



GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2017

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Christoff Jenschke, Axel Munte, Sonja Froschauer-Häfele, Sabine Pöttgen
Sektorengrenzen ade?
Analyse der Entwicklung der Versorgungsstrukturen in der ASV

AUSZUG aus:
BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2017 (Seite 198–221)

Christoff Jenschke, Axel Munte, Sonja Froschauer-Häfele,
Sabine Pöttgen

Sektorengrenzen ade? Analyse der Entwicklung der Versorgungsstrukturen in der ASV

In den letzten Jahren wurden verstärkte Bemühungen unternommen, die bestehenden starren sektoralen Grenzen zwischen der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung und der stationären Leistungserbringung im Krankenhaus aufzuweichen. Die Öffnung der Krankenhäuser für bestimmte Leistungen bringt dies genauso zum Ausdruck wie etwa die Organisationsform der Medizinischen Versorgungszentren oder die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Hier entstehen neue interdisziplinäre und sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen. Der Beitrag analysiert mithilfe aktueller empirischer Daten die Entwicklung der ASV für bestimmte Krankheitsbilder und diskutiert dabei Stärken und Schwächen sowie das Veränderungspotenzial dieses Ansatzes.

Einführung in das Thema

Seit mehreren Jahrzehnten versucht der Gesetzgeber, die starre sektorale Trennung zwischen vertragsärztlicher ambulanter Versorgung und dem stationären Leistungsgeschehen im Krankenhaus aufzuweichen (Gesetzesbegründung zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG: Bundestagsdrucksache 17/6906: 80; auch Köhler 2012; Straub 2016; Sachverständigenrat Gesundheit 2012: 246 ff.). Ein wichtiger Schritt war hier die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Operationen im Jahr 1993. Im Jahr 2004 erhielten Krankenhäuser die Legitimation zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ). Gleichzeitig ermöglichte die Verankerung des § 116 b im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) die ambulante Behandlung von Patienten mit seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen im Krankenhaus (SGB V in der Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14. November 2003, BGBl. I: 2190) (Bundestagsdrucksache 15/1525).

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl. I: 378) (Bundestagsdrucksache 17/3950) wurde die Entscheidungskompetenz für die Bestimmung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung nach § 116 b SGB V auf die zuständigen Behörden für die Landeskrankenhausplanung übertragen, bei denen die Krankenhäuser

entsprechende Anträge stellen konnten. Bis Ende des Jahres 2010 wurden insgesamt etwa 2.600 derartige Anträge eingereicht. Zum Stand September 2011 wurden 1.261 Zulassungsbescheide erteilt. Dabei waren jedoch erhebliche regionale Unterschiede aufgrund sehr unterschiedlicher Genehmigungsverfahren der einzelnen Bundesländer zu beobachten (Sachverständigenrat Gesundheit 2012: 252 ff.). Während in den Stadtstaaten, in Schleswig-Holstein, in Nordrhein-Westfalen, in Hessen, in Sachsen und in Brandenburg überdurchschnittlich viele Zulassungen erteilt wurden, wurde in Bayern, Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt nur wenigen Anträgen von Krankenhäusern stattgegeben. Neben den regional unterschiedlichen formalen Zugangshürden sahen niedergelassene Fachärzte zum Teil eine starke Konkurrenz und boykottierten Krankenhäuser, die eine entsprechende ambulante Berechtigung anstrebten oder eine solche erhalten hatten.

Der Gesetzgeber reagierte auf diese Probleme und novellierte im Zuge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I: 2983) zum 1. Januar 2012 den § 116 b SGB V (Bundestagsdrucksache 17/6906). Die Regelung wurde dadurch zu einem neuen Versorgungsbereich weiterentwickelt, der künftig die ambulante Behandlung von Patienten mit komplexen Krankheitsbildern nicht nur durch Krankenhäuser, sondern auch durch niedergelassene Ärzte zu identischen Rahmenbedingungen ermöglichen sollte: die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Als weiteres Ziel der ASV sollte eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Versorgungsstruktur aufgebaut werden (zu den Zielen des Gesetzgebers die Gesetzesbegründung zum GKV-VStG: Bundestagsdrucksache 17/6906: 80; dazu auch: Gemeinsamer Bundesausschuss 2013b und 2013c; KBV 2011). Die Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übertragen (G-BA 2016), das bedeutet einerseits die Definition allgemeiner Rahmenbedingungen und andererseits die Festlegung krankheitsspezifischer Regelungen (§ 116 b Absatz 4 SGB V). Dazu hat der G-BA am 21. März 2013 die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116 b SGB V (ASV-Richtlinie) beschlossen (G-BA 2013c). Diese wird nun um entsprechende Anlagen für die einzelnen Krankheitsbilder und Leistungsbereiche der ASV – die sogenannten Konkretisierungen – sukzessive ergänzt. Ist eine Konkretisierung für eine Indikation in Kraft getreten, so können Leistungserbringer dafür ASV-Berechtigungen erwerben

und die neue Versorgungsform umsetzen. Die Versorgungsstruktur der ASV ist aktuell für erste Krankheitsbilder in der Entstehung.

Studien zur ASV bestehen bislang kaum. Im Mai 2017 haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) dem Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht zu den Auswirkungen der ASV vorgelegt (GKV-Spitzenverband et al. 2017). Die Selbstverwaltungspartner sind damit ihrem gesetzlichen Auftrag nach § 116 b Absatz 9 SGB V nachgekommen. Danach waren sie zur Ermittlung eines zukünftigen gesetzgeberischen Handlungsbedarfs (Blöcher 2017, Rz. 95) und aufgrund des Modellcharakters der sektorenübergreifenden Bildung eines eigenständigen Leistungsbereichs (Hess 2015, Rz. 53) verpflichtet, bis zum 31. März 2017 eine Evaluation der ASV vorzulegen. Diese sollte insbesondere die Auswirkungen der ASV auf die Kostenträger, Leistungserbringer und Patienten beurteilen. Der Stand der Versorgungsstruktur, die Qualität und die Abrechnung der Leistungen sollten dabei auch im Hinblick auf die Entwicklungen in den anderen Versorgungsbereichen bewertet werden.

Die bbw Hochschule Berlin führt in Kooperation mit dem Bundesverband ASV eine Begleitstudie zur ASV durch mit dem Ziel, die Entwicklung der ASV transparent zu machen und zu analysieren (die Studie wird finanziell durch Servier Deutschland und Siemens unterstützt). Erste Ergebnisse aus einer Umfrage unter Teamleitern liegen bereits vor (Froschauer-Häfele et al. 2017, Merten 2017). Weitere Ergebnisse und Schlussfolgerungen werden im Folgenden dargestellt. Die Studie ist darauf angelegt, die ASV über Jahre zu begleiten, dabei Stärken und Schwächen darzustellen und Veränderungspotenzial oder -notwendigkeiten aufzuzeigen.

Die hier dargestellte Analyse beruht auf zwei Datenbeständen. Zum einen wurden im Oktober 2016 die zu diesem Zeitpunkt berechtigten und veröffentlichten ASV-Teamleiter mittels Fragebogen befragt. Zum anderen wurden Daten der ASV-Servicestelle (Stand: 15. März 2017) herangezogen und ausgewertet.

