Dr. med. Robert Dengler
Dipl.-Phys. Sonja Froschauer
Prof. Dr. rer. medic. Florian Kron

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) im Kontext der aktuellen gesundheitspolitischen Reformen

Zusammenfassung

Hintergrund: Im deutschen Gesundheitssystem führen nicht abgestimmte, teils konkurrierende Versorgungsstrukturen zu Versorgungsbrüchen sowie Fehlanreizen und Fehlversorgung mit vermeidbar höheren Kosten. Auch der Ambulantisierungsgrad bleibt hinter vergleichbaren Ländern zurück. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) sollte dies bei der Einführung im Jahr 2012 überwinden. Aktuell werden erneut Reformen implementiert bzw. diskutiert, die u.a. die Ambulantisierung vorantreiben sollen.

Methodik: Im Rahmen der Versorgungsforschungsstudie GOAL-ASV mit Förderung durch den Innovationsfonds wurden der Status quo, Hürden bei der Implementierung und Vorschläge zur Weiterentwicklung mittels einer multiperspektivischen Mixed-Methods-Studie evaluiert. Außerdem wurden die aktuellen Gesetzesinitiativen anhand der publizierten Inhalte der Regierungskommission sowie der bereits ins SGB V aufgenommenen Paragrafen analysiert.

Ergebnisse: Die ASV hat sich als neue Versorgungsform inzwischen etabliert. Im aktuellsten auswertbaren Quartal 1/2023 wurden in 20 Indikationsbereichen in 800 Teams 182.918 Versicherte von 39.000 Ärzten versorgt. Die Entwicklung der ASV wird aber durch bürokratische Hürden und Überregulierung gehemmt. Die jüngsten Ambulantisierungsinitiativen erscheinen unabgestimmt und parallel zur ASV.

Konklusion: Auch aktuell ist keine Harmonisierung in der Versorgungslandschaft zu erkennen, die Modelle tragen nicht zu einen am Patienten ausgerichteten, sektorübergreifenden Versorgungspfad bei.

Schlüsselwörter

Versorgungsstrukturen, Ambulantisierung, Patientenpfad, sektorale Trennung

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2548

Seit vielen Jahren mahnen Sachverständige an, die historisch entstandenen Sektorengrenzen und die damit zusammenhängenden Fehlanreize mit Versorgungsbrüchen und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen anzugehen und zu beseitigen (SVR 2012; SVR 2018; Nagel et al. 2017). Die hierzu im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) implementierten Versorgungsbereiche der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach § 95, die tagesklinische Behandlung nach § 115, die prä- und poststationäre Behandlung nach § 115a, das ambulante Operieren nach § 115b, die Ermächtigung nach § 116, die ambulante Behandlung am Krankenhaus (ABK) nach § 116b alter Fassung, die Hochschulambulanz nach § 117, die sozialpsychiatrischen Ambulanzen nach § 120, das Belegarztwesen nach § 121, die Disease-Management-Programme nach § 137f, die vormals integrierte und inzwischen besondere Versorgung nach § 140a SGB V, um nur einige zu nennen, haben weder die Beseitigung der parallelen Versorgungsstrukturen noch den Abbau der Sektorengrenzen oder die Angleichung der Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Räumen bewirkt (Dengler et al. 2018; Jacobs 2019; Wolf 2020). Da kaum eine Abstimmung oder Koordinierung zwischen diesen Systemen erfolgte, haben diese nicht synergistisch zusammenwirkenden Einzelmaßnahmen nicht zu der dringend erforderlichen Harmonisierung der Versorgungslandschaft und einem im OECD-Vergleich adäquaten Ambulantisierungsgrad (OECD 2021) beigetragen, sondern die Strukturen noch komplexer und für viele Beteiligte – Leistungserbringer und Patienten – undurchsichtiger gemacht. Mit der Novellierung des § 116b SGB V und der Implementierung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wurde zum 1.1.2012 ein erneuter Versuch unternommen, zumindest für Patienten mit seltenen Erkrankungen und solchen mit besonderem bzw. komplexem Krankheitsverlauf eine interdisziplinäre und sektorübergreifende Behandlung zu bewirken (Deutscher Bundestag 2011).

>> Die ASV löst mit einer Übergangsfrist von drei Jahren sukzessive die ABK ab. Sie beinhaltet erstmals einen einheitlichen Ordnungsrahmen für Kliniken und Praxen in der ambulanten Versorgung bezüglich Teilnahme, Qualitätssicherung und Vergütung. In diesem Artikel soll zum einen die ASV in ihrer zeitlichen Entwicklung dargestellt werden. Hierzu werden Daten aus der Evaluationsstudie GOAL-ASV, die im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Rahmen des Innovationsfonds durchgeführt wurde (G-BA 2022a), berichtet und die seither erfolgte Weiterentwicklung dargestellt. Zum anderen werden die aktuellen gesundheitspolitischen Aktivitäten bezüglich der Ambulantisierung, i.e. der neuen tagesstationären Behandlung im Krankenhaus, der Weiterentwicklung des ambulanten Operierens und stationsersetzender Eingriffe sowie der sektorengleichen Vergütung dargestellt und diskutiert.

Die Betrachtung erfolgt insbesondere im Hinblick auf die Umsetzung, die Harmonisierung zwischen den Konstrukten und den Patientenpfad.

Die ASV als interdisziplinäres und sektorübergreifendes Versorgungsmodell

Inhalte und Struktur

Die ASV wurde zum 1.1.2012 im § 116b SGB V verankert (Deutscher Bundestag 2011). Sie kommt für Patienten mit Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf (z. B. Tumorerkrankungen, rheumatologische Erkrankungen) sowie seltenen Erkrankungen bzw. Krankheiten mit geringen Fallzahlen (z. B. Mukoviszidose, Hämophilie) in Betracht. Bisher sind Regelungen für zwanzig Indikationsbereiche in Kraft getreten (G-BA 2023), der G-BA überführt sukzessive jedes Jahr zwei weitere Indikationsbereiche aus der ABK in die ASV. Die Versorgungsstruktur besteht aus interdisziplinären Teams mit einer Teamleitung, einem Kernteam sowie hinzuzuziehenden Ärzte, die Details werden vom G-BA in einer Richtlinie (ASV-RL) definiert (G-BA 2013). Teilnehmen können Krankenhausärzte sowie Vertragsärzte. Die Teilnahme ist den regionalen Erweiterten Landesausschüssen (ELA) anzuzeigen. Dabei sind personelle (Qualifikation, Mindestmengen) und strukturelle (Kooperationen, Teamstruktur, Notfallversorgung) Voraussetzungen nachzuweisen, wovon die Teilnahmemöglichkeit abhängt. Es existiert kein Zulassungsverfahren im engeren Sinne und keine Bedarfsplanung. Die Vergütung erfolgt derzeit nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) unbudgetiert.

