

Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit zu den Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie die Patientenversorgung

Berlin, 12.05.2017

Ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlechter.

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

fünf Jahre sind vergangen, seit der Gesetzgeber mit der Neufassung des § 116b SGB V den Grundstein für eine neue Form der Patientenversorgung legte. Ziel der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ist die sektorenübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder. Anders als in der vorherigen Fassung des Paragraphen können nun Krankenhaus- und Vertragsärzte unter einheitlichen Bedingungen an der ASV teilnehmen. Damit soll eine abgestimmte und hochqualifizierte Versorgung der Patienten ermöglicht werden. Teilnehmende Ärzte sollen von fachlichen Synergien unter gleichen Rahmenbedingungen profitieren.

Die ASV stellt somit einen neuen Versorgungsansatz dar. Daher mussten aufgrund der Notwendigkeit der Integration der Versorgungssektoren in diesem Bereich eine Vielzahl von Details geregelt werden, bevor die ersten ASV-Teams ihre Arbeit aufnehmen und Patienten behandeln konnten. So waren etwa erst organisatorische Strukturen von der Selbstverwaltung zu schaffen, um beispielsweise die ärztlichen Teams zu registrieren oder die Vergütung zu regeln.

Der vorliegende Bericht liefert einen Überblick über den bisherigen Umsetzungsstand. Mit den derzeit zur Verfügung stehenden Daten ist noch keine abschließende Beurteilung der ASV möglich. Es wird noch einige Jahre dauern, bis beurteilt werden kann, inwiefern die durch den Gesetzgeber beabsichtigten Wirkungen eingetreten sind.

Ihre
Deutsche Krankenhausgesellschaft und
Kassenärztliche Bundesvereinigung und
Ihr
GKV-Spitzenverband

Inhalt

1	Zusammenfassung	6
2	Hintergrund	8
3	Datengrundlagen und methodisches Vorgehen	9
3.1	Datenschutzrechtliche Aspekte	9
3.2	Methodisches Vorgehen zur Ermittlung der Anzahl und der Zusammensetzung der ASV-Teams.....	9
3.3	Methodisches Vorgehen zur Ermittlung der Anzahl der ASV-Patienten	11
3.4	Methodisches Vorgehen zur Ermittlung von Patienten mit ASV-Indikationen, die nach § 116b SGB V (alt) versorgt werden.....	12
4	Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur ASV	14
5	Beratungen in den Gremien des ergänzten Bewertungsausschusses	19
6	Dreiseitige Gremien – Aktivitäten auf Bundesebene	24
6.1	ASV-Abrechnungsvereinbarung	24
6.2	ASV-Servicestelle	26
7	Stand der Versorgungsstruktur	28
7.1	Anzahl der ASV-Teams insgesamt, je ASV-Indikation und je KV-Bezirk.....	28
7.2	Zusammensetzung der ASV-Teams	29
7.3	Anzahl der ASV-Patienten insgesamt, je ASV-Indikation, je Teamart und je KV-Bezirk	40
7.4	Umsetzung der ASV: Aktivitäten auf Landesebene	44
8	Vergütung von ASV-Leistungen	47
8.1	Ausgaben der Krankenkassen für die ASV in Krankenhäusern und von Vertragsärzten gemäß KJ1 und KV45	47
8.2	Vergütung der ASV nach § 116b Abs. 6 SGB V	48
9	Qualitätssicherungsmaßnahmen in der ASV	49
10	Einordnung der Ergebnisse.....	51
11	Ausblick.....	55
11.1	Allgemein.....	55
11.2	Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss.....	55
11.3	Entwicklung der Datengrundlage zur ASV	56
12	Exkurs Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung	57
13	Anhang.....	59
13.1	Literaturverzeichnis.....	59
13.2	Abkürzungsverzeichnis	60
13.3	Abbildungsverzeichnis	62
13.4	Tabellenverzeichnis	62
13.5	Sitzungen des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses	63
13.6	Fragebogen zu Abschnitt 7.4	64

13.7 Anlage 3 zur ASV-Abrechnungsvereinbarung: Fachgruppencodierungen67

1 Zusammenfassung

Mit der Neufassung des § 116b SGB V zum 1. Januar 2012 verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, mittels der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) einen interdisziplinären, vorrangig sektorenübergreifenden Versorgungsbereich zu schaffen, der es ermöglicht, die Versorgung von Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren und seltenen Erkrankungen zu verbessern.

Die am 20. Juli 2013 in Kraft getretene Richtlinie zur ASV des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) legt in einem allgemeinen Paragraphenteil die für alle Erkrankungen verbindlichen Anforderungen fest. In den Anlagen werden für die jeweilige Indikation der Patientenkreis, der Behandlungsumfang, die Qualifikationsanforderungen an die Behandler sowie die spezifischen sächlichen Voraussetzungen konkretisiert. Die Appendizes der Anlagen beschreiben den Behandlungsumfang im Detail.

Die ASV-Teams müssen dem jeweiligen erweiterten Landesauschuss in einem Anzeigeverfahren alle erforderlichen Voraussetzungen nachweisen. Bisher gibt es für folgende Erkrankungen die Möglichkeit zu der Behandlung in der ASV: Tuberkulose und atypische Mykobakteriose (TBC, seit 24. April 2014), Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (GIT, seit 26. Juli 2014), Gynäkologische Tumoren (seit 10. August 2016), Pulmonale Hypertonie (seit 1. Juni 2016), Marfan-Syndrom (seit 30. Juni 2015) und Mukoviszidose (seit 18. März 2017). Die Anlage für rheumatologische Erkrankungen ist bisher nur als Teilbeschluss (ohne Appendix) in Kraft getreten. Für die onkologischen Erkrankungen besteht ein Kooperationsgebot zwischen vertragsärztlichem und stationärem Sektor. Durch die Anpassungen an das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz entfällt seit dem 29. Juli 2016 bei den onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen die Begrenzung auf die schweren Verlaufsformen.

Zur Festlegung der Vergütung der in der ASV berechnungsfähigen Leistungen musste zunächst eine neue Organisationstruktur geschaffen werden: der ergänzte Bewertungsausschuss, sein Arbeitsausschuss und dessen Arbeitsgruppen. Auf der Grundlage von § 87 Abs. 5a SGB V ist der ergänzte Bewertungsausschuss ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, welches bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V über die Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zur Vergütung der Leistungen in der ASV beschließt. Der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben weiterhin eine ASV-Abrechnungsvereinbarung mit mehreren Anlagen beschlossen, welche die Form und Inhalte des Abrechnungsverfahrens, die erforderlichen Vordrucke und Näheres zur ASV-Servicestelle regelt. Die ASV-Servicestelle vergibt die zur Abrechnung benötigte Teamnummer und führt das ASV-Verzeichnis, eine Auflistung aller ASV-berechtigten Ärzte und Krankenhäuser bzw. ASV-Teams, deren Daten regelmäßig gepflegt werden. Das ASV-Verzeichnis ist über die Internetseite der ASV-Servicestelle einsehbar.

Aktuell gibt es bundesweit 71 ASV-Teams, davon 24 TBC-Teams, 45 GIT-Teams und seit dem 4. Quartal 2016 bzw. seit dem 1. Quartal 2017 jeweils ein ASV-Team für pulmonale Hypertonie und gynäkologische Tumoren (Stand: 29.03.2017). Es gibt derzeit noch keine ASV-Teams für die bereits in Kraft getretenen ASV-Indikationen Marfan-Syndrom und

Mukoviszidose. Die Anzahl der Teams ist regional sehr verschieden. Während vier KV-Bezirke noch kein ASV-Team aufweisen (Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Thüringen), stellen Baden-Württemberg und Westfalen-Lippe mit jeweils 14 Teams zusammen ca. 40 % aller ASV-Teams. Aufgrund des Kooperationsgebots bestehen alle GIT-Teams aus Vertragsärzten und Krankenhausärzten, während dies für die TBC-Teams zu ca. 60 % zutrifft. Die Größe der Kernteams variiert stark. Die Kernteams bestehen im Median aus 5 Ärzten (TBC) bzw. 12 Ärzten (GIT). Von den bundesweit 2.301 an die ASV-Servicestelle gemeldeten Ärzten (inklusive der Teams für pulmonale Hypertonie und gynäkologische Tumoren) versorgen 431 Ärzte TBC-Patienten und 1.816 behandeln GIT-Patienten.

Im Berichtszeitraum bis Ende 2016 wurden nur Patienten im Rahmen der beiden 2014 in Kraft getretenen Indikationen TBC und GIT versorgt. Die Anzahl der GIT-Patienten hat seit dem 1. Quartal 2015 kontinuierlich zugenommen bis sie im 3. Quartal 2016 bei 1.873 Patienten lag. Die Anzahl der je Quartal versorgten Patienten gemäß der Anlage TBC liegt seit dem 4. Quartal 2015 stabil bei ca. 330 versorgten Patienten je Quartal.¹

Die regionale Versorgung von Patienten, die innerhalb der ASV behandelt werden (im weiteren ASV-Patienten genannt), ist unterschiedlich. Während in einigen KV-Bezirken schon seit längerer Zeit ASV-Patienten versorgt werden, wurde in anderen KV-Bezirken damit gerade erst begonnen bzw. es werden noch gar keine ASV-Patienten behandelt. Fast die Hälfte aller ASV-Patienten wurde bisher in den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Bayern versorgt. Die regionale Heterogenität trifft insbesondere auf die Versorgung von TBC-Patienten zu, von denen bisher ca. 75 % in Baden-Württemberg behandelt wurden. 53 % der GIT-Patienten wurden bisher in den KV-Bezirken Baden-Württemberg, Bayern und Westfalen-Lippe versorgt.

Die Gesamtausgaben für die Versorgung nach § 116b SGB V (alt) und (neu) sind seit 2008 kontinuierlich angestiegen. Im Jahr 2015 wurden erstmalig Behandlungen von Patienten nach § 116b SGB V (neu) abgerechnet. Die Ausgaben für die Versorgung von Patienten im Krankenhaus nach § 116b SGB V (alt) und nach der ASV-Richtlinie sind gemäß der KV45 von 202 Millionen Euro im Jahr 2015 auf 208 Millionen Euro im Jahr 2016 angestiegen, was einem Zuwachs von rund 3 % entspricht. Die Ausgaben für die ASV durch Vertragsärzte sind gemäß KV45 von 1,6 Millionen im Jahr 2015 auf 3,4 Millionen Euro im Jahr 2016 gestiegen.

Für die Bewertung des Anzeigeverfahrens in der ASV wurden alle 17 erweiterten Landesausschüsse befragt. Bei 13 erweiterten Landesausschüssen sind bisher Anzeigen zur Teilnahme an der ASV eingegangen (Stand 31.10.2016). Insgesamt haben neun dieser dreizehn erweiterten Landesausschüsse berichtet, Berechtigungen nicht erteilt zu haben. Insgesamt wurden 19 Berechtigungen nicht erteilt. Betroffen waren - ohne indikationsspezifische Tendenz - je hälftig die Indikationen TBC und GIT. Als Gründe für die Nichterlangung der Berechtigung wurden vorrangig die fehlenden Nachweise der fachlichen Qualifikationen bzw. notwendiger Kooperationen genannt. Im Bereich der GIT war zusätzlich noch in ca. 20 % der Anträge das Nichterreichen der onkologischen Mindestmengen

¹ Gemäß der Anlage TBC können auch Patienten mit Verdachtsdiagnose im Rahmen der ASV behandelt werden. Der Anteil der Patienten, deren Diagnose im Behandlungsverlauf gesichert werden konnte, ist nicht bekannt.

ursächlich. Im Falle einer Ablehnung hatten ca. 70 % der Teams erneut versucht, eine Berechtigung zu erlangen.

Die ambulante Versorgung von Patienten mit ASV-Indikationen kann in unterschiedlichen Versorgungsstrukturen erfolgen, unter anderem in der vertragsärztlichen Versorgung und auch nach § 116b SGB V (alt). In der ASV wurden im 3. Quartal 2016 ca. 350 TBC-Patienten und ca. 1.870 GIT-Patienten versorgt. Nach § 116b SGB V (alt) wurden je Quartal durchschnittlich knapp 500 TBC-Patienten und ca. 14.600 GIT-Patienten behandelt.

Die derzeitige Anzahl der ASV-Teams und der in der ASV behandelten Patienten ist vergleichsweise gering. Die ASV ist aktuell begrenzt auf wenige Indikationen. Es bleibt abzuwarten, in welchem Maße die im August 2016 in Kraft getretene Anlage zu den gynäkologischen Tumoren und die bald in Kraft tretende Anlage zu den rheumatologischen Erkrankungen die Bedeutung der ASV für die Versorgung erhöhen. Ebenfalls bleibt abzuwarten, welche Wirkungen die Regelungen des § 116b Abs. 8 SGB V, d. h. der Wegfall der Genehmigungen zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V (alt) für Krankenhäuser, auf die Fallzahlentwicklung in der ASV haben werden. Die vorliegenden Daten zeigen, dass bisher nur wenige Krankenhäuser mit einer Genehmigung nach § 116b SGB V (alt) auf die ASV-Versorgung nach § 116b SGB V (neu) umgestellt haben.

Die ASV stellt ein neues Versorgungskonzept dar, das auf Interdisziplinarität sowie sektorenübergreifende Kooperation zwischen Vertragsärzten und Krankenhausärzten fokussiert. Da eine längere Anlaufphase absehbar ist, kann mit den vorliegenden Daten noch keine Einschätzung zur Bedeutung der ASV für die Versorgung und zu den Auswirkungen auf die Kostenträger und ASV-berechtigten Ärzte und Krankenhäuser vorgenommen werden.

2 Hintergrund

Im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) trat am 1. Januar 2012 der neugefasste § 116b SGB V für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) in Kraft. Ziele der ASV sind die Diagnostik und Therapie von Patienten mit besonderen Krankheitsverläufen (z. B. onkologische und rheumatologische Erkrankungen), seltenen Erkrankungen (z. B. Marfan-Syndrom oder Tuberkulose) sowie die Versorgung mit hochspezialisierten Leistungen. Niedergelassene Vertragsärzte und Krankenhausärzte von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern behandeln dabei die Patienten nach einheitlichen Rechtsvorschriften und Vergütungsgrundsätzen. Für onkologische Erkrankungen besteht ein Kooperationsgebot, so dass Vertragsärzte und Krankenhausärzte gemeinsam die Patienten versorgen sollen. Die Behandlung erfolgt ambulant und abgestimmt durch interdisziplinäre ASV-Teams, die spezielle Qualifikationen und Ausstattungen aufweisen müssen. Das Nähere regelt dabei der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 116b Abs. 4 SGB V in der Richtlinie zur ASV (ASV-RL), die am 20. Juli 2013 in Kraft getreten ist. Die genauen Details zu den einzelnen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen legt der G-BA in den Anlagen zur ASV-RL fest. Dort werden auch die ASV-Indikationen unter anderem mittels ICD-10 Codes abschließend definiert. In einem Anzeigeverfahren weisen die ASV-Teams die Erfüllung der gemäß ASV-RL jeweils geltenden Anforderungen und Voraussetzungen den erweiterten Landesausschüssen (eLA)

nach. Der eLA hat zwei Monate Zeit, den Antrag zu prüfen. Wenn innerhalb dieser Frist ein zustimmender Bescheid ergeht, bzw. keine Ablehnung erfolgt, kann das Team an der ASV-Versorgung teilnehmen.

Mit dem Inkrafttreten des § 116b SGB V (neu) am 1. Januar 2012 wurde der alte § 116b SGB V „*Ambulante Behandlung im Krankenhaus*“ (ABK, im Folgenden § 116b SGB V (alt) genannt), beruhend auf dem GKV-Modernisierungsgesetz (2004) und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007), abgelöst.

Auf Basis der alten Rechtsgrundlage wurden ausschließlich durch Krankenhäuser bestimmte hochspezialisierte Leistungen durchgeführt sowie seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Verläufen behandelt.

Die Genehmigungen nach § 116b SGB V (alt) gelten noch maximal drei Jahre nach Inkrafttreten des jeweiligen G-BA-Beschlusses für die einzelnen ASV-Indikationen. Seit dem 1. Januar 2012 können keine Neuanträge nach § 116b SGB V (alt) mehr gestellt werden.

Gemäß § 116b Abs. 9 SGB V sind die Auswirkungen der ASV fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes zu bewerten und die Ergebnisse dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zuzuleiten. Die Bewertung und die Berichtspflicht obliegen dabei dem GKV-Spitzenverband, der KBV und der DKG gemeinsam.

3 Datengrundlagen und methodisches Vorgehen

GKV-Spitzenverband, KBV und DKG haben sich darauf verständigt, den ergänzten Bewertungsausschuss (ergBA) mit der Erstellung wesentlicher Berichtsteile zu beauftragen. Hierfür hat der ergBA Daten erhoben und dem GKV-Spitzenverband, der DKG und der KBV zur Verfügung gestellt, um dem Auftrag gemäß § 116 b Abs. 9 SGB V gerecht zu werden. Weiterhin wurden die Daten aus dem von der ASV-Serviceestelle gepflegten ASV-Teamverzeichnis einbezogen.

3.1 Datenschutzrechtliche Aspekte

Vor dem Hintergrund niedriger Patientenzahlen bei gleichzeitig hochkomplexen, seltenen Erkrankungen werden aus datenschutzrechtlichen Gründen alle Patientenzahlen ≤ 4 maskiert dargestellt, um eine mögliche Identifizierbarkeit von Patienten zu vermeiden. Zum Ausschluss einer Rückrechenbarkeit werden ggf. auch größere Zahlen maskiert und als ≥ 5 dargestellt. Die Patientenzahlen zu einem KV-Bezirk mit nur einem ASV-Team werden nicht berichtet.

3.2 Methodisches Vorgehen zur Ermittlung der Anzahl und der Zusammensetzung der ASV-Teams

Für die Abschnitte 7.1 und 7.2 liegen die Stammdaten der ASV-Teams und der Teammitglieder vor. Es handelt sich dabei um einen Auszug aus dem von der ASV-Serviceestelle gepflegten ASV-Teamverzeichnis, dessen Daten kontinuierlich aktualisiert werden. Die Daten enthalten je Team die ASV-Indikation, den KV-Bezirk nach zuständigem

eLA, die Teamart (Teams, die ausschließlich aus Vertragsärzten oder Krankenhausärzten bestehen bzw. Teams, die aus Vertragsärzten *und* Krankenhausärzten gebildet werden) sowie die Art des Berechtigungseintritts (Feststellung durch eLA oder Fristablauf).

Für die einzelnen Teammitglieder sind die jeweilige Teamebene (Teamleiter, Kernteam, hinzuzuziehender Facharzt, Vertreter) sowie die fachärztliche und weitere Qualifikationen angegeben. Kernteamärzte müssen der ASV-Servicestelle immer namentlich gemeldet werden, während hinzuzuziehende Fachärzte auch institutionell benannt werden können. Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf einem Auszug vom 31. März 2017 mit Stand 29. März 2017. Zusätzlich liegt die Anzahl der Teams je KV-Bezirk mit Stand 5. Oktober 2016 vor.

In den Appendizes der jeweiligen Anlagen zur ASV-RL wird vom G-BA definiert, welche Fachgruppen gemäß Musterweiterbildungsordnung welche Untersuchungen und Behandlungen bei welcher ASV-Indikation durchführen können.

Für die korrekte Meldung aller fachärztlichen Qualifikationen und Zuordnung zur entsprechenden Teamebene eines jeden Teammitglieds an die ASV-Servicestelle ist gemäß § 3 der Anlage 1 zur ASV-Abrechnungsvereinbarung (ASV-AV) der Teamleiter verantwortlich. Dabei sind die fachärztlichen Qualifikationen mittels Fachgruppencode sowie Zusatzweiterbildungen gemäß Anlage 3 und 3a der ASV-AV anzugeben (vgl. auch Abschnitt 6.1 sowie für die Codierung der Fachgruppen Anhang 13.7).

Die hier vorliegende Datenauswertung orientiert sich an der grundsätzlichen Struktur der Darstellung der Fachgruppen in den Appendizes der jeweiligen Anlagen zur ASV-RL.

Es wurden alle Fachgruppencodes berücksichtigt. Aufgrund der hohen Anzahl verschiedenster Zusatzweiterbildungen (ca. 50) wurden zur besseren Übersichtlichkeit in der Darstellung jedoch nur die Codes der Zusatzweiterbildungen betrachtet, die einen direkten Bezug zu den in den jeweiligen Anlagen zur ASV-RL geforderten Kompetenzen der ASV-Teams aufweisen: Infektiologie (076), Kinder-Gastroenterologie (091) und Kinder-Pneumologie (094) für die Konkretisierung TBC bzw. Medikamentöse Tumortherapie (112) sowie Palliativmedizin (114) für die Konkretisierung GIT.

Eine Besonderheit fand zusätzlich Berücksichtigung. So kann eine geforderte fachärztliche Qualifikation (z. B. Strahlentherapie) mittels verschiedener Fachgruppencodes codiert werden: Der Code 65 (Facharzt für Strahlentherapie), aber auch der Code 62 (nach neuer Weiterbildungsordnung nur Facharzt für Radiologie) können nach alter Weiterbildungsordnung ggf. den mittlerweile obsoleten Facharzt für Strahlentherapie und Radiologische Diagnostik bedeuten.

Ein Arzt kann in seltenen Fällen auch mehr als einen Fachgruppencode aufweisen, d. h. die Gesamtzahl der Fachgruppen kann die Anzahl der Ärzte übersteigen. Daher wurden – soweit es inhaltlich sinnvoll war – Aggregationen der Fachgruppencodes vorgenommen und der jeweils spezifischere Fachgruppencode gewählt. So wurde beispielsweise bei einem Teammitglied, das neben dem Fachgruppencode 23 (Facharzt Innere Medizin ohne weiteren Schwerpunkt (SP)) noch einen weiteren spezifischeren Fachgruppencode der Inneren Medizin aufwies, nur dieser verwendet (z. B. Fachgruppencode 30 mit Facharzt Innere Medizin und SP Pneumologie). Sofern gleichzeitig der Fachgruppencode 40 (Facharzt für

Kinder- und Jugendmedizin) und Fachgruppencode 45 (Facharzt Kinder-Pneumologie) vorlagen, wurde der spezifischere Fachgruppencode 45 gewählt. Es wurde jedoch bewusst darauf verzichtet, für jeden Arzt nur eine Fachgruppe anzugeben, damit alle im Team vorhandenen Kompetenzen bzw. Fachgruppen in der Darstellung erhalten bleiben.

Gemäß der ASV-RL können auch Fachärzte für Innere Medizin ohne SP Gastroenterologie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) für die Abrechnung gastroenterologischer Leistungen erteilt wurde, bzw. Fachärzte für Innere Medizin ohne SP Hämatologie und Onkologie mit der Zusatzweiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie und einer Zulassung der KV bis zum 31. Dezember 2015 für die Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag Ärzte) an der ASV teilnehmen. Dieser Besonderheit wurde in der 4. Änderungsvereinbarung zur ASV-AV Rechnung getragen, indem diese Ärzte über die Codes 900 bzw. 901 identifizierbar gemacht werden. Diese Informationen liegen jedoch in der Datengrundlage bisher nicht vor.

Die Analysen der vorhandenen Fachgruppencodes und Zusatzweiterbildungen wurden für die Konkretisierungen GIT und TBC jeweils für die 2. und 3. Teamebene (Kernteam und gemeldete hinzuzuziehende Fachärzte) getrennt durchgeführt.

3.3 Methodisches Vorgehen zur Ermittlung der Anzahl der ASV-Patienten

Für den Bericht greift der ergBA zur Analyse von Patientendaten auf Daten des Bewertungsausschusses (BA) zurück. Diese vom GKV-Spitzenverband quartalsweise gelieferten Daten enthalten die ASV-Indikation, das Abrechnungsquartal, das Leistungsquartal, den KV-Bezirk nach Wohnort des Patienten und die Anzahl der Patienten. Die Daten mit Stand vom 7. April 2017 umfassen diejenigen ASV-Patienten, bei denen Leistungen bis einschließlich 4. Quartal 2016 abgerechnet wurden. Es liegen derzeit keine Daten zu den im Rahmen der ASV abgerechneten Leistungen vor.

