

BMC Kongress 2023

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

Marianne Leitsmann¹, Carina Stammann¹, Tobias Herrmann¹, Gerald Willms¹, Björn Broge¹, Roland Zielke², André Byrle³, Doron Stein³, Maria Feske³, Katja Krug⁴, Michel Wensing⁴, Stefanie Fähndrich⁵, Tobias Mußgnug⁵, Markus Leibner⁵, Hanna Zwiener⁵ und Lothar Weißbach⁶

¹aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, ²Berufsverband der Deutschen Urologie e.V.,

³Deutsches Institut für Fachärztliche Versorgungsforschung GmbH, ⁴Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg,

⁵Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, ⁶Gesundheitsforschung für Männer gGmbH

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

1. EINLEITUNG, HINTERGRUND, PROBLEMSTELLUNG

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) wurde mit dem Ziel eingeführt, eine hochqualifizierte, interdisziplinäre und sektorenübergreifende Behandlung für Patientinnen und Patienten mit seltenen oder komplexen Krankheiten zu fördern, jedoch macht sie in diesem Bereich bisher nur einen kleinen Teil der Versorgung aus. Die aktuelle Studie untersuchte die Versorgungsprozesse beispielhaft für den ASV-Bereich „Urologische Tumore“ und betrachtete, inwiefern die ASV-Richtlinie ihre Ziele auf Ebene der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erreicht und welche Rückschlüsse daraus für die Weiterentwicklung gezogen werden können.

2. HERANGEHENSWEISE, METHODIK

Im Fokus des zweijährigen Projekts stand eine explorative und vergleichende Analyse der Versorgung von Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasiertem Prostatakarzinom (PCa). Die ASV-Ziele wurden auf Patienten- und Versorgungsebene bewertet. Die Methodik folgte einem „Mixed-Methods“-Ansatz aus fünf Arbeitspaketen (AP1: Patientenbefragung, AP2: Versorgerbefragung, AP3: Falldatenanalyse, AP4: Interviews bzw. Kleingruppendiskussionen, AP5: Workshops zur Ergebnis-Diskussion und Erarbeitung von Handlungsempfehlungen).

3a. PATIENTENBEFRAGUNG

- Befragungszeitraum: 01.01.2022 bis 31.08.2022
- n=255 Patienten aus 25 Zentren bundesweit (110 ASV, 145 Nicht-ASV; Praxis & Klinik)

Vergleich von PCa Patienten in der ASV vs. Nicht-ASV (validierte Fragebögen)

- Lebensqualität: keine Unterschiede
- Zugang zur Versorgung: allgemein keine Unterschiede; bessere Möglichkeiten für passende Termine in der ASV
- Koordination der Versorgung: bessere Verfügbarkeit ärztlicher Ansprechpartner und bessere Zusammenarbeit in der ASV
- Patientenadhärenz: ASV-Patienten sind therapieadhärenter als Nicht-ASV Patienten, Patientenaufklärung und -information, Patientenbeteiligung an Therapieentscheidungen: ASV-Patienten sind über ihre Erkrankung und die Therapieoptionen besser aufgeklärt/informiert und an Entscheidungen über ihre Therapie besser beteiligt als vergleichbare Patienten
- Patientenzufriedenheit: keine Unterschiede

3b. ÄRZTEBEFRAGUNG

- Befragungszeitraum: 01.03.2022 bis 11.5.2022
- n=262 Urolog:innen (78 ASV, 184 Nicht-ASV; ambulant & stationär)

Sowohl in Interventions- als auch in Vergleichsgruppe:

- Möglichkeiten, den Patienten eine qualitativ hochwertige Versorgung zukommen zu lassen, überwiegend als gut bis sehr gut bewertet
- hohe Zufriedenheit mit einrichtungs- bzw. sektorenübergreifender Zusammenarbeit mit ärztl. Kollegen
- Vernetzung außerhalb der ASV (Qualitätszirkel, einrichtungsübergreifende Tumorboards, zertifizierte Organzentren) und Teilnahme an besonderen Versorgungsformen (insbesondere Onkologie-Vereinbarung)
- administrativer Arbeitsumfang bei Teamgründung und -verwaltung überwiegend als zu hoch angesehen
- fehlende Informationen und Beratung bemängelt (Teilnahmemöglichkeiten, Abrechnung etc.)