Evaluation von Entwicklung und Status quo der ASV

Im Rahmen der Versorgungsforschungsstudie GOAL-ASV wurde die ASV von 2019 bis 2021 von einem Forschungskonsortium, bestehend aus der FOM Hochschule für Oekonomie & Management, dem Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie, dem Wissenschaftlichen Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen sowie dem Bundesverband ASV, evaluiert. Ziel war es, den aktuellen Stand, Hürden und Hemmnisse sowie die Inanspruchnahme zu untersuchen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung bzw. Optimierung zu erarbeiten. Der Ergebnisbericht ist inzwischen auf der Website des G-BA veröffentlicht (G-BA 2022a). Wir stellen hier Teilergebnisse der Studie vor, außerdem werden aktualisierte Daten ergänzt, die nach Abschluss der Evaluation erhoben wurden.

Grundlagen für die Studie waren die Daten der ASV-Servicestelle, die Anzeigenvordrucke aller 17 ELA, die Antworten einer strukturierten Befragung der ELA, Interviews mit ASV-Teamleitern sowie Patientenvertretungen, Befragungen von Ärzten und Klinikleitungen sowie Patienten. Des Weiteren wurden anonymisierte GKV-Routinedaten des GKV-Spitzenverbands sowie aus der German Pharmacoepidemiological Data Base (GePArD) (Pigeot und Ahrens 2008), Inzidenz- und Prävalenzzahlen des Robert Koch-Instituts (ZfKRD 2020), des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA 2021), die im Rahmen der Bereinigung nach § 87 SGB V Abs 1 ausgewertet werden, sowie im Rahmen der Bürokratiekostenabschätzung ermittelte Zahlen aus den Tragenden Gründen des G-BA (G-BA 2019) analysiert.

Ergebnisse

Status quo, Entwicklung, Zugangsverfahren

Die Zahl berechtigter ASV-Teams nimmt seit Inkrafttreten der ersten Konkretisierung im Jahr 2014 in den meisten Indikationen kontinuierlich zu und lag im Quartal 1/2023 bei 799. Häufig ist ein deutlicher Anstieg der ASV-Teams zum Zeitpunkt der Beendigung der Altgenehmigungen (ABK) zu vermerken. Abb. 1 zeigt die Gesamtentwicklung über alle Indikationen hinweg.

Zwischen Inkrafttreten einer Konkretisierung für einen Indikationsbereich und der Etablierung erster Teams vergehen zwischen vier und 36 Monate. Es fand sich eine große Varianz hinsichtlich Größe, Zusammensetzung sowie Sektor der ASV-Teams. Im Mittel sind 44 Ärzte in einem Team organisiert. 95% aller Teams sind sektorenübergreifend besetzt, der Anteil der Vertragsärzte über alle Indikationen hinweg beträgt 42%. Bei Rheuma (Erwachsene) und bei Sarkoidose stammt die Mehrheit aus dem vertragsärztlichen Sektor. Von den Teamleitungen sind 86% in einer Klinik, 9% in einer Praxis und 5% in einem MVZ tätig. Die Auswertung der im Internet verfügbaren Anzeigenvordrucke der 17 ELA ergab eine deutliche Heterogenität bezüglich der Anforderungen an die nachzuweisenden Dokumente. Dies betrifft die Benennung der hinzuzuziehenden Ärzte (namentlich oder institutionell), Art und Umfang der vorzulegenden Dokumente (Zeugnisse, organisatorische Anforderungen), der Mindestmengen (Selbsterklärung, Patientenlisten) sowie die Möglichkeit, den ELA zur Einsicht in das KV-Arztregister zu berechtigen. Auch ergaben sich deutliche Unterschiede in den Ablehnungsquoten sowie den Begründungen je ELA. Die Verfahrensdauer betrug zwischen ein und zwölf Monate.

Seit Beginn der ASV sind bis einschließlich Quartal 1/2023 insgesamt 1.871.544 Quartals-Patienten (Patienten, für die im Quartal mindestens von einem ASV-Arzt Leistungen abgerechnet wurden) von ca. 39.000 Ärzte in der ASV versorgt worden (die individuelle „Kopfzahl" von Patienten liegt niedriger, da sich die Behandlung in der Regel über mehrere Quartale erstreckt; die Zahl von individuellen Ärzten liegt ebenfalls niedriger, da dieselben Ärzte an mehr als einem ASV-Team teilnehmen können). In den letzten zur Analyse zur Verfügung stehenden vier Quartalen befanden sich 182.918 Versicherte pro Quartal in der ASV. Die Teams, Ärzte- und Patientenzahlen sind je nach Bundesland bzw. KV-Region sehr unterschiedlich verteilt (Abb. 2), mit den höchsten Zahlen pro 1 Mio. Einwohner in Schleswig-Holstein, Nordrhein, Hessen und Berlin, die geringste Durchdringung findet sich bisher in Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, in Mecklenburg-Vorpommern ist noch kein einziges Team etabliert. Die Unterschiede dürften u. a. auf die variierende Prüfpraxis der ELA, das Ausmaß der ABK-Bestimmungen sowie eine zu geringe Anzahl potenziell teilnahmefähiger Fachärzte zurückzuführen sein. Der Anteil der Patienten an der potenziellen Gesamtpopulation ist in Abb. 3 dargestellt. Die Durchdringung ist je nach Indikation ausgesprochen heterogen.

Das Ausgabenvolumen hat inzwischen (Stand 4. Quartal 2022) einen Umfang von 130.561.759 Euro für ASV-Leistungen bei teilnehmenden Vertragsärzten sowie 300.942.555 Euro für die Leistungen durch ASV-berechtigte Kliniken (inkl. der noch bestehenden Bestimmungen im Rahmen der ABK) erreicht (BMG 2022).

Motivation und Hürden

Noch nicht an der ASV Teilnehmende gaben als häufigste potenzielle Motivation eine Verbesserung in den Bereichen Überbrückung der Sektorengrenze, interdisziplinäre Versorgung, Kooperation mit anderen Fachärzte, Patientenversorgung sowie der abrechenbaren Leistungen an. Hemmnisse und Hürden betreffend führten diese (noch) nicht an der ASV Teilnehmenden und Krankenhausleitungen hauptsächlich den hohen organisatorischen Aufwand sowie fehlenden strategischen oder finanziellen Nutzen an.

