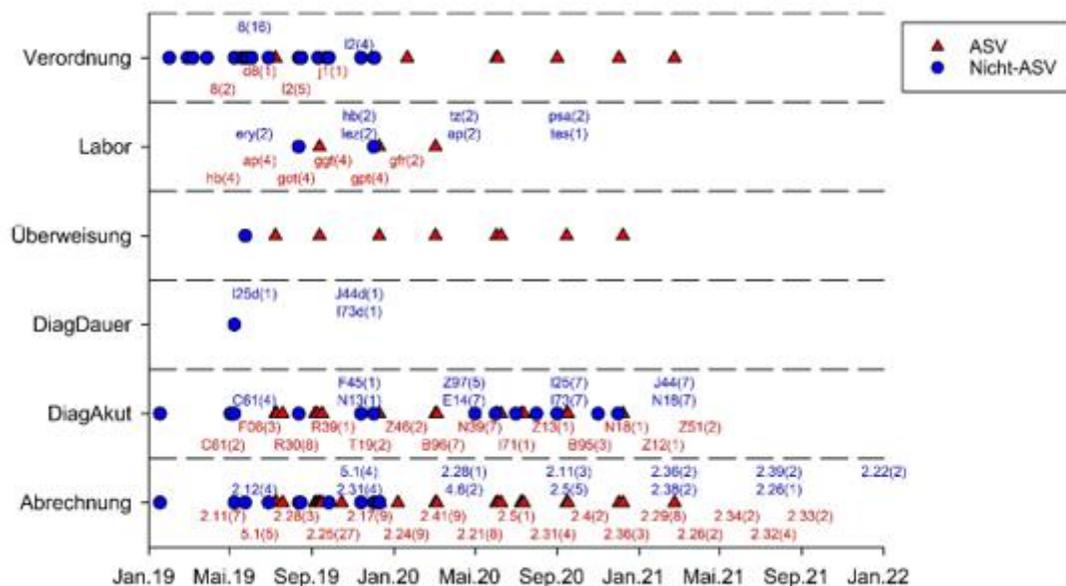
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapeut./ Palliativmed. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	0	12
Innovation & Weiterentwicklung	-	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	11
Labor	11	46
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	7
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	4
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	6
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	1
Krankenhauseinweisung	-	-
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Hämaturie	-	+
Harninkontinenz	-	-
Labor	PSA 3,08 (10/2019) auf 3,84 (09/2020)	-
Überweisungen	-	12
Verordnungen	-	Leuporelin Flutamid



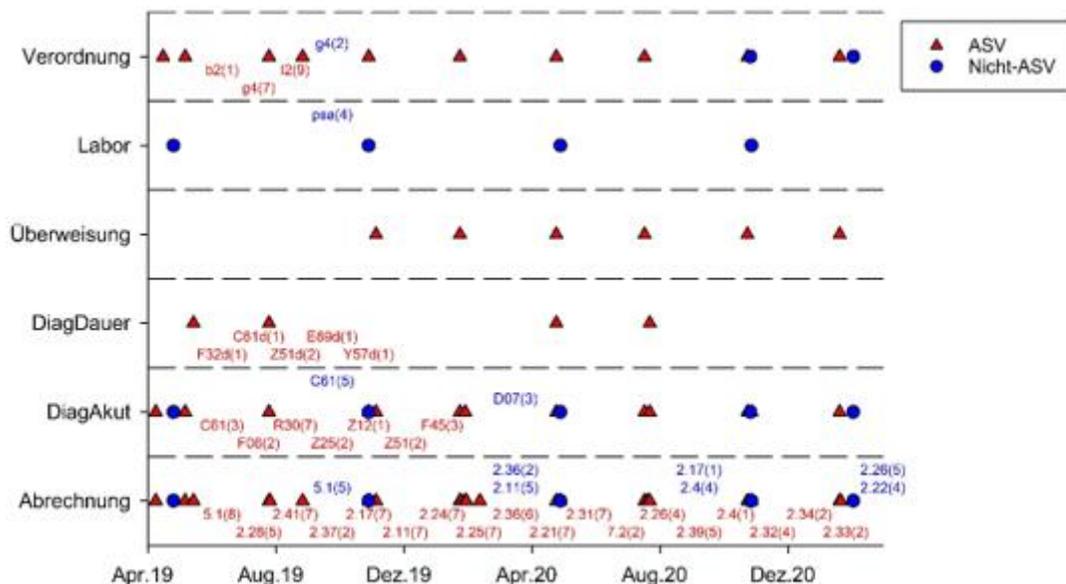
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapeut./ Palliativmed. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	6	12
Innovation & Weiterentwicklung	-	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	9
Labor	-	18
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
Antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	5	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	10
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	11
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	2
Krankenhauseinweisung	1	-
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Hämaturie	-	-
Harninkontinenz	-	-
Labor	-	-
Überweisungen	6	12
Verordnungen	-	Leuporelin



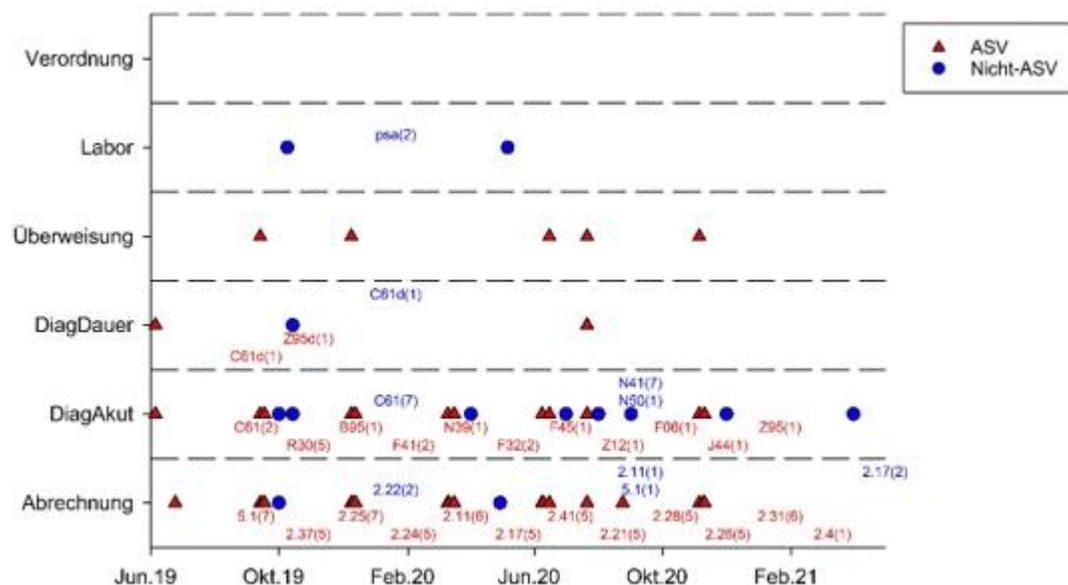
Hypothese	Nicht-ASV (Z.n. RP?)	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	Therapie	Psychotherapie/ Palliativmed. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	1	8
Innovation & Weiterentwicklung	ADT (Indikation?)	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	4	5
Labor	2	52
Infusion/Transfusion (II.5)	3	1
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	2	3
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	3
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	7
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	6
Krankenhauseinweisung	1	-
Diagnosen		
Harninkontinenz	-	-
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	PSA 5,09 (08/2019) auf 12,37 (12/2019)	Anämie
Überweisungen	1	8
Verordnungen	Bicalutamid Buserelin	Leuporelin



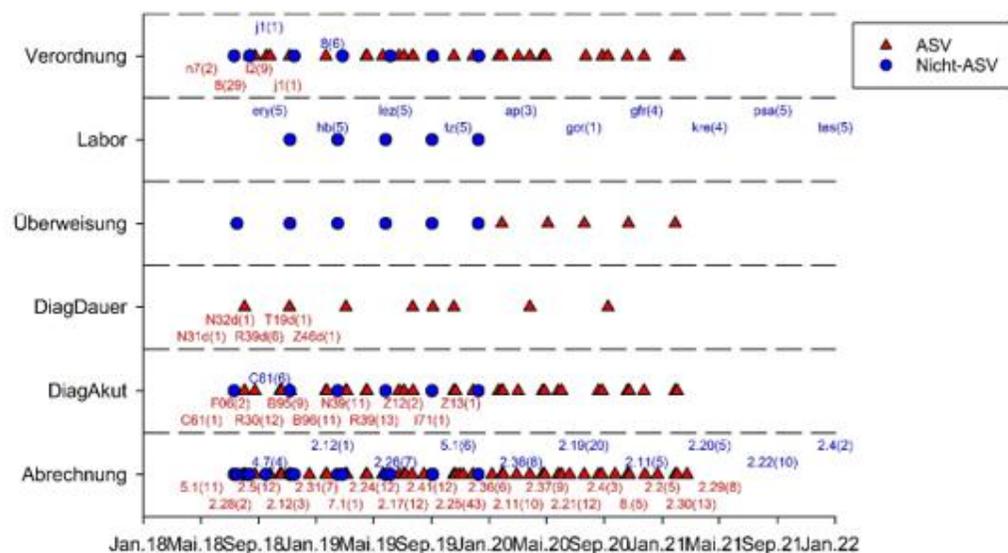
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	Therapie	Psychotherapie, gez. AB
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	0	6
Innovation & Weiterentwicklung	-	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	5	8
Labor	5	27
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	2	6
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	5
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	7
Krankenhauseinweisung	-	-
Diagnosen		
Harninkontinenz	-	-
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	PSA 1,01 (04/2019) auf 1,33 (04/2020)	-
Überweisungen	0	6
Verordnungen	-	Leuporelin Flutamid



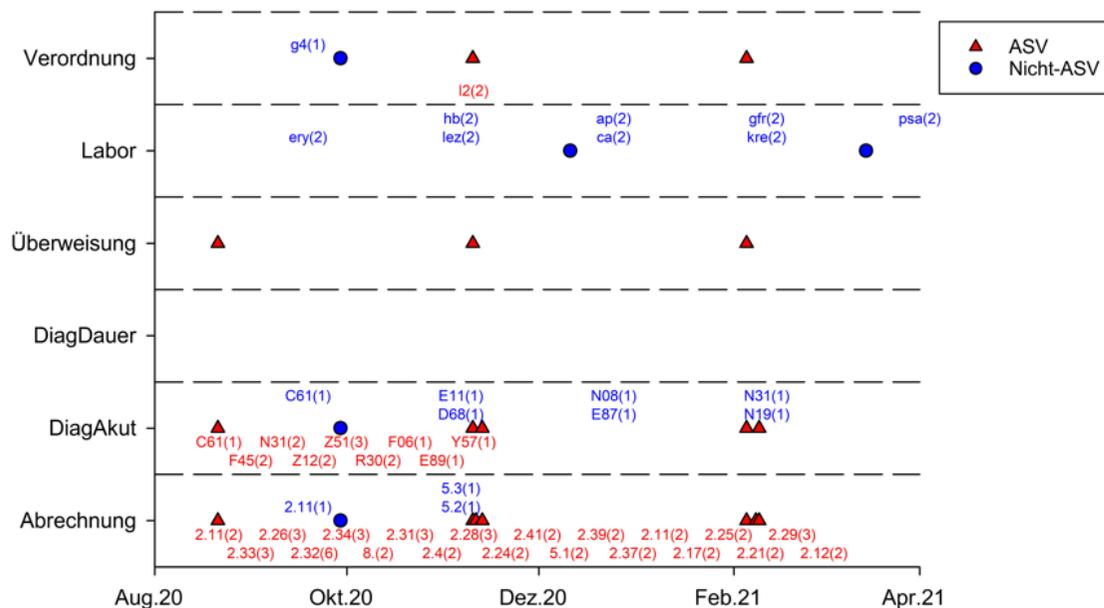
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapie, gez. AB
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	0	5
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	1	6
Labor	4	19
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	6
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	5
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	4
Krankenhauseinweisung	-	-
Diagnosen		
Depression	-	+
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	PSA 0,24 (10/2019) auf 0,19 (05/2020)	-
Überweisungen	0	5
Verordnungen	-	-



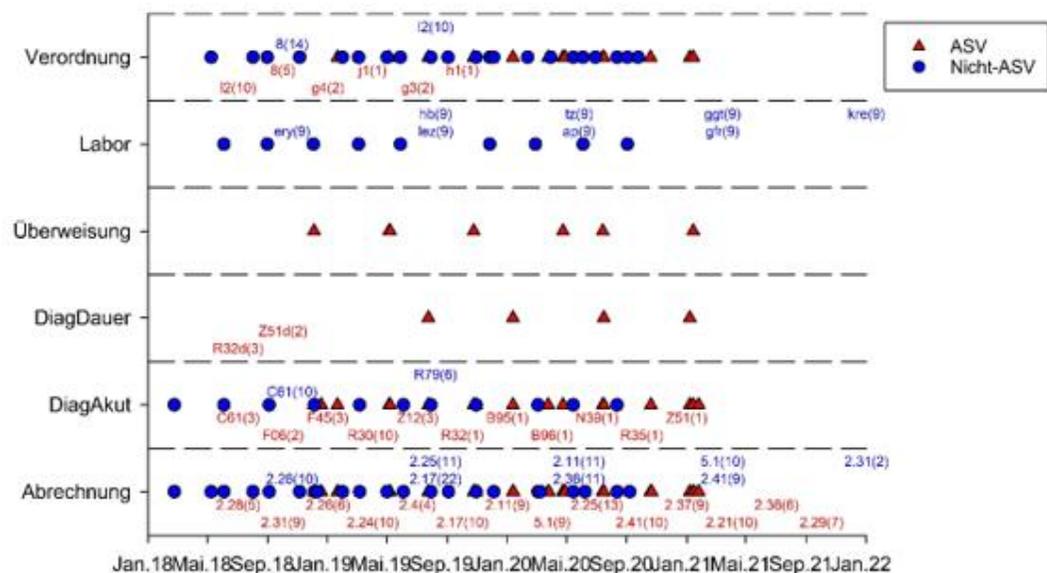
Hypothese	Nicht-ASV (Z.n. RP?)	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapie/Palliativmed. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	6	5
Innovation & Weiterentwicklung	ADT (Indikation?)	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	6	11
Labor	34	80
Infusion/Transfusion (II.5)	-	11
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	4	6
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	1
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	7
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	6
Krankenhauseinweisung	-	1
Diagnosen		
Depression	-	-
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	PSA 0,96 (11/2018) auf 0,45 (12/2019) Testosteron unter Kastrationsniveau	-
Überweisungen	6	5
Verordnungen	Trenantone	Leuporelin



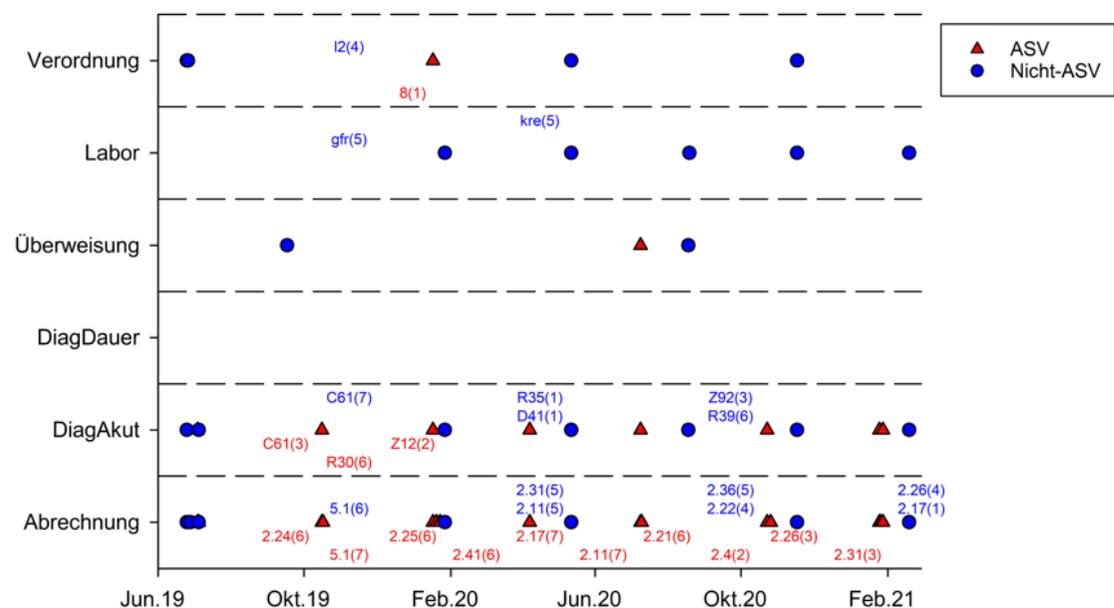
Hypothese	Nicht-ASV (Z.n. RP?)	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapie/Palliativmed. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	0	3
Innovation & Weiterentwicklung	-	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	2
Labor	-	8
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	3
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	3
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	1
Krankenhauseinweisung	-	1
Diagnosen		
Depression	-	-
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	PSA <0,03 stabil von 12/2020 bis 03/2021	-
Überweisungen	0	3
Verordnungen	-	Leuporelin



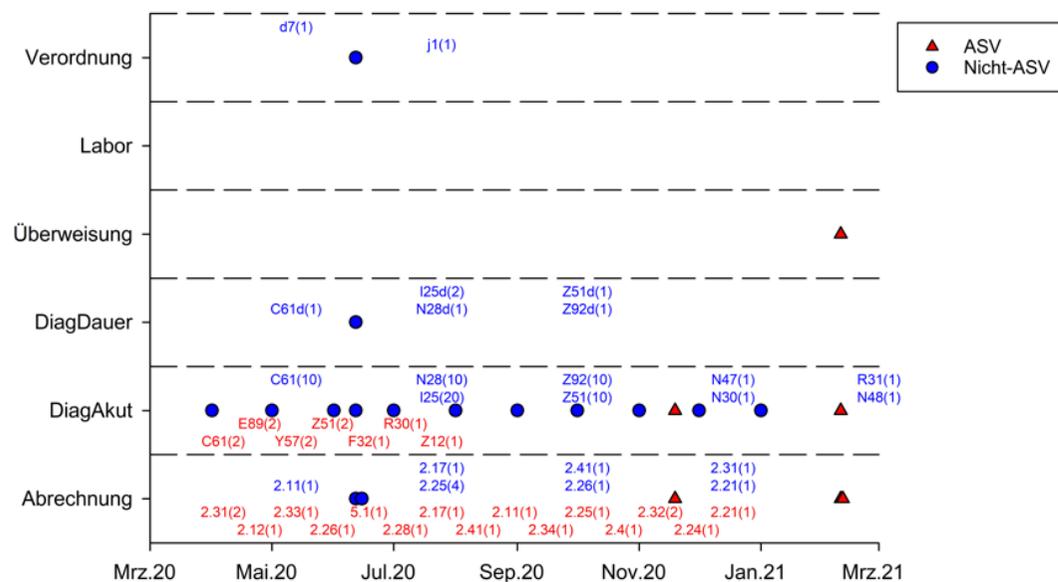
Hypothese	Nicht-ASV (Z.n. RP?)	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapie/Palliativmed. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	0	7
Innovation & Weiterentwicklung	ADT (Indikation?)	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	10	8
Labor	33	41
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	11	5
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	5
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	8
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	8	9
Krankenhauseinweisung	-	1
Diagnosen		
Harninkontinenz	-	+
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	-	-
Überweisungen	0	7
Verordnungen	Triptorelin	Triptorelin Flutamid Cyproteron



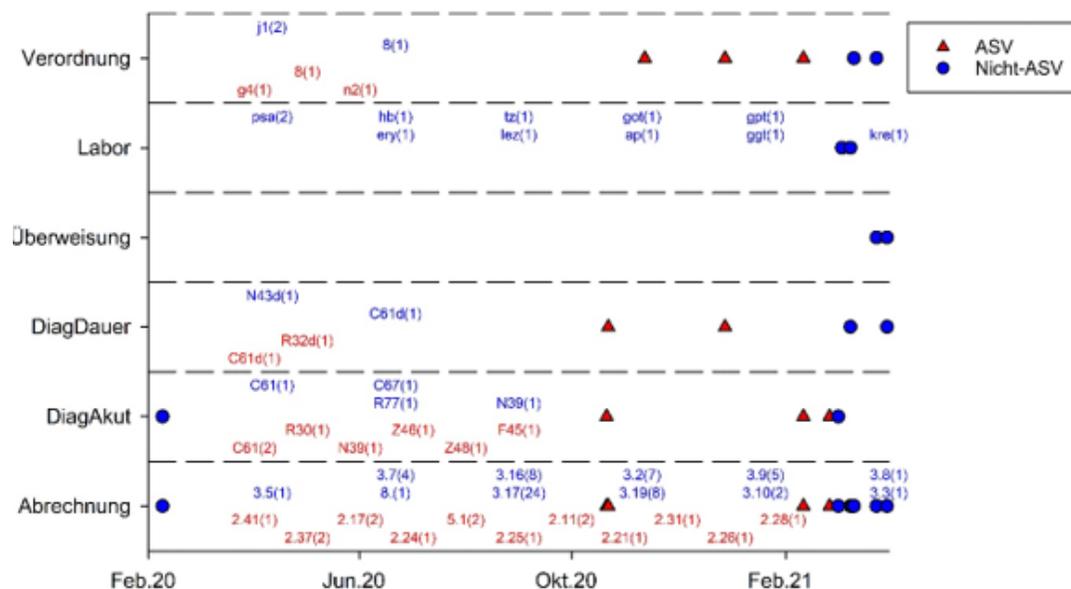
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	Therapie, gez. AB-Einsatz	-
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	2	1
Innovation & Weiterentwicklung	ADT (Indikation?)	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	6	7
Labor	7	25
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	5	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	-
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	8	4
Krankenseinweisung	-	1
Diagnosen		
Harninkontinenz	-	-
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	-	-
Überweisungen	2	1
Verordnungen	Triptorelin Bicalutamid	-



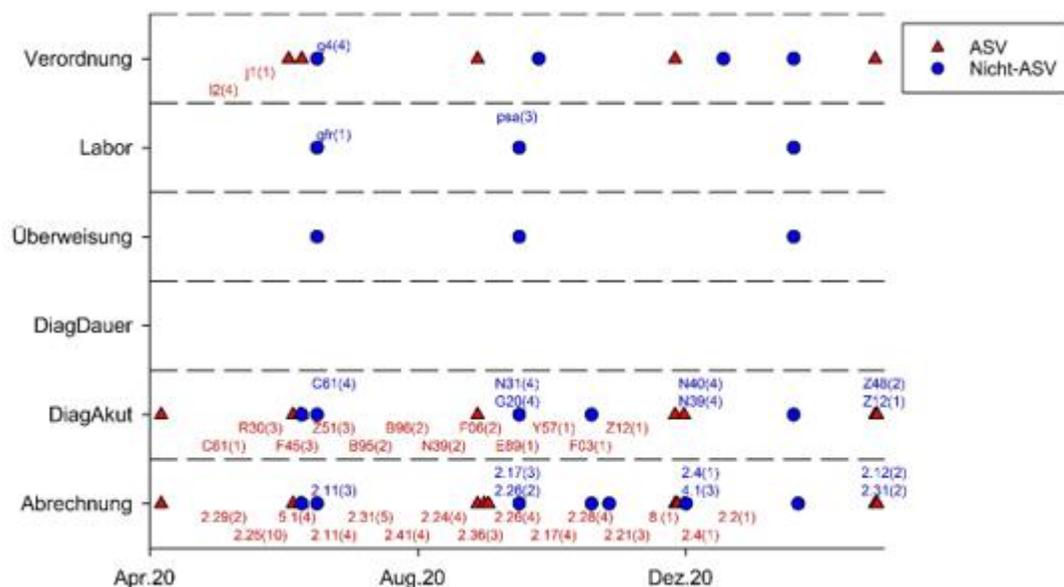
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	Therapie, gez. AB	-
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	0	1
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	1
Labor	6	4
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	5	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	-
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	8	1
Krankenseinweisung	-	-
Diagnosen		
Hämaturie	-	-
Labor	-	-
Überweisungen	0	1
Verordnungen	Flutametason	-



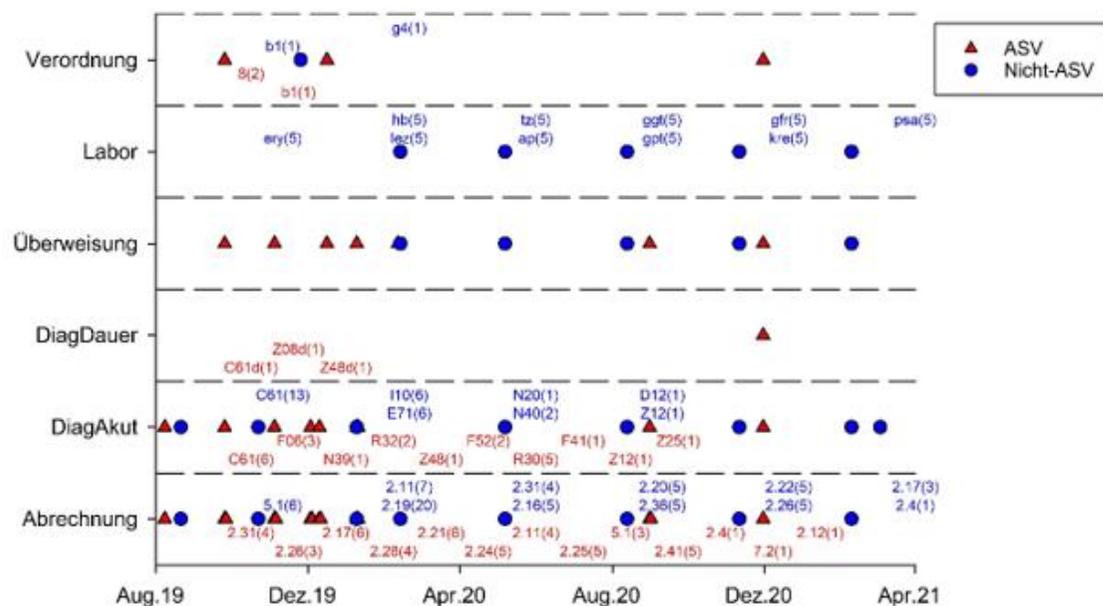
	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	2
Labor	-	4
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	1
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	1
Krankenseinweisung	-	-
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	-
Labor	PSA 5,1 (03/2021)	-
Überweisungen	2	-
Verordnungen	-	-

Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Physiotherapeut. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	2	0
Innovation & Weiterentwicklung	-	-



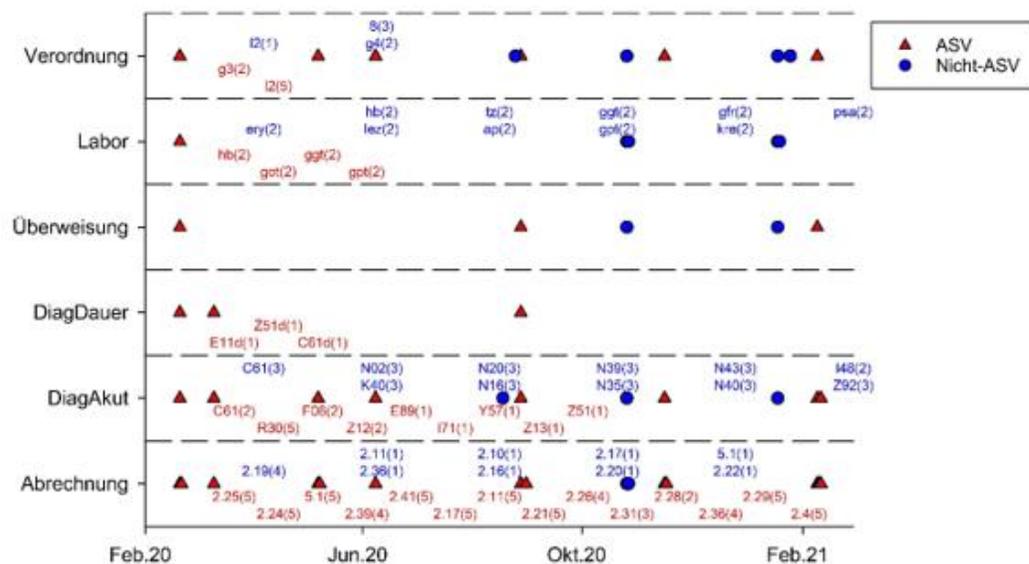
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Physiotherapeut./ Palliativmed. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	3	0
Innovation & Weiterentwicklung	-	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	4
Labor	3	21
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	3
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	4
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	1
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	4
Krankenhauseinweisung	-	1
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	PSA 2,01 (06/2020) auf 2,23 (01/2021)	-
Überweisungen	3	-
Verordnungen	-	Leuporelin



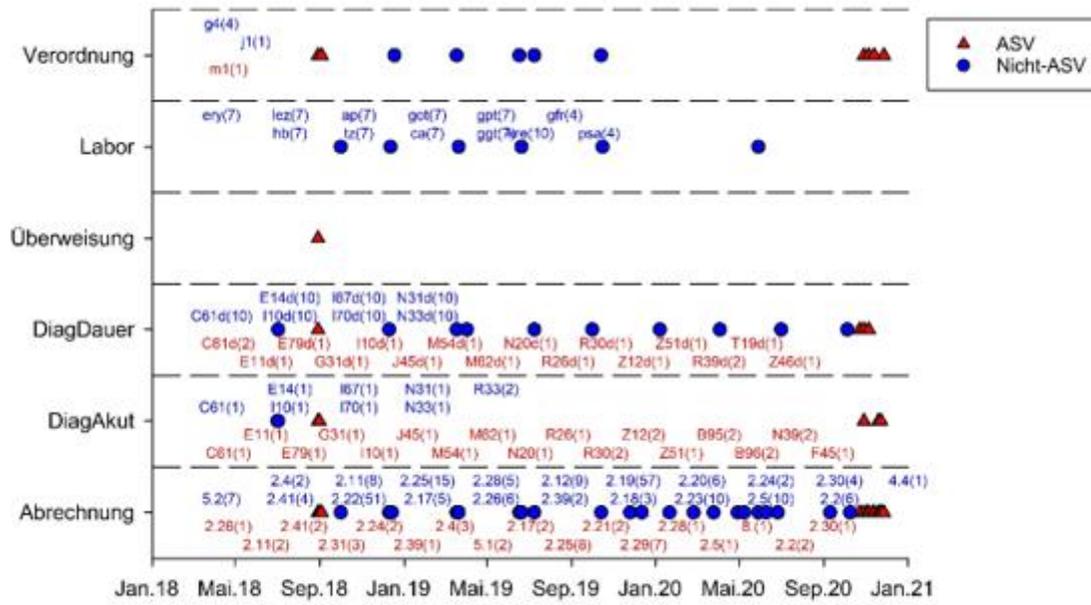
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Physiotherapeut. Leistungen, gez. Ab
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	5	7
Innovation & Weiterentwicklung	-	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	6	3
Labor	37	22
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	3	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	1
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	5
AU	3	4
Krankenhauseinweisung	2	1
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Harninkontinenz	-	+
Labor	PSA – kein Wert eingetragen	-
Überweisungen	5	7



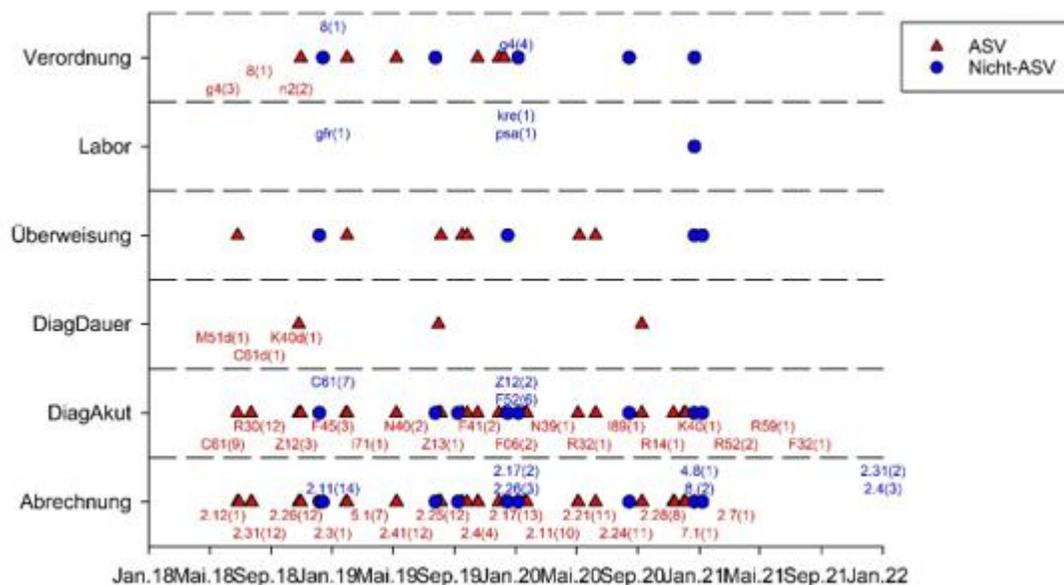
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Physiotherapeut./ Palliativmed. Leistungen, gez. AB
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	2	3
Innovation & Weiterentwicklung	ADT (Indikation?)	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	1	5
Labor	7	18
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	1	2
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	1
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	5
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	4
AU	3	4
Krankenhauseinweisung	2	1
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Harninkontinenz	-	-
Labor	PSA 1,32 (10/2020) auf 1,11 (01/2021)	Anämie
Überweisungen	2	3



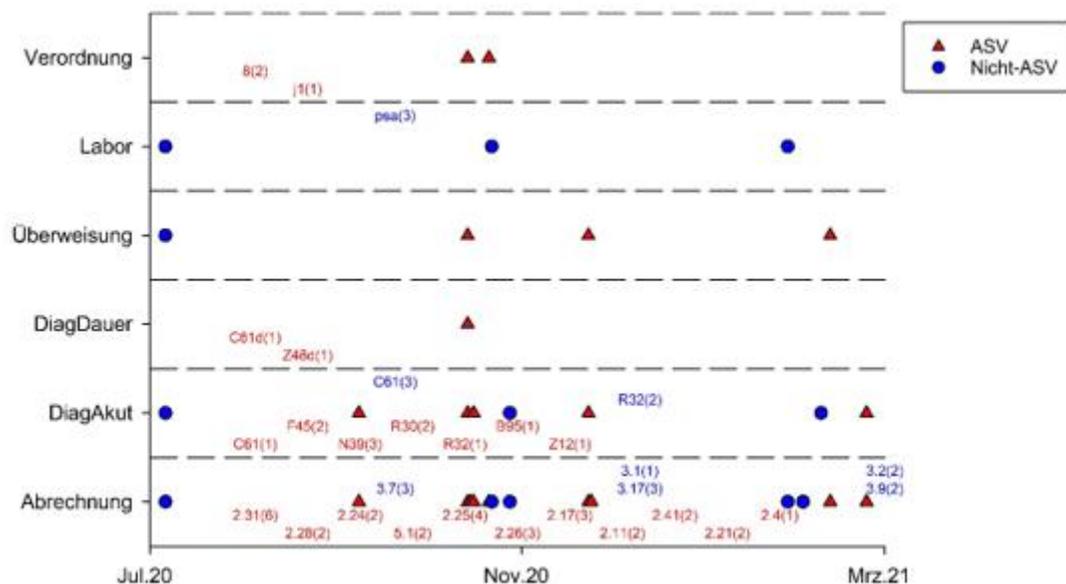
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	Physiotherapeut. Leistungen, Labor	Physiotherapeut./ Palliativmed. Leistungen, gez. Ab
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	0	1
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	1	2
Labor	139	14
Infusion/Transfusion (II.5)	9	1
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	5	1
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	7
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	3	2
AU	3	4
Krankenhauseinweisung	2	1
Diagnosen		
Harnverhalt	+	-
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	PSA 3,13 (03/2019) auf 3,06 (06/2019) auf 3,35 (05/2020)	Anämie
Überweisungen	0	1
Verordnungen	-	-



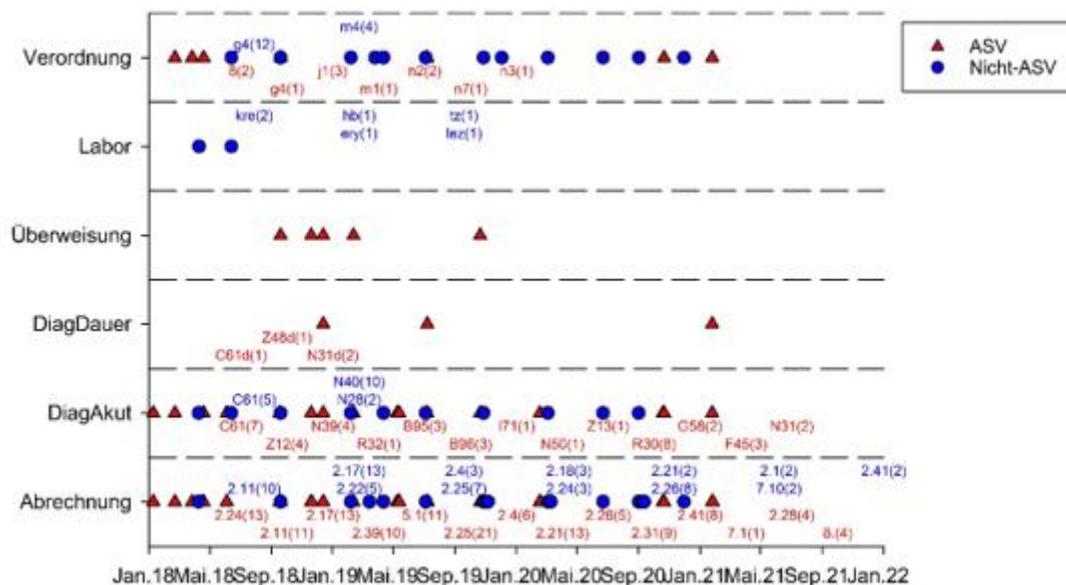
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapeut. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	4	7
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	7
Labor (II.17-25)	2	42
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	6
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	-
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	2	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	9
AU	-	-
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Harninkontinenz	-	+
Hämaturie	-	+
Labor	PSA von 0,07 (12/2020)	-
Überweisungen	4	7
Verordnungen	-	Analgetika



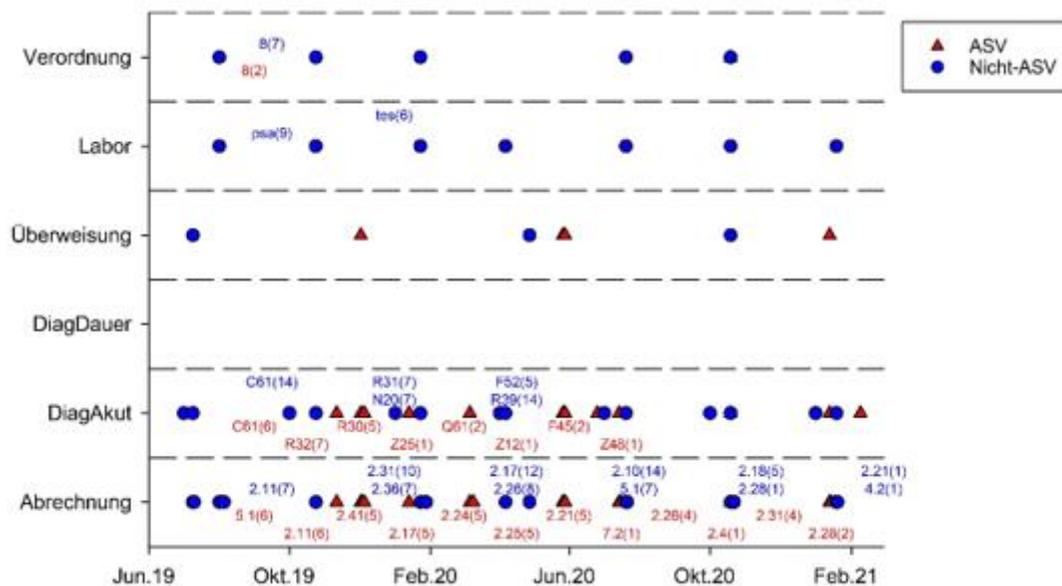
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapeut. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	1	3
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	-
Labor (II.17-25)	3	9
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	2
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	-
AU	-	-
Diagnosen		
Harninkontinenz	+	-
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	-	-
Überweisungen	1	3
Verordnungen	-	-



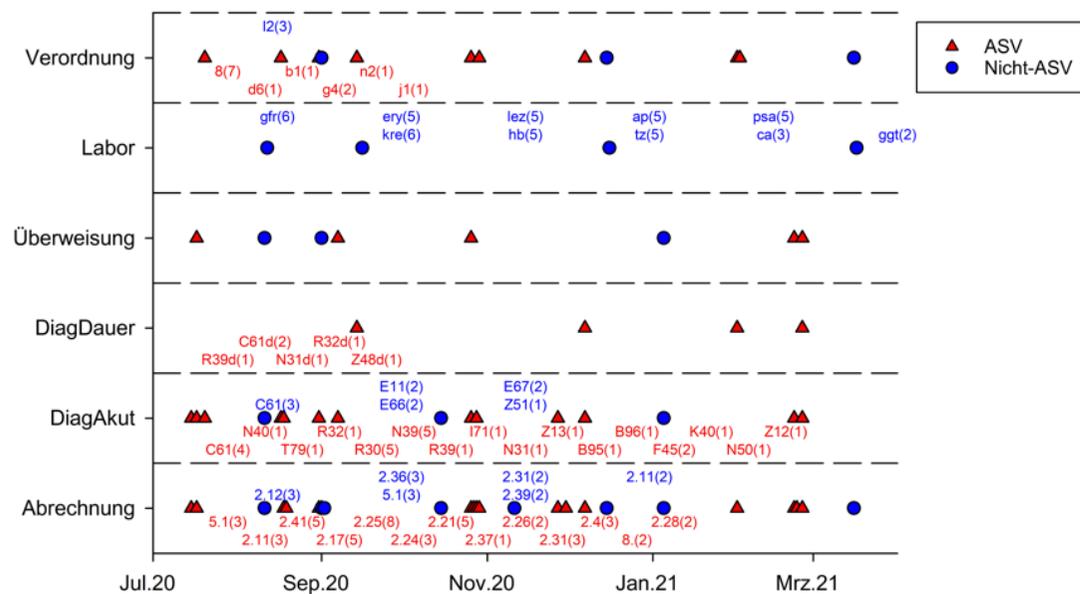
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapie, gez. AB
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	-	5
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	7
Labor	27	58
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	2
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	1	5
AU	-	5
Krankenhauseinweisung	-	1
Diagnosen		
Harninkontinenz	-	+
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Hämaturie	-	+
Labor	-	-
Überweisungen	-	5



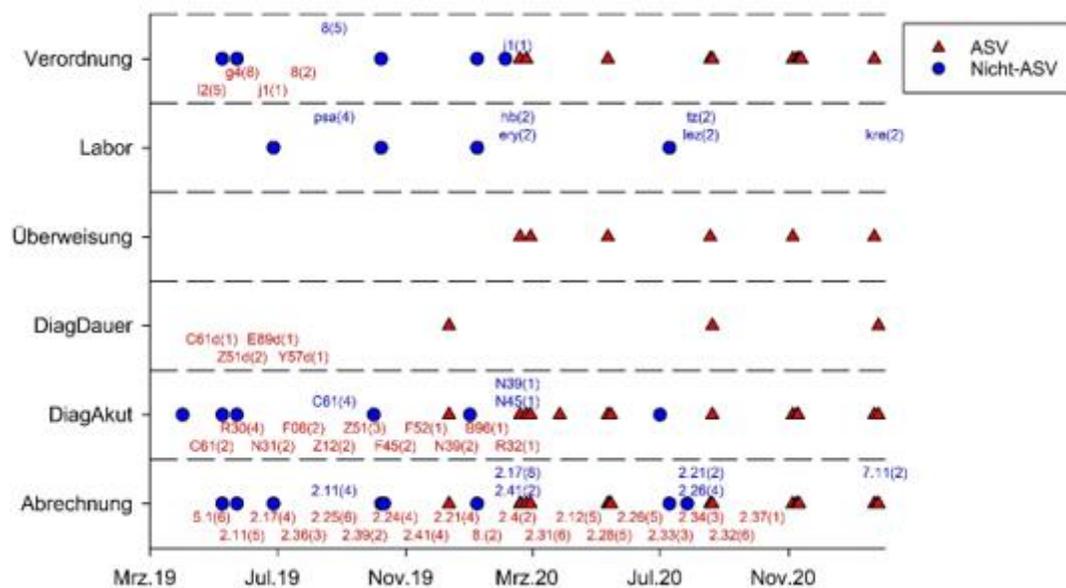
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	Psychotherapeut. Leistungen	Psychotherapeut. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	3	3
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	1	4
Labor (II.17-25)	18	17
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	1	2
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	ja	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	2
AU	-	-
Diagnosen		
Harninkontinenz	-	+
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Hämaturie	+	-
Labor	PSA von 0,01 (08/2019) auf 0,45 (01/2021) - Testosteron nicht unter Nachweisgrenze (keine HT)	-
Überweisungen	3	3
Verordnungen	-	-



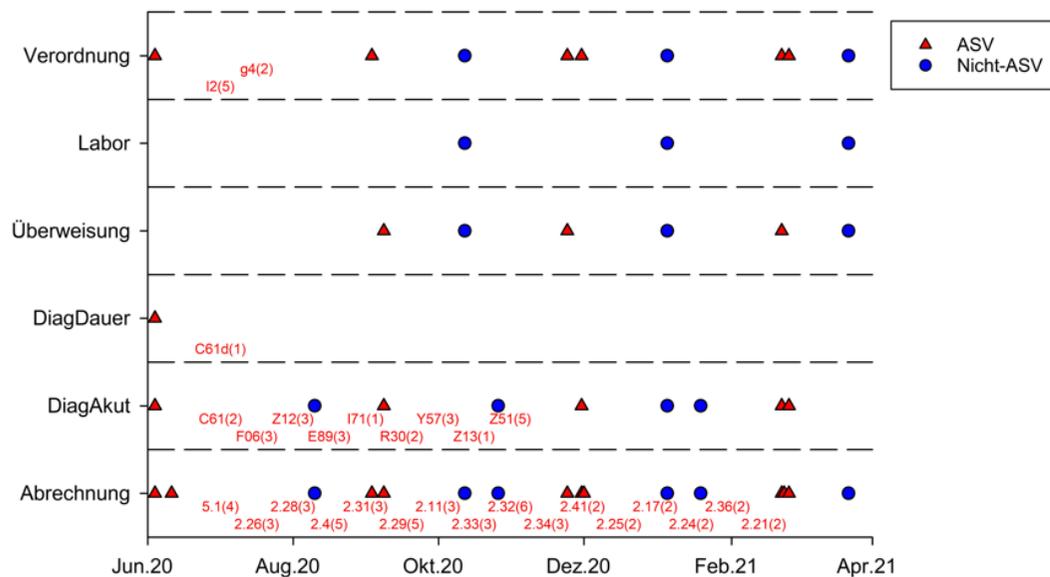
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapeut. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	3	4
Innovation & Weiterentwicklung	ADT (Indikation?)	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	2	3
Labor (II.17-25)	-	21
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	3	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	3
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	-
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	5
AU	-	1
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Harninkontinenz	-	+
Labor	PSA von 21,06 (09/2020) auf 0,6 (12/2020) auf 0,21 (03/2021)	-
Überweisungen	3	4
Verordnungen	Leuporelin	-



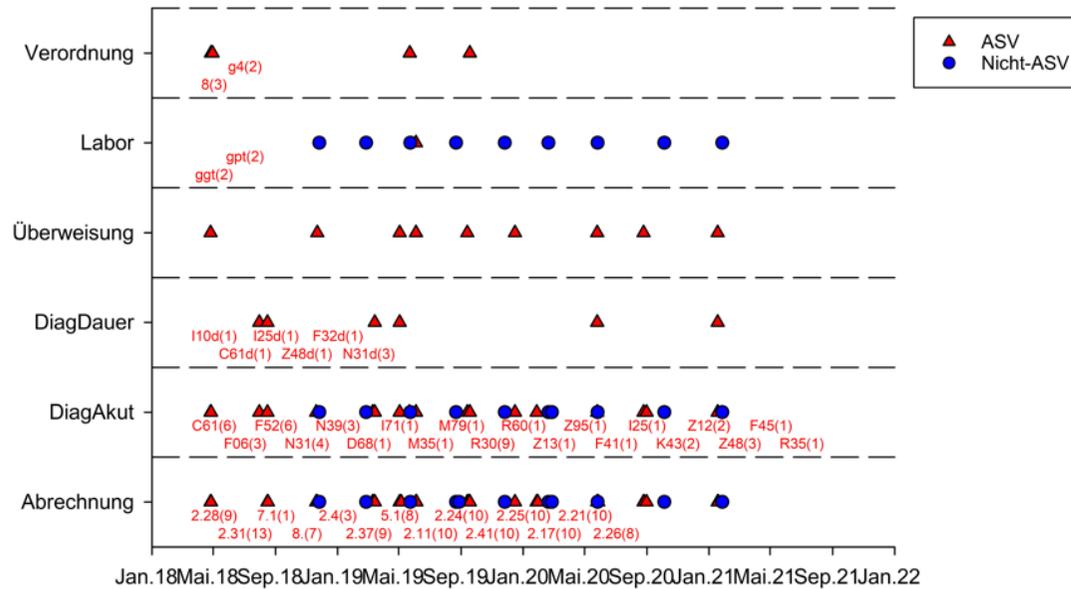
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapeut. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	3	4
Innovation & Weiterentwicklung	ADT (Indikation?)	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	5
Labor (II.17-25)	9	15
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	3
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	-
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	2	3
AU	-	-
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Harninkontinenz	-	+
Hämaturie	-	+
Labor	PSA von 0,2 (06/2019) auf 0,11 (10/2019) auf 0,07 (07/2020)	-
Überweisungen	-	6
Verordnungen	-	Leuporelin