Die ASV-Serviceestelle ist eine durch KBV, DKG und GKV-Spitzenverband getragene Einrichtung. Sie weist ASV-Teams sogenannte Teamnummern für die Abrechnung zu und führt das ASV-Verzeichnis (§ 5 der Vereinbarung gemäß § 116 b Absatz 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ASV – ASV-Abrechnungsvereinbarung). Für die Analyse wurden die zum 15. März 2017 veröffentlichten Daten ausgewertet. Zu diesem Zeitpunkt waren 41 Teams mit einer Berechtigung für die Indikation gastrointestinaler Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (GIT) veröffentlicht. Eines der Teams wies eine Berechtigung für zwei Standorte auf und wurde daher in die Auswertung auch zweimal einbezogen, da die Teamzusammensetzung je Standort unterschiedlich war. Für Tuberkulose (Tbc) waren 22 Teams berechtigt, für die pulmonale Hypertonie ein Team. Zusätzlich wurde im Zeitraum zwischen dem 1. September 2015 und dem 1. Mai 2017 monatlich die Zahl berechtigter Teams je Indikation dokumentiert, um einen zeitlichen Verlauf zu erhalten.

Beschreibung der ASV

Die ASV soll ein ambulantes Versorgungsangebot für Patienten darstellen, deren Erkrankung einer hochspezialisierten, interdisziplinär vernetzten Versorgung bedarf. Etliche Krankheitsbilder sind im § 116 b SGB V bereits festgelegt. Sie lassen sich drei Bereichen zuordnen:

- Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf, beispielsweise rheumatologische Erkrankungen, HIV/AIDS oder der komplette Bereich der Tumorerkrankungen. In diesem Bereich ist die ASV auf schwere Verlaufsformen beschränkt. Dies gilt nicht für Rheuma und Onkologie,
- seltene Erkrankungen beziehungsweise Erkrankungen mit geringen Fallzahlen (Krankheiten mit einer Prävalenz von weniger als fünf Betroffenen pro 10.000 Einwohner). Beispiele sind Tuberkulose, Marfan-Syndrom oder pulmonale Hypertonie,
- hochspezialisierte Leistungen, beispielsweise die CT-/MRT-gestützte interventionelle Schmerztherapie.

Der G-BA hat von der Möglichkeit, weitere geeignete Indikationen in die ASV aufzunehmen (§ 116 b Absatz 5 SGB V), noch keinen Gebrauch gemacht. Der G-BA hat eine Erweiterung

des Leistungskatalogs aufgrund eines eigenen Beschlusses so lange zurückgestellt, bis die Überführung der bestehenden Kataloginhalte nach § 116 b SGB V in der alten Fassung (a. F.) in die Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V erfolgt ist (Gemeinsamer Bundesausschuss 2013a). Da Genehmigungen von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung nach § 116 b SGB V a. F. drei Jahre nach Inkrafttreten der entsprechenden ASV-Konkretisierungen zu entziehen sind, erscheint dieses Vorgehen sinnvoll, um möglichst rasch einen einheitlichen Regelungsrahmen zu schaffen.

Nachdem am 21. März 2013 ein allgemeiner Paragrafenteil der ASV-Richtlinie beschlossen wurde, traten im Jahr 2014 die ersten Konkretisierungen in Kraft, sodass ASV-Teams gebildet werden konnten. Seitdem wurden Konkretisierungen zu weiteren fünf Krankheitsbildern beschlossen. Die zeitliche Abfolge der Beschlüsse des G-BA und ihres Inkrafttretens ist Tabelle 1 zu entnehmen.

Im Komplex der Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sollen nun als Nächstes die urologischen Tumoren geregelt werden, aus dem Bereich der seltenen Erkrankungen die seltenen Lebererkrankungen (Beschluss des G-BA vom 15. Dezember 2016).

Tabelle 1: Beschlussdatum und Inkrafttreten der ASV-Regelungen

Regelung	Beschlussdatum	Inkrafttreten
ASV-Richtlinie Paragrafenteil	21. März 2013	20. Juli 2013
Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	19. Dezember 2013	24. April 2014
gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	20. Februar 2014	26. Juli 2014
Marfan-Syndrom	22. Januar 2015	30. Juni 2015
gynäkologische Tumoren	22. Januar 2015	10. August 2016
pulmonale Hypertonie	17. Dezember 2015	1. Juni 2016
rheumatologische Erkrankungen	15. Dezember 2016	noch nicht in Kraft
Mukoviszidose	15. Dezember 2016	18. März 2017

Anmerkung: Stand: 22. Juni 2017, Gemeinsamer Bundesausschuss

Struktur der ASV

Die ASV-Versorgungsstruktur besteht aus interdisziplinären Teams. Jedes ASV-Team besteht aus einer Teamleitung, einem Kernteam und hinzuzuziehenden Fachärzten. Die Teamleitung soll die Versorgung fachlich und organisatorisch koordinieren. Im Kernteam, dem auch die Teamleitung angehört, sind die Fachgruppen enthalten, die regelhaft in der Betreuung der Patienten eingebunden sind. Die hinzuziehenden Fachärzte hingegen werden je nach individuellem Verlauf der Erkrankung konsultiert. Welche Ärzte in welcher Rolle vorgesehen sind, ist für jede Krankheit in der jeweiligen Konkretisierung festgelegt.

Neben der fachübergreifenden Teambildung ist bei den onkologischen Erkrankungen laut Gesetz zusätzlich eine sektorenübergreifende Kooperation zwischen Krankenhaus und vertragsärztlichen Leistungserbringern vorgeschrieben (§ 116 b Absatz 4 Satz 9 und 10 SGB V). Für andere Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf kann der G-BA ebenfalls eine solche sektorenübergreifende Kooperationspflicht verankern; er hat davon aber bislang abgesehen.

Anzeigeverfahren für Leistungserbringer

Zuständig für den Zugang von Leistungserbringern zur ASV sind die regional organisierten und im Rahmen der ASV erst in dieser Form geschaffenen Erweiterten Landesausschüsse (ELA) nach § 116 b Absatz 2, 3 in Verbindung mit § 90 SGB V. Möchte ein interdisziplinäres ASV-Team eine Berechtigung erwerben, so reicht es eine Anzeige beim zuständigen ELA ein. Ziel dieser Anzeige ist es, dem Landesausschuss darzulegen, dass sämtliche Voraussetzungen für eine ASV-Berechtigung für den gewählten Krankheitsbereich erfüllt sind, die in der ASV-Richtlinie und der relevanten Konkretisierung definiert sind. Diese umfassen neben der Bildung des interdisziplinären Teams und gegebenenfalls der sektorenübergreifenden Kooperation auch strukturelle Anforderungen (beispielsweise 24-Stunden-Notfallversorgung). Auch sind in der Regel Mindestfallzahlen behandelter Patienten mit den relevanten Diagnosen nachzuweisen. Weiterhin gelten in der ASV die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V der vertragsärztlichen Versorgung. Diese schreiben für bestimmte Leistungen (beispielsweise Koloskopie, Ultraschall, Röntgen) zusätzliche Qualifikationsmerkmale vor.