Die an der ASV Teilnehmenden sahen vor allem den Patientennutzen, die Interdisziplinarität und strategische Wettbewerbsüberlegungen als Motivation. Der Wegfall der Altberechtigung (ABK) stellte bei einer Mehrheit der Befragten aus dem Kliniksektor ebenfalls eine wichtige Motivation dar. Bei den Niedergelassenen wurden monetäre Aspekte häufiger als wichtig oder sehr wichtig eingeschätzt als bei den Teilnehmenden der Kliniken. Die ASV-Teilnehmer bezeichneten als Hürden im Rahmen des Anzeigeverfahrens die vorgeschriebenen Fachrichtungen, die Vorhaltung aller erforderlichen Leistungen des Ziffernkranzes, die nötigen Qualitätsnachweise sowie die Entfernungsregelung von 30 Minuten zum Standort der Teamleitung. Insgesamt wurde das Anzeigeverfahren von der Mehrheit als unangemessen aufwändig sowie schlecht bzw. sehr schlecht bewertet. Bei knapp einem Viertel der befragten Teamleitungen dauerte es vom Bearbeitungsbeginn des Anzeigevordrucks bis zum positiven Bescheid bis zu vier Monate, bei etwas weniger als der Hälfte zwischen 5 und 12 Monate und bei 15% länger als ein Jahr. Während der ASV-Teilnahme ist der Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand nach Einschätzung der Befragten ein Haupthindernis, zusätzlich wurde u. a. auch ein unzureichendes Vergütungsspektrum – besonders bei seltenen Erkrankungen – angegeben.

Empfehlungen

Zur Weiterentwicklung und Optimierung der ASV wurden im Ergeb-

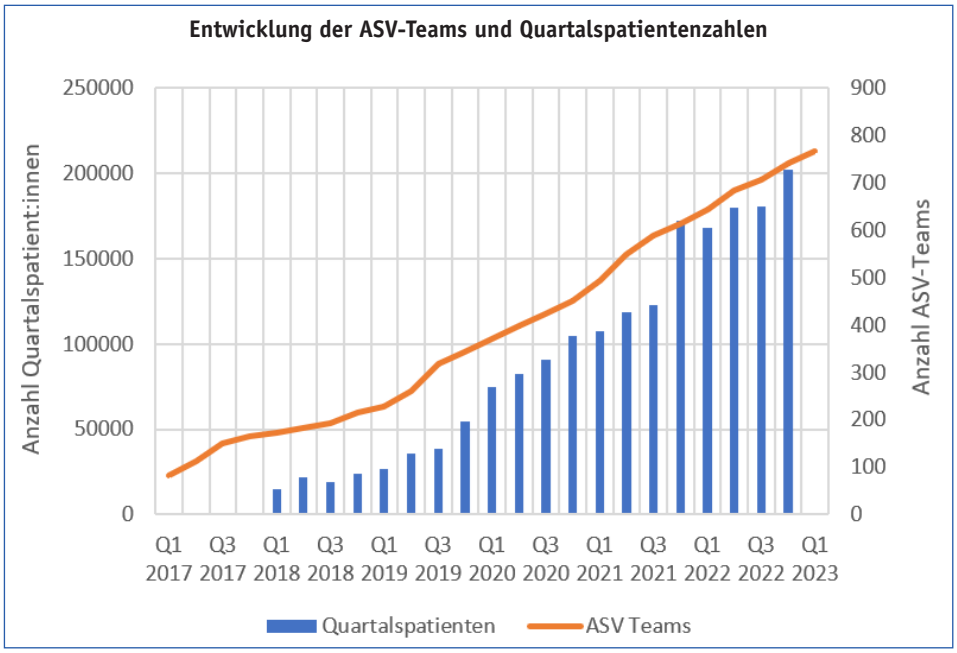


Abb. 1: Entwicklung der ASV-Teams und Patientenzahlen/Quartal (Quelle: ASV-Servicestelle, Stand Q1/2023, G-BA 2023a, Stand Q4/2022). Eigene Darstellung. Die Daten vor Q1 2017 werden nicht dargestellt, da die Zahlen bis dahin vernachlässigbar gering waren).

nisbericht der Studie eine Reihe von Empfehlungen zur Anpassung der ASV-RL ausgesprochen. So sollten Beratung und Verabschiedung der Konkretisierungen beschleunigt werden, was durch Verzicht auf die detaillierten Ziffernkränze in den Appendizes möglich wäre. Auch sollten neue EBM-Ziffern rascher in die ASV überführt werden. Das Anzeigeverfahren wäre deutlich zu vereinfachen, zu entbürokratisieren und ein bundesweites elektronisches Anzeigeformular wäre vorteilhaft. Als Qualitätssicherungsdokumente bei Klinikärzten sollten auch vorliegende Nachweise wie Urkunden, Weiterbildungsermächtigungen, und bestehende Zertifizierungen anerkannt werden. Art und Umfang der Nachweise sollten durch den G-BA bundeseinheitlich definiert werden. Die aktuelle Entfernungsregel von 30 Minuten vom Standort der Teamleitung sollte entfallen, um die Etablierung von ASV-Teams auch in ländlichen Regionen zu begünstigen.

Aktuelle Reformen zur Intensivierung der Ambulantisierung

Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe (AOP) nach § 115b SGB V

Durch eine Änderung des § 115b SGB V im Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) hatte der Gesetzgeber zum 1.1.2020 eine umfassende Überarbeitung des AOP-Katalogs angestoßen (Deutscher Bundestag 2019). Gemäß § 115 b Absatz 1 SGB V haben sich daraufhin zum 1.1.2023 der GKV-Spitzenverband (GKV-SV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf eine Neufassung der Abrechnung und einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte (AOP-Vertrag) sowie als Anlage auf eine Weiterentwicklung des Katalogs auf Grundlage eines Gutachtens des IGES-Instituts (Albrecht et al. 2022) verständigt. Die Gutachter schlugen 2.476 neue Leistungen auf der Basis von 208 OPS-Codes (Operationen- und Prozedurenschlüssel) vor, ein Plus um 86% auf insgesamt 5.355 Leistungen. Die meisten der für eine Erweiterung vorgeschlagenen Leistungen, rund 60% (1.482 Leistungen), sind Operationen. Zweithäufigste Leistungen sind mit 546 diagnostische Maßnahmen wie Endoskopien. Diese Leistungen wurden im Jahr 2019 rund 15 Millionen Mal vollstationär erbracht. Im neuen Bereich der stationsersetzenden (z. B. konservativen) Behandlungen empfehlen die Gutachter 65 DRGs (diagnosis related groups) für eine Aufnahme in den AOP-Katalog, unter anderem DRGs im Bereich der Strahlentherapie sowie konservativen Tumorbehandlungen. Auf diese Leistungen entfielen im Jahr 2019 insgesamt 632.786 jährliche stationäre Krankenhausbehandlungen. Um das Ambulantisierungspotenzial definieren zu können, wurden sog. Kontextfaktoren benannt (z. B. Allgemeinzustand, Krankheitsschwere, Beatmungstage etc.) die einer stationären Versorgung bedürfen. (Albrecht et al. 2022).