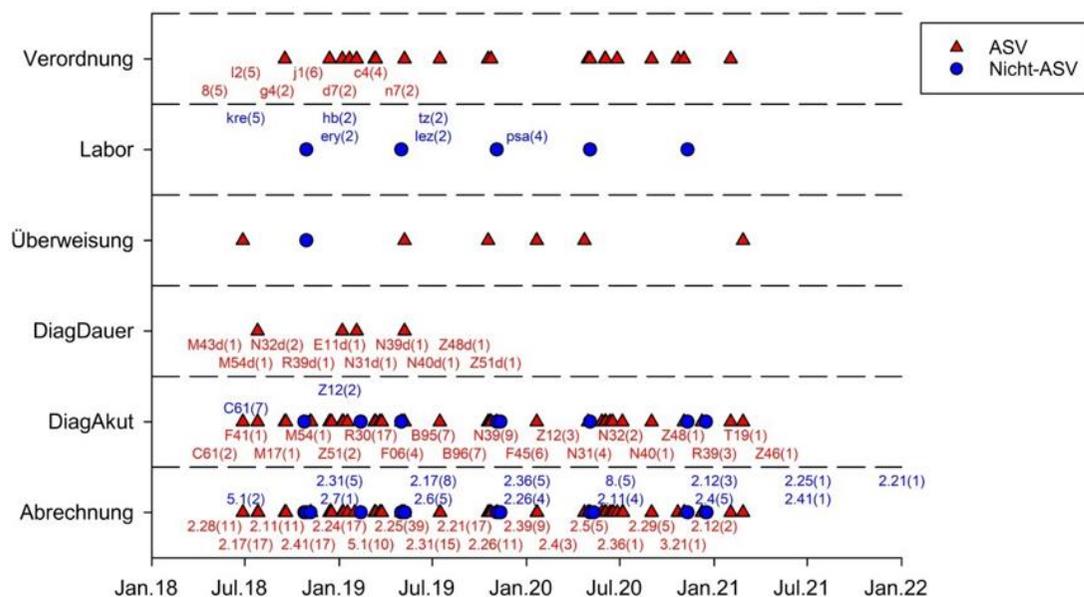
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapeut./ Palliativmed. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	3	3
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	3	4
Labor (II.17-25)	6	6
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	3	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	3
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	5
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	-
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	1
AU	-	-
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	PSA von 0 (10/2020 bis 03/2021)	-
Überweisungen	3	3
Verordnungen	Leuporelin	Leuporelin Flutamid



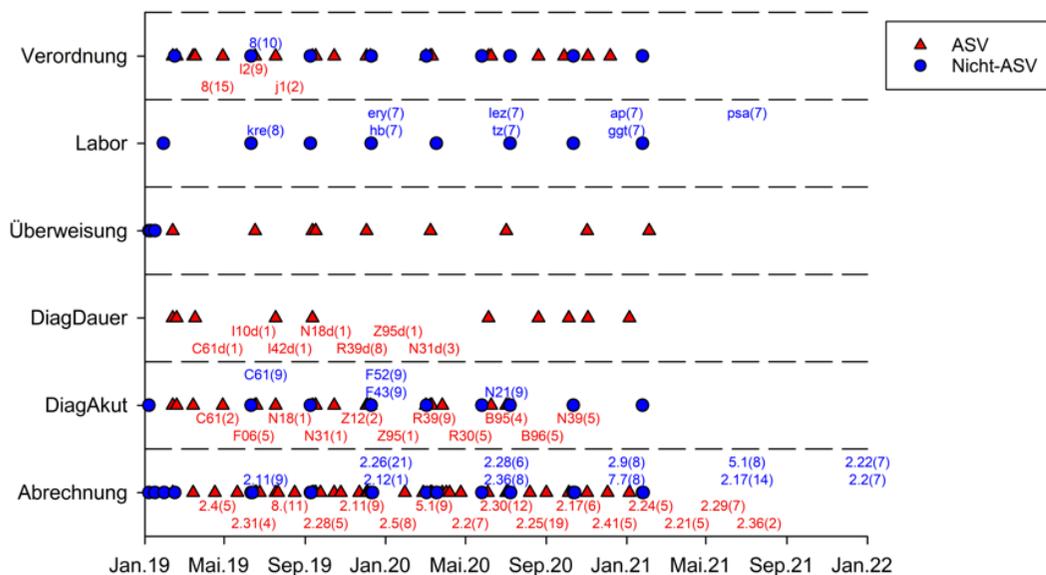
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapeut. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	-	9
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	5	6
Labor (II.17-25)	15	36
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast. oder system. Zytostatika Therapie (II.36)	3	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	7
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	-
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	8
AU	-	-
Krankenhauseinweisung	-	1
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	PSA von 2,33 (11/2018) auf 0,28 (01/2021)	-
Überweisungen	-	9



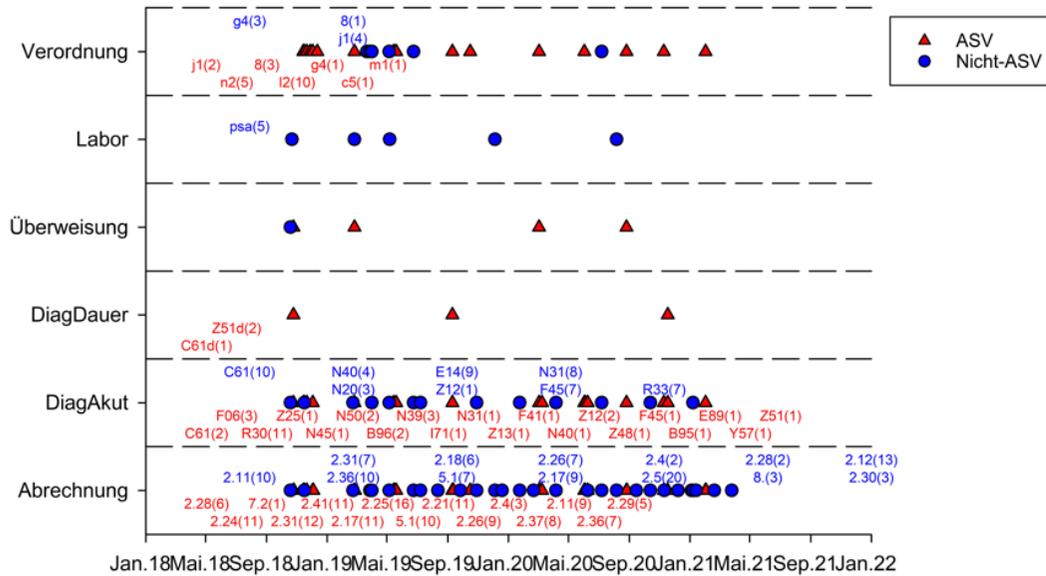
Hypothese	Nicht-ASV (Z.n. nach RP?)	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapeut./ Palliativmed. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	1	6
Innovation & Weiterentwicklung	-	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	2	7
Labor (II.17-25)	10	89
Infusion/Transfusion (II.5)	-	4
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	3	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	8
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	5
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	1	6
AU	-	-
Krankenhauseinweisung	1	-
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Fremdkörper im Urogenitaltrakt	-	+
Nachbehandlung nach chir. Eingriff	-	+
Labor	PSA von 0,027 (05/2019) auf 0,037 (11/2020)	-
Überweisungen	1	6
Verordnungen	-	Triptorelin Dexamethason



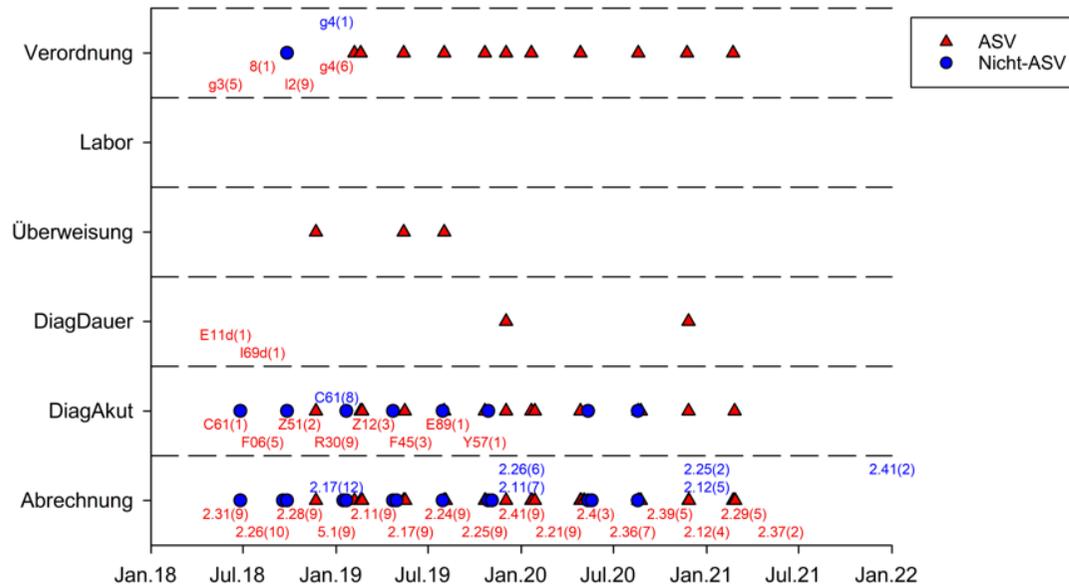
Hypothese	Nicht-ASV (Z.n. nach RP?)	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	Psychotherapeut. Leistungen, Therapie	Psychotherapeut. / Palliativmed. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	3	6
Innovation & Weiterentwicklung	-	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	6	7
Labor (II.17-25)	21	34
Infusion/Transfusion (II.5)	-	7
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	7	1
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	5	4
Palliativmed. Versorgung (II.29)		8
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	1	2
AU	-	-
Krankenhauseinweisung	-	-
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	PSA von <0,002 (06/2019) gleichbleibend bis 0,008 (02/2021)	-
Überweisungen	3	9
Verordnungen	-	Leuporelin Flutamid



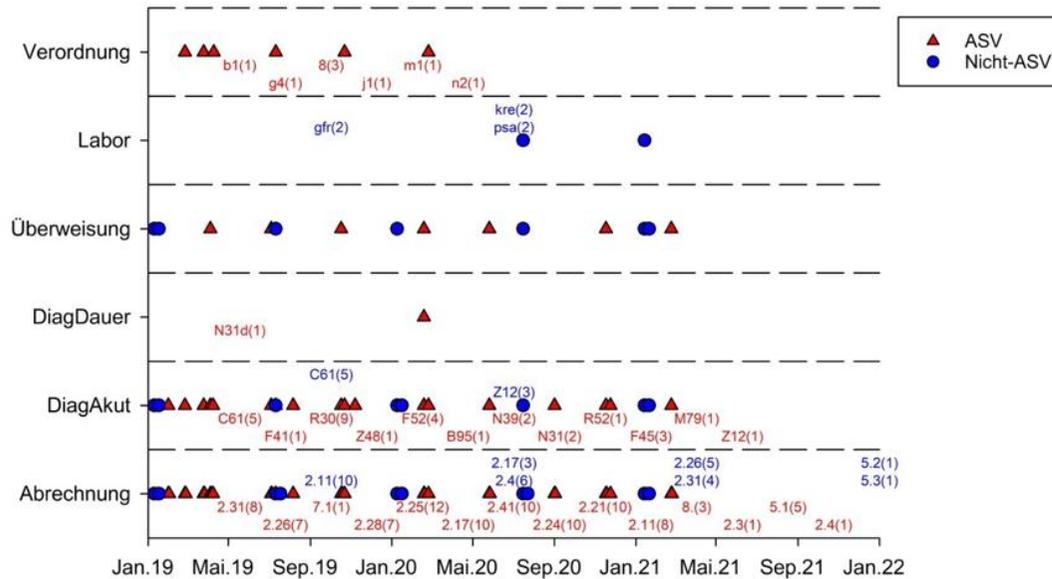
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	Psychotherapeut. Leistungen, Therapie	Psychotherapeut./ Palliativmed. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	1	4
Innovation & Weiterentwicklung	-	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	7	10
Labor (II.17-25)	14	40
Infusion/Transfusion (II.5)	17	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	10	7
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	2	6
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	5
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	7
AU	-	-
Krankenhauseinweisung	-	-
Diagnosen		
Harnverhalt	+	-
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	PSA von 2,34 (10/2018); 2,61 (02/2019); 3,28 (05/2019); 3,26 (12/2019); 2,63 (08/2020)	-
Überweisungen	1	4
Verordnungen	-	Triptorelin Flutamid



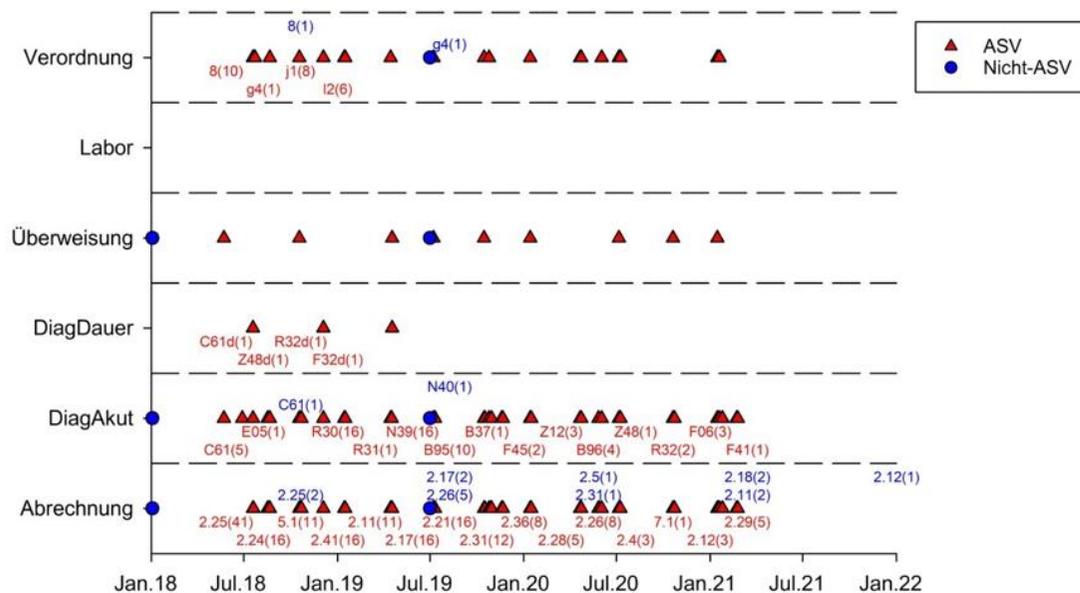
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapeut./ Palliativmed. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	0	3
Innovation & Weiterentwicklung	-	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	8
Labor (II.17-25)	14	35
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	5
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	7
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	6
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	2	7
AU	-	-
Krankenhauseinweisung	-	-
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	-	-
Überweisungen	0	3
Verordnungen	-	Cyproteron Leuporelin



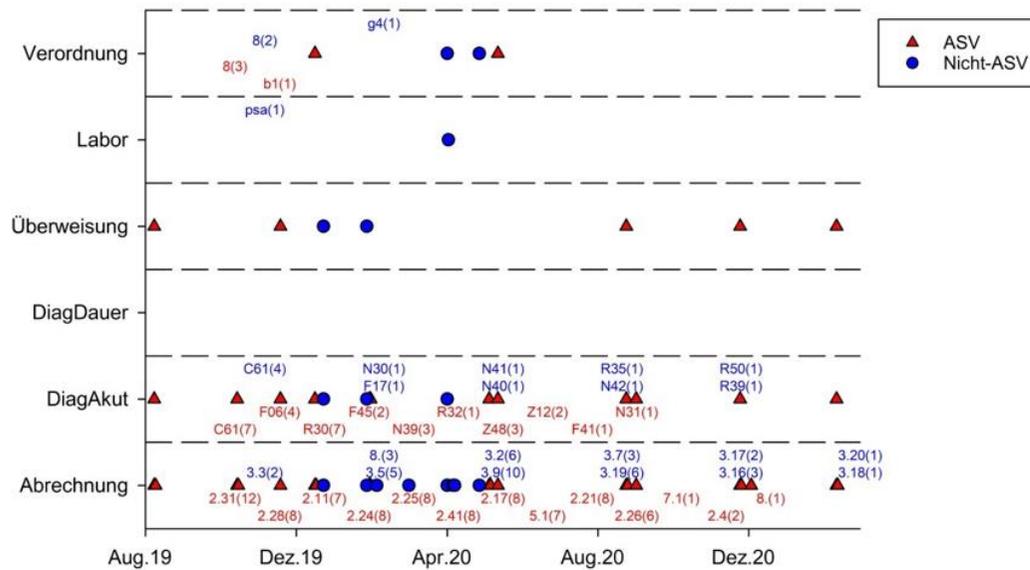
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapeut. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	7	7
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	4
Labor (II.17-25)	3	31
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	6
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	10
AU	-	4
Krankenhauseinweisung	-	-
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	PSA 0,05 (07/2020) auf 0,04 (01/2021)	-
Überweisungen	7	7
Verordnungen	-	Analgetika



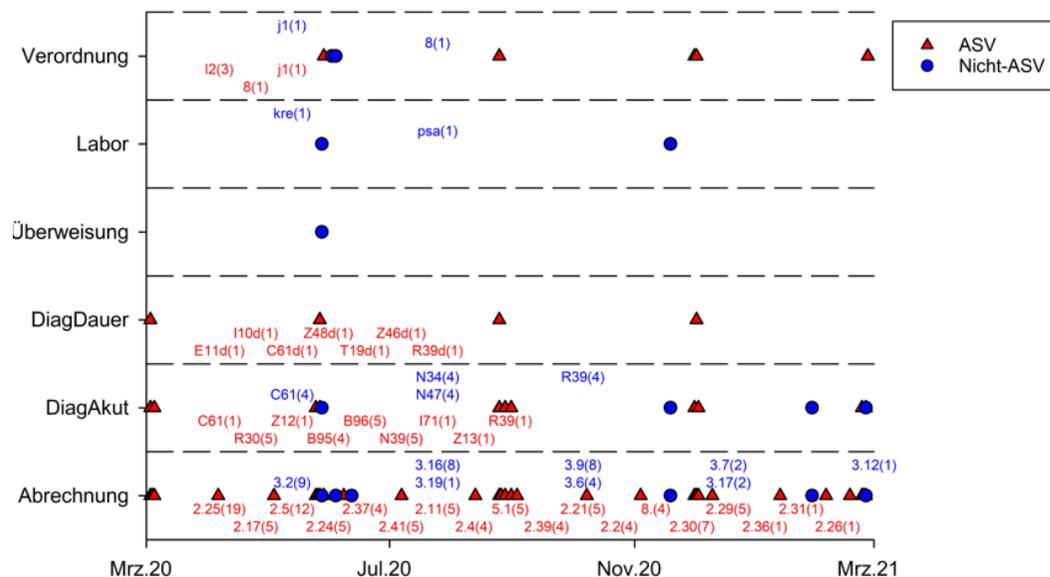
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapeut./ Palliativmed. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	2	9
Innovation & Weiterentwicklung	-	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	11
Labor (II.17-25)	5	87
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	7
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	4
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	4
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	10
AU	-	1
Krankenhauseinweisung	-	2
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Hämaturie	-	+
Labor	-	-
Überweisungen	2	9
Verordnungen	-	Leuporelin



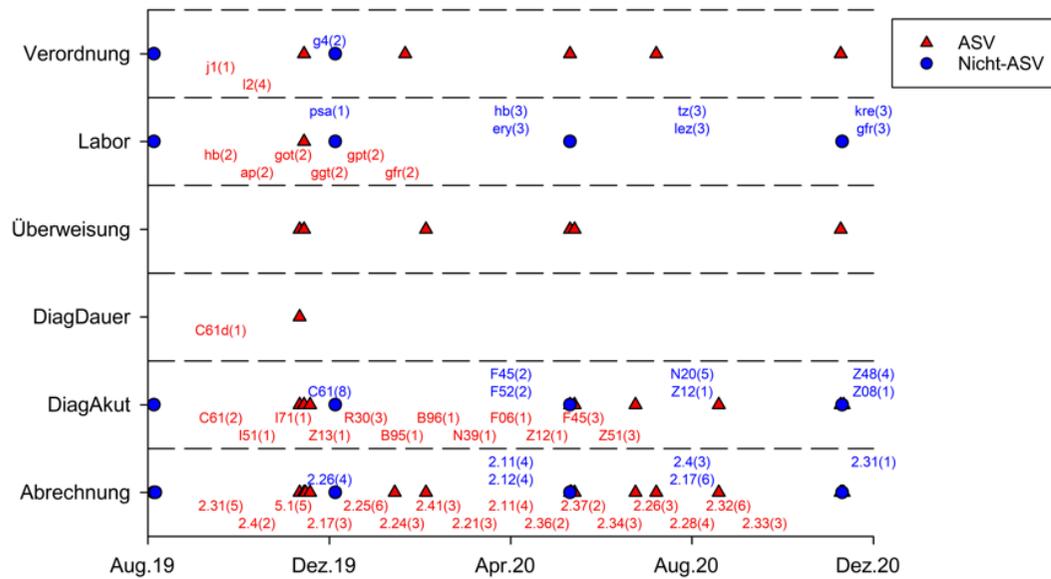
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	Nachsorge, Kontrolle	Labor, Psychotherapeut. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	2	5
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	5
Labor (II.17-25)	-	31
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge (II.3 oder III.3)	2	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	9
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	8
AU	-	2
Krankenhauseinweisung	-	-
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Hämaturie	-	+
Labor	PSA <0,07 (04/2020)	-
Überweisungen	2	5
Verordnungen	-	-



Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	Nachsorge, Kontrolle	Labor, Psychotherapeut. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	1	0
Innovation & Weiterentwicklung	-	Bicalutamid (Indikation?)

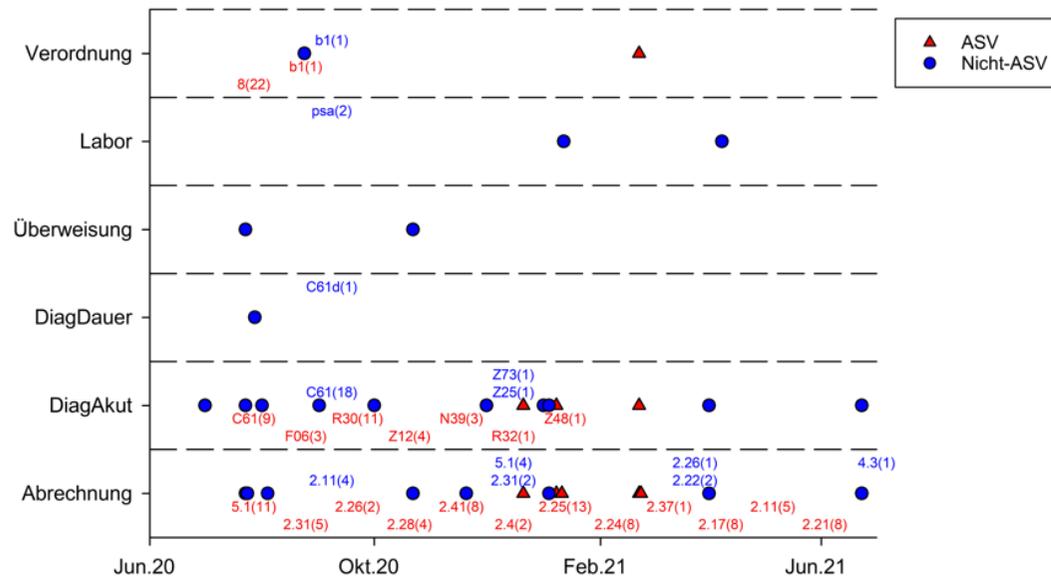
	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	5
Labor (II.17-25)	-	33
Infusion/Transfusion (II.5)	-	9
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	1
Betreuung/Nachsorge/Untersuchung (II.3, III.2/III.3)	9	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	-
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	5
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	5
AU	-	2
Krankenhauseinweisung	-	-
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Urethritis	+	-
Labor	PSA 1,13 (05/2020)	-
Überweisungen	1	0
Verordnungen	-	Bicalutamid



Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Labor, Psychotherapeut. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	0	6
Innovation & Weiterentwicklung	-	Triptorelin (Indikation?)

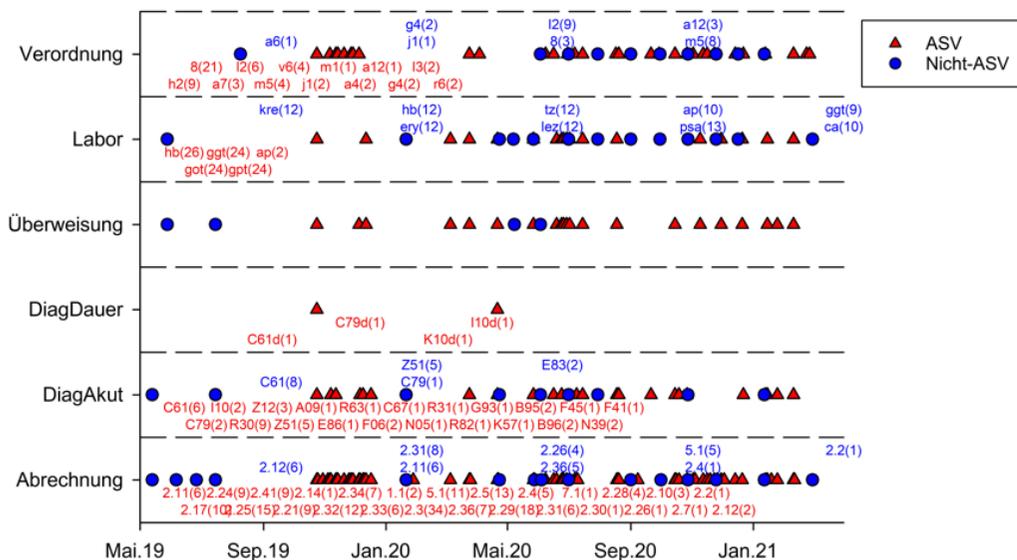
	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	6
Labor (II.17-25)	6	16
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge/Untersuchung (II.3, III.2/III.3)	-	5
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	-
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	ja
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	-
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	1
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	-
AU	-	-
Krankenhauseinweisung	-	-
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	PSA <0,01 (08/2019)	-
Überweisungen	0	6
Verordnungen	-	Triptorelin

Fallverlauf und Vergleich Paar 51 (keine Metastasierung)



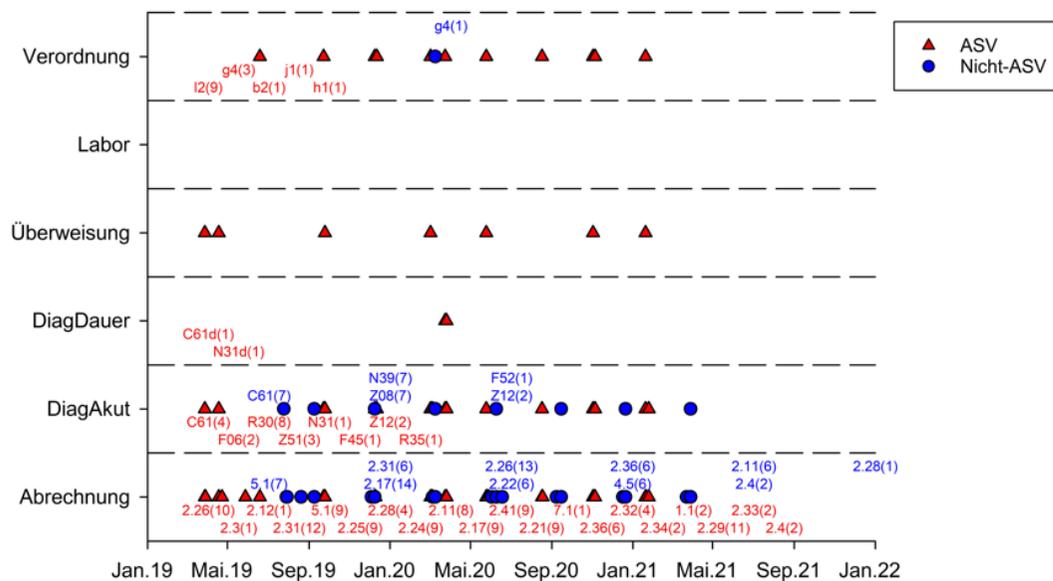
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	Psychotherapeut. Leistungen, Labor	Psychotherapeut. Leistungen, Labor
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	0	7
Innovation & Weiterentwicklung	-	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	7	4
Labor (II.17-25)	21	32
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	5	4
Betreuung/Nachsorge/Untersuchung (II.3, III.2/III.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	1	2
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	11
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	6
AU	0	-
Krankenhauseinweisung	1	-
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	-	-
Überweisungen	0	7
Verordnungen	-	Triptorelin Flutamid



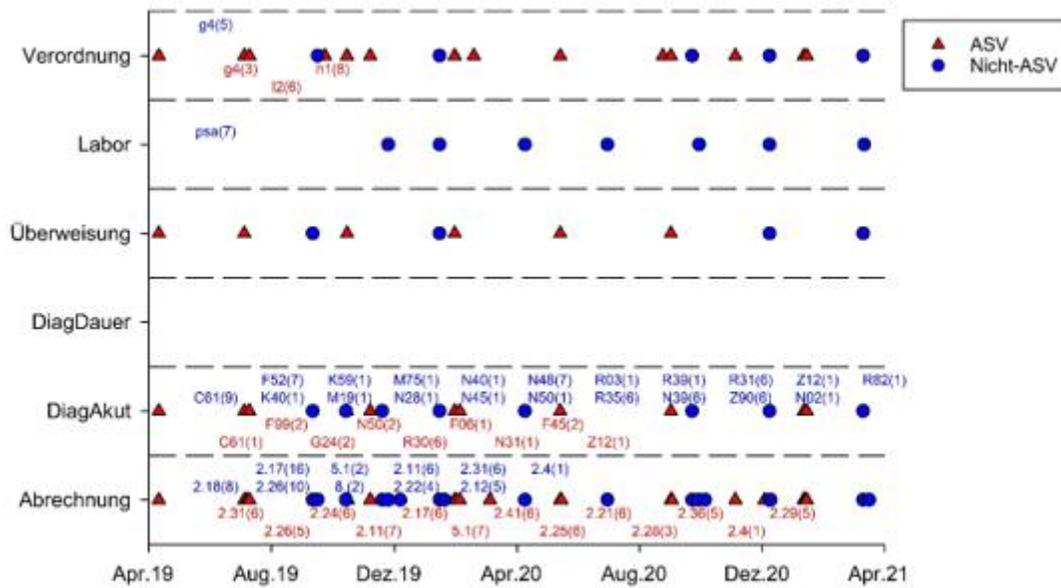
	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	5	11
Labor	4	34
Infusion/Transfusion (II.5)	-	12
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	3	4
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	34
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	3
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	14
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	.	5
AU	-	-
Diagnosen		
Störung Mineralstoffwechsel	+	-
Labor	Anämie	Anämie
Überweisungen	4	16
Verordnungen	Degarelix Calcium	Calcium Antiemetika Dexamethason Prednisolon Bicalutamid Filgrastim

Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Palliativ.- med./Psychotherapeut. Leistungen, Nachsorge
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	4	16
Innovation & Weiterentwicklung	ADT, Calcium	ADT, Supportivtherapie



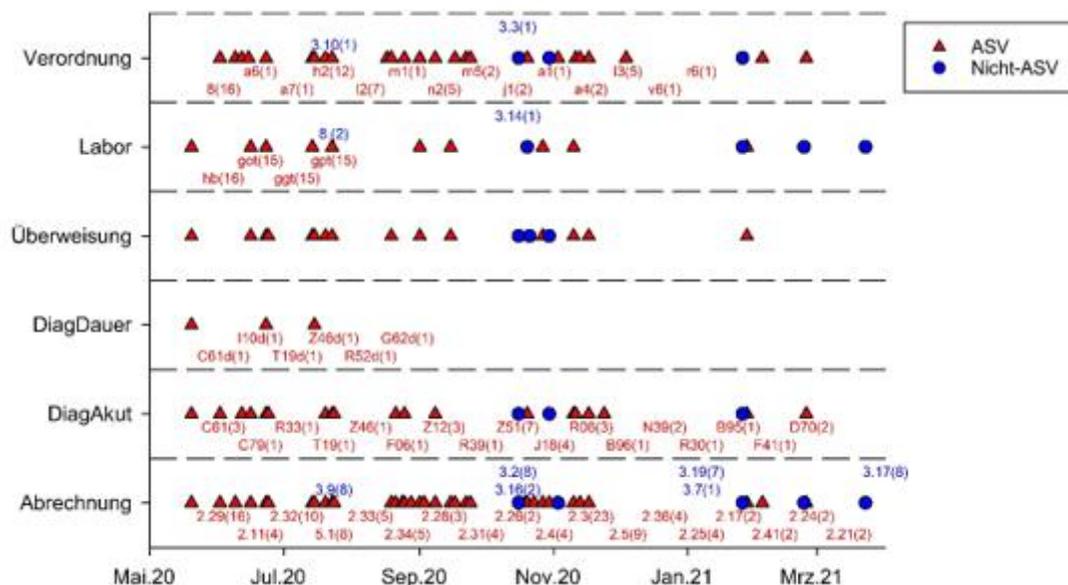
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapie, Palliativmed. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	0	7
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	4	2
Labor (II.17-25)	30	23
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge/Untersuchung (II.3, III.2/III.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	2
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	1
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	3
AU	-	-
Krankenhauseinweisung	1	-
Diagnosen		
Hämaturie	+	-
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	-	-
Überweisungen	0	7
Verordnungen	-	Triptorelin Flutamid



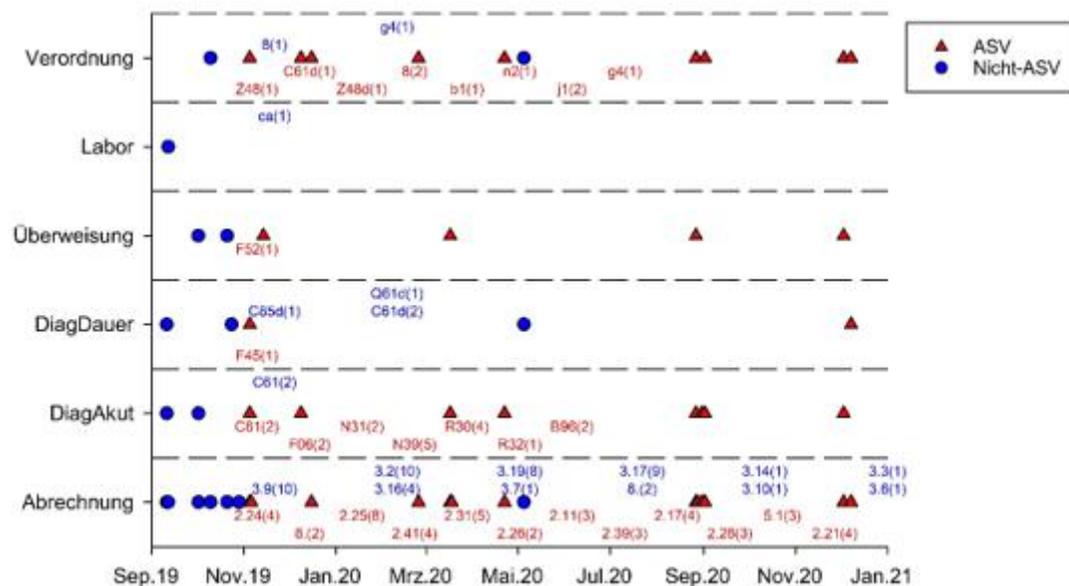
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	Psychotherapeut. /Palliativmed. Leistungen, Labor	Psychotherapeut. /Palliativmed. Leistungen, Labor
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	4	6
Innovation & Weiterentwicklung	-	ADT (Indikation?)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	4	6
Labor (II.17-25)	32	21
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	4	1
Betreuung/Nachsorge/Untersuchung (II.3, III.2/III.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	2	3
Palliativmed. Versorgung (II.29)	11	5
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	6	4
AU	-	-
Krankenhauseinweisung	-	-
Diagnosen		
Hämaturie	+	-
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Labor	PSA 0,61 (11/2019), <0,10 (01/2020) bis <0,1 (03/2021)	
Überweisungen	4	6
Verordnungen	-	Triptorelin



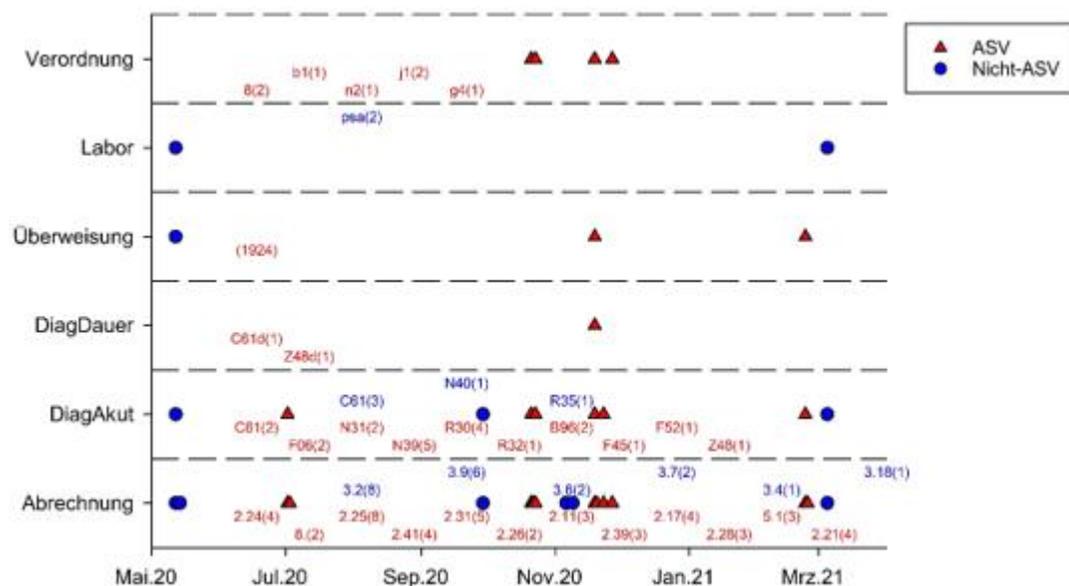
	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	-
Labor	2	9
Infusion/Transfusion (II.5)	3	7
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	1	2
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	22
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	2
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	14
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	2
AU	-	-
Diagnosen		
Harnverhalt	-	+
Pneumonie	-	+
Labor	-	Anämie
Überweisungen	3	15
Verordnungen	Leuporelin Bicalutamid Cyproteron	Degarelix, Zolendronsäure Dexamethason Prednisolon Filgrastim Bicalutamid

Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Palliativ.-med./ Psychotherapeut. Leistungen, Nachsorge
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	3	15
Innovation & Weiterentwicklung	ADT	ADT, Supportivtherapie



Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapeut. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	2	4
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

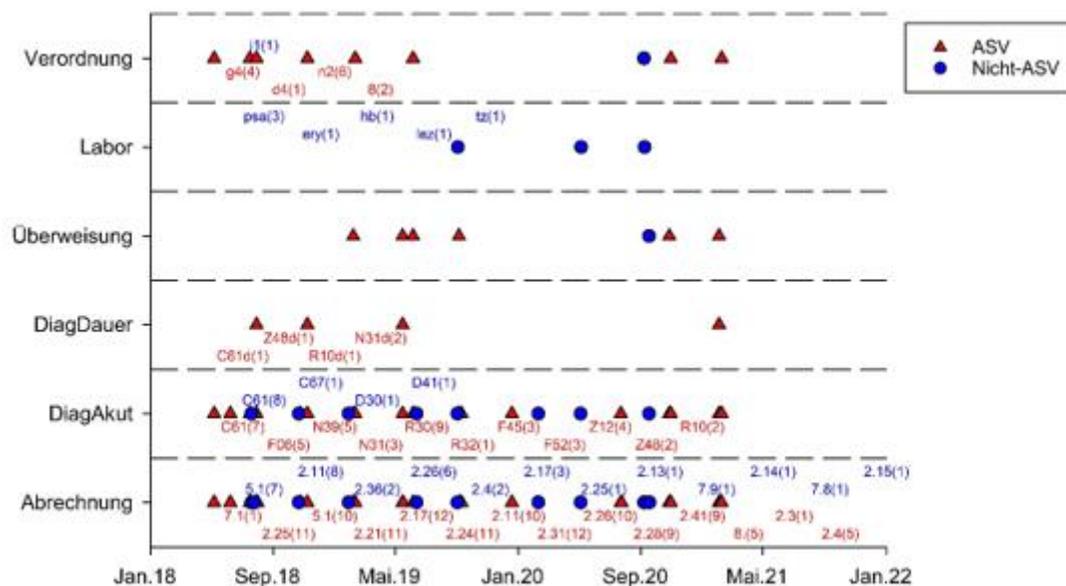
	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	4
Labor (II.17-25)	10	15
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge/Untersuchung (II.3, III.2/III.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	2
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	2
AU	-	-
Krankenhauseinweisung	-	-
Diagnosen		
Hämaturie	-	+
Harninkontinenz	-	+
Labor	-	-
Überweisungen	2	4
Verordnungen	-	-



Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapeut. Leistungen, Labor
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	2	2
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

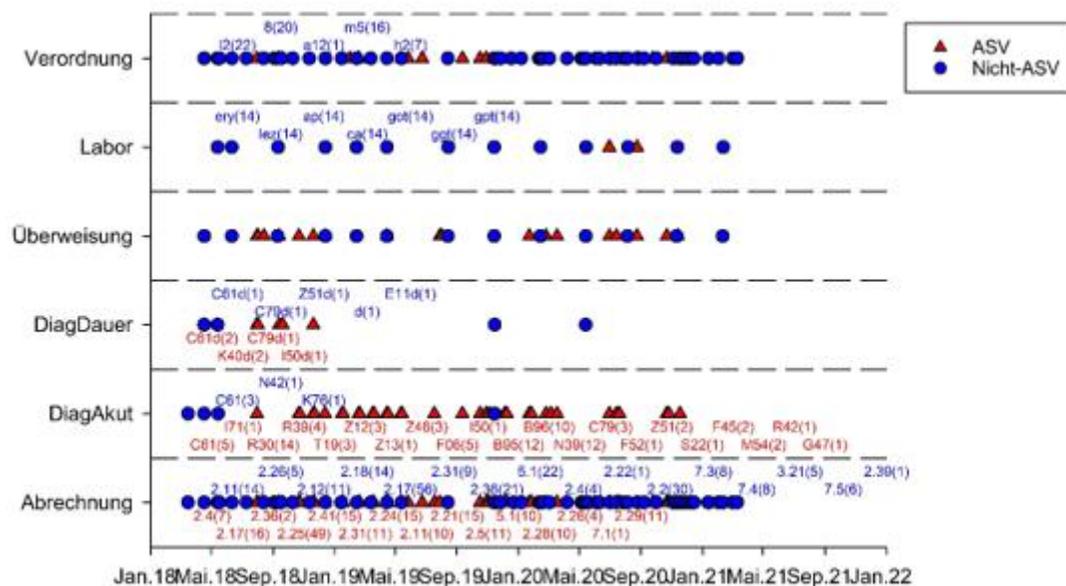
	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	3
Labor (II.17-25)	-	18
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge/Untersuchung (II.3, III.2/III.3)	8	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	2
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	3
AU	-	-
Krankenhauseinweisung	-	-
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Harninkontinenz	-	+
Labor	PSA 5,43 (05/2020) auf <0,04 (03/2021)	-
Überweisungen	2	2
Verordnungen	-	-

Fallverlauf und Vergleich Paar 58 (keine Metastasierung)



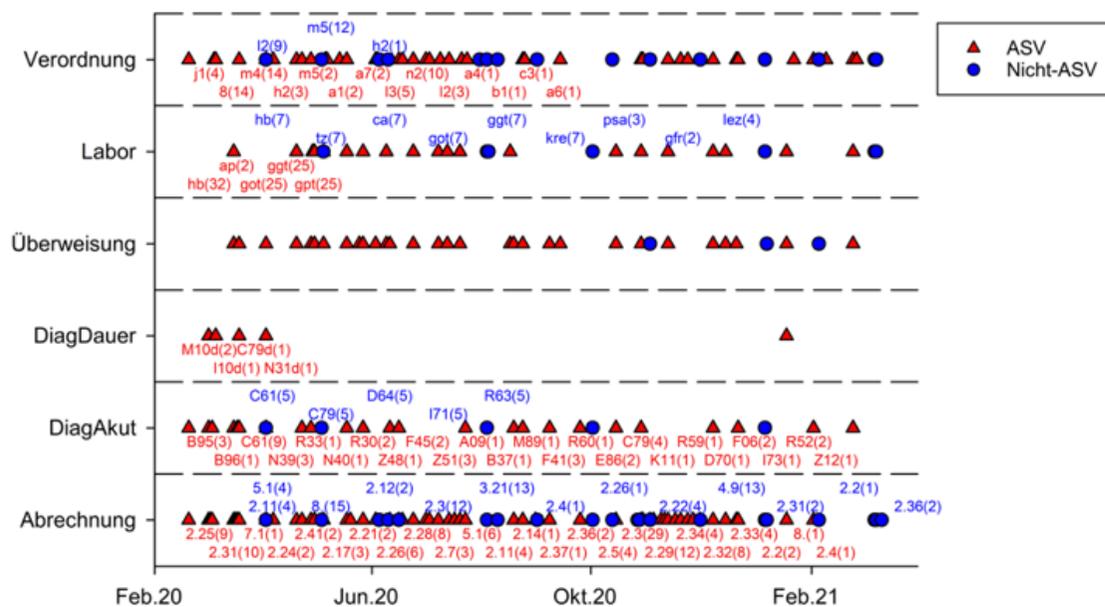
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapeut. Leistungen, Labor
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	1	6
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	6	9
Labor (II.17-25)	3	44
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	2	-
Betreuung/Nachsorge/Untersuchung (II.3, III.2/III.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	9
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	4
AU	-	3
Krankenhauseinweisung	-	1
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Harninkontinenz	-	+
Labor	PSA 5,4 (09/2019) auf 5,55 (09/2020)	-
Überweisungen	1	6
Verordnungen	-	-



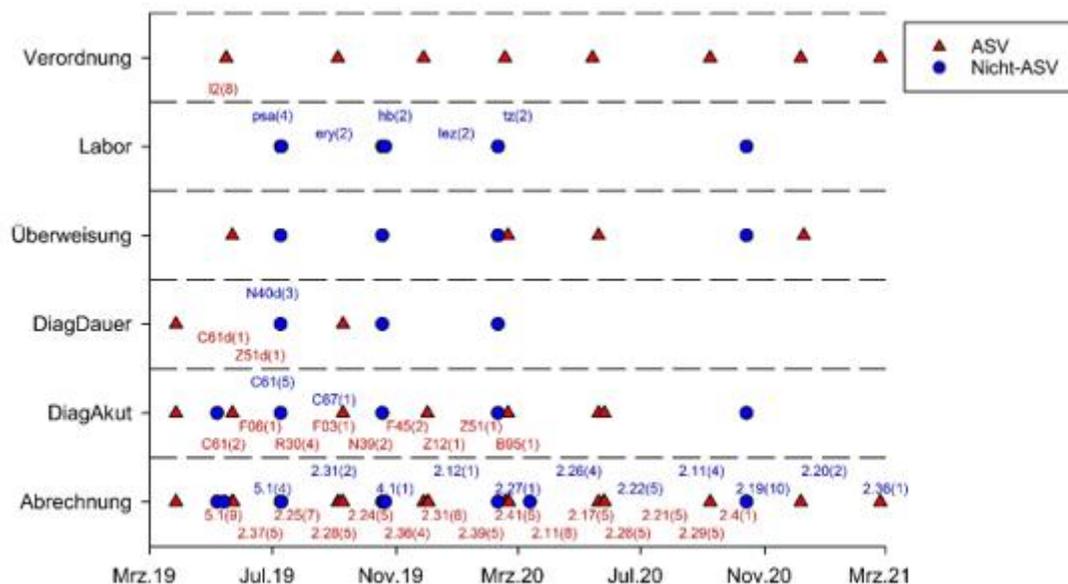
	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	3	20
Labor	72	87
Infusion/Transfusion (II.5)	4	8
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	16	0
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	10
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	7
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	5	-
Bisphosphonate (VII.4)	4	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	14
AU	-	-
Diagnosen		
Fremdkörper Urogenital	-	+
Rückenschmerzen	-	+
Labor	Anämie, Leberwerterhöhung	Anämie
Überweisungen	13	18
Verordnungen	Leuporelin Calcium Abiraterone Prednisolon Enzalutamid	Dehgarelix Leuporelin Flutamid Zolendronsäure

Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	Therapie	Palliativ.- med./Psychotherapeut. Leistungen, Nachsorge
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	13	18
Innovation & Weiterentwicklung	NHT	ADT, Supportivtherapie



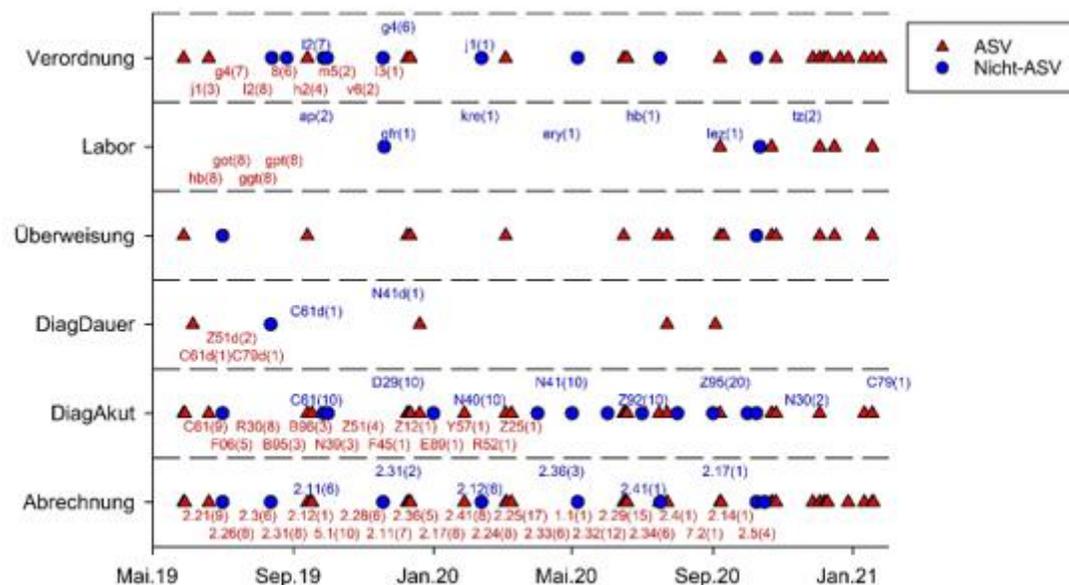
	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	4	6
Labor	3	15
Infusion/Transfusion (II.5)	-	4
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	2	2
Betreuung/Nachsorge (II.3)	12	29
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	5
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	12
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	2
AU	-	-
Diagnosen		
Harnverhalt	-	+
Erschwerte Nahrungsaufnahme	+	-
Angst	-	+
Kolitis	-	+
Labor	Anämie	Anämie
Überweisungen	3	30
Verordnungen	Bicalutamid Leuporelin Abiraterone	Dexamethason Zolendronsäure Filgrastim Leuporelin Antiemetika Stomatologika Analgetika

Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	Nachsorge	Palliativ.- med./Psychotherapeut. Leistungen, Nachsorge
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	3	30
Innovation & Weiterentwicklung	NHT	Supportivtherapie



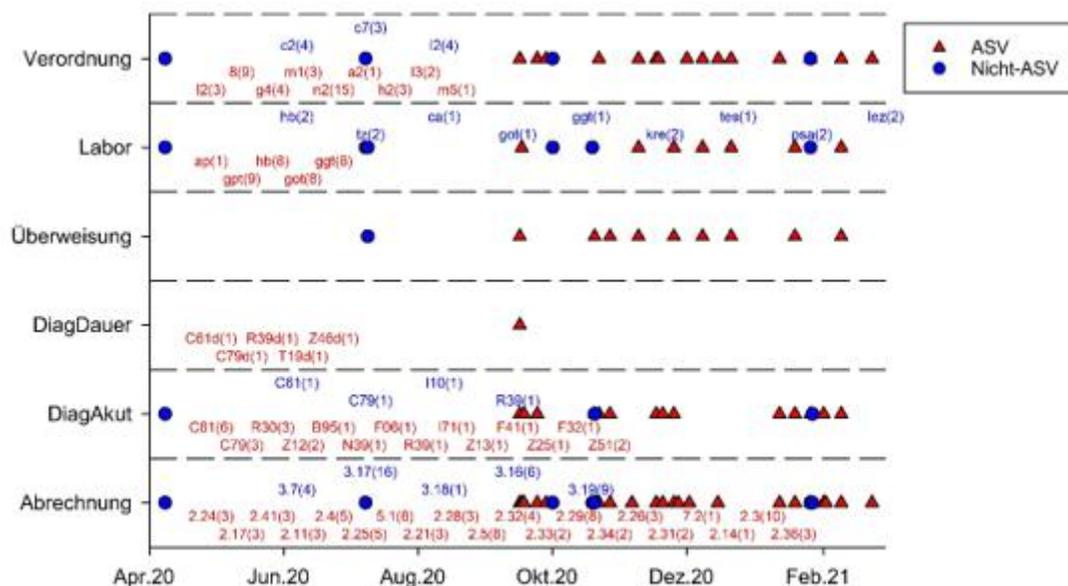
	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	4	9
Labor	16	17
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	1	4
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	-
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	6
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	4
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	4
AU	-	-
Diagnosen	-	-
Labor	-	-
Überweisungen	4	4
Verordnungen	-	Leuporelin

Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	u.a. Palliativ. - med./Psychotherapeut. Leistungen, Nachsorge
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	4	4
Innovation & Weiterentwicklung	-	ADT (Indikation?)



