FORUM

Gesundheitspolitik in der Diskussion
Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung

3 • 2026

REFORMDRUCK TRIFFT VERSORGUNGS-REALITÄT – ZUKUNFT DER ASV IN DEN AKTUELLEN REFORMPLANUNGEN

iX MEDIA

Jenseits von Paragraphen und Verträgen lebt unser Gesundheitssystem vom Gespräch und vom Austausch der Akteure. Vor allem Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems finden nicht am Reißbrett statt, sondern im Diskurs der Akteure miteinander. Mit iX-Media wird diesem Austausch eine Plattform gegeben. Wir laden „auf allen Kanälen“ zum Dialog ein: Print, Audio und Video stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Community mitzuteilen.

Mit Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Dr. Martina Kloepfer und dem übrigen iX-Media-Team stehen langjährige Systemexperten hinter dem Projekt, die wissen wie gesundheitspolitisch der Hase läuft (und zukünftig laufen wird), die der Komplexität des Themas auch mit einfachen Worten gerecht werden können und denen auch die technischen Aspekte medialer Umsetzungen vertraut sind. Wenden Sie sich an uns – wir sind für Sie da!

iX HIGHLIGHTS

GESUNDHEITSPOLITISCHER WOCHENRÜCKBLICK

Die iX-Highlights informieren immer montags über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und liefern relevante Hintergrundinformationen. In seinem gesundheitspolitischen Editorial bewertet Dr. Albrecht Kloepfer ein herausragendes Wochenthema. In der Rubrik „Mondphasen“ kommen einmal im Monat Vertreter aus Politik oder Selbstverwaltung zu Wort. Aktuelle Dateien der Woche (Bundestagsdrucksachen, Studien etc.) können als Service zusätzlich kostenlos abgerufen werden.

iX FORUM

GESUNDHEITSPOLITIK IN DER DISKUSSION

Die Zeitschriften-Reihe iX-Forum greift die großen gesundheitspolitischen Themen des Gesundheitswesens auf und bietet Ihnen die Möglichkeit, mit ausreichend Platz und in ansprechendem Rahmen Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Szene mitzuteilen. Der Clou an der Sache: Die Hefte werden bundesweit an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider und Meinungsführer versandt. – Wir sorgen dafür, dass Ihre Gedanken Beachtung finden!

iX RADIO

GESUNDHEITSPOLITIK ZUM HÖREN

In monatlicher Folge widmet sich iX-Radio einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema und lässt dazu die wichtigsten Entscheider zu Wort kommen. Erläuternde Moderationen beleuchten die Hintergründe und stellen das jeweilige Thema in den Kontext der unterschiedlichen Interessen. Ziel dabei ist, dass nicht nur die Szene sich selbst bespiegelt, sondern dass unser komplexes Gesundheitssystem auch Außenstehenden nahe gebracht wird.

iX SPOTLIGHT

VISUELLE PRÄSENZ IM GESUNDHEITSWESEN

iX-Spotlight ist die Video-Plattform für Ihre bildstarke Kommentierung des aktuellen Zeitgeschehens im Gesundheitssystem. Denn um überzeugende Statements sichtbar in Szene zu setzen, sind nicht nur eindrucksvolle Bilder ausschlaggebend, sondern vor allem auch fundierte Kenntnisse des Systems. Mit Dr. Martina Kloepfer haben wir eine bühnen- und filmerfahrene Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.

4 **Editorial**
Sophia Wagner
Dr. Albrecht Kloepfer Herausgeber

6 **Die ASV muss mitgedacht werden**
Sonja Froschauer Geschäftsführender Vorstand
Dr. med. Robert Dengler Vorstandsvorsitzender
Prof. Dr. Christoff Jenschke, LL.M. Justiziar
Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V.

9 **Komplexe Versorgung braucht eine tragfähige Finanzierung**
Dr. Miriam Schlangen Geschäftsführerin
Katharina Heuing Gesundheitspolitik
Mukoviszidose Institut – gemeinnützige Gesellschaft für Forschung und Therapieentwicklung mbH

13 **Die ASV im Kontext der aktuellen Reformen des Gesundheitswesens**
Dr. Martin Danner Bundesgeschäftsführer
BAG Selbsthilfe

16 **Die Rolle der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und der Primärversorgung im regionalen Versorgungsprozess**
Andrea Stewig-Nitschke, MBA Vorständin Pflege
Belin Hertel, M.A. Referentin Vorstand Pflege
Andrea Müller-Roigk, B.Sc. Expertin für Pflegeentwicklung
Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem, Cottbus

20 **Ein Netzwerkmodell wäre besser geeignet**
Dipl.-Med. Angelika von Schütz Vorsitzende des Vorstandes
Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

22 **ASV lebt vom Dialog – Chancen nutzen, Praxis mitdenken**
Christian Lezner Koordinator ASV
DRK Kliniken Berlin

25 **Das Potential der ASV ist noch längst nicht ausgeschöpft**
Karin Maag Unparteiisches Mitglied
Gemeinsamer Bundesausschuss

28 **Workshop: „ASV im Kontext des Primärversorgungssystems: Praxis, Chancen und Reformbedarf“**

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) hat eine Eigenschaft, um die sie mancher Reformentwurf beneiden dürfte: Es gibt sie bereits. Seit 2012 in ihrer heutigen Form im Gesetz, seit 2014 mit ersten Indikationen in der Versorgung, arbeiten inzwischen rund 1.400 Teams nach genau dem Prinzip, das in jeder Sonntagsrede zur Sektorenverbindung beschworen wird: Praxis und Klinik in gemeinsamen Teams, einheitliche Regeln, feste Preise ohne Budgetdeckel. Und doch kommt die ASV in den großen Strukturreformen bestenfalls als Fußnote vor. Man baut das Haus um und übersieht, dass im Erdgeschoss längst eine funktionierende Verbindungstür existiert. Schlimmer noch: Man riskiert, diese Tür beim Umbau versehentlich zuzumauern.

Die vorliegende Ausgabe des iX-Forum fragt deshalb, was die ASV in einer neu geordneten Versorgungslandschaft leisten kann und was Gesetzgeber, Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) und Selbstverwaltung gestalten müssen, damit sie es auch darf. Die Beiträge kommen aus sehr unterschiedlichen Richtungen. Ihre Befunde fügen sich dennoch zu einer bemerkenswert klaren Agenda.

Erstens: die Krankenhausreform. Solange ambulante Kompetenz an stationäre Leistungsgruppen geknüpft bleibt, kann mit einer verlorenen Leistungsgruppe genau die Fachabteilung verschwinden, aus der ein Kernteam seine Ärztinnen und Ärzte, seine Bildgebung und seine Fallkonferenzen bezieht. Sonja Froschauer, Robert Dengler und Christoff Jenschke regen Öffnungsklauseln an, der initiale Workshop zur Zukunft der ASV (der auch den Ausgangspunkt dieses Heftes bildet) fordert einen Bestandsschutz, und Karin Maag, unparteiisches Mitglied des GBA und Vorsitzende des dortigen ASV-Unterausschusses, plädiert dafür, die ASV-Fähigkeit eines Standorts bei der Leistungsgruppen-Zuordnung als eigenen Belang mitzudenken. Dass kleinere Häuser derzeit lieber gar keine Teams gründen, zeigt: Der Schaden entsteht nicht erst mit dem Bescheid, sondern schon mit einer solchen Ungewissheit.

Zweitens: die Primärversorgung. Hausärztliche Steuerung und ASV schließen sich nicht aus, aber nur, wenn die Steuerung den Weg in die spezialisierte Versorgung öffnet, statt ihn zu verlängern. Wer bereits in der ASV behandelt wird, sollte nicht zur Wiedervorlage in der Hausarztpraxis antreten müssen, und wer zuweisen soll, muss überhaupt wissen, dass es in seiner Region ein ASV-Team gibt. Das Autorinnenteam der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem zeigt, wie Community Health Nursing und interprofessionelle Pfade die Brücke zwischen hochspezialisierter Behandlung und wohnortnaher Begleitung schlagen können.

Drittens: die Vergütung. Hier wird es konkret – und unbequem. Am Beispiel der Mukoviszidose zeigen Dr. Miriam Schlangen und Katharina Heuing, dass die Erlöse für die ärztliche Betreuung in der ASV bei 80 bis 125 Euro pro Patient und Quartal liegen. Schon 2009 deckte die Vergütung nur die Hälfte des realen Aufwands, und seither hat sich die Versorgung durch die CFTR-Modulatoren grundlegend gewandelt. Ein EBM, gebaut für den gemischten Case-Mix einer Facharztpraxis, passt nicht zu Ambulanzen, in denen der hohe Aufwand die Regel ist. Krankheitsspezifische Pauschalen nach dem Vorbild der Onkologie-Vereinbarung, eine komplexitätsorientierte Vergütung, die eigene Kalkulationssystematik nach § 116b Absatz 6 etc. – die Vorschläge liegen auf dem Tisch.

Dass dieser gesetzliche Auftrag seit mehr als einem Jahrzehnt unerledigt ist, gehört zu den bitteren Pointen deutscher Gesundheitspolitik.

Viertens: Verfahren und Fläche. Siebzehn unterschiedliche Anzeigeverfahren bei den erweiterten Landesausschüssen sind schlicht nicht nachvollziehbar; die Steuererklärung bearbeitet schließlich auch das örtliche Finanzamt, das Formular aber ist in Kiel und München dasselbe. Angelika von Schütz, KV-Vorstandsvorsitzende in Mecklenburg-Vorpommern, beschreibt aus ihrem Bundesland, warum eine immer feinere Indikationsdifferenzierung in dünn besiedelten Ländern paradoxerweise den Zugang erschwert, und plädiert für Netzwerkmodelle und eine Telemedizin, die auch vergütet wird. Christian Letzner ergänzt aus der Innenansicht des ASV-Koordinators: Uneinheitliche Auslegungen, fehlende Ansprechpartner und IT-Systeme, die auf die ASV nicht eingestellt sind, kosten Zeit, die in der Versorgung fehlt.

Fünftens: die seltenen Erkrankungen. Ob man sie künftig unter einem gemeinsamen Dach bündelt, gar in einer eigenen Versorgungsform, oder für Erwachsene einen Rahmen nach dem Vorbild der Sozialpädiatrischen Zentren schafft, ist offen. Einig sind sich die Beiträge in der Warnung, dass eine gut gemeinte Bündelung jene Zielgenauigkeit nicht verwässern darf, die gerade hier den eigentlichen Mehrwert ausmacht.

Und schließlich: Dr. Martin Danner von der BAG SELBSTHILFE erinnert daran, dass die ASV sich an patientenrelevanten Ergebnissen messen lassen muss. Ohne belastbare Qualitätsindikatoren bleibt ihr Nutzen eine plausible Behauptung, und Behauptungen haben es in Zeiten der Beitragssatzstabilisierung bekanntlich schwer.

Die ASV muss nicht neu erfunden werden. Aber sie muss in die neue Architektur eingebaut werden, statt daneben stehen zu bleiben. Karin Maag nennt sie ein strukturelles Vorbild für anstehende Reformen. Das ist eine Einladung, die man annehmen sollte, solange das Reformfenster offen steht.

Herzlich danken wir unseren Autorinnen und Autoren sowie unseren Interviewpartnern – und wünschen nun Ihnen, unseren Leserinnen und Lesern, eine anregende Lektüre.

Sophia Wagner

Dr. Albrecht Kloepfer

Mit herzlichen Grüßen
Sophia Wagner und Dr. Albrecht Kloepfer

Die ASV muss mitgedacht werden

Sonja Froschauer
Geschäftsführender Vorstand
Dr. med. Robert Dengler
Vorstandsvorsitzender
Prof. Dr. Christoff Jenschke, LL.M. Justiziar
Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V.

„Es ist sehr bedauerlich, dass man eine existente, sektorenverbindende, kooperative Versorgungsform mit inzwischen über 400.000 Patienten pro Quartal immer noch nicht stärker bei den Strukturreformen berücksichtigt."

Die ASV ist seit 2014 Teil der Versorgungslandschaft in Deutschland und umfasst derzeit 27 Indikationen. In welchen Indikationsfeldern konnte die ASV besonders überzeugen?