Da die Abrechnung auch in einem späteren Quartal als dem Leistungsquartal erfolgen kann, sind insbesondere die Daten für das letzte Leistungsquartal (4/2016) nur vorläufig. Als Beispiel zur Veranschaulichung der Größenordnung soll Folgendes dienen: Die Anzahl der im Leistungsquartal 3/2016 versorgten GIT-Patienten ist nach Berücksichtigung der Daten des Abrechnungsquartals 4/2016 um ca. 70 % angestiegen. Für die TBC-Patienten hingegen hat sich die Anzahl der im Leistungsquartal 3/2016 versorgten TBC-Patienten nach Berücksichtigung der Daten des Abrechnungsquartals 4/2016 nur um ca. 25 % erhöht. Allerdings scheint es auch regionale Unterschiede zu geben, da dieser Sachverhalt in einigen KV-Bezirken besonders ausgeprägt war.

Zur starken Zunahme der ASV-Patienten im Leistungsquartal 3/2016 und zur geringeren Zahl von ASV-Patienten im Leistungsquartal 4/2016 gemäß den Daten des Abrechnungsquartals 4/2016 könnten zwei kürzlich erfolgte Änderungen zur Abrechnung nicht unerheblich beigetragen haben:

1. In der „3. Änderung der Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante

spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV)“ wurden die allgemeinen Bestimmungen für die Abrechnung in § 3 dahingehend geändert, dass die Lieferfrist für die Abrechnungsdaten sechs Monate nach Ende des Leistungsquartals endet. Diese Änderung trat am 1. Juli 2016 in Kraft und wird wegen der Frist von sechs Monaten wahrscheinlich Einfluss auf die Abrechnungsquartale 3/2016 und 4/2016 haben.

2. Mit dem Beschluss des BA in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 „zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V mit Wirkung zum 21. September 2016“ wurde die Definition des Abrechnungsquartals geändert: „Die Zuordnung zu einem Abrechnungsquartal erfolgt nach dem *Datum der Freigabe zur Zahlung* der ersten die Patientenzählung auslösenden Abrechnung bei einer Krankenkasse; erfolgt die Freigabe bis zum 15. des dritten Monats nach dem Leistungsquartal, entspricht das Abrechnungsquartal dem Leistungsquartal, bei späterer Freigabe ist das Abrechnungsquartal für jeden folgenden Dreimonatszeitraum nach diesem Termin um ein Quartal zu inkrementieren.“ Diese Definition wurde erstmalig in der Datenlieferung am 7. Januar 2017 mit Stand des 3. Abrechnungsquartals 2016 umgesetzt. Vorher erfolgte die Definition des Abrechnungsquartals „nach dem *Datum der Übertragung der die Patientenzählung auslösenden Abrechnung* an die Datenannahmestelle der Krankenkasse“. Da das *Datum der Freigabe* nach dem *Datum der Übertragung der Abrechnung* liegt, könnte sich dies gerade für die letzte Datenlieferung am 7. April 2017 in einer geringeren Patientenzahl des 4. Leistungsquartals 2016 bemerkbar machen.

Insgesamt sind die Daten des 4. Leistungsquartals 2016 als vorläufig zu betrachten. Daher werden im Abschnitt 7.3 die Daten zum Teil nur bis einschließlich 3. Leistungsquartal 2016 analysiert.

Da für die letzten beiden Leistungsquartale des Jahres 2014 nur wenige und zum Teil auch inkonsistente Daten über die in der ASV versorgten Patienten vorliegen, werden in Abschnitt 7.3 die Patientenzahlen erst ab 2015 berichtet.

Für die Darstellung der Anzahl von Patienten je KV-Bezirk sowie je ASV-Team (siehe Abschnitt 7.3 und Kapitel 10) werden die Daten zu den ASV-Teams mit Stand 5. Oktober 2016 sowie die Daten zu den ASV-Patienten bis einschließlich 3. Quartal 2016 analysiert, damit die Informationen für einen ähnlichen Zeitraum betrachtet werden.

3.4 Methodisches Vorgehen zur Ermittlung von Patienten mit ASV-Indikationen, die nach § 116b SGB V (alt) versorgt werden

Für die absolute Anzahl der pro Quartal nach § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten liegen Daten aus dem ASV-Bereinigungsverfahren gemäß dem Beschluss des 338. BA vor. Hierbei handelt es sich um die Anzahl der Patienten nach § 116b SGB V (alt) je Indikation, je Leistungsquartal und je KV-Bezirk nach Wohnort des Patienten, die quartalsweise vom GKV-Spitzenverband geliefert werden. Dies gilt allerdings nur für Indikationen und KV-Bezirke mit laufendem ASV-Bereinigungsverfahren und war ursprünglich begrenzt auf maximal vier Quartale (gemäß dem Beschluss des 383. BA erfolgt zukünftig eine Verlängerung der

Datenübermittlung für maximal 16 Leistungsquartale). Daher liegen nur Daten für die KV-Bezirke vor, in denen Patienten nach § 116b SGB V (neu) versorgt werden. Konkret bedeutet dies, dass für 15 KV-Bezirke (fehlend: Bremen und Saarland) in Abhängigkeit vom Beginn der Versorgung von ASV-Patienten nach § 116b SGB V (neu) die Patientenzahlen nach § 116b SGB V (alt) für eine unterschiedliche Anzahl von Quartalen vorliegen. Die letzte Datenlieferung erfolgte am 10. März 2017 mit Datenstand vom 4. Leistungsquartal 2015.

Die Tabellen 1 bis 2 zeigen den vorliegenden Datenbestand für die Indikationen TBC und GIT.

Tabelle 1: Anzahl der TBC-Patienten nach § 116b SGB V (alt) je Leistungsquartal

KV	2/2014	3/2014	4/2014	1/2015	2/2015	3/2015	4/2015	\bar{x}
Baden-Württemberg	17	17	22	23				20
Bayerns	≤4	≤4	5	≤4				≤4
Berlin							182	182
Brandenburg								
Bremen								
Hamburg			31	22	26	12		23
Hessen			67	78	84	81		78
Mecklenburg-Vorpommern							≤4	≤4
Niedersachsen					≤4	≤4	5	≤4
Nordrhein						88	90	89
Rheinland-Pfalz					8	8	7	8
Saarland								
Sachsen					18	19	12	16
Sachsen-Anhalt			≤4	≤4	≤4	≤4		≤4
Schleswig-Holstein							25	25
Thüringen						23	29	26
Westfalen-Lippe				8	11	11	13	11

KV: KV des Wohnorts des Patienten. \bar{x} = arithmetischer Mittelwert der Quartale.

Tabelle 2: Anzahl der GIT-Patienten nach § 116b SGB V (alt) je Leistungsquartal

KV	2/2014	3/2014	4/2014	1/2015	2/2015	3/2015	4/2015	\bar{x}
Baden-Württemberg			205	232	203	205		211
Bayerns				594	482	526	511	528
Berlin				12	7	11	16	12
Brandenburg				246	270	235	245	249
Bremen								
Hamburg						383	389	386
Hessen				3.616	3.513	3.461	3.462	3.513
Mecklenburg-Vorpommern							264	264
Niedersachsen		700	916	1.004	993			903
Nordrhein					3.279	3.293	3.260	3.277
Rheinland-Pfalz					908	921	909	913
Saarland								
Sachsen			173	175	223	219		198

Sachsen-Anhalt		125	169	194	182	168
Schleswig-Holstein				1.804	1.841	1.823
Thüringen		367	351	361	360	360
Westfalen-Lippe		1.672	1.753	1.836	1.810	1.768

KV: KV des Wohnorts des Patienten. \bar{x} = arithmetischer Mittelwert der Quartale.

Der Vergleich der jeweiligen Quartalszahlen je KV-Bezirk ergibt eine über die Zeit stabile Anzahl von nach § 116b SGB V (alt) versorgten Patienten. Daher wird in Kapitel 10 der Quartalsdurchschnitt der nach § 116b SGB V (alt) versorgten Patienten mit dem letzten vorliegenden Leistungsquartal der nach § 116b SGB V (neu) versorgten Patienten (3/2016) dargestellt. Für die Ermittlung der Patientenzahl nach § 116b SGB V (neu) wird auf die Ermittlung eines durchschnittlichen Quartalswertes bewusst verzichtet, da die Anzahl der ASV-Patienten über die Zeit ansteigend ist. Durch die Verwendung des letzten Leistungsquartals soll sichergestellt werden, dass die aktuelle Versorgungssituation bestmöglich abgebildet ist.

4 Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur ASV

Die ASV-RL ist am 20. Juli 2013 in Kraft getreten und legt die Rahmenbedingungen und die Strukturqualität fest.

In einem allgemeinen Paragraphenteil werden die für alle Anlagen zur ASV-RL verbindlichen Anforderungen definiert und unter anderem die berechtigten Facharztgruppen, die personellen und organisatorischen Voraussetzungen, die Qualitätssicherung (QS), die Evaluation, die Dokumentation und die Patienteninformation geregelt. Die vorgeschriebene Struktur eines ASV-Teams sieht die Teamleitung und ein Kernteam sowie bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehende Fachärzte vor. Für die ASV-Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen soll eine Kooperation mit dem jeweils anderen Versorgungssektor erfolgen.

In den Anlagen zur ASV-RL werden die jeweilige Erkrankung bzw. hochspezialisierte Leistung und die Gruppe der in Frage kommenden Patienten konkretisiert. Der genaue diagnostische, therapeutische und beratungsbezogene Behandlungsumfang einschließlich der Leistungen, die nicht im EBM enthalten sind, sowie spezifisch erforderliche personelle (z. B. bestimmte Facharztkompetenzen des Teams), sächliche und organisatorische Anforderungen (z. B. das Vorhalten einer 24-Stunden-Notfallversorgung oder der Einbezug weiterer Berufsgruppen) werden definiert. Zusätzlich werden detaillierte Angaben zur Dokumentation, zu Mindestmengen und zum Überweisungserfordernis gemacht.

In der Anlage 1.1 sind Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (bisher zwei onkologische Erkrankungen) und in der Anlage 1.2 die schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen abgebildet. In Anlage 2 sind die seltenen Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen aufgeführt (bisher TBC, Marfan-Syndrom, pulmonale Hypertonie und Mukoviszidose). Anlage 3 ist für hochspezialisierte Leistungen vorgesehen. Zu jeder in einer Anlage definierten Erkrankung bzw. hochspezialisierten Leistung gibt es einen Appendix, der – basierend auf Gebührenordnungspositionen (GOPen) des EBM sowie zusätzlichen

Leistungsbeschreibungen – den Leistungsumfang definiert. Der Appendix gliedert sich in zwei Abschnitte, wobei Abschnitt 1 den Leistungsumfang auf Basis des EBM definiert und Abschnitt 2 Leistungen umfasst, die nicht im EBM abgebildet sind, aber zum Leistungsumfang der ASV gehören. Die Leistungen des Abschnitts 2 werden gemäß dem Vorratsbeschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses (ergEBA) (in seiner 1. Sitzung am 20. Juni 2014, zuletzt angepasst durch den Beschluss des ergBA in seiner 9. Sitzung am 6. Juni 2016) übergangsweise nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vergütet, bis sie in den EBM überführt sind.

Eine Aufstellung der bisherigen vom G-BA beschlossenen Anlagen zeigt Tabelle 3.

Eine wesentliche Änderung erfolgte mit dem am 23. Juli 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), mit dem das Vorliegen einer schweren Verlaufsform bei Patienten mit onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen als Voraussetzung zur ASV-Teilnahme entfiel. Der G-BA hat am 15. Dezember 2016 einen Teilbeschluss (ohne Appendix) zu den rheumatologischen Erkrankungen getroffen. Mit der Inkraftsetzung des gesamten Beschlusses wird Mitte 2017 gerechnet.

Tabelle 3: Aufstellung der bisher beschlossenen und in Kraft getretenen Anlagen des G-BA

Anlage	Beschluss	Inkrafttreten
Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	19.12.2013	24.04.2014
Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	20.02.2014	26.07.2014
Gynäkologische Tumoren	22.01.2015	10.08.2016
Pulmonale Hypertonie	17.12.2015	01.06.2016
Marfan-Syndrom	22.01.2015	30.06.2015
Mukoviszidose	15.12.2016	18.03.2017

Einen detaillierten Überblick über alle Anlagen inklusive der Änderungsbeschlüsse mit deren wichtigsten Inhalten zeigen die Tabellen 4 bis 6.

Tabelle 4: Aufstellung der Beschlüsse des G-BA zur ASV-RL

Beschluss	In Kraft	Beschlussname	Wichtige Änderungen
21.03.2013	20.07.2013	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL)	Erstfassung
19.12.2013	08.03.2014	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Änderung der §§ 2 und 9	Änderung des § 2 Absatz 3 Satz 6: Die fehlende Nachbesetzung eines ASV-Teammitglieds innerhalb von 6 Monaten ist dem eLA anzuzeigen.
17.12.2015	29.07.2016	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anpassung an das GKV-VSG und weitere Änderungen	<p>Wegen Änderung von § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V: für die onkologischen und die rheumatologischen Erkrankungen entfällt die ASV-Voraussetzung der schweren Verlaufsform. Es wird nun unterschieden zwischen "Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen" und "schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen."</p> <p>"In den indikationsspezifischen Anlagen kann geregelt werden, dass neben den Fachärztinnen und Fachärzten mit spezialisierter Facharztkompetenz auch Fachärztinnen und Fachärzte, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung in dem entsprechenden Fachgebiet seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, zur Teilnahme an der ASV berechtigt sind."</p> <p>"Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten solange entsprechend, bis der G-BA diese durch eine „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Absatz 2 SGB V“ zu dieser Richtlinie ersetzt.“</p> <p>"In den indikationsspezifischen Konkretisierungen der Anlage 1.1 kann geregelt werden, dass in bestimmten Fällen Verdachtsdiagnosen ausreichen.“</p> <p>"Spätestens zwei Jahre nach dem Inkrafttreten einer Anlage zu Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 1 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 dieser Richtlinie überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss die Auswirkungen des jeweiligen Beschlusses hinsichtlich Qualität, Inanspruchnahme und Wirtschaftlichkeit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung des jeweiligen Beschlusses. Über das Ergebnis der Prüfung berichtet der Gemeinsame Bundesausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit.“</p> <p>„Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte des Kernteams ermöglicht.“</p>
21.01.2016	29.07.2016	Änderung des Beschlusses vom 17.12.2015 zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V durch Anpassung an das GKV-VSG und weitere Änderungen	Durch die ASV-Berechtigten ist sicherzustellen, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung von Patienten innerhalb ihres ASV-Teams zur Verfügung stehen.
19.05.2016	26.08.2016	Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: §§ 2 und 12 sowie Anlage 2 Buchstabe a Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	<p>Aufgrund einer Änderung in § 116b Absatz 2 SGB V durch das GKV-VSG wurde der Verweis in § 2 Absatz 2 Satz 6 ASV-RL angepasst.</p> <p>Aufgrund der Neustrukturierungen der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V durch das Krankenhausstrukturgesetz wurde in § 12 Satz 3 ASV-RL die Angabe „§ 137 SGB V“ durch die Angabe „§ 136 SGB V“ ersetzt.</p>
15.12.2016	mit Beschluss	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Priorisierung für die Erstellung der Anlagen der ASV-RL	<p>Festlegung, welche Anlagen als nächstes erstellt werden sollen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anlage 1.1 a Tumorgruppe 9: urologische Tumoren - Anlage 2 Buchstabe g: Primär sklerosierende Cholangitis

Tabelle 5: Aufstellung der Beschlüsse des G-BA zu Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (Anlage 1.1)

Beschluss	In Kraft	Beschlusname	Wichtige Änderungen
Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle			
20.02.2014	26.07.2014	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	Erstfassung
17.12.2015	29.07.2016	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anpassung an das GKV-VSG und weitere Änderungen	Eingrenzung auf die schweren Verlaufsformen von onkologischen Erkrankungen ist entfallen. Indikationsausweitung des PET bzw. PET/CT auf bestimmte Patienten mit Schilddrüsenkarzinom. Keine 24h-Stunden Notfallversorgung durch Nuklearmediziner. Dokumentation von TNM-Status nicht mehr erforderlich. Erhöhung der Mindestmengen von 140 auf 230 Patienten, auch über den gesamten Zeitraum der ASV. Mindestbehandlungszahlen nur im ersten Jahr der ASV-Berechtigung maximal um 50 Prozent unterschreitbar. Eine erneute Überweisung ist nun nach zwei statt vier Quartalen erforderlich. Aufnahme neuer Leistungen in Abschnitt 2 des Appendix: Psychotherapeutisches Gespräch (Einzel, Gruppen).
17.03.2016	18.08.2016	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 Buchstabe a sowie Anlage 2 Buchstaben k und l - Streichung der Regelungen zur „Befund und Behandlungsdokumentation“	Streichung der Regelung zur „Befund und Behandlungsdokumentation“, da Regelung in § 14 der ASV-RL aufgenommen wurde.
Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren			
22.01.2015	10.08.2016	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	Erstfassung
18.06.2015	10.08.2016	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Sonderregelung für Subspezialisierungen in Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	Unter Ziffer 1 werden 2 Tumorgruppen definiert: "Mammakarzinom" und "sonstige gynäkologische Tumoren". Neue Ziffer 5 zu den Sonderregelungen für die Subspezialisierungen "Mammakarzinom" und "andere gynäkologische Tumore". Einfügen eines Abschnittes 3 in den Appendix mit den bei "Mammakarzinom" nicht berechnungsfähigen GOPen. (Abschnitt 3.1) und den von "anderen gynäkologischen Tumoren" nicht berechnungsfähigen GOPen (Abschnitt 3.2).
17.12.2015	10.08.2016	Änderung des Beschlusses vom 22.01.2015 in der Fassung des Beschlusses vom 18.06.2015 zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	Eingrenzung auf die schweren Verlaufsformen von onkologischen Erkrankungen ist entfallen. Änderung der Indikationen für die Genexpressionsanalyse beim Mammakarzinom. Veränderte Dokumentation der Tumorentität. Erhöhung der Mindestmengen von 200 auf 250 (Mammakarzinom) bzw. von 50 auf 60 (sonstige gyn. Tumoren). Eine erneute Überweisung ist nun nach zwei statt vier Quartalen erforderlich. Berechnungsfähigkeit der ASV-Leistungen im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag Ärzte). Neufassung des Appendix.
17.03.2016	18.08.2016	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 Buchstabe a sowie Anlage 2 Buchstaben k und l - Streichung der Regelungen zur „Befund und Behandlungsdokumentation“	Streichung der Regelung zur „Befund und Behandlungsdokumentation“, da Regelung in Paragraph § 14 der ASV-RL aufgenommen wurde.
Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen			
15.12.2016	ausstehend	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Änderung der Anlage 1.1 – Ergänzung Buchstabe b (rheumatologische Erkrankungen)	Erstfassung Der zugehörige Appendix wird zeitnah gesondert beschlossen.

Tabelle 6: Aufstellung der Beschlüsse des G-BA für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen (Anlage 2)

Beschluss	In Kraft	Beschlusname	Wichtige Änderungen
Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose			
19.12.2013	24.04.2014	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	Erstfassung
19.05.2016	26.08.2016	Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: §§ 2 und 12 sowie Anlage 2 Buchstabe a Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	Hinzuziehen weiterer Facharztgruppen möglich. Aufnahme in Abschnitt 2 des Appendix: "Quantitative Bestimmung einer in-vitro Interferon-gamma Freisetzung nach ex-vivo Stimulation mit Antigenen im Rahmen einer differenzierten Tbc-Diagnostik", da die zwei Indikationen gegenüber der Gebührenordnungsposition 32670 abweichen. Mindestbehandlungszahlen nur im ersten Jahr der ASV-Berechtigung maximal um 50 Prozent unterschreitbar.
Anlage 2 b) Mukoviszidose			
15.12.2016	18.03.2017	Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Änderung der Anlage 2 – Ergänzung Buchstabe b (Mukoviszidose)	Erstfassung
Anlage 2 k) Marfan-Syndrom			
22.01.2015	30.06.2015	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 2 – Buchstabe k Marfan-Syndrom	Erstfassung
17.12.2015	29.07.2016	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anpassung an das GKV-VSG und weitere Änderungen	Es ist fortan für eine Befund- und Behandlungsdokumentation Sorge zu tragen, "die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte des Kernteams ermöglicht." Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen. Auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können nun bestimmte Behandlungen durchführen. Aufnahme neuer Leistungen in Abschnitt 2 des Appendix: Psychotherapeutisches Gespräch (Einzel, Gruppen).
17.03.2016	18.08.2016	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 Buchstabe a sowie Anlage 2 Buchstaben k und l - Streichung der Regelungen zur „Befund und Behandlungsdokumentation“	Streichung der Regelung zur „Befund und Behandlungsdokumentation“, da Regelung in Paragraph § 14 der ASV-RL aufgenommen wurde.
Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie			
17.12.2015	01.06.2016	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 2 – Buchstabe l pulmonale Hypertonie	Erstfassung
17.03.2016	18.08.2016	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 Buchstabe a sowie Anlage 2 Buchstaben k und l - Streichung der Regelungen zur „Befund und Behandlungsdokumentation“	Streichung der Regelung zur „Befund und Behandlungsdokumentation“, da Regelung in Paragraph § 14 der ASV-RL aufgenommen wurde.

5 Beratungen in den Gremien des ergänzten Bewertungsausschusses

Auf der Grundlage von § 87 Abs. 5a SGB V ist der ergBA ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, welches bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V über die Anpassung des EBM zur Vergütung der Leistungen in der ASV gemäß § 116b SGB V beschließt. Hierfür wurde der BA (jeweils drei von KBV und GKV-Spitzenverband zu benennende Mitglieder) um jeweils drei Mitglieder der DKG und des GKV-Spitzenverbandes ergänzt. Das Schiedsgremium des BA wurde ab 2016 zudem um zwei unparteiische Mitglieder von Seiten der DKG und des GKV-Spitzenverbandes ergänzt, um als Schiedsgremium des ergBA den ergEBA zu bilden. Zur Vorbereitung von Beschlüssen des ergBA finden Beratungen im Arbeitsausschuss des ergBA (AAergBA) und in verschiedenen Arbeitsgruppen (AG) des AAergBA statt.

Insgesamt gab es (mit Stand 25. April 2017) seit dem 1. Juli 2013:

- sieben Präsenzsitzungen des ergBA,
- fünf Präsenzsitzungen des ergEBA,
- zwölf Sitzungen des AAergBA,
- 34 Sitzungen der AG des AAergBA,
- zwölf Sitzungen der AG Datenkonzepte des AAergBA und
- zehn Sitzungen der AG Sachkosten des AAergBA.

Die genauen Daten der Präsenzsitzungen des ergBA bzw. ergEBA sind in der Tabelle 29 des Anhangs 13.5 aufgeführt.

Einen detaillierten Überblick über die Beschlüsse des erg(E)BA mit deren wichtigsten Inhalten zeigt die Tabelle 7.