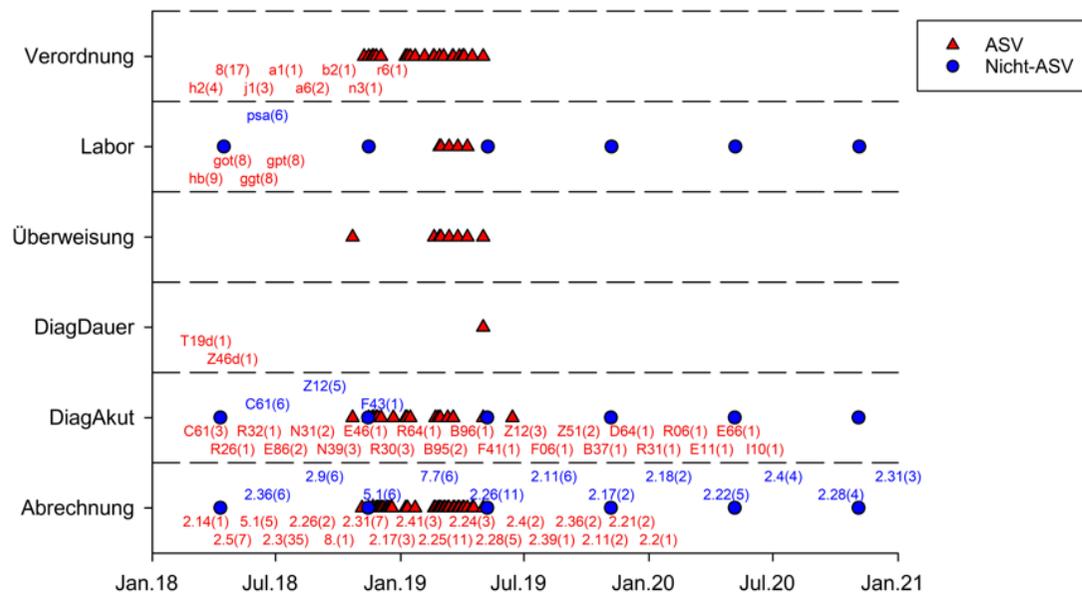
Hypothese	Nicht-ASV	ASV (kränker?)
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Palliativ.-med./ Psychotherapeut. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	2	15
Innovation & Weiterentwicklung	HT	Komplikationen (Anämie, - Neutropeniebehandlung, sympt. Knochenmetastasen)

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	11
Labor	1	36
Infusion/Transfusion (II.5)	-	3
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	3	3
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	6
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	5
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	9
ASV-Ziffer (II.32-43)	ja	Ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	1	5
AU	-	-
Diagnosen	-	-
Labor	-	Anämie
Überweisungen	2	15
Verordnungen	Bicalutamid Leuporelin	Dexamethason Leuporelin Flutamid Zolendronsäure Filgrastim



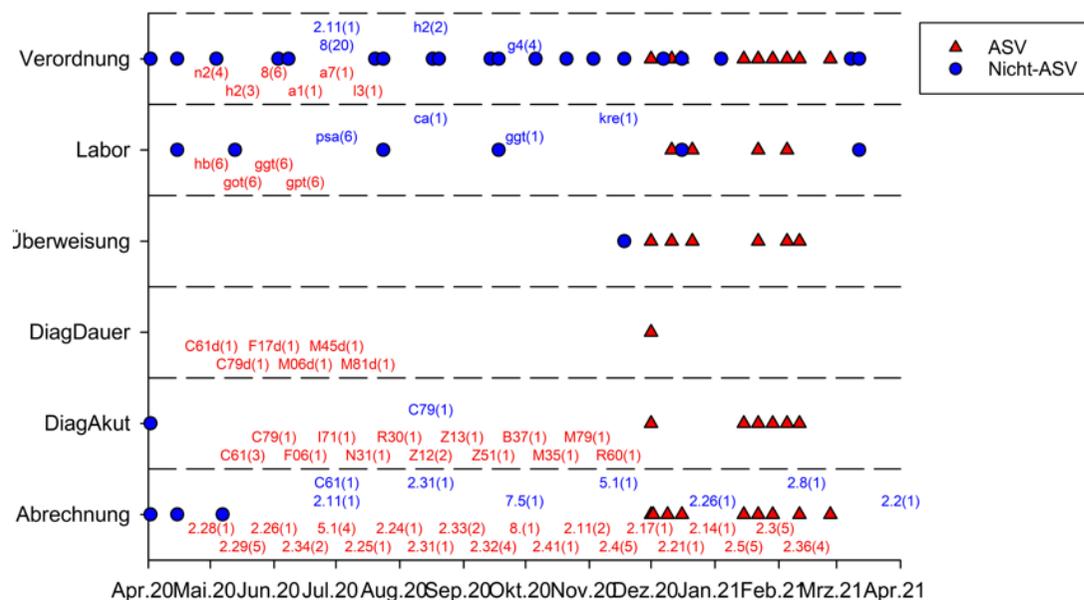
	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	6
Labor	-	13
Infusion/Transfusion (II.5)	-	8
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	10
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	2
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	8
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	4
AU	-	-
Diagnosen		
Angst	-	+
Depression	-	+
Labor	-	Anämie
Überweisungen	0	9
Verordnungen	Buserelin	Flutamid Leuporelin Dexamethason Zolendronsäure Figrastim Analgetika

Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Palliativ.-med./ Psychotherapeut. Leistungen, Laborwerte, Betreuung/Nachsorge
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	0	9
Innovation & Weiterentwicklung	ADT	deutlich mehr Medikation, keine NHT



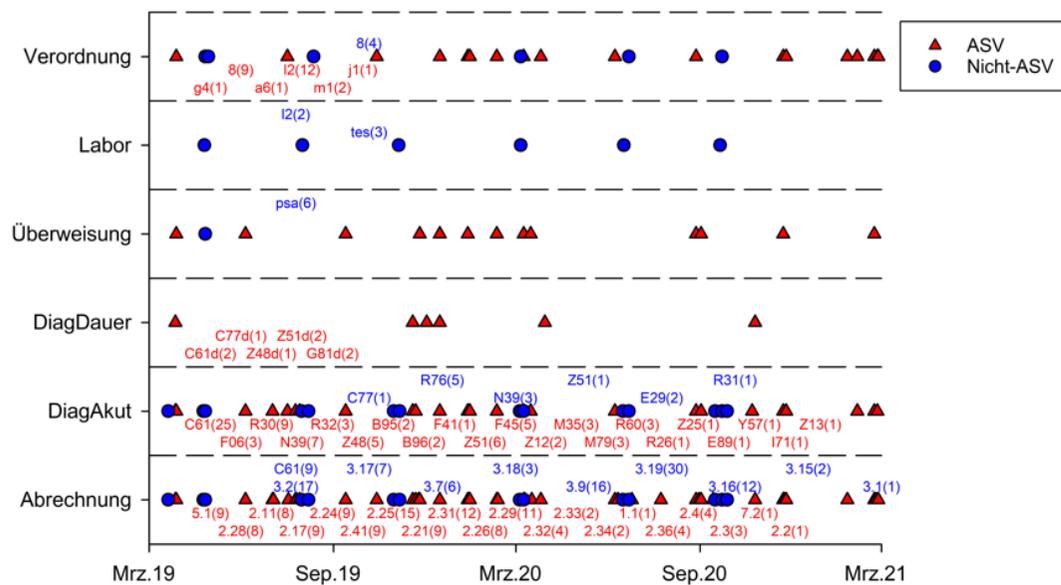
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Psychotherapeut. Leistungen, Nachsorge Labor
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	1	9
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	6	2
Labor (II.17-25)	8	17
Infusion/Transfusion (II.5)	-	5
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	6	2
Betreuung/Nachsorge/Untersuchung (II.3, III.2/III.3)	-	32
Psychotherapie-Leistung (II.28)	4	4
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	2
AU	-	3
Krankenhauseinweisung	-	1
Diagnosen		
Schmerzen beim Wasserlassen	-	+
Harninkontinenz	-	+
Hämaturie	-	+
Labor	PSA 0,809 (04/2018) auf 0,432 (11/2020)	Anämie
Überweisungen	1	9
Verordnungen	-	Dexamethason Prednisolon



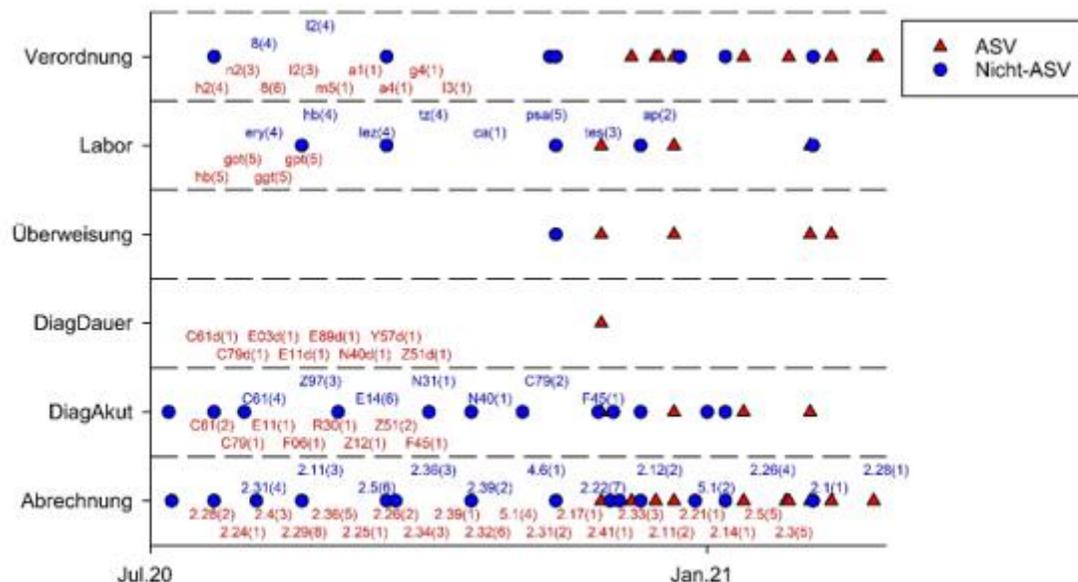
	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	1	3
Labor	0	4
Infusion/Transfusion (II.5)	1	3
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	0	4
Betreuung/Nachsorge (II.3)	0	3
Psychotherapie-Leistung (II.28)	0	1
Palliativmed. Versorgung (II.29)	0	6
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	-
Diagnose		
Kandidose	+	-
AU	-	-
Labor	-	Anämie
Überweisungen	1	6
Verordnungen	Prednisolon	Stomatologika Diarrhoe Anämie Dexamethason

Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	Palliativ.-med. Leistungen, Betreuung/Nachsorge
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	1	6
Innovation & Weiterentwicklung	-	Verordnungen zur NW-Behandlung



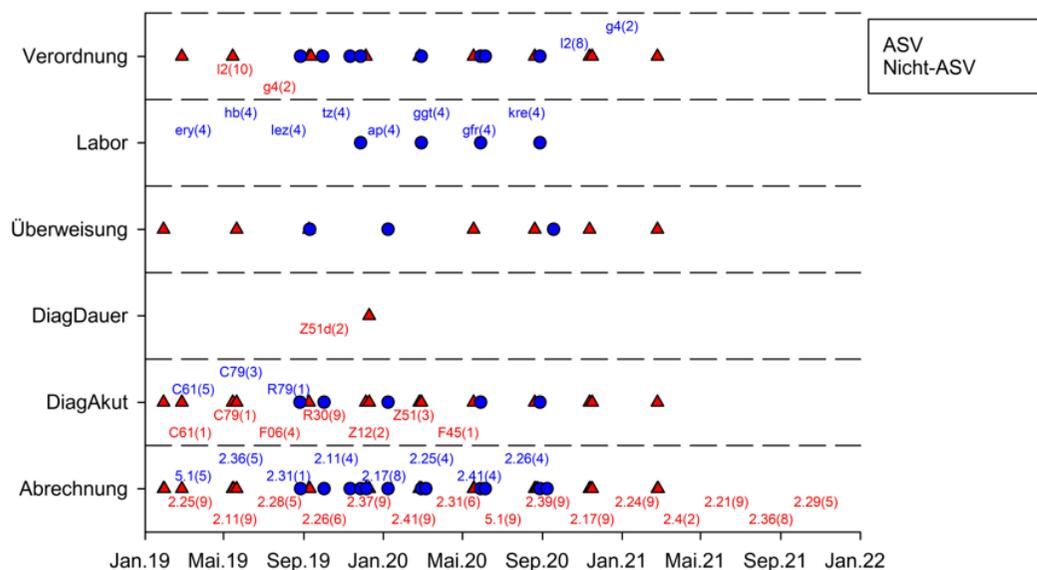
Hypothese	Nicht-ASV	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	-	mehr Labor, Palliativ.-med./ Psychotherapie Leistungen, Betreuung/Nachsorge
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	1	13
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	-	9
Labor	-	42
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	-	-
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	2
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	8
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	9
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	-	8
AU	-	1
Diagnosen		
Harninkontinenz	-	+
Labor	-	-
Überweisungen	1	13
Verordnungen	Bicalutamid	Bicalutamid Leuporelin



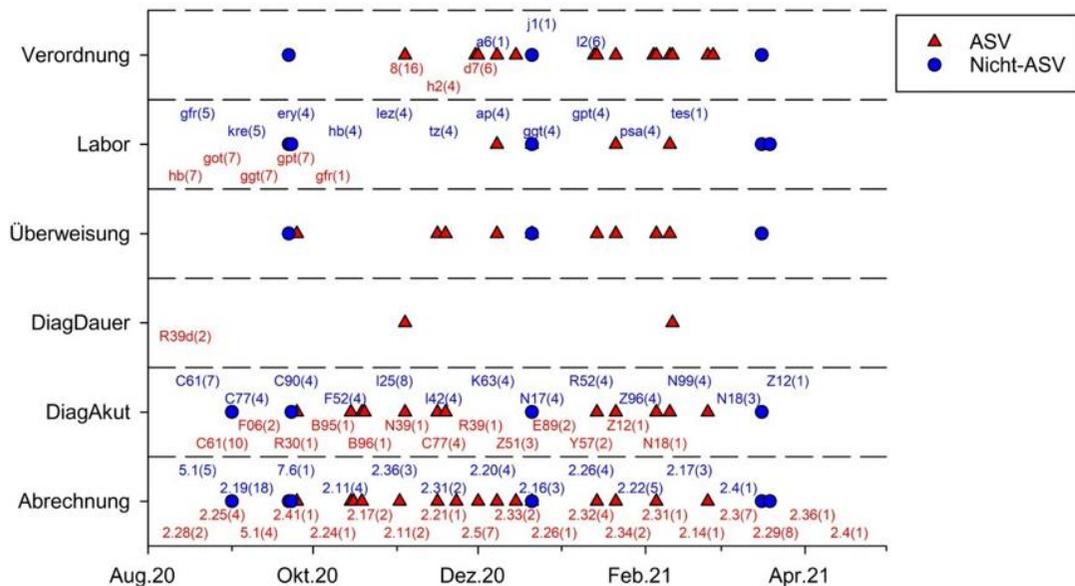
	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	2	3
Labor	12	4
Infusion/Transfusion (II.5)	6	5
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	3	4
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	5
Psychotherapie-Leistung (II.28)	1	2
Palliativmed. Versorgung (II.29)	0	7
ASV-Ziffer (II.32-43)	4	6
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	0	1
Diagnosen		
Depression	+	+
Störung Mineralstoffwechsel	+	-
Angst	+	+
Labor	-	-
Überweisungen	1	4
Verordnungen	Apalutamid Degarelix	Dexamethason Schmerzmittel Filgrastim Antiemetikum Zolendronsäure Mundbeschwerde

Hypothese	Nicht-ASV	ASV (Neutropenie, Anämie, Übelkeit, Mundprobleme, Schmerzen)
qualitativ hochwertige Versorgung	Infusion/Transfusion, Labor	Nachsorge, mehr Psychotherapie, palliativ- med. Leistungen
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	1	4
Innovation & Weiterentwicklung	NHA/LHRH	Cortison, Knochenprotektion, GZ-Stimulation



Hypothese	Nicht-ASV (Komplikationen, kränker?)	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	mehr Laborziffern	Palliativ.-med. Leistungen, Betreuung/Nachsorge
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	5	9
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	5	9
Labor	13	34
Infusion/Transfusion (II.5)	-	-
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	5	5
ambulante Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	5
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	4
Palliativmed. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	nein
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
gezielter Antibiotikaeinsatz (II.41)	4	7
Diagnosen	-	-
Labor	Anämie	-
Überweisungen	3	7
Verordnungen	Bicalutamid Leuporelin	Flutamid Leuporelin



Hypothese	Nicht-ASV (Komplikationen, krank)	ASV
qualitativ hochwertige Versorgung	mehr Laborziffern	Palliativmed. Leistungen, Betreuung/Nachsorge
sektorenübergreifende Zusammenarbeit	5	9
Innovation & Weiterentwicklung	-	-

	Nicht-ASV	ASV
Abrechnung		
OV	5	3
Labor	13	11
Infusion/Transfusion (II.5)	-	7
antineoplast./system. Zytostatika Therapie (II.36)	3	1
Betreuung/Nachsorge (II.3)	-	6
Psychotherapie-Leistung (II.28)	-	7
Palliativ-med. Versorgung (II.29)	-	-
ASV-Ziffer (II.32-43)	-	ja
Chemotherapie (VII.3)	-	-
Bisphosphonate (VII.4)	-	-
Diagnosen		
ANV	+	-
Schmerz	+	-
Harninkontinenz	+	-
Labor	Anämie	Anämie
Überweisungen	5	9
Verordnungen	Bicalutamid	-

Stand 16.05.2023

Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE)

Teilbericht AP 4A – Interviews

Impressum

Herausgeber

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema

Teilbericht Innovationsfondsprojekt Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE)

Autoren

Carina Stammann, Marianne Leitsmann, Tobias Herrmann

Auftraggeber

Innovationsausschuss des G-BA, Förderkennzeichen 01VSF20026 (ASV-WE)

Hinweis

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für alle Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8–10 · 37073 Göttingen

Telefon (+49) 0551-789 52-0
Telefax (+49) 0551-789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

Zertifiziert nach ISO 9001:2015 und ISO/IEC 27001:2013
inklusive der Erweiterung nach ISO/IEC 27017:2015

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund.....	5
2	Methoden.....	5
3	Ergebnisse	6
3.1	Interviews mit eLA-Vertretern.....	6
3.2	Interviews mit ASV-Teamleitern	8
3.3	Weitere Interviews und Expertengespräche	10
3.3.1	Interviews mit ASV-Koordinatorinnen	10
3.3.2	Interviews mit Nicht-ASV-Ärzten	10
3.3.3	Interviews mit Krankenkassenvertretern	11
3.3.4	Interviews mit Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)	12
3.3.5	Expertengespräche	13
3.4	Erkenntnisse zu den Arbeitshypothesen	15
4	Zusammenfassung	16
5	Literaturverzeichnis.....	18
	Anhang	18

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Interviews und Expertengespräche	6
Tabelle 2: Interviews ASV-Teamleiter	8

1 Hintergrund

Die Interviews im Versorgungsforschungsprojekt ASV-WE sind Schwerpunkt von Arbeitspaket (AP) 4. Zielstellung war es, empirisch gewonnene Erkenntnisse des AP 2 (Versorgerbefragung) hinsichtlich der Arbeitshypothesen zur Effektivität der Rahmenbedingungen in der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), z. B. hinsichtlich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit (Arbeitshypothese (AH) 9) und des tatsächlichen Innovationspotenzials (AH 10) zu vertiefen.

Weiterhin sollten mit den Interviews Erfahrungen von (weiteren) zentralen Stakeholdern der Verfahrensgestaltung – Vertretern der erweiterten Landesausschüsse (eLA) und ASV-Teamleitern – sowie von Patienten-/Angehörigenvertretern erfasst werden, da anzunehmen ist, dass auch diese Stakeholder-Gruppen „systemische“ Erfahrungen hinsichtlich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit oder der Entwicklung der ASV als innovatives Versorgungskonzept haben. Dabei sollten der aktuelle Umsetzungsstand, Hintergrundwissen und insbesondere Implementierungsbarrieren z. B. bzgl. des Anzeigeverfahrens und der Zusammenarbeit innerhalb der Teams aus systemischer Perspektive exploriert werden.

2 Methoden

Für die Interviews war initial geplant, jeweils einen verantwortlichen Vertreter der eLAs aus den 17 KV-Regionen sowie insgesamt fünf ASV-Teamleiter zu interviewen.

Die Kontaktierung der eLA-Vertreter erfolgte über die öffentlich zugängigen Kontaktdaten der ASV-Servicestelle (<https://www.asv-servicestelle.de/>). Der Konsortialpartner Zi unterstützte die Anfragen an die eLAs zusätzlich über die postalische und online- Entsendung eines Aufrufschreibens inklusive einer Zusammenfassung und Zielsetzungen des Projektes. Die ASV-Teamleiter wurden teilweise aus dem Kreis der in diesem Projekt kooperierenden Einrichtungen/Institutionen ausgewählt bzw. durch Kennenlernen während des Projektverlaufes.

Sowohl mit den eLA-Vertretern als auch mit den ASV-Teamleitern wurden strukturierte teilstandardisierte Leitfadenterviews durchgeführt. Die Leitfäden wurden im Rahmen des Projektes anhand der Fragestellungen des Antrages, durch Recherchen und Ergebnisse aus Expertengesprächen erstellt und im Verlauf angepasst (vgl. Anhang 1–6). Diese wurden den Interviewpartnern jeweils zur besseren Vorbereitung vorab zur Verfügung gestellt. Die Interviews wurden in Form von Ergebnisprotokollen verschriftlicht, die dann den jeweiligen Gesprächspartnern vor der Verwendung von Aussagen zur Freigabe, mit Korrekturmöglichkeit, vorgelegt wurden.

Aufgrund der ersten Erkenntnisse und Erfahrungen zu diesem Projekt zeichnete sich ab, dass es zielführend ist, die Zielgruppe für die Interviews zu erweitern, da auch die Einschätzung und Meinung weiterer Stakeholder eine große Rolle für die Evaluierung der ASV spielen. Somit wurden im Projektverlauf weitere (strukturierte teilstandardisierte) Interviews anhand entwickelter Interviewleitfäden mit folgenden Zielgruppen durchgeführt:

- ASV-Koordination
- Nicht-ASV-Ärzte
- Krankenkassen
- KBV

Ergänzend wurden Expertengespräche mit Abrechnungsspezialisten, Spezialisten für die Onkologie-Vereinbarung und mit Plattformbetreibern mit dem Ziel geführt, bisher gewonnene Erkenntnisse aus dem Projektverlauf besser einordnen zu können. Nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht der durchgeführten Interviews und Expertengespräche differenziert nach der Befragungsform sowie der initial geplanten sowie tatsächlich durchgeführten Anzahl.

Tabelle 1: Übersicht der Interviews und Expertengespräche

Zielgruppe	Befragungsform	geplante Anzahl	durchgeführte Anzahl
eLA-Vertreter	Leitfadengestütztes Interview	17	9
ASV-Teamleiter bzw. Stellv.	Leitfadengestütztes Interview, Expertengespräch	5	8
ASV-Koordination	1 Expertengespräch. 4 Leitfadengestützte Interview	0	5
Nicht ASV-Ärzte	Leitfadengestütztes Interview	0	2
Krankenkassen	Expertengespräch (1x Leitfadengestütztes Interview)	0	3
KBV	Expertengespräch/Leitfadengestütztes Interview	0	2
Plattformbetreiber	Expertengespräch	0	3
Abrechnungsspezialisten	Expertengespräch	0	4
Spezialisten für Onkologie Vereinbarung	Expertengespräch	0	2

Die Auswertung der Interviews mit den eLA-Vertretern und den ASV-Teamleitern erfolgte nach der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (Mayring, Boehm et al. 1994). Aus den Antworten zu den überwiegend offenen Fragen wurden zunächst Antwortkategorien gebildet, um sie dann wie auch die geschlossenen Fragen als Häufigkeiten darstellen zu können. Der Fokus bei der Auswertung lag darin, die Ergebnisse der Interviews in den Kontext der Arbeitshypothesen zu stellen (vgl. Abschnitt 4), sowie in der Zusammenführung mit den Ergebnissen der anderen Arbeitspakete.

Die Erkenntnisse der weiteren durchgeführten Interviews und Expertengespräche sind zusammenfassend in Abschnitt 3.3 für jede Zielgruppe dargestellt und an relevanten Stellen im Bericht eingeflossen.

3 Ergebnisse

Die zentralen Ergebnisse der Interviews werden nachfolgend getrennt nach Zielgruppe aufgeführt. Eine Bezugnahme der Interviews zu den entsprechenden Arbeitshypothesen erfolgt zusammenfassend in Abschnitt 4.

3.1 Interviews mit eLA-Vertretern

Die neun leitfadengestützten Interviews mit den eLA-Vertretern wurden im Zeitraum von November 2021 bis März 2022 durchgeführt. Die Interviewpartner waren überwiegend Vorsitzende des jeweiligen eLA oder Leiter bzw. Mitarbeiter der Geschäftsstelle. Es haben eLAs aus den KV-Regionen Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein, Saarland, Thüringen und Westfalen-Lippe an den Interviews teilgenommen.

Im Interviewleitfaden (vgl. Anhang 1), der im Zuge der Durchführung der Interviews geringfügig angepasst wurde, wurden drei größere Themenblöcke unterschieden:

- Allgemeine Informationen zum eLA: 5 Fragen
- Informationen zum ASV-Anzeigeverfahren: 14 Fragen
- Persönliche Einschätzung zur ASV: 10 Fragen

Nachfolgend werden die wichtigsten Erkenntnisse der eLA-Interviews inhaltlich nach den Themenblöcken zusammengefasst.

Allgemeine Informationen zum eLA

Bei den allgemeinen Informationen zum eLA wurde ein Schwerpunkt der Fragen auf die organisatorische Zusammenarbeit des jeweiligen eLA und der Kommunikation innerhalb des eLA gelegt. Bei allen Interviewten wurde ein Arbeitsausschuss als verkleinertes Gremium gebildet. In diesen Ausschüssen kommt es zur Prüfung der Anzeigen. Die Entscheidungsbefugnis liegt dann beim gesamten eLA. Die Kommunikation innerhalb des eLA erfolgt auf unterschiedlichen Wegen: in einigen eLAs nur per E-Mail, in anderen wiederum per E-Mail, postalisch und telefonisch.

Informationen zum ASV-Anzeigeverfahren

Ein Schwerpunkt der Interviews lag auf Fragen zum Anzeigeverfahren, wo auch Unterschiede zwischen den eLAs deutlich wurden. Ein Unterschied liegt beispielsweise bei der Einforderung der Unterlagen und der Prüftiefe. Während bei einigen eLAs Qualifikations- und Qualitätsnachweise sehr im Detail eingefordert werden, muss beispielsweise bei anderen eLAs nur mit Unterschrift bestätigt werden, dass die Voraussetzungen erfüllt werden. Es wurde berichtet, dass fast immer Unterlagen nachgefordert werden müssen, was das Anzeigeverfahren in die Länge zieht und es somit fast durchweg über 2 Monate dauert, bis ein positiver Bescheid versendet werden kann. Zu einer Ablehnung einer ASV-Teilnahme kommt es (fast) nie.

Bei der Frage nach den größten Hindernissen zur Erfüllung der Vorgaben für die ASV-Teilnahme wurde von den eLA-Vertretern am häufigsten die 30 Minuten Entfernung der Teammitglieder vom Ort der Teamleitung genannt. Als weitere Hindernisse wurden die Qualitätsnachweise nach § 135 Abs. 2 SGB V sowie die vorgeschriebenen Fachrichtungen bei der Teamzusammensetzung erwähnt.

Alle eLA-Vertreter haben von einem Anstieg der Anzeigeverfahren für die ASV-Teilnahme in Ihrem Bundesland berichtet. Trotz einer einheitlichen Richtlinie werden von allen eLA-Vertretern Unterschiede in der Umsetzung des Anzeigeverfahrens gesehen. Bei einer detaillierten Frage nach den Gründen, warum in manchen Bundesländern mehr ASV-Teams zu finden sind und in anderen sehr wenige bzw. gar keine, wurden Unterschiede beim Anzeigeverfahren und der Prüftiefe, Unterschiede zwischen Flächenländern und Ballungsgebieten sowie die Existenz bereits gut etablierter Versorgungsstrukturen und historische Gründe genannt.

In einer zusammenfassenden Frage zum Anzeigeverfahren haben zwei Drittel der eLA-Vertreter angegeben, dass sie das Anzeigeverfahren für angemessen halten, wohingegen die anderen dies nicht so sehen.

Persönliche Einschätzung zur ASV

Lediglich drei der eLA-Vertreter sind der Meinung, dass durch die ASV eine bessere Patientenversorgung ermöglicht wird, wobei knapp die Hälfte der eLA-Vertreter bei dieser Frage geantwortet hat, dies nicht beurteilen zu können. Der Nutzen der ASV für den Patienten wird überwiegend in einer koordinierten, interdisziplinären Versorgung im Team, einer besseren Zusammenarbeit von Krankenhaus und Niedergelassenen sowie erweiterten Behandlungsmöglichkeiten gesehen.

Als Nutzen der ASV für Vertragsärzte wurde die extrabudgetäre Vergütung, eine bessere Patientenversorgung, Patientenzuwachs, Zugang zu speziellen Geräten oder Großgeräten sowie Interdisziplinarität genannt. Einige der eLA-Vertreter sehen jedoch auch keinen Nutzen der ASV für Vertragsärzte. Als Hauptnutzen für Krankenhäuser wird der finanzielle Nutzen genannt. Ergänzend wurde eine bessere Versorgung, Patientenzuwachs sowie ein Vorstoßen in den ambulanten Bereich erwähnt. Der hohe Anteil an Kliniken in der ASV wird überwiegend so erklärt, dass der bürokratische Aufwand für Vertragsärzte zu hoch sei und dass viele Krankenhäuser ein eigenes MVZ hätten, welches dann eher genutzt wird als die Vernetzung mit Vertragsärzten.

Abschließend sollte die ASV im Allgemeinen bewertet sowie zusammenfassend Stärken und Schwächen und das Weiterentwicklungspotenzial benannt werden. Sieben eLA-Vertreter bewerteten die ASV positiv bzw. überwiegend positiv, wohingegen die weiteren Angaben bei einer teilweise positiven, teilweise negativen bzw. überwiegend negativen Bewertung lagen. Als Stärken der ASV werden primär die koordinierte Versorgung und die Interdisziplinarität genannt. Als größte Schwächen der ASV werden der hohe bürokratische Aufwand, die zu großen instabilen Teams und die fehlende Einheitlichkeit der Anzeigeverfahren gesehen.

Von allen Interviewteilnehmern wird Weiterentwicklungspotenzial in der ASV gesehen. Hier hervorzuheben und mehrfach genannt wurden Erleichterung bzw. Vereinfachung bei den Qualitätsnachweisen (z. B. Universitätskliniken, zertifizierte Zentren) und eine Vereinheitlichung der Vorgaben/Anzeigeverfahren. Weiterhin genannt wurden:

- Abbau von Bürokratie
- Stärkung der Vertragsärzte in ASV-Teams
- Ausnahme der Pathologen und Humangenetiker von der 30 Minuten-Regel
- Patientennutzen in den Mittelpunkt stellen
- Entwicklung von Vorgaben/Leitfäden für Teamarbeit
- Ausbau der Qualitätssicherung und Evaluation
- Begrenzung der Zahl der Teammitglieder

3.2 Interviews mit ASV-Teamleitern

Im Zeitraum von September 2021 bis August 2022 wurden insgesamt sechs Interviews mit ASV-Teamleitern und ein Interview mit einem stellvertretenden Teamleiter eines ASV-Teams „Urologische Tumore“ durchgeführt. Ergänzend wurde ein Interview mit einem ASV-Teamleiter für gynäkologische Tumore durchgeführt. Nachfolgende Tabelle zeigt die Verteilung der Interviewten auf Klinik oder Praxis sowie nach Bundesland.

Tabelle 2: Interviews ASV-Teamleiter

Interviewpartner	Klinik	Praxis	Bundesland
ASV-Teamleiter „Urologische Tumore“	5	1	Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen-Anhalt
ASV-Teamleiter „Gynäkologische Tumore“	0	1	Niedersachsen
stell. ASV-Teamleiter „Urologische Tumore“	0	1	Nordrhein-Westfalen

Der Interviewleitfaden wurde im Verlauf der Durchführung der Interviews je nach Erkenntnisstand geringfügig angepasst. Der finale Leitfaden (vgl. Anhang 2) gliedert sich in drei Themenblöcke, wobei ein inhaltlicher Schwerpunkt auf der Einschätzung der ASV durch die ASV-Teamleiter gelegt wurde:

- Allgemein – Organisation: 11 Fragen
- Informationen zum Anzeigeverfahren: 4 Fragen
- Persönliche Einschätzung der ASV: 13 Fragen

Das Interview mit dem stellvertretenden ASV-Teamleiter wurde nicht anhand des standardisierten Leitfadens geführt und ist nicht Bestandteil der systematischen Auswertung der Interviews. In diesem Interview sollten insbesondere offene Fragen zur Abrechnung und dem Stellenwert der ASV im Vergleich zur Onkologie-Vereinbarung geklärt werden. Erkenntnisse dieses Interviews zu diesen beiden Punkten werden an verschiedenen Stellen des Berichts einfließen.

Nachfolgend werden die wichtigsten Erkenntnisse der Interviews inhaltlich nach Themenblöcken zusammengefasst.

Allgemein – Organisation

Die interviewten ASV-Teamleiter gaben als Hauptgründe für die ASV-Teilnahme überwiegend den Patientennutzen sowie die sektorenübergreifende Zusammenarbeit an. Ebenso spielten strategische Überlegungen als auch finanzielle Aspekte eine bedeutende Rolle. In der organisatorischen Zusammenarbeit im Team wurden Treffen im Rahmen von wöchentlichen Tumorboards besonders hervorgehoben, wobei auch gesagt wurde, dass hier bereits vorhandene Strukturen genutzt wurden. Von zwei Teamleitern in Kliniken wurde die Rolle von ASV-Koordinatoren in der Organisation hervorgehoben, wohingegen bei anderen Teams die Organisation und Koordination allein bei den ASV-Teamleitern liegt.

Zu Abrechnungsfragen der ASV wurden überwiegend keine Schwierigkeiten angegeben. Die Abrechnung erfolgt sowohl direkt mit den Krankenkassen als auch über die KV (Anmerkung: Kliniken rechnen mit den Krankenkassen direkt ab, Vertragsärzte mit der KV).

Informationen zum Anzeigeverfahren

Die Zusammenarbeit bzw. die Kommunikation mit dem jeweiligen eLA wird von den ASV-Teamleitern sehr unterschiedlich bewertet: von sehr gut über zufriedenstellend bis hin zu sehr schlecht waren alle Angaben vertreten. Überwiegend wurde die Dauer des Anzeigeverfahrens vom Bearbeitungsbeginn bis zum positiven Bescheid mit 6–12 Monaten angegeben (inkl. Nachforderungen). Als größte Hindernisse zur Erfüllung der Vorgaben für die ASV-Teilnahme werden die Erfüllung der Mindestmengen, die vorgeschriebenen Fachrichtungen bei der Teamzusammensetzung sowie die 30-Minuten-Entfernungsregel der Teammitglieder vom Ort der Teamleitung gesehen. Zusammenfassend halten vier der sieben interviewten ASV-Teamleiter das Anzeigeverfahren aufgrund der Bürokratie für nicht angemessen, drei für angemessen.

Persönliche Einschätzung der ASV

Alle ASV-Teamleiter sind der Meinung, dass durch die ASV eine bessere Patientenversorgung ermöglicht wird, dies wird jedoch nicht anhand klinischer Outcomes beurteilt (fehlende Datengrundlage), eher an kürzeren Wegen, besserer Koordination, mehr Diagnostikmöglichkeiten für Patienten etc. Eine Verbesserung der intersektoralen Zusammenarbeit hingegen wird nur von vier ASV-Teamleitern gesehen, wohingegen betriebswirtschaftliche Vorteile von fast allen ASV-Teamleitern betont wurden. Bei der Frage zu Verbesserungen im Vergleich zur Regelversorgung wurden am häufigsten eine bessere Koordination der Patientenversorgung, die Anwendung neuer Diagnostik-/Therapieverfahren, die Gewinnung neuer Patienten sowie eine höhere Versorgungsqualität genannt.

Hindernisse in der praktischen Umsetzung der ASV werden dahingehend gesehen, dass ein ASV-Patient nur 2 Quartale behandelt werden darf – dann sei neue Überweisung notwendig („2-Quartals-Regelung“). Ebenso wurden bürokratische Hürden bei dieser Frage hervorgehoben.

Abschließend wurde nach einer Bewertung der ASV im Allgemeinen sowie nach Stärken und Schwächen und dem Weiterentwicklungspotenzial gefragt. Die ASV wurde überwiegend positiv bewertet. Stärken werden in der Patientenversorgung dahingehend gesehen, dass Patienten von „kürzeren“ Wege profitieren und schneller Termine bekommen. Ebenso sei die Patientenversorgung „aus einer Hand“ vereinfacht. Als weitere Stärken wurden der wirtschaftliche Faktor sowie ein erweitertes Leistungsspektrum genannt. Als größte Schwäche wurde die hohe Bürokratie einhergehend mit einem nicht angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnis hervorgehoben. Darüber hinaus sei die intendierte Verbesserung der intersektoralen Zusammenarbeit nicht gelungen. Weiterhin werden die Vorgaben zur Teamzusammensetzung als zu rigide angesehen. Ebenso werden Abrechnungsschwierigkeiten, die 30-Minuten-Regel sowie ein fraglicher Patientennutzen als Schwäche gesehen.

Hinsichtlich des Weiterentwicklungspotenzials wurden von den ASV-Teamleitern zahlreiche Angaben gemacht, die nachfolgend aufgelistet sind:

- Entbürokratisierung des Verfahrens
- Festlegung von Qualitätskriterien
- Schaffung einer Krankheits-DRG zur Abrechnung
- Schaffung einer zentral vorgegebene IT-Plattform bzw. Infrastruktur
- Schaffung einer ASV-Kommunikationsstruktur
- Etablierung regelmäßiger Treffen der ASV-Teamleiter
- Entwicklung eines für alle anzuwendenden Musterkooperationsvertrags
- Anbindung der ASV an onkologische Zentren
- Abschaffung der Überweisungserfordernis bei ASV-Patienten
- Etablierung eines digitalen Tumorboards

3.3 Weitere Interviews und Expertengespräche

Im Folgenden werden die Erkenntnisse aus den ergänzend durchgeführten Interviews und Expertengesprächen zusammenfassend dargestellt.

3.3.1 Interviews mit ASV-Koordinatorinnen

Im Zeitraum von November 2021 bis Juli 2022 konnten insgesamt 6 ASV-Koordinatoren von Kliniken aus den Bundesländern Thüringen, Saarland, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen (Nordrhein) interviewt werden, zwei davon an der gleichen Klinik.

Mit der ersten ASV-Koordination erfolgte zunächst ein offenes Expertengespräch, die anderen Gespräche folgten einem strukturierten Leitfaden (vgl. Anhang 3). Der Leitfaden gliedert sich in drei Themenblöcke, wobei ein inhaltlicher Schwerpunkt auf die Tätigkeit gelegt wurde.

- Allgemeine Information zu Ihrer Tätigkeit: 12 Fragen
- Fragen zu den ASV-Teams: 6 Fragen
- Persönliche Einschätzung zur ASV: 10 Fragen

Der Aufgabenbereich der „ASV-Koordination“ ist durch den mit der ASV verbundenen hohen bürokratischen und organisatorischen Aufwand entstanden und ist insbesondere an Kliniken, welche auch für mehrere Krankheitsbilder an der ASV teilnehmen, zu finden. In der Position der ASV-Koordination läuft alles an einer Stelle zentral zusammen, was als grundlegend für den Erfolg eines ASV-Teams angesehen wird. Die Aufgaben reichen von der Anzeige, der Team-Organisation über Dokumentation und Kommunikation über Verwaltungs- bis hin zu Abrechnungsaufgaben.

Ob durch die ASV tatsächlich eine bessere Patientenversorgung gewährleistet wird, konnte nicht eindeutig beantwortet werden, da bereits vorhandenen Strukturen der Tumorzentren gut etabliert waren und eine gute Versorgung ermöglichen. Auch hinsichtlich finanzieller Vorteile für die Klinik konnte keine abschließende Beurteilung getroffen werden. Es wurde jedoch angemerkt, dass die ganzen Kosten für Organisation, Aufwand, Schaffung von Ambulanzstrukturen, Räumlichkeiten, Personal nicht vergütet werden. Zudem bilde der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) nicht alle Leistungen ab, viele Leistungen erfolgen umsonst, insbesondere die „nicht-medizinischen“ (z. B. Ernährungsberatung, Sozialdienst, Onkolotsen, Pflege).

Zusammenfassend wurden als Vorteile/Stärken der ASV gegenüber der Regelversorgung folgende Punkte gesehen:

- Anwendung neuer diagnostischer Verfahren bzw. Therapien
- besser vorhandene psychoonkologische Betreuung
- verbesserte bzw. gestärkte intersektorale Zusammenarbeit
- bessere Koordination der Termine für ASV-Patienten

Als Nachteile/Schwächen wurden genannt:

- unangemessenes, zu bürokratisches und unübersichtliches Anzeigeverfahren
- ASV für Niedergelassene teilweise zu unattraktiv
- fehlende Möglichkeit einer Nachsorge
- nicht praktisch bzw. patienten-orientierte Vorgaben

Viel Weiterentwicklungspotential wird in der Abrechnung gesehen, sowie im Einschluss von notwendigen/sinnvollen Fachgruppen ins Team.

3.3.2 Interviews mit Nicht-ASV-Ärzten

Im August 2022 wurde mit zwei onkologisch ambulant tätigen erfahrenen Urologen, die nicht an der ASV teilnehmen, ein Interview durchgeführt. Ziel der Interviews war insbesondere zu eruieren, warum keine Teilnahme an der ASV erfolgt sowie die Gesamteinschätzung der ASV.

Der dafür erstellte Interviewleitfaden (vgl. Anhang 4) beinhaltet folgende Themenblöcke:

- Allgemeine Information: 14 Fragen
- Fragen zur ASV: 4 Fragen
- Persönliche Einschätzung zur ASV: 9 Fragen

Es wurde betont, dass aus ärztlicher Sicht durch die ASV für die Vertragsärzte eine Parallelstruktur zur Onkologie-Vereinbarung geschaffen wurde, die jedoch deutlich komplexer, unübersichtlicher und unflexibler sei. Die gleichzeitige Teilnahme sowohl an der Onkologie-Vereinbarung als auch an der ASV sei zudem nicht möglich.¹

Beide Befragten hätten sich bewusst gegen eine ASV-Teilnahme entschieden - die Anforderungen wären dabei keine unüberwindbaren Hürden gewesen, jedoch würde ein Abbau der bürokratischen Hürden die Hemmschwelle auch niedriger machen. Eine zukünftige Teilnahme wurde nicht per se ausgeschlossen. Der Nutzen der ASV-Teilnahme habe sich den Befragten noch nicht erschlossen, gerade in Anbetracht des sehr hohen Aufwandes. Die Vorteile für Patienten bzw. eine Qualitätsverbesserung seien (noch) nicht ersichtlich. Der Patientennutzen der ASV wird, wenn, dann nur im Zugang zu neuen diagnostischen/therapeutischen Möglichkeiten und im besseren Zugang zur Palliativversorgung gesehen (was aber auch als Ungleichbehandlung gewertet wird). Zudem sei in der Onkologie-Vereinbarung die Wahl der Kooperationspartner deutlich flexibler – in einem ASV-Team ist dies fester definiert. Die Praxen sind bereits gut vernetzt und greifen auf feste Strukturen im Hinblick auf Zusammenarbeit und Kooperation mit anderen Vertragsärzten und Kliniken zurück.

Hohes Potenzial wird in der ASV dahingehend gesehen, dass die ASV genutzt werden könnte, um nur seltene Tumoren zu behandeln (urologische oder andere; z. B. Nebennierenkarzinome, kleinzellige Tumoren, CUP-Syndromen). Für die häufigen Entitäten (Anmerkung: z. B. Prostatakarzinom) wurde durch die ASV eine Doppelstruktur zur Onkologie-Vereinbarung und zertifizierten Zentren geschaffen. Hier wäre es wünschenswert, diese zusammenzubringen.

3.3.3 Interviews mit Krankenkassenvertretern

Zwischen Dezember 2021 und Januar 2022 wurden Expertengespräche sowie teilweise leitfadengestützte Interviews mit Vertretern der BKK, der BEK, sowie der TK geführt, wobei die TK schriftlich den Interviewleitfaden ausfüllte. Inhalte der Gespräche waren Fragen zur Struktur und Umsetzung der ASV sowie hauptsächlich zur persönlichen Einschätzung der ASV.

Der Interviewleitfaden (vgl. Anhang 5) beinhaltet folgende Themenblöcke:

- Allgemeine Fragen zur ASV: 8 Fragen
- Persönliche Einschätzung der ASV: 21 Fragen

Es wurde hervorgehoben, dass die Onkologie-Vereinbarung als „Konkurrent“ zur ASV zu betrachten sei. Die Onkologie-Vereinbarung ist bei den onkologischen Indikationen (Bestand-)Teil der ASV, jedoch sei die ASV weitgreifender, da der stationäre Sektor mit einbezogen (und oftmals federführend) ist. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass – solange feste Sektorengrenzen existierten – eine intersektorale Versorgung schwierig umzusetzen sei.

Auch die Nachteile der ASV für die niedergelassenen Ärzte wurden erwähnt, da die Aufwände hoch seien und Strukturen fehlten. Die Leistungsbringer-Struktur vor Ort sei entscheidend bei der Etablierung eines ASV-Teams (Anzahl Kliniken, Vernetzung, etc.). Zudem hätten die Anzeigeverfahren unterschiedliche Regelungs-/Prüftiefen und es gäbe kein einheitliches Verfahren. Auch der Facharztmangel könnte teilweise eine Teambildung verhindern, was z. B. in strukturschwachen/ländlichen Gegenden der Fall sein könnte, zumal eine enge räumliche und damit zeitliche Anbindung der Kern-Team-Mitglieder gegeben sein muss.

¹ Anmerkung: Nach eigener Recherche, ist diese Angabe nicht korrekt. Es ist sowohl eine Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung als auch an der ASV möglich (ASV-Behandlung: Kennzeichen mit Teamnummer; Behandlung außerhalb der ASV: KV Abrechnung). https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/vertraege/asv/asv_faq.pdf

Zur Abrechnung wurde erläutert, dass sobald ein Patient in die ASV wechselt, aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) etwas rausgenommen wird, da er woanders versorgt wird – es findet eine Bereinigung statt. Der Topf der Versorgung würde so nicht größer, aber die ASV wird außerhalb des Budgets abgerechnet. Die KV ist Hauptansprechpartner und Dienstleister für die Abrechnung der Niedergelassenen.

Ob eine bessere Patientenversorgung durch die ASV geschieht, kann nicht beurteilt werden. Von Krankenkassenseite erfolgt – zum Zeitpunkt der Interviews – keine Kontrolle der Outcomes oder Qualität der Versorgung.

