

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 18/7407 –**

Patientennutzen, Relevanz und Wirkungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV)

Vorbemerkung der Fragesteller

Zum 1. Januar 2012 wurde in § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) die so genannte ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) eingeführt. Ziel der Bundesregierung war es, für Patientinnen und Patienten mit HIV/Aids, Krebs, Multipler Sklerose und anderen schweren oder seltenen Erkrankungen eine interdisziplinäre Behandlung durch Teams von Ärztinnen und Ärzten aus Krankenhäusern und dem ambulanten Bereich zu ermöglichen.

Im Vorfeld der Einführung der ASV bestand darüber hinaus die Hoffnung, in einem neuen Versorgungsbereich die Möglichkeit zur Sektor übergreifenden und stärker wettbewerblichen Versorgung auszuprobieren, wie es beispielsweise der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinem Sondergutachten 2012 empfohlen hatte. Eine solche Strukturinnovation war vom Gesetzgeber jedoch nicht gewollt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat bislang fünf krankheitsspezifische Regelungen für die ASV verabschiedet, von denen drei bereits in Kraft getreten sind. Diese Konkretisierungen bestehen für Tuberkulose, gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle, das Marfan-Syndrom, gynäkologische Tumore sowie die pulmonale arterielle Hypertonie.

Eine regelhafte Evaluation der ASV ist nicht vorgesehen. Insofern ist offen, ob die durch den damaligen Gesetzgeber beabsichtigten Wirkungen eingetreten sind, wie relevant die ambulante spezialfachärztliche Versorgung für den Versorgungsalltag der Patientinnen und Patienten ist, ob tatsächlich eine Verbesserung der Versorgung eingetreten ist und welche Kostenwirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung entstanden sind.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung verfolgt nachdrücklich die bereits mit dem 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) formulierten Ziele der

ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Es soll schrittweise ein sektorenverbindender Versorgungsbereich etabliert werden, in dem Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte sowie niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte unter gleichen Qualifikationsvoraussetzungen und einheitlichen Bedingungen die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderen Krankheitsverläufen oder seltenen Erkrankungen sowie hochspezialisierte Leistungen erbringen können. Für Patientinnen und Patienten mit seltenen oder komplexen, schwer therapierbaren Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern, soll dadurch eine qualitativ hochwertige Versorgung zur Verfügung stehen.

Schon in der Gesetzesbegründung zum GKV-VStG wurde darauf hingewiesen, dass die Bildung dieses ambulanten spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs nicht unmittelbar, sondern stufenweise und im Wesentlichen determiniert durch die zukünftige Ausgestaltung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfolgen wird. Den allgemeinen Rechtsrahmen der ASV hat der G-BA in der entsprechenden Richtlinie zwar bereits im Jahr 2013 beschlossen. Jedoch erst nach den folgenden indikationsbezogenen Konkretisierungen können Leistungserbringer gegenüber den erweiterten Landesausschüssen (eLA) ihre Teilnahme an der ASV anzeigen und die betroffenen Patientinnen und Patienten im Rahmen der ASV behandeln. Die ersten krankheitsspezifischen Richtlinienbeschlüsse zu den seltenen Erkrankungen Tuberkulose und atypische Mykobakteriose und im onkologischen Bereich zu den gastrointestinalen Tumoren/Tumoren der Bauchhöhle sind im April bzw. im Juli 2014 in Kraft getreten. Im Juni 2015 ist der Richtlinienbeschluss für das Marfan-Syndrom in Kraft getreten. Weitere krankheitsspezifische Richtlinienbeschlüsse für gynäkologische Tumore und für pulmonale Hypertonie werden voraussichtlich im Jahr 2016 folgen. In der Gesamtschau hat die ASV damit eine zwar steigende, aber wegen der kurzen Zeit in der Versorgungspraxis und der noch auf wenige Krankheiten beschränkten Konkretisierungen noch begrenzte Versorgungsrelevanz. Insofern bleibt die weitere Entwicklung abzuwarten.

Die Bundesregierung weist jedoch darauf hin, dass – anders als es die Fragesteller in ihrer Vorbemerkung ausführen – eine regelhafte Evaluation der ASV gesetzlich vorgesehen ist. Der Gesetzgeber hat in § 116b Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ausdrücklich geregelt, dass die Auswirkungen der ASV auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung nach fünf Jahren erstmals zu bewerten sind. Gegenstand der Bewertung sind insbesondere der Stand der Versorgungsstruktur, der Qualität sowie der Abrechnung der Leistungen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auch im Hinblick auf die Entwicklung in anderen Versorgungsbereichen. Die Ergebnisse der Bewertung sind dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zum 31. März 2017 zuzuleiten. Diese Bewertung und die Berichtspflicht obliegen dem Spitzenverband Bund, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemeinsam. Außerdem wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), das am 23. Juli 2015 in Kraft getreten ist, der G-BA regelhaft verpflichtet, spätestens jeweils zwei Jahre nach dem Inkrafttreten eines Richtlinienbeschlusses, der für onkologische oder rheumatologische Erkrankungen getroffen wurde, die Auswirkungen dieses Beschlusses hinsichtlich Qualität, Inanspruchnahme und Wirtschaftlichkeit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung dieses Beschlusses zu prüfen und über das Ergebnis der Prüfung dem BMG zu berichten (vgl. § 116b Absatz 4 Satz 12 und 13 SGB V). Mit dieser Regelung wird die oh-

nehin bestehende allgemeine Pflicht des G-BA konkretisiert, die Auswirkungen seiner Beschlüsse zu beobachten und gegebenenfalls erforderliche Anpassungen vorzunehmen. Weil die genannten erstmaligen Berichtszeiträume derzeit noch laufen, liegen der Bundesregierung noch keine abschließenden Ergebnisse vor.