In Hinblick auf die gegründeten ASV-Teams stechen die gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle mit 212 Teams und die gynäkologischen Tumoren mit 154 Teams besonders ins Auge. Schaut man auf die Versorgungsrelevanz, so dürfte die ASV für rheumatologische Erkrankungen im Erwachsenenalter der Spitzenreiter sein. Die 85 ASV-Rheuma-Teams sind für fünfzig Prozent des Patientenaufkommens in der ASV verantwortlich, so der letzte Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA).

Was sind die Hauptgründe dafür, dass die ASV in anderen Indikationsgebieten schwerer Fuß fassen kann?

Generell beobachten wir, dass die ASV in den seltenen Indikationen wie z.B. Hämophilie, Morbus Wilson oder Marfan-Syndrom hinter den Erwartungen zurückbleibt. Das kann mehrere Gründe haben. Zum einen ist das Anzeigeverfahren bei den erweiterten Landesausschüssen (ELA) weiterhin häufig sehr bürokratisch und aufwendig, sodass gerade bei diesen Indikationen oft die Ressourcen nicht vorhanden sind. Zudem gibt es nicht so viele Ärzte oder Krankenhäuser, die sich auf diese Indikationen spezialisiert haben. Zum anderen ist die Investition in die Gründung eines ASV-Teams aufgrund der geringen Patientenzahl deutlich unattraktiver als bei den häufigen Krankheitsbildern. Oft werden die Patientinnen und Patienten mit diesen seltenen Erkrankungen durch Hochschulambulanzen betreut, die bereits über eine ambulante Abrechnungsmöglichkeit verfügen. Und last but not least stellt sich die aktuelle Vergütungssystematik nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) betriebswirtschaftlich diese Patientengruppen betreffend bei oftmals hohem Beratungsaufwand als nicht rentabel dar.

Trotz großer Auswirkungen auf die Rahmenbedingungen für die ASV wird diese in den neuen Strukturreformen kaum mitgedacht. Wieso nimmt die ASV als bestehendes sektorenübergreifendes Versorgungsinstrument in den aktuellen Bestrebungen keine zentrale Rolle ein?

Eine Erklärung könnte sein, dass die ASV bis vor wenigen Jahren kaum Versorgungsrelevanz hatte, d.h. dass weder das Patientenaufkommen noch das Honorarvolumen auffielen. Leider ist seit langem in der deutschen Gesundheitspolitik zu beobachten, dass zu wenig sektorenübergreifend gedacht wird. Ein gutes Beispiel ist die Krankenhausreform: Dass Kliniken, die eine dort festgelegte Leistungsgruppe nicht erfüllen, dann auch die Voraussetzung für die ASV verlieren können, was zu erheblichen ambulanten Versorgungsengpässen führen kann, zeigt dies eindrücklich, obschon doch ein wesentlicher Teil der Klinikreform neben der Zentralisierung die Ambulantisierung ist. Es ist sehr bedauerlich, dass man eine existente, sektorenverbindende, kooperative Versorgungsform mit inzwischen über 400.000 Patienten pro Quartal immer noch nicht stärker bei den Strukturreformen berücksichtigt. Sofern ambulante Leistungskompetenzen an stationäre Voraussetzungen geknüpft werden, müssen Öffnungsklauseln dafür sorgen, dass die ambulanten Versorgungsangebote von Krankenhäusern im Patienteninteresse aufrechterhalten bleiben können. Daran fehlt es.

In der geplanten Primärversorgung sollen Hausärztinnen und Hausärzte als koordinierende Instanz fungieren und Patientinnen und Patienten gezielt unter anderem in die ASV steuern. Haben Hausärztinnen und Hausärzte bereits die Ressourcen, diesen Dienst zu leisten? Was muss sich in der hausärztlichen Versorgung ändern, damit sie diese Rolle einnehmen können? Werden diese Veränderungen in der geplanten Strukturreform ausreichend berücksichtigt?

Wir glauben nicht, dass die Hausärztinnen und Hausärzte diese Funktion in Hinblick auf die Steuerung in die ASV umfassend übernehmen können. Nehmen wir die onkologischen ASV-Indikationen: hier muss neben der gesicherten Diagnose bereits der Behandlungsbedarf feststehen, bevor der Patient in die ASV eingeschlossen werden kann. Dies kann ein Hausarzt diagnostisch nicht leisten, da ist also ein vertragsärztlicher Zwischenschritt notwendig. In anderen Indikationen könnte das hingegen funktionieren – sofern die Hausärztinnen und Hausärzte von der Existenz von ASV-Teams in ihrer Gegend überhaupt wissen und ihnen auch bekannt ist, wie die Zuweisung in ein ASV-Team funktioniert. Dass das in der Realität oft nicht klappt, bekommen wir regelmäßig von ASV-Teams gespiegelt.

Im ländlichen Raum wird die ASV durch die 30-Minuten-Regel (Kernteammitglieder dürfen max. 30 Minuten von der Teamleitung entfernt arbeiten) begrenzt. Welche weiteren Änderungen müssten vorgenommen werden, um auch ländliche Regionen besser durch ASV-Strukturen zu erschließen?

Verständlicherweise versucht der GBA, die ASV-Teams so mit Fachgruppen zu besetzen, dass der Patient bzw. die Patientin umfassend im ASV-Team betreut werden kann. Im ländlichen Raum wäre es von Vorteil, seltener benötigte Fachgruppen als optional zu deklarieren. Dafür gibt es in der ASV Rheuma mit dem Orthopäden mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie bereits einen Präzedenzfall. Ein ASV-Team kann ohne diese seltene Fachrichtung gegründet werden, wenn im Einzugsgebiet kein Vertreter dieser Fachgruppe vorhanden ist oder trotz Bemühens über mindestens zwei Monate niemand gewonnen werden kann. Uns ist bewusst, dass optionale Fachgruppen eine Schwierigkeit im Bereinigungsverfahren darstellen, aber da ließen sich sicher Ideen entwickeln. Ferner ist die Krankenhausreform an dieser Stelle zu Ende zu denken.

Es sind Möglichkeiten zu schaffen, dass ggf. leistungsgruppenverlierende Häuser nicht auch die ASV-Teams mitreißen, was dann gleichzeitig – ungewollt – die ambulante Versorgung verschlechtert. Erste Ansätze einer Lösung, diesem Problem unbürokratisch zu begegnen, wurden von Erweiterten Landesausschüssen schon gefunden, diese Lösungen könnten Eingang in die ASV-RL finden.

Für die Etablierung der ASV in der neuen Versorgungsarchitektur braucht es bundeseinheitliche Kriterien. In welchen Aspekten ist eine bundesweite Regelung besonders wichtig und wo muss besonders darauf geachtet werden, dass regional trotzdem noch flexibel agiert werden kann?

Hier wäre unser großer Wunsch ein bundeseinheitliches elektronisches Anzeigeverfahren. Wir vergleichen das mit der Steuererklärung: die wird durch das regional zuständige Finanzamt bearbeitet, aber das Formular ist in Kiel und in München dasselbe. Dass wir 17 komplett unterschiedliche ELA-Anzeigeverfahren haben, ist nicht nachvollziehbar. Die regionalen Erweiterten Landesausschüsse sollten aber weiter die Freiheit haben, Versorgungsgegebenheiten vor Ort mit zu berücksichtigen, z.B. im ländlichen Raum. Dies ist ihnen formal möglich, da die Entfernungsregel bei den Ärzten im Kernteam ja lediglich „in der Regel 30 Minuten“ lautet.

Ist die ASV vom aktuell in Kraft getretenen GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz betroffen?

Nach unserer Einschätzung ist dies nicht der Fall. Die ASV stellt einen eigenen Versorgungsbereich im GKV-System dar, der von den vertragsarztrechtlichen Budgetierungsregeln ohnehin nicht erfasst wird. Folgerichtig ist die ASV nicht bei den expliziten Ausnahmen von der Einbudegtierung von Leistungen, wie z.B. Drogensubstitution und kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung, aufgelistet und auch nicht bei den Streichungen der Zuschläge, wie z.B. für die Vermittlung durch die Terminservicestelle, enthalten.

Überhaupt ist in diesem Gesetz der § 116b SGB V, also die ASV, nirgends genannt. Wir gehen daher davon aus, dass die Leistungen auch weiterhin unbudgetiert von den Kassen erstattet werden.

Komplexe Versorgung braucht eine tragfähige Finanzierung

Dr. Miriam Schlangen
Geschäftsführerin
Katharina Heuing
Gesundheitspolitik
Mukoviszidose Institut – gemeinnützige Gesellschaft für Forschung und Therapieentwicklung mbH

Warum die ASV bei Mukoviszidose an ihre Grenzen stößt

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich im Umbau. Krankenhausstrukturen werden neu geordnet, die ambulante Versorgung und ihre Finanzierung stehen unter Reformdruck, und mit dem geplanten Primärversorgungssystem soll auch die Steuerung von Patientinnen und Patienten neu aufgestellt werden. Die aktuellen Reformen bieten auch die Gelegenheit, die hochspezialisierte ambulante Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen in den Blick zu nehmen.

Für diese Versorgung gibt es bislang keinen einheitlichen Versorgungs- und Finanzierungsrahmen. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), Hochschulambulanzen, Ermächtigungen und weitere Regelungen des SGB V bieten unterschiedliche Möglichkeiten, bilden die besonderen Anforderungen spezialisierter Ambulanzen aber jeweils nur teilweise ab. Am Beispiel der Mukoviszidose in der ASV zeigt sich, wo die Grenzen bestehender Strukturen liegen und warum Weiterentwicklungsbedarf besteht.

Medizinischer Fortschritt verändert den Versorgungsbedarf

Mukoviszidose (Cystische Fibrose, CF) ist eine seltene genetische Multisystemerkrankung, die eine lebenslange spezialisierte Behandlung erfordert. Mit der Einführung der CFTR-Modulatoren hat sich die Therapie in den vergangenen Jahren grundlegend verändert. Für einen großen Teil der Betroffenen stehen heute hochwirksame, mutationsspezifische Medikamente zur Verfügung. Krankheitsverläufe und Prognose haben sich dadurch erheblich verbessert.

Mit der steigenden Lebenserwartung wächst zugleich die Zahl erwachsener und zunehmend älterer Menschen mit CF. Damit gewinnt die spezialisierte Erwachsenenversorgung weiter an Bedeutung. Mit dem Älterwerden verändern sich auch die Anforderungen an diese Versorgung: Langzeitfolgen, Komorbiditäten und altersassoziierte Erkrankungen rücken stärker in den Fokus. Der therapeutische Fortschritt macht spezialisierte Versorgung deshalb nicht überflüssig – er verändert und erweitert ihre Aufgaben.

CF-Ambulanzen gewährleisten diese Versorgung seit Jahrzehnten in interdisziplinären und multiprofessionellen Teams. Neben unterschiedlichen ärztlichen Fachdisziplinen gehören insbesondere spezialisierte Pflege, Physiotherapie, Ernährungstherapie und psychosoziale Versorgung dazu. Zentrale Bestandteile der Versorgung sind regelmäßige Verlaufskontrollen und Therapieanpassungen, die Behandlung von Komorbiditäten und Exazerbationen sowie die Koordination der Versorgung. Hinzu kommen besondere strukturelle Anforderungen, etwa an das Hygienemanagement, sowie Aufgaben der Dokumentation und Qualitätssicherung, einschließlich der Teilnahme am Deutschen Mukoviszidose-Register. Spezialisierte Expertise und entsprechende Strukturen müssen dafür dauerhaft vorgehalten werden.

Mit den CFTR-Modulatoren kommt eine weitere Dimension hinzu. Die Medikamente sind hochwirksam, gleichzeitig aber hochpreisig. Indikationsstellung, Verlaufskontrolle, Nebenwirkungsmanagement und Therapieoptimierung erfordern daher besondere fachliche Expertise. Spezialisierte CF-Ambulanzen sichern damit nicht nur die Qualität der Versorgung, sondern tragen auch zu einem qualitätsgesicherten und verantwortungsvollen Einsatz dieser Medikamente bei.

Die ASV ist wichtig für die CF-Versorgung

Die ASV hat für die Versorgung von Menschen mit Mukoviszidose klare Vorteile. Sie ermöglicht die Zusammenarbeit verschiedener ärztlicher Fachdisziplinen in einer definierten Teamstruktur. Leistungen können dort abgerechnet werden, wo sie erbracht werden. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär und schafft damit gegenüber anderen ambulanten Versorgungsformen sinnvolle Rahmenbedingungen für die Behandlung komplex erkrankter Patientinnen und Patienten.