Nach Einreichung der Anzeige hat der ELA eine zweimonatige Prüffrist (§ 116 b Absatz 2 Satz 4 SGB V). Fordert er Unterlagen nach, so hemmt diese Nachforderung die Frist, die erst nach Einreichung der Dokumente weiterläuft. Beanstandet der ELA die Anzeige innerhalb der Frist nicht wegen mangelnder Qualifikation, so ist das anzeigende Team berechtigt, im Rahmen der ASV tätig zu werden. Eine Bedarfsplanung analog der vertragsärztlichen Versorgung ist in der ASV nicht vorgesehen.

Patientenzugang

Die Zugangsvoraussetzungen für Patienten definiert der G-BA in den Konkretisierungen (zum Beispiel die umfassten Diagnosen nach ICD-10-GM). Bei Krankheiten mit besonderem Krankheitsverlauf ist in der Regel eine gesicherte Diagnose notwendig. Darüber hinaus kann der G-BA weitere Voraussetzungen festlegen wie beispielsweise den Bedarf an einer multimodalen Behandlung oder bestimmte Schweregrade der Erkrankung. Bei den seltenen Erkrankungen reicht aktuell eine Verdachtsdiagnose aus. Bei den rheumatologischen Erkrankungen lässt der G-BA ebenfalls Verdachtsdiagnosen zu, diese müssen aber innerhalb von zwei Quartalen in eine gesicherte Diagnose überführt werden, um den Patienten weiterhin in der ASV betreuen zu können.

Grundsätzlich besteht in der ASV ein Überweisungserfordernis durch einen behandelnden Vertragsarzt (§ 116 b Absatz 4 Satz 5 SGB V i. V. m. § 8 ASV-Richtlinie). Die Überweisung muss regelmäßig erneuert werden. Bei den gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (GIT) ist dies zum Beispiel alle zwei Quartale erforderlich. Nicht benötigt wird dagegen eine Überweisung für Patienten, die in einem ASV-berechtigten Krankenhaus stationär betreut und anschließend direkt in die ambulante ASV-Behandlung überführt werden. Dasselbe gilt für Patienten in vertragsärztlicher Betreuung, wenn der Vertragsarzt selbst an der ASV teilnimmt.

Sind die Voraussetzungen für die ASV-Behandlung nicht mehr gegeben, beispielsweise durch das Ende einer aktiven Therapie, so ist der Patient in die vertragsärztliche Anschlussbehandlung zu entlassen.

Vergütung und Abrechnung

Perspektivisch sieht der Gesetzgeber eine eigene Gebührenordnung aus diagnose-bezogenen Fallpauschalen in der ASV vor (§ 116 b Absatz 6 SGB V). Die Entwicklung dieser neuen ASV-Gebührenordnung ist Aufgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie des GKV-Spitzenverbandes und wird voraussichtlich noch mehrere Jahre in Anspruch nehmen. Aktuell ist noch nicht bekannt, dass Beratungen zur Erarbeitung einer derartigen Gebührenordnung aufgenommen worden sind.

Vorerst findet daher in der ASV der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) der vertragsärztlichen Versorgung Anwendung. Dazu definiert der G-BA in jeder Konkretisierung diejenigen Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht und abgerechnet werden können (sogenannter Behandlungsumfang). Da in der ASV der Verbotsvorbehalt des Krankenhauses Anwendung findet, kann der G-BA auch Leistungen aufnehmen, die derzeit noch nicht Bestandteil des ambulanten Leistungskatalogs der Krankenkassen sind. Diese Leistungen sind dann nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit definierten Steigerungsfaktoren zu vergüten, bis entsprechende Abrechnungspositionen im EBM geschaffen wurden. Alle ASV-Leistungen sind unmittelbar von den Krankenkassen zu vergüten. Das bedeutet, dass Praxisbudgets und andere Instrumente der Mengengrenzung keine Anwendung finden.

Während der Übergangsregelung rechnet jedes ASV-Teammitglied seine ASV-Leistungen eigenverantwortlich gegenüber den Krankenkassen ab. Eine Teamabrechnung findet nicht statt. Die KVen können als Abrechnungsdienstleister tätig werden, was insbesondere von ASV-berechtigten Vertragsärzten in Anspruch genommen wird. Eine Abrechnung über private Dienstleister ist momentan nicht möglich (§ 295 Absatz 1 b Satz 1 letzter Halbsatz SGB V).

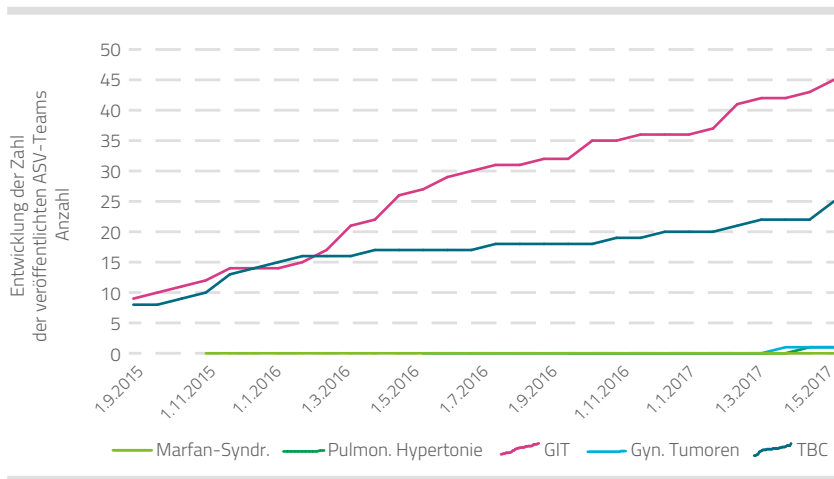
Das ASV-Versorgungsangebot – GIT und TBC

Die Versorgungsstruktur der ASV ist aktuell noch im Entstehen begriffen. Die Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Grünen-Bundestagsfraktion Anfang 2016 ergab, dass sich zum 3. Dezember 2015 bundesweit erst 47 ASV-Teams in den

Indikationen TBC beziehungsweise GIT gebildet hatten. In diesen ASV-Teams wurden im dritten Quartal 2015 lediglich 221 Tuberkulosekranke und 113 Patienten mit GIT behandelt (Bundestagsdrucksache 18/7407 und 18/7530: 3 f.).

Aktuellere Daten der ASV-Servicestelle vom Mai 2017 zeigen, dass inzwischen etwa 70 Teams in der ASV tätig sind. Die Abbildung 1 stellt die Entwicklung der Teamanzahl im zeitlichen Verlauf dar. Zu den Patientenzahlen liegen unterschiedliche Zahlen vor. Laut des GKV-Spitzenverbands wurden im dritten Quartal 2016 2.207 Patienten mit GIT und 365 Tuberkulose-Patienten im Rahmen der ASV behandelt (Leber 2017). Im Bericht der Selbstverwaltungspartner ist für diesen Zeitraum hingegen von 1.873 GIT-Patienten und etwa 330 TBC-Patienten die Rede (GKV-Spitzenverband et al. 2017). Demnach ist die Zahl der in der ASV behandelten Patienten mit GIT seit dem 1. Quartal 2015 stetig angestiegen, während die Anzahl der TBC-Patienten seit Ende 2015 weitgehend stabil ist.