1. a) Wie viele Patientinnen und Patienten sind nach Kenntnis der Bundesregierung von den bereits durch den G-BA konkretisierten Indikationen etwa jeweils betroffen (bitte ungefähre Anzahl getrennt nach Indikationen darstellen), und wie viele von ihnen werden bereits nach Kenntnis der Bundesregierung im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung behandelt (bitte Anzahl einzeln nach Indikationen darstellen)?
- b) Wenn die Bundesregierung keine Angaben zur Zahl der in der ASV behandelten Patientinnen und Patienten besitzt, auf welcher Grundlage bewertet sie die Versorgungsrelevanz der ASV?

Folgende, vom GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellte, Zahlen beziehen sich auf die drei bereits in Kraft getretenen krankheitsspezifischen Richtlinienbeschlüsse des G-BA zu Tuberkulose, gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle sowie das Marfan-Syndrom:

- Tuberkulose: Inzidenz im Jahr 2013 4 488 (RKI, 2015),
- gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle, jeweils 2012 (RKI u. GEKID, 2015; Inzidenzen pro Jahr):
 - Speiseröhre (C15): Inzidenz 6 540; 5-Jahres-Prävalenz 11 200,
 - Magen (C16): Inzidenz 15 640; 5-Jahres-Prävalenz 33 700,
 - Dünndarm (C17): Inzidenz 2 180,
 - Darm (C18-C21): Inzidenz 62 230; 5-Jahres-Prävalenz 213 400,
 - Leber (C22): Inzidenz 8 580; 5-Jahres-Prävalenz 10 800,
 - Gallenblase und Gallenwege (C23–C24): Inzidenz 4 950; 5-Jahres-Prävalenz 7 500,
 - Bauchspeicheldrüse (C25): Inzidenz 16 730; 5-Jahres-Prävalenz 15 900,
 - Mesotheliom (C45): Inzidenz 1 560; 5-Jahres-Prävalenz 2 200,
 - Weichteilgewebe ohne Mesotheliom (C46–C49): Inzidenz 3 510; 5-Jahres-Prävalenz 11 900,
 - Schilddrüse (C73): Inzidenz 6 210; 5-Jahres-Prävalenz 28 400,
 - Nebenniere u. andere endokrine Drüsen (C74 und C75): Inzidenz 500,
 - nicht gelistet: C80, C76, C26,
 - Gesamtinzidenz der gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle: 128 630,
- Marfan-Syndrom: Anzahl der Erkrankten 8 000 (vgl. www.marfan.de/ueberblick-zum-marfan-syndrom.html).

Nach Auskunft des GKV-Spitzenverbandes sind im Rahmen der ASV bezüglich der drei bereits in Kraft getretenen krankheitsspezifischen Richtlinienbeschlüsse des G-BA in Behandlung:

- Tuberkulose: Q1/2015 – 38 Patienten, Q2/2015 – 43 Patienten, Q3/2015 – 221 Patienten,

- gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle: Q2/2015 – 17 Patienten, Q3/2015 – 113 Patienten,
- Marfan: bisher keine ASV-Teams vorhanden.

2. Inwieweit hat sich die Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten nach Ansicht der Bundesregierung durch die ASV verbessert?

Auf welcher Grundlage kommt die Bundesregierung zu ihrer Einschätzung?

Die ASV ist auf die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten gerichtet, die eine je nach Krankheit spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Der G-BA regelt in der ASV-Richtlinie dafür die nähere Ausgestaltung dieses Versorgungsbereichs, u. a. den Behandlungsumfang, die sächlichen und personellen Anforderungen sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung und an die regelmäßige Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern. Die Teilnahme an der ASV setzt danach regelmäßig krankheits- und leistungsspezifische Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzqualifikation der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mit entsprechendem Erfahrungswissen (einschließlich Vorgaben für Mindestmengen), die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team, das Vorhalten bestimmter Bereiche (z. B. Intensivstation, Notfalllabor, bildgebende Diagnostik, 24-Stunden-Notfallversorgung, Barrierefreiheit), den Einbezug weiterer Berufsgruppen wie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, den Abschluss entsprechender Kooperationsvereinbarungen usw. voraus. Leistungserbringer der ASV müssen die Erfüllung dieser Anforderungen gegenüber den erweiterten Landesausschüssen (eLA) belegen. Damit gewährleistet die ASV eine besonders qualifizierte und koordinierte fachärztliche Patientenversorgung unter Vermeidung von Schnittstellenproblemen zwischen den ambulanten und stationären Versorgungssektoren. Durch gezieltere Diagnostik und bedarfsgerechtere Behandlung der von komplexen, schwer therapierbaren Krankheiten betroffenen Patientinnen und Patienten kann eine im Vergleich zu klassischen Versorgungsformen effizientere Versorgung erreicht werden.