21 CF-Ambulanzen nutzen diesen Versorgungsweg, darunter neun Erwachsenenambulanzen. In diesen Einrichtungen werden etwa 3.300 der insgesamt 7.776 im Deutschen Mukoviszidose-Register erfassten Menschen mit CF betreut. Die ASV ist damit ein wichtiger Bestandteil der CF-Versorgungslandschaft.

Die ASV trifft allerdings auf Versorgungsstrukturen, die lange vor ihrer Einführung entstanden sind. Die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit ist keine Errungenschaft der ASV, sondern seit Jahrzehnten Kennzeichen spezialisierter CF-Versorgung. Mit der ASV wurden diese Strukturen zwar in einen neuen rechtlichen Rahmen überführt, sie bildet die besonderen Anforderungen der CF-Versorgung jedoch nur teilweise ab.

Wenn die Vergütungslogik nicht zur Versorgung passt

Die ASV organisiert vor allem die Zusammenarbeit ärztlicher Fachdisziplinen. Das multiprofessionelle CF-Team mit spezialisierter Pflege, Physiotherapie, Ernährungstherapie und psychosozialer Unterstützung wird dadurch nicht in vergleichbarer Weise abgebildet.

Hinzu kommt die Vergütung über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Dieser ist für die vertragsärztliche Versorgung konzipiert. In einer Facharztpraxis werden typischerweise Patientinnen und Patienten mit unterschiedlich hohem Behandlungsaufwand versorgt. Eine spezialisierte CF-Ambulanz hat einen solchen Case-Mix nicht. Hier werden ausschließlich Menschen mit einer komplexen chronischen Erkrankung behandelt. Der hohe Aufwand ist nicht die Ausnahme, sondern die Regel.

Einzelne abrechenbare ärztliche Leistungen bilden deshalb nur einen Teil dessen ab, was die Versorgung tatsächlich ausmacht. Zeit für Beratung und Koordination, die kontinuierliche Begleitung der Patientinnen und Patienten, Leistungen der nicht-ärztlichen Teammitglieder und auch die Vorhaltung hochspezialisierter Strukturen lassen sich darüber nur unzureichend refinanzieren.

Dass dies kein neues Problem ist, zeigte bereits eine 2009 veröffentlichte Untersuchung zur ambulanten CF-Versor-

gung. Auf Grundlage damaliger Daten wurden durchschnittliche Kosten für die gesamte ambulante Behandlung von knapp 500 Euro pro Patienten und Quartal ermittelt. Die damalige Vergütung deckte nur die Hälfte der real entstehenden Kosten ab. Die konkreten Zahlen sind heute nicht mehr übertragbar – die Versorgung hat sich seither grundlegend verändert. Das strukturelle Missverhältnis zwischen tatsächlichem Aufwand und Vergütung besteht jedoch fort. Rückmeldungen aus CF-Ambulanzen zufolge liegen die Erlöse für die ärztliche Betreuung im Rahmen der ASV lediglich bei etwa 80 bis 125 Euro pro Patienten und Quartal.

Hinzu kommt: Die Konkretisierung der ASV für Mukoviszidose stammt aus einer anderen therapeutischen Ära. Die Anforderungen an die ASV und die darin abbildbaren Leistungen wurden definiert, bevor CFTR-Modulatoren die Versorgung grundlegend verändert haben und zu einer Zeit, in der Mukoviszidose noch wesentlich stärker als Erkrankung des Kindes- und jungen Erwachsenenalters wahrgenommen wurde. Die Versorgung hat sich weiterentwickelt – ihr regulatorischer und finanzieller Rahmen nicht im gleichen Maße.

Gerade im Erwachsenenbereich wird dies sichtbar. Bestimmte Pauschalen, die in der hausärztlichen sowie kinder- und jugendmedizinischen Versorgung für die kontinuierliche Betreuung chronisch Erkrankter zur Verfügung stehen, fehlen für die fachinternistischen Disziplinen (z. B. Chronikerpauschale und Versichertenpauschale). Gleichzeitig kann die spezialisierte Versorgung nicht einfach außerhalb der CF-Ambulanz stattfinden. Die Patientinnen und Patienten benötigen die Expertise des Zentrums lebenslang; auch die Verordnung und Begleitung hochpreisiger CF-spezifischer Therapien kann nicht beliebig in die allgemeine Regelversorgung verlagert werden.

Die Alternativen lösen das Problem nicht

Es wäre zu kurz gegriffen, daraus lediglich den Schluss zu ziehen, CF-Ambulanzen müssten auf andere bestehende Versorgungsformen ausweichen. Denn auch diese haben Einschränkungen.

Sozialpädiatrische Zentren bieten einen besonderen Rahmen für interdisziplinäre Versorgung, stehen aber nur Kindern und Jugendlichen offen. Ermächtigungen sind in der Regel befristet und führen ebenfalls in eine EBM-basierte Vergütung. Hochschulambulanzen bieten einen eigenen Finanzierungsweg, setzen aber die Zugehörigkeit zu einer Hochschulklinik voraus und können damit keine Lösung für alle etablierten CF-Zentren sein. Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung verfolgen einen anderen gesetzlichen Versorgungsauftrag. Und Zentrenzuschläge sind auf stationäre Leistungen beschränkt.

Die spezialisierte ambulante Versorgung Erwachsener mit seltenen Erkrankungen ist damit im SGB V fragmentiert geregelt. Welcher Versorgungs- und Finanzierungsweg zur Verfügung steht, hängt wesentlich vom Alter der Patientinnen und Patienten und von der institutionellen Verortung des Zentrums ab – und nicht allein davon, welche Strukturen für eine qualitativ hochwertige Versorgung benötigt werden.

Das Reformfenster nutzen

Wenn Krankenhausstrukturen, Ambulantisierung und Patientensteuerung derzeit neu gedacht werden, sollte die spezialisierte ambulante Versorgung Seltener Erkrankungen nicht erneut nur mitlaufen. Die aktuellen Reformen bieten die Chance, auch ihre Finanzierung an die heutige Versorgungsrealität anzupassen.

Ein erster, vergleichsweise pragmatischer Ansatz wäre, die ASV um eine krankheitsspezifische Pauschale zu ergänzen, die den besonderen Betreuungs-, Koordinations- und Vorhalteaufwand spezialisierter CF-Ambulanzen abbildet. Ein solches Prinzip findet sich innerhalb der ASV bereits: Bei onkologischen Erkrankungen wird zusätzlicher Aufwand etwa für die Koordination der Behandlung unter tumorspezifischer Therapie gesondert vergütet. Grundlage dafür sind Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung. Ein vergleichbarer Ansatz sollte auch für Mukoviszidose geprüft werden.

Wenn eine solche Weiterentwicklung innerhalb der ASV nicht ausreicht oder nicht verfolgt wird, sollte die Diskussion grundsätzlicher geführt werden. Dann wäre zu prüfen, ob die spezialisierte ambulante Versorgung Erwachsener mit Seltenen Erkrankungen einen eigenen gesetzlichen Rahmen benötigt. Anknüpfen ließe sich dabei an die Struktur der Sozialpädiatrischen Zentren: Für komplexe Erkrankungen, die einer spezialisierten interdisziplinären und multiprofessionellen Versorgung bedürfen, wird eine eigenständige institutionelle Versorgungsstruktur geschaffen, deren Finanzierung den besonderen Versorgungsaufwand berücksichtigen kann. Ein vergleichbarer Rahmen für Erwachsene mit Seltenen Erkrankungen fehlt bislang.

Dabei geht es nicht darum, ein weiteres Instrument neben die bestehenden zu stellen. Entscheidend ist vielmehr, eine verlässliche Finanzierung für die Versorgungsstrukturen zu schaffen, die Menschen mit komplexen Seltenen Erkrankungen dauerhaft benötigen.

Am Beispiel der Mukoviszidose zeigt sich, warum diese Diskussion jetzt geführt werden sollte. Medizinischer Fortschritt hat die Perspektiven der Betroffenen in einem vor wenigen Jahrzehnten kaum vorstellbaren Maß verbessert. Die Versorgungsstrukturen müssen mit diesem Fortschritt Schritt halten.

Die ASV im Kontext der aktuellen Reformen des Gesundheitswesens

Dr. Martin Danner
Bundesgeschäftsführer
BAG Selbsthilfe

„Eine breite Diskussion zu den Weiterentwicklungsbedarfen der ASV findet in der allgemeinen Öffentlichkeit nicht statt.“

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) steht bislang leider nicht im Zentrum der aktuellen Reformüberlegungen zum deutschen Gesundheitswesen. Dies ist auch nicht weiter verwunderlich, weil die ASV schon seit ihrer Einführung eher ein Schattendasein fristet. Zwar ist diese Versorgungsform für einzelne Patientengruppen von herausragender Bedeutung. Viele Patientinnen und Patienten wissen aber noch nicht einmal, ob sie gerade über die ASV versorgt werden oder ob die konkrete Behandlung gerade im Rahmen der Regelversorgung stattfindet.

Eine breite Diskussion zu den Weiterentwicklungsbedarfen der ASV findet in der allgemeinen Öffentlichkeit nicht statt. Aus Patientensicht bestehen aber deutliche Weiterentwicklungsbedarfe. Notwendig ist aber auch eine Abstimmung der ASV im Kontext der laufenden Reformprozesse zu den übrigen Versorgungsformen.

1. Die ASV als sektorenübergreifende Versorgungsform

Die BAG SELBSTHILFE unterstützt grundsätzlich das Ziel, die ASV im Zuge der laufenden Strukturreformen als sektorenübergreifende Versorgungsform weiterzuentwickeln. Die ASV sollte aber nicht allein unter dem Gesichtspunkt ihres Erhalts oder ihrer Ausweitung betrachtet werden. Entscheidend ist vielmehr, ob sie nachweisbar zu einem besseren Zugang zu spezialisierter Expertise, zu einer kontinuierlicheren Versorgung und zu einer verbesserten interdisziplinären Koordination beiträgt. Notwendig ist daher in erster Linie eine vergleichende Evaluation der ASV-Angebote mit der Regelversorgung in den betreffenden Indikationsbereichen.

Besonders relevant ist dabei die Frage, wie der Vernetzungsgrad von ASV Teams mit Versorgungsqualität und Versorgungskontinuität zusammenhängt. Die bisherigen Evaluationen konnten hierzu keine abschließenden Erkenntnisse liefern.

Damit wird deutlich: Die ASV muss sich künftig stärker an patientenrelevanten Ergebnissen messen lassen. Andererseits muss die Diskussion zur Primärversorgung von der Idee getragen sein, dass Patientinnen und Patienten möglichst schnell an dem für sie geeigneten Point of Care behandelt werden. Die Primärversorgung muss dies bewerkstelligen, darf aber auf keinen Fall den Zugang zur ASV erschweren.

2. Bürokratieabbau und Qualitätssicherung – ein notwendiger Ausgleich

Ein zentrales Spannungsfeld bei der Weiterentwicklung der ASV betrifft den Bürokratieabbau. Die BAG SELBSTHILFE unterstützt die Forderung vieler Behandler nach vereinfachten und digitalisierten Anzeigeverfahren, warnt jedoch davor, administrative Anforderungen pauschal zu reduzieren. Entscheidend ist vielmehr die Unterscheidung zwischen vermeidbaren administrativen Nachweispflichten und solchen Anforderungen, die die besondere fachliche Qualität und interdisziplinäre Struktur der ASV sichern.

Das Zulassungsverfahren sollte künftig weniger aufwendig ausgestaltet sein, ohne das Ziel zu gefährden, besonders qualifizierte und erfahrene Ärztinnen und Ärzte einzubeziehen. Dabei ist zu betonen, dass strukturelle Vorgaben – etwa räumliche Anforderungen an das Kernteam – nicht allein unter dem Gesichtspunkt erleichterter Teambildung betrachtet werden sollten. Maßgeblich ist, ob durch eine Weiterentwicklung der Anforderungskriterien der Zugang zu spezialisierter Expertise verbessert werden kann, ohne Qualitätsstandards abzusenken.
Der GBA hat beispielsweise bereits klargestellt, dass die „30 Minuten Regel“ zur Erreichbarkeit nicht als starre Grenze zu verstehen ist. Damit besteht bereits ein Ermessensspielraum, der insbesondere in Regionen mit geringer Versorgungsdichte genutzt werden kann.