In der Vergleichsgruppe:

- Aufwand-Nutzen-Verhältnis der ASV-Teilnahme z.T. als unstimmig betrachtet

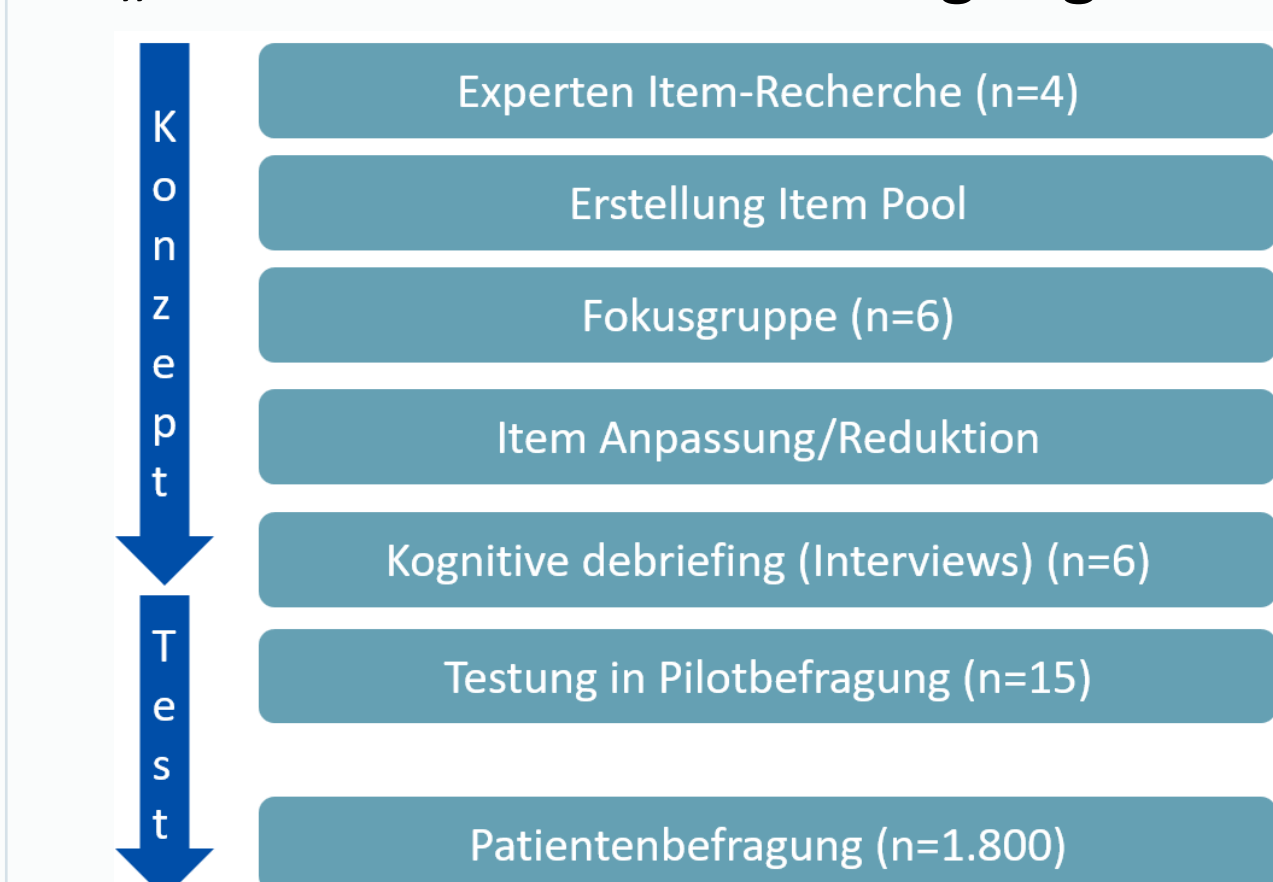
Vorteil der ASV: mehr/neue Diagnosemöglichkeiten