Tabelle 7: Beschlüsse des erg(E)BA

Beschluss	In Kraft	Beschlussname	Inhalt
20.06.2014	01.07.2014	Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 3. Sitzung am 20. Juni 2014 zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V mit Wirkung zum 1. Juli 2014	Für die Aufnahme der Leistungen des Appendix - Abschnitt 2 der Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose der ASV-RL und in Vorbereitung von Ergänzungen aus der kontinuierlichen Erweiterung der Anlagen der ASV-RL wird mit dem vorliegenden Beschluss der EBM um einen Bereich VII „Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen“ erweitert. Für die Leistungen gemäß der Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose der ASV-RL erfolgt die Neuaufnahme des Abschnitts 50.1 EBM.
20.06.2014	01.07.2014	Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 3. Sitzung am 20. Juni 2014 zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. Juli 2014	Der in der Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) anhand der Gebührenordnungspositionen des EBM spezifizierte Behandlungsumfang (Appendix - Abschnitt 1) basiert auf einem nicht mehr gültigen Stand des EBM. Aufgrund von zwischenzeitlich erfolgten Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V werden die abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen an den aktuellen Stand des EBM angepasst.
20.06.2014	01.07.2014	Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V in seiner 1. Sitzung am 20. Juni 2014 mit Wirkung zum 1. Juli 2014	Gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V hat bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V die Vergütung der durch den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V bestimmten abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen (ASV-Leistungen) auf der Basis des EBM mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung zu erfolgen. Die je Indikation (Anlagen zur ASV-RL) noch nicht im EBM enthaltenen ASV-Leistungen des Abschnitts 2 werden bis zur Überführung in den EBM aufgrund der Beschlussfassung des ergänzten Bewertungsausschusses nach GOÄ vergütet. Leistungen, die in Abschnitt 2 des Appendix der jeweiligen Konkretisierung der ASV-RL aufgeführt und noch nicht im EBM abgebildet sind und der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte) entnommen sind, werden bis zur Aufnahme in den EBM nach den regionalen Kostenpauschalen des Anhangs 2 der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte) vergütet.
22.05.2015	01.10.2015	Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5 a SGB V in seiner 2. Sitzung am 22. Mai 2015 zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V mit Wirkung zum 1. Oktober 2015	Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a SGB V hat in seiner 2. Sitzung am 22. Mai 2015 (Präsenzsitzung) einen Beschluss zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V mit Wirkung zum 1. Oktober 2015 gefasst. Mit diesem Beschluss wird für Leistungen der laufenden Nummern 3 (Zusatzpauschale für die Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie) und 5 (Vorstellung eines Patienten in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams) des Appendix – Abschnitt 2 der Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle der ASV-RL, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden hatten, ein Abschnitt 50.2 neu in den EBM aufgenommen. Darüber hinaus erfolgt die Aufnahme einer Präambel in das Kapitel 50, in der indikations- bzw. abschnittsübergreifend geltende Regelungen aufgeführt werden.
15.09.2015	01.10.2015	Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5 a SGB V in seiner 2. Sitzung am 15. September 2015 zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V mit Wirkung zum 1. Oktober 2015	In seiner 2. Sitzung am 15. September 2015 hat der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a SGB V einen Beschluss zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V mit Wirkung zum 1. Oktober 2015 gefasst. Mit diesem Beschluss wurden eine Abgrenzung zur Behandlungsfalldefinition gemäß 3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V definiert sowie weitere Nummern in den Bereich VII des EBM für ausschließlich im Rahmen der ASV berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen aufgenommen.

Beschluss	In Kraft	Beschlusname	Inhalt
29.01.2016	01.01.2016	Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5 a SGB V in seiner 6. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Beschlusses des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 1. Sitzung am 20. Juni 2014 zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2016	In seiner 6. Sitzung hat der ergänzte Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a SGB V einen Beschluss (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Beschlusses des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 1. Sitzung am 20. Juni 2014 zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2016 gefasst. Mit diesem Beschluss wird die bisher vorgesehene Kürzung der Vergütung bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern um einen Investitionskostenabschlag in Höhe von fünf Prozent, gemäß dem zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetz gestrichen.
11.02.2016	01.01.2016	Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 7. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2016	In seiner 7. Sitzung hat der ergänzte Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a SGB V einen Beschluss (schriftliche Beschlussfassung) zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2016 gefasst. Durch diesen Beschluss erfolgt die Anpassung der abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen in der ASV zu den Indikationen Marfan-Syndrom und gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle an den aktuellen Stand des EBM aufgrund des zwischenzeitlich erfolgten Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 347. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung). Darin wurden die für die ASV relevanten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 11233 bis 11236 neu in den Abschnitt 11.3 des EBM aufgenommen und die Gebührenordnungspositionen 11231 und 11232 aus dem EBM gestrichen.
12.04.2016	12.04.2016	Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 8. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Anpassung der Geschäftsordnung des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V	In seiner 8. Sitzung hat der ergänzte Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5 a SGB V einen Beschluss (schriftliche Beschlussfassung) zur Anpassung der Geschäftsordnung des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5 a SGB V gefasst. Mit diesem Beschluss werden Änderungen in der Geschäftsordnung, die maßgeblich aufgrund des zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz) erforderlich sind, eingearbeitet.
06.06.2016	01.10.2016	Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 9. Sitzung am 6. Juni 2016 zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V mit Wirkung zum 1. Oktober 2016	Der ergänzte Bewertungsausschuss hat einen Beschluss zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 gefasst. Gemäß Appendix – Abschnitt 2 der Anlage 2 k) der ASV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gehören Teilleistungen der augenärztlichen Grundpauschale zum Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bei der Erkrankung Marfan-Syndrom. Da diese nicht als eigenständige Leistungen im gültigen EBM enthalten sind, wird mit dem vorliegenden Beschluss die Gebührenordnungsposition 50301 zur Vergütung der augenärztlichen Untersuchung bei Marfan-Syndrom und verwandte, durch genetische Mutationen bedingte Störungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in den Abschnitt 50.3 EBM aufgenommen.
06.06.2016	01.06.2016	Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 9. Sitzung am 6. Juni 2016 zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. Juni 2016	Der ergänzte Bewertungsausschuss hat einen Beschluss zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. Juni 2016 gefasst. Durch diesen Beschluss erfolgt die Anpassung der abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen bei pulmonaler Hypertonie im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung an den aktuellen Stand des EBM aufgrund des zwischenzeitlich erfolgten Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 347. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung). Darin wurden die für die ASV relevanten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 11233 bis 11236 neu in den Abschnitt 11.3 des EBM aufgenommen und die Gebührenordnungspositionen 11231 und 11232 aus dem EBM gestrichen.
06.06.2016	01.06.2016	Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 9. Sitzung am 6. Juni 2016 zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. Juni 2016	Der ergänzte Bewertungsausschuss hat einen Beschluss zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. Juni 2016 gefasst. Mit dem Beschluss erfolgt eine Anpassung des Beschlusses des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 1. Sitzung am 20. Juni 2014, zuletzt geändert durch den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 6. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), indem Regelungen hinsichtlich der Verfahrensweise bei Änderungen von Gebührenordnungspositionen des EBM durch den Bewertungsausschuss, die in Abschnitt 1 der Appendizes der jeweiligen Konkretisierung der ASV-Richtlinie nach § 116b SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführt sind, aufgenommen werden.

Beschluss	In Kraft	Beschlusssname	Inhalt
15.09.2016	10. 08.2016	Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5 a SGB V in seiner 10. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 10. August 2016	In seiner 10. Sitzung hat der ergänzte Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a SGB V einen Beschluss (schriftliche Beschlussfassung) zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 10. August 2016 gefasst. Durch diesen Beschluss erfolgt die Anpassung der abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen bei gynäkologischen Tumoren im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung an den aktuellen Stand des EBM aufgrund des zwischenzeitlich erfolgten Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 347. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung). Darin wurden die für die ASV relevanten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 11233 bis 11236 neu in den Abschnitt 11.3 des EBM aufgenommen und die Gebührenordnungspositionen 11231 und 11232 aus dem EBM gestrichen.
13.09.2016	01.10.2016	Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 11. Sitzung am 13. September 2016 zur Vergütung von Sachkosten der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. Oktober 2016	In seiner 11. Sitzung am 13. September 2016 hat der ergänzte Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a SGB V einen Beschluss zur Vergütung von Sachkosten der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 gefasst. Mit diesem Beschluss wird die Vergütung bzw. Erstattung der Sachkosten, die bei der Erbringung ärztlicher Leistungen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung entstehen und die nicht in den in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen enthalten sind, geregelt.
07.12.2016	01.04.2017	Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 3. Sitzung am 7. Dezember 2016 zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Absatz 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. April 2017	In seiner 3. Sitzung am 7. Dezember 2016 hat der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a SGB V einen Beschluss zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. April 2017 gefasst. Mit diesem Beschluss werden u. a. die Vorhaltung der Rufbereitschaft im Notfall und das Durchführen von Qualitätskonferenzen, welche bisher nicht als eigenständige Leistungen im EBM enthalten waren, in das neue Kapitel 51 EBM für anlagenübergreifende Leistungen in der ASV aufgenommen. Darüber hinaus wurde ein Anhang 6 zum EBM eingeführt, der die Leistungen den jeweiligen Anlagen, Fachgruppen und Indikationen zuordnet.
07.12.2016	01.04.2017	Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 4. Sitzung am 7. Dezember 2016 Teil A zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Absatz 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. April 2017	Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss hat einen Beschluss zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V mit Wirkung zum 1. April 2017 gefasst und u. a. die in der ASV bisher in einigen Anlagen zum Behandlungsumfang gehörenden und im Abschnitt 2 des jeweiligen Appendix zur ASV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses definierten psychotherapeutischen Leistungen in den EBM aufgenommen.
21.04.2017	01.04.2017	Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 15. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Teil A und Teil B zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Absatz 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. April 2017	In seiner 15. Sitzung hat der ergänzte Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V einen Beschluss (schriftliche Beschlussfassung) zur Einführung einer einheitlichen Sprachregelung im Rahmen der ASV gefasst. Aufgrund des Inkrafttretens des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der Anlage 2 der ASV-Richtlinie durch die Ergänzung des Buchstaben b) Mukoviszidose (zystische Fibrose) wurde zudem der Anhang 6 EBM um weitere Zeilen ergänzt. Die psychotherapeutischen Leistungen der Gebührenordnungspositionen 51030, 51032 und 51033 sind dadurch im Rahmen der ASV bei Mukoviszidose (zystische Fibrose) abrechenbar. Darüber hinaus erfolgt die Anpassung einer abrechnungsfähigen Gebührenordnungsposition in der ASV zur Indikation Mukoviszidose (zystische Fibrose) durch die Ersetzung der Gebührenordnungsposition 23220 durch die Gebührenordnungsposition 51030 als abrechnungsfähige Leistung in Beibehaltung des vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Behandlungsumfangs.

Erstellung, Pflege und Veröffentlichung von Excel-Dateien mit den in der ASV abrechnungsfähigen GOPen

Auf Basis der vom G-BA beschlossenen Appendizes zu den Anlagen der ASV-RL veröffentlicht die Geschäftsführung des ergBA zu Informationszwecken Übersichten der abrechnungsfähigen GOPen zu den jeweiligen Erkrankungen bzw. hochspezialisierten Leistungen in der ASV. Diese Excel-Dateien werden fortlaufend gepflegt und an EBM-Änderungen angepasst, die nicht den vom G-BA festgelegten Behandlungsumfang tangieren. Sie sind auf der Internetseite des InBA abrufbar [1]. Eine Übersicht zeigt Tabelle 8.

Tabelle 8: Veröffentlichte Excel-Mappen zu den Anlagen der ASV-RL

Anlage der ASV-RL	Datum der letzten Veröffentlichung	Version
1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	06.04.2017	V005
1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren (ohne Subspezialisierung)	06.04.2017	V002
1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren (Subspezialisierung Mammakarzinom)	06.04.2017	V002
1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren (Subspezialisierung andere gyn. Tumoren)	06.04.2017	V002
2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	19.09.2016	V003
2 b) Mukoviszidose (zystische Fibrose)	21.04.2017	V001
2 k) Marfan-Syndrom	06.04.2017	V005
2 l) Pulmonale Hypertonie	06.04.2017	V002

Jährliche Meldungen von EBM-Änderungen an den G-BA

Zur Sicherstellung der regelmäßigen Aktualisierung der Appendizes berichtet der ergBA jährlich bis zum 31. August die Änderungen im EBM an den G-BA. Die Information umfasst insbesondere eine Liste aller neu in den EBM aufgenommenen sowie der aus dem EBM gestrichenen GOPen und eine Liste zu den Änderungen im obligaten Leistungsinhalt und zu den Änderungen von Kurzbezeichnungen der GOPen des EBM. Der G-BA seinerseits prüft einmal jährlich die Appendizes auf ihren Anpassungsbedarf und nutzt hierfür diese Tabellen.

6 Dreiseitige Gremien – Aktivitäten auf Bundesebene

6.1 ASV-Abrechnungsvereinbarung

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-VStG in § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V festgelegt, dass das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke vom GKV-Spitzenverband, der DKG und der KBV vereinbart wird. Die Verhandlungen hierzu wurden im Januar 2013 aufgenommen.

In der dreiseitigen „*Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV)*“ haben sich die Vertragsparteien auf die Grundlagen der Abrechnung sowie die Kennzeichnung von Vordrucken geeinigt. Die Vereinbarung regelt, welche Angaben zur Abrechnung der ärztlichen Behandlung und der berechnungsfähigen Sachkosten an die Krankenkassen zu übermitteln sind.

Zudem werden die Fristen für die Abrechnungen der Ärzte und Krankenhäuser sowie für die Zahlungen der Krankenkassen festgelegt. In der Vereinbarung ist außerdem die Vergabe der Teamnummer geregelt, welche Voraussetzung für die Abrechnung ist. Die Vereinbarung wurde im März 2014 unterzeichnet und seitdem mehrfach aktualisiert.

Zu der Vereinbarung gehören mehrere Anlagen. Darin sind unter anderem die technische Umsetzung der elektronischen Rechnungsstellung und -übermittlung sowie die Abbildung fachärztlicher Qualifikationen und Zusatzweiterbildungen durch Codes festgelegt. Die Anlagen regeln außerdem Näheres zur ASV-Servicestelle. Die Servicestelle führt das ASV-Verzeichnis, eine historisierte Auflistung aller ASV-berechtigten Ärzte und Krankenhäuser bzw. Teams. Im Folgenden werden die Inhalte der jeweiligen Anlagen der ASV-AV kurz dargestellt:

- Anlage 1: ASV-Verzeichnis und ASV-Servicestelle

In dieser Anlage wird geregelt, dass eine zentrale Stelle, die ASV-Servicestelle, für die interdisziplinären ASV-Teams eine eindeutige Teamnummer zu vergeben hat. Die Teamnummer dient der eindeutigen Identifikation des ASV-Teams in der Abrechnung und auf den Vordrucken. Die ASV-Servicestelle führt zudem das bundesweite ASV-Verzeichnis, in dem die Teamnummern und die der Teamnummer zugeordneten Daten der ASV-berechtigten Ärzte und Krankenhäuser verwaltet werden (siehe auch Abschnitt 6.2 des Berichts). Die Meldungen der ASV-Berechtigten an die ASV-Servicestelle erfüllen die Informationsverpflichtungen gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der KV und der Landeskrankenhausgesellschaft gemäß § 116b Abs. 2 Satz 7 und 8 SGB V.

- Anlage 2a: Technische Anlage ASV (Vertragsärztliche Abrechnung)/Anlage 2b: Technische Anlage AMBO (Teil Krankenhaus):

Die technischen Anlagen regeln organisatorische und technische Sachverhalte zur elektronischen Abrechnung von Leistungen im Rahmen der ASV nach § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V für Vertragsärzte (Anlage 2a) und für Krankenhäuser (Anlage 2b). Die Anlagen 2a und 2b werden von den jeweils zuständigen Vertragspartnern bilateral fortgeschrieben.

- Anlage 3: Fachgruppencodierungen

In dieser Anlage werden Regelungen zur Verwendung eines Fachgruppencodes durch Vertrags- und Krankenhausärzte festgelegt. Der Fachgruppencode bildet die Fachgebiets-, Schwerpunkt- oder Teilgebietsbezeichnungen gemäß der jeweils gültigen Anlage 2 der Richtlinie der KBV nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- und Praxisnetznummern und damit die in den Anlagen zur ASV-RL geforderten fachlichen Qualifikationen ab. Der Fachgruppencode ist bei der Anzeige an den eLA anzugeben und wird mit den Abrechnungsdaten an die Krankenkassen übermittelt.

- Anlage 3a: Zusatz-Weiterbildungen

Die Anlage 3a bildet in Ergänzung zur Anlage 3 die Zusatzweiterbildungen gemäß der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer ab. Diese sind zusätzlich zum Fachgruppencode zu melden, wenn die entsprechende Zusatzweiterbildung als indikationsspezifische Vorgabe in einer ASV-Anlage zur ASV-RL aufgeführt ist.

- Anlage 4: Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel

In der Anlage 4 zur ASV-AV werden Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel für die bereits in Kraft getretenen indikationsspezifischen ASV-Anlagen festgelegt, die sowohl in der ASV-Abrechnung als auch im ASV-Verzeichnis anzugeben sind.

- Anlage 5: Verzeichnis der bundeseinheitlichen Pseudoziffern

Diese Anlage ordnet den Leistungen, die im Abschnitt 2 des Appendix der jeweiligen ASV-Anlage aufgeführt und noch nicht im EBM abgebildet sind, Pseudoziffern zu. Diese Ziffern werden im Rahmen der Abrechnung als Nachweis der Leistungen des Abschnitts 2 des Appendix der indikationsspezifischen ASV-Anlage angegeben.

- Anlage 6: Übermittlung von zusätzlich geforderter Dokumentation

Bei onkologischen Erkrankungen kann unter bestimmten Voraussetzungen eine zusätzliche Dokumentation des Tumorstadiums erforderlich sein. Es war eine Übermittlung zum Nachweis der schweren Verlaufsformen vereinbart worden. Wie das Tumorstadium zum Nachweis des Schweregrades der Erkrankung übermittelt wird, regelt die Anlage 6 zur ASV-AV.

Die ASV-AV sowie deren Anlagen werden fortlaufend an gesetzliche Vorgaben sowie an die Vorgaben des G-BA angepasst.

6.2 ASV-Servicestelle

Im Rahmen der dreiseitigen Beratungen über die ASV-AV wurde Ende 2013 deutlich, dass eine zentrale Stelle geschaffen werden müsse, damit einheitliche Teamnummern vergeben werden können. Grund für das Erfordernis eines ASV-Verzeichnisses war die Notwendigkeit der eindeutigen Identifikation von ASV-Berechtigten (gem. § 2 ASV-RL) einerseits und der Zuordnung der ASV-Berechtigten zu einem Team andererseits.

Nach Abschluss der Beratungen zur ASV-AV wurde aus den genannten Gründen eine Vergabegruppe geschaffen, die von der DKG, der KBV und dem GKV-Spitzenverband besetzt wurde. Der Zuschlag zum Betrieb der ASV-Servicestelle wurde im November 2014 der Swiss Post Solutions GmbH (SPS) erteilt. Die SPS ist eine 100-prozentige Tochter der schweizerischen Post und ein Dienstleister im Bereich des Informations- und Dokumentenmanagements. In Deutschland betreibt sie 11 Niederlassungen; die Arbeiten der ASV-Servicestelle erfolgen vorrangig in Hallstadt bei Bamberg und anteilig in Prien am Chiemsee. Sie erfüllt hohe datenschutzrechtliche Vorgaben und ist ISO-9001- und ISO-27001-(ISMS)-zertifiziert. Die SPS entwickelte zunächst eine geeignete Software zur Verarbeitung der Daten sowie ein Front-End, das den Nutzern zur Dateneingabe im Internet zur Verfügung gestellt wurde. Ab Februar 2015 erfolgte die vollständige Datenverarbeitung und Kommunikation mit den ASV-Teams durch die SPS. Während des Ausschreibungsprozesses wurden die Datenerfassung und die Abstimmung mit den ASV-Teams übergangsweise vom GKV-Spitzenverband übernommen.

Aufgabe der ASV-Servicestelle ist neben der Vergabe der Teamnummern die Registrierung der ASV-Teams im ASV-Verzeichnis. Eine namentliche Meldung der Teamleitung, der Mitglieder des Kernteams und die namentliche/institutionelle Benennung der hinzugezogenen Fachärzte an die ASV-Servicestelle befreit die ASV-Berechtigten von einer zusätzlichen Meldung gemäß § 2 Abs. 2f und § 3 Abs. 4 der ASV-RL gegenüber den Landeskrankenhausgesellschaften, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den KVen.

Das ASV-Verzeichnis enthält alle Einträge der ASV-Teams nach erfolgreicher Neuanmeldung einschließlich ggf. nachträglich erfolgter Anpassungen bei z. B. Vertretungssituationen oder sonstigen Änderungen innerhalb der ASV-Teams. Die ASV-Servicestelle übernimmt die formale Prüfung sowie die Pflege der Daten.

Durch das ASV-Verzeichnis wird eine bundeseinheitliche Informationsgrundlage geschaffen. Die ASV-Team-Daten stehen allen Trägern u. a. für gesetzlich geforderte Auswertungen vollumfänglich zur Verfügung und sind eine wichtige Datenquelle für Analysen. Darüber hinaus ist das ASV-Verzeichnis über die Internetseite der ASV-Servicestelle auch Patienten, behandelnden Ärzten, Angehörigen sowie Politik und Öffentlichkeit zur Information über das Leistungsangebot der ASV zugänglich, sofern das ASV-Team einer Veröffentlichung zugestimmt hat. Die ASV-Servicestelle ist damit eine etablierte und notwendige Einrichtung.

Die ASV-Servicestelle steht bei der Erhebung und Verarbeitung der Daten im Wesentlichen vor folgenden Herausforderungen:

1. Vollständigkeit der Daten

Unmittelbar nach Erhalt der ASV-Berechtigung können die ASV-Teams Patienten im Rahmen der ASV versorgen. Den Teams wird von der ASV-Servicestelle deshalb innerhalb von zwei Tagen eine Teamnummer übermittelt, mit der die Abrechnung ermöglicht wird (vgl. § 4 Abs. 3 ASV-AV). Dies bedeutet, dass auch Teams, die ihre Daten noch nicht vollständig an die ASV-Servicestelle übermittelt haben, unmittelbar ASV-Leistungen abrechnen können. Schwerpunkte der Tätigkeiten der ASV-Servicestelle sind somit die Vervollständigung der Daten bei erstmaliger Aufnahme in das ASV-Verzeichnis und die kontinuierliche formale Prüfung der Daten.

2. Uneinheitlichkeit der Bescheide der eLA

Die föderale Struktur der Erlangung der ASV-Berechtigung zeichnet sich auch in den Bescheiden der verschiedenen eLA ab. Der überwiegende Anteil der Bescheide ist eine gute Grundlage für die formale Prüfung der ASV-Servicestelle. Allerdings werden vereinzelt lediglich individuelle Bescheide (je ASV-Berechtigten) erstellt und der ASV-Servicestelle ohne Bezug zum gesamten ASV-Team übermittelt, so dass die vollständige Zusammenführung eines ASV-Teams nicht immer gewährleistet ist. Die ASV-Servicestelle geht in diesen Fällen unmittelbar auf die Teamleiter zu und stellt durch Rückfragen die Vollständigkeit der erforderlichen Angaben zum ASV-Team im ASV-Verzeichnis sicher.

Die Daten werden – wie in der ASV-AV vorgesehen – zur Erstellung bzw. zur Prüfung der Abrechnung durch die Krankenkassen genutzt. Zudem erweist es sich als sinnvoll, dass die ASV-Servicestelle die eLA unterstützen kann, insbesondere bei der Nachhaltung der Vollständigkeit aller Angaben bei KV-übergreifenden Teams.

Die DKG, die KBV und der GKV-Spitzenverband werden sich vor dem Hintergrund der komplexen Datenerfassung und den o. g. Herausforderungen kontinuierlich für eine Verbesserung der Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der in der ASV-Servicestelle erfassten Angaben einsetzen.