3. Regionale Verfügbarkeit und bedarfsgerechter Zugang

Die BAG SELBSTHILFE unterstützt grundsätzlich auch die Forderung einer stärkeren Berücksichtigung regionaler Versorgungsbedarfe. Die bisherigen Evaluationen zeigen deutliche Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Regionen – sowohl hinsichtlich der Etablierung von ASV Teams als auch hinsichtlich der tatsächlichen Zugangsmöglichkeiten.
Für eine bedarfsorientierte Weiterentwicklung der ASV sollten insbesondere folgende Faktoren berücksichtigt werden:

- regionale Verfügbarkeit von ASV-Angeboten
- Erreichbarkeit spezialisierter Expertise
- Wartezeiten
- bestehende Versorgungslücken

Gerade bei seltenen Erkrankungen ist eine Konzentration hochspezialisierter Expertise an wenigen Standorten medizinisch sinnvoll. Ziel sollte daher nicht eine gleichmäßige regionale Verteilung von ASV-Teams sein, sondern ein zumutbarer Zugang zu qualifizierter spezialfachärztlicher Versorgung. Diese Abwägungsentscheidungen sollten unter der maßgeblichen Beteiligung der betreffenden Patientenorganisationen getroffen werden.

4. Einbindung in die Primärversorgung und Verzahnung der Versorgung

Eine bessere Verzahnung von hausärztlicher Versorgung, fachärztlicher Regelversorgung und ASV gilt aktuell als zentraler Reformbaustein im Gesundheitswesen. Klare Zuweisungs- und Rücküberweisungswege könnten Versorgungsbrüche vermeiden und unnötige Doppeluntersuchungen reduzieren.

Das Ineinandergreifen der Versorgungsstrukturen muss für die Patientinnen und Patienten transparent ausgestaltet sein. Eine Patientensteuerung, die Patientinnen und Patienten als reine Objekte eines Versorgungsgeschehens monetärer Einflussbereiche begreift, ist mit aller Deutlichkeit abzulehnen.

5. Weiterentwicklung der ASV für seltene Erkrankungen

Die ASV bietet für seltene Erkrankungen besondere Chancen, stößt aber aufgrund der Vielzahl dieser Erkrankungen an strukturelle Grenzen. Teilweise wird daher vorgeschlagen, seltene Erkrankungen künftig in einer indikationsübergreifenden und flexibleren Versorgungsstruktur zu bündeln.

Hier ist zur Vorsicht zu mahnen: Die bisherigen indikationsspezifischen Konkretisierungen ermöglichen es, krankheitsspezifisch festzulegen, welche Fachdisziplinen beteiligt sein müssen und welche Qualitätsanforderungen gelten. Eine indikationsübergreifende Lösung darf nicht dazu führen, dass spezifische Expertise verloren geht.
Zudem muss der Prozess zur Aufnahme weiterer Erkrankungen beschleunigt werden. Die Patientenorganisationen fordern seit Langem, das reale Versorgungsgeschehen stärker bei der Priorisierung zu berücksichtigen und die Zahl der jährlich beratenen Konkretisierungen zu erhöhen.

Auch die Vergütung muss den besonderen Beratungs- und Koordinationsaufwand bei seltenen Erkrankungen abbilden. Eine komplexitätsorientierte Vergütung erscheint als sinnvoll, muss aber an tatsächliche patientenbezogene Mehrbedarfe anknüpfen.

6. Digitalisierung, Vernetzung und Qualitätsnachweise

Die Digitalisierung gilt als zentraler Hebel für eine bessere sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Die Patientenorganisationen befürworten eine stärkere digitale Unterstützung, warnen jedoch vor isolierten ASV-spezifischen Lösungen. Die Digitalisierung der ASV muss an die allgemeine digitale Infrastruktur des Gesundheitswesens angeschlossen sein, um Parallelstrukturen zu vermeiden. Digitale Instrumente sollten insbesondere dort eingesetzt werden, wo sie:

- Kommunikation und Informationsaustausch verbessern
- interdisziplinäre Zusammenarbeit erleichtern
- Versorgungskontinuität stärken

Ein zentrales Defizit bleibt der fehlende Nachweis eines spezifischen Qualitätsvorteils der ASV. Die bisherigen Evaluationen zeigen, dass geeignete ASV-spezifische und patientenrelevante Qualitätsindikatoren fehlen. Ohne solche Indikatoren lässt sich weder die Wirksamkeit der ASV noch ihr Mehrwert gegenüber der Regelversorgung systematisch beurteilen.

Schlussbetrachtung

Die ASV besitzt das Potenzial, ein wichtiger Baustein der aktuellen Strukturreformen im Gesundheitswesen zu werden. Damit sie dieses Potenzial entfalten kann, müssen jedoch zentrale Voraussetzungen erfüllt werden: eine klare Ausrichtung auf patientenrelevante Ergebnisse, ein ausgewogener Bürokratieabbau, eine bedarfsorientierte regionale Steuerung, eine verlässliche Patienteninformation, eine angemessene Vergütung für komplexe Fälle und eine Digitalisierung, die echte Versorgungsverbesserungen ermöglicht.

Vor allem aber braucht die ASV belastbare Qualitätsindikatoren, die zeigen, ob ihre besonderen Strukturmerkmale tatsächlich zu einer besseren Versorgung führen. Erst wenn dieser Nachweis gelingt, kann die ASV im reformierten Versorgungssystem den Stellenwert einnehmen, den viele Akteure ihr zuschreiben.

Die Rolle der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und der Primärversorgung im regionalen Versorgungsprozess

Andrea Stewig-Nitschke, MBA
Vorständin Pflege
Belin Hertel
M.A., Referentin Vorstand Pflege
Andrea Müller-Roigk
B.Sc., Expertin für Pflege-entwicklung
Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem, Cottbus

„Das Zusammenspiel von ASV und Primärversorgung kann einen strukturellen Mehrwert bedeuten.“

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist seit 2014 ein wichtiges tragendes Versorgungsangebot von hochspezialisierter Versorgung für seltene oder schwere Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (BV ASV., o.J.; KBV, o.J.). Die durch interdisziplinäre Teams geführte ASV findet insbesondere in Großstädten statt (Froschauer, 2022), sodass Schwerstkranke in ländlichen Regionen weniger davon profitieren.

In der Evaluation der GOAL-ASV 2022 wird darauf hingewiesen, dass die vorliegende ASV-Richtlinie unter anderem die Möglichkeit bietet, größere Entfernungen in der Etablierung von ASV-Teams zuzulassen. Jedoch zeigt sich in der Praxis, dass dies nur gering bzw. kaum umgesetzt wird (Dengler et al., 2022). Des Weiteren beeinflussen regionale Rahmenbedingungen und Zugangswege die praktische Umsetzung der ASV-Versorgung (Dengler et al., 2022; Meier et al., 2023)

Angesichts der erwartbaren Reformen und der zunehmenden Spezialisierung in der medizinischen Versorgung wird es in ländlich geprägten Regionen eine zentrale Aufgabe sein, hochspezialisierte Leistungen mit wohnortnahen Strukturen zu verbinden. Der Fokus dieser Aufgabe betrifft weniger die Verfügbarkeit einzelner Leistungen, sondern bezieht sich vielmehr auf die Organisation durchgängiger Versorgungspfade für Patientinnen und Patienten.

Versorgung entlang des Behandlungspfades

Für Menschen mit onkologischen, neurologischen oder seltenen Erkrankungen ist bekannt, dass ihre Versorgung sektorenübergreifend erfolgt und durch eine Vielzahl unterschiedlicher Akteure geprägt ist. So heterogen die Indikationen zur Aufnahme in die ASV sind, so individuell gestaltet sich der Behandlungspfad der einzelnen Patientinnen und Patienten. Je nach Krankheitsspektrum und Alter werden unterschiedliche Versorgungsangebote interdisziplinär sowie multimodal aufeinander abgestimmt (KBV, 2024).

Seltene Erkrankungen werden in der EU als Erkrankungen definiert, von denen weniger als 5 von 10.000 Menschen betroffen sind. Trotz bestehender Register, Datenbanken und Netzwerke zeigt sich, dass es von immenser Bedeutung ist, Betroffene im praktischen Versorgungsgeschehen gezielt und sensibel zu begleiten (Sauerbruch et al., 2025). Voraussetzung dafür ist eine bessere Vernetzung der fragmentierten Versorgungslandschaft. Entscheidend dabei ist ein intensiverer Austausch zwischen niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten und den ASV-Teams (Schlangen & Heuing, 2023).

Primärversorgung ein verbindendes Element

Die Primärversorgung ist häufig der erste Kontakt mit dem Gesundheitssystem und kann als Schnittstelle zur ASV eine zentrale Rolle einnehmen. Im Rahmen steigender Multimorbidität, Komplexität im Versorgungsgeschehen und sozialen Gesundheitsrisiken ist es unerlässlich, eine gezielte multiperspektivische Betrachtung vorzunehmen. Zum einen erfordert das ein Team mit einem multiprofessionellen Ansatz, wo u. a. durch ein definiertes Rollen- und Kompetenzmodell etwaige Verantwortung, Koordination sowie die Zusammenarbeit ärztlicher, pflegerischer, therapeutischer und sozialmedizinischer Angebote abgestimmt werden. Daraus lässt sich festhalten, dass Patientinnen und Patienten entsprechend ihren Bedürfnissen und Bedarfen interprofessionell, koordinierend und versorgend in ihrem Continuum of Care begleitet werden (Bosch Health Campus, 2026.; Dohle & Schrader, 2024).

Durch klar definierte Zuständigkeiten und eine gemeinschaftliche Verantwortung der Leistungserbringer kann das Zusammenspiel von ASV und Primärversorgung einen strukturellen Mehrwert bedeuten, wodurch bestehende Schnittstellenproblematiken reduziert werden können. Zudem trägt eine sektorenübergreifende Koordination dazu bei, den individuellen Versorgungsbedarf von Menschen mit seltenen Erkrankungen stärker in den Mittelpunkt zu stellen (Nolting et al., 2026).

Interprofessionalität und Community Health Nursing

Eine konsequente Ausgestaltung multiprofessioneller Teams wäre notwendig, um auf die bestehenden Versorgungsbedarfe zu reagieren. Es bedarf aber auch einer umfassenderen Weiterentwicklung im Bereich des Berufs- und Leistungsrecht. Damit wäre eine stringente interprofessionelle Ausrichtung in der Versorgung möglich, sodass neben der haus- und fachärztlichen Versorgung weitere Gesundheitsfachberufe am Versorgungsprozess und auf den verschiedenen Versorgungsebenen in enger Zusammenarbeit tätig sein könnten (Nolting et al., 2026). Ist Interprofessionalität fest in die Arbeitsprozesse integriert, können Kompetenzen gezielt gebündelt, Übergänge professionell begleitet und Versorgung gemeinsam gestaltet werden (WHO, 2010).

Vor diesem Hintergrund ist zu erwähnen, dass erweiterte pflegerische Rollenprofile auf Masterniveau an Bedeutung in der Versorgung, insbesondere in der Primärversorgung, zunehmen. Das Profil der Community Health Nurse (CHN) eröffnet vor allem für ländliche Regionen interessante Perspektiven mit dem Fokus auf einer bedarfsgerechteren und patientenorientierten Versorgung im pflegerischen Handlungsfeld.

Durch die Einbindung von CHNs als fachliche Ansprechpersonen werden niedrigschwellige, wohnortnahe und bedarfsorientierte Versorgungsleistungen zur Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Krankheitsmanagement und Beratung in der Primärversorgung gestärkt. Die CHN kann als Bindeglied zwischen spezialisierter Versorgung, Primärversorgung und den Lebenswelten von Patientinnen und Patienten agieren (Fabisch et al., 2026; DPR, 2026).