Darüber hinaus verweist die Bundesregierung auf die Ergebnisse der künftigen Evaluation nach § 116b Absatz 9 SGB V. Sie umfasst auch die Auswirkungen der ASV auf die Patientenversorgung. Die Ergebnisse der gemeinsamen Bewertung des GKV-Spitzenverbandes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sind dem BMG bis zum 31. März 2017 zuzuleiten.

3. Welche weiteren Erkrankungen sollen nach Kenntnis der Bundesregierung in die ASV integriert werden, und zu welchem Zeitpunkt?

Der Gesetzgeber hat in § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 3 SGB V näher normiert, für welche Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierten Leistungen der G-BA das Nähere zur Ausgestaltung der ASV zu regeln hat. Darüber hinaus ergänzt der G-BA nach § 116b Absatz 5 SGB V den gesetzlichen Katalog auf Antrag eines seiner Unparteiischen, einer seiner Trägerorganisationen oder der Patientenvertretung.

Zur Erfüllung dieser gesetzlichen Aufgaben hat der G-BA mit Beschluss vom 21. März 2013 entschieden,

- zunächst die Anlagen der bisherigen Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V a. F. (bis zum 31. Dezember 2011) in die neue Richtlinie für die ASV zu überführen,
- grundsätzlich stets parallel zu einer komplexen Erkrankung der Fallgruppe gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V sowie zu einer seltenen Erkrankung der Fallgruppe gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 zu beraten sowie
- die Bearbeitungsreihenfolge der jeweils ersten fünf Erkrankungen in den beiden vorgenannten Fallgruppen festzulegen.

Der G-BA hat im Dezember 2015 und Januar 2016 die Anpassung der bestehenden krankheitsspezifischen Beschlüsse der ASV-Richtlinie an das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) sowie eine Harmonisierung der Regelungen über alle bereits beschlossenen Anlagen hinweg beschlossen. Danach plant der G-BA, die Beratungen zu den onkologischen Erkrankungen fortzusetzen bzw. en bloc abzuschließen. Darüber hinaus besteht nach Auskunft des G-BA auch seitens der Patientenvertretung ein hohes Interesse, weitere Erkrankungen in die ASV einzuschließen. Vor diesem Hintergrund beabsichtigt der G-BA, den bisherigen Beschluss zur Bearbeitungsreihenfolge zeitnah im laufenden Jahr 2016 erneut zur Diskussion zu stellen und ggf. anzupassen.

4. Welche Probleme in der Umsetzung der ASV sieht die Bundesregierung, und was plant sie dagegen zu unternehmen?
5. Welche Notwendigkeiten der Weiterentwicklung und Optimierung der ASV sieht die Bundesregierung, und was plant sie zu unternehmen?

Die Fragen 4 und 5 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Mit dem GKV-VSG, das am 23. Juli 2015 in Kraft getreten ist, hat der Gesetzgeber auf die bestehenden praktischen Probleme bei der Umsetzung der ASV reagiert und die gesetzlichen Regelungen zur ASV entsprechend angepasst. Das betrifft insbesondere für onkologische und rheumatische Erkrankungen den Verzicht auf die gesetzliche Voraussetzung einer besonders schweren Verlaufsform, um allen bereits nach der Vorgängervorschrift des § 116b SGB V a. F. in der ASV versorgten Patientinnen und Patienten eine weitere kontinuierliche Versorgung zu ermöglichen. Für Krankenhäuser, die sich bereits nach der Vorgängervorschrift des § 116b SGB V a. F. zur „Ambulanten Behandlung im Krankenhaus“ an der Versorgung beteiligten, wurde zudem eine Übergangsregelung von drei Jahren nach Inkrafttreten der jeweiligen Richtlinienbeschlüsse geregelt (vgl. auch die Antwort zu Frage 15). Darüber hinaus wurden u. a. die Berechnung der Nachweisfristen im Anzeigeverfahren gegenüber den eLA klargestellt, die Mitberatungsrechte der Patientenvertretung und der obersten Landesbehörden auch im gesetzlich verkleinerten Gremium der eLA gesichert und regelmäßige Berichtspflichten des G-BA zu den Auswirkungen seiner Beschlüsse bei onkologischen und rheumatischen Erkrankungen insbesondere hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit der Mengen- und Kostenentwicklungen eingeführt.

Im Übrigen wird die Bundesregierung die Ergebnisse der gemeinsamen Bewertung des GKV-Spitzenverbandes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach § 116b Absatz 9 SGB V, die dem BMG bis zum 31. März 2017 zuzuleiten sind, bei der Entscheidung über künftige Maßnahmen zur Weiterentwicklung der ASV berücksichtigen.