3c. INTERVIEWS & KLEINGRUPPENDISKUSSIONEN

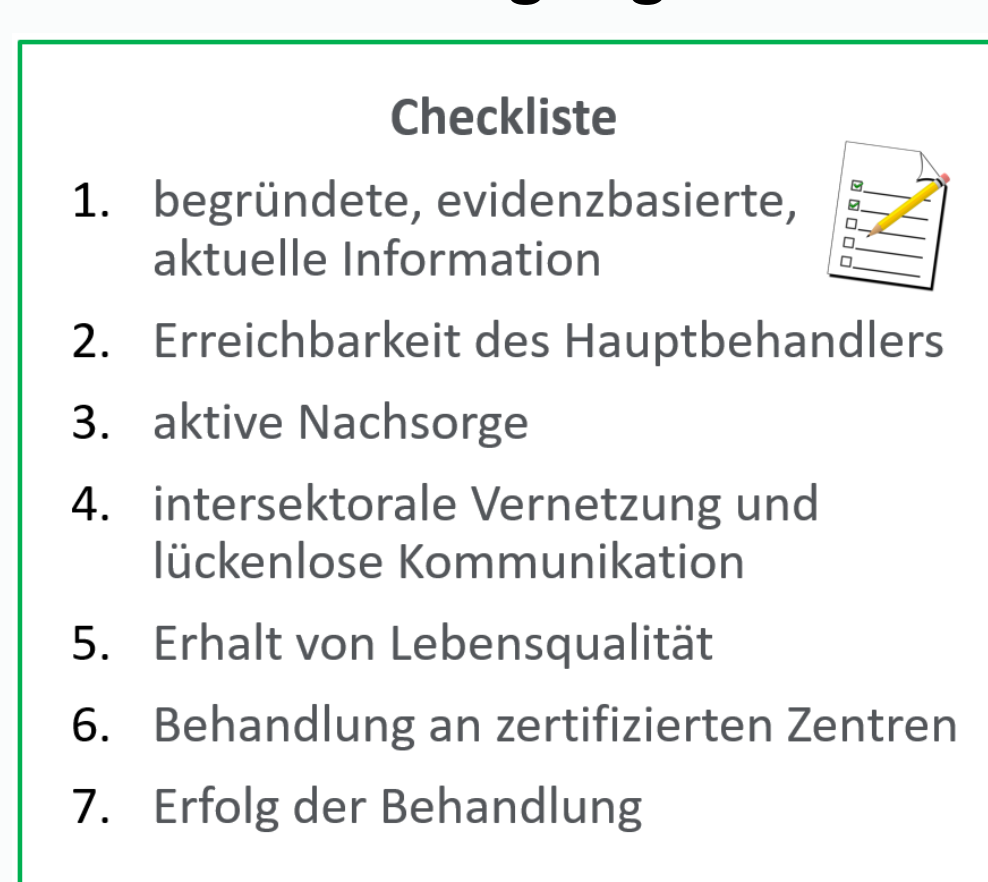
- Interviews mit ASV-Teamleitern, eLA-Vertretern, ASV-Koordinatoren, Nicht-ASV-Ärzten, Krankenkassen, KBV, Plattformbetreibern

- ASV-Teamleiter:
 - Stärken der ASV:
 - bessere Strukturqualität in der Patientenversorgung
 - ermöglicht ambulante uro-onkologische Versorgung
 - wirtschaftlicher Faktor als Anreiz
 - Schwächen der ASV:
 - unverhältnismäßig hoher bürokratischer Aufwand
 - gescheiterte Einbindung Vertragsärzte