Die Modellregion Gesundheit Lausitz als Entwicklungsraum

Mit der Weiterentwicklung des Carl-Thiem-Klinikums zur Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem (MUL – CT)

wurde im Juli 2024 die Grundlage geschaffen, Krankenversorgung, Forschung, Lehre sowie System- und Zukunftsaufgaben miteinander zu verknüpfen. Als Maximalversorger verfügte das Haus bereits zuvor über umfangreiche Erfahrungen in der Versorgung hochkomplexer Erkrankungen. Mit der Gründung der Universitätsmedizin ist zugleich der Auftrag verbunden, als sogenannte vierte Säule systemrelevante Koordinierungs- und Innovationsaufgaben zwischen Wissenschaft und Gesundheitssystem zu übernehmen.

Innerhalb der vierten Säule trägt die MUL – CT durch ihre koordinierende und wissenschaftliche Arbeit zur ganzheitlichen Versorgung in der Modellregion Gesundheit Lausitz bei. Die Versorgung erkrankter Menschen wird dabei um eine salutogenetische Perspektive erweitert, die sowohl die Förderung der Gesundheit als auch die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen in der Bevölkerung berücksichtigt (MWFK, 2025).

Ein zentrales Handlungsfeld der Modellregion Gesundheit Lausitz ist die „Weiterentwicklung der Versorgung“. Im Mittelpunkt stehen integrierte Versorgungsstrukturen, interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Nutzung vorhandener Kompetenzen für die regionale Versorgung. Erprobt werden u.a. Caring Communities, die Förderung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten sowie die Planung von Primärversorgungszentren in Verbindung mit Community Health Modellen (MWFK, 2025). Die stärkere Vernetzung soll zudem neue Versorgungsansätze ermöglichen und wissenschaftlich begleiten (Fabisch et al., 2026). An dieser Zielsetzung lässt sich ein mögliches Zusammenspiel von ASV und Primärversorgung in ländlichen Regionen anknüpfen. Während die ASV spezialisierte Expertise für komplexe Erkrankungen beinhaltet, können primärversorgende Strukturen insbesondere die Versorgungskontinuität, Koordination und wohnortnahe Begleitung stärken.

Onkologische Versorgungsstrukturen

Die onkologische Versorgung zeigt das Zusammenspiel spezialisierter und primärversorgender Strukturen. Nach der Diagnosestellung wird die weitere Behandlung in einer interdisziplinären Fallkonferenz (Tumorboard) beraten. Bei entsprechender Indikation erfolgt die spezialisierte Versorgung innerhalb der ASV. Zentral sind die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit sowie die enge Abstimmung zwischen den an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen (MUL – CT, o.J.; Stewig-Nitschke et al., 2026).

Auch während und nach einer spezialisierten Behandlung können weitere Versorgungsbedarfe bestehen, etwa bei Krankheits- und Therapiefolgen, Prävention, Gesundheitsberatung oder der Organisation von Unterstützungsangeboten. Hier ergeben sich insbesondere bei kontinuierlichem Unterstützungsbedarf Schnittstellen zur Primärversorgung.

Gerade in ländlichen Regionen können größere Entfernungen zwischen den einzelnen Versorgungsangeboten eine zusätzliche Herausforderung darstellen. Community Health Nursing bietet einen ergänzenden Ansatz, indem Versorgungsbedarfe frühzeitig erkannt, Patientinnen und Patienten im Krankheitsverlauf begleitet und weitere Angebote einbezogen werden können (DPR, 2026).

Diese bestehenden Schnittstellen zwischen spezialisierter Behandlung und Primärversorgung können genutzt werden, um die abgestimmte Versorgung weiterzuentwickeln und für alle Beteiligten einen Mehrwert zu schaffen.

Fazit

Die zunehmende Spezialisierung medizinischer Versorgung wird die Bedeutung der ASV in den kommenden Jahren weiter erhöhen. Gleichzeitig wachsen die Anforderungen an eine Versorgung, die Kontinuität, Koordination und wohnortnahe Begleitung sicherstellt – insbesondere in ländlichen Regionen.

Dafür müssen Versorgungsbereiche und Gesundheitsberufe enger zusammenarbeiten. Primärversorgung, interprofessionelle Zusammenarbeit und neue Rollen wie Community Health Nursing können dazu beitragen, Übergänge besser zu gestalten und individuelle Versorgungsbedarfe zu berücksichtigen. Telemedizin kann dabei in ländlichen Regionen ergänzend unterstützen.

Die Modellregion Gesundheit Lausitz bietet den Rahmen, diese Ansätze zu verbinden und weiterzuentwickeln. Entscheidend ist, ASV und Primärversorgung nicht getrennt zu denken, sondern als gemeinsame Bausteine einer abgestimmten regionalen Versorgung.

Literatur

Bosch Health Campus. (2026). Ein integriertes Primärversorgungssystem für Deutschland. https://www.bosch-health-campus.de/de/positionspapier_primaerversorgung

BV ASV. (o. J.). Teilnahmevoraussetzungen. Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V. Abgerufen am 07. September 2026 von https://bv-asv.de/asv/der-weg-in-die-asv/teilnahmevoraussetzungen/

Dengler, R. et al. (2022): GOAL-ASV – Generelle, alle ASV-Indikationen übergreifende Evaluation und Weiterentwicklung der ASV-RL. Ergebnisbericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Förderkennzeichen 01VSF1900. Abgerufen am 07. September 2026 von (https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/305/2022-12-16_GOAL-ASV_Ergebnisbericht.pdf
Deutscher Pflegerat. (2026). Primärversorgung zukunftsfest gestalten – Pflegekompetenz konsequent einbinden. https://deutscher-pflegerat.de/profession-staerken/positionspapiere/positionspapier-des-dpr-primaerversorgung-zukunftsfest-gestalten--pflegekompetenz-konsequent-einbinden

Dohle, C., & Schrader, M. (2024). Neurorehabilitation. Der Nervenarzt, 95, 1148–1157. https://doi.org/10.1007/s00115-024-01772-9

Fabisch, S., Matthes, F., Stewig-Nitschke, A., & Dobbert, L. (2026). Wenn Forschung, Versorgung und Region zusammenwirken. Pflegezeitschrift, 79, 10-13. https://doi.org/10.1007/s41906-026-3098-9

Froschauer, S. (2022). 10 Jahre ASV Ergebnisse GOAL-ASV – Status quo. Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V. https://bv-asv.de/wp-content/uploads/2022/05/2021-04-04_Froschauer_statusquo.pdf

KBV. (o. J.). Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Teilnahme, Krankheitsbilder, Abrechnung. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Abgerufen am 07. September 2026 von https://www.kbv.de/praxis/patientenversorgung/asv

KBV. (2024). Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung. Kassenärztliche Vereinigung. Abgerufen am 07. September 2026 von https://www.kbv.de/documents/infothek/publikationen/praxiswissen/praxiswissen-asv.pdf

Meier, U., Gehring, K., & Berlit, P. (2023). Entwicklung der ambulanten neurologischen Versorgungsstrukturen. DGNeurologie, 6(5), 375–376. https://doi.org/10.1007/s42451-023-00593-5

Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Brandenburg. (2025). Zielbild Modellregion Gesundheit Lausitz. Microsoft Word - 20251210_Zielbild_Modellregion_Beschlussfassung.docx

MUL – CT. (o.J.). ASV – Teams. ASV – Ambulante spezialärztliche Versorgung. Abgerufen am 11. September 2026 von Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) - ASV Team Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle - Medizinische Universität Lausitz - Carl Thiem
Nolting, H.-D., Ochmann, R., & Zich, K. (2026). Primärversorgung 2035+: Gesundheit vor Ort neu gestalten – Perspektiven für Baden-Württemberg, Impulse für Deutschland (2., aktualisierte Aufl.). Bosch Health Campus. https://www.bosch-health-campus.de/sites/default/files/publications/pdf/2026-08/2026-08_StudiePrimaerversorgung2035_Bosch%20Health%20Campus.pdf?utm_source=chatgpt.com

Schlangen, M., & Heuing, K. (2023). Seltene Erkrankungen in Deutschland – Entwicklungen in der Versorgungssituation. Journal of Health Monitoring, 8(4), 8-18. https://doi.org/10.25646/11731

Sauerbruch, T., Aretz, S., Hebestreit, H., Kaemmerer, H., Nährlich, L., Siegmund, B., &, Ertl, G. (2025). Seltene Erkrankungen – die Rolle der Inneren Medizin. Innere Medizin, 66, 533–539. https://doi.org/10.1007/s00108-025-01892-7

Stewig-Nitschke, A., Schernig, K., Sprechert, D., & March, B. (2026). Onkologische Pflege als tragende Struktur einer Vision Zero. Vision Zero Magazin, 2, 26–29.

World Health Organization. (2010). Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice

Ein Netzwerkmodell wäre besser geeignet

Dipl.-Med. Angelika von Schütz
Vorsitzende des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

„Die Bildung von ASV-Teams ist in Ballungsräumen deutlich einfacher als in Mecklenburg-Vorpommern.“

Dr. Albrecht Kloepfer: Sehr geehrte Frau von Schütz, Sie engagieren sich intensiv für die Verbesserung der Situation in der ASV. Was könnte die Motivlage einer KV dafür sein und wo liegt vielleicht auch ihr persönliches Interesse an dieser Versorgungsform?

Angelika von Schütz: Die ASV ist ein besonders interessantes und zukunftsrelevantes Versorgungsmodell an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung. Ihr Ziel ist es, Patientinnen und Patienten mit schweren, komplexen oder auch seltenen Erkrankungen durch interdisziplinäre Zusammenarbeit optimal zu versorgen.

Besonders interessant ist aus meiner Sicht die Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachdisziplinen sowie von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den jeweiligen Kollegen aus dem Krankenhausbereich. Die ASV zeigt, wie durch eine bessere Vernetzung der verschiedenen Versorgungsbereiche Behandlungsabläufe verbessert und damit eine kontinuierliche und patientenorientierte Versorgung ermöglicht werden kann. Auch im Hinblick auf die Rolle der kassenärztlichen Vereinigungen ist das Thema relevant. Die Förderung und Weiterentwicklung innovativer Versorgungsstrukturen ist eine wichtige Aufgabe, um den Herausforderungen des Gesundheitswesen gerecht zu werden. Dabei spielen der demografische Wandel, die zunehmenden chronischen Erkrankungen und komplexere Behandlungsbedarfe eine besondere Rolle.

Dr. Albrecht Kloepfer: Auf der ASV-Landkarte des ASV-Bundesverbandes ist Mecklenburg-Vorpommern nach wie vor „Schlusslicht“. Woran liegt das nach Ihrer Einschätzung und wie ließe sich die Situation verbessern?

Angelika von Schütz: MV ist bekanntlich ein Bundesland mit geringer Bevölkerungsdichte. Die ASV setzt interdisziplinäre Teams voraus. Die Bildung dieser Teams ist in Ballungsräumen deutlich einfacher als in MV. Bei uns gibt es weniger spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte und größere räumliche Distanzen. Damit ist es in MV, de

facto als Region mit Fachkräftemangel, erheblich schwieriger, alle erforderlichen Partner zu finden. Allein durch die Bevölkerungsstruktur ist der Anteil der ASV-Patienten in MV deutlich geringer als in vielen anderen Regionen in Deutschland. Dazu kommt ein bundesweites Problem: Der hohe bürokratische Aufwand im Anzeigeverfahren sowie im Verwaltungs- und Dokumentationserfordernis. Dazu gibt es immer noch eine unzureichende Abrechnungs- und Vergütungsmöglichkeit.

Verbesserungen wären sicher auch in MV erreichbar. Dazu gehört in erster Linie der Abbau der benannten Bürokratie. Zudem wäre für ein Bundesland wie das unsere eher ein Netzwerkmodell geeignet als viele kleine lokale Teams.

Albrecht Kloepfer: Hat gerade bei seltenen Erkrankungen eine zu genaue Indikations-Differenzierung für ein eher dünn besiedeltes Flächenland eigentlich Sinn? Sind aus Ihrer Sicht andere Möglichkeiten denkbar, Patientengruppen sinnvoll zusammenfassen?

Angelika von Schütz: Fakt ist: Je enger eine ASV-Indikation definiert ist, desto kleiner wird die potentielle Patientenzahl pro Region. In einem Flächenland wie MV führt das dazu, dass die notwendige kritische Masse an Patienten für die einzelnen ASV-Teams nicht erreicht wird. Eine hohe indikationsspezifische Differenzierung der ASV führt in dünn besiedelten Flächenländern zu einer Fragmentierung begrenzter personeller und struktureller Ressourcen und erschwert dadurch paradoxerweise gerade den Zugang zu spezialisierter Versorgung. Daher stellt sich die Frage, ob es überhaupt überall in Deutschland die gleiche Detailtiefe der Versorgungsstrukturen braucht, oder sollte es besser regional differenzierte Umsetzungsmodelle geben? Wichtig ist, bei diesen Überlegungen jedoch nicht die Qualitätsanforderungen abzusenken. Das wäre im Sinne dieses speziellen Patientenklientels keine gute Entscheidung.