6. Wie beurteilt die Bundesregierung die Empfehlung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), für den Bereich der ASV selektive Vertragsoptionen für die gesetzlichen Krankenkassen zu schaffen (vgl. SVR-Sondergutachten 2012, S. 274 f.)?

Die Ausweitung der selektivvertraglichen Möglichkeiten der Krankenkassen war ein generelles Anliegen des SVR-Sondergutachtens 2012. Den Bereich der ASV hielt der Sachverständigenrat dabei für besonders geeignet, um erste Erfahrungen für den Übergang des Kollektivvertragssystems der gesetzlichen Krankenversicherung in eine selektivvertragliche Ordnung zu sammeln. Vor diesem Hintergrund sollten dann auch weitere Leistungen in den spezialfachärztlichen Versorgungsbereich eingeschlossen werden (z. B. ambulantes Operieren, stationäre Kurzzeitfälle, Bereiche des § 117 ff. SGB V).

Der Gesetzgeber hat sich – ausgehend von den Erfahrungen mit der Vorgängervorschrift des § 116b SGB V a. F. zur „Ambulanten Behandlung im Krankenhaus“ – im GKV-VStG, das am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, für eine strukturelle Fortentwicklung dieses Versorgungsbereichs im Sinne einer Öffnung der bisher nur Krankenhäusern vorbehaltenen Behandlung nunmehr auch für vertragsärztliche Leistungserbringer und damit für eine sektorenunabhängige spezielle fachärztliche Versorgung entschieden (vgl. auch die Vorbemerkung der Bundesregierung). Folgerichtig wurde das bisherige Verfahren zur Bestimmung der Krankenhäuser durch die Länder umgewandelt in ein flexibleres und bürokratieärmeres Anzeigeverfahren der zur ASV berechtigten Leistungserbringer gegenüber den für diese Zwecke erweiterten Landesausschüssen. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-VStG wurden die Überlegungen des Sachverständigenrates diskutiert, der Gesetzgeber hat sich jedoch dafür entschieden, an der grundlegenden Struktur und an dem bestehenden Leistungsspektrum des § 116b SGB V a. F. auch für den Versorgungsbereich der ASV festzuhalten. Grundsätzlich sollte freier Zugang für Leistungserbringer bestehen, die die jeweils festgelegten Anforderungen der ASV erfüllen und nachweisen können. Hinsichtlich der Erweiterung des Leistungs- und Krankheitsspektrums wurde auch auf die schon nach der Vorgängervorschrift bestehende Möglichkeit des G-BA zur Erweiterung des gesetzlich vorgegebenen Katalogs verwiesen.

7. a) Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Leistungsausgaben für ärztliche Leistungen bzw. Medikamente im Rahmen der ASV pro Quartal?
b) Welche Entwicklung der Ausgaben im Zeitverlauf ist erkennbar?
8. Welche finanziellen Auswirkungen auf die gesetzlichen Krankenkassen sind zu beobachten (Leistungsausgaben pro Patientin/ pro Patient abzüglich Vergütungsbereinigung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung)?
9. a) Sind bereits jetzt Mehrkosten für die gesetzlichen Krankenkassen im Vergleich zu früheren Behandlungsangeboten außerhalb der ASV erkennbar?
Wenn ja, in welcher Höhe?
b) In welcher Weise sind hierfür aus Sicht der Bundesregierung Effekte einer Mengenausweitung ursächlich?

Die Fragen 7 bis 9 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die amtliche Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung weist seit 2004 die Ausgaben für ambulante Behandlung im Krankenhaus (nach § 116b SGB V

a. F. bis zum 31. Dezember 2011) bzw. danach im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in Krankenhäusern nach § 116b SGB V aus. Seit 2013 werden darüber hinaus die Ausgaben für ambulante spezialfachärztliche Versorgung durch Vertragsärzte gesondert ausgewiesen. Ausgaben für Medikamente im Rahmen dieser Versorgung werden nicht gesondert erfasst.

Die finanzielle Entwicklung stellt sich wie folgt dar:

ASV-Ausgaben absolut (in Mio. Euro)													
	Kto.	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	1.-3. Qu. 2015
Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V a.F. und Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Krankenhäusern nach § 116b SGB V	04030	1,8	2,9	5,4	7,0	9,2	36,6	99,2	146,8	180,3	169,4	174,2	163,8
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung durch Vertragsärzte nach § 116b SGB V	04033										1,4	0,3	1,1
Summe		1,8	2,9	5,4	7,0	9,2	36,6	99,2	146,8	180,3	170,8	174,5	164,9
Veränderung ggü. Vorjahreszeitraum													
			64,8%	83,0%	29,9%	31,3%	298,0%	171,2%	48,1%	22,8%	-5,3%	2,1%	24,8%

ASV-Ausgaben je Versicherten (in Euro)													
	Kto.	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	1.-3. Qu. 2015
Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V a.F. und Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Krankenhäusern nach § 116b SGB V	04030	0,03	0,04	0,08	0,10	0,13	0,52	1,42	2,11	2,59	2,43	2,48	2,32
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung durch Vertragsärzte nach § 116b SGB V	04033										0,02	0,00	0,02
Summe je Versicherten		0,03	0,04	0,08	0,10	0,13	0,52	1,42	2,11	2,59	2,45	2,48	2,34
Veränderung ggü. Vorjahreszeitraum													
			64,3%	83,2%	30,0%	31,5%	299,3%	172,0%	48,4%	22,7%	-5,5%	1,5%	24,1%

Im ersten bis dritten Quartal 2015 betragen die Ausgaben für ambulante spezialfachärztliche Versorgung rund 164 Mio. Euro, dies entspricht einem durchschnittlichen Quartalsergebnis von rund 41 Mio. Euro bzw. rund 0,58 Euro je Versicherten pro Quartal.