Abbildung 1: Entwicklung der Zahl der veröffentlichten ASV-Teams zwischen dem 1. September 2015 und 1. Mai 2017



Quelle: ASV-Servicestelle, eigene Darstellung

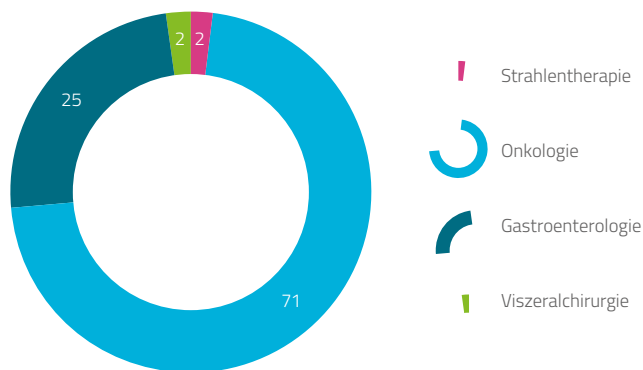
Die Analyse der zum 15. März 2017 veröffentlichten Daten der ASV-Serviceestelle befasste sich auch mit der Struktur der ASV-Teams. Hier wurde der Versorgungsbereich der pulmonalen Hypertonie nicht einbezogen, da zum Zeitpunkt der Auswertung dafür nur ein einziges Team berechtigt war.

Teamleitung

In der Indikation GIT war die Teamleitung bei 61 Prozent der Teams im Krankenhaus angesiedelt (25), in 34 Prozent der Fälle kam die Teamleitung aus dem vertragsärztlichen Bereich (14). Fünf Prozent der Teamleiter (2) waren in einem Medizinischen Versorgungszentrum in der Trägerschaft eines Krankenhauses tätig. Bei der TBC stellt sich dies homogener dar. Hier waren Vertragsärzte und Krankenhausärzte gleichermaßen in der Teamleitung vertreten (jeweils elf Teams).

Bei GIT steht die Position der Teamleitung allen im Kernteam vertretenen Fachrichtungen offen. Dies sind die Innere Medizin sowie die Hämatologie und Onkologie, die Innere Medizin und Gastroenterologie, die Strahlentherapie sowie die Allgemein- oder Viszeralchirurgie. Plant das ASV-Team auch Patienten mit Tumoren der Schilddrüse und Nebenschilddrüse im Rahmen der ASV zu behandeln, erweitert sich das Team um den Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und den Nuklearmediziner. In Abbildung 2 wird die Fachgruppenzugehörigkeit der Teamleitung dargestellt. 71 Prozent der Teamleitungen stammten dabei aus dem Fachbereich Innere Medizin sowie Hämatologie und Onkologie. Bei rund einem Viertel der Teams wurde die Teamleitung durch einen Gastroenterologen wahrgenommen. In je einem Team war die Teamleitung durch einen Viszeralchirurgen beziehungsweise einen Strahlentherapeuten besetzt. Bei dieser Auswertung wurde berücksichtigt, dass in einem Fall der Teamleiter zwei Facharztanerkennungen aufwies, sowohl für die Onkologie als auch für die Gastroenterologie.

Abbildung 2: Fachgruppenzugehörigkeit der Teamleitung bei GIT in Prozent



Quelle: ASV-Servicestelle, eigene Darstellung

Bei der Tuberkulose kann die Teamleitung entweder durch einen Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie oder durch einen Facharzt für Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie wahrgenommen werden. Alle Teamleiter stammten aus dem Fachgebiet der Pneumologie.

Teamgröße

Für die ASV im Bereich GIT muss das interdisziplinäre Team zwischen 17 und 19 Fachgruppen umfassen. Die genaue Anzahl hängt nach den Anlagen zur ASV-Richtlinie davon ab, ob das Team auch Patienten mit Tumoren an der Schilddrüse und der Nebenschilddrüse im Rahmen der ASV behandeln will. Bei der TBC beträgt die Zahl der Fachgruppen 11 bis 14, abhängig davon, ob auch Patienten vor dem 18. Lebensjahr eingeschlossen werden sollen oder nicht.

In der Praxis übersteigt die Anzahl der Teammitglieder diese Mindestanzahl zum Teil erheblich (Tabelle 2). Grund dafür ist, dass Fachgruppen durch mehrere Ärzte im Team vertreten sind.

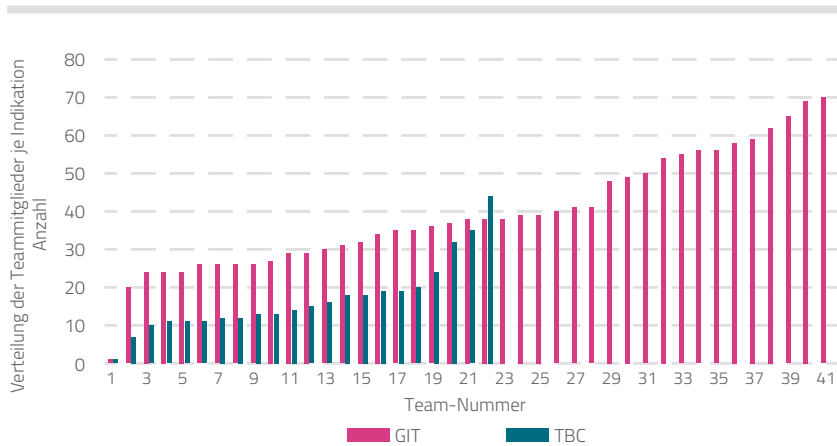
Tabelle 2: Durchschnittliche Zahl der Ärzte je Teamebene

	Teamleitung	Kernteam (ohne Teamleitung)	Hinzuzuziehende	Gesamt
GIT	1	12	27	39
TBC	1	5	11	17

Quelle: ASV-Servicestelle, eigene Darstellung; Abweichungen bei den Summen ergeben sich als Effekte mathematischer Rundens

So bestanden die Teams für GIT im Durchschnitt aus 39 Mitgliedern. Tuberkulose-Teams waren mit durchschnittlich 17 Teammitgliedern deutlich kleiner. Insgesamt über alle Teams waren etwa 2.000 Ärzte in ASV-Teams organisiert (ohne Berücksichtigung von Mitgliedschaften in mehreren Teams).