Tagesbehandlung im Krankenhaus nach § 115e SGB V

Mit dem am 2.12.2022 beschlossenen Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPflEG) trat zum 1.1.2023 die sog. tagesstationäre Behandlung mit der Änderung des § 39 SGB V und der Einführung des § 115e SGB V zum 1.1.2023 in Kraft. Seither können zugelassene Krankenhäuser in medizinisch geeigneten Fällen mit Einwilligung der Patienten anstelle einer vollstationären eine tagesstationäre Behandlung mit mindestens sechsstündiger Behandlung ohne Übernachtung erbringen. Die Abrechnung erfolgt nach DRG-Kodierung auf Basis des geltenden Fallpauschalenkatalogs durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Für die nicht anfallenden Übernachtungskosten ist pauschal ein Abzug von den für den vollstationären Aufenthalt insgesamt berechneten Entgelten vorzunehmen, der 0,04 Bewertungsrelationen (ca. 150) je Nacht entspricht, wobei der Abzug einen Anteil von 30 % der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt nicht überschreiten darf. Behandlungen unter sechs Stunden werden nicht als tagesstationäre Behandlung vergütet, sondern sind entsprechend der Systematik des § 39 SGB V als ambulante Behandlung abzurechnen. Gemäß dem Leitgedanken „ambulant vor stationär" dürfen Leistungen, die bisher ambulant im Krankenhaus erbracht und nach dem EBM vergütet werden können bzw. durch auf regionaler oder lokaler Ebene vereinbarte Pauschalen, nicht als tagesstationäre Leistung abgerechnet werden. Die Grenzverweildauern finden gleiche Anwendung wie bei Behandlung mit Übernachtung. Tage, an denen die Patienten nicht im Krankenhaus waren, werden bei der Ermittlung der Verweildauer und der Vergütung nicht berücksichtigt.

Sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V

Durch die im Rahmen des am KHPflEG geplante Einführung einer speziellen sektorengleichen Vergütung nach §115f SGB V (sog. Hybrid-DRG) für Leistungskomplexe, die im Rahmen des IGES-Gutachtens identifiziert wurden und nach § 115b SGB V grundsätzlich ambulant erbracht werden können, sollen die getrennten ambulanten und stationären Vergütungssysteme harmonisiert werden (Deutscher Bundestag 2022). Bisher ist die Bepreisung zwischen EBM und DRG – wie bereits erwähnt – sehr unterschiedlich. So werden z. B. am-

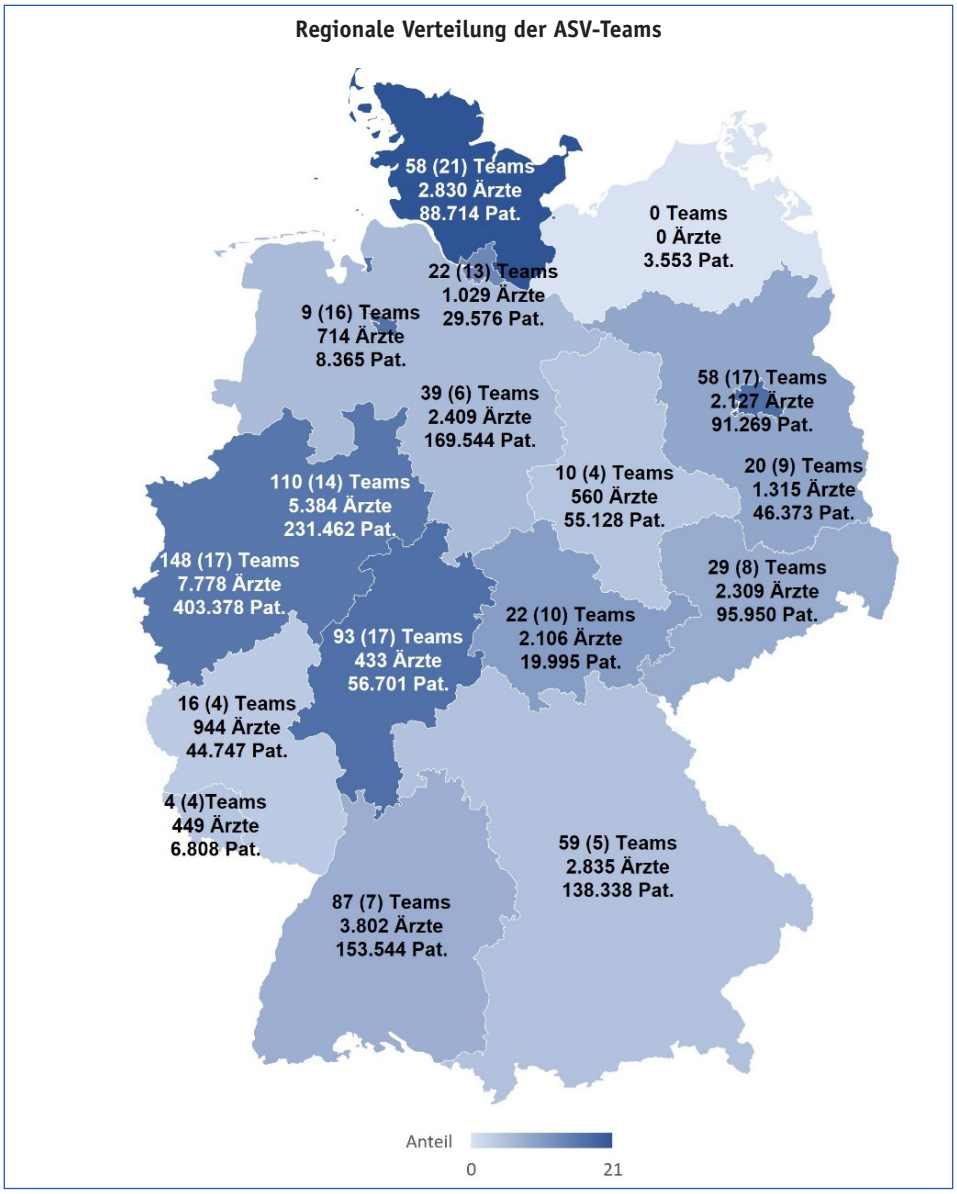


Abb. 2: Regionale Verteilung der ASV-Teams absolut, pro 1 Mio. Einwohner (in Klammer), sowie teilnehmender Ärzte und behandelter Quartalspatienten (jeweils absolute Zahlen) in den einzelnen Bundesländern bzw. KV-Bezirken. Die Intensität der Blaufärbung entspricht der Anzahl Teams pro 1 Mio. Einwohner. Datenquelle: G-BA 2023a; Statistisches Bundesamt 2022. Eigene Darstellung. Stand Q 1/2023.