Dr. Albrecht Kloepfer: Und sollten bzw. müssten - nicht nur bei der ASV - nicht die Möglichkeiten der Telemedizin stärker genutzt und damit auch im Vergütungssystem abgebildet werden? Könnten sich solche im Kern ortsungebundenen Ansätze auch in das Regional-Prinzip unseres KV-Systems integrieren lassen?

Angelika von Schütz: Ja, unbedingt. Gerade für die ASV in dünn besiedelten Flächenländern wie MV spricht viel dafür, Telemedizin deutlich stärker einzubeziehen als bisher. Die Integration von Telemedizin im Rahmen von virtuellen Tumorboards, digitalen Fallkonferenzen, telemedizinischen Konsilen, gemeinsame elektronische Behandlungsplanung wären sinnvolle Optionen. Nur komplexe Untersuchungen oder Eingriffe würden für die Patientinnen und Patienten eine weite Anreise erfordern. Aber Telemedizin allein löst nicht alles: Körperliche Untersuchungen und persönliche Arzt-Patienten-Beziehungen sind auch in der ASV unentbehrlich. Zudem ist es erforderlich, die wirtschaftlichen Anreize zu verbessern. ASV erzeugt Aufwand, der aktuell nicht immer ausreichend vergütet wird. Telemedizin verschärft sogar u.U. das Vergütungsproblem: Wenn z.B. ein Spezialist an einer digitalen Fallkonferenz teilnimmt, stellen sich Fragen wie: Wird die Zeit angemessen vergütet? Wer finanziert die technische Infrastruktur? Wer bezahlt die Koordination der Ärztinnen und Ärzte?

Dr. Albrecht Kloepfer: Vielen Dank für das Gespräch.

ASV lebt vom Dialog – Chancen nutzen, Praxis mitdenken

Christian Letzner
Koordinator ASV
DRK Kliniken Berlin

„Bei der Neuordnung der Versorgungsstrukturen sollte die ASV bewusst mitgedacht werden.“

Mein beruflicher Weg in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung begann in der Abrechnungsabteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. Später wechselte ich in eine Klinik und damit von der Bearbeitung einzelner Abrechnungsfälle zum Aufbau neuer ASV-Teams. Seit Juli 2024 begleite ich bei den DRK Kliniken Berlin bestehende und neu hinzukommende ASV-Strukturen. Dadurch habe ich die ASV aus unterschiedlichen Perspektiven kennengelernt und kenne die großen Vorteile, die sie für die Versorgung bietet.

Menschen mit schweren oder seltenen Erkrankungen werden in der ASV durch ein spezialisiertes und interdisziplinäres Team begleitet. Das kann ihnen die Suche nach geeigneten Ansprechpartnern erleichtern und Wege zwischen den Fachrichtungen verkürzen. Die ASV schafft dafür einen verbindlichen Rahmen: zwischen Praxen und Krankenhäusern, verschiedenen niedergelassenen Fachrichtungen und auch mehreren Kliniken. Fachliche Netzwerke gab es natürlich schon vorher. Die ASV führt diese Kompetenzen aber gezielt für die Versorgung komplex erkrankter Menschen zusammen. Darin liegt für mich eine ihrer größten Stärken.

Ein bestehendes Bindeglied im Reformprozess

Die aktuellen Strukturreformen verändern die Krankenhauslandschaft. Für die ASV ist das nicht nur eine theoretische Frage. Krankenhäuser sind bei ihrer Teilnahme für den jeweiligen Versorgungsbereich grundsätzlich an ihren stationären Versorgungsauftrag gebunden. Verändern sich Fachabteilungen, Standorte oder zugewiesene Leistungsgruppen, kann das bestehende oder geplante ASV-Teams unmittelbar berühren. Fehlt anschließend eine benötigte Fachrichtung, wird aus einer Änderung der Krankenhausplanung schnell ein praktisches Problem für ein sektorenübergreifendes Team.

Der Reformprozess eröffnet aber auch eine Chance. Die ASV muss als sektorenübergreifendes Modell nicht erst erfunden werden. Nach Angaben des GBA bestanden im

April 2026 bereits 1.371 Teams. Die ASV zeigt damit, wie spezialisierte ambulante Versorgung gemeinsam durch Krankenhäuser und Vertragsärzte organisiert werden kann. Bei der Neuordnung der Versorgungsstrukturen sollte sie deshalb bewusst mitgedacht werden. Ihre Erfahrungen zeigen auch, was sektorenübergreifende Versorgung in der Praxis benötigt.

Viel Koordination im Hintergrund

Damit ein ASV-Team arbeiten kann, müssen medizinische, organisatorische, technische und abrechnungsbezogene Voraussetzungen ineinandergreifen. Ein großer Teil dieser Arbeit bleibt für Patientinnen und Patienten unsichtbar. Als ASV-Koordinator begleite ich die Anzeigeverfahren und den Aufbau neuer ASV-Teams sowie die Weiterentwicklung bestehender Strukturen. Dafür spreche ich mit Teamleitungen, Fachärztinnen und Fachärzten sowie den nichtärztlichen Mitarbeitenden in den Ambulanzen. Gerade Medizinische Fachangestellte und Pflegefachkräfte sind unverzichtbar, weil bei ihnen viele Abläufe der Patientenversorgung, Dokumentation und Organisation zusammenlaufen.

Die Koordination verbindet die Fachabteilungen mit IT, Controlling, Abrechnung und Verwaltung. Hinzu kommen externe Partner wie Praxen, andere Krankenhäuser und Labore sowie die Kommunikation mit Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, erweiterten Landesausschüssen, dem Medizinischen Dienst, Krankenhausgesellschaften und dem ASV-Bundesverband. Dabei treffen viele Sichtweisen und Zuständigkeiten aufeinander.

Wo Orientierung fehlt

Ein Teil dieser Komplexität ist unvermeidbar. Im Alltag sind aber nicht nur die fachlichen Anforderungen schwierig. Hinzu kommen fehlende Transparenz, unklare Zuständigkeiten und teilweise unterschiedliche Auslegungen. Bei praktischen Fragen ist nicht immer erkennbar, wer der richtige Ansprechpartner ist. Oft sind mehrere Institutionen betroffen, deren Aufgaben sich für Leistungserbringer nicht eindeutig abgrenzen lassen. Unterschiedliche Bewertungen schaffen Unsicherheit – besonders wenn auf dieser Grundlage Teams geplant, Personal gebunden und technische Prozesse eingerichtet werden.

Und die Arbeit endet nicht mit der Berechtigung zur Teilnahme an der ASV. Eigentlich beginnt sie dann erst. Ärztinnen und Ärzte, nichtärztliche Mitarbeitende, IT-Systeme, Dokumentation und Abrechnung müssen zusammenspielen. Teamänderungen sind nachzuhalten, Leistungen korrekt zuzuordnen und die Anforderungen der jeweiligen Erkrankung zu beachten. Viele technische Systeme sind darauf noch nicht ausreichend ausgerichtet. Manuelle Prüfungen und Zwischenlösungen kosten Zeit und schaffen Fehlerquellen.

Erfahrungen aus der Versorgung stärker einbringen

Ein weiteres Thema begegnet mir in Gesprächen mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten: In einzelnen ASV-Indikationen werden bestimmte Leistungen, Diagnosen oder Fallkonstellationen vermisst. Wer täglich innerhalb einer ASV behandelt, erkennt häufig früh, an welchen Stellen das vorgegebene Leistungsspektrum nicht vollständig mit der Versorgungsrealität übereinstimmt.

Nicht jede gewünschte Ergänzung kann ungeprüft übernommen werden. Es bestehen bereits Beteiligungs- und Stellungnahmemöglichkeiten, und Änderungen müssen sorgfältig bewertet werden. Trotzdem sollten die Erfahrungen der behandelnden Spezialistinnen und Spezialisten gezielter aufgenommen und für die Weiterentwicklung genutzt werden. Die Tragenden Gründe des GBA schaffen bereits Transparenz über die jeweiligen Entscheidungen. Ergänzend wäre ein noch direkterer Austausch mit den Praktikern hilfreich, damit nachvollziehbar wird, wie ihre Anregungen bewertet wurden und welche Überlegungen in die Weiterentwicklung eingeflossen sind.

Auch die Abrechnung zeigt, wie wichtig ein gemeinsames Verständnis ist. Krankenhäuser rechnen ihre ASV-Leistungen unmittelbar mit den Krankenkassen nach

§ 301 SGB V ab. Auf dem Papier gelten gemeinsame Grundlagen. Im Alltag erleben wir dennoch unterschiedliche Rückfragen. Während eine Krankenkasse ergänzende Angaben zur Therapie anfordert, wird in einem anderen Fall beispielsweise die zusätzliche Angabe einer Uhrzeit benötigt.

Solche Rückfragen können berechtigt sein. In ihrer Summe erzeugen unterschiedliche Anforderungen aber erheblichen Aufwand – auch bei den Krankenkassen. Transparentere und möglichst einheitliche Anforderungen könnten beide Seiten entlasten. Wiederkehrende Fehlerbilder und offene Fragen sollten gemeinsam ausgewertet werden und zu verständlichen und einheitlichen Hinweisen führen.

Netzwerke helfen – dürfen aber keine Voraussetzung sein

Viele Fragen lassen sich lösen, wenn die Beteiligten frühzeitig miteinander sprechen. Für meine Arbeit ist deshalb ein verlässliches Netzwerk besonders wertvoll. Gute Kontakte zu Kassenärztlichen Vereinigungen, erweiterten Landesausschüssen, Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften erleichtern die tägliche Arbeit erheblich. Nicht alle müssen am Ende derselben Meinung sein. Zunächst hilft es, die Sichtweise und Handlungsmöglichkeiten der anderen Seite zu verstehen. Auch wenn Positionen bestehen bleiben, kann ein offenes Gespräch Missverständnisse vermeiden und Lösungen ermöglichen.

Eine wichtige Unterstützung bietet dabei der ASV-Bundesverband. Er begleitet die Leistungserbringer mit großer fachlicher und praktischer Erfahrung und greift Fragen aus ihrem Alltag auf. Seine Arbeit zeigt, wie groß der Bedarf an gebündeltem Erfahrungsaustausch und einer starken Stimme der praktischen Anwender ist.

Persönliche Netzwerke können klare und verlässliche Strukturen nicht ersetzen. Es darf nicht davon abhängen, ob ein ASV-Koordinator bereits die richtigen Kontakte besitzt. Verlässliche Informationswege müssen allen zugänglich sein – auch Einrichtungen, die ihre erste ASV aufbauen.

Mehr Dialog und gemeinsame Weiterentwicklung

Wenn die ASV ihre Möglichkeiten besser nutzen soll, braucht es vor allem mehr direkten und regelmäßigen Dialog. Leistungserbringer, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und erweiterte Landesausschüsse betrachten sie unterschiedlich. Jede Sichtweise hat ihre Berechtigung. Zu selten kommen die Beteiligten frühzeitig und strukturiert zusammen.

Regelmäßige regionale und überregionale Austauschformate, klar benannte Ansprechpartner und verständlich aufbereitete Informationen wären konkrete Schritte. Wiederkehrende Fragen und unterschiedliche Auslegungen könnten gesammelt und möglichst einheitlich beantwortet werden. Auch die technische Umsetzung muss stärker mitgedacht werden. Einheitlichere digitale Standards könnten manuelle Arbeit und Fehlerquellen reduzieren. Die ASV muss nicht neu erfunden werden. Ihre Kernidee ist richtig: Spezialistinnen und Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen und Versorgungsbereiche arbeiten gemeinsam für schwer und komplex erkrankte Menschen. Dass Empfehlungen aus der Praxis bereits zu Anpassungen geführt haben, zeigt, dass Weiterentwicklung möglich ist. Diesen Weg sollten wir im Reformprozess fortsetzen.