7 Stand der Versorgungsstruktur

7.1 Anzahl der ASV-Teams insgesamt, je ASV-Indikation und je KV-Bezirk

Mit Stand vom 29. März 2017 gibt es 24 TBC-Teams, 45 GIT-Teams und jeweils ein Team für pulmonale Hypertonie und gynäkologische Tumoren, so dass insgesamt 71 ASV-Teams zugelassen sind. Es gibt derzeit keine ASV-Teams für die bereits in Kraft getretenen ASV-Indikationen Marfan-Syndrom und Mukoviszidose. Im Vergleich zum Oktober 2016 ist die Anzahl der ASV-Teams für die Indikationen TBC und GIT um ca. 20 % angestiegen: bei TBC von 20 auf 24 Teams und bei GIT von 37 auf 45 Teams. Eine detaillierte Aufstellung der 69 ASV-Teams für die Indikationen GIT und TBC je KV-Bezirk zeigt Tabelle 9. Das Team für pulmonale Hypertonie befindet sich in Bayern und das Team für gynäkologische Tumoren im KV-Bezirk Nordrhein.

Tabelle 9: Aufstellung der ASV-Teams der ASV-Indikationen TBC und GIT je KV der zuständigen eLA

KV	ASV-Indikation		ASV-Indikation
	TBC	GIT	TBC + GIT
Baden-Württemberg	9	5	14
Bayern	1	4	5
Berlin	1	6	7
Brandenburg	0	1	1
Bremen	0	0	0
Hamburg	2	2	4
Hessen	1	4	5
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0
Niedersachsen	1	1	2
Nordrhein	3	3	6
Rheinland-Pfalz	0	1	1
Saarland	0	0	0
Sachsen	0	1	1
Sachsen-Anhalt	2	3	5
Schleswig-Holstein	1	3	4
Thüringen	0	0	0
Westfalen-Lippe	3	11	14
Bund	24	45	69

Stand 29.03.2017

Es zeigt sich, dass die Anzahl der Teams regional sehr unterschiedlich ist. Während vier KV-Bezirke gar kein ASV-Team aufweisen (Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Thüringen), stellen Baden-Württemberg und Westfalen-Lippe mit jeweils 14 Teams zusammen ca. 40 % aller ASV-Teams. Ein gutes Drittel aller TBC-Teams befindet sich in Baden-Württemberg und ca. ein Viertel aller GIT-Teams in Westfalen-Lippe.

In § 116b SGB V ist vorgesehen, dass die eLA über die Berechtigung eines Teams zur Teilnahme an der ASV entscheiden. Allerdings gibt es gemäß § 116b Abs. 2 Satz 4 SGB V auch

die Möglichkeit, dass ein Team zur Behandlung im Rahmen der ASV berechtigt ist, wenn der eLA nicht innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Anzeige mitteilt, dass die Anforderungen und Voraussetzungen für die ASV nicht erfüllt sind (Fristablauf). Derzeit sind von den insgesamt 71 ASV-Teams 70 Teams durch die Feststellung der eLA und ein GIT-Team durch Fristablauf zur ASV-Versorgung berechtigt.

7.2 Zusammensetzung der ASV-Teams

Die ASV-RL unterscheidet zwischen dem Kernteam samt Teamleiter und den hinzuzuziehenden Fachärzten, wobei je Indikation in den Anlagen die notwendigen fachlichen Qualifikationen festgelegt sind.

Bei der Anzahl der hinzuzuziehenden Fachärzte handelt es sich um die an die ASV-Servicestelle gemeldeten Ärzte. Durch die Möglichkeit der institutionellen Benennung von hinzuzuziehenden Fachärzten könnten die tatsächlichen Arztzahlen je ASV-Indikation bzw. je Versorgungssektor höher sein. Dadurch könnte auch der Anteil der hinzuzuziehenden Fachärzte im Verhältnis zum Kernteam in Wirklichkeit größer sein bzw. das tatsächliche Verhältnis der Arztzahlen in den beiden Versorgungssektoren könnte differieren. Dies ist im folgenden Abschnitt und den Tabellen 10 bis 14, 16 und 18 zu berücksichtigen.

Eine Vertretung ist gemäß § 3 ASV-RL nur durch Fachärzte mit vergleichbarer Qualifikation möglich und ist bei einer Dauer von länger als einer Woche dem eLA mitzuteilen. Auch bei Ausscheiden eines Teammitglieds nach § 2 ASV-RL muss die vorübergehende Versorgung durch einen Vertreter gleicher Qualifikation sichergestellt werden.

Da es bisher nur jeweils ein Team für pulmonale Hypertonie und gynäkologische Tumoren gibt, wurde auf weiterführende Analysen zur Zusammensetzung dieser Teams verzichtet.

Zusammensetzung der ASV-Teams: Teamgröße und Anzahl der Teammitglieder

Die Größe der Teams insgesamt und der jeweils relative Anteil von Kernteamärzten und gemeldeten hinzuzuziehenden Fachärzten unterscheiden sich für die einzelnen TBC- bzw. GIT-Teams zum Teil deutlich.

Insgesamt haben die 24 TBC-Teams 434 Teammitglieder, davon 152 Kernteamärzte, 279 gemeldete hinzuzuziehende Fachärzte und drei Vertreter (Tabelle 10), benannt. Der Median der Anzahl der gemeldeten hinzuzuziehenden Ärzte je Team beträgt zehn Ärzte. Die Kernteams bestehen aus bis zu 32 Mitgliedern und im Median aus fünf Ärzten. Der Anteil der Kernteamärzte am Gesamtteam (ohne Vertreter) reicht von 10 bis 74 % (Median 31 %).

Tabelle 10: Anzahl der Ärzte je TBC-Team

TBC Team-Nr.	Alle Mitglieder inklusive Vertretungsärzte	Gesamtteam * (Kernteamärzte und hinzuzuziehende Fachärzte)	Davon Kernteamärzte	Davon hinzuzuziehende Fachärzte **
1	43	43	32	11
2	34	34	12	22
3	31	31	6	25
4	24	24	13	11
5	23	23	6	17
6	20	20	7	13
7	20	20	3	17
8	20	20	5	15
9	20	20	10	10
10	19	19	4	15
11	18	18	8	10
12	15	15	6	9
13	15	15	5	10
14	15	14	6	8
15	14	14	4	10
16	14	14	6	8
17	13	12	2	10
18	13	13	2	11
19	13	12	3	9
20	12	12	4	8
21	11	11	2	9
22	10	10	2	8
23	10	10	1	9
24	7	7	3	4
Summe	434	431	152	279
Minimum	7	7	1	4
Maximum	43	43	32	25
Median	15	15	5	10

* ohne Vertretungsärzte. ** an die ASV-Serviceestelle gemeldet

Die 45 GIT-Teams haben zusammen 1.897 Teammitglieder, davon 634 Kernteamärzte, 1.182 gemeldete hinzuzuziehende Fachärzte und 81 Vertreter (Tabelle 11). Die Größe der einzelnen GIT-Teams (ohne Vertreter) variiert stark und reicht von 19 bis 69 Ärzten (Median 37). Bei den hinzuzuziehenden Fachärzten sind es je Team 13 bis 59 gemeldete Ärzte (Median 24) und beim Kernteam 4 bis 37 Ärzte (Median 12). Der relative Anteil des Kernteams am Gesamtteam (ohne Vertreter) variiert für die GIT-Teams zwischen 6 und 66 % (Median 33 %).

Tabelle 11: Anzahl der Ärzte je GIT-Team

GIT Team-Nr.	Alle Mitglieder inklusive Vertretungsärzte	Gesamteam * (Kernteamärzte und hinzuzuziehende Fachärzte)	Davon Kernteamärzte	Davon hinzuzuziehende Fachärzte **
1	69	69	12	57
2	67	67	28	39
3	67	67	35	32
4	64	64	15	49
5	63	63	4	59
6	62	23	8	15
7	62	62	33	29
8	58	58	19	39
9	56	56	37	19
10	55	55	21	34
11	55	55	25	30
12	54	54	13	41
13	52	52	18	34
14	51	51	15	36
15	50	49	29	20
16	49	49	21	28
17	48	48	19	29
18	41	24	7	17
19	41	41	12	29
20	40	40	16	24
21	40	40	16	24
22	40	40	15	25
23	38	38	10	28
24	38	37	6	31
25	37	37	9	28
26	37	37	16	21
27	36	36	12	24
28	36	36	16	20
29	36	36	14	22
30	34	33	10	23
31	34	34	13	21
32	34	34	14	20
33	32	31	9	22
34	32	32	8	24
35	30	30	7	23
36	30	30	9	21
37	28	26	5	21
38	28	28	8	20
39	28	22	7	15
40	26	23	10	13
41	26	19	5	14
42	25	22	4	18
43	25	25	10	15
44	23	23	8	15
45	20	20	6	14
Summe	1.897	1.816	634	1.182
Minimum	20	19	4	13
Maximum	69	69	37	59
Median	38	37	12	24

* ohne Vertretungsärzte. ** an die ASV-Serviceestelle gemeldet

Der Anteil der Vertretungsärzte ist mit <1 % (TBC-Teams) bzw. 4 % (GIT-Teams) gering. Daher wurde im Folgenden die Teamzusammensetzung ohne Berücksichtigung der Vertretungsärzte analysiert.

Zusammensetzung der ASV-Teams: Teamart und Anteil von Krankenhaus- und Vertragsärzten

Die relativen Häufigkeiten von ASV-Teams, die ausschließlich aus Vertragsärzten bzw. ausschließlich aus Krankenhausärzten bestehen, sowie von ASV-Teams, in denen Krankenhausärzte und Vertragsärzte kooperieren, zeigt Abbildung 1.

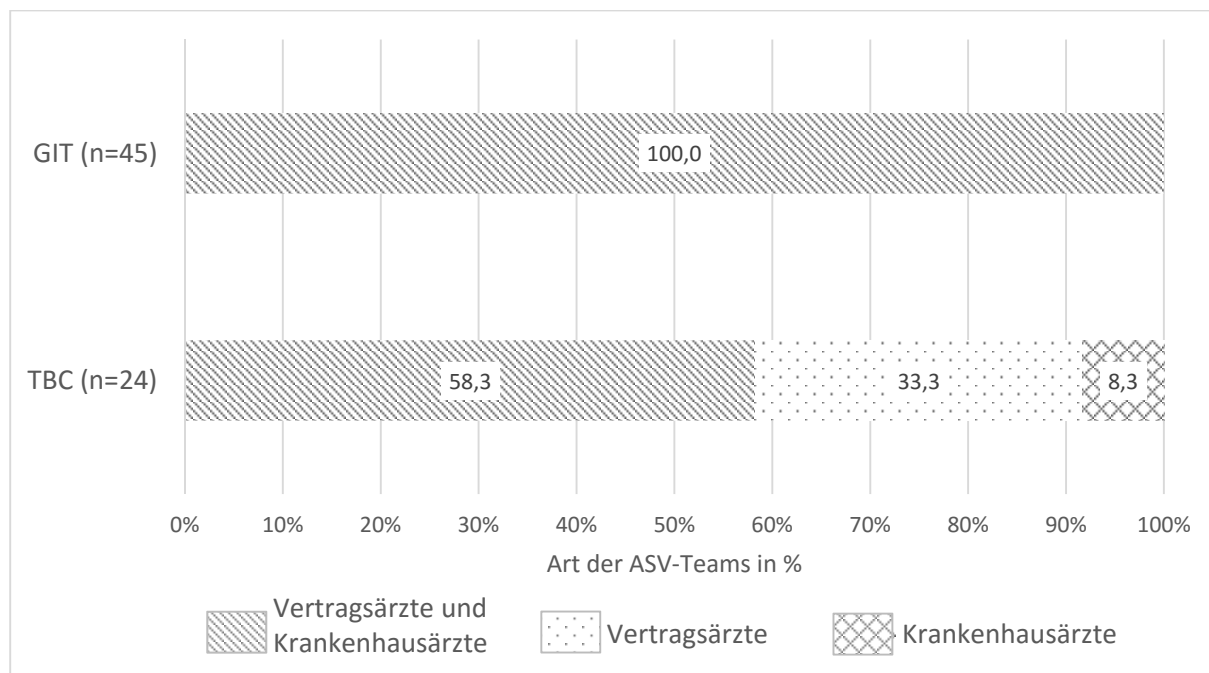


Abbildung 1: Zusammensetzung der ASV-Teams mit Krankenhaus- bzw. Vertragsärzten je Indikation

Aufgrund des Kooperationsgebots bestehen alle GIT-Teams aus Vertragsärzten und Krankenhausärzten. Für die TBC-Teams trifft dies bei 58 % zu. Darüber hinaus weist ein Drittel der TBC-Teams ausschließlich Vertragsärzte auf und 8 % der Teams bestehen ausschließlich aus Krankenhausärzten.

Alle 71 ASV-Teams wurden zusätzlich auf die Anzahl der dort tätigen Vertragsärzte und Krankenhausärzte je KV-Bezirk analysiert (Tabellen 12 bis 14).

Von den bundesweit 2.301 Ärzten aller ASV-Teams sind 1.256 (55 %) Vertragsärzte und 1.045 (45 %) Krankenhausärzte. 431 der 2.301 Ärzte versorgen TBC-Patienten und 1.816 behandeln GIT-Patienten. Die Teams bestehen bundesweit betrachtet mit 65 % (TBC) und 53 % (GIT) mehrheitlich aus Vertragsärzten.

Die tatsächliche Anzahl der hinzuzuziehenden Fachärzte kann aufgrund der Möglichkeit zur institutionellen Benennung abweichend sein. Es wurde zusätzlich das Verhältnis der Krankenhausärzte und Vertragsärzte in den Kernteams bestimmt, weil für die Kernteammitglieder keine Möglichkeit zur institutionellen Benennung besteht. Hierbei zeigt sich, dass deutschlandweit 50 % (GIT) und 64 % (TBC) der Kernteammitglieder Vertragsärzte, bzw. 50 % (GIT) und 36 % (TBC) Krankenhausärzte sind.

Die Teamleiter der 24 TBC-Teams sind je zur Hälfte Krankenhausärzte und Vertragsärzte. Für 44 GIT-Teams liegen Angaben zum Teamleiter vor, wobei Krankenhausärzte in 30 (68 %) und Vertragsärzte in 14 (32 %) der GIT-Teams die Teamleiter stellen.

Tabelle 12: Anzahl der Krankenhaus- und Vertragsärzte in den ASV-Teams je KV des zuständigen eLA

KV	Anzahl ASV-Teams	Anzahl alle Ärzte	Anzahl Krankenhaus-ärzte	Anzahl Vertrags-ärzte	Anteil Krankenhaus-ärzte (%)	Anteil Vertrags-ärzte (%)
Baden-Württemberg	14	334	150	184	45	55
Bayerns	6	235	97	138	41	59
Berlin	7	322	202	120	63	37
Brandenburg	1	34	19	15	56	44
Hamburg	4	155	50	105	32	68
Hessen	5	131	46	85	35	65
Niedersachsen	2	50	32	18	64	36
Nordrhein	7	181	105	76	58	42
Rheinland-Pfalz	1	23	18	5	78	22
Sachsen	1	62	44	18	71	29
Sachsen-Anhalt	5	242	42	200	17	83
Schleswig-Holstein	4	110	31	79	28	72
Westfalen-Lippe	14	422	209	213	50	50
Bund	71	2.301	1.045	1.256	45	55

Ohne Vertretungsärzte.

Tabelle 13: Anzahl der Krankenhaus- und Vertragsärzte in den TBC-Teams je KV des zuständigen eLA

KV	Anzahl ASV-Teams	Anzahl alle Ärzte	Anzahl Krankenhaus-ärzte	Anzahl Vertrags-ärzte	Anteil Krankenhaus-ärzte (%)	Anteil Vertrags-ärzte (%)
Baden-Württemberg	9	188	48	140	26	74
Bayerns	1	15	10	5	67	33
Berlin	1	31	28	3	90	10
Hamburg	2	33	0	33	0	100
Hessen	1	10	5	5	50	50
Niedersachsen	1	20	20	0	100	0
Nordrhein	3	34	3	31	9	91
Sachsen-Anhalt	2	48	6	42	13	88
Schleswig-Holstein	1	11	8	3	73	27
Westfalen-Lippe	3	41	21	20	51	49
Bund	24	431	149	282	35	65

Ohne Vertretungsärzte.

Tabelle 14: Anzahl der Krankenhaus- und Vertragsärzte in den GIT-Teams je KV des zuständigen eLA

KV	Anzahl ASV-Teams	Anzahl alle Ärzte	Anzahl Krankenhaus-Ärzte	Anzahl Vertrags-Ärzte	Anteil Krankenhaus-Ärzte (%)	Anteil Vertrags-Ärzte (%)
Baden-Württemberg	5	146	102	44	70	30
Bayerns	4	210	80	130	38	62
Berlin	6	291	174	117	60	40
Brandenburg	1	34	19	15	56	44
Hamburg	2	122	50	72	41	59
Hessen	4	121	41	80	34	66
Niedersachsen	1	30	12	18	40	60
Nordrhein	3	103	66	37	64	36
Rheinland-Pfalz	1	23	18	5	78	22
Sachsen	1	62	44	18	71	29
Sachsen-Anhalt	3	194	36	158	19	81
Schleswig-Holstein	3	99	23	76	23	77
Westfalen-Lippe	11	381	188	193	49	51
Bund	45	1.816	853	963	47	53

Ohne Vertretungsärzte.

Zusammensetzung der ASV-Teams: Fachgruppen der Teammitglieder

Die Analysen der in den TBC- bzw. GIT-Teams vorhandenen Fachgruppen sind – getrennt für Kernteamärzte und gemeldete hinzuzuziehende Fachärzte – den Tabellen 15 bis 18 zu entnehmen.

In der Anlage TBC zur ASV-RL werden für das Kernteam mehrere verschiedene Kombinationen von Facharztkompetenzen eröffnet: Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde plus entweder Facharzt Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Infektiologie oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. In 22 von 24 Teams ist der Teamleiter ein Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde. Die Anzahl der Fachärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde je Team variiert sehr stark und reicht von einem bis zu 29 Fachärzten.

Fünf von 24 TBC-Teams haben einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (in zwei Fällen auch mit Zusatzweiterbildung oder SP Pneumologie) gemeldet und sind gemäß der Anlage zur ASV-RL damit auch in der Lage, Kinder zu behandeln. Auch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie oder mit Schwerpunkt Neuropädiatrie können grundsätzlich als hinzuzuziehende Fachärzte benannt werden. Dies ist bisher bei keinem Team der Fall.

In der Anlage GIT zur ASV-RL ist die Zusammensetzung des Kernteams mit vier verschiedenen Fachgruppen vorgegeben:

- Innere Medizin und Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie (ggf. alternativ Innere Medizin und Zusatzweiterbildung Medikamentöse Tumortherapie mit einer Zulassung der KV bis zum 31. Dezember 2015 für die Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag Ärzte)),

- Strahlentherapie,
- Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie (ggf. alternativ Innere Medizin ohne Schwerpunkt Gastroenterologie und Zulassung der KV bis zum 31. Dezember 2015 für die Abrechnung gastroenterologischer Leistungen) und
- Allgemein Chirurgie oder Viszeralchirurgie.

Die Analyseergebnisse zeigen, dass die Hälfte der GIT-Teams sowohl einen Facharzt für Allgemein Chirurgie als auch für Viszeralchirurgie hat. Alle Teams haben mindestens einen Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie, wobei die Anzahl je Team von 1 bis 17 deutlich differiert. In 6 von 45 Teams gibt es zusätzlich einen Facharzt für Innere Medizin und Zusatzweiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie. Die Teamleiter der GIT-Teams sind v. a. Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie (n = 27) bzw. Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie (n = 13). In drei Teams ist ein Viszeralchirurg Teamleiter. Kein Team wird von einem Facharzt für Strahlentherapie geleitet. Falls Schilddrüsenkarzinome oder Nebenschilddrüsenkarzinome behandelt werden, sind gemäß der Anlage zur ASV-RL zusätzlich ein Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde sowie ein Facharzt für Nuklearmedizin erforderlich. 14 von 45 Teams erfüllen die letztgenannte Voraussetzung. Die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin, die gemäß der Anlage zur ASV-RL für alle GIT-Teams bereits bei Antragstellung nachgewiesen werden muss, ist nicht für alle GIT-Teams dokumentiert, während einige Teams mehrere Palliativmediziner aufweisen (Tabelle 17).

Nuklearmediziner können in GIT-Teams als Mitglied des Kernteams oder als hinzuzuziehender Facharzt benannt werden. Von den insgesamt 89 Nuklearmediziner sind 30 (33 %) beim Kernteam und 59 als hinzuzuziehende Fachärzte gemeldet.

Die psychotherapeutische Behandlung erfolgt in 22 ASV-Teams durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, in elf Teams durch psychologische Psychotherapeuten, in zehn Teams durch Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und in zwei Teams durch einen ärztlichen Psychotherapeuten (Mehrfachnennungen sind möglich, für sechs Teams liegen keine Angaben zur psychotherapeutischen Behandlung vor).

Einige wenige Daten scheinen nicht den in den Anlagen zur ASV-RL geforderten personellen Voraussetzungen zu entsprechen. Zu den Ursachen für Abweichungen von Anforderungen der ASV-RL in den Daten der ASV-Serviceestelle liegen keine Informationen vor. Zu berücksichtigen ist, dass die Zuständigkeit für die Zulassung von ASV-Teams bei den eLA liegt. Eine Überprüfung dieser Zulassungen ist nicht Gegenstand dieses Berichts.

Tabelle 15: Verteilung der Fachgruppen der Kernteamärzte in den TBC-Teams

Team-Nr.	Anzahl der Kernteamärzte	Anzahl der Fachgruppen der Kernteamärzte	Kernteam-Kompetenzen					Behandlung von Kindern und Jugendlichen			Weitere Ärzte *
			Innere Medizin und SP Pneumologie	Innere Medizin und SP Pneumologie mit ZWB Infektiologie	Innere Medizin mit SP Infektiologie	Innere Medizin mit ZWB Infektiologie	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendmedizin ohne SP	
1	3	3	2				1				
2	2	2	1								1****
3	4	4	2			1		1			
4	2	2	1		1						
5	6	6	3	1						2	
6	4	4									4***
7	7	7	5	1			1#				
8	3	3	1				2#				
9	6	6	4	1						1	
10	1	1	1								
11	5	5	4				1				
12	6	6	5				1				
13	2	2	1				1				
14	13	13	9				3		1		
15	32	30**	29				1				
16	3	3		1	2						
17	5	5	3				1			1	
18	10	10	8	1		1					
19	6	6	4			1	1				
20	6	6	5				1				
21	4	4	3				1#				
22	2	2	1	1							
23	12	12	10				2				
24	8	8	7				1				

ZWB: Zusatzweiterbildung. SP: Schwerpunkt. * Einige der Kernteamärzte weisen Fachgruppen auf, die laut Anlage zur ASV-RL nicht zum Kernteam gehören. ** Zwei Ärzte weisen keine Fachgruppe auf. *** Drei Fachärzte für Innere Medizin ohne SP und ein Facharzt für Laboratoriumsmedizin. **** Facharzt für Innere Medizin ohne SP. # Davon je ein Facharzt für Laboratoriumsmedizin.