Erkenntnisse zu Mehrkosten gegenüber früheren Behandlungsangeboten liegen der Bundesregierung nicht vor.

10. Wie viele Teilnahmeanzeigen wurden für die einzelnen Indikationen und je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV-Bezirk) bereits bei den erweiterten Landesausschüssen (eLA) eingereicht (bitte einzeln aufschlüsseln)?
11. a) Wie viele ASV-Berechtigungen sind in den einzelnen Indikationen je KV-Bezirk bereits erteilt worden?
b) Stimmt diese Zahl mit den im ASV-Register der ASV-Servicestelle veröffentlichten berechtigten ASV-Teams überein?
Falls nein, was sind die Gründe für gegebenenfalls vorhandene Diskrepanzen?
12. Wie viele Teilnahmeanzeigen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung abgelehnt, und aus welchen Gründen?

Die Fragen 10 bis 12 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Nach einer Abfrage des GKV-Spitzenverbandes (Stand 3. Dezember 2015) wurden die aus der nachfolgenden Übersicht ersichtlichen Zahlen zu den bei den eLA eingegangenen und entschiedenen Teilnahmeanzeigen erhoben. Demnach wurden die meisten Teilnahmeanzeigen für die beiden bereits in Kraft getretenen krankheitsspezifischen Anlagen der ASV-Richtlinie (Anlage gastrointestinale Tumoren (giT) und Anlage Tuberkulose (Tbc)) in Baden-Württemberg (insgesamt 11 ASV-Teams) erteilt, gefolgt von Nordrhein-Westfalen (9 ASV-Teams) und Hessen und Schleswig-Holstein (jeweils 5 ASV-Teams). Die nähere Aufschlüsselung ist der Übersicht zu entnehmen.

Ablehnungsgründe im konkreten Einzelfall wurden vom GKV-Spitzenverband nicht erhoben und sind der Bundesregierung nicht bekannt.

eLA	eingegangene Anzeigen			positiv Anzahl ASV-Teams						abgelehnt		
	giT	Tbc	Marfan	giT	giT in Beratung	Tbc	Tbc in Beratung	Marfan	giT	Tbc	Marfan	
Baden-Württemberg	8 ¹	12 ²	0	4	0	7	0	0	0	0	0	
Bayern	5	0	0	3	1	0	0	0	1	0	0	
Berlin	3	2	0	2	1	0	2	0	0	0	0	
Brandenburg	3	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hamburg	2	3	0	1	1	2	0	0	0	1	0	
Hessen	6	1	0	3	2	1	0	0	1	0	0	
Mecklenburg-Vorp.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Niedersachsen	1	2	0	1	0	1	0	0	0	1	0	
NRW / Nordrhein	4	7	0	1	0	3	0	0	3	0	0	
NRW / Westfalen-Lippe	7 ³	4 ⁴	0	6	0	3	0	0	1	1	0	
Rheinland-Pfalz	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sachsen	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	
Sachsen-Anhalt	5	1	0	1	2	1	0	0	2	0	0	
Schleswig-Holstein	6	1	0	4	2	1	0	0	0	0	0	
Thüringen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Gesamt	53	34	0	28	11	19	2	0	8	4	0	

[1] davon 4 Änderungsanzeigen giT
[2] davon 5 Änderungsanzeigen Tbc
[3] 5 Änderungsanzeigen giT
[4] 2 Änderungsanzeigen Tbc

Die Zahl der in der ASV-Serviceestelle bisher gelisteten ASV-Teams stimmt nicht mit der Zahl der aus der Übersicht ersichtlichen Zahlen überein. Grund dafür sind nach Auskunft des GKV-Spitzenverbandes und des G-BA unterschiedliche Ständedaten (z. B. wegen unterschiedlicher Stichtage und zusätzlicher Bearbeitungszeiten seitens der ASV-Serviceestelle durch Vergabe der ASV-Teamnummer u. a.) sowie die Tatsache, dass nicht alle Teams einer Veröffentlichung über die ASV-Serviceestelle zustimmen.

13. Bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung Unterschiede in der Prüfung der einzelnen erweiterten Landesausschüsse, die zu einer Ungleichbehandlung von ASV-Antragstellern führen?