Abbildung 3: Verteilung der Anzahl der Teammitglieder je Indikation



Quelle: ASV-Servicestelle, eigene Darstellung; Teams nach aufsteigender Größe nummeriert

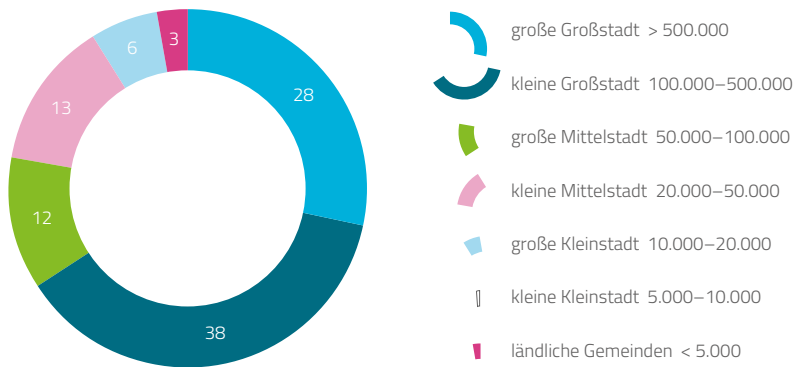
Der Abbildung 3 ist die Zahl der Teammitglieder für die publizierten Teams zu entnehmen. Dabei gab es sowohl bei GIT- als auch bei TBC-Teams, deren Teamgröße nicht ausreicht, um die Zahl der geforderten Fachgruppen abzudecken. Dies ist möglicherweise dadurch zu erklären, dass einzelne Ärzte einer Veröffentlichung über die ASV-Servicestelle nicht zugestimmt haben.

Diese Vermutung wird durch die Tatsache bestätigt, dass zum 29. März 2017 bei der ASV-Serviceestelle 2.301 Ärzte gemeldet waren, die in ASV-Teams organisiert waren (GKV-Spitzenverband et al. 2017), während zum Zeitpunkt der Analyse am 15. März 2017 im öffentlichen Verzeichnis nur etwa 2.000 Ärzte zu finden waren.

Räumliche Ausdehnung

Interessant ist auch eine Betrachtung der regionalen Verteilung der ASV-Teams. Ordnet man die Tätigkeitsorte der Teamleitung den Raumtypen entsprechend der Definition des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung zu, so zeigt sich, dass die Teams überwiegend in verdichteten Räumen angesiedelt sind (Abbildung 4). Demnach waren 78 Prozent der Teamleitungen in Städten mit mehr als 50.000 Einwohnern angesiedelt. Nur drei Prozent der Teamleiter hingegen waren in ländlichen Gemeinden mit weniger als 5.000 Einwohnern tätig.

Abbildung 4: Ansiedlung des Tätigkeitsortes der Teamleitung zu den Raumtypen gemäß Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung in Prozent



Quelle: ASV-Serviceestelle, eigene Darstellung

Die Lokalisation der Teams wirkt sich auch auf deren regionale Ausdehnung aus. Laut ASV-Richtlinie ist diese beschränkt. So müssen die einzelnen Teammitglieder in einer angemessenen Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein, in der

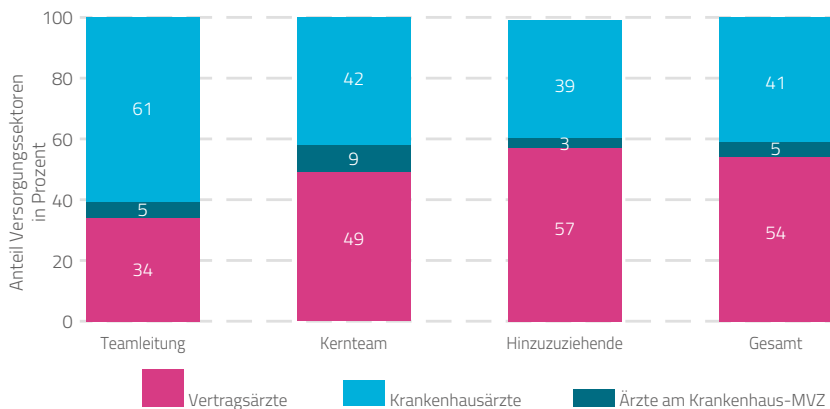
Regel sind dies dreißig Minuten (§ 3 Absatz 2 ASV-Richtlinie). Ausgenommen von dieser Regelung sind Fachgruppen, die ihre Leistungen regelhaft ohne persönlichen Patientenkontakt erbringen, zum Beispiel Labormediziner. Die ELA haben jedoch ein Ermessen, im Einzelfall auch weitere Distanzen zuzulassen, beispielsweise wenn eine bestimmte Fachgruppe sonst nicht verfügbar wäre. Einzelne ELA haben von dieser Option bereits Gebrauch gemacht. So betrug beispielsweise in einem ASV-Team für GIT im bayerisch-ländlichen Raum die Entfernung zwischen der Teamleitung und einem Facharzt für Anästhesiologie im Team 55 Kilometer, das entspricht einer Fahrzeit von etwa 50 Minuten. Der zweite Anästhesist im Team war mit rund 49 Kilometern ähnlich weit entfernt. Wenig überraschend sind Teams im großstädtischen Raum deutlich kompakter: So waren die Teammitglieder eines GIT-Teams in Berlin weniger als sieben Kilometer vom Tätigkeitsort der Teamleitung entfernt. Es wird also deutlich, dass ASV-Teams durchaus die regionalen Versorgungsgegebenheiten abbilden können, sofern der ELA dies im Anzeigeverfahren berücksichtigt.

Beteiligung der Sektoren

Der stationäre Sektor dominiert bei der Besetzung der Teamleitung. Daraus kann jedoch nicht abgeleitet werden, dass die ASV-Teams primär durch Krankenhausärzte besetzt werden. So stammten in den für GIT berechtigten ASV-Teams 49 Prozent der Ärzte im Kernteam aus dem vertragsärztlichen Bereich (Abbildung 5). Bei den hinzuzuziehenden Fachärzten waren es sogar 57 Prozent. Betrachtet man alle in GIT-Teams organisierten Ärzte, so waren niedergelassene Ärzte mit 54 Prozent stärker vertreten als ihre Kollegen aus dem Krankenhaus (41 Prozent) oder aus MVZ in der Trägerschaft eines Krankenhauses (fünf Prozent).

Die im Weiteren folgende Abbildung 6 zeigt, dass dies bei den für TBC berechtigten ASV-Teams noch stärker der Fall ist. Hier stammten 69 Prozent der in der ASV tätigen Ärzte aus der vertragsärztlichen Versorgung, 30 Prozent aus dem Krankenhaus und nur ein Prozent aus einem Krankenhaus-MVZ. Diese Verteilung findet sich auch im Kernteam und bei den hinzuzuziehenden Fachärzten wieder. Lediglich bei der Teamleitung beobachtet man eine stärkere Präsenz des stationären Bereichs, der 50 Prozent der Teamleitungen stellte.

Abbildung 5: Anteil der Versorgungssektoren in den für GIT berechtigten Teams

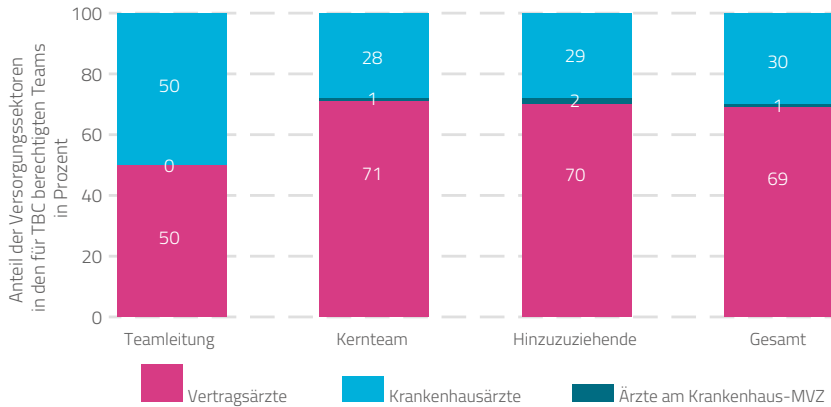


Quelle: ASV-Servicestelle, eigene Darstellung; Abweichungen zu 100 Prozent sind durch mathematisches Runden begründet.