Die Stärken der ASV werden in einem durch Kooperationen entstehenden Kulturwandel gesehen. Als Schwächen wurde u.a. die „in einen hohen bürokratischen Aufwand mündende Regelungswut“ genannt. Die eLAS seien überlastet, was zu einer langen Umsetzungs- und Überführungsdauer der einzelnen Indikationen führt. Zudem bestehen Abrechnungsprobleme. Aufgrund der Teamgröße/-zusammensetzung seien 2 getrennte Abrechnungsverfahren in Abhängigkeit der Versorgungsebene (Abrechnung nach §301 SGB V für stationäre Leistungserbringer; Abrechnung über Krankenkassen oder KV für Vertragsärzte) entstanden.

Hinsichtlich der Weiterentwicklung könnte die Richtlinie um alle urologischen Tumorerkrankungen (Anmerkung: alle urologischen Tumorerkrankungen sind bereits enthalten) und -Therapien erweitert werden, inkl. Active Surveillance (geeignete Felder für Selektivverträge). Zudem müssten Regulierungen zurückgenommen und mehr Flexibilität ermöglicht werden.

3.3.4 Interviews mit Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

Mit der KBV wurden zwei Expertengespräche im Zeitraum von Oktober 2021 bis Juli 2022 durchgeführt. Ergänzend wurde ein Interviewleitfaden (9 allgemeine Fragen, 13 Fragen zur Einschätzung der ASV) seitens der KBV ausgefüllt (vgl. Anhang 6). Ziel war es weitere Hintergrundinformationen zur ASV zu erlangen, die dann auch für die Erstellung weiterer Interviewleitfäden genutzt werden können. Zudem wurden Abrechnungsfragen besprochen.

Die Vertreter der KBV machten deutlich, dass es das ursprüngliche Ziel gewesen sei, deutlich mehr Praxen in die ASV zu integrieren. Als Ursache für den hohen klinischen Anteil an ASV-Teamleitungen wurde u.a. darin gesehen, dass Kliniken die hohen Anforderungen besser bewältigen könnten als Praxen – technische und organisatorische Anforderungen seien häufig zu hoch. Der in der ASV gebotene sektorübergreifende Ansatz beinhalte häufig „Pseudopraxen“ (Anmerkung: Passivteilnahme, Medizinische Versorgungszentren (MVZs) der Kliniken). Diesbezüglich wurde auch auf ungleiche Wettbewerbsbedingungen hingewiesen. Krankenhäuser profitierten von vielen bereits zur Verfügung stehenden Fachabteilungen, die zu einem ASV-Team gehören müssen. Die Abrechnung und Koordination laufen in den Krankenhäusern häufig über einen eigenen Mitarbeiter. Bei den Vertragsärzten sind PVS-Systeme häufig nicht vernetzt und es ist für den einzelnen Vertragsarzt unter Umständen (kosten)aufwendig, es für die ASV freizuschalten.

Der sprunghafte Anstieg der Zahl der ASV-Teams habe mit der Überleitung der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus (ABK-RL) in die ASV begonnen. Innerhalb von 3 Jahren muss ein Krankenhaus sich ummelden (von ABK-RL in ASV). Die regionalen Unterschiede seien auch bereits bei der ABK-RL vorhanden gewesen und zeigen sich auch jetzt bei der ASV (z. B. in der Prüftiefe).

Im Hinblick auf die Onkologie-Vereinbarung machte die KBV deutlich, dass diese und die ASV keine Konkurrenz sein sollen. In der ASV sollten nur komplexe Erkrankungen behandelt werden, „einfache“ Erkrankungen seien nach Onkologie-Vereinbarung behandelbar. Patienten können nur im Rahmen der ASV behandelt werden, wenn sie die Kriterien dafür erfüllen und dann sei auch beispielsweise ein PSMA-PET-CT abrechenbar.

Zur 2-Quartalsregelung wurde erläutert, dass diese eingebracht wurde, um dem Wunsch der Niedergelassenen, Patienten nicht „an die ASV zu verlieren“, zu entsprechen. Nach 2 Quartalen muss die Indikation für die ASV neu geprüft werden, wenn diese nicht mehr zutrifft, geht der Patient wieder in den niedergelassenen Bereich. Die Nachsorge sollte nicht in der ASV bleiben.

Weitere Themen, die besprochen wurden, waren der Abrechnungsweg der Vertragsärzte über die KV, kostenpflichtige Tools des PVS, die Bedeutung des EBM für Krankenhäuser und Krankenkassen, die beobachtete hohe Inanspruchnahme unspezifischer Leistungen in der ASV, die Angst vor der Budget-Bereinigung sowie die initial angedachte „ASV-DRG“. Als Manko bei der Honorierung wurde hervorgehoben, dass die (Team-)Organisation nicht honoriert werde, auch die Implementierung von IT-Systemen nicht.

Abschließend wurde angemerkt, dass die konkrete Umsetzung der vom Gesetzgeber geforderten und in vielen Regionen notwendigen, verstärkten sektorübergreifenden/sektorgleichen Behandlung mit einheitlichen Vergütungsmöglichkeiten mit der ASV im Ansatz vorliegt und weiterentwickelt werden sollte. Zudem hoffe die KBV auf Ergebnisse von Innovationsfondprojekten, um konkrete Ansätze für die Weiterentwicklung der ASV zu haben.

3.3.5 Expertengespräche

Plattform-Betreiber

Im Zeitraum von Dezember 2021 bis Juni 2022 konnten Expertengespräche mit 3 Plattform-Betreibern geführt werden. Die Plattformen haben folgende inhaltlichen Schwerpunkte:

- cloudbasierte Arzt- und Praxissoftware mit Zusatzfunktion für ASV „inSuite“
- Implementierung und Durchführung ambulanter Programme bei psychischen und chronischen Erkrankungen mit Fokus auf Koordination und Digitalisierung
- Online-Tumorboard mit Tumordokumentation „OncoAssist“

Ziel der Gespräche war es, zu eruieren, ob solche Plattformen/Angebote auch für die ASV genutzt werden könnten. Dies wurde vor dem Hintergrund diskutiert, dass der momentane Informationsaustausch zu den Patienten nicht ideal erfolgt (per Fax, oder per Mail) und gesicherte Systeme noch nicht etabliert sind. Eine gemeinsame (elektronische) Patientenakte für die ASV-Patienten, die vom G-BA nicht gefordert wurde, wäre eine logische Voraussetzung der ASV gewesen.

In den Gesprächen wurde deutlich, dass die ASV aufgrund der Voraussetzungen zur Teilnahme das Ziel der Stärkung des ambulanten vertragsärztlichen Bereichs verfehlt habe. Eine zentrale Frage sei, was ambulante Strukturen können müssten bzw. was niedergelassene Ärzte für Strukturen zur Unterstützung bräuchten. Die Aufgabe sei, „ambulant“ zu denken und Versorgungskonzepte zur Strukturierung des ambulanten Bereichs zu entwerfen und zu etablieren. Zudem wäre eine unabhängige, flexible, bundesweit gleiche Abrechnungsstruktur für die ASV (unabhängig von der KV) wünschenswert – Voraussetzung sei hier der ersthafte Wunsch nach einer gemeinsamen Versorgung.

Zu berücksichtigen sei, dass bisher keine Vergütung der Organisationsstrukturen oder der technischen Tools („Technikpauschale“) vorgesehen ist. Zu klären wäre, ob überhaupt eine Zahlungsbereitschaft für eine ASV-Plattform bzw. ein ASV-Management vorhanden sei. Hinsichtlich der Kosten wurde auch diskutiert, ob die ASV auf Dauer günstiger werden kann als die Regelversorgung und wie eine Bewertung auch in Hinblick auf eine verlängerte Lebenszeit und gesundheitsökonomische Endpunkte erfolgen kann/wird.

Hinsichtlich einer möglichen plattformbasierten Lösung wäre eine webbasierte Managementplattform mit verschiedenen Optionen/Tools denkbar, wobei Doppel-Dokumentationen zu vermeiden sind und dies evtl. als Zusatz zu bereits bestehenden Lösungen zu betrachten ist. Zu Beginn sollte der Fokus der Abnahme der administrativen Aufwände und einer abrechnungsorientierten Verwaltung liegen und erst später sollte der medizinische Aspekt hinzukommen.

Abrechnungsexperten

Da die Vergütung bzw. Abrechnung in der ASV einen großen Stellenwert einnimmt und zudem sehr komplex ist, sektorenunterschiedlich geregelt wird, teils defizitär, teils lukrativ erscheint, wurden weitere Expertengespräche zu Abrechnungsfragen geführt (BKK, GKV-SV, Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa), je ein ASV- und Nicht-ASV-Arzt).

In den Gesprächen mit den Krankenlassenvertretern wurde deutlich, dass die ASV bisher an der vertragsärztlichen Versorgung nur einen sehr kleinen Teil ausmacht und im Budget noch nicht besonders ins Gewicht fällt.

Der große Vorteil in der ASV bestehe darin, dass Ärzte Leistungen ohne Mengenbegrenzung bzw. ohne Budgetierung anfordern könnten; in der ASV seien überwiegend schwer kranke Patienten zu finden, wo dies nötig sei. Rechtliche Grundlagen der vertragsärztlichen Versorgung würden in der ASV nicht gelten („rechtsfreier Raum“). Die ASV-Richtlinie grenze dabei aber etwas ein. Für den Vertragsarzt sehen die Krankenkassen hier keinen Nachteil (trotz einer potenziellen Bereinigung).

In der Praxis seien häufig Doppelabrechnungen zu beobachten, dies sei jedoch schwer zu kontrollieren. Eine besonders große Differenz wird gerade im Laborbereich beobachtet: in der ASV wird um ein Vielfaches mehr abgerechnet als in der Regelversorgung (keine Mengenbegrenzung). Auch Laborleistungen mit fraglicher Relevanz würden abgerechnet werden, bisher erfolgte nur bei wenigen Indikationen eine Überprüfung.

Laut SpiFa lägen die Probleme in der Abrechnung in der Geburt der ASV und seien dem EBM geschuldet. Es wurden absichtlich Hürden bei der ASV eingebaut („Sektorenegozentrik“). Der EBM sei für die Kliniken nicht geeignet, Abrechnungsexpertise sei dazu kaum vorhanden. Nach GKV-SV sei der EBM prinzipiell eine sehr aktuelle Gebührenordnungsposition und würde sich gut für die ASV eignen. Momentan werden jedoch 2 EBMs parallel gepflegt, welches suboptimal sei.

Auch Anpassungen in den Appendizes von abrechenbaren Leistungen müssten schneller durchgeführt werden (alles wird zuvor durch den G-BA auf Relevanz für die ASV geprüft). Neue Leistungen müssten schneller in die Versorgung gebracht werden. Vertragsärzte erbrächten dann die Leistung in der Regelversorgung, wenn sie es in der ASV nicht abrechnen können.

Eine Vergütung von Teams sei schwierig (Anmerkung: aktuell personenbezogene Abrechnung). Dafür würde zumindest eine gemeinsame Fallakte benötigt werden. Eine Honorierung von IT-Elementen (z. B. e-Fallakte) erfolge bereits im Vertragsarztbereich, z. B. auch Technikpauschalen, im Rahmen der ASV wurde es noch nicht diskutiert. Auch eine extra Honorierung der Teamleiter (Verantwortung, Teamzusammenhalt, Aufwand) wurde bereits diskutiert.

In 4–5 Jahren sollte es nach SpiFa ein anderes intersektorales Abrechnungssystem (für die ASV) geben (in einem neuen Gesetz), ASV würde neu eingebettet werden (BMG; (Anmerkung: SpiFa/Difa habe von Beginn an eine intersektorale Abrechnung überlegt, die Mischfinanzierung (EBM) wird verloren gehen)). Notwendig sei ein bürokratieärmeres Verfahren des stationären Systems. Nicht die Einzelleistung solle vergütet werden, sondern der Fall (Pauschale, Hybrid DRG). Der GKV-SV sieht „Hybrid-DRGs“ als eine zu aufwendige Kalkulation bei eher kleinem Patientenkreis. Der §115b (AOP) enthält bereits ein Konstrukt der 3-seitigen Verträge. Eine neue Organisation sei notwendig: Vergütung -> pauschalisierte DRG-Vergütung. Aktuell gäbe es Modellvorhaben für intersektorale Vergütung. Die besondere Herausforderung liege darin, hochqualifizierte Leistungen kostendeckend zu behandeln. Auch der Bedarf bzw. Erprobung einer neutralen Abrechnungsstelle solle hier getestet werden (bedeutet Machtverlust der KV).

Experten zur Onkologie-Vereinbarung

Die Expertengespräche zur Onkologie-Vereinbarung als ein seit Jahrzehnten etabliertes Qualitätssicherungs- und Abrechnungssystem für urologische Tumoren dienten zur besseren Abgrenzung gegenüber der ASV. Diese haben von Juni bis September 2022 stattgefunden.

In den Gesprächen wurde deutlich, dass es in den kommenden Jahren eine Parallel-Welt von Onkologie-Vereinbarung und ASV geben wird. Wenn aber die ASV erfolgreich ist, könnte die Onkologie-Vereinbarung zunehmend abgelöst werden. Das etablierte System „Onkologie-Vereinbarung“ könne auch die hohe Skepsis gegenüber der ASV seitens der Vertragsärzte erklären, zumal diese mit einem hohen bürokratischen Aufwand bei Teilnahme an der ASV zu kämpfen haben. Momentan kommt es auch dazu, dass Patienten in die ASV für eine bestimmte Diagnostik geschoben werden. Die Fallzahlen der Vertragsärzte reichen für die ASV teilweise nicht aus. Zu diskutieren wäre auch eine stufenweise Betreuung von Patienten: (Onkologie-Vereinbarung:

Basisonkologie, ASV: komplexe Fälle) Ob man denselben Patienten entweder in der ASV oder Onkologie-Vereinbarung abrechnen kann, ist schlussendlich nicht geklärt (Anmerkung: entweder oder). Nach der Richtlinienänderung kann jedoch ohne Berechtigung zur Onkologie-Vereinbarung oder zu geringen Fallzahlen im Rahmen der ASV abgerechnet werden. In Zukunft würden laut SpiFa nur hochqualifizierte (ambulante) Urologen in der ASV mitmachen können.

3.4 Erkenntnisse zu den Arbeitshypothesen

Nachfolgend werden die Ergebnisse aller Interviews im Kontext der relevanten Arbeitshypothesen beschrieben. Primär werden hierzu die Ergebnisse der Interviews mit den eLA-Vertretern, den ASV-Teamleitern und den ASV-Koordinatorinnen genutzt.

AH 2: Zugang zur Versorgung

ASV-Patienten haben einen besseren Zugang zur Versorgung, d. h. zu benötigten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

In den Interviews mit den eLA-Vertretern sowie mit den ASV-Teamleitern wurde mehrfach geäußert, dass durch die ASV mehr Diagnostikmöglichkeiten (insbesondere PSMA-PET-CT) vorhanden sind. Vereinzelt wird dies auch für Behandlungsmöglichkeiten so gesehen. Dies wurde auch von den ASV-Koordinatorinnen bestätigt.

AH 3: Koordination der Versorgung

Die Behandlung von ASV-Patienten ist besser koordiniert als die Behandlung unter usual-care-Bedingungen.

Die Koordination der Versorgung wird von der Mehrheit der eLAs als Stärke der ASV und als Nutzen für den Patienten gesehen. Die Patienten sind innerhalb eines Teams aufgehoben und ihre Versorgung wird besser gesteuert. Eine bessere Patientenversorgung im Rahmen der ASV im Vergleich zur Regelversorgung wird für die Mehrheit der ASV-Teamleiter in kürzeren/schnelleren Wegen und auch einer besseren Koordination für Patienten gesehen. Auch die ASV-Koordinatorinnen berichten von einer besseren Koordination der Termine für ASV-Patienten.

AH 8: Qualitätsanforderungen/klinische Outcomes

Das Zulassungsverfahren sichert eine qualitativ hochwertige Versorgung (beurteilt an klinischen Parametern).

Ob durch die ASV eine bessere Patientenversorgung bzw. qualitativ hochwertige Versorgung (beurteilt an klinischen Parametern) ermöglicht wird, konnte von den Interviewpartnern überwiegend nicht beantwortet werden, da belastbare Daten hinsichtlich Patientenoutcomes und klinischen Daten fehlen. Von Seiten der ASV-Teamleiter wird mehrheitlich keine höhere Versorgungsqualität in der ASV im Vergleich zur Regelversorgung gesehen. Der Patientennutzen war jedoch für über die Hälfte der ASV-Teamleiter der Hauptgrund an der ASV teilzunehmen.

AH 9: Sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Die ASV erreicht das Ziel einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Eine verbesserte Sektorenverknüpfung war ein häufiger Grund für ASV-Teamleiter an der ASV teilzunehmen. Nach Einschätzung einiger ASV-Teamleiter hat sich jedoch die sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen der ASV nicht verbessert und wird auch nur von sehr wenigen eLA-Vertretern als Stärke der ASV beschrieben. Dementgegen wird jedoch von den anderen ASV-Teamleitern eine Verbesserung bei der intersektoralen Zusammenarbeit gesehen in Form einer besseren Vernetzung („die jedoch zum Teil schon vorher gut war“). Eine verbesserte bzw. gestärkte intersektorale Zusammenarbeit durch die ASV wird auch von den ASV-Koordinatorinnen beschrieben.

Eine potentielle Verschiebung der vertragsärztlichen in die klinisch-ambulante Versorgung wird von den meisten eLA-Vertretern kritisch gesehen und war so nicht beabsichtigt, – der Aufwand für Praxen zur ASV-Teilnahme sei häufig zu hoch. Viele Krankenhäuser haben ein eigenes MVZ, welches dann eher genutzt wird als die Vernetzung mit Vertragsärzten.

AH 10: Innovations- und Weiterentwicklungspotenzial***Die ASV ermöglicht Innovationen und die Weiterentwicklung der Versorgung.***

Innovationen und die Weiterentwicklung der Versorgung werden in der jetzigen Form der ASV abgesehen von der verbesserten Strukturqualität und den Anreiz einer besseren Vergütung überwiegend nicht gesehen. Jedoch wird der ASV das Potential zum Füllen einer Lücke hinsichtlich einer sektorenübergreifenden Patientenversorgung – theoretisch - zugesprochen, wenn sie als solche „gelebt“ wird.

Von den Interviewpartnern wurde diverses Weiterentwicklungspotenzial geäußert, z. B. in der Entbürokratisierung des Verfahrens, in der Weiterentwicklung der Vergütung, in der Begrenzung der Zahl der Teammitglieder im Ausbau der Qualitätssicherung und der Evaluation oder in der Schaffung einer ASV-Kommunikationsstruktur.

AH 11: Ärzte-/Versorgerzufriedenheit***ASV-Ärzte sind mit den Rahmenbedingungen der ASV zufrieden.***

Von den ASV-Teamleitern gibt es überwiegend positive Bewertungen der ASV, jedoch gibt es auch gegensätzliche Meinungen. Als Stärken werden die bessere Strukturqualität in der Patientenversorgung gesehen sowie der Anreiz zur besseren Vergütung. Als Schwächen werden der hohe bürokratische Aufwand sowie die gescheiterte Einbindung der Vertragsärzte gesehen

4 Zusammenfassung

Im Rahmen des AP 4 wurden weit mehr Interviews und Expertengespräche durchgeführt als initial geplant, da sich sehr schnell im Projektverlauf gezeigt hat, dass die Einschätzung und Meinung weiterer Stakeholder über die eLA-Vertreter und ASV-Teamleiter hinaus eine große Rolle für die Evaluierung der ASV spielen. Ziel war es somit nicht nur, die Ergebnisse der Interviews in den Kontext der Arbeitshypothesen zu stellen, sondern auch tiefere Kenntnisse z. B. zum aktuellen Umsetzungsstand der ASV oder zu Implementierungsbarrieren zu gewinnen.

Nur 9 der 17 geplanten Interviews mit eLA-Vertretern konnten durchgeführt werden. Somit wurde kein vollständiges Bild zur Effektivität der Rahmenbedingungen aus eLA-Sicht erlangt. Insbesondere aus den Bundesländern, wo die ASV noch nicht weit verbreitet ist (z. B. Hamburg, neue Bundesländer), konnten keine Interviewpartner gewonnen werden. Zudem ist berücksichtigen, dass die Aussagen in Interviews häufig Einzelmeinungen widerspiegeln und somit nicht auf die gesamte Stakeholdergruppe zu übertragen sind. Die regionalen Unterschiede der Umsetzung der ASV waren trotzdem offensichtlich.

Die Expertengespräche haben insbesondere dazu beigetragen, tiefere Kenntnisse zur Abrechnung der ASV zu erlangen, die Abgrenzung der ASV zur Onkologie-Vereinbarung näher zu beleuchten sowie zu eruieren, ob bereits existierende Plattformen/Angebote auch für die ASV genutzt werden könnten. Abrechnungsfragen wurden weiterhin in den Interviews mit Krankenkassenvertretern sowie der KBV adressiert.

Als wichtige Quelle haben sich die Interviews mit den ASV-Koordinatoren herausgestellt, da diese viel aus dem Alltag der Umsetzung der ASV berichten konnten und mit welchen Hürden sie zu kämpfen haben. Diese liegen insbesondere im hohen bürokratischen Aufwand.

Den Interviews mit den Nicht-ASV-Ärzten konnten Hinweise entnommen werden, warum keine Teilnahme an der ASV erfolgt. Gründe liegen hier überwiegend im nicht angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnis.

Aus den Ergebnissen der Interviews mit den eLA-Vertretern und den ASV-Teamleitern ist hervorzuheben, dass eine Beurteilung, ob durch die ASV eine bessere Patientenversorgung bzw. qualitativ hochwertige Versorgung (beurteilt an klinischen Parametern) ermöglicht wird, überwiegend nicht beantwortet werden konnte, da belastbare Daten hinsichtlich Patientenoutcomes und klinischen Daten fehlen. Wenn die Patientenversorgung als

besser im Vergleich zur Regelversorgung betrachtet wird, liegt dies eher an kürzeren Wegen, besserer Koordination, mehr Diagnostikmöglichkeiten für Patienten etc.

Zusammenfassend lassen sich als Stärken der ASV aus allen Interviews folgende Punkte benennen:

- Anwendung neuer diagnostischer Verfahren bzw. Therapien
- verbesserte bzw. gestärkte intersektorale Zusammenarbeit
- bessere Koordination der Termine für ASV-Patienten und „kürzere Wege“ für Patienten
- Vereinfachung der Patientenversorgung aus einer Hand
- wirtschaftlicher Anreiz.

Als Schwächen haben sich herauskristallisiert:

- zu hoher bürokratischer Aufwand
- fehlende Einheitlichkeit des Anzeigeverfahrens
- gescheiterte Ambulantisierung
- fraglicher Patientennutzen
- fehlende Möglichkeit einer Nachsorge
- Vorgaben zur Teamzusammensetzung zu rigide
- Abrechnungsschwierigkeiten

Die zugrundeliegende Fragestellung, ob die ASV-Ziele auf Ebene der Versorger (Sicherung qualitativ hochwertiger Versorgung, Ziel der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, Ermöglichung von Innovationen und Weiterentwicklung der Versorgung sowie Zufriedenheit der ASV-Ärzte mit Rahmenbedingungen) erreicht werden, kann insgesamt auf Basis der Ergebnisse der Interviews nicht positiv beantwortet werden. Die Ergebnisse müssen jedoch in Zusammenschau mit den Ergebnissen der Versorgerbefragung betrachtet und gemeinsam bewertet werden.

In den Interviews wurde zudem Weiterentwicklungspotenzial geäußert, was in den nachfolgend stattfindenden Workshops vertieft wurde. Bedarf für eine Weiterentwicklung wurde überwiegend in einer bundesweiten, übergeordneten Vereinfachung/Vereinheitlichung des Verfahrens sowie im Abbau der Bürokratie gesehen. Darüber hinaus wurde die Etablierung einer Kommunikationsplattform, die Verbesserung der Information für Patienten und Ärzte, die Abrechnung und Vergütung, die Entwicklung von Qualitätskriterien jenseits der Strukturqualität sowie die Schaffung einer einheitlichen Dokumentationsstruktur als wichtige Bereiche für eine Weiterentwicklung genannt.

5 Literaturverzeichnis

Mayring, P., et al. (1994). "Qualitative Inhaltsanalyse." UVK Univ.-Verl. Konstanz **14**: 159-175.

Anhang

Anhang 1. Interviewleitfaden_eLA-Vertreter

Interviewleitfaden eLA-Vertreter

Fragen	Beantwortungsmodus
Allgemeine Informationen zum eLA	
Seit wann existiert der eLA?	Angabe Monat/Jahr
Seit wann sind Sie Mitglied im eLA?	Offene Frage
Welche Position / Aufgabe haben Sie im eLA?	Offene Frage
Wie ist der eLA organisiert und wie arbeitet er organisatorisch zusammen (welche Aufgaben haben die einzelnen Mitglieder, gibt es Unterarbeitsgruppen, wie sind Entscheidungsprozesse etc.)?	Offene Frage
Wie kommunizieren Sie innerhalb des eLAs?	<input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> per Mail <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> Sonstiges (Freitext)
Informationen zum ASV-Anzeigeverfahren	
Erfolgt die Anzeige in schriftlicher oder elektronischer Form?	<input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> elektronisch <input type="checkbox"/> beides möglich
Welche Unterlagen fordern Sie ein (z.B. Qualitätsnachweise, Urkunden, Belege)?	Offene Frage
Wie oft müssen Unterlagen nachgefordert werden?	<input type="checkbox"/> (fast) immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> (fast) nie
Wie erfolgt die praktische Prüfung eines ASV-Antrages?	Offene Frage
Wie lange dauert durchschnittlich ein Anzeigeverfahren vom Eingang der Unterlagen bis zum positiven Bescheid?	<input type="checkbox"/> < 1 Monat <input type="checkbox"/> 1 – 2 Monate <input type="checkbox"/> > 2 Monate <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Wie erfolgt überwiegend die Kommunikation mit den Antragstellern?	<input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> per Mail <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> Sonstiges (Freitext)
Was sind Ihrer Meinung nach, die größten Hindernisse zur Erfüllung der Vorgaben für die ASV-Teilnahme?	<i>Mehrfachantworten möglich</i> <input type="checkbox"/> vorgeschriebene Fachrichtungen bei der Teambzusammensetzung <input type="checkbox"/> Erfüllung der Mindestmengen <input type="checkbox"/> Qualitätsnachweise nach § 135 Abs. 2 SGB V <input type="checkbox"/> 30 Minuten Entfernung der Teammitglieder vom Ort der Teamleitung <input type="checkbox"/> Weitere (Freitext)
Ist eine überregionale Kooperation von Teams möglich?	Offene Frage
Wie häufig kommt es vor, dass eine ASV-Teilnahme abgelehnt wird?	<input type="checkbox"/> (fast) immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> (fast) nie

Fragen	Beantwortungsmodus
Halten Sie das Anzeigeverfahren für angemessen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wenn nein: warum nicht? <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Wie hat sich die Zahl an Anzeigeverfahren für die ASV-Teilnahme in der letzten Zeit in Ihrem Bundesland entwickelt (speziell im Bereich urologische Tumore aber auch für andere Indikationen)?	Offene Frage
Gibt es Ihrer Ansicht nach trotz einheitlicher Richtlinie Unterschiede in der Umsetzung des Anzeigeverfahrens in den verschiedenen Bundesländern? <i>wenn ja:</i> Wie bewerten Sie unterschiedliche regionale Vorgehensweisen der eLAs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Warum sind Ihrer Meinung nach in manchen Bundesländern mehr ASV-Teams zu finden und in anderen sehr wenige bzw. gar keine?	Offene Frage
Kontrolliert der eLA die ASV Teams bzw. die Umsetzung im Verlauf?	Offene Frage
Ihre Einschätzung zur ASV	
Glauben Sie, dass durch die ASV eine bessere Patientenversorgung ermöglicht wird?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wenn nein: warum nicht? <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Wo sehen Sie den Nutzen der ASV für den Patienten/die Patientin?	Offene Frage
Wie beurteilen Sie die Verschiebung der ambulanten in die klinische Versorgung?	Offene Frage
Wo sehen Sie den Nutzen der ASV für die Vertragsärzte/-ärztinnen?	Offene Frage
Wo sehen Sie den Nutzen der ASV für die Krankenhäuser?	Offene Frage
Sehen Sie Besonderheiten im Bereich der ASV „Urologische Tumore“ im Vergleich zu anderen ASV-Bereichen?	Offene Frage
Wie bewerten Sie die ASV im Allgemeinen?	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> überwiegend positiv <input type="checkbox"/> teils positiv, teils negativ <input type="checkbox"/> überwiegend negativ <input type="checkbox"/> negativ
Wo sehen Sie die Stärken der ASV?	Offene Frage
Wo sehen Sie die Schwächen der ASV?	Offene Frage
Welches Weiterentwicklungspotenzial sehen Sie noch in der ASV?	Offene Frage

Anhang 2. Interviewleitfaden_ASV-Teamleiter

Interviewleitfaden ASV-Teamleiter

Fragen	Beantwortungsmodus
Allgemeine Informationen zum ASV-Team	
Seit wann sind Sie in der ASV tätig?	Angabe Monat/Jahr
Aus wie vielen Kernmitgliedern besteht ihr ASV-Team?	Angabe Zahl
Wie viele Praxen/Niedergelassene sind an ihrem Team beteiligt?	Angabe Zahl
Was waren für Sie die Hauptgründe für Sie an der ASV teilzunehmen?	<i>Mehrfachantworten möglich</i> <input type="checkbox"/> Patientennutzen <input type="checkbox"/> sektorenübergreifende Zusammenarbeit <input type="checkbox"/> finanzielle Aspekte <input type="checkbox"/> strategische Überlegungen <input type="checkbox"/> Wegfall der Alt-Berechtigung zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b <input type="checkbox"/> Weitere...
Wie arbeitet das Team organisatorisch zusammen (welche Aufgaben haben die einzelnen Mitglieder, gibt es Unterarbeitsgruppen, wie sind Entscheidungsprozesse etc.)?	Offene Frage
Wie kommunizieren Sie innerhalb des ASV-Teams?	Offene Frage
Unterscheiden sich Dokumentation, Organisation und Kommunikation im ASV-Team zu den üblichen Strukturen in Ihrer Institution?	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja: inwiefern? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Werden ASV-Patienten im KIS/PVS besonders gekennzeichnet?	Offene Frage
Ist Ihr System an die Telematikinfrastruktur angebunden?	Offene Frage
Wie rechnen Sie ASV-Fälle ab?	<input type="checkbox"/> über die KV <input type="checkbox"/> direkt mit der Krankenkasse
Gibt es aktuell Schwierigkeiten ASV-Leistungen abzurechnen?	Offene Frage
Informationen zum ASV-Anzeigeverfahren	
Wie lange hat bei Ihnen das Anzeigeverfahren vom Bearbeitungsbeginn bis zum positiven Bescheid gedauert?	<input type="checkbox"/> < 2 Monate <input type="checkbox"/> 2 – 6 Monate <input type="checkbox"/> 6 – 12 Monate <input type="checkbox"/> > 12 Monate <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Wie beurteilen Sie die Kommunikation / Zusammenarbeit mit dem eLA?	<input type="checkbox"/> (sehr) gut <input type="checkbox"/> zufriedenstellend <input type="checkbox"/> (sehr) schlecht <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Was sind Ihrer Meinung nach die größten Hindernisse zur Erfüllung der Vorgaben für die ASV-Teilnahme?	<i>Mehrfachantworten möglich</i> <input type="checkbox"/> vorgeschriebene Fachrichtungen bei der Teamzusammensetzung <input type="checkbox"/> Erfüllung der Mindestmengen <input type="checkbox"/> Qualitätsnachweise nach § 135 Abs. 2 SGB V <input type="checkbox"/> 30 Minuten Entfernung der Teammitglieder vom Ort der Teamleitung <input type="checkbox"/> Weitere....
Halten Sie das Anzeigeverfahren für angemessen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wenn nein: warum nicht? <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich

Fragen	Beantwortungsmodus
Ihre Einschätzung zur ASV	
Glauben Sie, dass durch die ASV eine bessere Patientenversorgung ermöglicht wird?	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja, warum? <input type="checkbox"/> nein, wenn nein: warum nicht? <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Hat sich die intersektorale Zusammenarbeit ihrer Einschätzung nach durch die Teilnahme an der ASV verbessert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Betrachten Sie alle geforderten ASV-Kooperationspartner bzw. hinzuziehende Fachärzte für bestimmte Leistungen als notwendig?	Offene Frage
Unterscheiden Sie In Ihrem praktischen Arbeitsalltag zwischen ASV- und Nicht-ASV Patienten?	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja: inwiefern <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Was unterscheidet ein zertifiziertes Organzentrum von einer ASV-Struktur?	Offene Frage
Hat die Teilnahme an der ASV für Sie betriebswirtschaftliche Vorteile gebracht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wenn nein: warum nicht? <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Was ist Ihrer Ansicht nach in der ASV besser als in der Regelversorgung?	<i>Mehrfachantworten möglich</i> <input type="checkbox"/> intensivere Kooperation zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern <input type="checkbox"/> Anwendung neuer Diagnostik-/Therapieverfahren in der Patientenversorgung <input type="checkbox"/> Gewinnung neuer Patienten <input type="checkbox"/> höhere Versorgungsqualität <input type="checkbox"/> bessere Koordination der Patientenversorgung <input type="checkbox"/> Weitere (Freitext)
Welche Hindernisse sehen Sie in der praktischen Umsetzung der ASV?	Offene Frage
Welche urologischen Patienten wären ihre Meinung nach am besten innerhalb der ASV versorgt?	Offene Frage
Sehen Sie Potential in einer Richtlinienenerweiterung zur ASV, speziell für „Urologische Tumore“?	<input type="checkbox"/> keine Änderung notwendig <input type="checkbox"/> Erweiterung der Richtlinieninhalte notwendig, wenn ja, in welche Richtung? <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Wie bewerten Sie die ASV im Allgemeinen?	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> überwiegend positiv <input type="checkbox"/> teils positiv, teils negativ <input type="checkbox"/> überwiegend negativ <input type="checkbox"/> negativ
Wo sehen Sie die Stärken der ASV?	Offene Frage
Wo sehen Sie die Schwächen der ASV?	Offene Frage
Welches Weiterentwicklungspotenzial sehen Sie noch in der ASV?	Offene Frage

Anhang 3. Interviewleitfaden_ASV-Koordination

Interviewleitfaden ASV-Koordination

Fragen	Beantwortungsmodus
Allgemeine Informationen zu Ihrer Tätigkeit	
Wie kam es zu Ihrer Tätigkeit als ASV-Koordination (seit wann)?	Offene Frage
Welches sind Ihre Aufgaben (z.B. Anzeige, Team-Organisation, Dokumentation...)?	Offene Frage
Falls Sie sich mit dem Anzeigeverfahren auseinandersetzen mussten: Konnten Sie auf vorhandene Strukturen in der Klinik oder Praxis aufbauen (z.B. zertifizierte Zentren)?	Offene Frage
Falls Sie sich mit dem Anzeigeverfahren auseinandersetzen mussten: Was sind Ihrer Meinung nach die größten Hindernisse zur Erfüllung der Vorgaben für die ASV-Teilnahme?	Mehrfachantworten möglich <input type="checkbox"/> vorgeschriebene Fachrichtungen bei der Teamzusammensetzung <input type="checkbox"/> Erfüllung der Mindestmengen <input type="checkbox"/> Qualitätsnachweise nach § 135 Abs. 2 SGB V <input type="checkbox"/> 30 Minuten Entfernung der Teammitglieder vom Ort der Teamleitung <input type="checkbox"/> Weitere....
Falls Sie sich mit dem Anzeigeverfahren auseinandersetzen mussten: Gab es explizit Schwierigkeiten die hinzuzuziehenden Fachärzte für die ASV-Teilnahme zu gewinnen?	Offene Frage
Falls Sie sich mit dem Anzeigeverfahren auseinandersetzen mussten: Halten Sie das Anzeigeverfahren für angemessen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wenn nein: warum nicht? <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Kommunizieren Sie regelmäßig mit dem eLA? (Falls Ja: Wie beurteilen Sie die Kommunikation?)	Offene Frage
Sind Sie auch für die Abrechnung zuständig? Falls ja: Wie wird abgerechnet (KV/KK, eigene Software, was wird abgerechnet, ...)?	Offene Frage
Haben Sie direkten Patienten-Kontakt?	Offene Frage
Tauschen Sie Ihre Erfahrungen mit anderen Kliniken/Praxen/Koordinatoren aus?	Offene Frage
Welche Fähigkeiten sollte man als ASV-Koordinator/in besitzen?	Offene Frage
Was denken Sie, sind die Hauptgründe an der ASV teilzunehmen?	Mehrfachantworten möglich <input type="checkbox"/> Patientennutzen <input type="checkbox"/> sektorenübergreifende Zusammenarbeit <input type="checkbox"/> finanzielle Aspekte <input type="checkbox"/> strategische Überlegungen <input type="checkbox"/> Wegfall der Alt-Berechtigung zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b <input type="checkbox"/> Weitere...
Fragen zu den ASV-Teams	
Wie viele ASV-Teams betreuen Sie und für welche Erkrankungen?	Offene Frage
Falls Sie mehrere Teams betreuen: Sehen Sie deutliche Unterschiede zwischen den komplexen, schwer therapierbaren bzw. seltenen Erkrankungen?	Offene Frage
Sind viele Praxen/Niedergelassene an den Teams beteiligt, die Sie betreuen?	Angabe Zahl
Wie arbeitet/en das Team/die Teams organisatorisch zusammen (z.B. Absprachen, Treffen, Kommunikation)?	Offene Frage
Unterscheiden sich Dokumentation, Organisation und Kommunikation im ASV- Team zu den üblichen Strukturen in Ihrer Institution?	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja: inwiefern? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich

Fragen	Beantwortungsmodus
Werden ASV-Patienten im KIS/PVS besonders gekennzeichnet?	Offene Frage
Ihre Einschätzung zur ASV	
Glauben Sie, dass durch die ASV eine bessere Patientenversorgung ermöglicht wird?	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja, warum? <input type="checkbox"/> nein, wenn nein: warum nicht? <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Hat sich die intersektorale Zusammenarbeit Ihrer Einschätzung nach durch die Teilnahme an der ASV verbessert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Was ist Ihrer Ansicht nach in der ASV besser als in der Regelversorgung?	Mehrfachantworten möglich <input type="checkbox"/> intensivere Kooperation zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern <input type="checkbox"/> Anwendung neuer Diagnostik-/Therapieverfahren in der Patientenversorgung <input type="checkbox"/> Gewinnung neuer Patienten <input type="checkbox"/> höhere Versorgungsqualität <input type="checkbox"/> bessere Koordination der Patientenversorgung <input type="checkbox"/> Weitere (Freitext)
Hat die Teilnahme an der ASV für Ihre Abteilung/Klinik betriebswirtschaftliche Vorteile gebracht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wenn nein: warum nicht? <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Welche Hindernisse sehen Sie in der praktischen Umsetzung der ASV?	Offene Frage
Wie bewerten Sie die ASV im Allgemeinen?	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> überwiegend positiv <input type="checkbox"/> teils positiv, teils negativ <input type="checkbox"/> überwiegend negativ <input type="checkbox"/> negativ
Wo sehen Sie die Stärken der ASV?	Offene Frage
Wo sehen Sie die Schwächen der ASV?	Offene Frage
Welches Weiterentwicklungspotenzial sehen Sie noch in der ASV?	Offene Frage
Sehen Sie die Position einer ASV-Koordinatorin bzw. eines Koordinators als grundlegend wichtig für den Erfolg eines ASV-Teams?	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja, warum? <input type="checkbox"/> nein, wenn nein: warum nicht? <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich

Anhang 4. Interviewleitfaden_Nicht-ASV-Ärzte

Interviewleitfaden Nicht-ASV-Ärzte

Fragen	Beantwortungsmodus
Allgemeine Informationen	
Wie arbeitet Ihr Team in der Praxis organisatorisch zusammen (gemeinsame Besprechungen, Dokumentationssystem, etc.)?	Offene Frage
Wie funktioniert die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen?	Offene Frage
Mit vielen niedergelassenen Urologen bzw. Klinikabteilungen arbeiten Sie eng zusammen?	Angabe Zahl
Wie kommunizieren Sie mit Externen?	Mehrfachantworten möglich <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> per Mail <input type="checkbox"/> Videokonferenzen <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> Messenger <input type="checkbox"/> andere
Wie viele Tumorpatienten betreuen Sie im Jahr?	Offene Frage
Unterscheiden sich Dokumentation, Organisation und Kommunikation für onkologische Patienten zu den üblichen Strukturen in Ihrer Institution?	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja: inwiefern? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Werden onkologische Patienten besonders gekennzeichnet?	Offene Frage
Sind Sie ein zertifiziertes Organzentrum bzw. beteiligen sich daran?	Offene Frage
Nehmen Sie regelmäßig an Tumorboards bzw. Qualitätszirkeln teil?	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja: wie ist der Ablauf? <input type="checkbox"/> nein
Ist Ihr System an die Telematikinfrastruktur angebunden?	Offene Frage
Haben Sie eine eigene Abrechnungsstelle in der Praxis?	Offene Frage
Welches Abrechnungssystem verwenden Sie?	Offene Frage
Sind Sie berechtigt nach Onkologie Vereinbarung abzurechnen?	Offene Frage
Gibt es aktuell Schwierigkeiten bestimmte Leistungen abzurechnen?	Offene Frage
Fragen zur ASV	
Was sind die aktuellen Gründe nicht an der ASV teilzunehmen?	Mehrfachantworten möglich <input type="checkbox"/> kein Vorteil für Patienten <input type="checkbox"/> kein Vorteil für die Klinik/Praxis <input type="checkbox"/> zu hohe Anforderungen <input type="checkbox"/> andere Abrechnungsmöglichkeiten <input type="checkbox"/> zu hoher organisatorischer Aufwand <input type="checkbox"/> Weitere...
Was sind Ihrer Meinung nach die größten Hindernisse zur Erfüllung der Vorgaben für die ASV-Teilnahme?	Mehrfachantworten möglich <input type="checkbox"/> vorgeschriebene Fachrichtungen bei der Teamzusammensetzung <input type="checkbox"/> Erfüllung der Mindestmengen <input type="checkbox"/> Qualitätsnachweise nach § 135 Abs. 2 SGB V <input type="checkbox"/> 30 Minuten Entfernung der Teammitglieder vom Ort der Teamleitung <input type="checkbox"/> Weitere.... <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Halten Sie das Anzeigeverfahren für angemessen?	<input type="checkbox"/> ja

Fragen	Beantwortungsmodus
	<input type="checkbox"/> nein, wenn nein: warum nicht? <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Überlegen sie in Zukunft an der ASV teilzunehmen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wenn nein: warum nicht?
Ihre Einschätzung zur ASV	
Glauben Sie, dass durch die ASV eine bessere Patientenversorgung ermöglicht wird?	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja, warum? <input type="checkbox"/> nein, wenn nein: warum nicht? <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Glauben Sie, dass sich die intersektorale Zusammenarbeit durch die Teilnahme an der ASV verbessert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Was ist Ihrer Ansicht nach in der ASV besser als in der Regelversorgung?	<i>Mehrfachantworten möglich</i> <input type="checkbox"/> intensivere Kooperation zwischen ambulanten und stationären Leistungsbringern <input type="checkbox"/> Anwendung neuer Diagnostik-/Therapieverfahren in der Patientenversorgung <input type="checkbox"/> Gewinnung neuer Patienten <input type="checkbox"/> höhere Versorgungsqualität <input type="checkbox"/> bessere Koordination der Patientenversorgung <input type="checkbox"/> Weitere (Freitext) <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Welche Hindernisse sehen Sie in der praktischen Umsetzung der ASV?	Offene Frage <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Sehen Sie Potential in einer Richtlinienenerweiterung zur ASV für „Urologische Tumore“?	<input type="checkbox"/> keine Änderung notwendig <input type="checkbox"/> Erweiterung der Richtlinieninhalte notwendig, wenn ja, in welche Richtung? <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Wie bewerten Sie die ASV im Allgemeinen?	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> überwiegend positiv <input type="checkbox"/> teils positiv, teils negativ <input type="checkbox"/> überwiegend negativ <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Wo sehen Sie die Stärken der ASV?	Offene Frage <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Wo sehen Sie die Schwächen der ASV?	Offene Frage <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Welches Weiterentwicklungspotenzial sehen Sie noch in der ASV?	Offene Frage <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich

Anhang 5. Interviewleitfaden_Krankenkassen-Vertreter

Interviewleitfaden Vertreter der Krankenkassen

Fragen	Beantwortungsmodus
Allgemeine Fragen zur ASV	
Welche Rolle spielen die Krankenkassen bei der ASV?	Offene Frage
Wie werden Vertreter der Krankenkassen in einen eLA gewählt?	Offene Frage
Erfolgt eine regelmäßige Kommunikation mit den eLAs?	Offene Frage
Erfolgt eine regelmäßige Kommunikation mit dem G-BA?	Offene Frage
Wer prüft, ob ein Krankenhaus für die Behandlung der entsprechenden Krankheit zur Teilnahme an der ASV berechtigt ist (Ablauf ABK-RL)?	
Was unterscheidet ein zertifiziertes Organzentrum von einer ASV-Struktur?	Offene Frage
Wie häufig erfolgt die Abrechnung über die Krankenkasse?	Offene Frage
Halten Sie das Anzeigeverfahren für angemessen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> falls nein, warum nicht:.....
Ihre Einschätzung zur ASV	
Gibt es Ihrer Ansicht nach trotz einheitlicher Richtlinie Unterschiede in der Umsetzung des Anzeigeverfahrens in den verschiedenen Bundesländern? / Wie bewerten Sie unterschiedliche regionale Vorgehensweisen der eLAs?	Offene Frage
Was sind Ihrer Meinung nach die Gründe, warum in manchen Bundesländern mehr ASV-Teams zu finden sind und in anderen gar keine?	Offene Frage
Hat sich die intersektorale Zusammenarbeit ihrer Einschätzung nach durch die Teilnahme an der ASV verbessert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich <input type="checkbox"/> falls ja, wie.... <input type="checkbox"/> falls nein, warum nicht:.....
Wie beurteilen Sie die Verschiebung der ambulanten in die klinische Versorgung?	Offene Frage
Wo sehen Sie den Nutzen der ASV für die Vertragsärzte/-ärztinnen?	Offene Frage
Sehen Sie durch die ASV einen Nachteil für niedergelassene Ärzte?	Offene Frage
Wo sehen sie das Potential der ASV im Vergleich zur Onkologievereinbarung?	Offene Frage
Wo sehen Sie den Nutzen der ASV für die Krankenhäuser?	Offene Frage
Bringt die Teilnahme an der ASV Ihrer Ansicht nach betriebswirtschaftliche Vorteile?	<input type="checkbox"/> ja, für wen <input type="checkbox"/> nein, wenn nein: warum nicht? <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Was ist Ihrer Ansicht nach in der ASV besser als in der Regelversorgung?	<i>Mehrfachantworten möglich</i> <input type="checkbox"/> intensivere Kooperation zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern <input type="checkbox"/> Anwendung neuer Diagnostik-/Therapieverfahren in der Patientenversorgung <input type="checkbox"/> Gewinnung neuer Patienten <input type="checkbox"/> höhere Versorgungsqualität <input type="checkbox"/> bessere Koordination der Patientenversorgung <input type="checkbox"/> Weitere (Freitext)
Welche Hindernisse sehen Sie in der praktischen Umsetzung der ASV?	Offene Frage

Fragen	Beantwortungsmodus
Glauben Sie, dass durch die ASV eine bessere Patientenversorgung ermöglicht wird?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wenn nein: warum nicht? <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Wo sehen Sie den Nutzen der ASV für den Patienten/die Patientin?	Offene Frage
Gibt es eine Qualitätskontrolle für z.B. bessere Behandlungsergebnisse bzw. höhere Zufriedenheit bei Patienten?	Offene Frage
Empfehlen Sie Patienten aktiv eine Versorgung in der ASV?	Offene Frage
Warum gibt es die „2 Quartals-Regelung“ - welche Nachteile/Vorteile bringt diese mit sich?	Offene Frage
Wird die ASV-Richtlinie für „Urologische Tumore“ Ihrer Ansicht nach korrekt umgesetzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, falls nein: warum nicht <input type="checkbox"/> teilweise
Sehen Sie Potential in einer Richtlinienenerweiterung zur ASV für „Urologische Tumore“?	<input type="checkbox"/> keine Änderung notwendig <input type="checkbox"/> Erweiterung der Richtlinieninhalte notwendig <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich <input type="checkbox"/>
Sollten Ihrer Meinung nach Qualitätsindikatoren zur Behandlung in der ASV für die jeweiligen Krankheitsbilder formuliert werden?	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja: warum:.... <input type="checkbox"/> nein, wenn nein: warum nicht
Halten Sie eine ASV für alle uro-onkologischen Patienten für zukunftssträftig und realisierbar?	Offene Frage
Wie bewerten Sie die ASV im Allgemeinen?	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> überwiegend positiv <input type="checkbox"/> teils positiv, teils negativ <input type="checkbox"/> überwiegend negativ <input type="checkbox"/> negativ
Wo sehen Sie die Stärken der ASV?	Offene Frage
Wo sehen Sie die Schwächen der ASV?	Offene Frage
Welches Weiterentwicklungspotenzial sehen Sie noch in der ASV?	Offene Frage

Anhang 6. Interviewleitfaden_Krankenkassen-Vertreter

Interviewleitfaden KBV

Fragen	Beantwortungsmodus
Allgemeine Fragen zur ASV	
Welche Rolle spielt die KBV bei der ASV?	Offene Frage
Erfolgt eine regelmäßige Kommunikation mit den KVen?	<input type="checkbox"/> ja, wie und wie häufig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> falls nein, warum nicht:.....
Wie werden Vertreter der KVen in einen eLA gewählt?	Offene Frage
Erfolgt eine regelmäßige Kommunikation mit den eLAs?	Offene Frage
Erfolgt eine regelmäßige Kommunikation mit dem G-BA?	Offene Frage
Wer prüft, ob ein Krankenhaus für die Behandlung der entsprechenden Krankheit zur Teilnahme an der ASV berechtigt ist? (Ablauf ABK-RL)	
Was unterscheidet ein zertifiziertes Organzentrum von einer ASV-Struktur?	Offene Frage
Wie erfolgt die Abrechnung in der ASV?	Offene Frage
Halten Sie das Anzeigeverfahren für angemessen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> falls nein, warum nicht:.....
Ihre Einschätzung zur ASV	
Wird die ASV Richtlinie für „Urologische Tumore“ Ihrer Ansicht nach korrekt umgesetzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> falls nein, warum nicht:.....
Gibt es Ihrer Ansicht nach trotz einheitlicher Richtlinie Unterschiede in der Umsetzung des Anzeigeverfahrens in den verschiedenen Bundesländern? / Wie bewerten Sie unterschiedliche regionale Vorgehensweisen der eLAs?	Offene Frage
Warum sind in manchen Bundesländern mehr ASV-Teams zu finden und in anderen gar keine?	Offene Frage
Glauben Sie, dass durch die ASV eine bessere Patientenversorgung ermöglicht wird?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wenn nein: warum nicht? <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Hat sich die intersektorale Zusammenarbeit ihrer Einschätzung nach durch die Teilnahme an der ASV verbessert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Wie beurteilen Sie die Verschiebung der ambulanten in die klinische Versorgung?	Offene Frage
Sehen Sie durch die ASV einen Nachteil für niedergelassene Ärzte?	Offene Frage
Sollten die Niedergelassenen besser einbezogen werden in die ASV?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Wo sehen sie das Potential der ASV im Vergleich zur Onkologievereinbarung?	Offene Frage
Bringt die Teilnahme an der ASV Ihrer Ansicht nach betriebswirtschaftliche Vorteile?	<input type="checkbox"/> ja, für wen <input type="checkbox"/> nein, wenn nein: warum nicht?