bulante Leistungen der DRG-Gruppe R mit Major Diagnostic Category – MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen, derzeit im Mittel nach EBM (Kapitel 31) mit Euro 267, im DRG-System aber mit Euro 1.897 pro Patient und Quartal vergütet, entsprechend einem Unterschied um den Faktor 7,12 (Albrecht et al. 2022). Das neue System soll die Vergütung sektorengleich regeln, also unabhängig davon, ob die Leistung stationär oder ambulant oder im Krankenhaus oder der Vertragsarztpraxis erbracht wird. Hierzu ist parallel zu der Erweiterung des AOP-Katalogs im Rahmen eines vom Innovationsfonds geförderten Projektes „Einheitliche, Sektorenübergreifende Vergütung (ESV)“ unter Konsortialführung des Hamburg Center for Health Economics der Universität Hamburg ein konkreter Vorschlag vorgelegt worden (Schreyögg et al. 2022). Hier wurde eine Kalkulation aus Leistungskomplexen, z. B. Radiologie, Chirurgie, Anästhesie etc., vorgeschlagen. Die Abbildung des Schweregrads soll lt. ESV-Gutachten die im stationären DRG-System etablierten PCCL (patient clinical complexity level) berücksichtigen. Patientenschweregrade bzw. PCCL Werte von 0 – 1 (nichtkomplexe Situationen mit keinem oder geringem Schweregrad) sprächen für ambulante, PCCL ab 2 oder 3 für eine stationäre Versorgung. Die Höhe der Vergütung soll u. a. den aktuellen Ambulantisierungsgrad berücksichtigen. Folglich soll sich diese bei bislang überwiegend stationär durchgeführten Leistungen näher an DRG-Fallpauschalen und bei bislang überwiegend ambulant durchgeführten Prozeduren näher am EBM orientieren. In einer ersten Stufe soll die Vergütung in Form einer Pauschale erfolgen. In einem zweiten Schritt soll eine differenzierte Kalkulation nach dem Baukastenprinzip mit Konvergenz zum AOP-Katalog erfolgen. Die identifizierten DRGs werden aus der stationären Versorgung herausgelöst, können sodann nicht mehr im DRG-System abgerechnet werden. Die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist für das Folgejahr vorgesehen.

Der Gesetzgeber hatte die KBV, den GKV-SV und die DKG beauftragt, bis Ende März 2023 Leistungen aus dem AOP-Katalog auszuwählen, die mit sektorengleichen Pauschalen vergütet werden können, und die Höhe sowie den Inhalt der Leistungspauschalen zu vereinbaren. Die Verhandlungen hierzu waren dann gescheitert. Aktuell (Stand 1.8.2023) definiert daher das BMG im Rahmen der Ersatzvornahme einen Korridor für die Leistungen und die Vergütung.

Diskussion

Aus Versorgungssicht sind die Teilnahme von Leistungserbringern aus Klinik und Praxis, die Interdisziplinarität und die Teamstruktur der ASV einzigartig im Gesundheitswesen. Viele Aspekte der ASV (sektorengleiche Zugangsvoraussetzungen, Qualitätsanforderungen und Vergütung) beinhalten zudem bereits die Voraussetzungen für eine Zunahme der Ambulantisierung, (Dengler et al. 2022, Froschauer und Straub 2023). Die ASV hat sich inzwischen im Versorgungsalltag etabliert und wird durch die Erweiterung um jeweils zwei Indikationsbereiche pro Jahr weiter an Bedeutung gewinnen.

GOAL-ASV hat jedoch gezeigt, dass die vom Gesetzgeber intendierten Absichten wie Abbau der Zugangshürden, der regionalen Unterschiede, Wahrung der Behandlungskontinuität etc. (Deutscher Bundestag 2011) von bürokratischen Formalia überlagert werden. Der relativ hohe Aufwand bei der Anzeige hemmt die Teilhabe der niedergelassenen Ärzte, wie u. a. der inzwischen geringe Anteil von Niedergelassenen geleiteter ASV-Teams zeigt. Für einen Teil der Leistungserbringer, vor allem bei den hinzuzuziehenden Fachärzten sowie im Segment der seltenen Erkrankungen, führt der abrechenbare Ziffernkranz durch die geringen Patientenzahlen und fehlenden Ska-