Tabelle 16: Verteilung der Fachgruppen der gemeldeten hinzuzuziehenden Fachärzte in den TBC-Teams

Team-Nr.	Anzahl der hinzuzuziehenden Fachärzte	Anzahl der Fachgruppen der hinzuzuziehenden Fachärzte	Augenheilkunde	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Innere Medizin und Gastroenterologie	Urologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Neurologie	Neurologie (und ggf. Psychiatrie)	Pathologie	Laboratoriumsmedizin	Radiologie	Weitere Ärzte *
1	4	4	1	1		1		1					
2	8	8	1	1		1				1	1	2	1****
3	10	10	1	1	1	1	1	1		1	2	1	
4	10	10	1	1	1	1	1	1		2		1	1***
5	25	25	2	3	5	2	1	4		4	1	3	
6	8	8	1	1	1	1	1	1		1		1	
7	13	13	1	1	2	2	1	3		2		1	
8	17	17	1	1	1	3	1	2		2	2	4	
9	9	9	1	1	1	1	1	1		1	1###	1	
10	9	9	1	1	1	1	1		1	1	1	1	
11	10	10	1	1	1	1	1	1		1	2	1	
12	8	8	1	1	1	1	1			1	1	1	
13	11	11	1	1	1	1	1		1	1	1	3	
14	11	11	1	1	1	2	1	2		1	1	1	
15	11	11	1	1	1	1	1	1		1	1	1	2#
16	9	9	1	1	1	1	1	1		1	1	1	
17	15	15	1	1	1	1	1		1	3	1	3	2##
18	10	10	1	1	1	1	1	1		1	1	2	
19	8	8	2	1		1		1		1		1	1**
20	17	17	1	2	3	1	4	1		2	1	2	
21	15	15	2	1	1	3	2	1		1	1	3	
22	9	9	1	1	1	1	1	1		1	1	1	
23	22	22	2	2	2	2	2	2		3	2	5	
24	10	10	1	1	2	1	1		1	2		1	

ZWB: Zusatzweiterbildung. SP: Schwerpunkt. * Einige der hinzuzuziehenden Ärzte weisen Fachgruppen auf, die laut Anlage zur ASV-RL nicht dazu gehören. ** Allgemein Chirurgie. *** Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. **** Innere Medizin ohne SP. # Kinder- und Jugendmedizin ohne SP. ## Nuklearmedizin. ### Zusätzlich Facharzt für Mikrobiologie.

Tabelle 17: Verteilung der Fachgruppen der Kernteamärzte in den GIT-Teams

Team-Nr.	Palliativmediziner	Anzahl der Kernteamärzte	Anzahl der Fachgruppen der Kernteamärzte #	Kernteam-Kompetenzen							SD-Karzinom		Innere Medizin: weitere Fachgruppen	Weitere Ärzte *
				Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie	Innere Medizin und ZWB Med. Tumorthherapie	Strahlentherapie	Radiologie (und ggf. Strahlentherapie)	Innere Medizin und SP Gastroenterologie	Allgemeinchirurgie	Viszeralchirurgie	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Nuklearmedizin (Kernteam)		
1		4	4	1		1		1		1				
2		10	11	3		2		3	1	2				
3	1	5	5	1		1		2		1				
4	1	10	10	2		2		5	1					
5		10	10	2		2		4	1	1				
6	1	9	9	1		5		2		1				
7		13	13	5		2		3	1	2				
8	2	10	10	3		1		3	2	1				
9		8	8	2		1		4	1					
10		16	16	5		3		5	1			1		1**
11	3	12	12	2		2		1	1	1	1	4		
12	2	6	6	3			1	1	1					
13		8	8	2		1		2	1		1	1		
14	1	15	20	6		1	1	2	5	5				
15	1	21	21	6		2	1	5		2##	3	1		1***
16	1	13	13	2		2		4	2	3				
17		7	8	2	1	1		1	1	1	1	1		
18	1	12	12	2	1		2	3		1	2	1		
19		5	7	2		1		1	1	1				1**
20	1	8	8	2		1		1	1	1	1	1		
21		16	16	4			3	1	1				7	
22	1	19	19	4	3	4		6	1	1				
23		16	16	4		4		4		3		1		
24	1	25	25	13		6		4	1	1				
25	1	9	9	3	1		2	1			1		1	
26		14	14	3		1		6	1	3				
27	3	16	16	3			5	4	1	1	1		1	
28	1	6	6	1	1	1		1		2				
29		28	28	5		5		10		4	1	3		
30	3	15	17	4		3		5	1	3			1	
31	1	21	21	5		3		4	2	3	3	1		
32	3	19	19	3		1	1	8	1	2	2	1		
33	1	37	39	8		13		8	6	1	1	2		
34		15	15	4		3		4	1	3				
35	1	8	8	2		2		1	1	2				
36	6	29	32	9		4		4	4	7	3	1		
37	3	18	20	4	1	2		3	4	2	2	1		1**
38		35	35	17		14		2	2					
39	1	7	7	2		2		1		2				
40	1	12	15	3		2		5	2	2				1****
41	1	9	9	4		3		1	1					
42	3	7	7	4		1		1		1				
43		14	14	1		3		3		3	3	1		
44	1	33	33	3		8		4	2	4	1	10	1	
45	1	4	4	1		1		1		1				

ZWB: Zusatzweiterbildung. SP: Schwerpunkt. SD-Karzinom: Schilddrüsenkarzinom. # Einige Ärzte weisen mehr als eine Fachgruppe auf. * Einige der Kernteamärzte weisen Fachgruppen auf, die laut Anlage zur ASV-RL nicht zum Kernteam gehören. ** Gefäßchirurgie. *** Anästhesie. ****Thoraxchirurgie. ## Davon ein Thoraxchirurg mit ZWB für Viszeralchirurgie.

Tabelle 18: Verteilung der Fachgruppen der gemeldeten hinzuzuziehenden Fachärzte in den GIT-Teams

Team-Nr.	Anzahl der hinzuzuziehenden Fachärzte	Anzahl der Fachgruppen der hinzuzuziehenden Fachärzte #	Anästhesiologie	Nuklearmedizin (Hinzuzuziehend)	Gefäßchirurgie	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Kardiologie	Neurologie	Neurologie (und ggf. Psychiatrie)	Humangenetik	Psychologische Psychotherapie	Ärztliche Psychotherapie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Innere Medizin und Nephrologie	Labormedizin	Radiologie (und ggf. Strahlentherapie)	Neuroradiologie	Pathologie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gynäkologische Onkologie	Urologie	Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie	Weitere Ärzte *
1	18	18	1	1		1	1		1	1			1		4	1	1		1	2		2		
2	15	15	1	1	1		1	1	1	1			1		2	1	1		1	1		2		
3	21	25	1	2	1		3	4	1	1			3		1	1	4		1	1		1		
4	13	13	1	1	1		1	1		1			1		1	1	1		1	1		1		
5	23	24	2	2	1		1		1	3			1		1	2	6		1	1		2		
6	22	22	2	1	1		2	1		1			1		1	3	5		2	1		1		
7	41	41	3	1	2	1	6	2		2	1		1		2	1	5		5	3	1	5		
8	28	29	2		2		2	2		1			1		2	1	3		1	6		6		
9	20	20	1	1	1		1		1	2					1	1	4		5	1		1		
10	24	23**	1	2		1	1	1		1	1				4	2		4	1		1	1	2	
11	24	24	1	4		1	1	1		1			1		2	2	3		2	3		1	1	
12	14	14	2	1	1		1	1		1			1		1	1	1		1	1		1		
13	15	15	1		1		1		1	1	1				1	1	2		2		1	1		1
14	36	36	2	2		2	2	2		2			2		2	4	8		2	2		2	2	
15	34	34	4		1		1	1	1	9					3	2	5		2		1	3	1	
16	21	21	1	1			1	2		1			1	1	1	1	5		3	1		1		1
17	17	17	2				1	1		1			1		3	1	1		1	1		1		3
18	57	57	1		1	1	3	1		1		1	2		1	13	21		1	2		3	1	4
19	14	14	1	1				2		1				1	1	1	2		1		1	2		
20	15	15	2	1	1		1	1		1			1		1	1	1		1	1		1	1	
21	20	20	1				1		1	1				1		5	3		1	1		2	1	2
22	39	39	1	6		1	1	2		2				2	2	1	11		6	2		2		
23	24	24	1		1		1	2		1	1			1	1	5	6		1	1		1	1	
24	30	30	1	2	2		1	3		1			1		1	2	8		4	3		1		
25	28	28	5	2		1		1	1	1			1		1	1	5		1	2		6		
26	20	20	1	2	1		1		1	1					1	2	5		3	1		1		
27	21	21	1				6		1	1					1	1	5		2	1		1		1
28	31	31	3	2	1		3	3		1	1				1	1	3		8	3		1		
29	39	39	1		1	1	1	2		1					1	3	15	1	7	2		2	1	
30	49	50	2	2	1	1	3	1		7			1		2	14	10		3	1		1		1
31	28	28	1		1		2	1		2	3				1	5	5		1	1		1	2	2
32	29	29	3		1		2		1	2	1				2	3	3		5	3		2	1	
33	19	19	1	2	1	1	1	1		1	1				1	1	3		1	1		1	2	
34	25	25		2	1		1	1		1	2				2	1	7		2	1		2		2
35	24	24	2	4	1		1	2		1	1		1		1	1	5		1	2		1		
36	20	20	1	1	1		1	1		1			1		7	1	1		1	1		1	1	
37	34	35	10		2	1	4		1	1		1			1	1	4		1	5	1	1	1	
38	32	32	1	2				2		4				1	1	3	4		4	2		3	1	4
39	23	23	1	1		1	1	1		1			1		1	7	3		3	1		1		
40	29	33	4	2	2	1	2	2		1			1		2	1	6	1	2	2		2		2
41	21	21	1	1	1		1		4						1	1	4		3	1		2		1
42	15	15	1	1	1		1	1		1				1	1	2	1		2	1		1		
43	22	22	5	1	1	1	1	1		1			1	1	1	1	1		1	1		1	2	2
44	29	30	1			1	1	1		3	2				1	3	4		5	3		1	3	1
45	59	59	8	4	2	1	4	6	3	1			3		2	5	5		7	3		1		4

SP: Schwerpunkt. # Einige Ärzte weisen mehr als eine Fachgruppe auf. * Einige der hinzuzuziehenden Ärzte weisen Fachgruppen auf, die laut Anlage zur ASV-RL nicht dazu gehören. ** Ein Arzt weist keine Fachgruppe auf.

7.3 Anzahl der ASV-Patienten insgesamt, je ASV-Indikation, je Teamart und je KV-Bezirk

Anzahl der ASV-Patienten je ASV-Indikation und Leistungsquartal

Die Anzahl der GIT-Patienten hat kontinuierlich zugenommen, bis sie im 3. Quartal 2016 bei 1.873 Patienten lag (Abbildung 2). Die Anzahl der je Quartal behandelten TBC-Patienten liegt seit dem 4. Quartal 2015 bei ca. 330 Patienten. Die Anzahl von Patienten im 4. Quartal 2016 ist wegen des zeitlichen Verzugs zwischen Behandlung/Untersuchung des Patienten und Abrechnung der Leistung als vorläufig zu betrachten (vgl. dazu auch Abschnitt 3.3).

Für die erst kürzlich zugelassenen Teams für pulmonale Hypertonie (seit 4. Quartal 2016) und gynäkologische Tumoren (seit 1. Quartal 2017) liegen noch keine Daten zu versorgten Patienten vor.

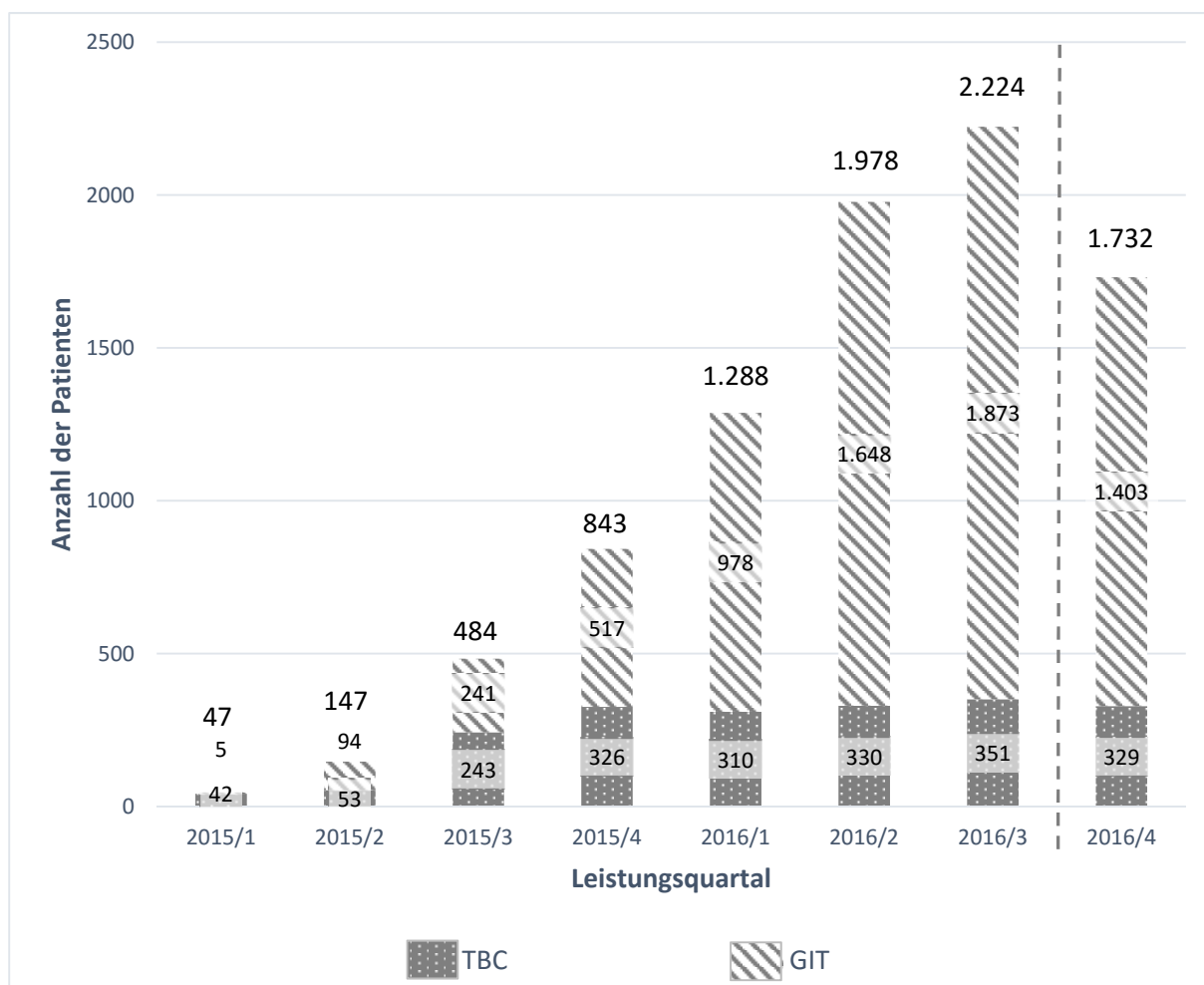


Abbildung 2: Anzahl der ASV-Patienten je Indikation und Leistungsquartal

Da die Patienten oft länger als ein Quartal behandelt werden, ist die absolute Zahl der insgesamt in der ASV behandelten Patienten nicht einfach als Summe der je Quartal behandelten Patienten zu errechnen (1.984 TBC-Patienten und 6.759 GIT-Patienten bis einschließlich 4. Leistungsquartal 2016). Aufgrund der individuellen Fallkonstellationen ist

die konkrete Behandlungsdauer nicht abschätzbar. Zudem ist u.a. zu berücksichtigen, dass in der ASV-Indikation TBC Patienten mit Verdachtsdiagnosen behandelt werden.

Anzahl der ASV-Patienten je Teamart

In Übereinstimmung mit dem für die Versorgung von onkologischen Patienten bestehenden intersektoralen Kooperationsgebot werden alle GIT-Patienten in ASV-Teams bestehend aus Krankenhausärzten *und* Vertragsärzten behandelt.

Die Behandlung von TBC-Patienten erfolgt mehrheitlich durch ASV-Teams, die ausschließlich aus Vertragsärzten bestehen (Tabelle 19). Insgesamt wurden über alle Leistungsquartale hinweg 60 % (1.180/1.984) der TBC-Patienten von Vertragsärzte-Teams betreut, 37 % (737/1.984) von ASV-Teams, die gemeinsam von Vertragsärzten und Krankenhausärzten gebildet werden und 3 % von ASV-Teams, die ausschließlich aus Krankenhausärzten zusammengesetzt sind. Der Vergleich der letzten vier verfügbaren Quartale zeigt, dass der Anteil der Patienten, die von ASV-Teams versorgt wurden, die nur aus Vertragsärzten bestanden, mit ca. 55 % recht konstant ist. Der Anteil der ASV-Teams für TBC, die nur aus Vertragsärzten bestehen, beträgt ca. 33 % (vgl. Abschnitt 7.2).

Tabelle 19: Anzahl der je ASV-Teamart versorgten TBC-Patienten je Leistungsquartal (n = 1.984)

Leistungsquartal	Patienten in Teams aus Vertragsärzten und Krankenhausärzten	Patienten in Teams aus Vertragsärzte	Patienten in Teams aus Krankenhausärzten
2015/1	≤4	39	≤4
2015/2	≥5	40	≤4
2015/3	48	187	8
2015/4	106	209	11
2016/1	127	168	15
2016/2	132	186	12
2016/3	169	175	7
2016/4	142	176	11
Summe	737	1.180	67

Anzahl der ASV-Patienten je KV-Bezirk und Leistungsquartal

Methodischer Hinweis: Die Definition des KV-Bezirks erfolgt in den vorliegenden Datensätzen unterschiedlich. Während sich in den Daten zu den ASV-Teams der KV-Bezirk nach dem zuständigen eLA richtet, entscheidet bei den Patientendaten der Wohnort des Patienten über die Zuordnung zu einem KV-Bezirk. Dies führt dazu, dass in einigen Fällen KV-Bezirke Patienten aufweisen, obwohl es gar kein ASV-Team in diesem KV-Bezirk gibt. Dies ist in den folgenden Analysen kenntlich gemacht. Da es im ersten Quartal 2015 nur eine geringe Anzahl von GIT-Patienten gab (n = 5), erfolgt eine Darstellung der regionalen Verteilung dieser Patientenzahlen erst ab dem zweiten Quartal 2015.

Die regionale Versorgung von ASV-Patienten ist unterschiedlich. Während in einigen KV-Bezirken schon seit längerer Zeit ASV-Patienten versorgt werden, wurde in anderen KV-Bezirken damit gerade erst begonnen bzw. es werden noch gar keine ASV-Patienten behandelt (Tabelle 20 bis 22). Es gibt KV-Bezirke, in denen die Anzahl der versorgten ASV-

Patienten kontinuierlich über die Zeit zugenommen hat und solche, bei denen die Anzahl sich nicht geändert hat bzw. rückläufig war.

Fast die Hälfte aller ASV-Patienten wurde bisher in den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Bayern versorgt.

Die regionale Heterogenität trifft insbesondere auf die Versorgung im Rahmen der Anlage TBC zu. Von den Patienten wurden bisher 73 % in Baden-Württemberg behandelt. In Hinblick auf einen möglichen Zusammenhang zwischen der Behandlung von Patienten im Rahmen des § 116b SGB V (alt) und der hier beschriebenen regionalen Heterogenität wird im Kapitel 10 näher ausgeführt.

53 % der GIT-Patienten wurden bisher in den KV-Bezirken Baden-Württemberg, Bayern und Westfalen-Lippe versorgt.

Im 3. Quartal 2016 wurden bundesweit betrachtet durchschnittlich 18 Patienten je TBC-Team und 51 Patienten je GIT-Team behandelt.

Tabelle 20: Anzahl aller ASV-Patienten je KV des Patienten-Wohnortes und Leistungsquartal

KV	Anzahl ASV-Teams *	2015/2	2015/3	2015/4	2016/1	2016/2	2016/3	Anteil in %
Baden-Württemberg	12	64	234	336	408	470	750	33
Bayern	4		80	125	205	277	297	14
Berlin	5			20	46	60	51	3
Brandenburg	1			**	**	**	**	**
Hamburg	4	5	8	5	≤4	12	17	<1
Hessen	4	**	**	**	**	**	**	**
Niedersachsen	2	**	**	**	**	**	**	**
Nordrhein	5			13	≥5	22	38	1
Sachsen	1		**	**	**	**	**	**
Sachsen-Anhalt	4	**	**	**	**	**	**	**
Schleswig-Holstein	3	**		**	**	**	**	**
Westfalen-Lippe	12	12	36	71	117	331	344	13
KV-Bezirke ohne ASV-Teams #	0	11	13	21	21	30	36	2
Bund	57	147	484	843	1.288	1.978	2.224	100

KV = KV des Wohnorts des Patienten. # Da die ASV-Teams nach KV des eLA angegeben werden, aber die ASV-Patienten nach KV des Wohnorts des Patienten, kann es vorkommen, dass in einem KV-Bezirk ohne ASV-Team ASV-Patienten aufgeführt werden, diese werden aggregiert aufgeführt. * Stand 5. Oktober 2016. ** Aus datenschutzrechtlichen Gründen werden Daten nicht berichtet, wenn es nur ein ASV-Team im KV-Bezirk gibt (entweder nur ein Team TBC und/oder ein Team GIT). Patientenzahlen ≤4 werden aus datenschutzrechtlichen Gründen als ≤4 ausgewiesen. Um eine Rückrechenbarkeit auszuschließen, werden zum Teil auch größere Zahlen maskiert und als ≥5 ausgewiesen.

Tabelle 21: Anzahl der TBC-Patienten in der ASV je KV des Patienten-Wohnortes und Leistungsquartal

KV	Anzahl ASV-Teams *	2015/1	2015/2	2015/3	2015/4	2016/1	2016/2	2016/3	Anteil in %
Baden-Württemberg	8	23	25	196	240	225	248	249	73
Hamburg	2	9	5	8	5				2
Hessen	1			**	**	**	**	**	**
Niedersachsen	1		**	**	**	**	**	**	**
Nordrhein	3				13	13	15	30	4
Sachsen-Anhalt	1	**	**	**	**	**	**	**	**
Schleswig-Holstein	1		**		**	**			**
Westfalen-Lippe	3	≤4	≤4	14	13	17	24	26	6
KV-Bezirke ohne ASV-Teams #	0	7	11	8	16	12	20	21	6
Bund	20	42	53	243	326	310	330	351	100

KV = KV des Wohnorts des Patienten. # Da die ASV-Teams nach KV des eLA angegeben werden, aber die ASV-Patienten nach KV des Wohnorts des Patienten, kann es vorkommen, dass in einem KV-Bezirk ohne ASV-Team ASV-Patienten aufgeführt werden, diese werden aggregiert aufgeführt. * Stand 5. Oktober 2016. ** Aus datenschutzrechtlichen Gründen werden Daten nicht berichtet, wenn es nur ein TBC-Team im KV-Bezirk gibt. Patientenzahlen ≤4 werden aus datenschutzrechtlichen Gründen als ≤4 ausgewiesen. Um eine Rückrechenbarkeit auszuschließen, werden zum Teil auch größere Zahlen maskiert und als ≥5 ausgewiesen.

Tabelle 22: Anzahl der GIT-Patienten in der ASV je KV des Patienten-Wohnortes und Leistungsquartal

KV	Anzahl ASV-Teams *	2015/2	2015/3	2015/4	2016/1	2016/2	2016/3	Anteil in %
Baden-Württemberg	4	39	38	96	183	222	501	20
Bayern	4		80	125	205	277	297	18
Berlin	5			20	46	60	51	3
Brandenburg	1			**	**	**	**	**
Hamburg	2				≤4	12	17	<1
Hessen	3	11	17	23	52	93	99	6
Niedersachsen	1	**	**	**	**	**	**	**
Nordrhein	2				≤4	7	8	<1
Sachsen	1		**	**	**	**	**	**
Sachsen-Anhalt	3		≤4	21	66	181	175	8
Schleswig-Holstein	2				≤4	71	84	3
Westfalen-Lippe	9	≥5	22	58	100	307	318	15
KV-Bezirke ohne ASV-Teams #	0		5	5	9	10	15	<1
Bund	37	94	241	517	978	1.648	1.873	100

KV = KV des Wohnorts des Patienten. # Da die ASV-Teams nach KV des eLA angegeben werden, aber die ASV-Patienten nach KV des Wohnorts des Patienten, kann es vorkommen, dass in einem KV-Bezirk ohne ASV-Team ASV-Patienten aufgeführt werden, diese werden aggregiert aufgeführt. * Stand 5. Oktober 2016. ** Aus datenschutzrechtlichen Gründen werden Daten nicht berichtet, wenn es nur ein GIT-Team im KV-Bezirk gibt. Patientenzahlen ≤4 werden aus datenschutzrechtlichen Gründen als ≤4 ausgewiesen. Um eine Rückrechenbarkeit auszuschließen, werden zum Teil auch größere Zahlen maskiert und als ≥5 ausgewiesen.