Die ASV lebt von Zusammenarbeit. Das gilt nicht nur innerhalb der Teams, sondern ebenso für ihre Weiterentwicklung als Versorgungsform. Wenn alle Beteiligten ihre Erfahrungen einbringen können und bereit sind, einander zuzuhören, lässt sich ihr großes Potenzial noch besser nutzen. Davon profitieren am Ende vor allem diejenigen, für die sie geschaffen wurde: die Patientinnen und Patienten.

Das Potential der ASV ist noch längst nicht ausgeschöpft

© Svea Pietschmann/GBA

Karin Maag
Unparteiisches Mitglied
Gemeinsamer Bundesausschuss

„Die ASV kann als organisatorisches Vorbild für sektorenübergreifende Versorgung dienen.“

Dr. Albrecht Kloepfer: Wie bewerten Sie die Position der ASV in der jetzigen Versorgungslandschaft?

Karin Maag: Mit der ASV, der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, hat der Gesetzgeber einen ganz eigenen ambulanten Versorgungsbereich geschaffen, in dem Vertragsarztpraxen und Krankenhausambulanzen im Team ihre Leistungen nach einheitlichen Rechtsvorschriften erbringen.

Seit der Einführung im Jahr 2012 zeigt das Versorgungskonzept immer mehr, dass sich ambulante und stationäre Expertise unter gleichen Rahmenbedingungen zusammenführen lassen. Dass dieses große Potenzial aber längst noch nicht ausgeschöpft ist, hat auch das vom Innovationsausschuss beim GBA geförderte Evaluationsprojekt „GOAL-ASV“ bestätigt. Denn das Projekt hat nicht nur bestehende Hürden für die ASV-Teilnahme identifiziert, sondern auch konkrete Verbesserungsvorschläge erarbeitet. Der GBA hat unter anderem auf dieser Basis in den vergangenen Jahren relevante Anpassungen der ASV-Richtline vorgenommen.

Auch wenn die ASV nur für ausgewählte komplexe oder seltene Erkrankungen konzipiert ist und die großen Streitlinien wie Planung, Finanzierung und Aufsicht zwischen Bund und Ländern unangetastet lässt, ist sie aus meiner Sicht ein gelungenes Beispiel für den Einstieg in eine sektorenübergreifende Versorgung: Nach Möglichkeit gemeinsame Teams, einheitliche Vergütung, offener Zugang für Klinik und Praxis und abgestimmte Qualitätsanforderungen. Ich verstehe die ASV daher als strukturelles Vorbild für anstehende Reformen im Gesundheitswesen, nicht mehr nur als Sonderweg für wenige Indikationen.

Dr. Albrecht Kloepfer: Welche Rolle kann die ASV künftig bei der Sicherstellung einer sektorenübergreifenden Versorgung in einem Primärversorgungssystem spielen?

Karin Maag: Tatsächlich eine sehr konkrete. Es geht in beiden Versorgungsmodellen um zukunftsfähige Versorgungsstrukturen. In einem modernen Primärversorgungssystem sind die hausärztlichen und grundversorgenden Praxen erste Anlaufstellen für die Versicherten. Die ASV ist – soweit die Indikation feststeht oder bei den seltenen Erkrankungen ein entsprechender Verdacht besteht – ein spezialisiertes Angebot für Menschen, die eine interdisziplinäre Bündelung von Expertise brauchen. Sie kann – wie gesagt – als organisatorisches Vorbild für sektorenübergreifende Versorgung dienen.

Dr. Albrecht Kloepfer: Der Zuschnitt nach Leistungsgruppen kann zum Wegfall von ASV-Teams in Krankenhäusern führen, so die Befürchtung der DKG. Sind die Sorgen berechtigt?

Karin Maag: Ich nehme diese Sorgen natürlich ernst, wir haben das als GBA gemeinsam mit den erweiterten Landesausschüssen (eLA) bereits im Blick. Um es konkret zu machen: Verliert ein Krankenhaus eine Leistungsgruppe, kann genau die Fachabteilung wegfallen, aus der ein ASV-Kernteam seine Krankenhausärzte und -ärztinnen, seine Bildgebung und seine interdisziplinäre Fallbesprechungskultur bezieht. Solche Strukturen lassen sich dann nicht einfach andernorts nachbilden. Da komplexe und seltene Erkrankungen besonders von dieser im Krankenhaus gebündelten Expertise profitieren, sollte die ASV-Fähigkeit eines Standorts bei der Leistungsgruppen-Zuordnung als eigener Belang mitgedacht werden. Allerdings sind mir dazu (noch) keine dahingehenden konkreten Fälle bekannt.

Dr. Albrecht Kloepfer: Gibt es Alternativideen zum aktuellen Vorgehen bei seltenen Erkrankungen, etwa durch „Sammel-Indikationen“?

Karin Maag: Wir haben solche Bündelungen bereits, z. B. bei angeborenen Skelettfehlbildungen oder über die Tumorgruppen-Systematik.

Allerdings darf man bei der Idee einer stärkeren Bündelung nicht aus dem Blick verlieren, dass unterschiedliche Indikationen oft auch unterschiedliche Facharztbeteiligungen erfordern, das erschwert dann die Teambildung. Und eine gut gemeinte Bündelung darf die Zielgenauigkeit des Angebots, die ja der zentrale Mehrwert gerade bei seltenen Erkrankungen ist, nicht verwässern.

Dr. Albrecht Kloepfer: Sehen Sie Wettbewerbsnachteile der ambulanten Versorgung bei der Bildung von ASV-Teams, und wie ließen sich „gleich lange Spieße“ organisieren?

Karin Maag: Die ASV bietet bereits jetzt im Vergleich zur regulären vertragsärztlichen Versorgung erhebliche finanzielle Erleichterungen und administrative Vorteile bei der Vergütung: keine Budgetierung, feste Preise, keine Mengenabstaffelung. Die Diskussionen nach dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz könnten womöglich die Vertragsärzteschaft zur verstärkten Teilnahme anregen. Ich hatte die „GOAL-ASV“-Evaluation schon angesprochen: Wir haben danach beispielsweise die Teambildung vereinfacht. Mit der Lockerung der sogenannten „30-Minuten-Regelung“ wenigstens für die Mitglieder des ASV-Teams, die lediglich bei Bedarf zur Behandlung hinzugezogen werden, ermöglichen wir mehr ASV-Teams, gerade auch in ländlichen Regionen. Wir haben außerdem begonnen, die Qualitätssicherung stärker auf die besondere Art der Versorgung in der ASV zuzuschneiden, um das Anzeigeverfahren insbesondere für Krankenhäuser zu erleichtern und um bundeseinheitliche Qualitätsstandards zu fördern. Seit kurzem sorgt zusätzlich ein neues Anpassungsverfahren dafür, dass Änderungen und neue Positionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) deutlich schneller als früher in die ASV-Kataloge, die sogenannten Appendizes übernommen werden.

Dr. Albrecht Kloepfer: Es gibt unterschiedliche Bewilligungskriterien der erweiterten Landesausschüsse. Kann der GBA hier Einfluss nehmen?

Karin Maag: Der GBA legt die materiellen Anforderungen bundeseinheitlich in seiner Richtlinie fest. Die Prüfung im Einzelfall – das Antrags- und Genehmigungsverfahren – liegt aber bei den eLA, also in den einzelnen Ländern. Das bereits erwähnte Innovationsfondsprojekt „GOAL-ASV“ hat auch diese Praxis untersucht und im Ergebnis Unterschiede zwischen den eLA bei Prüfmaßstäben, Ablehnungsgründen und bei der Verfahrensdauer festgestellt. Wir haben als GBA kein Weisungsrecht gegenüber den eLA, aber wir können durch unsere Vorgaben Standards setzen und so indirekt auf mehr Einheitlichkeit hinwirken: Indem wir z. B. die Richtlinie so präzise wie möglich fassen, um unerwünschte Auslegungsspielräume zu verringern oder auch ergänzende Anwendungshinweise bereitstellen. Wir brauchen den Erfahrungsaustausch zwischen GBA und eLA, damit Unterschiede sichtbar werden, nur so können sie vermieden werden. Diesen Erfahrungsaustausch pflegen wir sehr intensiv.

Dr. Albrecht Kloepfer: Welche Bedeutung haben Digitalisierung, ePA und digitale Kommunikationsstrukturen für die Weiterentwicklung der ASV?

Karin Maag: Digitale Kommunikationsstrukturen und die ePA sind für ein Team-Konzept wie in der ASV nicht einfach nur mehr Komfort, sondern im Grunde eine Voraussetzung. Auch das Projekt „GOAL-ASV“ empfiehlt im Ergebnis ausdrücklich, den Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern zu optimieren und die elektronische Dokumentation zu verbessern. Die ePA kann Doppeluntersuchungen vermeiden und Übergaben zwischen Praxis und Klinik beschleunigen, wenn Befunde und Bildgebung teamübergreifend einsehbar sind. Standardisierte Kommunikationswege erleichtern zudem telemedizinische Fallkonferenzen als reguläre ASV-Leistung, vor allem wenn Teammitglieder nicht am selben Ort sind. Offen bleiben die IT-Ausstattung kleinerer Praxen und die tatsächliche Nutzungsquote der ePA.

Dr. Albrecht Kloepfer: Gibt es im §116b SGB V Regelungen, die Sie gern ändern würden?

Karin Maag: Auch ohne Änderungen des Paragrafen hat der GBA von sich aus gezeigt, dass wir beispielsweise Prozesse beschleunigen können: Ein neues Verfahren erlaubt dem ergänzten Bewertungsausschuss, abrechnungsfähige ASV-Leistungen schneller an EBM-Änderungen anzupassen, Verzögerungen von bis zu 18 Monaten wurden dadurch verkürzt.

Und auch wenn der Punkt nicht in den Verantwortungsbereich des GBA fällt: Eine weitere Aufwertung der ASV könnte auch erreicht werden, wenn sich die Vertragspartner dem gesetzlichen Auftrag aus Absatz 6 widmen würden, der Schaffung einer einheitlichen Kalkulationssystematik mit diagnosebezogenen Gebührenpositionen. Hier besteht meiner Meinung nach noch Handlungsbedarf.

Dr. Albrecht Kloepfer: Danke für das Gespräch.

Workshop: „ASV im Kontext des Primär-versorgungssystems: Praxis, Chancen und Reformbedarf“

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit seltenen sowie schweren und komplexen Erkrankungen stellt hohe Anforderungen an Diagnostik, Koordination und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Dies gilt insbesondere für Krankheitsbilder wie Tumoren der Lunge und des Thorax, rheumatologische Erkrankungen, zerebrale Anfallsleiden sowie seltene hepatologische Erkrankungen. Mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wurde ein Versorgungsrahmen geschaffen, der genau hier ansetzt.

Im Rahmen eines Ganztagsworkshops „ASV im Kontext des Primärversorgungssystems: Praxis, Chancen und Reformbedarf“ beschäftigte sich am 18. Juni 2026 unter Leitung des iX-Instituts eine ausgewählte Expertenrunde mit der Zukunft der ASV. Ziel des Workshops war es, gemeinsam tragfähige und politisch anschlussfähige Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der ASV zu erarbeiten. Diese sollen so-wohl in die Diskussion um das Primärversorgungssystem als auch in die zukünftige Ausgestaltung der ASV fließen. Nachfolgend die Zusammenfassung dieser Erkenntnisse:

Bürokratische und regionale Unterschiede

- Die Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer erleben, dass je nach erweitertem Landesausschuss (eLA) ein unterschiedlicher hoher Aufwand für die Anzeigeverfahren von Teams bzw. Ärztinnen und Ärzten und bei der Abrechnung durch die regionalen KVen herrscht. Dies wird je nach Region auf unterschiedliche Formulare und Interpretationen der ASV-Richtlinien zurückgeführt. Zudem läuft noch viel postalisch.
- Weiterer bürokratischer Aufwand wird aufgrund der fehlenden Vernetzung der Informations- und Dokumentationssysteme gesehen. Bei der KV vorliegende Nachweise und Zertifikate für Fort- und Weiterbildungen müssen derzeit mehrfach eingereicht werden.
- Während für hinzuziehende Ärztinnen und Ärzte die Zeitvorgaben nicht mehr gelten, gilt für Mitglieder des Kernteams weiterhin die 30-Minuten Regelung. Dies stellt besonders im ländlichen Raum weiterhin die Bildung von Teams vor Herausforderungen. Einige eLA beziehen bei der Ermittlung der Entfernung die aktuelle Verkehrssituation mit ein (Baustellen etc.), was die Situation schwer einschätzbar macht.
- Neue Indikationen werden sehr langsam und ohne transparente Auswahlkriterien in die ASV überführt, teils auf Ebene einzelner Erkrankungen (Diagnosen). Besonders für seltene Erkrankungen stellt dies aufgrund der hohen Anzahl an seltenen Erkrankungen und gleichzeitigem hohen Bedarf an spezialfachärztlicher Versorgung ein großes Versorgungshemmnis dar.