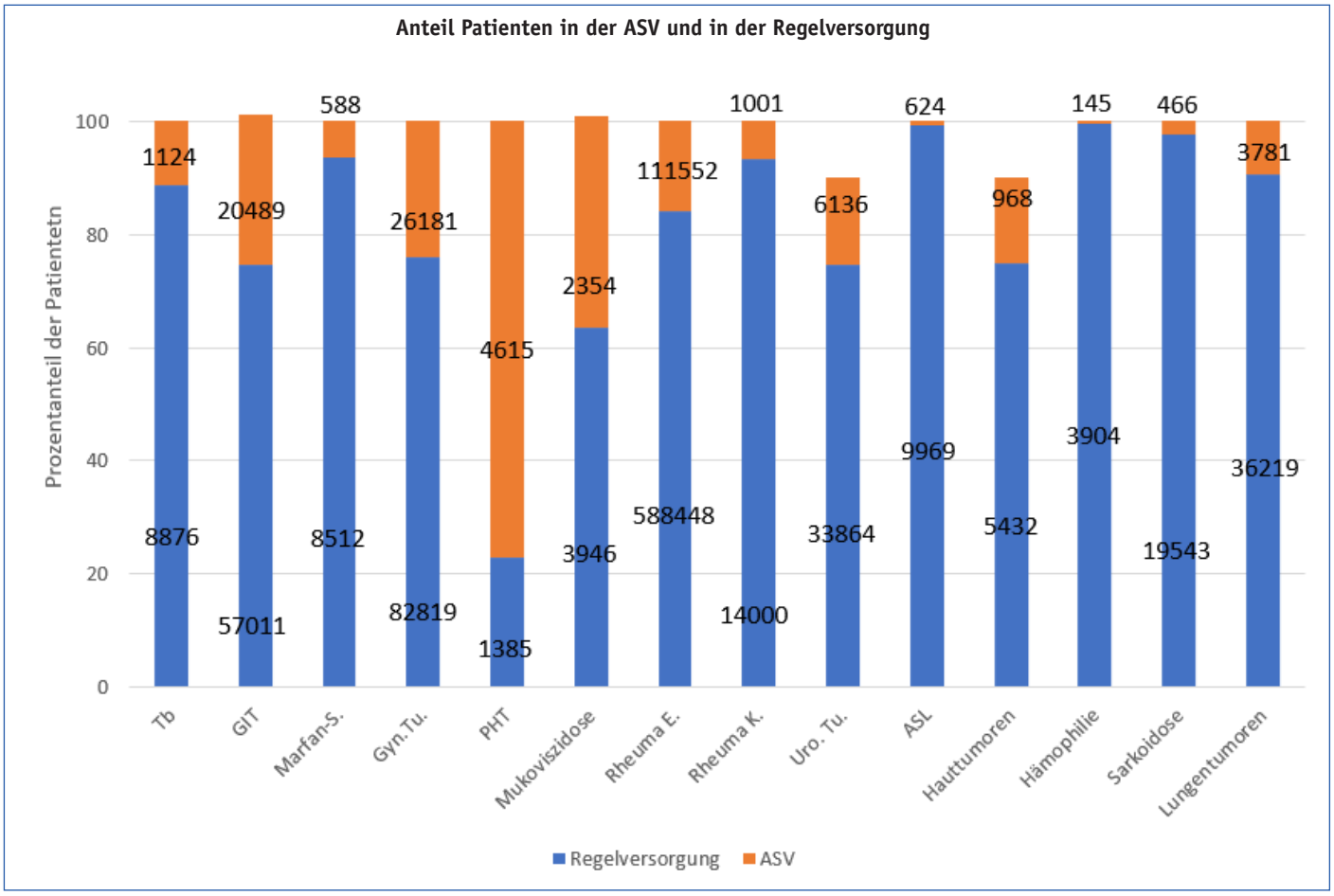


***Abb. 3: A**nteil Patienten in der ASV und in der Regelversorgung in Prozent sowie abgeschätzte absolute Patientenzahlen. Die Indikationsbereiche sind von der ersten 2014 (Tb) bis zur letzten 2019 (Lungentumoren) in Kraft getretenen Konkretisierung von links nach rechts gelistet. Legende: GIT = gastrointestinale Tumoren. PHT = pulmonale Hypertonie. ASL = ausgewählte seltene Lebererkrankungen. Datenquelle: G-BA 2023a; Dengler et al. 2022). Stand Q 1/2023.*

leneffekte zu einem ungünstigen Aufwand-/Ertragsverhältnis (Diel und Mertsch 2019, Dengler et al. 2022).

Die geringe Anzahl an ASV-Teams bei den seltenen Erkrankungen, die teilweise hinter den Bestimmungen im Rahmen der ABK zurückbleiben (Marfan-Syndrom, Mukoviszidose, Morbus Wilson), könnte darauf hinweisen, dass das Zugangsverfahren im Rahmen der ABK weniger aufwendig war und Behandlungsspektrum sowie Vergütung möglicherweise auskömmlicher. Da die ASV keinen Sicherstellungsaspekt beinhaltet, besteht die Gefahr einer Unterversorgung bei einem Teil der Patienten mit seltenen Erkrankungen.

Es ist ersichtlich, dass bezüglich des Anteils von ASV-Patienten an der potenziellen Gesamtpopulation kein klarer zeitlicher Zusammenhang zum Inkrafttreten der Konkretisierung zu erkennen ist (siehe Abb. 3). Über die Ursachen hierfür kann aktuell nur spekuliert werden; diese könnten in Verzögerungen bei der Bildung von ASV-Teams begründet sein, weil z. B. die benötigten Fachgruppen nicht zu finden sind (Dengler et al. 2022). Ferner könnten bei bereits gebildeten ASV-Teams Fehlanreize gegeben sein, die vorzugsweise eine stationäre Versorgung der Patienten begünstigen, wie z. B. beim Indikationsbereich Tuberkulose (Diel und Mertsch 2019). Hier könnten Versorgungsforschungsstudien mehr Klarheit schaffen.

Auch das gesetzlich vorgesehene Vergütungssystem für die ASV-Leistungen (§ 116b Absatz 6 Satz 3 SGB V) wurde bislang nicht entwickelt. Dies beeinträchtigt die Etablierung der ASV als echte flächendeckende Versorgungslösung.

Die ASV wird zudem durch die vielen angrenzenden, teilweise konkurrierenden, ambulanten und akutstationären Versorgungsbereiche in ihrer Entfaltung begrenzt, infrage kommende Patienten finden dadurch nicht immer in die für sie richtige Versorgungsform (Froschauer und Straub 2023). Dies liegt vor allem daran, dass die ASV in ein bestehendes System integriert wurde, ohne dabei die angrenzenden Versorgungsstrukturen und Sektoren zu berücksichtigen, „mitzudenken" und weiterzuentwickeln. So besteht u. a. keine Harmonisierung mit dem Belegarztwesen nach § 121 SGB V und bei der vor Kurzem in Kraft getretenen Novellierung des § 117 SGB V (Hochschulambulanzen) wurde festgelegt, dass der Leistungsbereich gemäß Abs. 1 S. 1 Nr. 2 in einem gleichen Rang zu anderen Formen der Leistungserbringung (insbesondere zu § 116b SGB V) steht.

Einige Empfehlungen aus GOAL-ASV wurden inzwischen berücksichtigt, u. a. wurde die multimodale Therapie als Voraussetzung zum Patienteneinschluss bei den onkologischen Indikationen gestrichen. Auch wurde die geforderte Anpassung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen vorgenommen, um Klinikärzten den Nachweis der erforderlichen Dokumente zu erleichtern (G-BA 2023a).

In der Aktualisierung der Appendizes vom März 2023 wurden darüber hinaus neue Abrechnungsziffern, z. B. für Gesprächsleistungen bei Mukoviszidosepatienten, berücksichtigt. Um eine möglichst zeitnahe Anpassung der Abrechnung nach gültigem EBM auch in der ASV sicherzustellen, berät der G-BA derzeit über eine Umstrukturierung des Verfahrens der jährlichen Appendixaktualisierung (G-BA 2023b).

Bezüglich der aktuellen Reformen zur Intensivierung der Ambulantisierung wird die Frage, ob die Ausweitung des AOP-Katalogs im

Rahmen des § 115b SGB V tatsächlich zu einer relevanten zusätzlichen Ambulantisierung führt, vor allem davon abhängen, welche Leistungen im zum 1.1.2024 vorgesehenen zweiten Schritt der Erweiterung des AOP-Katalogs definiert werden und wie die Vergütung im Rahmen des § 115f SGB V (Hybrid-DRG) aussehen wird. Die Ausweitung des AOP-Katalogs alleine wird „.... keine relevante Auswirkung auf die grundsätzlichen Umsetzungsschwierigkeiten haben" (BMG 2022b). Eine vermehrte Ambulantisierung dieser Leistungen ist erst zu erwarten, wenn die entsprechenden DRG-Leistungen aus der stationären Versorgung herausgelöst bzw. bereinigt und in den

Literatur

Albrecht, M./ Mansky, T./ Sandhorst M./ Schiffhorst, G. (2012): IGES-Gutachten nach §115b Abs. 1 SGB V (2022) https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/erweiterter-aop-katalog/index_ger.html. (abgerufen am 28. 7. 2023)

ASV-Servicestelle: ASV-Verzeichnis. https://www.asv-servicestelle.de. (zugegriffen am 1.7.2023)

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2022a): KV45 Statistik. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1_4_Quartal_2022_o_F.pdf. (zugegriffen am 28.7.2023)

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2022b): Zweite Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2022). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_REGKOM_Bericht_II_2022.pdf. (zugegriffen am 28.7.2023)

Dengler, R./Cassens, M. (2018): Neustrukturierung der fachärztlichen Behandlung am Beispiel der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV): ein kritischer Blick auf Inhalte, Ziele und Umsetzung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) 2018; 133 (4): 51-55

Dengler, R./ Straub, N./ Bredow, L./ Becker, J./ Hornschuch, M./ Riedel, O./ Haug, U./ Waldeyer, K./ Hermes-Moll, K./ Osburg, S./ Martin, J./ Walawgo, T./ Heidt, V./ Froschauer, S. (2022): Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV): Status quo, Herausforderungen, Perspektiven. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ). 147: 70-81