7.4 Umsetzung der ASV: Aktivitäten auf Landesebene

Für die Bewertung der ASV gemäß § 116b Abs. 9 SGB V werden zur Erweiterung der Datengrundlage auch Angaben der eLA herangezogen.

Gemäß § 116b Abs. 3 SGB V werden die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Abs. 1 SGB V um Vertreter der Krankenhäuser ergänzt, so dass sie mit jeweils neun Vertretern der Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser sowie drei unparteiischen Mitgliedern besetzt sind. Aufgabe der eLA ist die Durchführung des Anzeige- und Prüfverfahrens, in dem Vertragsärzte und Krankenhäuser die Erfüllung der maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nachweisen, um eine Berechtigung zur Teilnahme an der ASV zu erlangen.

Im Rahmen des vorliegenden Berichts soll ergänzend zu den Daten der ASV-Serviceestelle (vgl. Abschnitt 6.2) auch betrachtet werden, in welchen Fällen eine ASV-Berechtigung im Rahmen des Anzeigeverfahrens nicht erlangt wurde. Informationen hierzu liegen lediglich den eLA vor, die daher schriftlich zu diesem Sachverhalt befragt wurden (vgl. Anhang 13.6).

An der Befragung haben alle eLA (n = 17) teilgenommen, was einem Rücklauf von 100 % entspricht.

Vier eLA geben an, dass bei ihnen bislang (Stand 31. Oktober 2016) keine Anzeigen zur Teilnahme an der ASV eingegangen seien, so dass eine Beantwortung des Fragebogens nicht möglich wäre (vgl. Abbildung 3). Von den eLA, bei denen Anzeigen eingegangen sind, berichten neun von Fällen, in denen im Rahmen des Prüfverfahrens eine Berechtigung nicht erteilt werden konnte. Vier eLA geben hingegen an, dass bei ihnen ein solcher Fall bislang nicht eingetreten sei.

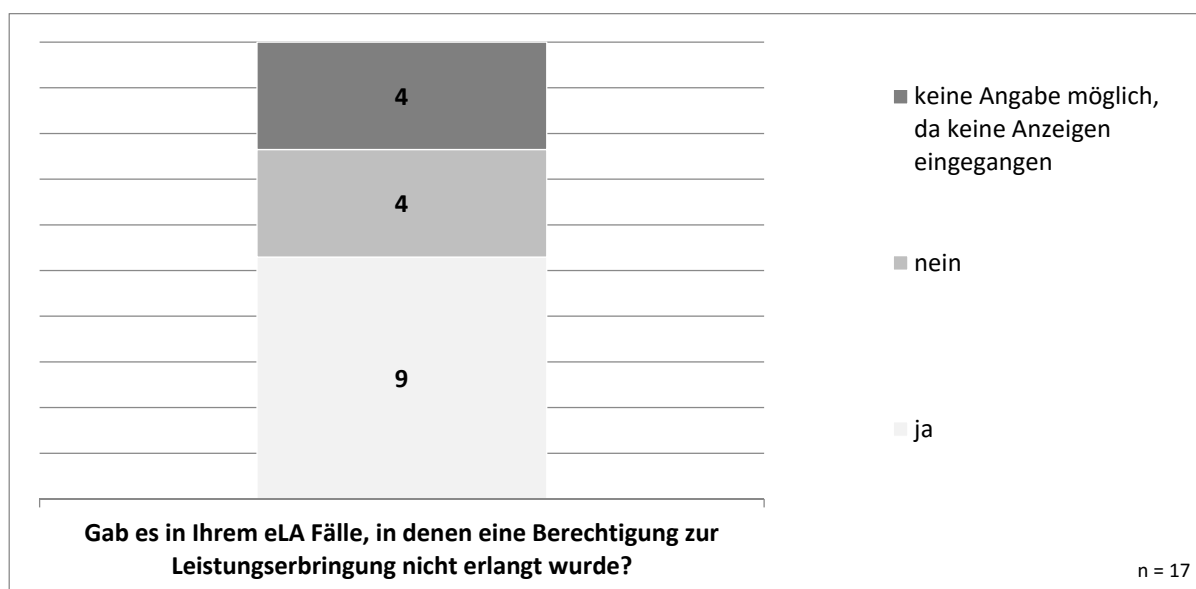


Abbildung 3: Anzahl eLA mit Fällen von Nichterlangung von Berechtigungen zur Leistungserbringung

Insgesamt wird durch die eLA von neunzehn Fällen berichtet, in denen eine ASV-Berechtigung nicht erlangt wurde. Davon entfallen 47 % der Fälle auf die Indikation TBC (Anlage 2a zur ASV-RL § 116b SGB V) und 53 % der Fälle auf die Indikation GIT (Anlage 1.1a

zur ASV-RL, onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1). Obwohl bereits weitere Konkretisierungen vom G-BA beschlossen wurden, gab es zum Erhebungszeitraum (bis 31. Oktober 2016) lediglich in diesen Leistungsbereichen ASV-Teams.

Die eLA wurden auch zu den Gründen für die Nichterlangung der ASV-Berechtigung befragt. Auf Basis der in der ASV-RL und der im Gesetzestext des § 116b SGB V aufgeführten Anforderungen an und Voraussetzungen für die ASV-Berechtigten wurden im Fragebogen daher Antwortmöglichkeiten zusammengestellt. Da parallel verschiedene Gründe vorliegen können, waren auch Mehrfachnennungen möglich.

Im Bereich der Anlage TBC war nach Angaben der eLA für das Nichterlangen der Berechtigung vielfach ursächlich, dass Nachweise der fachlichen Qualifikation nicht vorhanden waren (vgl. Abbildung 4). Mehr als ein Viertel der genannten Ursachen bezieht sich auf Mängel beim Nachweis von Kooperationen zur Erfüllung personeller/sächlicher Anforderungen. Ein Drittel der Nennungen entfällt auf andere, nicht genauer differenzierte Gründe.

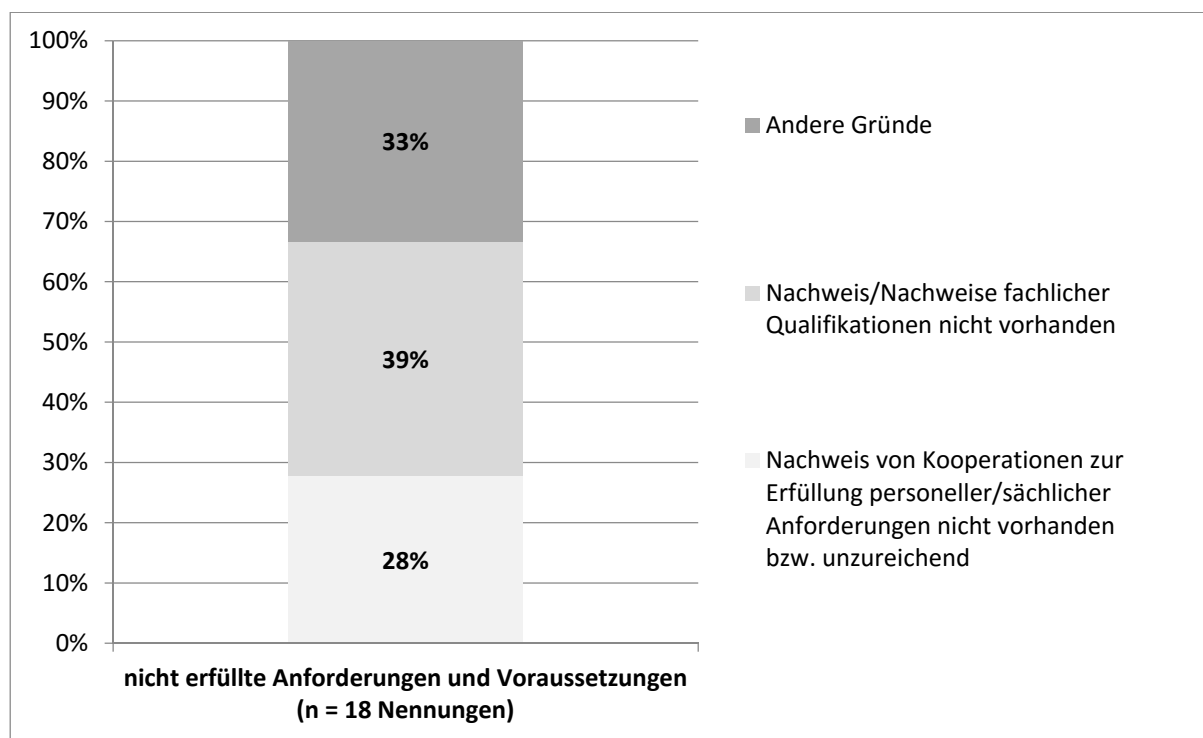


Abbildung 4: Ursachen für Nichterlangung der Berechtigung im Leistungsbereich TBC

Im Leistungsbereich der Anlage GIT wurden als Ursachen für die Nichterlangung der Berechtigung in jeweils etwa einem Fünftel der genannten Gründe Mängel bei den Nachweisen zur Erfüllung personeller bzw. sächlicher Anforderungen sowie das Fehlen von Nachweisen der fachlichen Qualifikationen angeführt (vgl. Abbildung 5).

Daneben wurden auch das Nichterreichen arztbezogener onkologischer Mindestmengen sowie fehlende Nachweise vertraglicher Vereinbarungen über Kooperationen gemäß § 116b Abs. 4 Satz 10 SGB V für die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen als Gründe genannt. Gemäß § 116b Abs. 4 Satz 11 SGB V sind diese Vereinbarungen

Voraussetzung für die Teilnahme an der ASV, es sei denn, eine entsprechende Vereinbarung kann nicht abgeschlossen werden, weil in dem für die ASV relevanten Einzugsbereich kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraums von mindestens zwei Monaten keine zur Kooperation teilnahmebereiten und geeigneten Vertragsärzte bzw. Krankenhäuser gefunden werden konnten. Das Fehlen dieses Nachweises über das Nichtzustandekommen der Vereinbarungen zu Kooperationen wurde einmal als Ursache für die Nichterlangung einer ASV-Berechtigung angeführt.

Abschließend wurden die eLA zu den Folgen des Nichterhalts einer Leistungsberechtigung befragt. Demnach wurde bei 43 % der Fälle unter Einbeziehung anderer Fachärzte oder Institutionen ein neues Anzeigeverfahren des ASV-Teams initiiert. In 29 % der Fälle erfolgten neue Anzeigeverfahren mit den identischen Fachärzten oder Institutionen bei sonstigen Änderungen gegenüber der ersten Meldung. Bei über 70 % der Fälle, bei denen zunächst keine Berechtigung erlangt wurde, wurde dies somit in einem zweiten Anlauf erneut versucht. Bei weiteren 29 % der Fälle verzichteten die nicht berechtigten ASV-Teams hingegen auf ein erneutes Anzeigeverfahren. Darüber hinaus wurde von einem Team berichtet, das die Erfüllung der Voraussetzungen im Widerspruchsverfahren nachgewiesen und somit eine ASV-Berechtigung erlangt werden konnte. In zwei weiteren Fällen waren die laufenden Widerspruchsverfahren zum Zeitpunkt der Befragung, d. h. mit Stand zum 31. Oktober 2016, noch nicht abgeschlossen.

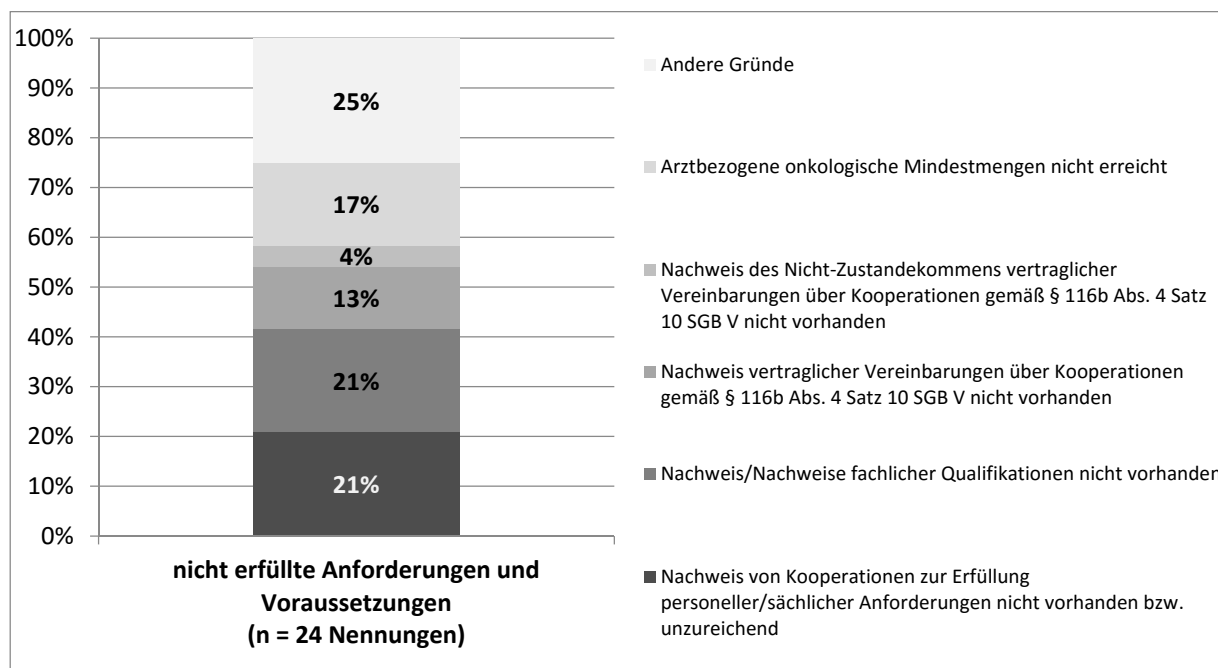


Abbildung 5: Ursachen für Nichterlangung der Berechtigung im Leistungsbereich GIT

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass über zwei Drittel der eLA, bei denen Anzeigeverfahren durchgeführt wurden, von Fällen berichten, bei denen die ASV-Interessierten die im Rahmen der ASV an sie gestellten Anforderungen nicht erfüllt haben. Solche Fälle finden sich mit nahezu identischer Häufigkeit sowohl im Leistungsbereich TBC als auch im Leistungsbereich GIT, so dass sich keine indikationsspezifischen Tendenzen identifizieren lassen. Neben fehlenden Nachweisen der fachlichen Qualifikation bzw.

fehlenden Nachweisen von Kooperationen zur Erfüllung der sächlichen und personellen Anforderungen wurden vielfach auch andere, nicht näher spezifizierte Gründe angeführt, die einer Berechtigung entgegen standen.

Der bei Weitem überwiegende Anteil der Teams, die von den eLA keine ASV-Berechtigung erhalten haben (71 %), unternahm einen erneuten Anlauf, um die Berechtigung zu erhalten.

Die Ergebnisse dieser Befragung sind aufgrund der insgesamt noch vergleichsweise geringen Anzahl sowohl an zur Teilnahme an der ASV berechtigten Teams als auch an Teams, die die Berechtigung zur ASV beantragt haben, nur eingeschränkt zu interpretieren.

8 Vergütung von ASV-Leistungen

Die Analyse der Vergütung von ASV-Leistungen erfolgte mittels Daten der KJ1 und KV45 [2]. Da für das Jahr 2016 noch keine endgültigen Rechnungsergebnisse vorliegen, erfolgte die Gegenüberstellung der Jahresausgaben von 2015 zu 2016 auf Basis der KV45.

8.1 Ausgaben der Krankenkassen für die ASV in Krankenhäusern und von Vertragsärzten gemäß KJ1 und KV45

Aufgrund der Drei-Jahres-Übergangsfristen für die nach § 116b SGB V (alt) versorgten Patienten werden zum Zeitpunkt der Berichterstellung weiterhin Patienten nach dieser Rechtsgrundlage versorgt. Die Übergangsfristen für die ASV-Indikationen TBC sowie GIT endeten am 24. April 2017 bzw. enden am 26. Juli 2017. Da in der KJ1 und der KV45 die GKV-Ausgaben für die ambulante Vergütung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (alt) und für den seit 1. Januar 2012 neugefassten § 116b SGB V nicht getrennt ausgewiesen werden, können die Ausgaben für die Versorgung von ASV-Patienten im Krankenhaus nach § 116b SGB V (neu) nicht differenziert werden. Erschwerend kommt hinzu, dass § 116b SGB V (alt) mehrfach geändert und mit Inkrafttreten des § 116b SGB V (neu) am 1. Januar 2012 durch die ASV abgelöst wurde, so dass der gleichen Kontenart (04030) über die Zeit unterschiedliche Leistungen zuzuordnen sind.

Die Ausgaben für die Behandlung von ASV-Patienten durch Vertragsärzte können hingegen allein der ASV nach § 116b SGB V (neu) zugeordnet werden.

Tabelle 23 zeigt die absoluten Ausgaben für die Versorgung von Patienten im Rahmen des § 116b SGB V in Millionen Euro je Jahr seit 2008.

Tabelle 23: Ausgaben der Krankenkassen für die Versorgung nach § 116b SGB V (alt) und (neu) in Millionen Euro je Jahr gemäß KJ1 und KV45

	2008 KJ1	2009 KJ1	2010 KJ1	2011 KJ1	2012 KJ1	2013 KJ1	2014 KJ1	2015 KJ1	2015 KV45	2016 KV45
§ 116b SGB V (alt) und (neu) durch Krankenhäuser (Kontenart 04030)	9,2	36,6	99,2	147	180	169	174	203	202	208
ASV durch Vertragsärzte (Kontenart 04033)	-	-	-	-	-	1,4	0,3	0,8	1,6	3,4
Summe	9,2	36,6	99,2	147	180	171	175	204	203	211
Veränderung der Gesamtsumme zum Vorjahr in % *	-	298	171	48	23	-5	2	17	-	4

* Für den Jahresvergleich von 2015 zu 2016 wurde die KV45 verwendet, ansonsten die KJ1.

Es zeigt sich, dass die Gesamtausgaben für die Versorgung nach § 116b SGB V (alt) und (neu) seit dem Jahr 2008 kontinuierlich angestiegen sind. Im Jahr 2015 wurden erstmalig Behandlungen von Patienten nach § 116b SGB V (neu) abgerechnet. Die Ausgaben für die Versorgung von Patienten im Krankenhaus nach § 116b SGB V (alt) und nach der ASV-RL (§ 116b SGB V (neu)) sind von 2015 (202 Millionen Euro) zu 2016 (208 Millionen Euro) gemäß KV45 um 3 % angestiegen. Die Ausgaben für die ASV durch Vertragsärzte sind gemäß KV45 von 1,6 Millionen im Jahr 2015 auf 3,4 Millionen Euro im Jahr 2016 gestiegen.

8.2 Vergütung der ASV nach § 116b Abs. 6 SGB V

Die Vergütung der ASV-Leistungen des Abschnitts 1 des Appendix erfolgt – solange bis eine eigenständige Vergütungssystematik vorliegt² – gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V auf der Grundlage des EBM. Der ergBA hat den EBM gemäß § 116b Abs. 6 Satz 9 SGB V so anzupassen, dass die Leistungen in der ASV angemessen bewertet sind. Die noch nicht im EBM abgebildeten ASV-Leistungen des Abschnitts 2 des Appendixes werden gemäß dem Vorratsbeschluss des ergBA in seiner 1. Sitzung am 20. Juni 2014, zuletzt angepasst durch den Beschluss des ergBA in seiner 9. Sitzung am 6. Juni 2016, nach der GOÄ vergütet. Dies gilt übergangsweise solange, bis die Abschnitt 2-Leistungen in den neu geschaffenen Bereich VII des EBM für ausschließlich im Rahmen der ASV berechnungsfähige GOPen aufgenommen worden sind. Die in Abschnitt 2 definierten Leistungen der Appendixes sind überwiegend bereits in den EBM überführt worden (Tabelle 24).

² Gemäß § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V sind GKV-Spitzenverband, KBV und DKG beauftragt, eine eigenständige Vergütungssystematik für ASV-Leistungen zu entwickeln.

Tabelle 24: Aufstellung der bisher in den EBM überführten Leistungen je ASV-Indikation

TBC
Prüfung des Farbsinns Molekularbiologische Schnellresistenztestung des Mycobacterium tuberculosis-Complex Weiterführende molekularbiologische Schnellresistenztestung des Mycobacterium tuberculosis-Complex
GIT und gynäkologische Tumore
Zusatzpauschale für die Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie Vorstellung eines Patienten in einer interdisziplinären Tumorkonferenz Das Vorhalten einer 24-h-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft Das psychotherapeutische Gespräch als Einzelbehandlung ab dem 16. Mal im Behandlungsfall Das psychotherapeutische Gespräch als Gruppenbehandlung Der zusätzlicher Aufwand für die Durchführung von und Teilnahme an Qualitätskonferenzen
Berechnungsfähig nach den Kostenpauschalen des Anhangs 2 der Onkologievereinbarung (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag Ärzte)
Der zusätzliche Aufwand für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumorthherapie Der zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung eines Patienten unter tumorspezifischer, insbesondere zytostatischer Therapie Zuschläge für die Palliativversorgung, insbesondere für die Durchführung eines palliativmedizinischen Basisassessments und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen
Marfan-Syndrom
Pauschale für Teilleistungen der augenärztlichen Grundpauschale Das psychotherapeutische Gespräch als Einzelbehandlung ab dem 16. Mal im Behandlungsfall Das psychotherapeutische Gespräch als Gruppenbehandlung
Pulmonale Hypertonie
Das Vorhalten einer 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft Das psychotherapeutische Gespräch als Einzelbehandlung ab dem 16. Mal im Behandlungsfall Das psychotherapeutische Gespräch als Gruppenbehandlung

9 Qualitätssicherungsmaßnahmen in der ASV

Laut § 116b Abs. 1 Satz 1 umfasst die ASV „die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattung erfordern“. Um diese spezialisierte Versorgung zu gewährleisten, beinhaltet die ASV-RL nach § 116b SGB V unterschiedliche Vorgaben, die zu einer Sicherung und Optimierung der Qualität beitragen sollen. Unter anderem müssen die Mitglieder des interdisziplinären Teams über eine ausreichende Erfahrung in der Behandlung von Patienten des spezifischen Versorgungsbereiches verfügen und sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen. Weitere Vorgaben betreffen die Erreichbarkeit der Teammitglieder, die Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, die Beratung zu und Teilnahme an nationalen und internationalen klinischen Studien sowie erkrankungsspezifische Mindestmengen.

Darüber hinaus gibt es sowohl einrichtungsübergreifende als auch sektorenspezifische Maßnahmen der Qualitätssicherung (QS), bspw. die externe QS, Fehlermeldesysteme, Regelungen des § 135 Abs. 2 SGB V, die unabhängig von der ASV im stationären sowie im vertragsärztlichen Bereich Anwendung finden und direkt oder indirekt die Qualität der Diagnostik und Behandlung in der ASV beeinflussen können.

Eine Beurteilung der Qualität in der ASV kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorgenommen werden. Hauptgrund hierfür ist die bislang noch eingeschränkte Anzahl an ASV-Teams und behandelten Patienten sowie die teilweise auch erst kurze Behandlungsdauer der Patienten in der ASV. Des Weiteren liegen weder einheitliche Definitionen noch valide Kriterien zur Messung von Qualität in der ASV vor, so dass Erhebungen zu Behandlungsergebnissen in der ASV sowie zu weiteren Qualitätsindikatoren derzeit nicht aussagekräftig wären. Daher muss zum jetzigen Zeitpunkt auf ein solches Vorgehen verzichtet werden.