Fragen	Beantwortungsmodus
	<input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich
Was ist Ihrer Ansicht nach in der ASV besser als in der Regelversorgung?	Mehrfachantworten möglich <input type="checkbox"/> intensivere Kooperation zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern <input type="checkbox"/> Anwendung neuer Diagnostik-/Therapieverfahren in der Patientenversorgung <input type="checkbox"/> Gewinnung neuer Patienten <input type="checkbox"/> höhere Versorgungsqualität <input type="checkbox"/> bessere Koordination der Patientenversorgung <input type="checkbox"/> Weitere (Freitext)
Welche Hindernisse sehen Sie in der praktischen Umsetzung der ASV?	Offene Frage
Welche (urologischen) Patienten wären ihre Meinung nach am besten innerhalb der ASV versorgt?	Offene Frage
Sehen Sie Potential in einer Richtlinienenerweiterung zur ASV für „Urologische Tumore“?	<input type="checkbox"/> keine Änderung notwendig <input type="checkbox"/> Erweiterung der Richtlinieninhalte notwendig <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich <input type="checkbox"/>
Sollten Ihrer Meinung nach Qualitätsindikatoren zur Behandlung in der ASV für die jeweiligen Krankheitsbilder formuliert werden?	<input type="checkbox"/> ja, warum:.... <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> falls nein, warum nicht:.....
Wie bewerten Sie die ASV im Allgemeinen?	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> überwiegend positiv <input type="checkbox"/> teils positiv, teils negativ <input type="checkbox"/> überwiegend negativ <input type="checkbox"/> negativ
Wo sehen Sie die Stärken der ASV?	Offene Frage
Wo sehen Sie die Schwächen der ASV?	Offene Frage
Welches Weiterentwicklungspotenzial sehen Sie noch in der ASV?	Offene Frage

Stand 16.05.2023

Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE)

Teilbericht AP 4B – Kleingruppendiskussionen

Impressum

Herausgeber

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema

Teilbericht Innovationsfondsprojekt Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE)

Autoren

Carina Stammann, Marianne Leitsmann, Tobias Herrmann

Auftraggeber

Innovationsausschuss des G-BA, Förderkennzeichen 01VSF20026 (ASV-WE)

Hinweis

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für alle Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8–10 · 37073 Göttingen

Telefon (+49) 0551-789 52-0
Telefax (+49) 0551-789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

Zertifiziert nach ISO 9001:2015 und ISO/IEC 27001:2013
inklusive der Erweiterung nach ISO/IEC 27017:2015

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Inhaltsverzeichnis.....	3
Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis.....	4
1 Zielsetzung	5
2 Kleingruppendiskussion „Koordination der Versorgung aus Patientensicht“	5
2.1 Hintergrund	5
2.2 Methodik	5
2.3 Ergebnisse	6
3 Kleingruppendiskussion „Qualität in der Versorgung aus Patientensicht“	8
3.1 Hintergrund	8
3.2 Methodik	8
3.3 Ergebnisse	9
4 Zusammenfassung	9
5 Literaturverzeichnis.....	10
Anhang	11

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklungsprozess des Befragungsinstruments zur koordinierten Versorgung [1] 6

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Finales Fragebogeninstrument..... 6

1 Zielsetzung

Ziel der zwei Kleingruppendiskussionen mit Patienten- und Angehörigen in AP 4 war, deren „systemische“ Erfahrungen hinsichtlich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit oder der Entwicklung der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) als innovatives Versorgungskonzept einzubeziehen.

Für die Kleingruppendiskussionen wurden Themen gewählt, die in der ASV einen hohen Stellenwert haben:

- Koordination der Versorgung
- Qualität von Versorgung

2 Kleingruppendiskussion „Koordination der Versorgung aus Patientensicht“

2.1 Hintergrund

Im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung fiel auf, dass kein geeignetes validiertes Befragungsinstrument zur Bewertung der Koordination der Versorgung zur Verfügung stand. Im Konsortium wurde die Entwicklung eines solchen Befragungsinstruments und der Einsatz im Rahmen der Patientenbefragung beschlossen.

2.2 Methodik

Zunächst wurde eine umfangreiche Recherche nach Items zur koordinierten Versorgung in bereits vorhandenen Befragungsinstrumenten (deutsch und englisch) durchgeführt. In einem nächsten Schritt wurden Dubletten entfernt sowie ähnliche Items zusammengefasst und neu formuliert. Der hieraus entstandene Itempool war Gegenstand der 1. Kleingruppendiskussion.

Über Kontakte zu Prostatakarzinom-Selbsthilfegruppen sowie der stellvertretenden Projektleitung (GfM) wurden drei Patienten mit metastasiertem bzw. fortgeschrittenen Prostatakarzinom (PCa) sowie deren drei Angehörige für die Kleingruppendiskussion gewonnen. Diese fand am 21.10.2021 in Berlin statt.

Nach einer kurzen Projektvorstellung und Darstellung der Inhalte und Ziele der Kleingruppendiskussion folgte im ersten Teil ein Brainstorming zur Frage „Was bedeutet eine koordinierte Versorgung aus Patientensicht?“. Im zweiten Teil wurden die einzelnen nicht-validierten neu formulierten Items aus dem Item-Pool nach Verständlichkeit überprüft. Bereist validierte Items wurden von diesem Prozess ausgenommen. Alle Items wurden von den Teilnehmern auf ihre Relevanz (gar nicht, ein wenig, ziemlich, sehr) bewertet.

Im Nachgang der Kleingruppendiskussion erfolgte basierend auf den Ergebnissen der Diskussionsrunde eine Item-Anpassung und -Reduktion. Die daraus resultierenden Items wurden in fokussierten Interviews mit Patienten, die nicht an der Diskussionsrunde teilgenommen hatten, geprüft.

In einem weiteren Schritt wurde das neue Instrument in einer Pilotstudie zur Patientenbefragung getestet, bevor es bei der Hauptbefragung eingesetzt wurde.

Die Instrumentenentwicklung hat sich an dem Prozess nach Noest et al. orientiert (Abbildung 1).[1]



Abbildung 1: Entwicklungsprozess des Befragungsinstruments zur koordinierten Versorgung (Noest, Ludt et al. 2014)

2.3 Ergebnisse

Der recherchierte Item-Pool enthielt n=43 Items. Zudem wurden zusätzlich 5 Items selbst formuliert. Nach Ausschluss von Dubletten sowie der Zusammenfassung ähnlicher Items (n=20) ist ein Item-Pool von n=28 Items entstanden. Diese wurden aus bereits validierten deutschsprachigen Fragekomplexen übernommen, aus dem Englischen übersetzt und teilweise selbst formuliert (vgl. Anhang „Itempool Kleingruppendiskussion“).

Nach Bewertung der Items durch die Teilnehmer der Kleingruppendiskussion sowie einer weiteren Zusammenfassung und sprachlichen Anpassung von Items im Bewertungsprozess wurden 10 Items als relevant für eine koordinierte Versorgung bewertet.

Die 10 als relevant bewerteten Items wurden in zwei fokussierten Interviews mit Patienten getestet, was zu Anpassungen in den Antwortkategorien und der Aufnahme eines zusätzlichen Items geführt hat.

Als Ergebnis ist ein finales Fragebogeninstrument zur Koordination von Versorgung mit 11 Items entstanden, das in einer Pilotbefragung (Rückläufer n=7) getestet wurde. Im Ergebnis gab es keine weiteren notwendigen Änderungen, so dass das Instrument in die Hauptbefragung aufgenommen wurde.

Tabelle 1: Finales Fragebogeninstrument

Nr.	Fragen und Antworten
1	<p>Wo werden Sie mit Ihrem Prostatakarzinom hauptsächlich versorgt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Größtenteils im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Größtenteils in einer Praxis <input type="checkbox"/> Zu gleichen Teilen in Krankenhaus und Praxis
2	<p>Wer übernimmt hauptsächlich die Koordination Ihrer Gesundheitsversorgung für das Prostatakarzinom? (Bitte nur eine Antwortoption wählen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mein Hausarzt/meine Hausärztin <input type="checkbox"/> Mein Urologe/meine Urologin <input type="checkbox"/> Mein Ansprechpartner/meine Ansprechpartnerin oder mein Arzt/meine Ärztin im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Ich selbst <input type="checkbox"/> Mein Partner/meine Partnerin bzw. meine Familie

Nr.	Fragen und Antworten
3	<p>Wer sollte Ihrer Ansicht nach die Koordination Ihrer Versorgung hauptsächlich übernehmen? <i>(Bitte nur eine Antwortoption wählen)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mein Hausarzt/meine Hausärztin <input type="checkbox"/> Mein Urologe/meine Urologin <input type="checkbox"/> Mein Ansprechpartner/meine Ansprechpartnerin oder mein Arzt/meine Ärztin im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Ich selbst <input type="checkbox"/> Mein Partner/meine Partnerin bzw. meine Familie
Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?	
4	<p>Ich musste mich selbst in die Koordination meiner Behandlung einbringen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils/teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft ganz und gar nicht zu
5	<p>Wenn ich einen Arzt/eine Ärztin als Ansprechperson brauchte, war er/sie verfügbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils/teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft ganz und gar nicht zu <input type="checkbox"/> Ich brauchte keinen Arzt/keine Ärztin als Ansprechperson
6.	<p>Mir wurde angeboten, meine Angehörigen in Gespräche zu meiner Versorgung einzubeziehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils/teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft ganz und gar nicht zu <input type="checkbox"/> Ich brauchte keine Unterstützung durch meine Angehörigen
7.	<p>Wenn mich ein Arzt/eine Ärztin zu einer Untersuchung (Blutentnahme, Röntgenuntersuchung, etc.) geschickt hat, wurde ich im Nachgang über die Ergebnisse informiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils/teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft ganz und gar nicht zu <input type="checkbox"/> Ich hatte keine Untersuchung
8.	<p>Nach einem stationären Aufenthalt war für meine weitere Versorgung nach der Entlassung sehr gut gesorgt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils/teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft ganz und gar nicht zu <input type="checkbox"/> Ich hatte keinen stationären Aufenthalt in den letzten 12 Monaten
9.	<p>Die verschiedenen an meiner Gesundheitsversorgung beteiligten Personen und Einrichtungen haben gut zusammengearbeitet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils/teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft ganz und gar nicht zu <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen

Nr.	Fragen und Antworten
10.	<p>Die verschiedenen an meiner Gesundheitsversorgung beteiligten Personen und Einrichtungen waren über den aktuellen Stand meiner Erkrankung gut informiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils/teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft ganz und gar nicht zu <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
11.	<p>Ich bin zufrieden mit der Koordination meiner Versorgung.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils/teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft ganz und gar nicht zu

3 Kleingruppendiskussion „Qualität in der Versorgung aus Patientensicht“

3.1 Hintergrund

Im Rahmen der Entwicklung der Versorgerbefragung fiel auf, dass es aufgrund fehlender bzw. uneinheitlicher Kriterien schwierig war, Fragen zur Bewertung der Qualität einer Versorgung zu formulieren. Diese sollten insbesondere die Qualitätsanforderungen/klinische Outcomes (aus Versorgersicht) genauer adressieren. Auch von den Ärzten, die im Rahmen der Pilotierung der Versorgerbefragung interviewt wurden, konnte dieser Aspekt nicht gut beantwortet werden. Daher erfolgte der Beschluss im Konsortium das Thema „Qualität von Versorgung bei (fortgeschrittener) Tumorerkrankung“ zum Inhalt der 2. Kleingruppendiskussion mit Patienten und Angehörigen zu machen. Ziel war die Erstellung einer Checkliste „Was bedeutet Qualität in der Versorgung?“, welche dann in Zusammenschau mit weiteren Ergebnissen des Projekts bewertet werden sollte und evtl. in Zukunft als Bewertungsinstrument dienen könnte.

3.2 Methodik

Zunächst fand eine ausführliche Literaturrecherche zu Qualitätskriterien in der onkologischen Versorgung mit den Suchbegriffen „quality of (cancer) care“, „criteria of quality of (cancer) care“, „quality“, „oncology“, „cancer“, „care“ statt.

Die identifizierten Kriterien, die sich nach medizinischen Kriterien und Kriterien aus Patientensicht unterscheiden ließen, wurden als Basis für die Kleingruppendiskussion inhaltlich zusammengefasst.

Über Kontakte zu Prostatakarzinom-Selbsthilfegruppen und der stellvertretenden Projektleitung (GfM) wurden fünf Patienten mit metastasiertem bzw. fortgeschrittenen Prostatakarzinom (PCa) sowie eine Angehörige für die Diskussionsrunde gewonnen. Diese fand am 27.6.2022 in Berlin statt.

Nach einer kurzen Projektvorstellung erfolgte ein Brainstorming mit den Leitfragen „Was bedeutet Qualität in der Versorgung?“ und „Woran beurteilen Sie die Qualität Ihrer Versorgung?“. Danach wurden die daraus schriftlich erfassten Aspekte sortiert und gewichtet. Im nächsten Schritt wurden den Teilnehmern vorhandene, auf Basis der Literaturrecherche identifizierte Qualitätsaspekte präsentiert. Die erfassten Aspekte aus der Diskussionsrunde wurden dann nochmals in Zusammenschau nach Relevanz und Inhalt diskutiert und gewichtet.

Die so entstandene Checkliste wurde den Teilnehmern der Fokusgruppe im Nachgang nochmals zur Reflexion zugeschickt.

3.3 Ergebnisse

Ergebnis der Literaturrecherche waren zusammengefasst folgende Qualitätsaspekte:

- **Behandlung**/Krankenhausaufenthalt/Ambulante Versorgung/Operation/Ergebnis
- **Expertise**/Zertifizierung/Evidenz/Zentrum/Interdisziplinäres Team
- **Unterstützende Maßnahmen**/Supportivtherapie/Komplementär-/Palliativmedizin/Sozialdienst
- **Organisation**/Abläufe/Struktur/Unterlagen/Termine/Notfallversorgung
- **Beachtung der Psyche**/Einbeziehung von Partner/Familie/Selbsthilfe(-gruppe)/Mobilität/Lebensqualität
- **Eigenverantwortlichkeit**/Entscheidungen
- **Kommunikation**/Erreichbarkeit/Freundlichkeit/Umgang/Offenheit/Information

Im Rahmen der Kleingruppendiskussion ergaben sich im Brainstorming zur Frage „Woran beurteilen Sie die Qualität Ihrer Versorgung?“ folgende Aspekte:

- gute Vernetzung -> Schnittstelle stat./ambulant, Einbeziehung Hausarzt
- Patientenfeedback einholen, Nachsorge, Qualität der Information/Aufklärung,
- Lückenlose Kommunikation, Sorgfalt/Korrektheit Arztbriefe -> Richtigkeit von Informationen, Entscheidungsunterstützung vom Arzt -> begründete, evidenzbasierte Entscheidung Patient & Arzt, über Leitlinien hinausschauen -> Therapieoptionen
- Lebensqualität
- Erreichbarkeit des Urologen/Ansprechpartners (Hauptbehandlers)
- Behandlung in zertifizierten Zentren

In der Zusammenschau der Ergebnisse der Literaturrecherche und des Brainstormings der Kleingruppendiskussion sowie einer inhaltlichen Clusterung und Gewichtung der Aspekte ist folgende Checkliste zu „Was bedeutet Qualität in der Versorgung?“ mit sieben Punkten entstanden:

1. begründete, evidenzbasierte, aktuelle Information
2. Erreichbarkeit des Hauptbehandlers
3. aktive Nachsorge
4. intersektorale Vernetzung und lückenlose Kommunikation
5. Erhalt von Lebensqualität
6. Behandlung an zertifizierten Zentren
7. Erfolg der Behandlung

4 Zusammenfassung

Im Rahmen der zwei Kleingruppendiskussionen konnte die Perspektive von Patienten mit fortgeschrittenem bzw. metastasiertem Prostatakarzinom und ihren Angehörigen zu den wichtigen Bereichen Koordination der Versorgung und Qualität der Versorgung näher beleuchtet werden. Die Teilnehmer der Kleingruppendiskussionen wurden nicht im Rahmen der ASV behandelt bzw. wenn, war es ihnen nicht bekannt.

Durch die Entwicklung eines Befragungsinstrument zur Bewertung der Koordination der Versorgung und dessen Einsatz in der Patientenbefragung war es möglich, das Zusammenspiel vieler verschiedener an der Versorgung des Prostatakarzinoms beteiligter Akteure aus Patientensicht zu erfassen. Diese Ergebnisse können insbesondere in Zusammenschau mit den Ergebnissen der Interviews und der Versorgerbefragung bewertet werden. Perspektivisch könnte dieses Instrument auch in anderen Patientenbefragungen zu ähnlichen Krankheitsbildern, die die Koordination der Versorgung erfassen wollen, zum Einsatz kommen.

Auch die erstellte Checkliste zum Thema „Qualität von Versorgung bei (fortgeschrittener) Tumorerkrankung“ sollte in Zusammenschau mit weiteren Ergebnissen des Projekts bewertet werden und könnte evtl. in Zukunft als Bewertungsinstrument dienen. Hervorzuheben sei hier, dass die Checkliste überwiegend wichtige Punkte aus dem Erfahrungsschatz der Betroffenen und ihren Angehörigen enthält und nicht unbedingt die bereits aus der Literaturrecherche identifizierten Qualitätsaspekte enthält.

5 Literaturverzeichnis

Noest, S., et al. (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.

Anhang

Itempool zur Koordination der Versorgung

Systembezogene Items

Nr.	Item	Ist die Frage verständlich formuliert? (Bewertung nur bei nicht-validierten Fragen)	Halten Sie diese Frage für relevant?	Kommentare (Zusätzliche Aspekte, die zur Validierung des Fragebogens wichtig sind)
1.1	Die Kommunikation mit meinem Arzt funktioniert gut. (selbst formuliert) <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu<input type="checkbox"/> Trifft eher zu<input type="checkbox"/> Teils/teils<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu<input type="checkbox"/> Trifft ganz und gar nicht zu	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	
1.2	Welche Art von Kommunikation würden Sie sich mit Ihrem Arzt wünschen? (selbst formuliert) (Mehrfachantwort möglich) <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ich wünsche mir eine persönliche Kommunikation mit meinem Arzt/meiner Ärztin.<input type="checkbox"/> Ich wünsche mir eine Kommunikation per Telefon mit meinem Arzt/meiner Ärztin.<input type="checkbox"/> Ich wünsche mir eine Kommunikation per App mit meinem Arzt/meiner Ärztin.<input type="checkbox"/> Ich wünsche mir eine Kommunikation per Mail mit meinem Arzt/meiner Ärztin.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	
1.3	Eine Videovisite finde ich hilfreich, um meine Anliegen/Probleme/Beschwerden zu beschreiben. (Acceptability e-Scale) <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu<input type="checkbox"/> Trifft eher zu<input type="checkbox"/> Teils/teils	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	

Nr.	Item	Ist die Frage verständlich formuliert? (Bewertung nur bei nicht-validierten Fragen)	Halten Sie diese Frage für relevant?	Kommentare (Zusätzliche Aspekte, die zur Validierung des Fragebogens wichtig sind)
	<input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft ganz und gar nicht zu			
1.4	Würden Sie Ihren Krankheitsverlauf gerne in Form einer App dokumentieren (Patient Journey)? (selbst formuliert) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils/teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft ganz und gar nicht zu 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	
1.5	Ich wünsche mir eine Online-Plattform, in der ich mit meinem Arzt und anderen Spezialisten meine Krankheit besprechen kann. (selbst formuliert) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils/teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft ganz und gar nicht zu 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	

Strukturelle Items

Nr.	Item	Ist die Frage verständlich formuliert?	Halten Sie diese Frage für relevant?	Kommentare (Zusätzliche Aspekte, die zur Validierung des Fragebogens wichtig sind)
2.1 V	In den letzten 6 Monaten war ich zufrieden mit der Organisation meiner Behandlung. (PACIC) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> So gut wie nie <input type="checkbox"/> Meistens nicht <input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Fast immer 	<i>(keine Bewertung)</i>	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	

Nr.	Item	Ist die Frage verständlich formuliert?	Halten Sie diese Frage für relevant?	Kommentare (Zusätzliche Aspekte, die zur Validierung des Fragebogens wichtig sind)
2.2	<p>Wussten Sie, wer bei Ihrer Behandlung für Gesundheitsprobleme zuständig war? (Picker)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ja, immer <input type="checkbox"/> Ja, oft <input type="checkbox"/> Ja, manchmal <input type="checkbox"/> Nein, nie 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr 	
2.3	<p>Wie oft waren die Ärzte, Medizinische Fachangestellte und andere Gesundheitsdienstleister, die Sie behandelten mit Ihrer jüngsten Krankengeschichte vertraut? (Picker)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr 	
2.4	<p>Wie oft waren Ihre behandelnden Ärzte jeweils informiert über Änderungen in Ihrer Behandlung, die andere Ärzte empfohlen hatten? (Picker)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr 	
2.5	<p>Wie gut haben die verschiedenen an Ihrer Gesundheitsversorgung beteiligten Personen und Einrichtungen zusammengearbeitet? (Picker)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Befriedigend <input type="checkbox"/> Genügend <input type="checkbox"/> Nicht genügend 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr 	

Nr.	Item	Ist die Frage verständlich formuliert?	Halten Sie diese Frage für relevant?	Kommentare (Zusätzliche Aspekte, die zur Validierung des Fragebogens wichtig sind)
2.6	<p>Wie oft erhielten Sie verwirrende oder widersprüchliche Informationen über Ihre Gesundheit oder Behandlungen? (Picker)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	
2.7 V	<p>Wie lange mussten Sie längstens vor einer geplanten Untersuchung warten (z.B. vor einer Röntgen-Untersuchung), ab dem Zeitpunkt der Anmeldung am Untersuchungsort? (PEACS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Weniger als 30 Minuten <input type="checkbox"/> 30 Minuten bis unter 1 Stunde <input type="checkbox"/> 1 bis unter 2 Stunden <input type="checkbox"/> 2 bis unter 3 Stunden <input type="checkbox"/> Über 3 Stunden <input type="checkbox"/> Ich hatte keine Untersuchung in der Einrichtung 	<i>(keine Bewertung)</i>	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	
2.8	<p>In den letzten 12 Monaten wurde ich nach einer Untersuchung (Blutentnahme, Röntgen, etc.), zu der mich der Arzt geschickt hat, im Nachgang über die Ergebnisse informiert. (ACES)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ja, immer <input type="checkbox"/> Ja, oft <input type="checkbox"/> Ja, manchmal <input type="checkbox"/> Nein, nie 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	
2.9	<p>Wie würden Sie die Qualität der Hilfestellung aus Ihrer Praxis in Bezug auf Unterstützung für den Besuch beim Spezialisten während der letzten 12 Monate bewerten? (ACES)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Befriedigend <input type="checkbox"/> Genügend 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	

Nr.	Item	Ist die Frage verständlich formuliert?	Halten Sie diese Frage für relevant?	Kommentare (Zusätzliche Aspekte, die zur Validierung des Fragebogens wichtig sind)
	<input type="checkbox"/> Nicht genügend			
2.10 V	Wussten Sie nach Ihrer Entlassung, an wen Sie sich wenden können, falls Komplikationen auftreten? (PEACS) <input type="checkbox"/> Ja, ich hatte konkrete Kontaktdaten (z.B. Telefonnummer, Name einer Ansprechperson) <input type="checkbox"/> Ja, aber nicht ganz eindeutig <input type="checkbox"/> Nein	<i>(keine Bewertung)</i>	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	
2.11 V	Die Entlassung aus der Einrichtung nach Hause bzw. in die Weiterbehandlung hat reibungslos funktioniert. (PEACS) <input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils/teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft ganz und gar nicht zu <input type="checkbox"/> War nicht notwendig	<i>(keine Bewertung)</i>	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	
2.12 V	Für meine weitere Versorgung nach der Entlassung aus der Einrichtung war sehr gut gesorgt. (PEACS) <input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Teils/teils <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft ganz und gar nicht zu <input type="checkbox"/> War nicht notwendig	<i>(keine Bewertung)</i>	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	
2.13 V	Wurde Ihnen das Angebot gemacht, Ihre Angehörigen in Gespräche zu Ihrer Weiterversorgung einzubeziehen? (PEACS) <input type="checkbox"/> Ja, voll und ganz <input type="checkbox"/> Ja, teilweise <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte <input type="checkbox"/> Ich wollte/brauchte keine Unterstützung von der Einrichtung	<i>(keine Bewertung)</i>	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	

Arztbezogene Items

Nr.	Item	Ist die Frage verständlich formuliert?	Halten Sie diese Frage für relevant?	Kommentare (Zusätzliche Aspekte, die zur Validierung des Fragebogens wichtig sind)
3.1	<p>Während der letzten 12 Monate wie häufig wurden Ihnen Ihre Untersuchungs-Ergebnisse klar genug dargestellt? (ACES)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	
3.2	<p>Während der letzten 12 Monate wie würden Sie die Hilfestellung Ihres Arztes in Bezug auf Entscheidungen über die Versorgung, die der Spezialist empfohlen hat, bewerten? (ACES)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Befriedigend <input type="checkbox"/> Genügend <input type="checkbox"/> Nicht genügend 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	
3.3 V	<p>Wenn Sie in der Einrichtung eine Ärztin/einen Arzt als Ansprechperson brauchten: War eine Ärztin/ein Arzt verfügbar? (PEACS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ja, immer <input type="checkbox"/> Ja, oft <input type="checkbox"/> Ja, manchmal <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich brauchte keine Ärztin/keinen Arzt als Ansprechperson 	<i>(keine Bewertung)</i>	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	
3.4 V	<p>Wenn Ihre Angehörigen eine Ärztin/einen Arzt sprechen wollten: War eine Ärztin/ein Arzt erreichbar? (PEACS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ja, immer <input type="checkbox"/> Ja, oft <input type="checkbox"/> Ja, manchmal 	<i>(keine Bewertung)</i>	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	

Nr.	Item	Ist die Frage verständlich formuliert?	Halten Sie diese Frage für relevant?	Kommentare (Zusätzliche Aspekte, die zur Validierung des Fragebogens wichtig sind)
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Meine Angehörigen wollten keine Ärztin/keinen Arzt sprechen <input type="checkbox"/> Ich habe keine Angehörigen			

Krankheitsbezogene Items

Nr.	Item	Ist die Frage verständlich formuliert?	Halten Sie diese Frage für relevant?	Kommentare (Zusätzliche Aspekte, die zur Validierung des Fragebogens wichtig sind)
4.1 V	In den letzten 6 Monaten hat mich jemand nach einem Arztbesuch kontaktiert, um sich nach meinem Zustand zu erkundigen. (PACIC) <input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie	<i>(keine Bewertung)</i>	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	
4.2 V	Wer hat mit Ihnen zusammen im Wesentlichen die Entscheidung getroffen, dass der Eingriff durchgeführt wird? (PEACS) <input type="checkbox"/> Meine Hausärztin/mein Hausarzt <input type="checkbox"/> Eine Fachärztin/ein Facharzt aus einer niedergelassenen Praxis, in der ich vor dem Eingriff behandelt wurde (NICHT Hausärztin/Hausarzt) <input type="checkbox"/> Eine Ärztin/ein Arzt des Krankenhauses, in dem ich operiert wurde <input type="checkbox"/> Eine Ärztin/ein Arzt eines Krankenhauses, in dem ich NICHT operiert wurde	<i>(keine Bewertung)</i>	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	
4.3 V	Sind die Ärztinnen/Ärzte auf Ihre Ängste und Sorgen eingegangen? (PEACS) <input type="checkbox"/> Ja, voll und ganz <input type="checkbox"/> Ja, teilweise <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte	<i>(keine Bewertung)</i>	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	

Nr.	Item	Ist die Frage verständlich formuliert?	Halten Sie diese Frage für relevant?	Kommentare (Zusätzliche Aspekte, die zur Validierung des Fragebogens wichtig sind)
	<input type="checkbox"/> Ich habe keine Ängste und Sorgen geäußert			
4.4 V	Haben die Ärztinnen/Ärzte offen mit Ihnen über den zu erwartenden Verlauf Ihrer Erkrankung nach dem Eingriff gesprochen? (PEACS) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ja, sehr offen <input type="checkbox"/> Ja, teilweise <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte nicht darüber sprechen 	<i>(keine Bewertung)</i>	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	
4.5	Wie beurteilen Sie die Qualität der Spezialisten, zu denen Sie Ihr Arzt geschickt hat während der letzten 12 Monate? (ACES) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Befriedigend <input type="checkbox"/> Genügend <input type="checkbox"/> Nicht genügend 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	
4.6	Haben sie im Krankenhaus/beim Arzt Anweisungen erhalten, wie Sie sich zuhause versorgen sollen? (Press Ganey Outpatient Patient Satisfaction Survey) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ja, immer <input type="checkbox"/> Ja, oft <input type="checkbox"/> Ja, manchmal <input type="checkbox"/> Nein, nie 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> sehr	

Stand 22.5.2023

**Stand und Weiterentwicklung der ambulanten
spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich
„Urologische Tumore“ (ASV-WE)**

Teilbericht AP 5 – Workshops

Impressum

Herausgeber

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema

Teilbericht Innovationsfondsprojekt Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE)

Autoren

Carina Stammann, Marianne Leitsmann, Tobias Herrmann

Auftraggeber

Innovationsausschuss des G-BA. Förderkennzeichen 01VSF20026 (ASV-WE)

Hinweis

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für alle Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8–10 · 37073 Göttingen

Telefon (+49) 0551-789 52-0

Telefax (+49) 0551-789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Zertifiziert nach ISO 9001:2015 und ISO/IEC 27001:2013
inklusive der Erweiterung nach ISO/IEC 27017:2015

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund.....	5
2	Methoden.....	5
2.1	Workshop I (Ergebnisse).....	5
2.2	Workshop 2 (Empfehlungen).....	6
3	Ergebnisse	7
3.1	Workshop I (Ergebnisse).....	7
3.1.1	Bewertung der Ergebnisse in Zusammenschau mit den Hypothesen	7
3.1.2	Fokus Weiterentwicklung	9
3.2	Workshop 2 (Empfehlungen).....	9
4	Zusammenfassung	11
5	Anhänge	13

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Beispiel für Darstellung von Ergebnissen aus den Arbeitspaketen zu einer Hypothese**Fehler!**
Textmarke nicht definiert.

1 Hintergrund

Die Bewertung der Ergebnisse der Arbeitspakete (AP) 1 bis 4 (=Datengrundlage) sowie die Ableitung und Bewertung von möglichen Handlungsempfehlungen, erfolgte im Rahmen von zwei Workshops. Der erste Workshop (AP 5a) sollte mit ca. 10 bis 15 ASV-Ärzten und Stakeholdern der Urologie (Mitglieder des Projektbeirats) die Erkenntnisse einerseits mit Blick auf den Nutzen für die Versorgungsforschung diskutieren. Andererseits sollte die Weiterentwicklung der ASV für den Bereich der Urologischen Tumore diskutiert werden, wobei die Auswirkungen der Rahmenbedingungen auf das Innovations- und Weiterentwicklungspotenzial bzw. auch diesbezügliche Implementierungsbarrieren (z. B. hinsichtlich der aktuellen Leitlinie(n)) im Vordergrund stehen.

Mit Blick auf ein ähnliches Forschungsvorhaben, die Vergleichbarkeit der Patienten bzw. der Erkrankungsart und des Versorgungsablaufs zielte der abschließende Workshop (5b) auf einen strukturierten Erkenntnisaustausch zwischen der urologischen und der gynäkologischen ASV. Hierbei sollen Faktoren herausgearbeitet werden, die sich in den jeweiligen Versorgungsbereichen als besonders effektiv hinsichtlich des Erreichens von ASV-Zielen erwiesen haben und Möglichkeiten der Übertragbarkeit diskutiert werden. Geplant war ebenfalls ein ganztätiger Präsenz-Workshop.

Auf Basis des Projektverlaufes wurde der Fokus des Workshop I auf die Vorstellung und Validierung der Ergebnisse und auch deren Stellenwert hinsichtlich einer Weiterentwicklung der ASV gelegt. Ziel des 1. Workshops war deshalb die Validierung, Bewertung und Ergänzung der Ergebnisse. Am Ende sollte in Vorbereitung auf den Workshop II zudem die Frage diskutiert werden, wo eine Weiterentwicklung am meisten Sinn macht.

Im Projektverlauf wurde bestätigt, dass diese Studie zur ASV vor allem die ASV für Urologische Tumore beurteilt bzw. dafür Weiterempfehlungsmaßnahmen abgeleitet werden konnten. Die Prüfung einer Übertragbarkeit auf alle anderen (mittlerweile 22) im Rahmen der ASV behandelbare Erkrankungen konnte nicht erfolgen und hätte den Projektrahmen überschritten. Der Fokus wurde auf die Expertise von Vertretern der ASV Gynäkologische Tumore sowie ASV Gastrointestinale Tumore (jeweils Teamleiter) gelegt, da hier evtl. Parallelen in der Versorgung onkologischer Patienten erwartet wurden. Ein Kernteammitglied einer ASV für rheumatologische Erkrankungen wurde als Vertreter der „seltenen ASV-Erkrankungen“ hinzugezogen. Ziel des 2. Workshops war die Bewertung der übergeordneten Ziele zur Weiterentwicklung, die Bewertung der Maßnahmen und Ziele der jeweiligen Bereiche nach Relevanz bzw. eine mögliche Übertragbarkeit auf andere ASV-Bereiche. Oberstes Gebot war keine neuen Insellösungen zu schaffen, Bestehendes zu berücksichtigen und Verbesserungsansätze darin zu integrieren.

2 Methoden

2.1 Workshop I (Ergebnisse)

Zur Vorbereitung des Ergebnis-Workshops wurden die bis dato vorliegenden und verschriftlichten Projektergebnisse gemeinsam mit den jeweils verantwortlichen Projektpartnern zusammengetragen und anhand der Hypothesen dargestellt. Eine komprimierte schriftliche Zusammenfassung wurde den Workshopteilnehmern im Vorfeld zur Verfügung gestellt (Anhang 1. ASV-WE_Zusammenfassung vorläufige Ergebnisse Workshop 1_final).

Der Ergebnis-Workshop fand am 1.12.2022 hybrid statt. Es nahmen 9 Teilnehmer online und 10 in Präsenz im aQua-Institut in Göttingen teil. Neben den Projektpartnern nahmen je 1 Nicht-ASV-Arzt aus Klinik und Praxis, sowie insgesamt 3 ASV-Ärzte aus Klinik und Praxis sowie 2 Patientenvertreter und 2 ASV-Koordinatoren am Workshop teil.

Nach der Begrüßung und Vorstellung der Teilnehmer sowie einer kurzen Projekt-Einführung wurden die Ergebnisse der einzelnen Arbeitspakete (1. Patientenbefragung, 2. Versorgerbefragung, 3. Falldaten, 4. Interviews

und Kleingruppendiskussionen) durch den jeweiligen verantwortlichen Projektpartner zusammenfassend vorgestellt.

Anschließend wurden in 4 Kleingruppen (à 4–5 Personen) die Ergebnisse zu den 7 Hypothesen der Patientenebene bzw. zu den 4 Hypothesen der Versorgungsebene diskutiert und nach dem Zustimmungsgrad bewertet („stimme voll und ganz zu – stimme eher zu – stimme eher nicht zu – stimme überhaupt nicht zu“). Des Weiteren konnten Ergänzungen vorgenommen werden, z. B., ob dieses Ergebnis „neu“ oder valide ist. Zudem wurden methodische Anmerkungen sowie eigene Erfahrungen der Kleingruppenmitglieder aufgenommen.

Hypothese 1: ASV-Patienten haben bessere medizinische Outcomes und eine höhere Lebensqualität als vergleichbare Patienten, die eine übliche Behandlung erhalten.

Quelle	Ergebnis
Patientenbefragung	insgesamt reduzierte Lebensqualität; keine Unterschiede zwischen den Gruppen
Ärztebefragung	beide Gruppen schätzen ihre Möglichkeiten, die Lebensqualität für die Patienten zu verbessern, überwiegend als gut bis sehr gut ein
Interviews	<i>keine Beurteilung möglich</i>
Kleingruppendiskussionen	Patientenwunsch: aktive Nachsorge, Erhalt von Lebensqualität und Erfolg der Behandlung
Falldaten	mehr Verordnungen zur palliativen Beratung, psychotherapeutischen Betreuung und Nachsorge bei ASV-Patienten

Abbildung 1: Beispiel für Darstellung von Ergebnissen aus den Arbeitspaketen zu einer Hypothese

Die Gruppenergebnisse wurden nach den jeweiligen Hypothesen gepoolt und inkl. Bewertungen und Ergänzungen in einer kurzen Pause durch die Projektleitung zusammengetragen und dann im Plenum vorgetragen und diskutiert.

Abschließend wurden von jedem externen Teilnehmer in offener Runde Vorschläge für eine Weiterentwicklung der ASV abgegeben.

Im Nachgang wurden noch Inhalte der Protokollnotizen der Diskussionen ergänzt und eine Zusammenfassung zu jeder Hypothese verfasst.

2.2 Workshop 2 (Empfehlungen)

Zur Vorbereitung des Weiterentwicklungs-Workshops haben die Teilnehmer eine Übersicht, der auf Basis des bisherigen Projektverlaufs erarbeiteten Weiterentwicklungsempfehlungen erhalten (Anhang 2. Übersicht Ziele, Maßnahmen, Weiterentwicklungsempfehlungen_ASV-WE Workshop II_final).

Der Weiterentwicklungs-Workshop fand am 8.2.2023 vorwiegend in Präsenz mit insgesamt 27 Teilnehmern in Berlin statt. 2 Teilnehmer nahmen online teil. Neben den Projektpartnern nahmen 3 Vertreter anderer ASV-Entitäten (Gynäkologische Tumoren, Gastrointestinale Tumoren, Rheumatologie) teil sowie 5 Urologen aus Klinik und Praxis (Nicht-ASV, ASV), 1 ASV-Koordinatorin, 1 Patientenvertreter, 1 Krankenkassenvertretung, 1 Vertreter der Deutschen Krebsgesellschaft und ein online-Plattform CEO.

Nach der Begrüßung und Vorstellung der Teilnehmer sowie einer kurzen Projekt-Einführung erfolgte die Vorstellung der Zielkategorien der Weiterentwicklung sowie die Methodik und „Regeln“ zum Vorgehen im Rahmen des Workshops. Zunächst erfolgte eine sukzessive Vorstellung der 4 übergeordneten Weiterentwicklungsziele und dann der jeweiligen spezifischen Ziele und Maßnahmen und jeweils eine anschließende schriftliche Bewertung nach Relevanz (auf einer Skala von 1–9) durch das Plenum. Insbesondere wurden die Teilnehmer gebeten,

sofern Sie ein Ziel bzw. eine Maßnahme für nicht oder wenig relevant halten, dies in Form von Freitextangaben zu begründen. Nach jeder Bewertungsrunde wurden die Bögen eingesammelt und die Bewertungen ausgezählt (Anhang 3. Bewertung Weiterentwicklungsempfehlungen übergeordnet_final).

In einer kurzen Pause wurden die Bewertungen durch die Projektleitung zusammengetragen und dann im Plenum vorgetragen und diskutiert. Der Fokus der Diskussion lag auf den wichtigsten Zielen und uneinheitlichen Bewertungen. Auch die Übertragbarkeit der Ziele und Maßnahmen auf andere ASV-Entitäten wurde diskutiert.

Im Nachgang wurden noch Inhalte durch Protokollnotizen der Diskussionen ergänzt und eine Zusammenfassung zu der Weiterentwicklungsempfehlungen inklusive Berechnung der Mediane und der Verteilung sowie die Einbeziehung der Freitexte verfasst.

3 Ergebnisse

3.1 Workshop I (Ergebnisse)

3.1.1 Bewertung der Ergebnisse in Zusammenschau mit den Hypothesen

Die Ergebnisse zu den einzelnen Hypothesen aus den vorhandenen Datenquellen, der Versorger- und Patientenbefragung sowie der Falldatenanalyse und der Interviews/Kleingruppendiskussionen wurden im Rahmen des Workshops bewertet und ergänzt. Nachfolgend werden die Diskussionsergebnisse zusammenfassend dargestellt:

AH 1: ASV-Patienten haben bessere medizinische Outcomes und eine höhere Lebensqualität als vergleichbare Patienten, die die übliche Behandlung erhalten.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden heterogen bewertet. Methodische Kritik wurde dahingehend ausgesprochen, dass es schwierig sei Lebensqualität und medizinische Outcomes gleichzeitig zu erfassen; hier wäre eine 2-Teilung nötig. Es sei ohnehin schwierig, Lebensqualität zu erfassen, da diese von der Morbidität der Patienten abhängig sei. Für eine Interpretation medizinischer Outcomes fehlten definierte medizinische Outcomes. Die ASV-Patienten hätten zwar häufiger eine leitliniengerechte Therapie als Patienten in der Vergleichsgruppe erhalten, diese Beobachtung müsse jedoch aufgrund der geringen Fallzahl zurückhaltend interpretiert werden. „Leitlinienadhärenz“ könnte als Qualitätskriterium herangezogen werden. Übergeordnet könne diese einen Überlebensvorteil für Patienten bringen.

AH 2: ASV-Patienten haben einen besseren Zugang zu Versorgung, d. h. zu benötigten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden eher positiv bewertet. Methodische Kritik wurde dahingehend geäußert, dass eine Trennung von Diagnostik und Therapie sinnvoll gewesen wäre. Das Ergebnis hinsichtlich der diagnostischen Möglichkeiten sei sehr vom PSMA-PET CT überlagert, welches in der ASV abgerechnet werden kann, in der Regelversorgung aber den Patienten nur erschwert angeboten werden könne. Ein ASV-Netzwerk ermögliche schnellere Termine. Zudem sei ein einfacherer Zugang zur Radiologie, Psychotherapie und Palliativmedizin möglich. Die „freie Arztwahl“ sei jedoch in der ASV eingeschränkt.

AH 3: Die Behandlung von ASV-Patienten ist besser koordiniert als die Behandlung unter üblichen Bedingungen.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden eher positiv bewertet. Sie seien jedoch abhängig von regionalen Bedingungen und schon bestehenden Netzwerken. Wenn Netzwerke vorher schon gut sind, wurde keine weitere Verbesserung durch die ASV gesehen.

AH 4: Patienten in der ASV sind therapieadhärenter.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden eher negativ bewertet. Methodische Kritik wurde dahingehend ausgesprochen, dass hier eigentlich ein Vorher-Nachher-Vergleich notwendig gewesen wäre, um eine

tatsächliche Adhärenzverbesserung beurteilen zu können. Zudem bestehe ein gewisser Selektionsbias durch eine potenziell bessere Adhärenz der intensiv beratenen Patienten.

AH 5: Patienten in der ASV sind über ihre Erkrankung und die Therapieoptionen besser aufgeklärt/informiert.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden heterogen bewertet. Patienten müssten über die Teilnahme an der ASV aufgeklärt werden und unterschreiben. Dies könnte ein Bias verursachen.

AH 6: Patienten in der ASV sind an Entscheidungen über ihre Therapie besser beteiligt.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden heterogen bewertet. In diesem Ergebnis wurde kein Mehrwert gesehen.

AH 7: Patienten in der ASV sind mit ihrer Versorgung zufriedener als vergleichbare Patienten, die eine übliche Behandlung erhalten.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden eher positiv bewertet. Methodisch sei dies jedoch schwierig zu beurteilen, da Zufriedenheit viele verschiedene Aspekte beinhalte (Zufriedenheit mit der Betreuung, mit dem Therapieerfolg, ...). Inwieweit Zufriedenheit in der Zielgruppe überhaupt erhoben werden könnte, sei vom Behandler abhängig. Erfahrungen aus dem Praxisalltag spiegeln jedoch eine Zustimmung zur Hypothese wider: ASV-Patienten seien zufriedener.

AH 8: Das Zulassungsverfahren sichert eine qualitativ hochwertige Versorgung (beurteilt an klinischen Parametern).

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden heterogen bewertet. Eine definitive Aussage sei nicht möglich, da keine „harten“ Ergebnisse vorliegen. In der Versorgererhebung wurden keine klinischen Parameter erfasst. Im Rahmen der Entwicklung des Befragungsinstrumentes (Expertenrunden, Pilotierung) wurde dies im Setting der geplanten Befragung als nicht praktikabel beurteilt. Das Ergebnis des Beratungs- und Pilotierungsprozesses ergab, dass anstelle des Befragens nach durchschnittlichen klinischen Parametern die Ärzte zu ihren persönlichen Möglichkeiten der Ausgestaltung verschiedener Aspekte der Versorgung befragt werden sollten. Die Qualität der Versorgung in der Uroonkologie sei unabhängig von der ASV insbesondere durch die Onkologie-Vereinbarung und durch zertifizierte Zentren bereits generell sehr hoch. Das Zulassungsverfahren sichert nicht immer die hochwertige Versorgung, stattdessen ermöglichen das die meist vorhandenen Strukturen.

AH 9: Die ASV erreicht das Ziel einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Beteiligten.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden heterogen bewertet. Sowohl innerhalb als auch außerhalb der ASV gibt es zum Teil sektorenübergreifende Zusammenarbeit – ob die ASV dies fördert, kann nicht geschlussfolgert werden. Die Vermutung ist, dass intersektorale Zusammenarbeit in erster Linie von den individuellen Bedingungen und den spezifischen Strukturen vor Ort abhängig ist. Das Ziel einer intersektoralen Versorgung wurde nicht erreicht, da diese meistens nicht „gelebt“ wird. Die ASV habe aber das Potential aufgrund der geforderten Voraussetzungen. Intersektoralität könnte noch deutlich besser sein („ASV muss gelebt werden“). Es mangelt an Aufklärung zur ASV, teilweise werde ein „Zwang“ zur Zusammenarbeit gesehen (bestimmte Radiologie, die besucht werden muss). Auch aus Sicht der Patienten sei dies ein Verlust der freien Arztwahl. Bereits vorhandene Strukturen der intersektoralen Zusammenarbeit würden genutzt und intensiviert. Auch die Perspektive der Sektoren sei in Zusammenhang mit der ASV relevant: sektorenübergreifende Vernetzung spielt für Kliniken keine große Rolle (alle Fachabteilungen sind vorhanden); aufgrund der anfallenden Kosten rentiert sich die ASV für Vertragsärzte überwiegend nicht; Vertragsärzte seien auch im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung untereinander vernetzt.

AH 10: Die ASV ermöglicht Innovationen und die Weiterentwicklung der Versorgung.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden eher negativ bewertet. Es bestehe die gleiche Versorgung wie vorher, eine Weiterentwicklung sei nicht zu erkennen. Es gibt keine Hinweise auf eine besondere Innovationsförderung. Es bestehe ein leichterer Zugang für neue diagnostische Möglichkeiten, aber ist das Innovation? Weiterer Forschungsbedarf sei hinsichtlich des Einsatzes neuerer Therapien notwendig (Leitlinienadhärenz?). Es gibt zwar eine bessere Vergütung, da extrabudgetär, einschränkend sei hier aber eine zunehmend starke Kontrolle durch die Krankenkasse (Medizinischer Dienst der Krankenkassen).

AH 11: ASV-Ärzte sind mit den Rahmenbedingungen der ASV zufrieden.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese wurden heterogen bewertet. Es sei ein sehr hoher Aufwand, um in die ASV zu kommen (sowie diese zu unterhalten). Qualitätskontrollen gäbe es jedoch auch in anderen Strukturen. Ob sich die ASV außerhalb der Onkologie finanziell lohnt, sei fraglich. Kritisiert wurden die fehlenden Informationen/Betreuung, z. B. zu Abrechnungsmodalitäten. Vorteile seien die gut vernetzte Struktur, die unbudgetierte Vergütung und Möglichkeiten der Weiterbildung (Tumorthherapie).