- In den ASV-Appendizes werden die Leistungen den Facharztgruppen entsprechend der EBM-Kapitel zugeordnet, auch wenn das teils nicht der Realität entspricht (u.a. können viele Rheumatologinnen und Rheumatologen Labordiagnostik selbst qualifiziert übernehmen, Dermatologen führen bestimmte pathologische Untersuchungen durch etc.). Dies verkompliziert in Teilen die Versorgungswege.

Lösungsvorschläge

- Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer befürworten eindeutig eine Standardisierung und Digitalisierung der Prozesse. Es braucht ein vollelektronisches Anzeige- und Abrechnungsverfahren inkl. elektronischer Plausibilitätschecks, das zwar bundesweit vereinheitlicht, aber noch auf regionaler Ebene bearbeitet wird (äquivalent zum Steuersystem). In Bayern wird derzeit ein solches System für die Region von der AOK Bayern (stellt Geschäftsstelle des eLA Bayern) entwickelt. Für die Standardisierung ist auch eine Rechtsverbindlichkeit der ASV-Richtlinien herzustellen, damit weniger individuelle Interpretation und Kooperationsbereitschaft die Prozesse definieren. Die Bearbeitung von Nachmeldungen braucht ebenfalls wie die Initialanzeigen eine Frist.
- Die 30-Minuten-Regelung sollte flexibilisiert werden.
- Es ist kein formelles Verfahren für die Aufnahme weiterer Indikationen in die ASV erforderlich. Neue Indikationen können jederzeit beim GBA vorgeschlagen werden. Die Beteiligungsmöglichkeiten zur Beratung sollten jedoch ausgebaut werden.

Bruchstellen im System vermeiden (Vergleich mit anderen Versorgungssystemen)

- Die gezielte Verlagerung einzelner, vom Krankenhaus veranlasster Leistungen in den ambulanten Bereich führt zu Abgrenzungs- und Vergütungsproblemen, weil DRG- und EBM-System nicht kompatibel sind. Das wird von MD, Kassen und KVen kritisch gesehen, da unklar ist, ob eine Doppel- oder Fehlvergütung entsteht.
- Das Entlassmanagement funktioniert nicht. Zum einen wird die Entlassmedikation nicht vernünftig verschrieben. Therapien sollten eigentlich schon im Krankenhaus initiiert werden, was je nach ASV-Indikation und Therapie aus Kostengründen ungern gemacht wird. Die Patientinnen und Patienten erhalten aber häufig im Rahmen des Entlassmanagements Rezepte, die falsch ausgestellt sind. Zum anderen ist unklar, ab wann Patientinnen und Patienten nach Entlassung in die ASV aufgenommen werden können.
- Verdachtsdiagnosen sind bei den seltenen Erkrankungen erlaubt. Bei den komplexen, schwer therapierbaren Erkrankungen sollten die Regelungen nicht aufgeweicht werden.
- Die Hochschulambulanzen (HSA) und ASV stehen in Parallelstruktur zueinander, wodurch sie auch in Konkurrenz zueinander geraten könnten. Patientinnen und Patienten, die nicht für Forschung in Frage kommen, sollten in die ASV. Dennoch besteht kein Regelungsbedarf, die Unterscheidung zu schärfen.
- DMPs und ASVen laufen gut zusammen. Es besteht kein Regelungsbedarf.
- Selektivverträge können parallel zur ASV für bisher nicht abgedeckte (Beratungs-)Leistungen abgeschlossen werden. Es besteht kein Regelungsbedarf im Zusammenhang mit den ASVen.

Lösungsvorschläge

- Um die Vergütungsproblematik im stationären Bereich zu reduzieren, sollte eine Vergütung nach Komplexität erwogen werden. Hochpreisige Arzneimittel müssen dann nicht mehr in den DRG abgebildet werden, sondern könnten über Zuschläge wie die Zusatzentgelte finanziert werden.
- Bei einer pauschalen Vergütung äquivalent zu Hybrid DRG oder PIA für ASV müsste vorher rechtlich geprüft werden, ob äquivalent zu SAPV, die ASV-Teams sich vergesellschaften können.
- Patientinnen und Patienten sollten unmittelbar im Krankenhaus in die ASV eingeschrieben werden können, um unnötige Wege und Leistungen zu reduzieren.

- Trennung schwerwiegender chronischer Erkrankungen und seltener Erkrankungen. Die ASV soll Patienten mit seltenen Erkrankungen eigentlich eine verbesserte, interdisziplinäre Versorgung bieten. Neben den bürokratischen Hürden können jedoch die unzureichende Vergütung und mangelnde flächendeckende Strukturen zu einer Unterversorgung führen.
- In einigen Regionen gibt es keine ASV-Teams, weil sich der Aufbau aufgrund der geringen Anzahl an Patientinnen und Patienten nicht lohnt. Zudem schließen die Anforderungen an eine wohnortnahe Versorgung relevante fachärztliche Expertise aus.
- Die Vergütung erfolgt nach dem EBM, der den hohen zeitlichen und diagnostischen Betreuungsaufwand für seltene Erkrankungen nicht ausreichend abbildet. Dies macht die ASV wirtschaftlich unattraktiv für Leistungserbringer.
- Innovationen ermöglichen in immer mehr Indikationsgebieten der seltenen Erkrankungen eine Versorgung, die über das Kindes- und Jugendalter hinaus geht (u.a. Mukoviszidose). Die ASV ist aber auf solche gravierenden Versorgungsveränderungen nicht vorbereitet, und es fehlt die Flexibilität schnell auf die neuen Versorgungsbedarfe und Therapiemöglichkeiten einzugehen.
- Aufgrund der genannten Hürden hat sich die ASV nicht flächendeckend in allen Indikationsgebieten etabliert. Für Betroffene bedeutet dies oft weite Wege, lange Wartezeiten und eine mangelhafte kontinuierliche Betreuung.

Lösungsvorschläge

- Statt einzelner ASV-Indikationen der seltenen Erkrankungen könnte über eine Clusterung der seltenen Erkrankungen als Komplexbild nachgedacht werden. Alle seltenen Erkrankungen wären über ein „Dach“ abgedeckt. In einer übergreifenden ASV oder eigener Versorgungsart (z. B. neu § 116c SGB V), die flexibler und moderner (u.a. Telematik) ausgestaltet ist, könnten alle Indikationen berücksichtigt werden. Es bräuchte keine Überprüfung und Aufnahme einzelner Indikationen. Die Vergütung könnte sich damit von der klassischen ASV-Vergütung via GOÄ und EBM lösen und stärker die Komplexität der Leistungen berücksichtigen.
- Wichtig wäre eine enge Verzahnung mit der bestehenden Zentrenstruktur für seltene Erkrankungen (insbesondere A-Zentren). Deren Bekanntheit, sowohl bei Hausärzten als auch Fachärzten, müsste erhöht werden.
- In der hausärztlichen Versorgung bräuchte es nicht nur vorbereitend zur Primärversorgungsreform eine stärkere Informationskampagne zu den ASVen. Perspektivisch könnte aber auch eine KI bei der Diagnosestellung und Weiterleitung zur Diagnostik- (z. B. A-Zentren) und Versorgungsexpertise (ASV) unterstützen. Kassen können derzeit über § 25b SGB V nicht unterstützen, da erst mit großem Zeitverzug vollständige Datensätze verfügbar sind.
- Ein DMP Seltene Erkrankungen wird kritisch gesehen, weil auch hierbei über den EBM abgerechnet wird, die Umsetzung von den einzelnen regionalen Kassen und KVen abhängt und damit viele DMPs nach Jahren der Richtlinienbeschlüsse noch nicht in der Versorgung sind.

Berücksichtigung der ASV in politischen Reformen

- Durch die Fokussierung auf Leistungsgruppen im Rahmen der Krankenhausreform stehen die ASV-Teams vor der Ungewissheit, einzelne Fachgruppen oder sogar den ASV-Status zu verlieren. Da kleinere Krankenhäuser nicht einschätzen können, welche Leistungsgruppen sie bekommen, halten sie sich sogar derzeit zurück, ASV-Teams zu bilden. NRW hat eine individuelle und befristete Lösung dafür gefunden, die jedoch nicht übertragbar auf andere Bundesländer ist.
- Bei der Primärversorgung besteht die Gefahr, dass Brüche in der Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten durch Fachärztinnen und Fachärzte entstehen können. Das heißt, dass Patientinnen und Patienten, die in die fachärztliche Versorgung gehören, in der Primärversorgung mit langfristig höheren Behandlungskosten verbleiben. Gleichzeitig müssen Fachärztinnen und Fachärzte vor ungefilterten Patientenkontakten geschützt werden, um sich auf die komplexeren Fälle zu konzentrieren.

- Hausärzte wissen derzeit zu wenig über die ASV. Es hängt aktuell vom Engagement der ASV-Teams ab, ob sie auf ihre (potenziellen) Zuweiserinnen und Zuweiser zugehen und informieren.

Lösungsvorschläge

- Um die Auswirkungen der Krankenhausreform abzumildern, sollte kurzfristig ein Bestandsschutz für ASVen – wo aufgrund des Personals möglich – erwogen werden.
- Grundsätzlich ist im Zusammenhang mit dem möglichen Wegbrechen von ASV-Teams durch fehlende Leistungsgruppen zu beobachten, dass eine übergreifende Bedarfsplanung der ambulanten und stationären Versorgung fehlt. Versorgungslücken können daher nicht erkannt werden.
- Der Übergang zwischen Primärversorgung und ASV muss geregelt werden:
- Bestandspatienten: Patientinnen und Patienten, die schon in der (spezial-)fachärztlichen Versorgung sind, sollten nicht zusätzlich den initialen Weg über die Primärversorgung gehen.
- Neue Patienten und aktuell fehlbehandelte Patienten: KI-Systeme sollten bei der Erstdiagnose und Weiterleitung im System unterstützen. Die KI-Systeme sollten arztbasiert oder bei der KV ansässig als KI-Zentralen (Beispiels aus dem Ruhrgebiet) angesiedelt sein.
- Es braucht eine sektorenunabhängige, quantitative und qualitative Bedarfs-/Versorgungsplanung.

Themenvorschau 2027

Folgende Themen bewegen das iX-Media Team und sollen in der iX-Forum Reihe näher betrachtet werden:

- **Versorgungspotentiale der Gesundheitsberufe**
- **Finanzierung von Innovationen**
- **Zukunft der Diagnostika-Industrie**
- **Zukunft der Versorgung: Genmedizin und Datenmanagement**

Die Aufzählung unterliegt keiner zeitlichen Reihenfolge. Selbstverständlich reagieren wir auch auf aktuelle politische Entwicklungen

Die iX-Forum Reihe wird bundesweit mit über 2.500 Exemplaren personalisiert an Parlamente, Ministerien, Verbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen versandt.

Sie haben Interesse, einmal einen Diskussionsbeitrag in der iX-Forum Reihe zu veröffentlichen? Kommen Sie mit uns ins Gespräch.

Mit freundlicher Unterstützung von:

Impressum

Herausgeber:
Dr. Albrecht Kloepfer
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin

post@ix-institut.de | www.ix-media.de

Redaktion:
Dr. Albrecht Kloepfer, Sophia Wagner, Sophie Karl
In Zusammenarbeit mit USE Im Unionhilfswerk

Druck:
PrintingHouse,
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Genter Str. 8 in 13353 Berlin

Satz und Layout:
Mediengestaltung der
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin
www.u-s-e.org

Sämtliche Nutzungsrechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 32. Jahrgang 2026,
Ausgabe 3 · 2026,
Erscheinungsdatum: 4.11.2026

Besuchen Sie unsere Website:

www.ix-media.de

www.ix-media.de