Der G-BA erarbeitet aktuell eine Übertragung der Anforderungen des § 135 Abs. 2 SGB V in den Kontext der ASV. Das GKV-VSG präzisiert die Festlegung sektorenübergreifender einheitlicher Qualitätsanforderungen für die an der ASV teilnehmenden Vertragsärzte und Krankenhäuser unter Einbeziehung der Arbeitsergebnisse nach § 137a Abs. 3 SGB V. Erkenntnisse zur sektorenübergreifenden Qualität liegen derzeit jedoch noch nicht vor.

Mit Beschluss des G-BA über eine Änderung der *„Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anpassung an das GKV-VSG und weitere Änderungen“* vom 17. Dezember 2015 wurde festgelegt, dass die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V solange entsprechend gelten, bis der G-BA diese durch eine *„QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Absatz 2 SGB V“* zu dieser Richtlinie ersetzt.

10 Einordnung der Ergebnisse

Die ambulante Versorgung von Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung in der ASV behandelt werden könnten, ist auch in anderen Versorgungsstrukturen und mit unterschiedlichen Abrechnungsmodalitäten möglich. So können diese Patienten u. a. in der vertragsärztlichen Versorgung (auch gemäß der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum BMV-Ä)), im Rahmen von § 116b SGB V (alt) oder durch Hochschulambulanzen versorgt werden. Die Behandlung in diesen Versorgungsbereichen ist jedoch nicht notwendigerweise identisch mit der in der ASV, für die eine besonders enge medizinische Verzahnung angestrebt wird. Die Datengrundlage ist für die einzelnen Versorgungsbereiche unterschiedlich ausgestaltet bzw. zugänglich. Die Beantwortung der Frage, in welchen Versorgungsbereichen wie viele der Patienten mit identischer Indikation behandelt werden, ist derzeit nur äußerst eingeschränkt möglich.

Zur weiteren Einordnung der in den vorangegangenen Abschnitten dargestellten Ergebnisse zur ASV sollen daher im Folgenden zu den derzeit in der Versorgung relevanten Indikationsbereichen TBC und GIT epidemiologische Daten zur Inzidenz vorgestellt sowie das Versorgungsgeschehen in der ABK nach § 116b SGB V (alt) beschrieben werden.

Epidemiologische Daten zu TBC und GIT

Die Inzidenz-Daten des RKI weisen für 2016 insgesamt 5.875 TBC-Neuerkrankungen aus [3]. Daten des European Centre for Disease Prevention and Control belegen, dass bei ca. 24 % der Patienten das erste Therapieregime nicht erfolgreich ist [4]. Es kann daher schätzungsweise von jährlich bis zu 7.285 behandlungsbedürftigen TBC-Patienten ausgegangen werden (5.875 TBC-Neuerkrankungen zzgl. 24 % Patienten, die eine erneute Therapie benötigen). Gemäß dem Statistischen Bundesamt waren in Deutschland im Jahr 2015 ca. 87,6 % der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert [5]. Daraus ergeben sich jährlich bis zu 6.382 behandlungsbedürftige TBC-Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zur Abschätzung der Gesamtzahl der GIT-Patienten in Deutschland werden epidemiologische Inzidenz-Daten der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID) von 2013 [6], ergänzt durch die gemeinsame Veröffentlichung von RKI und GEKID „Krebs in Deutschland 2011/2012“, betrachtet [7].

Eine Aufstellung der Inzidenzen der einzelnen GIT-Entitäten gemäß ICD-10 zeigt Tabelle 25.

Es ist in Deutschland summarisch von jährlich ca. 130.000 neu erkrankten Patienten mit einem gastrointestinalen Tumor auszugehen. Eine (rein rechnerische) Größenordnung von potentiell ca. 110.000 gesetzlich krankenversicherten GIT-Patienten³ auf Basis der Inzidenzdaten kann als Untergrenze interpretiert werden, da die Anzahl von Patienten mit einem rezidierten, ebenfalls behandlungsbedürftigen gastrointestinalen Tumor wegen unzureichender Datenlage nicht quantifiziert werden kann.

³ Ermittelt als bundesweiter Versichertenanteil (GKV) von rund 87 % (2015) der Bevölkerung auf Neuerkrankungsrate von 130.000 Fällen p.a.

Tabelle 25: Inzidenzen der einzelnen GIT-Tumore gemäß RKI- und GEKID-Daten

ICD-10	Bösartige Neubildung	Inzidenzen 2012/2013
C15	Speiseröhre	6.374
C16	Magen	16.123
C17	Dünndarm	2.180
C18-C21	Dickdarm	61.252
C22	Leber und intrahepatische Gallengänge	8.484
C23-C24	Gallenblase und Gallenwege	4.909
C25	Pankreas	16.471
C45	Mesotheliom #	158
C46-C49	Weichteilgewebe ohne Mesotheliom §	1.755
C73	Schilddrüse	5.959
C74-C75	Nebenniere und sonstige endokrine Drüsen §	500
C26	Sonstige und ungenau bezeichnete Verdauungsorgane *	
C76	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen *	
C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation *	5.975
Summe		130.140

Quelle: modifizierte Daten von RKI und GEKID [6] [7].

ICD-10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision GM Version 2017.

Der in der Veröffentlichung angegebene Wert wurde auf 10 % reduziert, da Pleuramesotheliome, die nicht Bestandteil der Indikation GIT sind, 90 % aller Mesotheliome ausmachen [8].

§ In der Veröffentlichung sind die Inzidenzen C46-C49 aggregiert angegeben und umfassen darüber hinaus Körperregionen (z. B. obere Extremität), die kein Bestandteil der Indikation GIT sind. Daher wurde der angegebene Wert halbiert.

§ C75 (Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen) umfasst auch Tumore, die kein Bestandteil der Indikation GIT sind, z. B. Hypophyse oder Epiphyse. Aufgrund der sehr geringen Inzidenz dieser Tumore wurde der in der Veröffentlichung angegebene Wert nicht korrigiert.

* In der Veröffentlichung ist bezüglich der Inzidenzen von C26, C76 und C80 angegeben, dass diese drei zusammen ca. 2,5 % aller Krebserkrankungen ausmachen. Da es 2012 insgesamt 478.000 Neuerkrankungen gab, entsprechen 2,5 % = 11.950 Patienten. Da diese ICD-Codes auch Körperregionen wie z. B. die obere Extremität umfassen, die kein Bestandteil der Indikation GIT sind, wurde der angegebene Wert halbiert.

Beim Vergleich mit den Patientenzahlen in der ASV ist einschränkend zu beachten, dass nur GIT-Patienten, die eine multimodale Therapie oder Kombinationschemotherapie erhalten, in der ASV behandelt werden dürfen.

Nachfolgend wird das Versorgungsgeschehen nach § 116b SGB V (alt) für die derzeit relevanten Indikationsbereiche TBC und GIT auf Basis der vorhandenen Daten dargestellt.

Die Möglichkeit eines Abgleichs von Patienten in der ASV mit Patienten mit ASV-Indikationen, die in anderen Bereichen, wie der vertragsärztlichen Versorgung bzw. in Hochschulambulanzen, behandelt werden, wurde geprüft. Eine Aufnahme eines derartigen Vergleichs wird aufgrund der nicht vorliegenden oder veralteten Daten nicht vorgenommen.

Versorgung von Patienten mit ASV-Indikationen, die nach § 116b SGB V (alt) versorgt werden

Die Anzahl der durchschnittlich je Quartal nach § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten ist zusammen mit dem letzten vorliegenden Leistungsquartal der nach § 116b SGB V (neu) behandelten Patienten in Tabelle 26 dargestellt.

Tabelle 26: Anzahl der ASV-Patienten nach § 116b SGB V (alt) und (neu)

KV	TBC-Patienten		GIT-Patienten	
	\bar{x} Anzahl Pat § 116b (alt) je Quartal	Anzahl Pat § 116b (neu) in 3/2016	\bar{x} Anzahl Pat § 116b (alt) je Quartal	Anzahl Pat § 116b (neu) in 3/2016
Baden-Württemberg	20	249	211	501
Bayern	≤4	kein Team	528	297
Berlin	182	kein Team	12	51
Brandenburg	keine Daten	kein Team	249	**
Hamburg	23	0	386	17
Hessen	78	**	3.513	99
Mecklenburg-Vorpommern	≤4	kein Team	264	kein Team
Niedersachsen	≤4	**	903	**
Nordrhein	89	30	3.277	8
Rheinland-Pfalz	8	kein Team	913	kein Team
Sachsen	16	kein Team	198	**
Sachsen-Anhalt	≤4	**	168	175
Schleswig-Holstein	25	0	1.823	84
Thüringen	26	kein Team	360	kein Team
Westfalen-Lippe	11	26	1.768	318
Bund	486	351	14.571 *	1.873

Nur für KV-Bezirke, in denen ASV-Patienten versorgt werden, liegen Daten für die Patientenzahlen nach § 116b SGB V (alt) vor. Da die ASV-Patienten nach KV des Wohnorts des Patienten, aber die ASV-Teams nach KV des eLA angegeben werden, kann es vorkommen, dass in einem KV-Bezirk Patientendaten nach § 116b SGB V (alt) vorliegen, obwohl es gemäß eLA kein ASV-Team in diesem KV-Bezirk gibt (Stand 5. Oktober 2016). Nur für KV-Bezirke, in denen es ASV-Teams gibt, werden die Daten für die Patientenzahlen nach § 116b SGB V (neu) in 3/2016 angegeben, ansonsten wird das Feld als „kein Team“ ausgegeben. KV: KV-Bezirk des Wohnorts des Patienten. \bar{x} = arithmetischer Mittelwert der vorliegenden Quartale. * Die geringe Summenabweichung ist Folge von Rundungsdifferenzen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen werden alle Patientenzahlen ≤ 4 maskiert dargestellt bzw. zum Ausschluss einer Rückrechenbarkeit werden ggf. auch größere Zahlen maskiert und als ≥ 5 ausgegeben. ** Die Daten zu einem KV-Bezirk mit nur einem ASV-Team je Indikation werden nicht berichtet (vgl. auch Abschnitt 3.1).

Es zeigt sich insbesondere bei GIT-Patienten, dass in einigen KV-Bezirken mit einer geringeren Versorgung von Patienten nach § 116b SGB V (alt), die Anzahl der nach § 116b SGB V (neu) versorgten Patienten höher ist als in KV-Bezirken, die bereits viele Patienten nach § 116b SGB V (alt) behandelt haben.

So wurden z. B. in Baden-Württemberg, wo je Quartal durchschnittlich 211 GIT-Patienten nach § 116b SGB V (alt) versorgt wurden, 501 GIT-Patienten nach § 116b SGB V (neu) im 3. Quartal 2016 behandelt. In den KV-Bezirken Nordrhein und Hessen, in denen durchschnittlich 3.277 bzw. 3.513 GIT-Patienten nach § 116b SGB V (alt) behandelt wurden, wurden im 3. Quartal 2016 wenig Patienten (8 bzw. 99) nach § 116b SGB V (neu) versorgt.

Die genauen Gründe für diesen Sachverhalt sind mit den zur Verfügung stehenden Daten nicht zu ermitteln.

Im Folgenden soll zusätzlich zur Darstellung der Anzahl der versorgten *Patienten* die Anzahl der *Institutionen* nach § 116b SGB V (alt) und § 116b SGB V (neu) dargestellt werden. Gemäß dem Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) von 2012 [10] gab es mit Stand September 2011 bundesweit 26 Krankenhäuser, die eine Genehmigung für TBC-Patienten und 85 Krankenhäuser, die eine Genehmigung für GIT-Patienten im Rahmen des § 116b SGB V (alt) hatten. Da kurz darauf mit Inkrafttreten des § 116b SGB V (neu) am 1. Januar 2012 keine Antragstellung mehr nach § 116b SGB V (alt) möglich war, ist davon auszugehen, dass die Anzahl der Zulassungen zwischen September 2011 und 1. Januar 2012 nicht weiter angestiegen ist. Dies umso mehr, da laut Bericht des IGES-Instituts über § 116b SGB V (alt) eine Plateaubildung der TBC-Zulassungen bereits seit Ende 2009 bestand [11]. So waren in den Jahren 2009 und 2010 jeweils 26 bzw. 27 Krankenhäuser zugelassen. Für die GIT-Patienten ergibt sich für die Jahre 2009 und 2010 eine Anzahl von 67 bzw. 91 zugelassenen Krankenhäusern. Tabelle 27 zeigt die Institutionen bzw. Teams nach § 116b SGB V (alt) und § 116b SGB V (neu).

Tabelle 27: Anzahl der zugelassenen Institutionen nach § 116b SGB V (alt) und ASV-Teams nach § 116b SGB V (neu)

Erkrankung	Zugelassene Institutionen nach § 116b (alt) *			ASV-Teams nach § 116b (neu)
	2009	12/2010	9/2011	03/2017
TBC	26	27	26	24
GIT	67	91	85	45
Summe	93	118	111	69

* Quelle: Sondergutachten des SVR von 2012, Abschlussbericht des IGES über Mindestmengen gemäß § 6 Abs. 5 Satz 2 der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus (ABK-RL) von 2012 [10] [11].

Zur Klärung der Frage, inwieweit Krankenhäuser mit einer Zulassung nach § 116b SGB V (alt) für die Indikationen TBC und GIT bereits auf die ASV-Versorgung gemäß § 116b SGB V (neu) umgestellt haben, wurden die Daten des IGES-Berichts (Stand 31.12.2010 [11]) zu den nach § 116b SGB V (alt) zugelassenen Krankenhäusern mit den online zugänglichen Daten der ASV-Servicestelle (Stand 18.04.2017) verglichen. Es zeigte sich, dass von den Krankenhäusern mit einer Zulassung nach § 116b SGB V (alt) bisher eines von 27 Krankenhäusern (TBC) bzw. 2 von 91 Krankenhäusern (GIT) an der ASV gemäß § 116b SGB V (neu) teilnehmen. Anzumerken ist, dass es Krankenhäuser gibt (vgl. Abschnitt 7.2), die bislang in dem Versorgungssegment gemäß § 116b SGB V (alt) nicht tätig waren, jedoch nunmehr Teil der ASV sind.

11 Ausblick

11.1 Allgemein

Mit der Einführung der ASV verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, einen sektorenübergreifenden Versorgungsbereich zu schaffen, der es ermöglicht, die Versorgung von Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren Erkrankungen zu verbessern. Die ASV stellt dabei ein neues Versorgungskonzept dar, das auf sektorenübergreifende Kooperation zwischen Vertragsärzten und Krankenhausärzten sowie Interdisziplinarität fokussiert.

Die ASV ist aktuell noch auf wenige Indikationen begrenzt, wobei im Berichtszeitraum bis Ende 2016 lediglich im Rahmen der beiden 2014 in Kraft getretenen Indikationen TBC und GIT Patienten versorgt wurden. Mittlerweile hat auch jeweils ein Team eine ASV-Berechtigung im Bereich pulmonale Hypertonie bzw. gynäkologische Tumoren erhalten. Bei der Fallzahlentwicklung zeigen sich aktuell stabile Patientenzahlen im Indikationsbereich TBC und ein langsamer Anstieg der Patientenzahlen im Indikationsbereich GIT.

Es bleibt abzuwarten, welche Auswirkungen der Wegfall der Bedingung der schweren Verlaufsform bei onkologischen Erkrankungen im Juli 2016, die im Jahr 2016 in Kraft getretenen Anlagen zu den gynäkologischen Tumoren und zur pulmonalen Hypertonie, die im März 2017 in Kraft getretene Anlage zur Mukoviszidose sowie die Mitte des Jahres 2017 zu erwartende Anlage zu den rheumatologischen Erkrankungen auf die Fallzahlentwicklung haben werden.

Ebenfalls bleibt abzuwarten, wie sich die Regelungen des § 116b Abs. 8 SGB V, d. h. der Wegfall der Genehmigungen zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V (alt) für Krankenhäuser, auf die Fallzahlentwicklung in der ASV auswirken werden. Die vorliegenden Daten zeigen, dass Krankenhäuser mit einer Genehmigung nach § 116b SGB V (alt) bisher kaum auf die ASV-Versorgung nach § 116b SGB V (neu) umgestellt haben. Es ist unklar, wie viele dieser Krankenhäuser mit Auslaufen der Übergangsfristen Ende April 2017 (TBC) bzw. Ende Juli 2017 (GIT) die ASV-Versorgung nach § 116b SGB V (neu) beantragen werden. Es ist auch möglich, dass die vorher nach § 116b SGB V (alt) versorgten Patienten zukünftig in anderen Versorgungsstrukturen behandelt werden.

Die derzeitige Anzahl der ASV-Teams und der in der ASV behandelten Patienten ist vergleichsweise gering. Da eine längere Anlaufphase absehbar ist, kann mit den vorliegenden Daten noch keine Einschätzung zur Bedeutung der ASV für die Versorgung und zu den Auswirkungen auf die Kostenträger und ASV-berechtigten Ärzte und Krankenhäuser vorgenommen werden.

11.2 Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss

Vor dem Hintergrund der mit dem GKV-VSG eingeführten Berichtspflicht des G-BA gemäß § 91 Abs. 11 SGB V hat die G-BA-Geschäftsstelle einen Aufgabenkatalog des Unterausschusses (UA) ASV erstellt und diesen dem UA in seiner Sitzung am 13. April 2016

vorgelegt. Auf Grundlage dieses Aufgabenkataloges werden im UA ASV die weiter zu beratenden Anlagen zur ASV-RL priorisiert.

Der G-BA hatte sich im Vorfeld mit Plenumsbeschluss vom 21. März 2013 auf Eckpunkte für die Erarbeitung der krankheitsspezifischen Regelungen verständigt, nach denen die Anlagen sukzessive erarbeitet werden, und die sich an der ABK-RL nach § 116b SGB V orientieren.

Nach Beschluss der Anlagen 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen (ohne Appendix) und 2 b) Mukoviszidose zur ASV-RL im Dezember 2016 war als nächste im G-BA zu beratende Anlage aus dem Bereich „*Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen*“ im Eckpunktepapier die Herzinsuffizienz vorgesehen. In der Sitzung am 9. November 2016 verständigten sich die Teilnehmer des UA ASV stattdessen darauf, zunächst die urologischen Tumoren zu bearbeiten, um die bereits durch die Beratungen zu den Anlagen 1.1 a) Tumorgruppe 1: Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle sowie 1.1. a) Tumorgruppe 2: Gynäkologische Tumoren erworbene Expertise zeitnah zu nutzen. Der Vorschlag, vom Eckpunktepapier abzuweichen und eine neue Priorisierungsliste zu erstellen, wurde am 15. Dezember 2016 im Plenum einstimmig angenommen. So wurde im Januar 2017 mit den Beratungen zu den urologischen Tumoren begonnen. Zeitgleich wird immer auch eine seltene Erkrankung als neue Anlage zur ASV-RL beraten. Diesbezüglich sind im Jahr 2017 die seltenen Lebererkrankungen vorgesehen. Es besteht ebenfalls Konsens zu prüfen, ob die primär sklerosierende Cholangitis, die biliäre Zirrhose, die Autoimmunhepatitis und Morbus Wilson zusammen beraten werden können.

Die Beratungen zum Appendix zur Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen wurden Anfang 2017 abgeschlossen. Mit einem Inkrafttreten der Anlage ist Mitte 2017 zu rechnen.

11.3 Entwicklung der Datengrundlage zur ASV

In den Jahren 2014 und 2015 waren die Patientenzahlen in der ASV so gering, dass belastbare Auswertungen nicht möglich sind. Erschwerend kommt hinzu, dass aufgrund erst zu errichtender technischer Infrastrukturen die Abrechnungen für die Jahre 2014 und 2015 teilweise deutlich nach diesen Leistungszeiträumen eintrafen.

Zur Überprüfung des Bereinigungsverfahrens sowie zur Evaluation der ASV-Falldefinition haben der BA sowie der ergBA jeweils anlassbezogene Datenlieferungen beschlossen. Dem Gebot der Datensparsamkeit folgend wird für beide Aufträge ein eigener, spezifischer Datenkörper erzeugt und zur Verfügung gestellt. Aufgrund der geringen Fallzahlen in der ASV handelt es sich – abweichend vom bisherigen Verfahren in der kollektivvertraglichen Versorgung – um Vollerhebungen. Darüber hinaus werden kollektivvertragliche Abrechnungsdaten der ASV-Patienten zur Verfügung gestellt, um parallel das Geschehen in der vertragsärztlichen Versorgung sowohl vor als auch während der ASV-Behandlung analysieren zu können.

Mit einer Umsetzung dieser Beschlüsse ist erst gegen Ende 2017 zu rechnen. Dies ist zum einen im bisherigen Versorgungsgeschehen und zum anderen in der technischen Umsetzung

dieser neuen Datenkörper begründet. Da die Abrechnungen von Vertragsärzten und Krankenhäusern auf Grundlage unterschiedlicher Datensatzdefinitionen zu den Krankenkassen gelangen, muss zunächst eine sinnvolle Vereinigungsmenge für die Übermittlung an das InBA erarbeitet werden.

12 Exkurs Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

§ 116b Abs. 6 Satz 13ff SGB V sieht eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Maßgaben des BA vor. Dieser hat erstmals im September 2014 bundesweit einheitliche Rahmenvorgaben zum ASV-Bereinigungsverfahren beschlossen. Diese Vorgaben sehen vereinfacht dargestellt vor, dass die regionalen Gesamtvertragspartner quartalsweise die Anzahl der behandelten ASV-Patienten pro Indikation datenbasiert feststellen und davon die zuvor in der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (alt) indikationsspezifisch versorgte Patientenzahl abziehen. Die verbleibende Zahl wird ggf. auf die zuvor mit der jeweiligen Indikation vertragsärztlich versorgte Patientenzahl begrenzt und mit einem vom BA verbindlich beschlossenen Bereinigungsbetrag je Patient multipliziert. Der resultierende Betrag wird von der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je KV-Bezirk abgezogen, bevor deren Aufteilung auf die Krankenkassen erfolgt. Durch diese Einbindung in das Verfahren zur Aufsatzwertbestimmung ist der Aufwand für die einzelnen Krankenkassen und für die jeweilige KV gering.

Am 21. September 2016 hat der BA Überarbeitungen des Verfahrens (Rahmenbeschluss zur ASV-Bereinigung, 383. Sitzung des BA) beschlossen. Das grundsätzliche Vorgehen bei der Bereinigung bleibt unverändert, jedoch erfolgte eine Anpassung aufgrund geänderter rechtlicher Rahmenbedingungen. Hierbei ist insbesondere auf den Wegfall des schweren Verlaufs als Zugangsvoraussetzung zur ASV bei den onkologischen Erkrankungen sowie auf die auf drei Jahre verlängerte Bestandsschutzfrist für Krankenhäuser mit Bestimmung nach § 116b SGB V (alt) hinzuweisen. Außerdem wurde die vorgesehene Überprüfung des Bereinigungsverfahrens konkretisiert. Zu diesem Zweck soll das InBA anlassbezogene Datenlieferungen erhalten (siehe Abschnitt 11.3 zur Datenverfügbarkeit), um unter anderem die Annahmen, die zur Berechnung der Bereinigungsbeträge getroffen wurden, zu validieren. Auf Basis des Rahmenbeschlusses werden jeweils anlagenspezifisch die Bereinigungsvorgaben definiert, danach die Fallwerte pro KV ermittelt und beschlossen.