3.1.2 Fokus Weiterentwicklung

In der abschließenden Diskussionsrunde wurden viele Aspekte zur Weiterentwicklung der ASV angesprochen. Die zusammenfassenden Ergebnisse aus der Diskussion und auch aus den Bewertungen wurden zusammengetragen, nach Redundanzen geprüft und nach 4 übergeordneten Themen geclustert:

Abbau von Bürokratie (z. B. Anzeigeverfahren) / bundesweite, übergeordnete Vereinfachung/Vereinheitlichung

- Antragsverfahren vereinfachen/Bürokratie abbauen
- Struktur schaffen (im Sinne einer Vereinheitlichung der Vorgaben, Anzeigeverfahren, Formulare)
- Möglichkeiten zur Vereinfachung der Abrechnung sollten geprüft werden, da Verfahren zu Abrechnung/Vergütung der Leistungen zu unübersichtlich und komplex sind

Nutzen für Patienten darstellen / Qualität / Qualitätskriterien jenseits der Strukturqualität

- Nutzen für Patienten ausweiten (der Benefit der ASV für Patienten ist nicht objektiv ersichtlich, bisher fehlen Ergebnisse; zur Erarbeitung der Vorteile lassen sich u.a. Ergebnisse aus der Patientenbefragung heranziehen)
- Patient: wir brauchen Spitzenzentren, dafür fahren wir auch weit (Patienten wünschen sich eine multidisziplinäre Versorgung)
- ASV bedeutet Einschränkung der freien Arztwahl (das ASV-Team ist vorgegeben)
- Dokumentationsstruktur (eine Datengrundlage müsste über eine gemeinsame Dokumentationsmöglichkeit/Austausch geschaffen werden)
- Qualitätskriterien jenseits der Strukturqualität (sind z. B. eine bessere Koordination der Versorgung oder schnellere Termine)

Vorhandene Ressourcen nutzen

- viele Ressourcen im ambulanten Bereich bleiben liegen -> Niedergelassene, die das (Anm. onkologische Versorgung) können, sollen mit ins Boot – Finanzierung überarbeiten
- mehr Niedergelassene im ambulanten Bereich -> wichtige Ansprechpartner vor Ort
- Kann man sich beides (gesundheitsökonomisch) „leisten“? ASV und Onkologievereinbarung
- engere Vernetzung, z. B. auch von Hausärzten, Urologen – für die ganzheitliche Versorgung

Information & Aufklärung / Kommunikationsplattform

- Transparenz für Patienten: mehr Aufklärung zur ASV, Einbeziehung von Patienten (Patienten sind über ihre Versorgungsmöglichkeiten nicht informiert)
- Transparenz für Ärzte (z. B. Vorsteile der ASV gegenüber der Regelversorgung)
- Dokumentationsstruktur (siehe Nutzen für Patienten darstellen)

3.2 Workshop 2 (Empfehlungen)

Eine Übersicht der Bewertungsergebnisse aller Empfehlungen gibt der Anhang 4. Bewertungsergebnisse Workshop II. Hinsichtlich der übergeordneten Ziele, welche noch nicht die einzelnen Handlungsempfehlungen darstellten, wurde Ziel II: die Reduzierung des bürokratischen Aufwandes, am höchsten bewertet (Median 9), dann Ziel I: die wissenschaftliche Belegung des Vorteils für Patienten (Median 8,5), gefolgt von Ziel III: Verbesserung von Information, Kommunikation und Beratung sowie Ziel IV. Innovation und Weiterentwicklung (je Median 7,5).

Im Hinblick auf die Einzelempfehlungen erhielt die Vereinheitlichung und Digitalisierung des ASV-Anzeigeverfahrens (Einzelempfehlung 9.) als eine der insgesamt 37 Empfehlung die höchste Bewertung.

Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren (3.) und die bundesweite Vereinheitlichung der Strukturen (6.) wurden im Median jeweils mit 8,5 bewertet.

Jeweils im Median mit 8 bewertet wurden folgende Einzelempfehlungen:

- die zentrale, digitale Dokumentation der Behandlungsdaten der Patienten (5.),
- die Anpassung der Anforderungen zur Teilnahme an die Versorgungsrealität (8.),
- die Streichung bzw. Flexibilisierung der 30-Minuten Entfernungsregelung (9.),
- eine flexiblere Gestaltung der hinzuzuziehenden Fachrichtungen (11.),
- die Akzeptanz bereits bestehender Nachweise zur Qualifikation (13.)
- bzw. die Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Ärzte (14.),
- die automatische Meldung von ASV-Teams bei der Servicestelle (16.),
- die Forderung eines einheitlichen ASV-Team Verwaltungssystems (18.),
- Vergütungspauschalen rund um die Teamorganisation (9.),
- die Vereinfachung der Abrechnung (22.),
- eine verbesserte Patienteninformation (27.),
- die Nutzung von Synergien zu vorhandenen Strukturen (32.),
- die Sicherung der ASV-Versorgung in Flächenländern (34.),
- die Einbeziehung von Fachexperten (36.) und
- der Einsatz digitaler Technologien (37.)

Eine mediane Bewertung von 7,5 erhielten die Empfehlungen zur überregionalen Qualitätssicherung (4.) und zu einem einheitlichen Musterkooperationsvertrag (10.)

Im Median mit jeweils 7 bewertet wurden die Empfehlungen:

- die Ermöglichung der Nachsorge von Patienten innerhalb von ASV-Teams (2.),
- die Entwicklung von Leitfäden zur ASV-Team-Organisation, das Heranziehen des EBM als Abrechnungsgrundlage (23.),
- kostenlose PVS-Module (24.),
- die Integration der ASV-Abrechnung in Standardprozesse (25.),
- die Anpassungen der Leistungen der ASV-Servicestelle an den Bedarf (28.),
- ein vermehrtes Angebot von Informationsveranstaltungen für Ärzte (30.),
- die Förderung „gelebter“ Intersektoralität (33.) und
- die Anerkennung der uroonkologischen Weiterbildung im Rahmen der ASV (35.)

Mit im Median 6,5 bewertet wurde die Empfehlung für konkrete Ansprechpartner zur ASV-Gründung (29.)

Eine mediane Bewertung von 6 erhielt der Einbezug der Beratung durch fachspezifische Selbsthilfegruppen (1.), die Aufweichung der 2.-Quartalsregelung (12.) und die institutionelle Meldung von Kernteammitgliedern.

Mit 5,5 bewertet wurde ein unaufwändiger Kontrollmechanismus zur Mengenbegrenzung (26.) und eine digitale Austauschplattform für ASV-Teams (31.).

Mit einem Median von 2 wurde die Umstellung der Krankheitskonkretisierung auf eine Negativliste (21.) bewertet.

Im Nachgang wurden die Empfehlungen weiterbearbeitet. Es erfolgte eine Einteilung in klare/unstrittige/eindeutige Empfehlungen (n=20; Bewertungen zwischen 7 und 9) – strittige Empfehlungen, welche viel Diskussionsbedarf nach sich zogen (n=16) und direkt abgelehnte Empfehlungen (n=4). Abgelehnte Empfehlungen wurden gestrichen (Kontrollmechanismus zur Mengenbegrenzung unspezifischer Leitungen („Schutz“ vor Kontrollen), Negativliste der Krankheitskonkretisierungen, Vergütungspauschalen für die Teamorganisation, konkrete

Ansprechpartner zur ASV-Gründung). Strittige bzw. ähnliche Empfehlungen wurden geprüft und teilweise zusammengefasst und/oder umformuliert oder ebenfalls gestrichen.

Dies lieferte die Grundlage zur Ausarbeitung der abschließenden Handlungsempfehlungen.

4 Zusammenfassung

Aus beiden Workshops ergaben sich konstruktive Ergebnisse. Insbesondere die Zusammensetzung der Teilnehmer der Workshops ermöglichte, die ASV aus vielen verschiedenen Blickwinkeln betrachten zu können, was wichtige Impulse für die Weiterentwicklung sowie abschließende Bewertung der Ergebnisse gebracht hat.

Workshop I hat insbesondere dazu beigetragen, die Ergebnisse aus den anderen Arbeitspaketen zu validieren, bewerten und ergänzen und zudem weitere Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung der ASV zu sammeln. Zudem wurden auch methodische Aspekte der Durchführung der Datenerhebung in den anderen Arbeitspaketen diskutiert, die im Weiteren auch in die Bewertung der Ergebnisse eingeflossen sind.

Workshop II baute auf das Ergebnis aus Workshop I auf und hat durch die Bewertung der übergeordneten Ziele zur Weiterentwicklung, die Bewertung der Maßnahmen und Ziele der jeweiligen Bereiche nach Relevanz dazu beigetragen, Ziele und Handlungsempfehlungen zu priorisieren und weitere wichtige Anhaltspunkte zur Schärfung bzw. Konkretisierung dieser zu erlangen.

Zudem wurde die **Übertragbarkeit** auf andere ASV-Bereiche diskutiert. Hier zeigte sich, dass die diskutierten Empfehlungen teilweise auch auf andere ASV-Entitäten übertragbar sind. Z. B. wurde die Empfehlung zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren, die einen potenziellen Nutzen der Patienten im Rahmen der ASV betrachten und zu Evaluationszwecken genutzt werden können, als übertragbar auf andere Bereiche gesehen. Auch das übergeordnete Ziel des Abbaus von Bürokratie wurde stark befürwortet, welches unter anderem auch eine Aufweichung bzw. Streichung der 30-Minuten Entfernungsregelung beinhaltet. Auch eine Optimierung der Abrechnung bzw. abrechenbaren Leistungen wird von den anderen ASV-Bereichen gewünscht.

Andererseits fiel jedoch auch auf, dass die vorgestellten Probleme der ASV Urologische Tumoren und die daraus resultierenden Empfehlungen nicht für alle ASV-Entitäten (z. B. Rheumatologie) gleich relevant sind. Hinsichtlich der Einzelempfehlung zum Ermöglichen der Nachsorge im Rahmen der ASV, welche aufgrund der kontroversen Diskussion im Rahmen des Workshops nicht in die abschließenden Empfehlungen übernommen wurde, zeigte sich der Vertreter der ASV-Rheumatologie erstaunt: in der Rheumatologie gäbe es kein intersektorales Problem (und die Überlegung, die Nachsorge im Rahmen der ASV durchzuführen sei unproblematisch). Insgesamt seien deshalb viele diskutierten Schwierigkeiten der ASV Urologische Tumore bei der Rheumatologie so nicht vorhanden, da es keine Interessenkonflikte gebe. Die ASV-Rheumatologie sei ein Erfolgskonzept und eine Bereicherung. Die Akzeptanz der ASV sei auch bei den Vertragsärzten deutlich höher (mehr Niedergelassene im Kernteam, umfangreicher Katalog an Erkrankungen, zentrales Register bei Rheuma, Niedergelassene überführen manchmal alle Patienten in die ASV). Die 2-Quartalsregelung sei in diesem Zusammenhang unnötiger Aufwand. Bezüglich der Dokumentationsstruktur gebe es ein Register im Rheumaforschungszentrum.

Für die Gastrointestinalen bzw. Gynäkologischen Tumore wurde berichtet, dass die ambulante Nachsorge – außerhalb des ASV-Teams – teilweise nicht gewährleistet sei: die Patienten liefen in eine Versorgungslücke (welches für die urologischen Patienten aufgrund der guten ambulanten Abdeckung so kein Problem sei). Die Qualität sollte im Fokus der ASV stehen, die Sektorengrenze müsste hier fallen und Patienten sollten dort versorgt werden, wo die beste Qualität geboten wird.

Limitierend lässt sich festhalten, dass in beiden Workshops viele subjektive Erfahrungen eingeflossen sind. Mit Hilfe von standardisierten Bewertungsverfahren und transparenten Diskussionen wurde jedoch versucht, diese

zu objektivieren. Die Bewertungsverfahren sind jedoch nicht als starres System zu verstehen, sondern waren lediglich eine Unterstützung, die Ergebnisse bzw. die Relevanz von Handlungsempfehlungen zu priorisieren und auf dieser Basis weiter zu bewerten und auszuarbeiten.

5 Anhänge

Anhang 1. ASV-WE_Zusammenfassung vorläufige Ergebnisse Workshop 1



Bitte behandeln Sie dieses Dokument vertraulich.

Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE)

Förderkennzeichen 01VSF20026

Zusammenfassung vorläufiger Projektergebnisse (Workshop 1)



Hinweis

Aufgrund der derzeit noch andauernden Qualitätssicherungsmaßnahmen bleiben Änderungen an den Ergebnissen vorbehalten.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in Teilabschnitten auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet.

Projekt ASV-WE

Am 1. April 2021 ist das vom Innovationsfonds geförderte Versorgungsforschungsprojekt Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (kurz: „ASV-WE“, Förderkennzeichen 01VSF20026) gestartet. In diesem Projekt kooperieren das aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (Projektleitung), die gGmbH Gesundheitsforschung für Männer (GfM), der Berufsverband Deutscher Urologen e.V. (BvDU), die Abteilung für Allgemeinmedizin und Gesundheitsversorgung des Universitätsklinikums Heidelberg (UKHD), das Deutsche Institut für Fachärztliche Versorgungsforschung GmbH (DIFA) und das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi).

Projekthintergrund und -ziele

Aktuelle Erhebungen zeigen einen stetigen Anstieg der ASV-Teilnahme. So hat sich die Zahl der Teams im Bereich der Urologie seit Projektbeginn mehr als vervierfacht. Trotzdem macht die ASV bisher nur einen kleinen Teil der Versorgung aus. Die Umsetzung der ASV, deren politisches Ziel die bessere Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist, bleibt bisher hinter den politischen Erwartungen zurück. Das Problem ist der hohe bürokratische Aufwand. Trotzdem ist die ablehnende Haltung gegenüber der ASV geringer als anfänglich vermutet, wobei sich die Ärzte gut informiert zeigen. Von Patienten wurde die ASV als neue Versorgungsstruktur in einer kleinen Umfrage bereits als positiv bewertet. Trotzdem ist der Nutzen der ASV sowohl für die Patienten als auch für die Ärzte aktuell unklar.

Am Beispiel der ASV für urologische Tumore soll in unserem Projekt untersucht werden, inwiefern die bestehende ASV die in sie gesetzten Erwartungen hinsichtlich einer innovativen, hochqualifizierten und sektorenverbindenden Versorgung von Patienten mit einem fortgeschrittenem oder metastasiertem Prostatakarzinom auf Ebene der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erfüllt. Des Weiteren soll geprüft werden, ob die Ergebnisse auf weitere ASV-Bereiche übertragen werden können und an welchen Stellen die ASV weiterzuentwickeln ist, um die vorgegebenen Ziele zu erreichen und die Potentiale einer optimierten Patientenversorgung auszuschöpfen (u.a. bessere (gesundheitsbezogene) Lebensqualität, bessere Aufklärung über die Krankheit und die Therapiemöglichkeiten, bessere Einbeziehung in Therapieentscheidungen, besserer Zugang zur Versorgung, bessere Koordination der Versorgung). Hierzu sollen am Ende explizite Handlungsempfehlungen auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse ausgesprochen werden. Nicht zu vergessen ist die Möglichkeit der zentralen Datenerhebung und -auswertung (Versorgungsforschung).

Projekthalte

Das sich über 2 Jahre erstreckende Projekt (Projektende 31.3.2023) enthält folgende Arbeitspakete, die zur Erreichung der Projektziele beitragen sollen:

- **Patientenbefragung** von ASV- und Nicht-ASV-Patienten mit metastasiertem Prostatakarzinom
- **Versorgerbefragung** (online) von allen ASV- und Nicht-ASV-Ärzten der Urologie
- **Falldatenanalyse** anhand des DIFAScience-Datenpanels von 60 ASV- und 60 Nicht-ASV-Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasiertem Prostatakarzinom
- **Interviews** mit ASV-Teamleitern und Vertretern der erweiterten Landesauschüsse
- **Kleingruppendiskussionen** mit Vertretern von Patienten und Angehörigen
- **Workshops** mit ASV-Ärzten und ASV-Teamleitern (Urologie und Nicht-Urologie) und weiteren Stakeholdern der Urologie

Wir freuen uns, Ihnen im Rahmen des Ergebnis-Workshops, an dem Sie teilnehmen, die vorläufigen Projektergebnisse vorstellen zu dürfen und mit Ihnen zu diskutieren.

Im Folgenden stellen wir Ihnen die Ergebnisse der 1) Patientenbefragung, 2) Ärztebefragung, 3) Interviews, 4) Kleingruppendiskussionen und 5) Falldaten zusammengefasst vor.

1) Ergebnisse Patientenbefragung (K. Krug)



Stichprobencharakteristika:

Eingeschlossen wurden insgesamt 255 Patienten aus 25 Zentren, davon 110 Patienten, die in 13 ASV-Zentren (n=60 aus 3 Praxen, n=22 aus 2 Kliniken der Regelversorgung, n=28 aus 8 Kliniken der Maximalversorgung) versorgt wurden, und 145 Patienten aus 12 Kontrollzentren (n=58 aus 8 Praxen, n=38 aus 1 Klinik der Regelversorgung, n=49 aus 3 Kliniken der Maximalversorgung). Die Patienten sind zwischen 48 und 92 Jahren alt (M=72,9, SD=8,3 Jahre). 85,5% sind Rentner. Seit der Erstdiagnose sind im Median 3,5 Jahre vergangen (IQR: 0,9; 8,5 Jahre). Die Stichprobe beinhaltet 133 Patienten mit einem hormonsensiblen Tumor (ASV: n= 54, Kontrolle: n=79) und 102 Patienten mit einem kastrationsresistenten Tumor (ASV: n=49, Kontrolle: n=53); von 20 Patienten ist die Hormonsensitivität nicht bekannt.

Es gibt keine Unterschiede in der Soziodemographie und im Tumorstadium zwischen den Gruppen.

Als **aktuelle Therapien** werden von den Ärzten beider Gruppen am häufigsten GnRH-Agonist oder -Antagonist (76,8%), neue hormonelle Substanz (43,8%) und Chemotherapie (36,1%) angegeben. Im Rahmen der ASV werden häufiger neue hormonelle Substanzen (54,7% vs. 34,6% in der Kontrollgruppe), Chemotherapie (43,4% vs. 29,9%) und Antiandrogen (28,3% vs. 14,2%) angewandt. Seltener werden Schmerzmedikamente (2,8% vs. 15,7% in der Kontrollgruppe) und GnRH-Agonist oder -Antagonist (69,8% vs. 82,7%) eingesetzt.

Therapien (Leitlinien)

N=227	mHSPC			mCRPC		
	Gesamt (n=127)	ASV (n=53)	Kontrolle (n=74)	Gesamt (n=100)	ASV (n=48)	Kontrolle (n=52)
Antiandrogen + neue hormonelle Substanz	8	5	3	10	7	3
GnRH + neue hormonelle Substanz	47a**	27	20	41	20	21
Antiandrogen + Chemotherapie	14a*	10	4	12a**	10	2
GnRH + Chemotherapie	23	8	15	24	12	12
Antiandrogen + neue hormonelle Substanz + Chemotherapie	1	0	1	6a**	6	0
GnRH + neue hormonelle Substanz + Chemotherapie	2	1	1	0		
GnRH + neue hormonelle Substanz + Bestrahlung zur Schmerzlinderung	0			1	0	1
PARP-Inhibition	0			1	1	0
PSMA-Ligandentherapie	0			4	1	3

Radionuklidtherapie	1	0	1	0		
---------------------	---	---	---	---	--	--

^a Häufiger in der ASV *signifikanter Unterschied (p<.05) **signifikanter Unterschied (p<.01)

Die Kombinationen Antiandrogen + neue hormonelle Substanz + Bestrahlung der Metastasen oder zur Schmerzlinderung, GnRH + neue hormonelle Substanz + Bestrahlung der Metastasen und Antiandrogen/GnRH + neue hormonelle Substanz + PARP-Inhibition wurden nicht berichtet.

Die von den Patienten angegebene **Kontakthäufigkeit zu Urolog*innen** in den letzten 12 Monaten ist in der ASV-Gruppe höher (M=8,8, SD=4,7, n=101) als in der Kontrollgruppe (M=7,1, SD=5,1, n=139).

„Werden Sie innerhalb der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) in Bezug auf das Prostatakarzinom betreut?“ – Von 106 ASV-Patienten geben 93 „ja“ an, 8 „nein“, 5 wissen es nicht. Von 141 Patienten der Kontrollgruppe geben 105 „ja“ an, 30 „nein“, 6 wissen es nicht.

Laut Patienten (n=250) waren die letzten durchgeführten **Bildgebungen** CT (n=100, 40%), Knochenszintigramm (n=68, 27%) und PET CT (n=52, 21%). Ein CT wurde häufiger zuletzt in der ASV-Gruppe durchgeführt (n=55, 51%; Kontrolle: n=45, 31%).

Überblick über Hypothesen und Hauptergebnisse:

Hypothesen	Hauptergebnisse
ASV-Patienten haben ...	
AH1: ... bessere medizinische Outcomes und eine höhere Lebensqualität als vergleichbare Patienten, die usual care erhalten	Keine Unterschiede zwischen den Gruppen
AH2: ... einen besseren Zugang zu Versorgung , d.h. zu benötigten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen	Allgemein keine Unterschiede
AH3: Die Behandlung von ASV-Patienten ist besser koordiniert als die Behandlung unter usual care-Bedingungen	Bessere Verfügbarkeit ärztlicher Ansprechpartner und bessere Zusammenarbeit in der ASV
ASV-Patienten sind ...	
AH4: ... therapieadhärenter	Höhere Therapieadhärenz in der ASV
AH5: ... über ihre Erkrankung und die Therapieoptionen besser aufgeklärt/informiert	Bessere Patientenaufklärung und -information in der ASV
AH6: ... an Entscheidungen über ihre Therapie besser beteiligt	Bessere Beteiligung an Therapieentscheidungen in der ASV
AH7: ... mit ihrer Versorgung zufriedener	Keine Unterschiede
als vergleichbare Patienten, die usual care erhalten.	

Lebensqualität

Die Fragen zur Lebensqualität liegen von 131 Patienten (ASV: n=57, Kontrolle: n=74) vor. Insgesamt zeigte sich eine leicht eingeschränkte Lebensqualität (durchschnittlich etwa 75% der Maximalpunktzahl). Höchste Einschränkungen wurden bei der Funktionsfähigkeit („ich kann mein Leben genießen“, „ich schlafe gut“) und zusätzlichen krankheitsbezogenen Faktoren („in einigen Körperbereichen habe ich Schmerzen“, „ich habe Probleme mit dem Stuhlgang“) beobachtet. Die Versorgung im Rahmen der ASV hat keinen Einfluss auf die Lebensqualität.

Zugang zur Versorgung

Umsetzung der Versorgungsorganisation in den Praxen gelingt aus Patientensicht gut. Die Möglichkeit, passende Termine zu bekommen, wird von den Patienten in der ASV (Median: 100%) höher eingeschätzt als von Patienten der Kontrollgruppe (Median: 92,8%; Unterschied nicht signifikant).

Koordination der Versorgung

Die Koordination wird hauptsächlich von Urologen (78%) in der Praxis (64%) übernommen, was dem Wunsch der Patienten entspricht. Aus Sicht der Patienten in der ASV war bei Bedarf ein Arzt als Ansprechpartner häufiger verfügbar. Zudem haben die verschiedenen an der Gesundheitsversorgung beteiligten Personen und Einrichtungen besser zusammengearbeitet.

Patientenadhärenz

Die Fragen zur Therapieadhärenz wurden von 124 Patienten (ASV: n=53, Kontrolle: n=71) beantwortet. Insgesamt konnten 76,5% der Patienten als adhärent eingestuft werden. Unter Berücksichtigung von Alter, Bildungsstand und Praxiszugehörigkeit zeigten sich die Patienten in der ASV adhärenter als die Patienten der Kontrollgruppe. Für die ASV-Patienten fielen praktische Hinderungsgründe wie Kosten oder Zeitbedarf der Therapie weniger ins Gewicht; die Patienten der Kontrollgruppe hatten eine höhere negative Einstellung gegenüber Arzneimitteln und vergaßen häufiger die Einnahme.

Patientenaufklärung, -information und -beteiligung an Therapieentscheidungen

Patienten in der ASV sind besser aufgeklärt, informiert und mehr beteiligt an Therapieentscheidungen. Für sie ist es wichtig, eine aktive Rolle in ihrer Gesundheitsversorgung zu übernehmen; sie sind überzeugt, selbst etwas unternehmen zu können, um Krankheiten vorzubeugen, und zu wissen, wann sie zum Arzt gehen und wann sie ein Gesundheitsproblem selbst behandeln können. Sie kennen häufiger die Ursachen ihrer Beschwerden und waren in der Lage, Veränderungen ihrer Lebensgewohnheiten aufrechtzuerhalten.

Weiterer Aspekt: Digitalisierung

Von 246 Patienten haben 161 (65%) laut eigener Aussage eine elektronische Patientenakte, nutzen diese zum Großteil (89%) aber nie. Ein Drittel der Patienten ohne Patientenakte würde sie nutzen. Grundsätzlich werden eHealth-Werkzeuge im Austausch mit den Patienten sehr selten verwendet (bei 5 von 100 ASV-Patienten und 15 von 142 Nicht-ASV-Patienten). Am häufigsten wurden Online-Fallbesprechungen mit anderen Ärzten genannt (n=12), die Nutzung von Plattformen oder Apps zur Unterstützung der Behandlung (n=7; nur Kontrollgruppe) und Telekonsile (n=6).

2) Ergebnisse Ärztebefragung

(H. Zwiener, S. Fähndrich, M. Leibner, T. Mußnug)



Im Rahmen des Innovationsfondsprojektes ASV-WE hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) im Zeitraum vom 01. März bis zum 11. Mai 2022 eine bundesweite Befragung unter ambulant bzw. stationär tätigen Urolog:innen durchgeführt. Befragt wurden sowohl Ärzt:innen, die Mitglied in einem ASV-Team „Urologische Tumore“ sind, als auch Ärzt:innen, die keinem ASV-Team „Urologische Tumore“ angehören.

Interventions- und Vergleichsgruppe

An der Befragung haben insgesamt 262 Ärzt:innen teilgenommen, davon 78 ASV-Ärzt:innen (Interventionsgruppe, „IG“) und 184 Nicht-ASV-Ärzt:innen (Vergleichsgruppe, „VG“). Im Vergleich zur Grundgesamtheit weist die Befragung einen überproportionalen Rücklauf aus dem ambulanten Versorgungsbereich auf: 60 % der Interventionsgruppe bzw. 82 % der Vergleichsgruppe üben eine ambulante Haupttätigkeit aus. Betrachtet man die Angaben zu Nebentätigkeiten, so sind die befragten Urolog:innen häufig intersektoral tätig (z.B. Nebentätigkeit als Belegärzt:in, mit (Teil-)Ermächtigung, im Klinik-MVZ). Zudem haben überwiegend Personen aus der Leitungsebene, d.h. Praxisinhaber:innen bzw. Chef- und Oberärzt:innen, an der Befragung teilgenommen.

Was die Angaben der Interventionsgruppe zu ihren ASV-Teams „Urologische Tumore“ betrifft, so sind alle Gründungsjahre 2018 bis 2022 in den Daten vertreten. 46 % der Interventionsgruppe arbeiten in einem ASV-Team „Urologische Tumore“, das vor Auslaufen der Übergangsfrist zum §116b (alt) SGB V gegründet wurde. 23 % der ASV-Ärzt:innen sind auf der Teamleitungsebene tätig. Etwa 31 % der ASV-Ärzt:innen geben an, dass sie ASV-Leistungen teilweise oder vollständig über die Regelversorgung bzw. andere Abrechnungsmöglichkeiten abrechnen.

Motive der (Nicht-)Teilnahme

Wichtige Motive der Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ sind die Steigerung der Versorgungsqualität der Patienten und mehr/neue Diagnosemöglichkeiten (z.B. Bildgebung). Diese beiden Motive wurden von 74 % bzw. 73 % der Interventionsgruppe als sehr bzw. eher relevant bewertet. Die Gewinnung neuer Patienten stufen 46 % als wenig bis gar nicht relevantes Motiv ein. In den Freitextangaben wurde auch darauf verwiesen, dass die Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ zwangsweise erfolgte, z.B. um nach dem Auslaufen der Übergangsfrist zum §116b (alt) SGB V weiterhin ambulante Patienten behandeln zu können.

Von 184 Nicht-ASV-Ärzt:innen geben 154 an, die Möglichkeit der Teilnahme an der ASV „Urologische Tumore“ grundsätzlich zu kennen. Von diesen 154 Urolog:innen empfinden 20 % die Teilnahmeanforderungen als angemessen. Nur 21 % von ihnen stimmen zu, dass sie die ASV-Teilnahme einfach in ihren Arbeitsalltag integrieren könnten. Hinsichtlich der Teilnahme sind 39 % noch unentschlossen und 40 % haben sich bereits gegen eine Teilnahme entschlossen. Allerdings behandeln 81 % aktuell Patienten, welche die Voraussetzungen für die ASV „Urologische Tumore“ erfüllen.

Die Freitextanalysen weisen ergänzend darauf hin, dass in der Vergleichsgruppe in manchen Fällen der eigene Patientenkreis als unpassend für die Teilnahme an der ASV betrachtet wird. Ein weiterer Grund für die Nicht-Teilnahme ist der Wunsch nach Patientenbindung bzw. die Sorge, dass die ASV-Patienten zu anderen Leistungserbringern im ASV-Team abwandern. Die mangelnde regionale Verfügbarkeit von ärztlichen Kolleg:innen bzw. das fehlende Interesse der vorhandenen ärztlichen Kolleg:innen an einer Zusammenarbeit innerhalb eines ASV-Teams werden ebenfalls als Gründe der Nicht-Teilnahme genannt. Schließlich werden auch die Teilnahmevoraussetzung an der ASV „Urologische Tumore“ als zu hoch bzw. die Rahmenbedingungen in der ASV als ungünstig beschrieben.

Zugang der Patienten zur Versorgung

Die ASV-Ärzt:innen wurden gebeten, Aspekte des Zugangs zur Versorgung für die spezielle Gruppe der Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom zu bewerten. Die ASV-Ärzt:innen beschreiben Vorteile für die ASV-Patienten insbesondere bei der Diagnostik (mehr Möglichkeiten und terminliche Vorteile bei der Diagnostik). Zugleich sieht mehr als die Hälfte der ASV-Ärzt:innen (54 %) keinen großen Unterschied bei der medizinischen Behandlung insgesamt.

Qualität der Versorgung, Zusammenarbeit und Innovation

Sowohl ASV- als auch Nicht-ASV-Ärzt:innen bewerten ihre Möglichkeiten, Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes oder metastasiertes Prostatakarzinom eine qualitativ hochwertige Versorgung zukommen zu lassen, überwiegend als gut bis sehr gut. Tendenziell negativer bewertet wird der Umfang der zeitlichen Ressourcen während des Arzt-Patienten-Kontakts, insbesondere aus Sicht der ambulant tätigen Urolog:innen.

Beide Gruppen von Urolog:innen weisen eine hohe Zufriedenheit hinsichtlich der einrichtungs- bzw. sektorenübergreifenden Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg:innen auf. Sowohl ASV- als auch Nicht-ASV-Ärzt:innen sind vielfältig vernetzt (z.B. regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln, an einrichtungsübergreifenden Tumorboards, Zertifizierte Organzentren etc.) und im Rahmen besonderer Versorgungsformen (insbesondere Onkologie-Vereinbarung) tätig. Knapp 80% der ASV-Teilnehmenden geben zudem an, größtenteils mit denselben ärztlichen Kolleg:innen und basierend auf bereits bestehenden Kontakten mit Fachkolleg:innen zusammenzuarbeiten.

Zugleich bestätigen von den 78 ASV-Ärzt:innen jeweils mehr als 50 %, dass die ASV die interdisziplinäre bzw. intersektorale Zusammenarbeit und die Netzwerkbildung zwischen ärztlichen Kollegen fördert. 44 % von ihnen geben an, dass sie durch die ASV begonnen haben, neue Diagnosemöglichkeiten anzuwenden.

Zufriedenheit mit Rahmenbedingungen und Weiterentwicklungsbedarf

Die Anforderungen zur Teilnahme an der ASV empfinden sowohl ASV- als auch Nicht-ASV-Ärzt:innen überwiegend als zu hoch bzw. viel zu hoch. Der administrative Arbeitsumfang hinsichtlich Zulassung/Anzeige zur ASV (IG: 78%; VG: 83%) sowie hinsichtlich des Zusammenschließens zu einem ASV-Team (IG: 63%, VG: 81%) wird überwiegend als zu hoch oder viel zu hoch eingeschätzt. Jeweils etwa die Hälfte betrachtet die Anforderungen an die Fallzahlen als zu hoch. Zudem bemängeln die Teilnehmenden fehlende Informationen und Beratung zur ASV „Urologische Tumore“, sowohl was die Teilnahmemöglichkeiten betrifft, als auch was im späteren Verlauf der ASV-Teilnahme die Abrechnungsmodalitäten etc. betrifft. Ein Teil der Befragten betrachtet das Aufwand-Nutzen-Verhältnis in der ASV als unstimmtig.

Aus den Ergebnissen der Ärztebefragung abgeleitet, ergeben sich mehrere Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der ASV „Urologische Tumore“: Insbesondere sollten Information und Beratung vor und nach Teamgründung verbessert werden. Der Teamgründungs- und -verwaltungsprozess sollte vereinfacht und das Aufwand-Nutzen-Verhältnis, z.B. durch Reduzierung der Kosten für die Abrechnungssoftware, verbessert werden.

3) Ergebnisse Interviews

Ziel der Durchführung der Interviews war, Erfahrungen im Zusammenhang mit der ASV von verschiedenen Verfahrensbeteiligten einzubeziehen. Zudem sollten insbesondere Erkenntnisse aus der Versorgerbefragung vertieft werden.

Im Projektverlauf wurden Interviews mit folgenden Zielgruppen durchgeführt:

- ASV-Teamleiter
- eLA-Vertreter
- ASV-Koordination
- Nicht ASV-Ärzte
- Krankenkassen
- KBV

Ergänzend wurden Expertengespräche mit Spezialisten für die Abrechnung und Onkologievereinbarung durchgeführt.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Interviews im Kontext der relevanten Arbeitshypothesen beschrieben.

AH 2: Zugang zur Versorgung

ASV-Patienten haben einen besseren Zugang zur Versorgung, d.h. zu benötigten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

In den Interviews mit den ASV-Teamleitern, den eLA-Vertretern sowie der ASV-Koordination wurde überwiegend die Meinung vertreten, dass durch die ASV mehr Diagnostikmöglichkeiten (insbesondere PSMA-PET-CT) vorhanden sind. Vereinzelt wird dies auch für Behandlungsmöglichkeiten so gesehen.

AH 3: Koordination der Versorgung:

Die Behandlung von ASV-Patienten ist besser koordiniert als die Behandlung unter usual-care-Bedingungen.

Als Stärke der ASV wird von den meisten Interviewpartnern die koordinierte, interdisziplinäre Versorgung im Team gesehen. Insbesondere Termine für ASV-Patienten seien besser koordiniert.

AH 8: Qualitätsanforderungen / klinische Outcomes:

Das Zulassungsverfahren sichert eine qualitativ hochwertige Versorgung (beurteilt an klinischen Parametern).

Eine Beurteilung, ob durch die ASV eine bessere Patientenversorgung bzw. qualitativ hochwertige Versorgung (beurteilt an klinischen Parametern) ermöglicht wird, konnte von den Interviewpartnern überwiegend nicht beantwortet werden, da belastbare Daten hinsichtlich Patientenoutcomes und klinischen Daten fehlen. Von Seiten der ASV-Teamleiter wird mehrheitlich keine höhere Versorgungsqualität in der ASV im Vergleich zur Regelversorgung gesehen. Der Patientennutzen war jedoch für über die Hälfte der ASV-Teamleiter der Hauptgrund an der ASV teilzunehmen.

AH 9: Sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Die ASV erreicht das Ziel einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Beteiligten.

Eine verbesserte Sektorenverknüpfung war ein häufiger Grund für ASV-Teamleiter an der ASV teilzunehmen. Nach Einschätzung einiger ASV-Teamleiter hat sich jedoch die sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen der ASV nicht verbessert. Dementgegen wird jedoch von den anderen ASV-Teamleitern eine Verbesserung bei der intersektoralen Zusammenarbeit gesehen in Form einer besseren Vernetzung („die jedoch zum Teil schon vorher gut war“).

AH 10: Innovations- und Weiterentwicklungspotenzial

Die ASV ermöglicht Innovationen und die Weiterentwicklung der Versorgung.

Innovationen und die Weiterentwicklung der Versorgung werden in der jetzigen Form der ASV abgesehen von der verbesserten Strukturqualität und den Anreiz einer besseren Vergütung überwiegend nicht gesehen. Jedoch wird der ASV das Potential zum Füllen einer Lücke in der Patientenversorgung – theoretisch - zugesprochen, wenn sie als solche „gelebt“ wird.

Von den Interviewpartnern wurde diverser Weiterentwicklungspotenzial geäußert, z.B. in der Entbürokratisierung des Verfahrens, in der Weiterentwicklung der Vergütung, in der Begrenzung der Zahl der Teammitglieder im Ausbau der Qualitätssicherung und der Evaluation oder in der Schaffung einer ASV-Kommunikationsstruktur.

AH 11: Ärzte-/Versorgerzufriedenheit

ASV-Ärzte sind mit den Rahmenbedingungen der ASV zufrieden.

Von den ASV-Teamleitern gibt es überwiegend positive Bewertungen der ASV, jedoch gibt es auch gegensätzliche Meinungen. Als Stärken werden die bessere Strukturqualität in der Patientenversorgung gesehen sowie der Anreiz zur besseren Vergütung. Als Schwächen werden der hohe bürokratische Aufwand sowie die gescheiterte Einbindung der Vertragsärzte gesehen.

4) Ergebnisse Kleingruppendiskussionen

Im Projekt wurden zwei Kleingruppendiskussionen mit Patienten mit metastasiertem Prostatakarzinom sowie deren Angehörigen durchgeführt, um deren Erfahrungen mit einzubeziehen.

Da kein validiertes Befragungsinstrument zur Bewertung der Koordination in der Versorgung aus Patientensicht zur Verfügung stand, war das Ziel der 1. Kleingruppendiskussion, einen solchen Fragebogen mit anschließendem Einsatz in der Patientenbefragung zu entwickeln. Im Ergebnis ist ein finales Fragebogeninstrument mit 11 Items entstanden.

Die 2. Kleingruppendiskussion mit dem Thema „Was ist Qualität in der Versorgung“ hatte vor dem Hintergrund fehlender bzw. uneinheitlicher Kriterien zur Bewertung der Qualität der Versorgung das Ziel, eine Checkliste mit den wichtigsten Punkten der Qualität der Versorgung aus Patienten- und Angehörigensicht zu entwickeln. Als Ergebnis ist eine Checkliste mit folgenden sieben Punkten entstanden:

1. begründete, evidenzbasierte, aktuell Information
2. Erreichbarkeit des Hauptbehandlers
3. aktive Nachsorge
4. intersektorale Vernetzung und lückenlose Kommunikation
5. Erhalt von Lebensqualität
6. Behandlung von zertifizierten Zentren
7. Erfolg der Behandlung

5) Ergebnisse Falldaten

Insbesondere zu den Arbeitshypothesen (AH) 8-10, welche unter der Fragestellung 2 (Werden die ASV-Ziele auf Ebene der Versorger (Urologen) erreicht?) eingeordnet sind, sollten die Falldaten Erkenntnisse liefern.

- AH 8: Das Zulassungsverfahren sichert eine qualitativ hochwertige Versorgung (beurteilt z.B. an Qualitätsparametern wie Zeit, Leitlinienadhärenz und an klinischen Outcomes).
- AH 9: Die ASV erreicht das Ziel einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Beteiligten.
- AH 10: Die ASV ermöglicht Innovationen und die Weiterentwicklung der Versorgung.

Datenquelle

Die Quelle der Falldaten war das DIFAScience-Datenpanel, welches die DIFA in Zusammenarbeit mit teilnehmenden Arztpraxen betreibt. Der ursprüngliche Datensatz enthielt 45.201 Patienten. Anhand der Ausschlusskriterien wurden insgesamt n=30.056 Patienten von weiteren Analysen ausgeschlossen. Die Basiskohorte enthielt insgesamt n=7.118 Patienten mit Diagnose Prostatakarzinom (PCa). Diese beinhaltete n=7.042 Nicht-ASV Patienten sowie eine ausreichende Anzahl an ASV-Patienten (n=76), um die geplanten 60 Fallverläufe vergleichen zu können.

Basischarakteristika

Das Durchschnittsalter der Nicht-ASV- sowie ASV-Patienten lag bei 73,91 (+/- SD: 9,3 bzw. 8,5) Jahren. Insgesamt zeigten sich bei 86,9% (n=6.187) der Gesamtkohorte keine Zusatzdiagnosen (Metastasierung, Kastrationsresistenz). Dabei wiesen 87,03% (n=6.129) der Nicht-ASV Patienten und 76,32% (n=58) der ASV-Patienten keine weiteren Zusatzdiagnosen auf. Hierbei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen.

Vergleich ASV vs. Nicht-ASV Patienten

Im Vergleich ASV vs. Nicht-ASV zeigten sich bei den ASV-Patienten signifikant häufigere Vorstellungen (gesamt). Bei den Nicht-ASV-Patienten zeigten sich signifikant häufiger Einträge von Laborparametern.

Im Vergleich ASV vs. Nicht-ASV zeigten sich bei den ASV-Patienten signifikant häufigere Akutdiagnosen (gesamt, gesichert, unterschiedlich), Dauerdiagnoseeinträge (unterschiedlich), Verordnungen und Abrechnungen.

Akutdiagnosen

Im Vergleich zeigten sich im Mittel insgesamt signifikant häufigere Akut-Diagnosen bei ASV-Patienten (46,9 (+/- SD 25,2) vs. 34,4 (+/- SD 36,3), p=0,02), ebenso wie gesicherte Diagnosen und unterschiedliche Diagnosen. Bei Nicht-ASV Patienten wurden signifikant häufiger eine Prostatahyperplasie, Belastungsinkontinenz, Versagen genitaler Reaktionen, Polyurie, Pollakisurie und Nykturie, sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie eine nicht näher bezeichnete Hämaturie akut diagnostiziert. ASV-Patienten zeigten keine signifikant häufigeren Einzel-Akutdiagnosen.

Dauerdiagnosen

Im Vergleich zeigten sich im Mittel signifikant häufiger unterschiedliche Dauer-Diagnosestellungen bei ASV-Patienten (5,6 (+/- SD 3,1) vs. 2,7 (+/- SD 1,9), $p < 0,001$). Bei Nicht-ASV Patienten wurden signifikant häufiger die bösartige Neubildung der Prostata und eine essentielle Hypertonie nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise aufgezeichnet. Signifikant häufigere einzelne Dauerdiagnosen gab es bei ASV-Patienten nicht.

Verordnungen

Im Vergleich ASV vs. Nicht-ASV zeigten sich bei den ASV-Patienten signifikant häufiger Verordnungen.

Überweisungen

Im Vergleich ASV vs. Nicht-ASV zeigten sich bei den ASV-Patienten signifikant häufiger Überweisungen.

Abrechnung

Im Vergleich zeigten sich im Mittel signifikant häufiger Abrechnungen (gesamt/unterschiedliche) bei ASV-Patienten (29,9 (+/- SD 7,9) vs. 20,5 (+/- SD 13,3), $p < 0,001$; 158,1 (+/- SD 131,5) vs. 77,9 (+/- SD 58,3). In einer Subanalyse zu C61 Diagnosen und damit verbundenen Abrechnungsziffern wurden in 33 Nicht-ASV Praxen bei insgesamt 232 C61-Diagnosen 12.149 (+/- SD 14.272) Abrechnungsziffern gezählt. In der ASV-Praxis zeigten sich 101 Diagnosen mit 10.681 Abrechnungsziffern. Bei Nicht-ASV Praxen mit einem durchschnittlichen Patienten-aufkommen zwischen 80 und 130 C61-Diagnosen (6 Praxen) wurden im Mittel 4.117 Abrechnungszahlen gezählt.

Limitationen

Folgende Fragestellungen aus dem Antrag konnten wir aufgrund der Limitationen der Falldaten nur eingeschränkt oder gar nicht beantworten:

- Sind die dokumentierten Behandlungsprozesse der ASV tatsächlich sektorenübergreifender als die Regelversorgung? (*es gibt keine Angaben zum Inhalt von Überweisungen/Einweisungen*)
- Sind die dokumentierten Behandlungsprozesse der ASV tatsächlich koordinierter als die Regelversorgung? (*es gibt keine Angaben zum Inhalt von Überweisungen/Einweisungen*)
- Gibt es Unterschiede hinsichtlich therapeutischer Indikationsqualität zwischen ASV und Regelversorgung? (*es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den betreffenden Abrechnungs- bzw. Verordnungsziffern; im Fallvergleich zeigen sich häufiger neue hormonelle Substanzen bei Nicht-ASV Patienten*)
- Gibt es Unterschiede hinsichtlich diagnostischer Indikationsqualität zwischen ASV und Regelversorgung? (*keine Information zu Bildgebungen oder Interventionen*)

Die Limitationen sind insbesondere durch die hinreichende Anonymisierung der Versorgungsdaten, um Re-Identifikation auszuschließen, bedingt, sowie die PVS/AIS Systeme selbst (oftmals Paralleldokumentation in den PVS/AIS Systemen und in der Patientenakte).

Kontakt Daten

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Ansprechpartnerin: PD Dr. med. Marianne Leitsmann
Maschmühlenweg 8–10 · 37073 Göttingen

Telefon (+49) 0551-789 52-0

Telefax (+49) 0551-789 52-10

asv-we@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Anhang 2. Übersicht Ziele, Maßnahmen, Weiterentwicklungsempfehlungen_ASV-WE Workshop II

Übersicht Ziele zur Weiterentwicklung der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

Übergeordnete Ziele

- | | |
|------|---|
| I. | Der Vorteil für Patientinnen und Patienten in der ASV gegenüber Nicht-ASV Versorgung muss wissenschaftlich belegt und für die Patienten transparent gemacht werden. |
| II. | Die grundlegende Reduzierung des bürokratischen Aufwandes für Ärztinnen und Ärzte muss handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein. |
| III. | Eine Verbesserung von Information, Beratung & Kommunikation insbesondere für Patienten und Ärzte muss handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein. |
| IV. | Innovation und Weiterentwicklung der Versorgung sollten handlungsleitend für die ASV sein. |

Ziele und Maßnahmen für 4 Zielebenen der Weiterentwicklung

I. Patientennutzen ausweiten

Patientenbeteiligung

- In Zukunft sollte der Gemeinsame Bundesausschuss bei Bedarf mehr auf eine Beratung/Beteiligung durch die fachspezifischen Selbsthilfegruppen zurückgreifen.

Patientenversorgung

- Die Nachsorge von ASV-Patienten sollte auch im Rahmen der ASV (-Struktur) ermöglicht werden (z.B. Nachsorge-Pauschale).

Qualitätssicherung und Evaluation

- Es sollten Qualitätsindikatoren entwickelt bzw. identifiziert werden, die einen potenziellen Nutzen der Patienten im Rahmen der ASV betrachten und zu Evaluationszwecken genutzt werden können.
- Ein überregionales Verfahren zur Qualitätssicherung soll geschaffen werden.

Behandlungsergebnisse

- Es soll eine zentrale, digitale Dokumentation der Behandlungsdaten der Patienten erfolgen, welche einen Überblick sowie eine Auswertung ermöglicht. Hierzu sollte den ASV-Teilnehmern eine Formularvorgabe angeboten werden und Schnittstellen zu den bestehenden PVS/KIS etabliert werden.

II. Abbau von Bürokratie und Vereinfachung des Verfahrens

Verfahren & Strukturen

- Eine übergeordnete, bundesweite Vereinheitlichung der Strukturen muss handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.

ASV-Teilnahme (Anzeige)

- Das Verfahren der ASV-Anzeige (Zulassungsverfahren) sollte bundesweit vereinheitlicht und digitalisiert werden.
- Die Anforderung zur ASV-Teilnahme sollten vereinheitlicht und an die Versorgungsrealität angepasst werden.
- Die 30min Entfernungsregelung sollte gestrichen bzw. flexibilisiert werden (z.B. sollte für bestimmte patientenfernere Fachgruppen eine digitale Anbindung ermöglicht werden und der Radius regional ausgeweitet werden).
- Ein bundesweit einheitlicher Musterkooperationsvertrag zur Nutzung für Kernteammitglieder und hinzuziehende Fachärzte soll entwickelt werden.

11. Die Vorgabe der hinzuziehenden Fachrichtungen soll flexibler gestaltet werden und an die Versorgungsrealität angepasst werden. Bestehende Netzwerke sollten berücksichtigt werden können (z.B. Qualitätszirkel, zertifizierte Zentren (Deutsche Krebsgesellschaft).
12. Die Vorgabe der 2-Quartalsregelung soll aufgeweicht werden.
13. Der Nachweis der Qualifikation der Ärzte soll vereinfacht werden, indem z.B. vorhandene Qualifikationsnachweise akzeptiert werden (z.B. Qualifikationsnachweise, welche einer anderen Stelle bereits vorgelegt oder erbracht wurden (Onkologievereinbarung, Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer, Zertifizierungen, etc.).
14. Die Zulassungsvoraussetzungen für Ärzte sollen sich auf relevante Leistungen des jeweiligen Fachgebietes beschränken (z.B. ist eine Dopplersonographie des Uterus keine Kernkompetenz des Facharztes für Urologie).
15. Die institutionelle Meldung der Teammitglieder (inkl. Ansprechpartner und Stellvertreter) soll ermöglicht werden. Eine Aktualisierung sollte einmal jährlich erfolgen.
16. Die Meldung von ASV-Teams bei der ASV-Serviceestelle soll automatisiert im Anschluss an das Anzeigeverfahren erfolgen.
17. Die Teilnahme von Vertragsärzten im Kernteam sollte aktiv gefördert werden bzw. eine verpflichtende Teilnahme in Erwägung gezogen werden. Die Vorgaben zur sektorenübergreifenden ASV-Kooperation sollten dabei einheitlich ausgestaltet werden.

Teamverwaltung

18. Es soll ein bundesweit einheitliches und digitales ASV-Team Verwaltungssystem etabliert werden, in dem z.B. Anzeigen zur ASV, Anzeigen von Teamänderungen etc. ermöglicht werden.
19. Vergütungspauschalen rund um die Teamorganisation (bspw. zur Gründung, zur Koordination, für die IT-Infrastruktur) sollen eingeführt werden.
20. Leitfäden zur Organisation von ASV-Teams sollen entwickelt werden.

Einschluss von ASV-Patienten

21. Die Krankheitskonkretisierung der ASV-fähigen Patienten und Leistungen sollte auf eine Negativliste umgestellt (wer/was nicht ASV-fähig ist).

Abrechnung von ASV- Leistungen

22. Die Vereinfachung der Abrechnung muss handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.
23. Der EBM sollte als Abrechnungsgrundlage dienen, das komplexe System der Appendizes sollten entfallen. Die Möglichkeit, besondere Leistungen vorübergehend als Pseudoziffer abzurechnen, sollte bei Bedarf ausgebaut werden.
24. ASV-Module für PVS-Systeme sollten unentgeltlich verfügbar sein bzw. sollte eine Pauschale zur Deckung dieser Kosten eingeführt werden.
25. Eine Integration der ASV-Abrechnung für die Vertragsärzte in die Standardabrechnungsprozesse sollte angestrebt werden.
26. Es sollte ein unaufwändiger Kontrollmechanismus zu Mengengrenzung von sog. „unspezifischen Leistungen“, sowie zur Vermeidung von Mehrfachinanspruchnahmen eingeführt werden.