Deutscher Bundestag. Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 20.12.2019, Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 51, S. 2789 - 2816

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

Diel, R./ Mertsch, P. (2019): Intersectoral Cost of Treating Pulmonary Non-Tuberculosis Mycobacterial Disease (NTM-PD) in Germany—A Change of Perspective in Disease Management. International Journal of Environmental Research and Public Health 2019; 16, 3795

Froschauer, S./ Straub, C. (2023): Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung. In: Hartweg H.R. et al. (Hrsg.) (2023) Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement, Springer Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-31244-2_55-1 / (abgerufen am 30.7.2023)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). 2013: Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Richtlinie des G-BA über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach §116b SGB V). In: Bundesanzeiger (BAnz) AT vom 19.07.2013 B1.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). 2019. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Jährliche Anpassung der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und weitere Änderungen. Berlin 22. März 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). 2022a. GOAL-ASV – Evaluation der ASV-Richtlinie. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/305/2022-12-16_GOAL-ASV_Ergebnisbericht.pdf. (abgerufen am 19.7.2023)

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA). 2022b: Stellungnahme vom 08.11.2022 zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPflEG). BT-Drs. 20/3876

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). 2023a: Zahlenbericht des G-BA zum Prüfauftrag gemäß §116b Absatz 4 Satz 12 SGB V. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5963/2023-04-12_ASV-RL_Bericht_Kopf-oder_Halstumoren.pdf. (abgerufen am 30.7.2023)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). 2023 b: Jährliche Anpassung der Appendices an den EBM und weiterer Änderungen (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5948/2023-03-16_ASV-RL_Anpassung-Appendizes-an-EBM.pdf). (abgerufen am 30.7.2023)

Fürstenberg, T./ Gierling, P./ Laschat, M. (IGES-Institut): Überprüfung der Auswirkungen der Regelungen über Mindestmengen gemäß § 6 Abs. 5 Satz 2 der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (ABK-RL). Abschlussbericht. Berlin. Juli 2012. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1586/2012-10-18_ABK-RL_Abschlussbericht-IGES.pdf. (abgerufen am 30.7.2023)

Institut des Bewertungsausschusses (InBA): Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 420. Sitzung, zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 560. Sitzung zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß §116 b Abs, 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit §87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 2/2021. Berlin. https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2021-05-03_ba560.pdf (abgerufen am 30.7.2023)

Jacobs, K. (2019): Aus Erfahrung lernen: Versorgungsgestaltung braucht ein stimmiges Konzept. G+G Wissenschaft; 19 (1): 23-26

Nagel, E./Neukirch, B./ Schmid A./ Schulte, G. (2017): Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Gutachten für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung. Berlin, 31. Mai 2017

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Germany: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. https://www.oecd.org/health/country-health-profiles-eu.htm (abgerufen am 30.7.2023)

Pigeot, I./ Ahrens, W. (2008): Establishment of a pharmacoepidemiological database in Germany: Methodological potential, scientific value and practical limitations. Pharmacoepidemiology and Drug Safety. 17: 215-223.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. https://dserver.bundestag.de/btd/17/103/1710323.pdf. (abgerufen am 15.7.2023)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2018/2019. Achtes Kapitel: Über Wettbewerb mehr Effizienz im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Sachverständigenrat, 385-438. https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg201819/JG2018-19_gesamt.pdf (abgerufen am 27.7.2023)

Schreyögg J. für Hamburg Center for Health Economics, BKK Dachverband e.V., Deutsches Krankenhausinstitut, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2022): ESV – einheitliche sektorengleiche Vergütung. https://www.hche.uni-hamburg.de/dokumente/20220920-esv-finale-fassung-v1-1.pdf. 20.9.2022. (abgerufen am 1. 8.2023)

Sehy, H./ Riese, C. (2023): Die „Tagesbehandlung im Krankenhaus". An der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung. Das Krankenhaus 1-23, 34 – 37

Statistisches Bundesamt. Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag. https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=12411-0010&bypass=true&levelindex=1&levelid=1626423075504#abreadcrumb (abgerufen am 26. 7.2023)

Stock, S. (2015): Integrated ambulatory specialist care – Germany's new health care sector. New England Journal of Medicine 2015; 372 (19): 1781-1785

Wolf, S. (2020): Vom Nutzen sektorübergreifender Versorgung. In: Intersektorale Versorgung (Hahn, U./ Kurscheid, C. (Hrsg.) (2020) Springer Gabler Wiesbaden, 3-10. https://doi.org/10.1007/978-3-658-29015-3

Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut: Datenbankabfrage mit Schätzung der Inzidenz, Prävalenz und des Überlebens von Krebs in Deutschland auf Basis der epidemiologischen Landeskrebsregisterdaten. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe1_node.html. (abgerufen am 15.11.2021)

§ 115 f SGB V überführt werden. Entscheidend ist auch, welche Krankenhäuser die verbleibenden stationären Behandlungen auf welchem Qualitätsniveau durchführen. Es ist zu hoffen, dass die in Vorbereitung befindlichen Qualitätsanforderungen hier zu einer Bereinigung führen.

Bei der tagesstationären Behandlung in Krankenhäusern gemäß dem neuen § 115e SGB V bleibt abzuwarten, inwiefern die Kliniken diese freiwillige Option nutzen. Die Voraussetzungen für eine Tagesbehandlung sind so unbestimmt, dass mit einer Vielzahl von Rechtsstreitigkeiten über deren Vorliegen im Einzelfall zu rechnen ist (G-BA 2022). Das maßgebliche Kriterium „mindestens sechsstündige ärztliche oder pflegerische Behandlung" dürfte in Praxis und Rechtsprechung zu Unsicherheiten und Verwerfungen führen, nicht nur, was die Abgrenzung zur vollstationären Versorgung angeht, sondern auch zu anderen Behandlungsformen wie der teilstationären Versorgung, der stationsersetzenden Eingriffe gemäß § 115b SGB V und allen ambulanten Formen, für die der EBM Abrechnungsmöglichkeiten von mehr als sechs Stunden vorsieht. Außerdem bestehen haftungsrechtliche Risiken (G-BA 2022b, Sehy & Riese 2023). Zu Recht weist die Begründung im § 115e darauf hin, dass bei Patienten, bei denen die erforderliche häusliche Versorgung über Nacht nicht sichergestellt ist, keine tagesstationäre Behandlung erfolgen kann. Daraus folgt auch die Notwendigkeit, dass das Krankenhaus sich ein Bild über die häusliche Versorgungslage verschaffen muss, was in der Praxis nur durch die Angaben der Patienten erfolgen kann. Dies macht ein umfassendes Aufklärungsgespräch erforderlich (Sehy & Riese 2023).