Zu den jeweiligen Anlagen der ASV-RL erfolgten folgende Beschlüsse des BA nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V einvernehmlich (Tabelle 28):

Tabelle 28: Aufstellung der Beschlüsse des BA zum ASV-Bereinigungsverfahren

ASV-Anlage zur ASV-RL	Berechnungsvorgaben	Fallwerte
Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	357. Sitzung *	355. Sitzung am 23. Juni 2015
Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	356. Sitzung *	355. Sitzung am 23. Juni 2015
Marfan-Syndrom	366. Sitzung *	369. Sitzung am 15. Dezember 2015
Pulmonale Hypertonie	378. Sitzung am 10. August 2016	383. Sitzung am 21. September 2016
Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (Wegfall schwerer Verlauf)	383. Sitzung am 21. September 2016	386. Sitzung *
Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	389. Sitzung am 21. Februar 2017	-
Pulmonale Hypertonie	389. Sitzung am 21. Februar 2017	-
Gynäkologische Tumoren	390. Sitzung *	389. Sitzung am 21. Februar 2017

* Jeweils schriftliche Beschlussfassung

13 Anhang

13.1 Literaturverzeichnis

- [1] InBA, „Excel-Dateien mit den in der ASV abrechnungsfähigen GOPen,“ [Online]. Available: <https://institut-ba.de/service/asvabrechnung.html>. [Zugriff am 18 04 2017].
- [2] BMG, „KJ1- und KV45-Statistiken,“ [Online]. Available: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html>. [Zugriff am 18 04 2017].
- [3] RKI, „Epidemiologisches Bulletin 3/2017,“ [Online]. Available: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2017/Ausgaben/03_17.html. [Zugriff am 18 04 2017].
- [4] M. v. d. Werf, „Drug resistance among tuberculosis cases in the European Union and European Economic Area, 2007 to 2012,“ [Online]. Available: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20733>. [Zugriff am 18 04 2017].
- [5] Statistisches Bundesamt, „Angaben zur Krankenversicherung - (Ergebnisse des Mikrozensus). Fachserie 13 Reihe 1.1 – 2015,“ [Online]. Available: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/KrankenversicherungMikrozensus.html>. [Zugriff am 18 04 2017].
- [6] GEKID, „Daten der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V,“ 2013. [Online]. Available: <http://www.gekid.de>. [Zugriff am 18 04 2017].
- [7] RKI und GEKID, „Krebs in Deutschland 2011/2012,“ [Online]. Available: http://www.gekid.de/Doc/krebs_in_deutschland_2015.pdf. [Zugriff am 18 04 2017].
- [8] Ruhr-Universität Bochum, Institut für Pathologie, „Maligne Mesotheliome,“ [Online]. Available: <http://www.ruhr-uni-bochum.de/pathologie/mesotheliomregister/mesotheliome.html>. [Zugriff am 18 04 2017].
- [9] SVR, „Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung,“ [Online]. Available: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/103/1710323.pdf>. [Zugriff am 18 04 2017].
- [10] 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),“ 2012. [Online]. Available: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1586/2012-10-18_ABK-RL_Abschlussbericht-IGES.pdf. [Zugriff am 18 04 2017].
- [11] RKI, „RKI-Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2012,“ [Online]. Available: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Archiv_Berichte_TB_in_Dtl_tab.html. [Zugriff am 18 04 2017].
- [12] RKI, „Tuberkulose – Ratgeber für Ärzte,“ [Online]. Available: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Tuberkulose.html. [Zugriff am 18 04 2017].
- [13] SVR, „Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer

Gesundheitsversorgung,“ [Online]. Available:
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/103/1710323.pdf>. [Zugriff am 21 03 2017].

13.2 Abkürzungsverzeichnis

AA	Arbeitsausschuss
AAergBA	Arbeitsausschuss des ergänzten Bewertungsausschusses
ABK	Ambulante Behandlung im Krankenhaus
ABK-RL	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus
AG	Arbeitsgruppe
ASV	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
ASV-AV	ASV-Abrechnungsvereinbarung
ASV-RL	ASV-Richtlinie
BA	Bewertungsausschuss
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ErgEBA	Ergänzter erweiterter Bewertungsausschuss
eLA	Erweiterter Landesausschuss/erweiterte Landesausschüsse
ergBA	Ergänzter Bewertungsausschuss
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEKID	Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.
GIT	Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOPen	Gebührenordnungspositionen
InBA	Institut des Bewertungsausschusses
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
QS	Qualitätssicherung
RKI	Robert Koch-Institut
SP	Schwerpunkt
SPS	Swiss Post Solutions GmbH
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

TBC	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
UA	Unterausschuss
ZWB	Zusatzweiterbildung(en)

13.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammensetzung der ASV-Teams mit Krankenhaus- bzw. Vertragsärzten je Indikation.....	32
Abbildung 2: Anzahl der ASV-Patienten je Indikation und Leistungsquartal.....	40
Abbildung 3: Anzahl eLA mit Fällen von Nichterlangung von Berechtigungen zur Leistungserbringung.....	44
Abbildung 4: Ursachen für Nichterlangung der Berechtigung im Leistungsbereich TBC.....	45
Abbildung 5: Ursachen für Nichterlangung der Berechtigung im Leistungsbereich GIT.....	46

13.4 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl der TBC-Patienten nach § 116b SGB V (alt) je Leistungsquartal.....	13
Tabelle 2: Anzahl der GIT-Patienten nach § 116b SGB V (alt) je Leistungsquartal.....	13
Tabelle 3: Aufstellung der bisher beschlossenen und in Kraft getretenen Anlagen des G-BA.....	15
Tabelle 4: Aufstellung der Beschlüsse des G-BA zur ASV-RL.....	16
Tabelle 5: Aufstellung der Beschlüsse des G-BA zu Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (Anlage 1.1).....	17
Tabelle 6: Aufstellung der Beschlüsse des G-BA für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen (Anlage 2).....	18
Tabelle 7: Beschlüsse des erg(E)BA.....	20
Tabelle 8: Veröffentlichte Excel-Mappen zu den Anlagen der ASV-RL.....	23
Tabelle 9: Aufstellung der ASV-Teams der ASV-Indikationen TBC und GIT je KV der zuständigen eLA.....	28
Tabelle 10: Anzahl der Ärzte je TBC-Team.....	30
Tabelle 11: Anzahl der Ärzte je GIT-Team.....	31
Tabelle 12: Anzahl der Krankenhaus- und Vertragsärzte in den ASV-Teams je KV des zuständigen eLA.....	33
Tabelle 13: Anzahl der Krankenhaus- und Vertragsärzte in den TBC-Teams je KV des zuständigen eLA.....	33
Tabelle 14: Anzahl der Krankenhaus- und Vertragsärzte in den GIT-Teams je KV des zuständigen eLA.....	34
Tabelle 15: Verteilung der Fachgruppen der Kernteamärzte in den TBC-Teams.....	36
Tabelle 16: Verteilung der Fachgruppen der gemeldeten hinzuzuziehenden Fachärzte in den TBC-Teams.....	37
Tabelle 17: Verteilung der Fachgruppen der Kernteamärzte in den GIT-Teams.....	38
Tabelle 18: Verteilung der Fachgruppen der gemeldeten hinzuzuziehenden Fachärzte in den GIT-Teams.....	39
Tabelle 19: Anzahl der je ASV-Teamart versorgten TBC-Patienten je Leistungsquartal (n = 1.984).....	41
Tabelle 20: Anzahl aller ASV-Patienten je KV des Patienten-Wohnortes und Leistungsquartal.....	42
Tabelle 21: Anzahl der TBC-Patienten in der ASV je KV des Patienten-Wohnortes und Leistungsquartal.....	43
Tabelle 22: Anzahl der GIT-Patienten in der ASV je KV des Patienten-Wohnortes und Leistungsquartal.....	43
Tabelle 23: Ausgaben der Krankenkassen für die Versorgung nach § 116b SGB V (alt) und (neu) in Millionen Euro je Jahr gemäß KJ1 und KV45.....	48
Tabelle 24: Aufstellung der bisher in den EBM überführten Leistungen je ASV-Indikation.....	49
Tabelle 25: Inzidenzen der einzelnen GIT-Tumore gemäß RKI- und GEKID-Daten.....	52
Tabelle 26: Anzahl der ASV-Patienten nach § 116b SGB V (alt) und (neu).....	53
Tabelle 27: Anzahl der zugelassenen Institutionen nach § 116b SGB V (alt) und ASV-Teams nach § 116b SGB V (neu).....	54
Tabelle 28: Aufstellung der Beschlüsse des BA zum ASV-Bereinigungsverfahren.....	58
Tabelle 29: Präsenzsitzungen des erg(E)BA.....	63

13.5 Sitzungen des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses

Tabelle 29: Präsenzsitzungen des erg(E)BA

Datum	Sitzung und Beratungsgremium
01.07.2013	1. Sitzung des ergBA
15.04.2014	2. Sitzung des ergBA
20.06.2014	3. Sitzung des ergBA
20.06.2014	1. Sitzung des ergEBA
22.05.2015	5. Sitzung des ergBA
22.05.2015	2. Sitzung des ergEBA (Teil I)
15.09.2015	2. Sitzung des ergEBA (Teil II)
06.06.2016	9. Sitzung des ergBA
13.09.2016	11. Sitzung des ergBA
07.12.2016	13. Sitzung des ergBA
07.12.2016	3. Sitzung des ergEBA
07.12.2016	4. Sitzung des ergEBA

Die Lücken in der Nummerierung der Präsenzsitzungen ergeben sich aus gefassten Beschlüssen des ergBA durch Unterschriftenverfahren.

13.6 Fragebogen zu Abschnitt 7.4

Erweiterter Landesausschuss in:

(1) Wurde durch den erweiterten Landesausschuss bisher mindestens einem ASV-Team im Anzeigeverfahren mitgeteilt, dass die Anforderungen und Voraussetzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V nicht erfüllt werden und eine Berechtigung zur Leistungserbringung für das ASV-Team daher nicht gegeben ist?	
ja	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 2
nein	<input type="checkbox"/> keine weitere Beantwortung möglich
keine Angabe möglich	<input type="checkbox"/> keine weitere Beantwortung möglich

(2) Bei welchen Indikationen erfolgte eine Mitteilung, dass Anforderungen und Voraussetzungen eines und/oder mehrerer Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V nicht erfüllt werden und daher eine Berechtigung zur Leistungserbringung für das ASV-Team nicht gegeben ist? Bitte geben Sie an, bei wie vielen Erstanzeigen dies je Indikation im Zeitraum seit Inkrafttreten der jeweiligen Anlage bis zum 31.10.2016 der Fall war.	
INDIKATION	ANZAHL
Tuberkulose und atypische Mykobakteriose (Anlage 2 a)	_____
gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (Anlage 1 a onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1)	_____
Marfan-Syndrom (Anlage 2 k)	_____
gynäkologische Tumoren (Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2)	_____
pulmonale Hypertonie (Anlage 2 l)	_____

<p>(3) Welche Anforderungen und Voraussetzungen wurden durch ein ASV-Team (also einen und/oder mehrere Leistungserbringer eines ASV-Teams) bei den jeweiligen Indikationen nicht erfüllt, so dass eine Berechtigung zur Leistungserbringung für das ASV-Team nicht gegeben ist? Bitte geben Sie an, bei wie vielen Erstanzeigen dies je Indikation im Zeitraum seit Inkrafttreten der jeweiligen Anlage bis zum 31.10.2016 der Fall war. (Mehrfachnennungen möglich)</p>					
	TBC	giT	Marfan	gyn T	puH
1. Nachweis von Kooperationen zur Erfüllung personeller/sächlicher Anforderungen nicht vorhanden bzw. unzureichend					
2. Nachweis/Nachweise fachlicher Qualifikationen nicht vorhanden					
3. Indikationsspezifische Mindestmengen nicht erreicht					
4. Nachweis vertraglicher Vereinbarungen über Kooperationen gemäß § 116b Abs. 4 Satz 10 SGB V nicht vorhanden					
5. Nachweis des Nicht-Zustandekommens vertraglicher Vereinbarungen über Kooperationen gemäß § 116b Abs. 4 Satz 10 SGB V nicht vorhanden					
6. Arztbezogene onkologische Mindestmengen nicht erreicht					
7. Andere Gründe					

<p>(4) Wenn aufgrund fehlender Anforderungen und Voraussetzungen eines und/oder mehrerer Leistungserbringer eine Berechtigung zur Leistungserbringung für ein ASV-Team nicht gegeben ist, wurde ein neues Anzeigeverfahren durch einen Teil desselben ASV-Teams initiiert? Bitte geben Sie an, wie oft dies der Fall war.</p>	
	ANZAHL
ja, das ASV-Team hat ein neues Anzeigeverfahren mit anderen Leistungserbringern initiiert	_____
ja, das ASV-Team hat ein neues Anzeigeverfahren mit den gleichen Leistungserbringern initiiert (sonstige Änderungen ggü. dem ersten Antrag)	_____
nein, das ASV-Team hat kein neues Anzeigeverfahren initiiert	_____
keine Angabe möglich	_____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

13.7 Anlage 3 zur ASV-Abrechnungsvereinbarung: Fachgruppencodierungen

Anlage 3 Fachgruppencodierungen

zur Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV)

zuletzt geändert mit Vertrag vom 31.08.2015, in Kraft getreten am 01.07.2015

Fachgruppencodierungen

Für Krankenhausärzte und Vertragsärzte wird der Fachgruppencode gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 14 und Abs. 4 Satz 2 im ASV-Verzeichnis (Anlage 1 ASV-AV) geführt.

Der Fachgruppencode bildet die für die Leistungserbringung nach § 3 der ASV-Richtlinie geforderte fachärztliche Qualifikation ab, die in der Anzeige an den erweiterten Landesauschuss anzugeben ist. Sind mehrere fachärztliche Qualifikationen angegeben, für die weitere (sekundäre) Fachgruppencodes gelten, werden diese sekundären Fachgruppencodes im ASV-Verzeichnis hinterlegt.

Der Fachgruppencode bildet die Fachgebiets-, Schwerpunkt- oder Teilgebietsbezeichnungen gemäß der jeweils gültigen Anlage 2 der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- und Praxisnetznummern entsprechend der nachfolgenden Liste ab.

Hierbei dürfen die KV-spezifischen Fachgruppencodes 70-98 nicht genutzt werden. Die Berechtigung zur Verwendung eines Fachgruppencodes in Verbindung mit ASV-Leistungen ergibt sich ausschließlich aus der ASV-Richtlinie.

Der Fachgruppencode ist bei Krankenhausärzten Bestandteil der Fachgruppennummer, die in der Abrechnung gemäß § 2 Nr. 13 und 25 ASV-AV und auf Vordrucken gemäß § 9 Abs. 5 Satz 2 ASV-AV und im ASV-Verzeichnis gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 11 zu verwenden ist.

Die Fachgruppennummer ist wie folgt strukturiert:

- | | |
|------------------|--|
| Stellen 1 bis 6: | Pseudo-Arztnummer „55555“ (6 x 5) |
| Stelle 7: | Ordnungsnummer für die Reihenfolge in der Anzeige an die ASV-Verzeichnisstelle (KH-Zähler) |
| Stellen 8 und 9: | Fachgruppencode |

Fachgruppencodes

Bezeichnung	Fachgruppencode
Arzt; obsolet (ohne Facharzt-Weiterbildung ab 1986 bis 1991)	Hausarzt: 02 FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
Praktischer Arzt; obsolet (altes Recht vor 1987 bzw. EWG-Recht ab 86/457/EWG)	Hausarzt: 02, FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
Gebiet Allgemeinmedizin	
FA Allgemeinmedizin (alte (M-)WBO, kammerindividuell, EU-Ärzte)	Hausarzt: 01 FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
FA Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	Hausarzt: 01 FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
Gebiet Anästhesiologie	
FA Anästhesiologie	04
FA Anästhesiologie und Intensivtherapie; kammerindividuell, obsolet	04
Gebiet Augenheilkunde	
FA Augenheilkunde	05
Gebiet Chirurgie	
FA Allgemeinchirurgie	06
FA Allgemeine Chirurgie, obsolet	06
FA Chirurgie; obsolet	06
FA Gefäßchirurgie	07
TG Herz- und Gefäßchirurgie; neue Bundesländer, obsolet	07
SP Gefäßchirurgie; obsolet	07
FA Visceralchirurgie	08
SP Visceralchirurgie; obsolet	08
FA Kinderchirurgie	09
TG Kinderchirurgie; obsolet	09

Bezeichnung	Fachgruppencode
FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10
FA Orthopädie; obsolet	10
SP Unfallchirurgie; obsolet	11
SP Rheumatologie (der ehemaligen Orthopädie); obsolet	12
FA Plastische Chirurgie	13
FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	13
TG Plastische Chirurgie; obsolet	13
SP Thoraxchirurgie in der Chirurgie; obsolet	14
TG Thorax- und Kardiovascularchirurgie; obsolet	14
Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	15
SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	16
SP Gynäkologische Onkologie	17
SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	18
Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	19
FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	20
FA Phoniatrie und Pädaudiologie; obsolet	20
SP Phoniatrie und Pädaudiologie; obsolet	20
TG Audiologie; neue Bundesländer, obsolet	20
TG Phoniatrie; neue Bundesländer, obsolet	20
Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten	
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	21
Gebiet Humangenetik	
FA Humangenetik	22
Fachwissenschaftler Genetik	22
Gebiet Innere Medizin	
FA Innere Medizin und SP gesamte Innere Medizin; kammerindividuell	Hausarzt: 03, Internist: 23

Bezeichnung	Fachgruppencode
FA Innere Medizin; obsolet	Hausarzt: 03, Internist: 23
FA Innere Medizin und SP Angiologie	24
SP Angiologie; obsolet	24
FA Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie	25
SP Endokrinologie; obsolet	25
SP Endokrinologie und Diabetologie; kammerindividuell, obsolet	25
TG Diabetologie; neue Bundesländer, obsolet	25
FA Innere Medizin und SP Gastroenterologie	26
FA Magenarzt; obsolet	26
SP Gastroenterologie; obsolet	26
FA Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie	27
SP Hämatologie und Internistische Onkologie; obsolet	27
TG Hämatologie; obsolet	27
FA Innere Medizin und SP Kardiologie	28
SP Kardiologie; obsolet	28
TG Kardiologie und Angiologie; kammerindividuell, obsolet	28
FA Innere Medizin und SP Nephrologie	29
SP Nephrologie; obsolet	29
TG Nephrologie, obsolet	29
FA Innere Medizin und SP Pneumologie	30
FA Lungenarzt; obsolet	30
SP Pneumologie; obsolet	30
TG Lungen- und Bronchialheilkunde; obsolet	30
FA Innere Medizin und SP Rheumatologie	31
SP Rheumatologie; obsolet	31
SP Geriatrie; obsolet	32
FA Innere Medizin und SP Geriatrie; kammerindividuell	32
SP Infektiologie; kammerindividuell, obsolet	33

Bezeichnung	Fachgruppencode
TG Infektions- und Tropenmedizin; neue Bundesländer, obsolet	33
Gebiet Kinder- und Jugendmedizin	
FA Kinder- und Jugendmedizin	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Arzt für Kinder- und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Kinderheilkunde; obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Kinder- und Jugendarzt; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Kinder- und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Infektiologie; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie; kammerindividuell	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kinderdiabetologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Gastroenterologie; kammerindividuell	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kindergastroenterologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Nephrologie; kammerindividuell	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kindernephrologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kinderrheumatologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie	Hausarzt: 35; Facharzt: 41
TG Kinderhämatologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 35; Facharzt: 41
SP Kinder-Kardiologie	Hausarzt: 36; Facharzt: 42
SP Neonatologie	Hausarzt: 37; Facharzt: 43
SP Neuropädiatrie	Hausarzt: 38; Facharzt: 44
TG Kinderneuropsychiatrie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 38; Facharzt: 44

Bezeichnung	Fachgruppencode
SP Kinder-Pneumologie; kammerindividuell	Hausarzt: 39; Facharzt: 45
TG Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 39; Facharzt: 45
Facharztbezeichnung aus dem Gebiet Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung und Teilnahme an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung	46
Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	47
FA Kinder- und Jugendpsychiatrie; obsolet	47
Gebiet Laboratoriumsmedizin	
FA Laboratoriumsmedizin	48
TG Mikrobiologie; obsolet	48
Fachwissenschaftler Chemie und Labordiagnostik	48
Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	49
FA Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie; obsolet	49
FA Experimentelle und diagnostische Mikrobiologie; neue Bundesländer, obsolet	49
Fachzahnarzt für Mikrobiologie	49
Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	
FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	50
FA Kieferchirurgie; obsolet	50
Fachzahnarzt für Kieferchirurgie (§ 6 Abs. 1 BMV)	50
FA Nervenheilkunde; obsolet	51
FA Neurologie und Psychiatrie; obsolet	51
TG Kinderneuropsychiatrie; neue Bundesländer, obsolet	44
Gebiet Neurochirurgie	
FA Neurochirurgie	52
Gebiet Neurologie	
FA Neurologie	53

Bezeichnung	Fachgruppencode
Gebiet Nuklearmedizin	
FA Nuklearmedizin	54
Gebiet Pathologie	
FA Neuropathologie	55
TG Neuropathologie; obsolet	55
FA Pathologische Anatomie; kammerindividuell, obsolet	56
FA Pathologie	56
Fachwissenschaftler Zytologie/Histologie	56
Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin	
FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	57
FA Physiotherapie; neue Bundesländer, obsolet	57
Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie	
FA Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; kammerindividuell, obsolet	51
FA Psychiatrie und Psychotherapie	58
FA Psychiatrie; obsolet	58
SP Forensische Psychiatrie	59
Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	60
FA Psychotherapeutische Medizin; obsolet	60
FA Psychotherapie; neue Bundesländer, obsolet	60
Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)	61
Gebiet Radiologie	
FA Radiologie (neue (M-)WBO)	62
FA Diagnostische Radiologie; obsolet	62
FA Radiologie (alte (M-)WBO); obsolet	62
FA Radiologische Diagnostik; obsolet	62
FA Strahlentherapie und Radiologische Diagnostik; obsolet	62
SP Kinderradiologie	63

Bezeichnung	Fachgruppencode
SP Neuroradiologie	64
TG Neuroradiologie; obsolet	64
TG Strahlentherapie; obsolet	65
Gebiet Strahlentherapie	
FA Strahlentherapie	65
Gebiet Transfusionsmedizin	
FA Transfusionsmedizin	66
FA Blutspende- und Transfusionsmedizin; kammerindividuell, obsolet	66
Gebiet Urologie	
FA Urologie	67
Psychologischer Psychotherapeut	68
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut	69
weitere Fachgruppen:	
Gebiet Anatomie	
FA Anatomie	99
Gebiet Arbeitsmedizin	
FA Arbeitsmedizin	99
FA Arbeitshygiene; neue Bundesländer, obsolet	99
Gebiet Biochemie	
FA Biochemie	99
Gebiet Chirurgie	
FA Herzchirurgie	99
FA Thoraxchirurgie	99
SP Thoraxchirurgie in der Herzchirurgie; obsolet	99
SP Echokardiologie herznaher Gefäße; obsolet	
Gebiet Hygiene und Umweltmedizin	
FA Hygiene und Umweltmedizin	99
FA Hygiene; kammerindividuell, obsolet	99

Bezeichnung	Fachgruppencode
FA Immunologie; neue Bundesländer, obsolet	99
Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen	
FA Öffentliches Gesundheitswesen	99
Gebiet Pharmakologie	
FA Klinische Pharmakologie	99
FA Pharmakologie und Toxikologie	99
TG Klinische Pharmakologie; obsolet	99
Gebiet Physiologie	
FA Physiologie	99
Gebiet Rechtsmedizin	
FA Rechtsmedizin	99
FA Sozialhygiene; neue Bundesländer, obsolet	99
FA Sportmedizin; neue Bundesländer, obsolet	99
Fachzahnärzte nach § 10a Abs. 1 BÄO, § 6 BMV (neue Bundesländer)	
Fachzahnarzt für theoretisch-experimentelle Medizin (§ 6 Abs. 2 BMV)	99
Fachwissenschaftler der Medizin, § 7 BMV (neue Bundesländer)	
Fachbiologie der Medizin	99
Fachwissenschaftler Immunologie	99

Die als obsolet bezeichneten Fachgruppencodes finden weiterhin Anwendung und kennzeichnen historische Fachgruppen-, Schwerpunkt- und Teilgebietsbezeichnungen.