Interessant ist ein Blick auf die einzelnen Teams. Stammt die Teamleitung aus dem vertragsärztlichen Bereich, so waren auch Vertragsärzte deutlich stärker in den Teams vertreten: Bei GIT-Teams waren dann 70 Prozent der Ärzte im Team niedergelassen (ohne Einbeziehung des Teamleiters). Vertragsärzte stellten in diesen Teams 63 Prozent der Kernteam-Mitglieder und 73 Prozent der hinzuzuziehenden Fachärzte. Wurde die Teamleitung jedoch durch einen Krankenhausarzt besetzt, so waren niedergelassene Ärzte mit nur 44 Prozent der Teammitglieder deutlich weniger repräsentiert. In diesen Teams waren 42 Prozent der Kernteam-Mitglieder und 47 Prozent der hinzuzuziehenden Fachärzte Vertragsärzte. Bei dieser Auswertung wurden angestellte Ärzte in einem MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses nicht dem vertragsärztlichen Bereich zugeordnet, da sie faktisch dem Einfluss des Krankenhauses zuzurechnen sind.

Noch extremer stellt sich dies bei den Teams für Tuberkulose dar. Bei den Teams unter der Leitung eines Krankenhausarztes waren 44 Prozent der Teammitglieder Vertragsärzte. Interessant ist, dass niedergelassene Ärzte in derartigen Teams im Kernteam mit 60 Prozent recht stark vertreten waren. Bei den hinzuzuziehenden Fachärzten stellten sie hingegen nur 37 Prozent der Mitglieder.

Abbildung 6: Anteil der Versorgungssektoren in den für TBC berechtigten Teams



Quelle: ASV-Servicestelle, eigene Darstellung; Abweichungen zu 100 Prozent sind durch mathematisches Runden begründet.

Leitete ein Vertragsarzt das Tuberkulose-Team, so stammten 98 Prozent seiner weiteren Teammitglieder aus dem niedergelassenen Bereich (Kernteam: 97 Prozent, hinzuzuziehende Fachärzte: 98 Prozent). Acht dieser elf Teams waren sogar komplett durch niedergelassene Ärzte besetzt. Bei den von Krankenhausärzten geführten Teams stammten in nur drei von elf Fällen alle Ärzte aus dem Krankenhaus. Bei GIT gab es keine Teams ausschließlich aus Mitgliedern eines Versorgungssektors. Dies kann dadurch erklärt werden, dass in der Onkologie eine sogenannte ASV-Kooperation mit dem jeweils anderen Versorgungssektor, das bedeutet ambulant-stationär, grundsätzlich als Zugangsvoraussetzung vorgeschrieben ist. Das Ziel des Gesetzgebers, Kooperationen an der Sektorengrenze zu fördern, wurde also im Bereich der GIT durchaus erreicht. Ist eine solche Verbindung wie bei der TBC nicht verpflichtend, wird die intersektorale Vernetzung nur bei der Hälfte der ASV-Teams umgesetzt. Gerade Vertragsärzte scheinen dann vorzugsweise auf Kooperationspartner aus dem niedergelassenen Bereich zurückzugreifen.

Auswertung der Befragung der ASV-Teamleiter

Studiendesign und Methode

Die Befragung der Teamleiter wurde in Kooperation mit dem Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) durchgeführt. Anfang Oktober 2016 waren auf der Homepage der ASV-Servicestelle (www.asv-servicestelle.de) die Kontaktdaten von 54 ASV-Teamleitern veröffentlicht, 35 Teams für gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (GIT) und 19 für Tuberkulose. Mithilfe der veröffentlichten Kontaktdaten wurden die Teamleiter per Fragebogen befragt. Von der Mehrzahl der Teamleiter lagen personalisierte E-Mail-Adressen vor: Diese Teamleitungen wurden darum gebeten, an der Online-Umfrage teilzunehmen. Sie erhielten neben dem Link zur Umfrage eine individuelle Transaktionsnummer (TAN), um Mehrfachteilnahmen zu verhindern. Die übrigen Teamleiter erhielten den Fragebogen per Post inklusive eines frankierten Rückumschlags. Die postalisch eingegangenen Antworten wurden ebenfalls im Online-Tool erfasst.

Nach sechs Wochen lagen 21 Teilnahmen zur Auswertung vor, was einer Rücklaufquote von rund 39 Prozent entspricht. Davon hatten 17 Teamleiter die Online-Umfrage genutzt. Ein Teilnehmer beantwortete jedoch lediglich zwei Fragen und schloss die Umfrage nicht ab, weshalb diese Teilnahme von der Auswertung ausgeschlossen wurde. Vier Fragebögen gingen per Post ein und wurden im Online-Umfragetool nacherfasst, sodass 20 abgeschlossene, elektronisch vorliegende Datensätze in die Auswertung eingingen.

Anzeigeverfahren

Die Teilnahme an der ASV ist dem ELA lediglich anzuzeigen. Hierfür hat sich ein Anzeigeverfahren etabliert, in der Regel mit von den ELA zur Verfügung gestellten Anzeigeformularen, die jedoch von ELA zu ELA variieren. Betrachtet man die Ergebnisse der ersten Teamleiterbefragung, so entsteht im Bereich TBC der Eindruck, dass die Antragsbögen der ELA für diese Indikation gegebenenfalls Anlass dazu gaben, dass Unterlagen durch die Teams unvollständig eingereicht wurden, denn bei 89 Prozent der TBC-Teams gab es seitens der ELA Nachforderungen, während dies nur 63 Prozent der GIT-Teams betraf. Die Befürchtung, dass die Zweimonatsfrist, nach welcher die

Genehmigungsfiktion greift, für den ELA nicht ausreichte, die Unterlagen zu sichten, hat sich offenbar nicht bewahrheitet: Nur ein Team gab an, dass der ELA die Zweimonatsfrist verstreichen ließ und die Genehmigungsfiktion damit eintrat. Alle anderen Teams erhielten sogenannte Positivbescheide, was zur Rechtssicherheit und -klarheit beiträgt.

Die Teams beurteilten das Anzeigeverfahren als solches eher negativ. Lediglich ein Team bewertete den zeitlichen Aufwand für die Anzeige als „sehr gut“. 20 Prozent gaben die Note „eher gut“, wohingegen 45 Prozent zu „eher schlecht“ tendierten. Die restlichen 30 Prozent waren gänzlich unzufrieden und beurteilten den Aufwand als „sehr schlecht“.

Auf der anderen Seite erhielten die ELA in Bezug auf ihre Serviceorientierung bessere Noten ausgestellt. 35 Prozent der Teamleiter beurteilten die Serviceorientierung ihres Landesausschusses als „sehr gut“, 30 Prozent als „eher gut“, während 15 Prozent die Note „eher schlecht“ und 20 Prozent die Note „sehr schlecht“ vergaben. Die Gesamtzufriedenheit mit dem Anzeigeverfahren wurde von 55 Prozent der Befragten positiv bewertet, 45 Prozent zeigten sich eher unzufrieden (Froschauer-Häfele et al. 2017: 27).