Die nähere Ausgestaltung des Anzeigeverfahrens nach § 116b Absatz 2 SGB V obliegt den eLA für den Bereich jedes Landes. Sie unterliegen der staatlichen Aufsicht durch die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Infolgedessen können länderspezifische Verfahrensabläufe nicht ausgeschlossen werden. Insbesondere die Umstellung des bisherigen Bestimmungsverfahrens auf das mit dem GKV-VStG neu geschaffene Anzeigeverfahren führte zu teilweise unterschiedlichen Verfahrensausgestaltungen in den Ländern, teilweise auch hinsichtlich der von den einzelnen eLA jeweils geforderten Nachweise der anzeigenden Leistungserbringer.

Nach Auskunft des G-BA lädt dessen zuständiger Unterausschuss ASV seit 2014 einmal jährlich sämtliche eLA zu einem gemeinsamen Informationsaustausch ein, um eine abgestimmte Verwaltungspraxis in den Ländern zu befördern. Dabei hätten sich auch Unterschiede im Hinblick auf die Auslegung der Regelungen in der ASV-Richtlinie und offene Fragen hinsichtlich der gesetzlichen Vorgaben im Zusammenhang mit dem Anzeigeverfahren gezeigt. Angesichts der teilweise unterschiedlichen Auslegungen einzelner Regelungen in der ASV-Richtlinie hat der G-BA insbesondere mit seinen Änderungsbeschlüssen vom 17. Dezember 2015 und 21. Januar 2016 darauf reagiert und klarstellende Regelungen beschlossen (z. B. bezüglich der vom Kernteam der ASV-Versorgung geforderten Präsenzpflicht, des Vorhaltens der einzelnen Leistungen, der Geltung der Vereinbarungen zur Qualitätssicherung im Krankenhaus gemäß § 135 Absatz 2 SGB V, der Vereinheitlichung der Regelungen in den Anlagen der ASV-Richtlinie, z. B. zur Zählweise der Mindestmengen usw.). Mit diesen Klarstellungen trägt der G-BA im Rahmen seiner Möglichkeiten zu einer Vereinheitlichung der Umsetzung des Anzeigeverfahrens in den einzelnen Ländern bei.

Darüber hinaus hat der G-BA eine Intranetinformatiionsplattform für die eLA geschaffen, in der u. a. sämtliche Anzeigeformulare vergleichend eingestellt werden können mit dem Ziel, durch „Best Practice“-Beispiele zu einer flächendeckenden Harmonisierung und Entbürokratisierung des Anzeigeverfahrens beizutragen.

14. a) Wie ist die Verteilung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Krankenhäusern bei den ASV-berechtigten Leistungserbringern?
b) Lassen sich nach Kenntnis der Bundesregierung Unterschiede in der Verteilung zwischen städtischen und ländlichen Regionen erkennen?
c) In welchen Regionen zeichnet sich nach Kenntnis der Bundesregierung eine Über- oder Unterversorgung mit Angeboten der ASV ab?

Die nachfolgende Übersicht beruht auf einer Erhebung des GKV-Spitzenverbandes (Stand 27. Januar 2016) und erfasst nur Teams, die sowohl aufgrund des eLA-Verfahrens eine ASV-Berechtigung als auch eine Teamnummer von der ASV-Servicestelle haben. Die Erhebung differenziert nach KV-Bezirken. Eine darüber hinausgehende Auswertung nach städtischen und ländlichen Regionen liegt der Bundesregierung nicht vor.

Vor dem Hintergrund, dass bisher mit Tuberkulose und gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle erst zwei krankheitsspezifische Anlagen der ASV-Richtlinie nach ihrem Inkrafttreten bereits ihren Weg in die Versorgungspraxis gefunden haben, deren Fallzahlen in den letzten Monaten stetig zugenommen haben, ist eine Bewertung des Versorgungsstandes zum jetzigen Zeitpunkt

verfüht. Hierzu sind die Ergebnisse der gemeinsamen Bewertung des GKV-Spitzenverbandes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach § 116b Absatz 9 SGB V abzuwarten, die dem BMG bis zum 31. März 2017 zuzuleiten sind.

ASV-Teams:

ASV-Indikation	KV der ASV-Berechtigung	KV-Typ	Anzahl Teams nur KH-Ärzte	Anzahl Teams nur Vertragsärzte	Anzahl Teams gemischt	Anzahl Teams gesamt
Gastrointestinale Tumoren	Baden-Württemberg	Land-KV	0	0	4	4
Gastrointestinale Tumoren	Bayern	Land-KV	0	0	3	3
Gastrointestinale Tumoren	Berlin	Stadt-KV	0	0	2	2
Gastrointestinale Tumoren	Brandenburg	Land-KV	0	0	0	0
Gastrointestinale Tumoren	Bremen	Stadt-KV	0	0	0	0
Gastrointestinale Tumoren	Hamburg	Stadt-KV	0	0	0	0
Gastrointestinale Tumoren	Hessen	Land-KV	0	0	2	2
Gastrointestinale Tumoren	Mecklenburg-Vorpommern	Land-KV	0	0	0	0
Gastrointestinale Tumoren	Niedersachsen	Land-KV	0	0	1	1
Gastrointestinale Tumoren	Nordrhein	Land-KV	0	0	0	0
Gastrointestinale Tumoren	Rheinland-Pfalz	Land-KV	0	0	0	0
Gastrointestinale Tumoren	Saarland	Land-KV	0	0	0	0
Gastrointestinale Tumoren	Sachsen	Land-KV	0	0	1	1
Gastrointestinale Tumoren	Sachsen-Anhalt	Land-KV	0	0	1	1
Gastrointestinale Tumoren	Schleswig-Holstein	Land-KV	0	0	0	0
Gastrointestinale Tumoren	Thüringen	Land-KV	0	0	0	0
Gastrointestinale Tumoren	Westfalen-Lippe	Land-KV	0	0	5	5
Tuberkulose	Baden-Württemberg	Land-KV	0	4	2	6
Tuberkulose	Bayern	Land-KV	0	0	0	0
Tuberkulose	Berlin	Stadt-KV	0	0	0	0
Tuberkulose	Brandenburg	Land-KV	0	0	0	0
Tuberkulose	Bremen	Stadt-KV	0	0	0	0
Tuberkulose	Hamburg	Stadt-KV	0	2	0	2
Tuberkulose	Hessen	Land-KV	0	0	1	1
Tuberkulose	Mecklenburg-Vorpommern	Land-KV	0	0	0	0
Tuberkulose	Niedersachsen	Land-KV	1	0	0	1
Tuberkulose	Nordrhein	Land-KV	0	1	2	3
Tuberkulose	Rheinland-Pfalz	Land-KV	0	0	0	0
Tuberkulose	Saarland	Land-KV	0	0	0	0
Tuberkulose	Sachsen	Land-KV	0	0	0	0
Tuberkulose	Sachsen-Anhalt	Land-KV	0	0	1	1
Tuberkulose	Schleswig-Holstein	Land-KV	0	0	1	1
Tuberkulose	Thüringen	Land-KV	0	0	0	0
Tuberkulose	Westfalen-Lippe	Land-KV	1	0	2	3
gesamt	Bund	-	2	7	28	37

ASV-Ärzte:

ASV-Indikation	KV der ASV-Berechtigung	KV-Typ	Anzahl Krankenhausärzte	Anzahl Vertragsärzte	Anzahl Ärzte gesamt
Gastrointestinale Tumoren	Baden-Württemberg	Land-KV	69	36	105
Gastrointestinale Tumoren	Bayern	Land-KV	52	90	142
Gastrointestinale Tumoren	Berlin	Stadt-KV	26	48	74
Gastrointestinale Tumoren	Brandenburg	Land-KV	0	0	0
Gastrointestinale Tumoren	Bremen	Stadt-KV	0	0	0
Gastrointestinale Tumoren	Hamburg	Stadt-KV	0	0	0
Gastrointestinale Tumoren	Hessen	Land-KV	29	48	77
Gastrointestinale Tumoren	Mecklenburg-Vorpommern	Land-KV	0	0	0
Gastrointestinale Tumoren	Niedersachsen	Land-KV	11	8	19
Gastrointestinale Tumoren	Nordrhein	Land-KV	0	0	0
Gastrointestinale Tumoren	Rheinland-Pfalz	Land-KV	0	0	0
Gastrointestinale Tumoren	Saarland	Land-KV	0	0	0
Gastrointestinale Tumoren	Sachsen	Land-KV	45	15	60
Gastrointestinale Tumoren	Sachsen-Anhalt	Land-KV	12	56	68
Gastrointestinale Tumoren	Schleswig-Holstein	Land-KV	0	0	0
Gastrointestinale Tumoren	Thüringen	Land-KV	0	0	0
Gastrointestinale Tumoren	Westfalen-Lippe	Land-KV	79	71	150
Tuberkulose	Baden-Württemberg	Land-KV	17	101	118
Tuberkulose	Bayern	Land-KV	0	0	0
Tuberkulose	Berlin	Stadt-KV	0	0	0
Tuberkulose	Brandenburg	Land-KV	0	0	0
Tuberkulose	Bremen	Stadt-KV	0	0	0
Tuberkulose	Hamburg	Stadt-KV	0	31	31
Tuberkulose	Hessen	Land-KV	5	5	10
Tuberkulose	Mecklenburg-Vorpommern	Land-KV	0	0	0
Tuberkulose	Niedersachsen	Land-KV	20	0	20
Tuberkulose	Nordrhein	Land-KV	3	33	36
Tuberkulose	Rheinland-Pfalz	Land-KV	0	0	0
Tuberkulose	Saarland	Land-KV	0	0	0
Tuberkulose	Sachsen	Land-KV	0	0	0
Tuberkulose	Sachsen-Anhalt	Land-KV	4	11	15
Tuberkulose	Schleswig-Holstein	Land-KV	8	3	11
Tuberkulose	Thüringen	Land-KV	0	0	0
Tuberkulose	Westfalen-Lippe	Land-KV	22	20	42
gesamt	Bund	-	402	576	978

15. Haben Krankenhäuser, die eine Berechtigung nach § 116b SGB V alter Fassung für eine der bereits in der ASV umgesetzten Indikationen aufweisen, nach Kenntnis der Bundesregierung Teilnahmeanzeigen bei den erweiterten Landesausschüssen eingereicht?