III. Verbesserung der Information, Beratung und Kommunikation

Patienteninformation

27. Die Patienteninformation zur ASV bzw. über bestehende Versorgungsstrukturen soll verbessert werden.

Information der Ärzte

28. Die Leistungen einer ASV-Serviceestelle für Ärzte sollen den Bedarfen (Information, Beratung, Unterstützung bei der Teamgründung, ...) angepasst werden.
29. Es sollen konkrete Ansprechpartner zur eigenen ASV nach Teamgründung (z.B. bei der Kassenärztlichen Vereinigung oder ASV-Serviceestelle) etabliert und geschult werden (Beratung zu Fragen der Teamverwaltung, Abrechnung, ...).
30. Es sollen mehr Informationsveranstaltungen und Beratungsangebote für Ärzte zur ASV angeboten werden (z.B. von einer Serviceestelle).

Ärztelkommunikation

31. Eine digitale Kommunikationsplattform zum Austausch soll zentral und bundesweit für alle ASV-Teams bereitgestellt werden.

IV. Innovation und Weiterentwicklung der Versorgung

Vorhandene Strukturen

32. Die Nutzung von Synergien zu vorhandenen Strukturen (Onkologievereinbarung, zertifizierte Zentren (Deutsche Krebsgesellschaft) und bestehenden Netzwerken muss handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.

Sektorenübergreifende Versorgung

33. Die Förderung „gelebter“ Intersektoralität muss handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.

Versorgung in Flächenländern

34. Die ASV-Versorgung von Patienten in Flächenländern sollte sichergestellt werden (z.B. überregionale Team-Teilnahme).

Weiterbildung

35. Die onkologische Weiterbildung soll im Rahmen der ASV anerkannt werden.

Fachliche Expertise

36. Fachexperten sollen bei allen Aspekten der Ausgestaltung der ASV-Richtlinie hinsichtlich der verschiedenen Erkrankungen zu Rate gezogen werden (Konkretisierung, hinzuziehende Fachrichtungen, Leistungen etc.).

Digitalisierung

37. Der Einsatz digitaler Technologien muss handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.

Anhang 3. Bewertung Weiterentwicklungsempfehlungen übergeordnet

Bewertung der übergeordneten Ziele zur Weiterentwicklung der ASV

Bitte bewerten Sie die **übergeordneten Ziele** hinsichtlich ihrer **Relevanz zur Weiterentwicklung der ASV**. Bitte kreuzen Sie immer die Antwort an, die Ihre persönliche Einschätzung am besten beschreibt.

Beispiel: Die grundlegende Reduzierung des bürokratischen Aufwandes muss handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.

Überhaupt nicht relevant 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Sehr relevant

Unter jeder Bewertung haben Sie die Möglichkeit, in dem dafür vorgesehenen Kästchen Anmerkungen zu machen. Sofern Sie ein Ziel für nicht oder wenig relevant halten, möchten wir Sie bitten, dies zu begründen.

I. Der Vorteil für Patientinnen und Patienten in der ASV- gegenüber Nicht-ASV-Versorgung muss wissenschaftlich belegt und für die Patienten transparent gemacht werden.

Überhaupt nicht relevant 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Sehr relevant

Ich kann/will dies nicht bewerten.

Anmerkungen / Begründung:

II. Die grundlegende Reduzierung des bürokratischen Aufwandes für Ärztinnen und Ärzte muss handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.

Überhaupt nicht relevant 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Sehr relevant

Ich kann/will dies nicht bewerten.

Anmerkungen / Begründung:

III. Eine Verbesserung von Information, Beratung & Kommunikation insbesondere für Patienten und Ärzte muss handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.

Überhaupt nicht relevant Sehr relevant
1 2 3 4 5 6 7 8 9

Ich kann/will dies nicht bewerten.

Anmerkungen / Begründung:

IV. Innovation und Weiterentwicklung der Versorgung sollten handlungsleitend für die ASV sein.

Überhaupt nicht relevant Sehr relevant
1 2 3 4 5 6 7 8 9

Ich kann/will dies nicht bewerten.

Anmerkungen / Begründung:

Anhang 4. Bewertungsergebnisse Workshop II

Bewertungsergebnisse Workshop II

Nr.	Ziele / Handlungsempfehlungen	Bewertung										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	Anzahl	Median
I	Der Vorteil für Patientinnen und Patienten in der ASV- gegenüber Nicht-ASV-Versorgung muss wissenschaftlich belegt und für die Patienten transparent gemacht werden.			1	1			7	3	12	24	8,5
II	Die grundlegende Reduzierung des bürokratischen Aufwandes für Ärztinnen und Ärzte muss handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.						1	3	4	16	24	9
III	Eine Verbesserung von Information, Beratung & Kommunikation insbesondere für Patienten und Ärzte muss handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.				1	1	4	8	4	6	24	7
IV	Innovation und Weiterentwicklung der Versorgung sollten handlungsleitend für die ASV sein.					5	1	7	4	7	24	7
1.	In Zukunft sollte der Gemeinsame Bundesausschuss bei Bedarf mehr auf eine Beratung/Beteiligung durch die fachspezifischen Selbsthilfegruppen zurückgreifen.		1	2	2	3	4	9		2	23	6
2.	Die Nachsorge von ASV-Patienten sollte auch im Rahmen der ASV (-Struktur) ermöglicht werden (z. B. Nachsorge-Pauschale).	2	4	2	1			3	6	4	22	7
3.	Es sollten Qualitätsindikatoren entwickelt bzw. identifiziert werden, die einen potenziellen Nutzen der Patienten im Rahmen der ASV betrachten und zu Evaluationszwecken genutzt werden können.						3	3	6	12	24	8,5
4.	Ein überregionales Verfahren zur Qualitätssicherung soll geschaffen werden.				1	1	6	4	6	6	24	7,5
5.	Es soll eine zentrale, digitale Dokumentation der Behandlungsdaten der Patienten erfolgen, welche einen Überblick sowie eine Auswertung ermöglicht. Hierzu sollte den ASV-Teilnehmern eine Formularvorgabe angeboten werden und Schnittstellen zu den bestehenden PVS/KIS etabliert werden.				2	2	3	3	5	7	22	8
6.	Eine übergeordnete, bundesweite Vereinheitlichung der Strukturen muss handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.				1			4	5	12	22	8,5
7.	Das Verfahren der ASV-Anzeige (Zulassungsverfahren) sollte bundesweit vereinheitlicht und digitalisiert werden.						1	3	6	13	23	9
8.	Die Anforderung zur ASV-Teilnahme sollten vereinheitlicht und an die Versorgungsrealität angepasst werden.				1		4	3	9	7	24	8
9.	Die 30min Entfernungsregel sollte gestrichen bzw. flexibilisiert werden (z. B. sollte für bestimmte patientenfernere Fachgruppen eine digitale Anbindung ermöglicht werden und der Radius regional ausgeweitet werden).			1		1	2	2	6	11	23	8

Nr.	Ziele / Handlungsempfehlungen	Bewertung										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	Anzahl	Median
10.	Ein bundesweit einheitlicher Musterkooperationsvertrag zur Nutzung für Kernteammitglieder und hinzuziehende Fachärzte soll entwickelt werden.			1			5	6	7	5	24	7,5
11.	Die Vorgabe der hinzuziehenden Fachrichtungen soll flexibler gestaltet werden und an die Versorgungsrealität angepasst werden. Bestehende Netzwerke sollten berücksichtigt werden können (z. B. Qualitätszirkel, zertifizierte Zentren).			2	3			6	6	6	23	8
12.	Die Vorgabe der 2-Quartalsregelung soll aufgeweicht werden.	2	1	3		1	3	1	3	4	18	6
13.	Der Nachweis der Qualifikation der Ärzte soll vereinfacht werden, indem z.B. vorhandene Qualifikationsnachweise akzeptiert werden (z. B. Qualifikationsnachweise, welche einer anderen Stelle bereits vorgelegt oder erbracht wurden (Onkologievereinbarung, Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer, Zertifizierungen, etc.).			1	1		1	3	8	10	24	8
14.	Die Zulassungsvoraussetzungen für Ärzte sollen sich auf relevante Leistungen des jeweiligen Fachgebietes beschränken (z. B. ist eine Dopplersonographie des Uterus keine Kernkompetenz des Facharztes für Urologie).					2		2	8	10	22	8
15.	Die institutionelle Meldung der Teammitglieder (inkl. Ansprechpartner und Stellvertreter) soll ermöglicht werden. Eine Aktualisierung solle einmal jährlich erfolgen.	1		1		2	8	5	3	3	23	6
16.	Die Meldung von ASV-Teams bei der ASV-Serviceestelle soll automatisiert im Anschluss an das Anzeigeverfahren erfolgen.		1			1	1	4	7	9	23	8
17.	Die Teilnahme von Vertragsärzten im Kernteam sollte aktiv gefördert werden bzw. eine verpflichtende Teilnahme in Erwägung gezogen werden. Die Vorgaben zur sektorenübergreifenden ASV-Kooperation sollten dabei einheitlich ausgestaltet werden.	3		2		2	1	3	5	1	17	7
18.	Es soll ein bundesweit einheitliches und digitales ASV-Team Verwaltungssystem etabliert werden, in dem z. B. Anzeigen zur ASV, Anzeigen von Teamänderungen etc. ermöglicht werden.	1				1	1	6	7	7	23	8
19.	Vergütungspauschalen rund um die Teamorganisation (bspw. zur Gründung, zur Koordination, für die IT-Infrastruktur) sollen eingeführt werden.	1	1			1	2	4	2	9	20	8
20.	Leitfäden zur Organisation von ASV-Teams sollen entwickelt werden.			2		4	4	6	3	5	24	7
21.	Die Krankheitskonkretisierung der ASV-fähigen Patienten und Leistungen sollte auf eine Negativliste umgestellt (wer/was nicht ASV-fähig ist).	4	5	1		4	1	1			16	2
22.	Die Vereinfachung der Abrechnung muss handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.					1	2	4	7	9	23	8
23.	Der EBM sollte als Abrechnungsgrundlage dienen, das komplexe System der Appendizes sollten entfallen. Die Möglichkeit, besondere Leistungen vorübergehend als Pseudoziffer abzurechnen, sollte bei Bedarf ausgebaut werden.	1				2	4	5	2	3	17	7

Nr.	Ziele / Handlungsempfehlungen	Bewertung										Anzahl	Median
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
24.	ASV-Module für PVS-Systeme sollten unentgeltlich verfügbar sein bzw. sollte eine Pauschale zur Deckung dieser Kosten eingeführt werden.		2	1		1	2	5	4	6	21	7	
25.	Eine Integration der ASV-Abrechnung für die Vertragsärzte in die Standardabrechnungsprozesse sollte angestrebt werden.	1				3		5	6	2	17	7	
26.	Es sollte ein unaufwändiger Kontrollmechanismus zu Mengengrenzung von sog. „unspezifischen Leistungen“, sowie zur Vermeidung von Mehrfachinanspruchnahmen eingeführt werden.	3	1	2		1	3	2	2		14	5,5	
27.	Die Patienteninformation zur ASV bzw. über bestehende Versorgungsstrukturen soll verbessert werden.			2	2	5		2	10	3	24	8	
28.	Die Leistungen einer ASV-Servicestelle für Ärzte sollen den Bedarfen (Information, Beratung, Unterstützung bei der Teamgründung, ...) angepasst werden.					2	2	10	6	4	24	7	
29.	Es sollen konkrete Ansprechpartner zur eigenen ASV nach Teamgründung (z. B. bei der Kassenärztlichen Vereinigung oder ASV-Servicestelle) etabliert und geschult werden (Beratung zu Fragen der Teamverwaltung, Abrechnung, ...).		2		1	4	5	3	7	2	24	6,5	
30.	Es sollen mehr Informationsveranstaltungen und Beratungsangebote für Ärzte zur ASV angeboten werden (z. B. von einer Servicestelle).		1	2	1	3	3	4	6	4	24	7	
31.	Eine digitale Kommunikationsplattform zum Austausch soll zentral und bundesweit für alle ASV-Teams bereitgestellt werden.			2	5	5	1	1	6	4	24	5,5	
32.	Die Nutzung von Synergien zu vorhandenen Strukturen (Onkologievereinbarung, zertifizierte Zentren (Deutsche Krebsgesellschaft) und bestehenden Netzwerken muss handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.						3	5	5	6	19	8	
33.	Die Förderung „gelebter“ Intersektoralität muss handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.				1	2	3	5	3	7	21	7	
34.	Die ASV-Versorgung von Patienten in Flächenländern sollte sichergestellt werden (z. B. überregionale Team-Teilnahme).							4	9	10	23	8	
35.	Die onkologische Weiterbildung soll im Rahmen der ASV anerkannt werden.					1	3	5	4	2	15	7	
36.	Fachexperten sollen bei allen Aspekten der Ausgestaltung der ASV-Richtlinie hinsichtlich der verschiedenen Erkrankungen zu Rate gezogen werden (Konkretisierung, hinzuziehende Fachrichtungen, Leistungen etc.).		1			2		3	10	7	23	8	
37.	Der Einsatz digitaler Technologien muss handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.				1	1	3	4	4	11	24	8	

Stand 8.8.2023

Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE)

**Teilbericht 6 – Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen
zur Weiterentwicklung der ASV für Urologische Tumoren**

Herausgeber

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema

Teilbericht Innovationsfondsprojekt Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE)

Autoren

Carina Stammann, Marianne Leitsmann, Tobias Herrmann, Björn Broge, Lothar Weißbach

Rechtliche Beratung

D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mbB, Kurfürstendamm 195, D-10707 Berlin

Auftraggeber

Innovationsausschuss des G-BA, Förderkennzeichen 01VSF20026 (ASV-WE)

Hinweis

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für alle Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8–10 · 37073 Göttingen

Telefon (+49) 0551-789 52-0
Telefax (+49) 0551-789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

Zertifiziert nach ISO 9001:2015 und ISO/IEC 27001:2013
inklusive der Erweiterung nach ISO/IEC 27017:2015

Inhaltsverzeichnis

Hintergrund	4
Methodik.....	5
Weiterentwicklungsempfehlungen auf Basis der Projektergebnisse	6
1 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV-Prozesse und Strukturen	6
2 Empfehlungen zur Prozess- und Ergebnisdokumentation.....	12
3 Empfehlungen zur Verbesserung von Information, Beratung und Kommunikation	14
Umsetzungsmöglichkeiten der Empfehlungen aus juristischer Perspektive	15
Fazit.....	22

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Wirkmodell der ASV.....	4
--------------------------------------	---

Hintergrund

Die Gestaltung der Gesundheitsversorgung aus einer sektorenübergreifenden Perspektive ist eine der großen Herausforderungen in der deutschen Gesundheitsversorgung. Entsprechend der Vielzahl von Erkenntnissen über Defizite an den Sektorengrenzen bzw. durch eine unzulängliche Zusammenarbeit des ambulanten und stationären Sektors, gibt es eine Vielzahl an Initiativen, um die Versorgung zu verbessern. Bisher war keine dieser Initiativen erfolgreich. Es ist daher wichtig, die Ergebnisse der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) vor diesem Hintergrund zu beurteilen. Nur so erklärt sich der Versuch der ASV, mit dem § 116b Sozialgesetzbuch fünftes Buch (SGB V) eine alternative gesetzliche Grundlage zu schaffen für eigene Qualitätsanforderungen und – idealerweise – für ein eigenes Abrechnungssystem.

Seit dem 1.1.2012 können Diagnostik und Behandlung seltener bzw. komplexer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern, im Rahmen der ASV erfolgen. Leistungsberechtigt sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, soweit sie die hierfür vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in der ASV-Richtlinie (RL) festgesetzten jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen erfüllen und dies gegenüber dem erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (eLA) anzeigen. Vergütet werden die in der ASV erbrachten Leistungen nach den Regelungen der ASV-RL, d. h. entweder nach Kapitel 50 im Bereich VII des Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) – dann mit dem jeweils geltenden regionalen Punktwert und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung – oder nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Das aktuelle Projekt untersuchte die ASV als komplexe Intervention auf Systemebene exemplarisch am Beispiel der ASV für Urologische Tumore, welche seit 04/2018 vom G-BA in die Richtlinie aufgenommen wurde. Grundlage unserer Untersuchungen waren die gesetzlich geschaffenen Rahmenbedingungen der ASV-Struktur und deren Auswirkung auf Versorgungsprozesse. Darauf aufbauend sollten die Versorgung besser koordiniert, die Zusammenarbeit der Sektoren und die Interdisziplinarität optimiert und die Patienten z. B. mehr in die Therapieentscheidung einbezogen werden. Damit sollte eine bessere Versorgung erreicht werden (Abbildung 1).



Abbildung 1. Wirkmodell der ASV

Methodik

Die erreichten ASV-Ziele wurden auf Ebene der urologischen Patienten sowie auf der der Versorger bewertet. Die explorative und vergleichende Analyse der ASV erfolgte anhand von 11 Arbeitshypothesen (AH). Sie beinhalteten u.a. die Qualität der Versorgung, die Zufriedenheit mit der Versorgung bzw. den Rahmenbedingungen der ASV, die Patientenbeteiligung und intersektorale Zusammenarbeit. Dabei wurden verschiedene Evaluationsinstrumente („mixed-methods“) angewendet: Patientenbefragung (Arbeitspaket (AP) 1), Versorgerbefragung (AP 2), Falldatenanalyse (AP 3), Interviews (AP 4A), Expertengespräche, sowie Kleingruppendiskussionen (AP 4B) und Workshops (AP 5). Die beiden Befragungen waren die primären Datenquellen für die Ergebnisse dieses Projekts. Um einzelne Fragestellungen zu vertiefen, konnten ergänzend Falldaten (Stichprobe anonymisierter Versorgungsdaten von Patienten mit Prostatakarzinom), sowie die Interviews (mit u.a. Vertretern der eLAs und ASV-Teamleitern) und moderierte Kleingruppendiskussionen mit Patienten-/Angehörigenvertretern (Themen „Koordination der Versorgung“ und „Qualität der Versorgung“) herangezogen werden. Details enthalten die jeweiligen Teilberichte.

Die hieraus gewonnenen Ergebnisse, wurden im Rahmen eines 1. Workshops vorgestellt und bewertet. Basierend auf den Ergebnissen wurden von den Teilnehmern (Patienten- und Ärztevertreter, Konsortium) Vorschläge für eine Weiterentwicklung der ASV abgegeben. Diese wurden gesammelt, nach Redundanzen geprüft und auch nach übergeordneten Handlungsbereichen geclustert. Darauf aufbauend konnten Empfehlungen zur Weiterentwicklung formuliert werden. Die Empfehlungen wurden mit dem Konsortium abgestimmt und in einem 2. Workshop vorgestellt. Dort wurden sie von den Teilnehmern nach Relevanz bewertet. Teilnehmer waren verschiedene und zentrale Stakeholder der ASV bzw. Gesundheitsversorgung: Vertragsärzte, Klinikärzte, ASV-Ärzte der Urologie und anderer Bereiche, Nicht-ASV Urologen, Patientenvertreter, Betreiber einer Online-Plattform, Vertretung der Deutschen Krebsgesellschaft, sowie Mitglieder des Konsortiums (Berufsverband der Deutschen Urologie, Deutsches Institut für Fachärztliche Versorgungsforschung, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung). Die Ergebnisse der Bewertungen wurden abschließend zusammengefasst, nochmals vorgetragen und diskutiert. Anhand der Bewertungen und des Feedbacks aus der Diskussion wurden die relevantesten Empfehlungen zusammengefasst. Empfehlungen höchster Relevanz wurden mit einem Median von 8,0-9,0 bewertet, die mit hoher Relevanz mit 7,0-7,5. Nur diese Empfehlungen wurden für die weitere Ausarbeitung übernommen.

Im Weiteren wurde eine Rechtsanwaltskanzlei für eine juristische Beratung hinzugezogen, die die empirisch ermittelten Empfehlungen der Stakeholder basierend auf den Projektergebnissen hinsichtlich ihrer Umsetzungsmöglichkeiten anhand der aktuellen Rechtslage beurteilen bzw. einordnen sollte.

Im Folgenden werden Ergebnisse zu den Empfehlungen des Workshops zusammengefasst. Diese werden im ersten Teil jeweils durch Ergebnisse aus dem Projekt begründet und im zweiten Teil aus der Sicht der juristischen Beratung. Die juristische Einschätzung wird unverändert und ohne Wertung des Konsortiums unter „Umsetzung aus juristischer Perspektive“ in diesem Bericht dargestellt.

Die Empfehlungen beziehen sich grundsätzlich auf alle Erkrankungen der ASV. Sofern die Empfehlungen nur innerhalb der ASV für urologische Tumore anwendbar sind, wird dies kenntlich gemacht.

Manche Empfehlungen finden sich ansatzweise und teilweise auch deckend (i. e. Bürokratieabbau) in den Empfehlungen des Parallelprojektes GOAL-ASV wieder [1], worauf an den entsprechenden Stellen verwiesen wird. Auch dies wird in den jeweiligen Empfehlungen kenntlich gemacht.

Weiterentwicklungsempfehlungen auf Basis der Projektergebnisse

Die für dieses Projekt aufgestellten und untersuchten Hypothesen ermöglichen den Schluss, dass ASV-Patienten im Vergleich zu Patienten in der Regelversorgung keine höhere Lebensqualität (AH 1) und keine höhere Zufriedenheit mit ihrer Versorgung (AH 7) aufwiesen. Insgesamt hatten ASV-Patienten keinen besseren Zugang zur Versorgung (AH 2), d. h. zu benötigten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, erhielten jedoch schneller Termine und schätzen Praxismitarbeiter hilfsbereiter ein. ASV-Patienten berichteten insgesamt von keiner besseren Koordination der Versorgung (AH 3), jedoch von einer besseren Verfügbarkeit ärztlicher Ansprechpartner und einer besseren Zusammenarbeit. Zudem wiesen sie eine höhere Therapieadhärenz (AH 4) auf, waren über ihre Erkrankung und die Therapieoptionen besser aufgeklärt/informiert (AH 5) und an Entscheidungen über ihre Therapie besser beteiligt (AH 6). Zur Beurteilung der medizinischen Outcomes (AH 1) fehlt aktuell die Datengrundlage, die Versorgungsqualität konnte nicht angemessen erfasst werden.

Sowohl die befragten ASV- als auch Nicht-ASV-Ärzte waren nach eigenen Angaben gut vernetzt und arbeiteten einrichtungs- bzw. sektorenübergreifend mit ärztlichen Kollegen zusammen (AH 9). Konkrete Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung liegen in einem vereinfachten Teamgründungs- und Teamverwaltungsprozess, einem verbesserten Kosten-Nutzen-Verhältnis und verbesserten Informations- und Beratungsangeboten (AH 10). Insgesamt wurde wenig Innovationsgehalt in der ASV erkannt (AH 10). Es zeigte sich eine deutliche Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der ASV „Urologische Tumore“ (AH 11). Demgegenüber war bei den befragten ASV- und Nicht-ASV-Ärzten eine hohe Zufriedenheit hinsichtlich der einrichtungs- bzw. sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, erkennbar (AH 9).

Die Projektergebnisse führten zu folgenden Empfehlungen:

1 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV-Prozesse und Strukturen

➔ Empfehlung 1.1: Eine Vereinheitlichung der Prozesse und Strukturen, insbesondere zum ASV-Zulassungsverfahren sowie der Teamverwaltung sollte handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.

Begründung aus Projektergebnissen

Der bürokratische Aufwand könnte übergeordnet durch eine – idealerweise bundesweite – Vereinheitlichung der ASV-Prozesse und Strukturen reduziert werden. Dabei steht das Zulassungsverfahren im Vordergrund. Diese Empfehlung wurde im Workshop zu den Weiterentwicklungsempfehlungen mit höchster Relevanz bewertet.

Die Ergebnisse der Ärztebefragung deuten auf eine ausgeprägte Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der ASV „Urologische Tumore“ hin. Mehr als die Hälfte der befragten ASV-Ärzte zeigte sich unzufrieden mit dem Zulassungs- bzw. Anzeigeverfahren zur ASV (51 %). Sowohl ASV-Ärzte als auch Nicht-ASV-Ärzte in der Ärztebefragung sahen den administrativen Arbeitsumfang bei Teamgründung und -verwaltung überwiegend als zu hoch an. Gefragt nach den konkreten Weiterentwicklungsbedarfen der ASV „Urologische Tumore“ sahen 39% der ASV-Ärzte Weiterentwicklungsbedarf bei der Zulassung und 60% Weiterentwicklungsbedarf beim bürokratischen Aufwand (z. B. Formular/Rezeptwesen) (32% bzw. 36% bei den Nicht-ASV-Ärzten). Auch die interviewten Vertreter der eLAs, deren Aufgabe insbesondere aus der Prüfung der ASV-Anzeigen besteht, wünschen einen Abbau von Bürokratie und sehen das fehlende einheitliche Anzeigeverfahren als Schwäche.

Durch die verschiedenartige Auslegung der ASV-Teilnahmebedingungen ist eine Fehlstruktur entstanden (Prüfverfahren). Dahinter scheint eine Art Qualitätssicherung durch hohe Teilnahmehürden zu stehen. Die Umsetzung der ASV-Teilnahme ist bundesweit sehr heterogen (z. B. wird die Vorlage der Qualifikationsnachweise der Ärzte in den eLAs sehr unterschiedlich gehandhabt). Dies liegt u.a. an der unterschiedlichen Auslegung der ASV-

Richtlinie durch die eLAs. Die Erbringung der Qualitätsnachweise ist dabei außerdem häufig ein Parallelnachweis zu bereits erwiesenen Befähigungen für andere Strukturen (z. B. zertifizierte Zentren, vorhandene Onkologievereinbarung). Dieser hohe Aufwand erschwert die Teilnahme an der ASV.

- Empfehlung 1.1.1: Durch Digitalisierung könnten die Prozesse vereinheitlicht und vereinfacht werden. Der Einsatz digitaler Technologien könnte insgesamt handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.

Begründung aus Projektergebnissen

Der Einsatz digitaler Technologien erreichte im Workshop zu den Weiterentwicklungsempfehlungen der ASV höchste Relevanz. 49% der befragten ASV-Ärzte sahen Weiterentwicklungsbedarf bei der technischen bzw. digitalen Infrastruktur. Bisher besteht in der ASV kaum ein Einsatz von eHealth-Angeboten, zumindest nicht über bestehende IT-Strukturen hinaus. Die ASV eignet sich dabei sehr gut für den Einsatz neuer Technologien; sie könnten in einem intersektoralen Setting getestet werden. Digitale Plattformen könnten auch hier als Grundlage für eine bessere, idealerweise sogar sektorenübergreifende Dokumentation und Kommunikation dienen, evtl. zum Nachweis des Patientennutzens- und sogar zur Qualitätssicherung herangezogen werden (siehe 2. Empfehlungen zu Prozess- und Ergebnisdokumentation).

Digitale Technologien sollten gezielt eingesetzt werden, um z. B. die Kommunikation zu verbessern oder Prozesse zu verschlanken. Idealerweise sollte ein solcher Einsatz von digitalen Anwendungen zumindest im Kernteam etabliert sein, wie z. B. das von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zertifizierte Videokonferenzsystem zur Online-Teilnahme an Fallkonferenzen oder ein datenschutzkonformes Messenger-System zur Kommunikation im Team oder zum Transfer essenzieller Behandlungsdaten. Erweitert wäre eine Plattform vorstellbar, die alle Funktionalitäten zur ASV bietet (u. a. Abwicklung des Anzeigeverfahrens, automatischer Eintrag in das ASV-Verzeichnis, Team-Verwaltung, Team-Kommunikation, Dokumentation von Behandlungsdaten, Erfassung der Einzelleistungen). Hierbei sollten Schnittstellen zu bereits vorhandenen Infrastrukturen berücksichtigt werden, um Doppelstrukturen zu vermeiden. Übergangsfristen sollten bedacht werden.

Die Förderung von Strukturen für eine bessere Digitalisierung sollte nicht über den EBM stattfinden. Stattdessen könnte überlegt werden, ähnlich dem Krankenhauszukunftsgesetz, gezielte Impulse für Projekte und Maßnahmen zur Digitalisierung in der ASV über eine zeitlich begrenzte Fördermaßnahme zu etablieren (siehe Empfehlungen 1.3 zur Abrechnung).

- Empfehlung 1.1.2: ASV-Prozesse und Strukturen, wie für die Zulassung und Teamverwaltung, könnten bundesweit an übergeordneter Stelle vereinheitlicht werden.

Begründung aus Projektergebnissen

Diese Handlungsoption geht noch einen Schritt weiter als *Empfehlung 1.1* und beruht ebenfalls auf den aktuellen Vorgaben der ASV-RL zur ASV-Teilnahme und dem breiten Auslegungsspielraum für die eLAs, welcher zu einer ungleichen, heterogenen, KV-Regions- abhängigen Umsetzung des Anzeigeverfahrens geführt hat.

1. Eine bundesweit gültige einheitliche Festlegung der Kriterien zur ASV-Teilnahme wird gefordert und wäre notwendig, um gleiche Voraussetzungen für alle zu bieten. Sofern das Verfahren auf Länderebene durchgeführt wird, sollten gemeinsame Vorgaben für die Umsetzung erarbeitet werden.
2. Alternativ kann ein bundesweites Verfahren etabliert und eine übergeordnete (bereits vorhandene/etablierte) Stelle mit den Regularien rund um die ASV betraut werden. Eine einheitliche Digitalisierung des Verfahrens könnte hier unterstützen (siehe Empfehlung 1.1.1).

- Empfehlung 1.1.3: Die ASV-Versorgung von Patienten in Flächenländern sollte sichergestellt werden (z. B., indem eine überregionale Team-Teilnahme ermöglicht wird, Streichung/Flexibilisierung der 30 Minuten-Entfernungsregelung).

Begründung aus Projektergebnissen

Die ASV-Versorgung in Flächenländern sowie die Änderung der 30 Minuten-Entfernungsregelung wurden im Workshop mit höchster Relevanz zur Weiterentwicklung bewertet. Die aktuellen Voraussetzungen zur ASV-Teilnahme sind u. a. stark von regionalen Gegebenheiten und Ressourcen abhängig. So gibt es in den Bundesländern Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern aktuell kein ASV-Team für urologische Tumore. Die regionalen Unterschiede vorhandener ASV-Teams sind deutlich: In Nord/Ost gibt es weniger Teams als in Süd/West (25 vs. 75%).

Die Vorgabe von maximal 30 Minuten Entfernung der Teammitglieder vom Ort der Teamleitung wird als eines der größten Hindernisse zur Erfüllung der Vorgaben für die ASV-Teilnahme gesehen. Dadurch wird die Teamgründung durch regionale Gegebenheiten erschwert/verhindert. Hier könnte eine Streichung bzw. Flexibilisierung der 30 Minuten-Entfernungsregelung schnell abhelfen. Für bestimmte patientenfernere Fachgruppen könnte auch eine digitale Anbindung ermöglicht und der Radius regional ausgeweitet werden.

- Empfehlung 1.1.4: Die Vorgaben der hinzuzuziehenden Fachrichtungen sollen flexibler gestaltet werden und an die Versorgungsrealität angepasst werden.

Begründung aus Projektergebnissen

Die Flexibilisierung der hinzuzuziehenden Fachrichtungen erreichte im Workshop bei den Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV höchste Relevanz. Rigide Vorgaben wie die vorgeschriebenen Fachrichtungen bei der Teamzusammensetzung werden als Schwäche der ASV gesehen, da z. B. manche Disziplinen nicht zu Behandlung oder Diagnostik des konkretisierten Patientenkollektivs notwendig sind und andere wiederum fehlen. Die Fachrichtungen der hinzuzuziehenden Ärzte entsprechen oft nicht der Versorgungsrealität. Sie sind aufwändig, um eine Teamgründung zu erreichen bzw. erschweren die Teilnahme. Auch führen solch rigide Vorgaben zu „Passivteilnahmen“, wo Kooperationen nur auf dem Papier bestehen, aber in der Versorgungsrealität keine Rolle spielen.

Einzelne Fachgruppen, die aktuell bei den hinzuzuziehenden Ärzten nicht aufgeführt sind, wären für die Betreuung der Patienten jedoch wichtig. Für die ASV Urologische Tumoren sind das z. B. Fachgebiete wie die Orthopädie, Neurochirurgie, Geriatrie, Palliativmedizin, Dermatologie. Bestimmte Spezialisierungen wie z. B. Palliativmedizin sollten nicht an einen bestimmten Facharzt gebunden sein. Diese Punkte wurden auch von Dengler et al. genannt (siehe auch Empfehlung 9, Ergebnisbericht GOAL-ASV [1]).

- Empfehlung 1.1.5: Die Meldung von ASV-Teams bei der ASV-Servicestelle soll im Anschluss an das Anzeigeverfahren automatisiert erfolgen.

Begründung aus Projektergebnissen

Die automatische Meldung neuer ASV-Teams bei der ASV-Servicestelle im Anschluss an das Anzeigeverfahren erreichte im Workshop zu den Weiterentwicklungsempfehlungen der ASV höchste Relevanz. Teilnehmer an der ASV benötigen neben der Genehmigung durch den eLA eine ASV-Teamnummer, welche zur Kennzeichnung der ASV-Leistungen in der Abrechnung dient. Die ASV-Teamnummer wird bundesweit einheitlich durch die „ASV-Servicestelle“ vergeben. Die dortige Meldung muss über die Teamleitung erfolgen.

Die Listung der ASV-Teams auf der Homepage der ASV-Servicestelle ist unübersichtlich und unvollständig. Das Nachmelden der Teammitglieder ist zu aufwändig. Die Auflistung von ASV-Teams sollte übersichtlich und

transparent gestaltet werden, nicht fehlerhaft sein und für statistische Zwecke herangezogen werden können (Zeitpunkte der Meldung, Anzahl Teammitglieder). Eine doppelte Bürokratie ließe sich durch die zusätzliche Eingabe der Informationen bei der ASV-Servicestelle vermeiden. Ein automatischer Datenfluss könnte von den eLAs an die ASV-Servicestelle nach Zulassung der Teams erfolgen und die direkte Zusendung der ASV-Teamnummer nach erfolgreicher Anzeige vorgenommen werden (siehe auch Empfehlung 1 „Institutionelle Benennung“ und Empfehlung 5, Ergebnisbericht GOAL-ASV [1]).

- Empfehlung 1.1.6: Der organisatorische Aufwand zur Teamgründung und -verwaltung könnte für die Teamleitung erleichtert werden.

Begründung aus Projektergebnissen

Der Aufwand zur Teamgründung ist zu groß. Einige ASV-Teams mit Sitz der Leitung an einer Klinik konnten den Aufgabenbereich einer „ASV-Koordination“ einführen. Hier können verschiedene Aspekte der Organisation bis hin zur Patientenversorgung und Abrechnung übernommen werden, so dass sich wahre ASV-Experten entwickelt haben. Weiterhin erreichten Vorschläge für die Unterstützung der ASV-Teams wie z. B. Vergütungspauschalen rund um die Teamorganisation (bspw. zur Gründung, zur Koordination, für die IT-Infrastruktur), Leitfäden zur Organisation von ASV-Teams und/oder die Vorgabe eines einheitlichen Musterkooperationsvertrags zur Nutzung für alle im Workshop zur Weiterentwicklung der ASV hohe bis höchste Relevanz.

Managementleistungen werden bisher im EBM nicht abgebildet, obwohl die ASV-Teamleitung mit erheblichen zusätzlichen Aufwänden verbunden ist. Gerade diese zentrale Aufgabe im Rahmen der ASV sollte perspektivisch mit einer Vergütung verbunden werden (siehe auch Empfehlungen 3.1 zur Abrechnung).

- ➔ Empfehlung 1.2: Bereits vorhandene Qualifikationsnachweise zur spezialisierten Versorgung uroonkologischer Patienten sollten bei der Zulassung zur ASV berücksichtigt und ohne doppelte Nachweispflicht akzeptiert werden (z. B. zertifizierte Zentren, Onkologievereinbarung).

Begründung aus Projektergebnissen

Die Vereinfachung des Qualifikationsnachweises für Ärzte erreichte im Workshop höchste Relevanz. Gerade für die ASV „Urologische Tumore“ bestehen sowohl durch die Teilnahme an der Onkologievereinbarung oder die Möglichkeit zur Zertifizierung zu einem Organzentrum für Vertragsärzte und für Klinikärzte bereits Strukturen zur Versorgung uroonkologischer Patienten. Diese sind interdisziplinär und intersektoral angelegt und unterliegen genauen Vorgaben, die regelmäßig geprüft werden. Auch wenn die Übernahme solcher Kriterien für die ASV beabsichtigt war, wird sie so insbesondere von Ärzten aus dem vertragsärztlichen Bereich als konkurrierend zu den bestehenden Versorgungsstrukturen betrachtet (i. e. Onkologievereinbarung). Vorteile der Patientenversorgung im Hinblick auf bspw. eine qualitativ hochwertigere, interdisziplinäre, intersektorale Versorgung in der ASV Urologische Tumoren wird gegenüber den bestehenden Strukturen oft nicht gesehen. In der Ärztebefragung wurde die allgemeine Versorgungsqualität der uroonkologischen Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes/metastasiertes Prostatakarzinom von Nicht-ASV-Ärzten überwiegend als gut/sehr gut bewertet. ASV-Teams greifen bei der Bildung ohnehin häufig auf bestehende Strukturen zurück. 80% der befragten ASV-Ärzte arbeiteten innerhalb und außerhalb der ASV größtenteils mit denselben ärztlichen Kollegen zusammen. Es gibt derzeit keine Hinweise, dass eine Struktur besser sei als die andere. Anhand der Projektergebnisse konnte lediglich eine bessere Strukturqualität (u. a. Aufklärung, Beteiligung, Termine) für Patienten in der ASV gezeigt werden. Vergleichende Untersuchungen zu klinischen Ergebnissen gibt es nicht.

Somit wird gefordert, bereits nachgewiesene Qualifikationen ohne Originalnachweis zu akzeptieren und bestehende Netzwerke zur Versorgung uroonkologischer Patienten zur ASV direkt zu akzeptieren. Bestehende Strukturen wie die ambulante Versorgung nach der Onkologievereinbarung sollen nicht durch die ASV ersetzt

werden; evtl. ist hier ein Stufenmodell zu überlegen, indem einfache Fälle in der Onkologievereinbarung versorgt werden und komplexe in der ASV (siehe auch Empfehlungen 1,2 und 3 Ergebnisbericht GOAL-ASV [1]).

Diese Empfehlung ist für ASV-Entitäten ohne bereits bestehende Netzwerke nicht übertragbar. Hier bietet die ASV die primäre Netzwerkstruktur, wo zuvor keine oder wenig intersektorale bzw. interdisziplinäre Strukturen vorhanden waren.

- Empfehlung 1.2.1: Die Zulassungsvoraussetzungen für Ärzte sollen sich auf relevante Leistungen des jeweiligen Fachgebietes beschränken.

Begründung aus Projektergebnissen

Die Beschränkung der Zulassungsvoraussetzungen für Ärzte auf relevante Leistungen des jeweiligen Fachgebietes erreichte bei der Bewertung im Workshop zu den Weiterentwicklungsempfehlungen der ASV höchste Relevanz. Diese Option betrifft den Bereich der Befähigungsnachweise zur ASV. Als weiteres Hindernis zur Erfüllung der Vorgaben für die ASV-Teilnahme wurde über die Forderung unrealistischer Qualifikationen / Infrastruktur im Rahmen des Zulassungsverfahrens berichtet, die zur Behandlung der uroonkologischen Patienten aus Sicht der Ärzte nicht zwingend notwendig sind bzw. außerhalb der Kernkompetenzen des urologischen Fachgebietes liegen (z. B. Vorhalten eines Kardiologen mit spezieller Qualifikation oder Vorhandensein eines Dopplerultraschall des Uterus). Andererseits ist die Zuordnung der qualifikationsgebundenen Leistungen zu den einzelnen Fachgruppen z. T. nicht nachvollziehbar bzw. werden Qualifikationen teilweise nicht für die ASV akzeptiert (z. B. Zusatzqualifikationen in Palliativmedizin, Schmerztherapie). Hier wäre eine flexiblere Ausgestaltung bzw. eine Anpassung an die Versorgungsrealität zu wünschen. Die fachliche Expertise von Teilnehmern mit bereits anderweitig nachgewiesener Qualifikation sollte akzeptiert werden.

- ➔ Empfehlung 1.3: Die Vereinfachung der Abrechnung könnte handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der ASV sein.

- Empfehlung 1.3.1: Der Abrechnungsweg sollte für alle ASV-Teilnehmer vereinheitlicht werden.

Begründung aus Projektergebnissen

Von übergeordneter Bedeutung für alle Aspekte der Weiterentwicklung der ASV ist die intersektorale Vergütung. In § 116b (6) SGB V wird avisiert, dass eine eigene Gebührenordnung für die ASV entwickelt werden soll. Offensichtlich ist keines der sektoral etablierten Vergütungssysteme für die ASV geeignet. Der vom Gesetzgeber dazu vorgesehene dreiseitige Vergütungs-Normenvertrag zwischen dem GKV-SV, der DKG und der KBV ist allerdings noch nicht zustande gekommen. Vielmehr wurde die Einzelleistungsvergütung über eine „Variante“ des EBM als Standard in der ASV eingeführt. Trotz des erheblichen administrativen Aufwands zur Pflege eines separaten EBM in unterschiedlichen Versorgungssettings und Institutionen (ergänzter Bewertungsausschuss, GKV-SV, KBV, DKG) ist es bisher nicht gelungen, neue Vergütungsprinzipien durchzusetzen (z. B. wird der Koordinations- und Managementaufwand eines Teamleiters des ASV-Teams derzeit nicht separat vergütet). So stellt sich die Frage, ob eine mehr pauschalierte Vergütung die Versorgungsbedarfe der meist komplexen Patienten am Ende besser und effizienter abbilden könnte. Im Projekt wurden Abrechnungsexperten befragt, wie sie zu einer Ablösung des existierenden EBM-Systems durch ein neues Vergütungssystem, beispielsweise in Form von „Hybrid-DRGs“, stehen. Hier wurde darauf hingewiesen, dass neue Vergütungssysteme voraussichtlich eine lange Lernphase benötigen, weil u. a. Referenzwerte zur Bildung der Pauschalen fehlen. Bei einer Pauschalierung könnte das Problem entstehen, die Vergütung innerhalb des ASV-Teams aufteilen zu müssen. Mithin könnte hier zusätzlicher Aufwand für die ASV-Teams entstehen. Vor diesem Hintergrund erscheint der EBM als Einzelleistungsvergütungssystem grundsätzlich gut geeignet, um wirtschaftlich unabhängige Einrichtungen in einer sinnvollen Kooperation miteinander zu verbinden. Die Weiterentwicklung des EBM erscheint daher als

eine realistische Option, um die Vergütung der ASV weiterzuentwickeln, anstelle einer Neuentwicklung eines Vergütungssystems (siehe Empfehlung 1.3.2).

Die Komplexität von Abrechnungsregelungen ist nicht nur in der ASV, sondern seit jeher auch in der vertragsärztlichen Regelversorgung sowie in der stationären Leistungserbringung ein Dauerthema. Nicht ganz zu Unrecht werden in der juristischen Fachliteratur die entsprechenden Regelungen (insbesondere im EBM und in den DRG) als Dauerbaustellen bezeichnet. Von daher dürfte es den Rahmen dieser Beurteilung deutlich sprengen, detailliertere Überlegungen zur Vereinheitlichung von Abrechnungsgrundlagen zu erarbeiten. Trotzdem sollen Optionen zur Umsetzung einer vereinfachten Abrechnung genannt werden.

- Empfehlung 1.3.2: Das abrechenbare Leistungsspektrum sollte durch Rückgriff auf den EBM festgelegt und die Leistungen nicht auf Leistungen des Appendix 1 eingeschränkt werden. Es sollte der Versorgungsrealität entsprechen. Somit könnten relevante Leistungen (aktuell „Pseudoziffern“ des Appendix 2) schneller überführt werden.

Begründung aus Projektergebnissen

Die vereinfachte Abrechnung als Bestandteil des reduzierten Aufwandes für die Ärzte erreichte in dem genannten Workshop höchste Relevanz. Die Integration der ASV-Abrechnung in Standardprozesse und die direkte Übernahme des EBM ohne verhandlungsbedürftige Appendizes wurden als hoch bewertet. Eine Weiterentwicklung der Abrechnung ist von ärztlicher Seite gewünscht. 53% der befragten ASV-Ärzte sahen Weiterentwicklungsbedarf bei der Abrechnung. Ca. 30% der befragten ASV-Ärzte rechneten ASV-Leistungen teilweise oder vollständig über die Regelversorgung oder andere Abrechnungswege ab. Hierfür angegebene Gründe sind u. a. ein zu hoher Aufwand, Unwissenheit und / oder eine fehlende Beratung. Jeder in der ASV tätige Arzt soll seine ASV-Leistungen selbst abrechnen; dies gilt auch für die Klinikärzte, obwohl hier normalerweise die Institution abrechnet. Es gibt keine Sammelabrechnung pro Patienten, die einer für das ganze Team übernimmt. Einer Pauschalierung stehen Interviewpartner kritisch gegenüber. Die Abrechnung der Vertragsärzte wird mittels eines ASV-Moduls über die KV an die Krankenkassen weitergeleitet, Kliniken rechnen direkt mit den Krankenkassen ab.

49% der befragten ASV-Ärzte sahen außerdem Weiterentwicklungsbedarf beim abrechenbaren Leistungsspektrum. Durch die Verzögerungen bei der Übernahme von relevanten EBM-Leistungen in den Behandlungsumfang ist die Versorgung von Patienten teilweise eingeschränkt. Das System der Appendizes ist unverhältnismäßig, aufwendig, verzögernd und nicht versorgungsnah (siehe auch Empfehlungen 12, 13 und 14 Ergebnisbericht GOAL-ASV [1]).

Die Analyse der Falldaten zeigte signifikant höhere Inanspruchnahmen von Leistungen bei ASV-Patienten im Vergleich zur Regelversorgung. Die Leistungen waren häufig unspezifisch und entsprachen insbesondere Laborparametern und keinen „besonderen“ Leistungen. Ähnliches wurde auch in der Analyse des Parallelprojektes GOAL-ASV beobachtet. Die ASV wird aufgrund der extrabudgetären Abrechnung und fehlenden Mengenbegrenzung gelobt, wird aber auch von zunehmenden Prüfungen durch den Medizinischen Dienst belastet. Die Empfehlung für einen unaufwändigen Kontrollmechanismus zu Mengenbegrenzung von sog. „unspezifischen Leistungen“, sowie zur Vermeidung von Mehrfachinanspruchnahmen wurde im Rahmen des Workshops vehement abgelehnt. Klassische Prüfmechanismen des KV-Systems scheinen für die besondere ASV-Struktur nicht geeignet. Die große Frage ist, ob eine effiziente, faire Abrechnungsprüfung im Rahmen einer intersektoralen Versorgung möglich ist.

Aufgrund der oben beschriebenen unterschiedlichen Regelkreise zur Pflege des EBM bzw. des EBM der ASV, werden neue Leistungsziffern in den EBM der ASV verzögert übernommen. Weiterhin ist die separate Pflege der zwei EBM zu aufwändig. Jede Leistung des EBM wird erst in den Gremien des G-BA diskutiert, ob sie in die Appendizes der ASV übernommen werden soll. Empfohlen wird, stattdessen in den Gremien nur solche Ziffern zu diskutieren, die im Rahmen der ASV besonders behandelt werden (z. B. Pseudoziffern oder spezifische

Verordnungsregeln für bestehende Ziffern). Dabei wäre es möglich, EBM-Ziffern als nicht-verordnungsfähig im Rahmen der ASV zu kennzeichnen. Wichtig für die Beschleunigung der Prozesse wäre es, bei neuen EBM-Ziffern zunächst von einer Verordnungsfähigkeit auszugehen.

- Empfehlung 1.3.3: ASV-Module für Praxisverwaltungs-Systeme (PVS) sollten unentgeltlich verfügbar sein bzw. könnte eine Pauschale zur Deckung dieser Kosten eingeführt werden.

Begründung aus Projektergebnissen

Module zur Abrechnung von ASV-Leistungen sind teilweise kostenpflichtig für Vertragsärzte. Sie beauftragen die KV mit der ASV-Abrechnung. Die Kosten halten einen Teil von ihnen von der Teilnahme an der ASV ab, da diese dadurch finanziell unattraktiv wird (ungünstige Kosten-Einnahmen-Relation). Zudem sind die Kosten sehr unterschiedlich (von 0 bis 1000 Euro). Kliniken benötigen kein PVS-Modul, sie rechnen direkt mit der Krankenkasse ab. Die KVen leiten wiederum die Abrechnungsdaten für ASV-Leistungen an die Krankenkassen weiter, ohne damit etwas zu unternehmen (siehe auch Empfehlung 11, Ergebnisbericht GOAL-ASV [1]).

2 Empfehlungen zur Prozess- und Ergebnisdokumentation

- ➔ Empfehlung 2.1: Der Vorteil für ASV-Patienten bzw. die damit verbundene Qualität gegenüber einer Behandlung außerhalb der ASV sollte weiter wissenschaftlich untersucht und für alle transparent gemacht werden.

Begründung aus Projektergebnissen

Der wissenschaftliche Nachweis des Vorteils für Patienten in der ASV gegenüber jenen in der Regelversorgung wurde im Workshop zu den ASV-Weiterentwicklungsempfehlungen mit höchster Relevanz bewertet. Ein Vorteil der ASV gegenüber einer Behandlung außerhalb der ASV konnte bisher nicht nachgewiesen werden. Gerade für den Versorgungsbereich der Urologischen Tumoren bestehen bereits Netzwerke und Strukturen (zertifizierte Tumorzentren, Behandlung nach Onkologievereinbarung), in denen uroonkologische Patienten – nachweislich – sehr gut behandelt werden [2]. Vor diesem Hintergrund herrscht insbesondere auf vertragsärztlicher Seite teilweise Unverständnis, warum hier eine „Doppelstruktur“ geschaffen wurde. Die aktuellen Projektergebnisse weisen zwar auf eine optimierte Strukturqualität in der ASV hin, Ergebnisse zu klinischen Outcomes fehlen jedoch weiterhin. Dabei war der Nutzen für Patienten bei über der Hälfte der befragten ASV-Teamleiter Hauptgrund der ASV-Teilnahme, ebenso war die Steigerung der Versorgungsqualität für 74% der befragten ASV-Ärzte ein wichtiges Motiv. 54% der befragten ASV-Ärzte gaben an, dass sich die medizinische Versorgung von Patienten in der ASV wenig von der Behandlung außerhalb der ASV unterschied. Insgesamt bewerteten sowohl die befragten ASV-Ärzte als auch die Nicht-ASV-Ärzte ihre Möglichkeiten, den Patienten mit der Diagnose fortgeschrittenes/metastasiertes Prostatakarzinom eine qualitativ hochwertige Versorgung zukommen zu lassen, überwiegend als sehr gut oder gut. Desgleichen wurden im Rahmen der Patientenbefragung keine Unterschiede bei Lebensqualität und Zufriedenheit gesehen, hingegen jedoch im Hinblick auf Aufklärung, Adhärenz, Informiertheit und Koordination von Versorgung (vergleiche hierzu auch Empfehlung 17, Ergebnisbericht GOAL-ASV [1]).