Um den gesetzgeberischen Zweck zu erfüllen und den Patienten ein breites ASV-Angebot zur Verfügung zu stellen, sollte das Anzeigeverfahren deutlich verschlankt werden, wie auch die Ergebnisse der Befragung in Bezug auf den Umfang der einzureichenden Unterlagen und Nachweise ergaben (ebenda). Dies dürfte dann auch die Zufriedenheit der Teams mit dem Anzeigeverfahren erhöhen. Bürokratische Hürden dürften für viele potenzielle Teams abschreckend wirken.

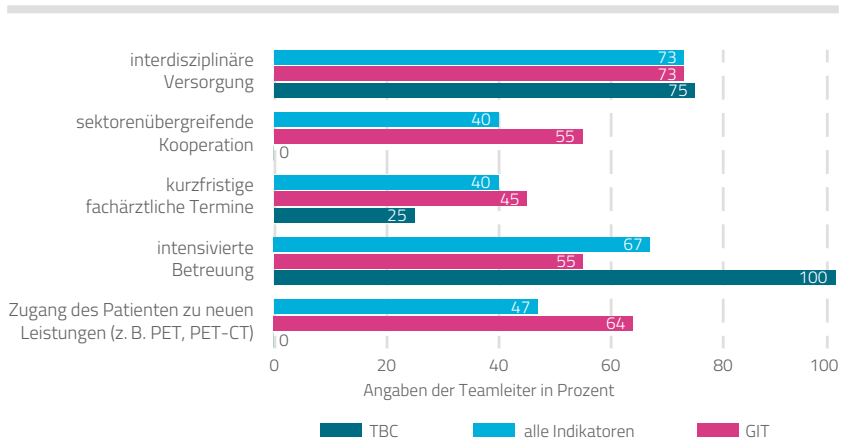
Motivation und Patientennutzen

Die Umfrage unter den Teamleitern ergab in Bezug auf das Erkennen eines Zusatznutzens für den Patienten ein uneinheitliches Bild. Insgesamt attestierten 45 Prozent der Teamleiter der ASV einen hohen Zusatznutzen für den Patienten, elf Prozent bewerteten den Zusatznutzen als mittel, 22 Prozent als gering. Nur elf Prozent der Teilnehmer konnten keinen Zusatznutzen feststellen beziehungsweise gaben an, ein solcher sei nicht vorhanden. Betrachtet man die Antworten auf diese Frage jedoch getrennt nach

Indikationen, so attestierten 100 Prozent der teilnehmenden GIT-Teamleiter einen Zusatznutzen der ASV für den Patienten. 60 Prozent schätzten ihn sogar als hoch ein. Im Vergleich lag dieser Wert bei den TBC-Teamleitern bei nur 25 Prozent.

Die Teamleiter, die einen Zusatznutzen erkennen konnten, wurden danach gefragt, worin dieser gesehen wird. Dabei wurden vor allem die „interdisziplinäre Versorgung“ (73 Prozent) und die „intensivierte Betreuung“ (67 Prozent) genannt.

Abbildung 7: Zusatznutzen der ASV



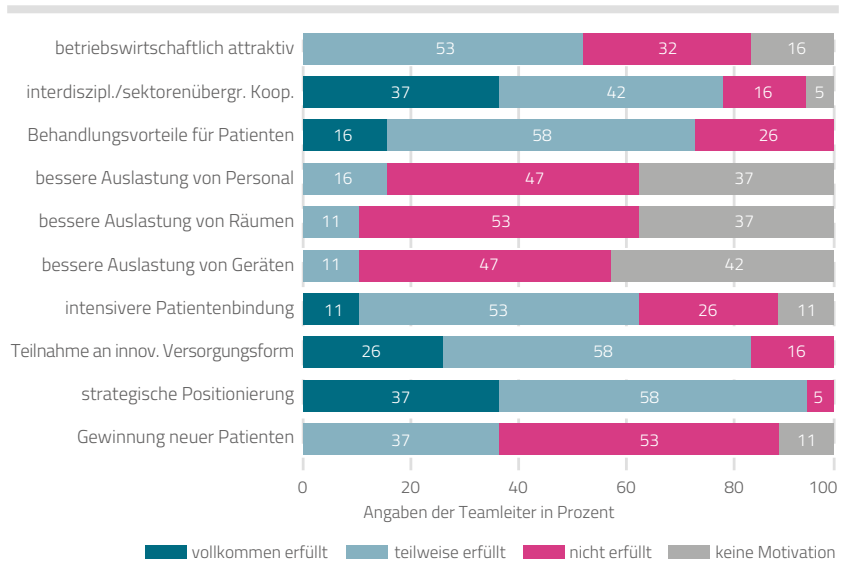
Quelle: Froschauer-Häfele et al. 2017: 29

Abgesehen von dem wenig überraschenden Ergebnis, betriebswirtschaftliche Erwägungen (85 Prozent der teilnehmenden Teamleiter) und strategische Positionierung (95 Prozent) wären Motiv für die Teilnahme an der ASV gewesen, waren konkrete ökonomische Motive wie beispielsweise die bessere Auslastung von Geräten (45 Prozent), Räumen und Personal (jeweils 37 Prozent) weniger ausschlaggebend. Interessant ist jedoch, dass 95 Prozent der befragten Teamleiter eine Motivation in der interdisziplinären beziehungsweise sektorenübergreifenden Kooperation sahen, für 37 Prozent der Teamleiter erfüllte sich diese Erwartung auch vollkommen. Dieses Ergebnis deckt sich mit der erfüllten Erwartung einer strategischen Positionierung durch die ASV-Teilnahme.

Hieraus lässt sich der Schluss ziehen, dass kooperative Behandlungsangebote gerade für eine Behauptung am (ambulanten) Gesundheitsmarkt unabdingbar sind.

Für alle Teamleiter (100 Prozent) waren erhoffte Behandlungsvorteile für die Patienten ein Motiv zur Teilnahme an der ASV, immerhin 75 Prozent der antwortenden Teamleiter sahen diese Hoffnung auch als mindestens teilweise erfüllt an.

Abbildung 8: Motivation zur Teilnahme an der ASV



Quelle: Froschauer-Häfele et al. 2017: 31

Fazit

Die normativen Grundlagen für den Aufbau der kooperativen Versorgungsstruktur der ASV wurden durch den G-BA und die Institutionen der Selbstverwaltung mittlerweile beschlossen. Einer Umsetzung der ASV steht für die bereits ausgestalteten Indikationen also nichts mehr im Wege. Dennoch bleibt festzustellen, dass sich das Versorgungsangebot nur langsam entwickelt und sich derzeit primär auf den städtischen Raum konzentriert.