1. Kleingruppendiskussion: „Koordination der Versorgung“



2. Kleingruppendiskussion: „Qualität von Versorgung“

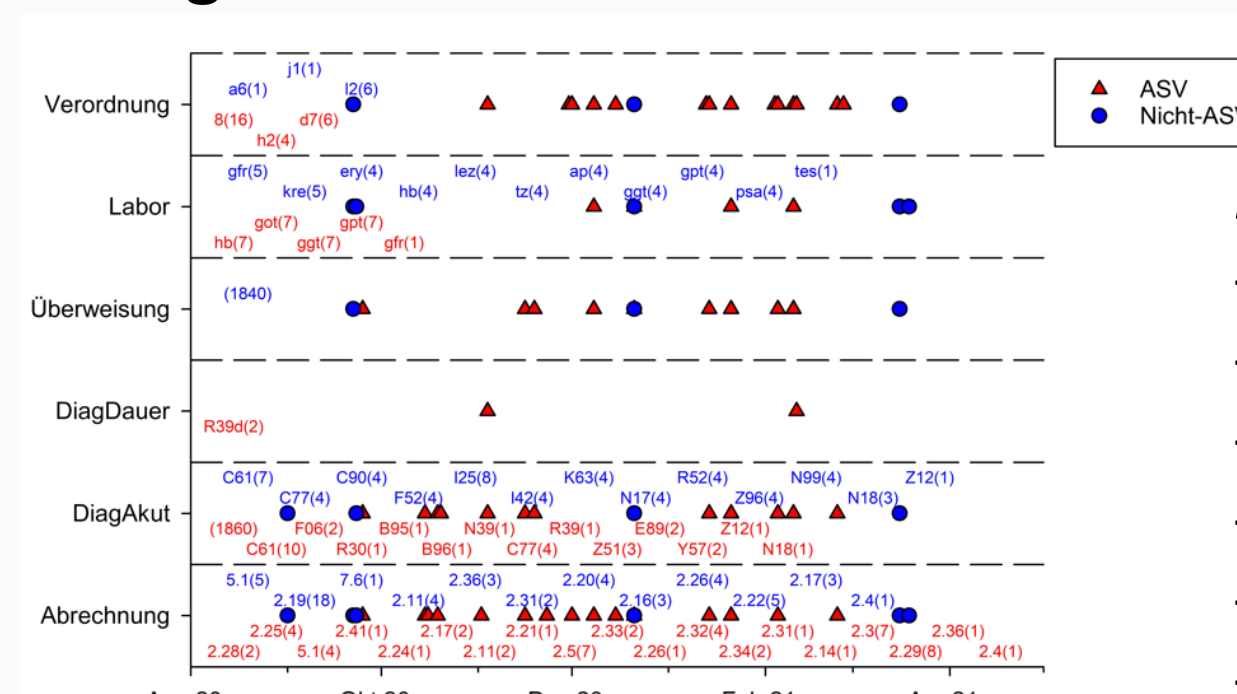


3d. FALLDATENANALYSE

- DIFAScience Datenpanel (n=74 ASV-Fälle, n=7.042 Nicht-ASV)

Variable	Nicht-ASV	ASV	p-Wert
Alter	73,7 (8,4)	73,7 (8,4)	-
Diagnosezeitraum (Monate)	15,9 (8,8)	16,3 (10,1)	0,79
Einträge gesamt	218,3 (164,1)	269,3 (186,0)	0,09
Vorstellungen	28,8 (20,1)	44,5 (26,4)	<0,001
Verordnungen	13,4 (16,6)	24,7 (22,3)	<0,001
Anzahl Monate mit Laborwerten	8,4 (5,9)	3,0 (3,3)	<0,001
Diagnoseeinträge (akut & chron., gesamt/gesichert/unterschiedlich)	34,4 (36,3)	46,9 (25,2)	0,02
Abrechnung (gesamt/unterschiedlich)	20,5 (13,3)	29,9 (7,9)	<0,001
Überweisung	3,3 (2,6)	6,8 (5,1)	<0,001

- Vergleich von Fallverläufen ASV vs. Nicht-ASV (n=74)



Limitationen des DIFA Science Registers

- keine direkte Kennzeichnung: ASV ja/nein
- keine inhaltliche Definition von Ereignissen
- keine Unterscheidung von Akut-, Dauer-Diagnosen
- kein erfasster Tumorstatus
- kein erfasster Schweregrad
- keine OPS-Codes (Prozeduren, Untersuchungen, ...)

FAZIT

Eine Weiterentwicklung der ASV ist notwendig, um den Nutzen für Patienten und Versorger zu erhöhen. Für die Weiterentwicklung gilt es den bürokratischen Aufwand grundlegend zu reduzieren. Zudem sollte der Vorteil für Patienten in der ASV gegenüber der Nicht-ASV wissenschaftlich belegt werden. Auch bessere Möglichkeiten zur Information, Beratung und Kommunikation für Ärzte und Patienten sollten geschaffen werden.