Zum aktuellen Zeitpunkt liegen im Hinblick auf die ASV insbesondere deskriptive Ergebnisse (Anzahl der Teams, etc.) sowie qualitative Ergebnisse aus den aktuellen Befragungen vor [1, 3]. Zur Bewertung der ASV sowie der vergleichenden Bewertung unterschiedlicher Versorgungsstrukturen ist deshalb mehr Forschung und Evaluation und auch die Definition relevanter Qualitätskriterien notwendig.

- Empfehlung 2.1.1: Eine gemeinsame, digitale Patientenakte erleichtert die Versorgung in einem Team. Zudem bietet sie die Voraussetzung für eine Auswertung sowie eine Qualitätssicherung.

Begründung aus den Projektergebnissen

Eine gemeinsame, digitale Patientenakte von (ASV-)Patienten, welche neben der Erleichterung und einem Überblick der gemeinsamen Patientenversorgung, auch eine Auswertung ermöglichen könnte, wurde im Workshop mit höchster Relevanz bewertet. Um den Behandlungsnutzen für Patienten darstellen zu können, ist eine Dokumentation bzw. der Zugriff auf Behandlungsergebnisse wichtig. Die elektronische Patientenakte wird aktuell noch zu wenig genutzt, und kann hier noch nicht abhelfen. Zur Umsetzung der Dokumentation von Behandlungsdaten im Rahmen der ASV sollten die Vorgaben ähnlicher Strukturen mit bereits bestehender Dokumentationspflicht (z. B. Zertifizierungen, ...) berücksichtigt werden und hier Schnittstellen geschaffen werden, um eine Doppel- oder Paralleldokumentation zu vermeiden bzw. die Nutzung bestehender Strukturen zu ermöglichen. „Insellösungen“ sollten vermieden werden.

Die Schaffung einer zentral vorgegebenen IT-Plattform bzw. Infrastruktur könnte hierbei evtl. unterstützen. Somit könnte das ASV-Team bzw. -Kernteam auf die gemeinsame Dokumentation der Patientendaten zugreifen und es kann ein geschützter, standardisierter Austausch von Behandlungsdaten erfolgen. Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation wären essenziell. Eine einheitliche Software ist nicht zwingend erforderlich, solange Schnittstellen etabliert werden können. Eine solche Dokumentation könnte als Grundlage für ein mögliches Qualitätssicherungs-System dienen (siehe auch Empfehlungen 2.1.2 und 2.1.3; sowie Empfehlung 17, Ergebnisbericht GOAL-ASV [1]).

- Empfehlung 2.1.2: Es sollen Qualitätsindikatoren entwickelt bzw. identifiziert werden, die einen potenziellen Nutzen der Patienten im Rahmen der ASV betrachten und zu Evaluationszwecken genutzt werden.

Begründung aus Projektergebnissen

Die Entwicklung von geeigneten Qualitätsindikatoren zur Nutzenbewertung der ASV wurde im Workshop mit höchster Relevanz bewertet. Eine Evaluation der ASV-Qualität ist wichtig. Zwar sind die Anforderungen zur Teilnahme hinsichtlich z. B. sachlicher und personeller Anforderungen sehr hoch, die Qualität im Verlauf wird jedoch nicht geprüft. Beim Einsatz einer neuen Versorgungsstruktur sollten Qualitätsindikatoren standardisiert eingesetzt werden. Vorbilder sind hier Selektivverträge nach § 140a, Zertifizierungsvoraussetzungen für Zentren oder die Teilnahmebedingungen an der Onkologievereinbarung. Der Nachweis von Qualifikationen zur Teilnahme reicht nicht aus. Daten zu Patientenoutcomes bzw. klinische Ergebnisse der ASV fehlen bisher bzw. es besteht kein Zugriff darauf. Die bisherigen Projektergebnisse weisen zwar auf eine bessere Strukturqualität in der ASV hin, hier muss jedoch entschieden werden, ob dies einen geeigneten Kriterium darstellt. Hierzu sollten ASV-übergreifende und evtl. indikationsspezifische Qualitätsindikatoren entwickelt bzw. identifiziert werden, die einen potenziellen Nutzen für die Patienten im Rahmen der ASV betrachten, zu Evaluationszwecken herangezogen werden können und eine vergleichende Beurteilung der Versorgungsqualität in den verschiedenen Versorgungsstrukturen ermöglichen. Langfristige Outcomekriterien wie z. B. das krebspezifische Überleben sind für eine kurzfristige Beurteilung nicht geeignet. Da die Lebensqualität vielen Einflüssen unterliegt, ist auch sie gerade bei multimorbiden Patienten, wie sie in der ASV betreut werden, kein unumstrittener Outcomeparameter. Patientenaufklärung, -information, -beteiligung und Therapieadhärenz waren bei Patienten in der ASV im Vergleich zu Nicht-ASV Patienten höher. Sicherlich kann eine bessere Adhärenz das Therapieergebnis verbessern; eine höhere Beteiligung kann im Sinne des „patient empowerment“ gewertet werden. Auch ist der Erhalt von Informationen für Patienten ein Kriterium für Qualität in der Versorgung. Die Behandlung an zertifizierten Zentren war für Patienten ebenfalls ein Qualitätskriterium; sicherlich könnte die Behandlung in einem ASV-Team auch ein Qualitätskriterium an sich darstellen, die Patienten wissen jedoch häufig nicht, in welcher Struktur sie versorgt werden. Für Patienten bedeutet Qualität in der Versorgung u. a. die Erreichbarkeit des Behandlers, Nachsorge, eine intersektorale Vernetzung und eine lückenlose Kommunikation. Hieraus könnten zumindest aus Patientensicht geeignete Kriterien abgeleitet werden. Die Zeit bis zum Abschluss der Diagnostik, die Verfügbarkeit innovativer Diagnostik oder die Wartezeit für einen Termin wären Kriterien zur Beurteilung

der Strukturqualität. Die Erhebung klinischer Daten zur Patientenbefragung zeigte eine tendenziell höhere Leitlinienadhärenz bei ASV-Patienten und einen höheren Einsatz neuerer Therapien. Der im Rahmen des Projektes entwickelte Fragebogen zur Bewertung der „Koordination von Versorgung“ könnte sich – eine externe Validierung und die Einbeziehung weiterer Gruppen zur Messung der Versorgungskoordination vorausgesetzt – als Instrument zum standardisierten Einsatz im Rahmen der ASV eignen, obwohl der Einsatz bereits validierter Instrumente abhängig von der zu untersuchenden Fragestellung ebenfalls in Betracht zu ziehen wäre (*siehe Teilbericht 4B Kleingruppendiskussionen*).

Ob die oben genannten Kriterien geeignete Parameter zur Qualitätskontrolle sind, ist zu prüfen. Solche Qualitätsindikatoren wären Voraussetzung für ein transparentes Qualitätsreporting im Rahmen der ASV (*siehe Empfehlung 2.1.3*). Notwendig wäre weiterhin eine Dokumentation und der Zugriff auf Behandlungsergebnisse (*siehe Empfehlung 2.1.1*).

- Empfehlung 2.1.3: Es sollte ein überregionales Verfahren zur Qualitätssicherung geschaffen werden. Da das zu etablierende Qualitätssicherungsverfahren auch die Strukturqualität umfasst, könnten das bisherige Anzeigeverfahren und die Erhebungen auf Länderebene langfristig komplett in diesem Verfahren aufgehen.

Begründung aus den Projektergebnissen

Die Schaffung eines überregionalen Verfahrens zur Qualitätssicherung wurde im Workshop zu den Weiterentwicklungsempfehlungen der ASV mit hoher Relevanz bewertet. Im Gegensatz zu den großen Hürden zur Teilnahme an der ASV, existiert derzeit kein Verfahren zur Qualitätssicherung, geschweige denn eine Qualitätskontrolle im Verlauf (z. B. ist eine Angabe der Fallzahlen nur im Anzeigeformular notwendig, nicht aber während der Teilnahme an der ASV). Das Anzeigeverfahren der jeweiligen eLAs kann zwar als eine Art von „Qualitätssicherung“ verstanden werden (u. a. Fallzahlen, personelle sowie infrastrukturelle Strukturen, Zusammensetzung des interdisziplinären Teams), die „Prüftiefe“ wird jedoch bundesweit sehr unterschiedlich gehandhabt. Ein strukturiertes Qualitätssicherungsverfahren, welches auf geeigneten einheitlichen Qualitätsindikatoren beruht, kann dabei unterstützend wirken, indem es den Nutzen bzw. die Vorteile einer bestimmten Versorgung (i. e. ASV) sowohl für Patienten als auch Versorger transparent vergleichend darstellen kann. Qualitätssicherung und Evaluation im Rahmen der ASV müssten daher ausgebaut werden. „Insellösungen“ oder doppelte Strukturen sind dabei zu vermeiden.

3 Empfehlungen zur Verbesserung von Information, Beratung und Kommunikation

- ➔ Empfehlung 3.1: Das Informations- und Beratungsangebot für Ärzte sollte optimiert werden.

Begründung aus Projektergebnissen

Die Verbesserung von Information, Beratung und Kommunikation für Ärzte wurde im genannten Workshop mit hoher Relevanz bewertet. Der Wunsch nach begleitender Information, Beratung (z. B. bei Teamgründung oder Abrechnung) und Service aus dem ärztlichen Bereich ist sehr groß. Immer wieder wurden im Projektverlauf Unwissenheit und Unkenntnis über die ASV offensichtlich. Das vorhandene Angebot (z. B. ASV-Servicestelle, Informationsseiten der KVen bzw. eLAs) scheint somit nicht auszureichend bekannt zu sein. Vorhandene Informationen sind teilweise uneinheitlich. Ärzte wünschen sich dabei eine ASV-Kommunikationsstruktur, welche niedrigschwellig Hilfestellung und Unterstützung bei ASV-Fragen von anderen Ärzten bzw. den Erfahrungsaustausch ermöglicht. Ob dafür eine eigene digitale Kommunikationsplattform zum möglichen Austausch von ASV-Teams zentral und bundesweit geeignet ist, muss nochmals eruiert werden. Evtl. ist ein Messenger-Dienst hier völlig ausreichend (z. B. ASV Silo Gruppe; vergleiche hierzu auch Empfehlung 19, Ergebnisbericht GOAL-ASV [1]).

→ Empfehlung 3.2: Ärzte in Ausbildung ohne Facharzt-Status sollen die onkologische Weiterbildung im Rahmen der ASV absolvieren dürfen.

Begründung aus den Projektergebnissen

Die onkologische Weiterbildung im Rahmen der ASV wurde im Workshop zu den Weiterentwicklungsempfehlungen der ASV mit hoher Relevanz bewertet. Die ASV ermöglicht (wieder) eine uroonkologische Versorgung von Patienten und in diesem Rahmen eine entsprechende Weiterbildung. Wenn aber ASV-Patienten nur von Fachärzten betreut werden dürfen, könnte es zu Problemen bei der Anrechnung von Weiterbildungszeit oder Abrechnung von ASV-Leistungen kommen. Die ASV wird durch die Netzwerkstruktur für die uroonkologische Weiterbildung genutzt. Netzwerkstrukturen der Klinik mit lokalen Bündnissen sind ausschlaggebend für eine erfolgreiche urologische Weiterbildung (WECU-Programm). Die Verzahnung zum ambulanten Bereich wird hierdurch gefördert, ebenso wie eine Weiterbildung im Verbund ambulant-stationär.

→ Empfehlung 3.3: Die Patienteninformation zur ASV bzw. über bestehende Versorgungsstrukturen soll verbessert werden.

Begründung aus Projektergebnissen

Verbesserte Informationen über die ASV und über Versorgungsstrukturen für Patienten wurden im Workshop mit höchster Relevanz bewertet. Im Projektverlauf wurde immer wieder offensichtlich, dass Patienten über die ASV nicht informiert sind. Sogar Vertreter urologischer Selbsthilfegruppen scheinen über die Versorgungsstruktur ASV kaum informiert. Patienten scheinen laut Befragung ohnehin oft nicht zu wissen, in welcher Versorgungsstruktur sie versorgt werden (z. B. ASV, zertifiziertes Zentrum). Dabei kennzeichnet für Patienten der Erhalt von aktueller Information Qualität in der Versorgung. Zudem scheint es hierzu ein Kommunikationsdefizit bzw. zu wenig Austausch zwischen G-BA Patientenvertretern und den Mitgliedern der Selbsthilfegruppen zu geben.

Umsetzungsmöglichkeiten der Empfehlungen aus juristischer Perspektive

Empfehlung 1.1: „Vereinheitlichung der Prozesse und Strukturen“

Hier sollten insbesondere die eLA-Beteiligten zur Prüfung der Bedenken hinsichtlich eines schlankeren Verfahrens aufgerufen und ein einheitliches Verfahren etabliert werden. Einheitliche, digital zur Verfügung gestellte Dokumente wie z. B. für das Anzeigeverfahren wären hierzu ein guter Anfang. Nach der derzeitigen Rechtslage gibt es für den für das Zulassungsverfahren jeweils örtlich zuständigen eLA der Ärzte und Krankenkassen (§ 90 Abs. 1 SGB V) nur einen sehr groben und allgemeingehaltene gesetzlichen Rahmen (Vorgaben in § 116b Abs. 2 und Abs. 3 SGB V und durch die im SGB X verankerten allgemeinen Vorschriften für das sozialrechtliche Verwaltungsverfahren). Solange eLAs das Zulassungsverfahren „einfach, zweckmäßig und zügig“ durchführen (vergleiche § 9 SGB X), können sie die dazu geeigneten Verfahrensschritte jeweils selbst bestimmen (in der Regel in seiner Geschäftsordnung nach § 116b). Hier wäre niederschwellig eine freiwillige Einigung der eLAs untereinander auf eine Vereinheitlichung des Zulassungsverfahrens ideal. Ansonsten müsste entweder der Gesetzgeber eine entsprechende Gesetzesänderung bzw. -ergänzung vornehmen, welche sinnvollerweise in § 116b Abs. 3 SGB V oder in § 90 SGB V angesiedelt wird oder der G-BA müsste die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung in der ASV-RL (vgl. § 116b Abs. 4 Satz 4 SGB V) dazu präzisieren und dadurch den Interpretationsspielraum auf der Ebene der einzelnen eLAs verkleinern (siehe auch Empfehlung 1, Ergebnisbericht GOAL-ASV [1]).

Empfehlung 1.1.1: „Digitalisierung unterstützt Vereinheitlichung der Prozesse und Strukturen“

Die Umsetzung dieser Handlungsempfehlung könnte durch die Richtlinie des G-BA erfolgen, denn § 116 b Abs. 4 Satz 4 SGB V ermächtigt auch zur Aufstellung von sächlichen Anforderungen an die Leistungserbringung in der ASV, wozu auch die Verwendung von digitalen Technologien gehören sollte.

Eine Rechtspflicht zur Einrichtung einer digitalen Kommunikationsstruktur (Messenger oder Plattform) besteht derzeit nicht. Bei einer verpflichtenden Einführung wäre eine Änderung des § 116b SGB V notwendig, die auch Zuständigkeitsbestimmungen im Hinblick auf die Einrichtung einer derartigen Struktur enthalten müsste. Zuständig für die Einrichtung der Struktur könnten entweder die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) gemeinsam sein oder ein von diesen beauftragter Dritter. Für die technische Realisierung scheint hier die Nutzung der Telematikinfrastruktur (TI) naheliegend (z. B. „TI-Messenger“). Die Nutzung der TI bedarf einer Zulassung durch die Gesellschaft für Telematik (§ 325 SGB V).

Eine Empfehlung zum Potential von Digitalisierung und Pilotierungen im geeigneten Rahmen ASV kann auch aus GOAL-ASV abgeleitet werden (siehe Empfehlung 20, Ergebnisbericht GOAL-ASV [1]).

Empfehlung 1.1.2: „Bundesweite Vereinheitlichung der Prozesse und Strukturen“

Die Umsetzungsmöglichkeit dieser Handlungsempfehlung besteht in einer Anpassung der ASV-RL des G-BA. Zum einen hat der G-BA für die Versorgung bei onkologischen Erkrankungen Regelungen zu Vereinbarungen zu treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern in diesem Versorgungsbereich „fördern“ (§ 116b Abs. 4 Satz 9 SGB V). Eine solche „Förderung“ könnte auch durch Vorgaben erfolgen, die eine Vereinheitlichung von Prozessen und Strukturen vorsehen. Zum anderen regelt der G-BA in der ASV-RL die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung (§ 116b Abs. 4 Satz 4 SGB V), wozu ebenfalls Vorgaben zur Vereinheitlichung von Prozessen und Strukturen gehören könnten.

Empfehlung 1.1.3: „Sicherung der ASV-Versorgung von Patienten in Flächenländern“

Diese Empfehlung wäre entweder über eine Änderung/Ergänzung von § 116 b SGB V oder – niederschwelliger und damit wohl rascher realisierbar – der ASV-RL des G-BA erreichbar (siehe auch Empfehlung 1, Ergebnisbericht GOAL-ASV [1]).

Im Übrigen würden sich Maßnahmen zur Sicherstellung der ASV in Flächenländern in der ASV-RL des G-BA aufnehmen lassen. Sofern ein Patient in seinem Umfeld kein ASV-Team findet, steht es ihm frei, ein weiter entfernt liegendes ASV-Team in Anspruch nehmen. Dies ist bereits in den aktuellen Berichten des GKV-SV zu beobachten[3] (siehe auch Empfehlung 18, Ergebnisbericht GOAL-ASV [1]).

Empfehlung 1.1.4: „flexible Gestaltung der hinzuzuziehenden Fachrichtungen“

Diese Option wäre entweder über eine Änderung/Ergänzung von § 116 b SGB V oder – niederschwelliger und damit wohl rascher realisierbar – der ASV-RL des G-BA erreichbar. Auch sollten hier bestehende Netzwerke und Kooperationen von den eLAs akzeptiert werden, auch wenn Sie ggfls. nicht den aktuellen Voraussetzungen (z. B. 30 Minuten-Entfernungsregel) entsprechen.

Empfehlung 1.1.5: „automatische Meldung von ASV-Teams bei der Servicestelle“

Eine automatische Meldung bei der ASV-Servicestelle könnte nur durch diejenige Behörde erfolgen, die die Teilnahmeberechtigung prüft und gegebenenfalls darüber entscheidet, also durch den jeweiligen eLA. Die Implementierung einer solch automatisierten Meldepflicht dürfte allerdings nicht ohne Änderung des SGB V möglich sein. Derzeit sieht § 116b Abs. 2 Satz 7 vor, dass die Meldepflicht den Leistungserbringern obliegt. Diese Norm müsste dann im Sinne einer Meldepflicht des erweiterten Landesausschusses geändert werden.

Empfehlung 1.1.6: „Unterstützung beim organisatorischen Aufwand“

Einheitliche, digital zur Verfügung gestellte Dokumente wie z. B. Leitfäden zur Organisation von ASV-Teams und/oder die Vorgabe eines einheitlichen Musterkooperationsvertrages könnten von den eLA selbst eingeführt werden. Ansonsten müsste entweder der Gesetzgeber eine entsprechende Gesetzesänderung bzw. -ergänzung vornehmen, welche sinnvollerweise in § 116b Abs. 3 SGB V oder in § 90 SGB V angesiedelt wird oder der G-BA müsste die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung in der ASV-RL (vgl. § 116b Abs. 4 Satz 4 SGB V) dazu präzisieren.

Die Inhalte der abrechnungsfähigen ASV-Leistungen und die Modalitäten für die Abrechnung sind im EBM definiert (§ 87 SGB V). Nach Entscheidungen des G-BA konkretisiert hier der erweiterte Bewertungsausschuss.

Empfehlung 1.2: „Akzeptanz vorhandener Qualifikationsnachweise bei ASV-Zulassung“

Eine Erleichterung beim ärztlichen Qualifikationsnachweis wäre entweder über eine Änderung/Ergänzung von § 116 b SGB V oder der ASV-RL des G-BA erreichbar. Dabei wäre letzte Option wohl niederschwelliger und damit rascher realisierbar (siehe auch Empfehlung 1 Ergebnisbericht GOAL-ASV [1]). Eine Rechtspflicht zur Berücksichtigung vorhandener Strukturen besteht derzeit nur durch die Vorgabe in der Verfahrensordnung des G-BA, und zwar im Hinblick auf Erkenntnisse aus anderen ASV-Krankheitsbildern (§ 2 Abs. 3 Satz 5 Verfahrensordnung). Die Berücksichtigung bestehender Netzwerke bzw. mögliche Stufenmodelle könnten sich über eine Änderung der Verfahrensordnung des G-BA oder der ASV-RL (und gegebenenfalls der Rechtsgrundlagen für die anderweitige Struktur, zum Beispiel der Onkologievereinbarung) erreichen lassen. Es könnte aber auch sein, dass dafür Änderungen der für die jeweiligen Strukturen geltenden Vorschriften des SGB V erforderlich werden. Auch wenn die Zentrums Voraussetzungen bereits als Grundlage der ASV-Qualitätskriterien herangezogen wurden, scheint hier die Rechtsproblematik eines „dynamischen Verweises“ zu bestehen, welche die automatische Übernahme bzw. auch Akzeptanz der Nachweise aktuell nicht ermöglicht. Hier sollte an einer Lösung gearbeitet werden. Bspw. könnte eine Re-Zertifizierung Hand in Hand mit einer Erneuerung der ASV-Zulassung gehen, diese wäre gleichzeitig eine Qualitätssicherung der ASV-Struktur im Verlauf.

Auch hierbei sollten die eLA-Beteiligten wie auch die DKG und KBV und Bundesärztekammer zur Prüfung solcher Möglichkeiten miteinbezogen werden.

Trotz eines gewissen bestehenden Rechtsrahmens zur Einbeziehung von Fachexpertise, welche ebenfalls zur Berücksichtigung vorhandener Strukturen herangezogen werden könnte (z. B. § 91 Abs. 5 SGB V: Gelegenheit zur Stellungnahme der z. B. Bundesärztekammer bei Beschlüssen, deren Gegenstand die Berufsausübung der Ärzte berührt und/oder Verpflichtung des G-BA in seiner Verfahrensordnung bei der Ausgestaltung der einzelnen ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung den jeweils aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und Versorgung, zu berücksichtigen (3. Kapitel § 2 Abs. 2 Satz 2 Verfahrensordnung)), scheint dies oftmals nicht stattzufinden (siehe auch Empfehlung 7, Ergebnisbericht GOAL-ASV [1]).

Empfehlung 1.2.1: „Zulassungsvoraussetzungen auf relevante Leistungen beschränken“

Eine Anpassung wäre hier entweder über eine Änderung/Ergänzung von § 116 b SGB V oder der ASV-RL des G-BA zu erreichen. Auch hier sollte eine solche Empfehlung von Fachexperten beraten werden und könnte im Rahmen einer Vereinheitlichung der Prozesse und Strukturen zum ASV-Zulassungsverfahren überarbeitet werden.

Empfehlung 1.3: „Vereinfachung der Abrechnung (Vereinheitlichung der Prozesse, Übernahme des EBM, Leistungsspektrum soll Versorgungsrealität entsprechen)“

Die im Abschnitt „Begründung“ beklagten Missstände bei der Abrechnung von ASV-Leistungen sind vor folgendem rechtlichen Hintergrund zu betrachten und auch zu lösen.

Hier ist nach Kritik an

- a) der ASV-Gebührenordnungspositionen in ihrer konkreten Ausgestaltung,
- b) Vorschriften, die sich mit der Art und Weise der Abrechnung beschäftigen und/oder
- c) den Vorschriften, die sich mit der Abrechnungsprüfung befassen,

abzugrenzen.

- a) Zur Ausgestaltung der ASV-Gebührenordnungspositionen sind die normativen Vorgaben des SGB V zur Abrechnung von ASV-Leistungen rudimentär. Die Regelung von Einzelheiten ist der gemeinsamen Selbstverwaltung, derzeit in Person des G-BA, des ergänzten Bewertungsausschusses und zukünftig der KBV, der DKG und dem GKV-SV überantwortet. In einem ersten Schritt „bestimmt“ der G-BA den „Behandlungsumfang“ in der ASV (§ 116b Abs 4 Satz 2 am Ende SGB V). In einem zweiten Schritt „bestimmt“ der Bewertungsausschuss (der dazu um Vertreter der DKG erweitert wird, vergleiche § 87 Absatz 5a SGB V) die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM. Der ergänzte Bewertungsausschuss hat den EBM jeweils bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten einer (Änderung der) ASV-RL so anzupassen, dass die ASV-Leistungen angemessen bewertet sind und nur von den an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern abgerechnet werden können (§ 116 b Abs. 6 Sätze 8 und 9 SGB V). Nach den genannten Vorschriften haben also sowohl der G-BA als auch der ergänzte Bewertungsausschuss ein „Bestimmungsrecht“ hinsichtlich der ASV-Leistungen.

Das in Schritt 1 genannte Bestimmungsrecht hat der G-BA mit den krankheitsspezifischen sogenannten Appendizes der ASV-Richtlinie ausgeübt. Ein Appendix gliedert sich in zwei Abschnitte, wobei Abschnitt 1 den Leistungsumfang auf Basis des EBM definiert und Abschnitt 2 Leistungen umfasst, die nicht im EMB abgebildet sind, aber zum Leistungsumfang der ASV gehören. Damit hat der GBA sämtliche in der ASV erbringbaren Leistungen in einem krankheitsspezifischen Abrechnungswerk zusammengefasst.

Das in Schritt 2 genannte Bestimmungsrecht hat der ergänzte Bewertungsausschuss zum einen dadurch vorgenommen, dass er in seiner ersten Sitzung am 20. Juni 2014 beschloss, auf die abrechnungsfähigen Gebührenordnungsposition des EBM in Abschnitt 1 des Appendix zu verweisen und eine Vergütung nach den Preisen der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung anzuordnen. Für die abrechnungsfähigen ASV-Leistungen in Abschnitt 2 des Appendix hat er die Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beschlossen. Ob die von G-BA und ergänztem Bewertungsausschluss durchgeführte Aufteilung der jeweiligen Bestimmungsrechte den Vorgaben des § 116b SGB V entspricht, ist noch nicht gerichtlich entschieden. Akzeptiert man diese Aufteilung, wäre eine Weiterentwicklung der Vergütung, zum Beispiel in Richtung sogenannter „Krankheits-DRGs“, durch Einwirkung auf den G-BA möglich. Da der Gesetzgeber dem G-BA insoweit eine sehr große Gestaltungsfreiheit überlässt, wäre nahezu jede Änderung gesetzeskonform. Eine Grenze dürfte allenfalls die Sachwidrigkeit bilden. Für die Zukunft hat der Gesetzgeber bereits jetzt eine Modifikation des oben genannten Schritt 2 in § 116b Abs. 6 Sätze 2-6 SGB V installiert. Danach soll zwischen KBV, DKG und GKV-SV eine Vereinbarung geschlossen werden, die eine Kalkulationssystematik und darauf aufbauend diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro enthält. Die Kalkulation hat auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom EBM-Ä unter ergänzender Berücksichtigung der nicht-ärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen zu erfolgen. Die Vertragspartner können einen Dritten mit der Kalkulation beauftragen. Die Gebührenpositionen sind in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. Eine derartige Vereinbarung ist noch nicht zustande gekommen. Zwar sieht § 116b Abs. 6 Satz 7 SGB V für diesen Fall eine ersetzende Entscheidung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene gemäß § 89a SGB V vor. Diese Entscheidung gibt es ebenfalls noch nicht, da dafür ein Antrag von KBV, DKG oder GKV-SV erforderlich und ein solcher Antrag nicht gestellt ist.

- b) Was das eigentliche Procedere der Abrechnung anbelangt, findet sich in § 116b Abs. 6 Satz 1 SGB V eine Beschreibung des Abrechnungsweges. Danach können die Leistungserbringer entweder unmittelbar mit den Krankenkassen abrechnen oder dafür die KV gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung von Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung beauftragen.

Im Übrigen wird das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke zwischen GKV-SV, DKG und KBV vereinbart (§ 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V, s. die „Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV)“). (Auch) insoweit können die drei genannten

Vertragspartner die als weiterentwicklungsbedürftig identifizierten Aspekte des Abrechnungsvorganges in sehr großer Autonomie bestimmen bzw. ändern.

- c) Was die Frage der Abrechnungsprüfung anbelangt, bestimmt § 116b Abs. 6 Satz 10 SGB V, dass die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität durch die Krankenkassen erfolgt, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst beauftragen können. Die kassenseitige Prüfkompetenz besteht nicht, soweit der G-BA hierzu in der ASV-Richtlinie eine abweichende Regelung getroffen hat. Das ist jedoch (derzeit) nicht der Fall. Sofern also auf dem Prüfungsvorgang oder die dazu bestehende Kompetenzverteilung eingewirkt werden soll (zum Beispiel Abschaffung der Beauftragung des MD oder Übertragung der Prüfung auf die KV), müsste eine Änderung von § 116b Abs. 6 Satz 10 SGB V erwirkt werden.

Zusammenfassend müssen alle Handlungsempfehlungen, die unmittelbar die Ausgestaltung der EBM-Abrechnungspositionen betreffen (zum Beispiel die textliche Ausgestaltung der Leistungslegende oder die Zusammenfassung in Pauschalen oder Leistungskomplexen oder die Ausdifferenzierung in Einzelleistungen oder gar Abschaffung der Appendizes zugunsten anderer Modelle), an den G-BA adressiert werden. Der Gesetzgeber hat dem G-BA insoweit eine recht große Gestaltungsfreiheit eingeräumt, sodass es vermutlich kaum Handlungsempfehlungen geben dürfte, die wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht von vornherein nicht realisierbar sind. Alle Handlungsempfehlungen, die das Procedere der Abrechnung betreffen (zum Beispiel Vorgaben über die bei der Abrechnung anzugebenden Daten, Zeitpunkt der Abrechnung, getrennte oder gemeinsame Abrechnung der Teammitglieder o.ä.) sind hingegen an KBV, DKG und GKV-SV zu richten. Änderungen beim Procedere der Abrechnungsprüfung bedürfen entweder der Einwirkung auf die insoweit zuständigen Krankenkassen oder eine Einwirkung auf die gesetzliche Regelung (zum Beispiel beim Wunsch nach Änderung der Prüfkompetenzen).

Empfehlung 1.3.1: „unentgeltliche ASV-Module für PVS-Systeme“

Da PVS-Systeme nicht von Kassenärztlichen Vereinigungen oder Krankenkassen, sondern von gewerblichen Praxisverwaltungssystemherstellern bereitgestellt werden, müssten diese rechtlich verpflichtet werden, das ASV-Modul unentgeltlich ASV-Ärzten anzubieten. Die Einführung einer derartigen Unentgeltlichkeit ist zwar nicht vollkommen rechtlich unmöglich, es ist jedoch sehr unwahrscheinlich, dass es gelingen wird, eine Pflicht für gewerbliche Anbieter zur unentgeltlichen Abgabe von ASV-Modulen gesetzlich zu verankern. Der realistischere Weg dürfte deshalb die rechtliche Implementierung eines finanziellen Zuschusses respektive der vollständigen Kostenübernahme durch die Krankenkassen (im Fall der Direktabrechnung des Vertragsarztes mit der Krankenkasse; vgl. § 116b Abs. 6 Satz 1 Alt. 1. SGB V) oder die KV (im Fall der Beauftragung der KV als Abrechnungsdienstleister des Vertragsarztes, vgl. § 116b Abs. 6 Satz 1 Alt. 2. SGB V) sein. Analog zur Bezuschussung von Leistungserbringer-Ausgaben für die Einrichtung und Unterhaltung der TI dürfte der richtige Standort für eine Regelung entweder (derzeit) der EBM (§ 116b Abs. 6 Satz 8ff SGB V) bzw. (später) der von GKV-SV, DKG und KBV zur vereinbarende Vergütungsvertrag sein, der nach § 116b Abs. 6 Satz 3 SGB V (auch) die Berücksichtigung von „Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen“ ermöglicht.

Empfehlung 2.1: „Patientenvorteil in der ASV untersuchen und transparent darstellen“

Nach § 116b Abs. 4 Satz 4 SGB V hat der G-BA in der ASV-RL die „die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung“ zu regeln und dabei die vom IQTIG erarbeiteten Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Er hat spätestens jeweils zwei Jahre nach dem Inkrafttreten eines Richtlinienbeschlusses, der für eine onkologische Erkrankung getroffen wurde, die Auswirkungen dieses Beschlusses u. a. hinsichtlich der Qualität der ASV sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung dieses Beschlusses zu prüfen (§§ 116b Abs. 4 Satz 12 SGB V). Zudem obliegt dem G-BA – wie jedem Normgeber – eine Beobachtungspflicht dahingehend, ob die mit der ASV verfolgten gesetzgeberischen Ziele (Behandlung urologischer Tumore durch besseres Ineinandergreifen von stationärer und fachärztlicher Versorgung unter gleichen Qualifikationsvoraussetzungen und einheitlichen Bedingungen, vgl. Bundestags-Drucksachen 17/8005, S. 97 und 17/6906, S. 44) bei Fortgeltung bestehender Qualitätsvorgaben noch erreicht wird. Erfüllt die ASV-RL die gesetzgeberischen Ziele nicht (mehr), muss der G-BA nachbessern (§ 7 Abs. 4 Verfahrens-

ordnung des G-BA; BSG, Urt. v. 6. 5. 2009 – B 6 A 1/08 R, juris Rn. 62 zur Beobachtung- und Reaktionspflicht bei Entscheidungen über neue Behandlungsmethoden; der Sache nach ebenso BSG, Urt. v. 1. 3. 2011 – B 1 KR 7/10 R, juris Rn. 74), aber auch schon unterhalb der Zielverfehlung kann der G-BA die ASV-RL ändern, wenn er im Rahmen des im zukommenden normgeberischen Gestaltungsspielraums Qualitätsanforderungen abändern will.

Empfehlung 2.1.1: „gemeinsame, digitale Sammlung von Behandlungsdaten“

Die Sonderstellung einer solchen Empfehlung betrifft die Verarbeitung der im Rahmen der ASV gewonnenen/erzeugten Daten. Ungeachtet dessen wären die Übersendung von Patientendaten von einem Leistungserbringer an eine zentrale Stelle und eine dortige Auswertung der Patientendaten Akte der Datenverarbeitung, für die es einer Rechtsgrundlage bedarf. Die Rechtsgrundlage wäre abhängig vom Zweck der Auswertung zu wählen. Sollte die Datenverarbeitung zum Zwecke der Gesundheits- und Versorgungsforschung erfolgen, könnte § 27 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), der gem. § 287a SGB V Anwendung findet auf länderübergreifende Vorhaben der Versorgungs- und Gesundheitsforschung, an denen nicht-öffentliche Stellen aus mehr als zwei Bundesländern als datenschutzrechtlich Verantwortliche beteiligt sind, eine geeignete Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung sein. § 27 BDSG erlaubt die Verarbeitung von Gesundheitsdaten für wissenschaftliche Forschungszwecke auch ohne Einwilligung des Patienten allerdings nur, wenn die Verarbeitung „zu diesen Zwecken erforderlich ist und die Interessen des Verantwortlichen an der Verarbeitung die Interessen der betroffenen Person an einem Ausschluss der Verarbeitung erheblich überwiegen“. Aber auch darüber hinaus ist in Bezug auf Inhalt und Anwendungsbereich von § 27 BDSG vieles umstritten (z. B. wird vertreten, dass die Norm nur die Datenverarbeitung des Forschers legitimiert, nicht jedoch die Datenzulieferung durch die Ärzte/Krankenhäuser etc. [4]).

Eine gemeinsame Erhebung und Dokumentation zu Qualitätssicherungsaspekten müsste am ehesten eine Ergänzung in § 116b Abs. 9 SGB V oder § 116b Abs. 4 SGB V, Anforderungen an die Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 finden.

Zusammenfassend sollte näher untersucht und definiert werden, welche tatsächlichen und rechtlichen Voraussetzungen bestehen bzw. erfüllt sein müssen, um Behandlungsdaten der Patienten zentral und digital zur ASV dokumentieren zu können und dürfen, um sie für die Gesundheits- und Versorgungsforschung zur Weiterentwicklung der ASV zu nutzen. Hierzu sollte geprüft werden, ob vorhandene Dokumentationsstrukturen (wie z. B. der bundeseinheitliche onkologischer Basisdatensatz) dafür genutzt werden können, um erneut Doppeldokumentationen zu vermeiden. Patienten müssen zur Teilnahme an der ASV aufgeklärt werden und schriftlich einwilligen. Hieran müsste eine Erlaubnis zur Datenweitergabe im Rahmen des ASV-Teams und bspw. an ein Institut zur Qualitätssicherung geknüpft werden.

Empfehlung 2.1.2: „Entwicklung von Qualitätsindikatoren“

Hinsichtlich des rechtlichen Umsetzungsrahmens verweisen wir auf jenen der übergeordneten Empfehlung 3.1. zur Entwicklung/Festlegung übergeordneter (ASV-übergreifend) sowie indikationsspezifischer Indikatoren, welche die Qualität der ASV-Versorgung widerspiegeln, sollten Experten des jeweiligen Fachbereiches (i. e. Kernteams) zu Rate gezogen werden.

Sollte das IQTIG mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität beauftragt werden, so kann ein solcher Auftrag nur vom G-BA und den in § 137a Abs. 4 SGB V Genannten (insbes. KBV, DKG, GKV-SV, Bundesministerium für Gesundheit und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene) erteilt werden. Andere Auftraggeber sind im Gesetz nicht vorgesehen. Die in § 137a Abs. 4 SGB V genannten Auftraggeber sind bei der Formulierung des konkreten Auftrages weitgehend frei. Die Auftragsformulierung findet dort ihre Grenze, wo es nicht mehr um die Qualitätssicherung und die Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen geht. Um einen Auftrag an das IQTIG auszulösen, müsste also auf die vorgenannten gesetzlich definierten Auftraggeber eingewirkt werden.

Empfehlung 2.1.3: „überregionales Verfahren zu Qualitätssicherung“

Grundlegend für die Etablierung eines überregionalen Verfahrens zur Qualitätssicherung wäre eine bundesweite Vereinheitlichung des Verfahrens zu gleichen Bedingungen (Bedingungen, Ablauf, Formulare, ...) für alle (siehe *Empfehlung 1.1*). Dafür müssen ASV-übergreifende und evtl. krankheitsspezifische Qualitätsindikatoren festgelegt werden (siehe *Empfehlung 2.1.2*)

Eine Qualitätssicherung in der ASV ist nicht einfach umsetzen, da zwei getrennte Versorgungsbereiche bestehen. Bezüglich Umsetzungsoptionen wird auf die übergeordnete *Empfehlung 2.1* sowie *Empfehlungen 2.1.1 und 2.1.2* verwiesen.

Empfehlung 3.1: „optimiertes Informations- und Beratungsangebot für Ärzte“

Die ASV-Servicestelle, welche im Auftrage von KBV, DKG und GKV-SV von einem privaten Unternehmen betrieben (EWERK DIGITAL GmbH) wird, bietet bereits ein breites Informationsangebot zur ASV an. Die Optimierung des Informationsangebotes oder der Transparenz wäre durch eine Änderung des zugrunde liegenden Auftragsvertrages möglich, falls notwendig. Sicherlich wäre auch eine transparente Darstellung der Ergebnisse, welche durch die ASV-Patientenversorgung generiert werden, ein wichtiger Bestandteil von Information über die ASV.

Die Einführung einer Kommunikationsplattform für ASV-Teams würde durch eine Änderung des § 116b SGB V ermöglicht, die auch Zuständigkeitsbestimmungen im Hinblick auf die Einrichtung einer derartigen Struktur enthalten müsste. Eine Rechtspflicht zur Einrichtung einer derartigen Kommunikationsstruktur besteht derzeit nicht. Zuständig für die Einrichtung der Struktur könnten entweder KBV, DKG und GKV-SV gemeinsam sein oder ein von diesen beauftragter Dritter. Für die technische Realisierung scheint die Nutzung der TI naheliegend, was jedoch einer Zulassung durch die Gesellschaft für Telematik (§ 325 SGB V) bedarf. Auch hier wäre wiederum die Berücksichtigung bereits vorhandener Kommunikationsstrukturen wichtig.

Empfehlung 3.2: „uneingeschränkte Anerkennung onkologische Weiterbildung“

Insbesondere die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern stellen bei der Anerkennung abgeleiteter Weiterbildungszeiten nicht darauf ab, ob die jeweiligen urologischen Tätigkeiten im Rahmen der vertragsärztlichen, der privatärztlichen oder der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erbracht werden. Entscheidend ist allein, dass die Weiterbildung „unter Anleitung zur Weiterbildung befugter Ärzte“ absolviert wird (vergleiche § 4 Abs. 2 der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer). Andererseits enthält weder § 116 b SGB V noch die ASV-Richtlinie des G-BA eine Regelung zu der Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen Leistungen von Weiterbildungsassistenten in der ASV erbracht und abgerechnet werden können. Insbesondere fehlt es an einer dem § 15 Abs. 1 Satz 2 BMV-Ä vergleichbaren Regelung, wonach persönliche Leistungen des Vertragsarztes auch ärztliche Leistungen durch genehmigte Assistenten sind, soweit sie dem Praxisinhaber als Eigenleistung zugerechnet werden können. Im Rechtskreis der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung könnte dazu eine Ergänzung von § 116b SGB V oder der ASV-Richtlinie des G-BA erfolgen, um die uroonkologische Weiterbildung im Rahmen der ASV auch in Zukunft abzusichern.

Empfehlung 3.3: „Verbesserung der Patienteninformation“

Neben einer Verbesserung des Informationsangebotes der ASV-Servicestelle, welche auch Patienten zur Verfügung steht, bedarf es eines sehr niederschweligen Informationsangebotes, um die von den Krankheiten des § 116b SGB V betroffenen Versicherten zu erreichen. Insoweit wäre denkbar, die Ärzte mit einer entsprechenden Informationspflicht zu belegen (eine Aufklärungspflicht bei ASV-Teilnahme besteht bereits). Dies kann durch den Fach- oder Hausarzt bzw. das Krankenhaus geschehen, welches eine von § 116b SGB V erfasste Erkrankung feststellt. Entsprechende Informationspflichten könnten im Bundesmantelvertrag-Ärzte nach § 83 SGB V bzw. in den zweiseitigen Verträgen der Krankenkassen mit den Landeskrankengesellschaften oder in der ASV-RL des G-BA verankert werden. Die in § 8 Satz 6 der ASV-Richtlinie des G-BA verankerte Informationspflicht gegenüber den Versicherten trifft nur „überweisende“ Vertragsärzte, nicht aber den bloß „behandelnden“ Vertragsarzt und erst recht nicht stationäre Leistungserbringer. Gegebenenfalls sollte die KBV, die von ihr definierten Vorgaben für Softwarefunktionalitäten des PVS so anpassen, dass der Vertragsarzt bei Eingabe der ICD-10-Kodierung einen Hinweis auf die Möglichkeit einer Teilnahme an der ASV erhält. Der in den Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV genannte § 20h SGB V scheint für die Verankerung nicht der rechte

Standort, da die Norm ausschließlich Selbsthilfegruppen der gesundheitlichen Prävention oder Rehabilitation betrifft, nicht jedoch solche der Krankenbehandlung. Sofern auf Selbsthilfegruppen zugegangen werden soll, wäre der richtige Standort für die Umsetzung der Handlungsempfehlung der § 7 der ASV-Richtlinie des G-BA, der derzeit eine lediglich sehr allgemein gehaltene Soll-Vorgabe für eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen enthält.

Fazit

Die Bestandsaufnahme der ASV im Zuge des ASV-WE-Projekts zeichnet ein differenziertes und uneinheitliches Bild der Versorgungsstruktur: einerseits gibt es Ansätze für eine bessere Versorgung in der ASV im Vergleich zur Nicht-ASV (z.B. bessere Strukturqualität, höhere Patientenbeteiligung an Therapieentscheidungen), andererseits lässt sich bezüglich der Ergebnisqualität nicht der erhoffte Durchbruch erzielen. Den positiven Indizien pro ASV stehen negative Stimmen von Stakeholdern gegenüber, die über erhebliche administrative Aufwände, z.B. im Bereich der Teamgründung und -verwaltung, klagen. Diese Faktoren mindern die Attraktivität der ASV aus Versorgerperspektive. Die derzeitigen mit der ASV verbundenen Anstrengungen erscheinen vor dem Hintergrund der erzielten Ergebnisse insgesamt nicht gerechtfertigt. Vor diesem Hintergrund sollten aus den im Projekt herausgearbeiteten Empfehlungen zur Weiterentwicklung prioritär jene umgesetzt werden, die geeignet sind, die ASV zu verschlanken und zu vereinfachen.

Empfehlungen zur Verschlinkung der ASV

Zusammenfassend scheinen folgende, der im Abschnitt *Weiterentwicklungsempfehlungen auf Basis der Projektergebnisse* dargelegten Empfehlungen besonders geeignet, die ASV zu vereinfachen:

- **bundesweite Vereinheitlichung** der Prozesse und Strukturen (i. e. Anzeigeverfahren); *siehe Empfehlung 1.1*
- Verschlinkung der Zulassungsvoraussetzungen durch **Akzeptanz bereits vorhandener Qualifikationsnachweise** zur spezialisierten Versorgung uroonkologischer Patienten (doppelte bis mehrfache Nachweispflicht); *siehe Empfehlung 1.2*
- **Vereinfachung der Abrechnung** durch eine primäre Verordnungsfähigkeit aller EBM-Ziffern für die ASV; *siehe Empfehlungen ab 1.3*

Neben der Verschlinkung sollte die ASV daher auch verbessert werden.

Empfehlungen zur Verbesserung der ASV

Ein wichtiges Gestaltungsfeld zur Weiterentwicklung der ASV ist die qualitative Verbesserung der ASV. Hier kommt folgenden Empfehlungen besondere Bedeutung zu:

- Einsatz **digitaler Technologien** zur Vereinheitlichung und Vereinfachung von Strukturen und Prozessen (vom Anzeigeverfahren über die Teamzusammenarbeit bis hin zur Abrechnung) und Setzen gezielter Impulse für Projekte und Maßnahmen zur Digitalisierung z. B. durch Etablieren einer zeitlich begrenzten Fördermaßnahme; *siehe Empfehlungen 1.1.1, 1.1.3, 1.1.6, 2.1.1, 3.1*
- **Stärkung** der Rolle der **ASV-Teamleitung** (durch Optimierung der Organisation durch z. B. Musterkooperationsverträge/Leitfäden, Vergütung von Managementleistungen über den EBM); *siehe Empfehlungen 1.1.6 und 1.3*
- **Patientenzentrierung** durch stärkere Einbeziehung von Patientenerfahrungen in das Versorgungsmanagement (Patient Reported Experience Measures: z. B. übergreifendes Kernelement Befragung zu „Koordination der Versorgung“; krankheitsspezifisch evtl. ergänzt durch Patient Reported Outcomes Measures), deren Einsatz vorerst vor dem Hintergrund der jeweiligen Fallzahlen diskutiert und evtl. zunächst im Rahmen von Studien eingesetzt werden sollten; *siehe Empfehlungen 1.1.3, ab 2.1 und 3.3*
- eine gemeinsame, **digitale Patientenakte** erleichtert die Versorgung in einem Team und ermöglicht Auswertungen, auch im Sinne der Qualitätssicherung; *siehe Empfehlungen 1.1.1 und ab 2.1*
- **Informationsmöglichkeiten für Ärzte sowie Patienten** sollten gleichermaßen optimiert werden; *siehe Empfehlungen 3.1, 3.3*

Dabei ist zu bedenken, dass „Sonderlösungen“ nur für die ASV das System weiter verkomplizieren, was gegen das aktuelle Stimmungsbild zur Entbürokratisierung der Leistungserbringer spricht. Beispielhaft hierfür sind das generelle Bestreben zum Zugriff auf eine gemeinsame (digitale) Patientenakte, die Nutzung von Patientendaten im Rahmen der Versorgungsforschung sowie Empfehlungen zur Digitalisierung.

Bei der evtl. Umsetzung der Empfehlungen betrachtet das Konsortium daher diejenigen kritisch, die zu möglichen neuen Strukturen und neuen bürokratischen Aufwänden und Hürden führen würden. Inwieweit jeweils eine juristische Regelung greifen muss, ist im konkreten Fall zu prüfen.

Aufgrund der Vielzahl möglicher Maßnahmen zur Weiterentwicklung und der Vielschichtigkeit, Komplexität und Heterogenität der ASV, empfiehlt sich eine schrittweise Umsetzung der dargestellten Empfehlungen, ohne die Versorgung einzuschränken. Eine konsequente nachfolgende Evaluation ermöglicht die Beurteilung der Wirksamkeit und lässt Anpassungen zu. Denkbar wäre hier die Etablierung eines evtl. mehrstufigen Verfahrens, welches bspw. 1. Strukturempfehlungen (i.e. Abbau von Bürokratie durch z.B. Vereinheitlichung von Prozessen) und 2. tiefgreifendere Maßnahmen (i.e. Aspekte der sektorenübergreifenden Vergütung, Qualitätsindikatoren) aufgreift. Die Ergebnisse der Evaluation sollen transparent kommuniziert und dann diskutiert werden.

Referenzen

1. Dengler, R., et al., *Generelle, alle ASV-IndikatiOnen übergreifende EvALuation und Weiterentwicklung der ASV-RL (§ 116b SGB V)*. 2022.
2. Schoffer, O., M. Klinkhammer-Schalke, and J. Schmitt, *WiZen-Studie: Überlebensvorteile bei Behandlung in zertifizierten Krebszentren*. GWG, 2022. 4: p. 7-15.
3. Bundesausschuss, G., *Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Prüfauftrag gemäß § 116b Absatz 4 Satz 12 SGB V*. 2022.
4. Schaffland, H.-J. and N. Wiltfang, *Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)/Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), § 27 BDSG RdNr. 3*. 2023.