Die Gründe dafür sind vielfältig. So werden weitere Konkretisierungen für Krankheitsbereiche durch den G-BA nur sehr langsam erarbeitet und beschlossen. Bei der aktuellen Umsetzungsgeschwindigkeit wird der im Gesetz vorgegebene Katalog an Krankheitsbildern erst in mehreren Jahren abgearbeitet werden können. Hier wäre eine Verschlankung der Entscheidungsprozesse zu begrüßen, zum Beispiel durch die Festlegung allgemeiner, indikationsübergreifender Inhalte für Konkretisierungen, die dann nur noch marginal anzupassen wären. Auch erscheint es sinnvoll, den Bereich der seltenen Erkrankungen durch eine Bündelung in wenige umfassende Krankheitsgebiete rascher zu bearbeiten.

Dringend notwendig wäre darüber hinaus eine Verschlankung des Zugangsverfahrens über die entsprechenden Landesausschüsse. Der bürokratische Aufwand der Anzeige scheint potenzielle ASV-Leistungserbringer von einer Teilnahme abzuschrecken. Zunächst sollte das Anzeigeverfahren pragmatischer gestaltet werden, indem zum Beispiel die Qualifikationsnachweise entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V für die ASV adaptiert werden. Dies könnte insbesondere Krankenhausärzten den Zugang erleichtern.

Weiter sollte ein vereinfachtes Zugangsverfahren für Krankenhäuser mit Bestimmungen zur ambulanten Versorgung nach § 116 b SGB V in der alten Fassung etabliert werden. Auch sollte geprüft werden, inwiefern zertifizierten Organzentren (beispielsweise Brust- oder Darmzentren) ein vereinfachtes Anzeigeverfahren unter Heranziehen der bestehenden Zertifizierung ermöglicht werden könnte. Dringend angeraten wäre dann eine Vereinheitlichung der Anzeigeformulare und des Prüfwesens in den 17 ELA, idealerweise unter Bereitstellung eines elektronisch unterstützten Anzeigeverfahrens.

Trotz dieser Hürden zeigt sich, dass das Ziel des Gesetzgebers, mit der ASV eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Versorgungsstruktur einzurichten, erreicht werden konnte. Die Rückmeldungen der bereits berechtigten ASV-Teamleiter weisen darauf hin, dass die Leistungserbringer in dieser Struktur durchaus einen Vorteil für die Patientenversorgung erkennen. Die ASV könnte bei einer flächendeckenden Etablierung somit dazu beitragen, die sektorale Trennung im deutschen Gesundheitswesen aufzulösen.

Es bleibt nun abzuwarten, ob die Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2017 neue Akzente setzt, um die ASV-Umsetzung zu fördern. Denn nur, wenn die ASV-Struktur einen signifikanten Anteil an der Versorgung gewinnt, kann sie zu der gewünschten Verbesserung der Versorgungsqualität für die Gesamtbevölkerung beitragen.

Literatur und Quellen

- Blöcher, H. (2017): Kommentierung zu § 116 b SGB V. In: Hauck, K., Noftz, W. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch – Gesamtkommentar, SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, Loseblatt, Stand 2/2017.
- Bundestagsdrucksache 15/1525: GKV-Modernisierungsgesetz. Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), Berlin, 8. September 2003. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/15/015/1501525.pdf> (Download am 30. Mai 2017).
- Bundestagsdrucksache 17/3950: GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), Berlin, 20. Dezember 2006. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/16/039/1603950.pdf> (Download am 30. Mai 2017).
- Bundestagsdrucksache 17/6906: Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VStG), Berlin, 5. September 2001. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/17/069/1706906.pdf> (Download am 30. Mai 2017).

- Bundestagsdrucksache 18/7407: Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN „Patientennutzen, Relevanz und Wirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)“, Berlin, 27. Januar 2016. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/074/1807407.pdf> (Download am 30. Mai 2017).
- Bundestagsdrucksache 18/7530: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: „Patientennutzen, Relevanz und Wirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)“, Bundestagsdrucksache 18/7407“, Berlin, 15. Februar 2016. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/075/1807530.pdf> (Download am 30. Mai 2017).
- Froschauer-Häfele, S., Grupp, H., Jaeckel, R., Jenschke, C., Munte, A., Pöttgen, S., Rösenberg, R. (2017): Schöne neue ASV-Welt? Ergebnisse einer Umfrage unter den ASV-Teamleitern. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 2. S. 35–42.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Beschluss über die Erstellung der Anlagen der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) vom 15.12.2016, www.g-ba.de/downloads/39-261-2808/2016-12-15_ASV-RL_Priorisierung-Erstellung-Anlage.pdf (Download am 22. Mai 2017).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2013a): Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V (ASV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses. www.g-ba.de/informationen/richtlinien/80/ (Download am 22. Mai 2017).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2013b): Eckpunkte zur Erstellung der Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL), Stand nach Plenum am 21. März 2013. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/ambulante_krankenhausleistungen/amb__spezialfach_aerztliche_versorgung/2013_03_21_KH_ambulant_ASV-RL_Eckpunkte.pdf (Download am 22. Juni 2017).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2013c): Pressemitteilung vom 21. März 2013: Erstfassung der Richtlinie ASV: Durchbruch auf dem Weg zur praktischen Umsetzung des neuen Versorgungsbereichs. www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/479/ (Download am 22. Mai 2017).
- GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017): Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit zu den

- Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie die Patientenversorgung. http://www.dkgev.de/media/file/55231.Anlage_ASV_Bericht_nach_§_116b_Abs._9_SGB_V.pdf (Download am 31. Juli 2017) Hess, R. (2015): Kommentierung zu § 116 b SGB V. In: Körner, A., Leitherer, S., Mutschler, B. (Hrsg.): Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Loseblatt, Stand 12/2016.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (2011): Pressemitteilung vom 29. Juni 2011: Köhler: Sektoren überwinden – aber nicht zu Lasten der niedergelassenen Vertragsärzte! Berlin.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (2016): Vereinbarung gemäß § 116 b Absatz 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, www.kbv.de/media/sp/ASV_AV.pdf (Download am 29. Mai 2017).
- Köhler, A. (2012): Sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung aus Sicht der KBV. Festsymposium anlässlich des 70. Geburtstages von Prof. Eberhard Wille, Konferenzpräsentation, 3. Mai 2012. Berlin.
- Leber, W. D. (2017): Fünf Jahre ASV – Erste Bilanz und Ausblick aus Sicht der Krankenkassen. 5 Jahre ASV – eine Bestandsaufnahme, 1. Februar 2017, Konferenzpräsentation, Bundesverband ASV. Berlin.
- Merten, M. (2017): Erfolgsgeschichten sehen anders aus, aber es gibt kleine Lichtblicke. In: ÄrzteZeitung online vom 9. Februar 2017, www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/asv/article/929119/asv-erfolgsgeschichten-sehen-anders-aber-gibt-kleine-lichtblicke.html (Download am 27. Juli 2017).
- Sachverständigenrat Gesundheit (2012): Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Berlin, 10. Juli 2012, Bundestagsdrucksache 17/10323. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/103/1710323.pdf> (Download am 30. Mai 2017).
- Straub, C. (2016): Versorgungssteuerung und Überwindung der Sektorengrenzen – Chancen für eine patientengerechtere Versorgung. BARMER Versorgungs- und Forschungskongress 2016, Konferenzpräsentation 17. Oktober 2016. Berlin.