Falls nein, warum nicht?

Dazu liegen der Bundesregierung keine Erhebungen vor. Frühere, von einem Land getroffene, Bestimmungen gelten gemäß § 116b Absatz 8 SGB V weiter. Bestimmungen für eine konkrete Erkrankung, für die der G-BA das Nähere zur ASV in der Richtlinie geregelt hat, werden unwirksam, wenn das Krankenhaus zu dieser Erkrankung oder ASV-Leistung eine ASV-Berechtigung hat, spätestens jedoch drei Jahre nach Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des G-BA. In diesem Zeitraum liegt die Entscheidung zur Teilnahmeanzeige gegenüber den eLA bei den einzelnen Leistungserbringern. Die ersten Konkretisierungen der ASV-Richtlinie sind im April bzw. Juli 2014 in Kraft getreten (Tuberkulose und atypische Mykobakteriose sowie gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle). Die gesetzliche Übergangsregelung für diesen Leistungsbereich läuft somit jedenfalls spätestens im Jahr 2017 für alle noch nach alter Fassung des § 116b SGB V berechtigten Krankenhäuser aus.

16. a) Wie wird nach Kenntnis der Bundesregierung gewährleistet, dass Patientinnen und Patienten zeitnah und dem individuellen Versorgungsbedarf entsprechend von der kurativen ASV-Versorgung in eine palliative Versorgung übergeleitet werden?
- b) Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse vor, ob, und wie in Einzelfällen eine solche Überleitung bereits stattgefunden hat?
- c) Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung im Rahmen der ASV Anreize, die eine bedarfsgerechte Überleitung im Einzelfall behindern können?
- d) Ist zur bedarfsgerechten Überleitung von der ASV in eine palliative Versorgung eine Begleitforschung seitens der Bundesregierung beabsichtigt?

Wenn nein, warum nicht?

Wenn ja, wann wird diese realisiert, und durch wen?

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V umfasst sowohl die erforderliche kurative als auch die palliativmedizinische Behandlung der Patientinnen und Patienten, soweit nicht eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung – SAPV – nach § 37b SGB V verordnet ist. In der ASV-Richtlinie hat der G-BA unter anderem auch Regelungen für eine bedarfsgerechte, qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung getroffen. Danach gehören z. B. bei gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle explizit auch Leistungen der palliativen Versorgung zum Behandlungsumfang. Zudem muss neben den allgemeinen personellen Anforderungen eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Behandlungsteams über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen. Außerdem ist durch geeignete Organisation und Infrastruktur unter anderem dafür Sorge zu tragen, dass eine Zusammenarbeit mit Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung besteht. Zu den abrechenbaren Leistungen im Rahmen der ASV zählen generell die Erstverordnung und Folgeverordnung zur Fortführung der SAPV sowie bei gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle speziell die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten

palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV).

Der Bundesregierung liegen keine Hinweise auf etwaige Fehlanreize im Rahmen der ASV vor, die eine bedarfsgerechte palliative Versorgung der Patientinnen und Patienten behindern würden. Im Übrigen werden auch zu diesem Versorgungsaspekt gemeinsame Bewertungen des GKV-Spitzenverbandes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach § 116b Absatz 9 SGB V vorgenommen, die dem BMG bis zum 31. März 2017 zuzuleiten sind.

17. a) Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass die Hochschulambulanzen bereits im Rahmen ihrer bisherigen Ermächtigung für Forschung und Lehre nach § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V unter anderem die gleichen Indikationsgebiete wie die ASV versorgen können?

Mit dem GKV-VSG wurden u. a. auch die gesetzlichen Grundlagen für die Ermächtigung von Hochschulambulanzen für die ambulante ärztliche Behandlung weiterentwickelt. Die Teilnahme der Hochschulambulanzen an der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt nicht mehr im Wege der Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss sondern kraft Gesetzes. Die gesetzliche Ermächtigung von Hochschulambulanzen nach § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V umfasst wie die bisherige Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss die ambulante ärztliche Behandlung für die Zwecke der Forschung und Lehre. Die Ermächtigung ist begrenzt auf den für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang. Eine Beschränkung der Ermächtigung auf bestimmte Indikationsgebiete sehen die gesetzlichen Vorschriften nicht vor, so dass Überschneidungen mit den Indikationsgebieten der ASV nicht grundsätzlich ausgeschlossen sind.

- b) Inwieweit ergibt sich hier durch die neue Ermächtigung der Hochschulambulanzen nach § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen) eine Veränderung im Verhältnis von Hochschulambulanzen und ASV?

Die Gruppe derjenigen Patientinnen und Patienten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen, ist vom GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in einer dreiseitigen Vereinbarung festzulegen. Die Verhandlungen sind noch nicht abgeschlossen, so dass nicht eingeschätzt werden kann, inwieweit sich durch die neue Ermächtigung der Hochschulambulanzen nach § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V eine Veränderung im Verhältnis von Hochschulambulanzen und ASV ergeben wird.