Darüber hinaus dürfte die Entscheidung des Krankenhauses, die Patienten nicht über Nacht zu versorgen, regelmäßig mit hohem logistischen Aufwand verbunden sein, der das potenziell aufgrund der fehlenden Übernachtung freisetzbare Personal wieder binden würde. Die Patienten müssen täglich entlassen und am Folgetag wieder aufgenommen werden. Zusätzlich muss Personal vorgehalten werden, um Patienten mit Problemen nach der Entlassung nachts wieder aufnehmen zu können.

Fazit

Zusammenfassend zeigt sich insgesamt leider einmal mehr, dass der eigentlich erforderliche und von den meisten Experten bzw. Sachverständigen seit Jahren geforderte klare Schnitt mit einer fundamentalen Umorientierung und Harmonisierung der bestehenden Strukturen auch aktuell aussteht. Jedenfalls sind die jetzt eingeführten Konstrukte nicht mit den vielen bereits bisher bestehenden ambulanten Modellen, darunter auch der ASV, abgestimmt. Dies führt zu noch heterogeneren und unübersichtlicheren Versorgungsstrukturen, die sogar untereinander konkurrieren. Damit steigt auch die Gefahr, dass der Wettbewerb um Patienten monetär und nicht nach der Behandlungsqualität ausgerichtet wird. Der „Dschungel" von ambulanten Behandlungsoptionen wird um weitere kleinteilige Angebote noch komplexer und undurchsichtiger, vor allem aus Sicht der Patienten.

Die Möglichkeiten der Erweiterung für Krankenhäuser, Patienten ambulant zu versorgen, wie sie die §§ 115b, e und f SGB V beinhalten, treffen außerdem häufig auf bestehende Krankenhausprozesse, die nicht auf eine ambulante und in dieser Hinsicht ressourcensparende Leistungserbringung in großem Stil ausgelegt sind. Daher braucht es in vielen Fällen eine Anpassung der Prozesse und der Infrastruktur im Krankenhaus, was Zeit in Anspruch nimmt.

In einer konsequenten Entwicklung hin zu einer sektorenübergreifenden und interdisziplinären Versorgung im Sinne eines Patientenpfads ohne Brüche sollten also Leistungsbereiche wie die ASV nicht isoliert betrachtet, sondern in ein übergeordnetes Gesamtkonzept eingebettet werden. Im Zuge der aktuell angestoßenen Reformen an der Schnittstelle des ambulanten und akutstationären Versorgungsbereiches könnte der ASV-Ansatz sinnvoll als sektorenübergreifendes Modell gestärkt und weiterentwickelt werden.

Limitationen

In der GOAL ASV-Studie war die Abschätzung der potenziell für die ASV qualifizierenden Versicherten aufgrund eingeschränkt verfügbarer Daten zur Versorgungsrealität, insbesondere aus Versorgungsbereichen außerhalb der Regelversorgung wie z. B. vor- und nachstationäre Versorgung (§ 115a SGB V), Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V), besondere Versorgung (§ 140a SGB V) etc., mit Unwägbarkeiten behaftet. Bei den beantworteten Umfragen unter den Leistungserbringer fand sich ein Ungleichgewicht zwischen den an der ASV teilnehmenden und den nichtteilnehmenden Ärzten, welches durch die unterschiedlichen Rücklaufquoten bedingt ist. <<

The outpatient specialist medical care in the context of current health policy reforms

Background: In the German health care system, uncoordinated, sometimes competing care structures lead to breaks in care, false incentives and wrong supply with avoidably higher costs. The degree of outpatient treatment also lags behind comparable countries. Outpatient specialist medical care (ASV) should overcome these drawbacks. Reforms are currently being implemented again, which, among other things, are intended to promote outpatient treatment.

Methodology: Within the framework of the research study GOAL-ASV with funding by the innovation fund the status quo and obstacles to implementation in ASV were analyzed and suggestions for further development provided by a multi-perspective mixed- methods study. The current legislative initiatives were analyzed based on the published content of the government commission and the paragraphs already included in SGB V.

Results: The ASV has now established itself as a new outpatient, cross-sectoral form of care. In the last analyzable period, the first quarter of 2023, 182.918 patients were quarterly treated by 39,000 doctors in 20 indications in over 800 teams. However, the development is hampered by bureaucratic hurdles and over-regulation. The current health policy legislative initiatives to improve outpatient care appear to be uncoordinated with the ASV.

Conclusion: The data suggest that there is currently no harmonization in the care landscape either, the models do not contribute to a continuous cross-sectoral patient path.

Keywords

Health care structures, outpatient care, patient journey

Zitationshinweis

Dengler, R., Froschauer, S., Kron, F.: „Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) im Kontext der aktuellen gesundheitspolitischen Reformen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/23), S. 63–70. http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2548

Förderung

Das Versorgungsforschungsprojekt GOAL-ASV wurde durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (Förderkennzeichen: 01VSF19002) gefördert. Der Förderer nahm keinerlei Einfluss auf die Datenerfassung, -auswertung, -analyse oder das Verfassen von Manuskripten.

Autorenerklärung

Robert Dengler und Sonja Froschauer sind Vorstände des Bundesverbands ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Grünwald bei München. Florian Kron ist Managing Director und CEO der Vitis Healthcare Group Köln. Der Artikel entstand ohne finanzielle Förderung.



Dr. med. Robert Dengler ORCID: 0000-0002-8801-9499
ist Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie. Er war Professor für Gesundheitsmanagement an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management am Institut für Gesundheit & Soziales (ifgs). Bis 2022 leitete er das Versorgungsforschungsprojekt GOAL-ASV im Rahmen des Innovationsfonds. Er ist Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes ambulante spezialfachärztliche Versorgung (BV-ASV). Kontakt: Robert.Dengler@bv.asv.de



Dipl.-Phys. Sonja Froschauer ORCID: 0000-0003-3534-4850
studierte Physik mit dem Nebenfach vorklinische Medizin. Sie war lange in der KV Bayerns tätig, zuletzt als Leiterin der Stabsstelle fachärztliche Strategie und Versorgung sowie Bereichsleiterin Versorgung. Sie ist Partnerin der Libertamed GmbH sowie geschäftsführender Vorstand des BV-ASV. Sie ist zudem Geschäftsführerin der BDRh Service GmbH und des Bundesverbands Deutscher Rheumatologen (BDRh) e.V. sowie geschäftsführender Vorstand der Deutschen Cysinose Stiftung. Kontakt: Sonja.Froschauer@bv-asv.de



Prof. Dr. rer. medic. Florian Kron ORCID: 0000-0003-4907-7490
ist Gründer und CEO der Vitis Healthcare Group und Mitarbeiter im Bereich Innovative Versorgung am Centrum für integrierte Onkologie, Strategisches Controlling der Klinik I für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln. Zudem ist er Professoxr für Gesundheitsmanagement an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management, Köln. Aktuell ist er Konsortialpartner des Versorgungsforschungsprojekts DigiNet im Rahmen des Innovationsfonds. Kontakt: F.Kron@vitis-healthcare.com