

Thema des Monats: ASV-Modul Urologische Tumoren

BvDU und DGU wollen vereint in die ASV-Zukunft

Franz-Günter Runkel

Nach dem G-BA-Votum für die Einführung des ASV-Moduls „Urologische Tumoren“ am 21. Dezember 2017 geht nun alles sehr schnell: Bereits am 17. Februar findet in Berlin die überregionale Auftakt-Veranstaltung des BvDU zur Ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) in der Urologie statt und am 10. März folgt das erste Regionalseminar des Berufsverbands in Gießen. Die Geburtswehen des BvDU-DGU-Positionspapiers scheinen vergessen, denn pünktlich zum ASV-Start fordern die beiden Verbände unisono urologische Teamführung, postulieren eine lange Indikationsliste und treten Seite an Seite für die bestehende Onkologievereinbarung ein, obwohl deren Zukunft unklar ist.

Die ASV hat nun auch die Urologie erreicht: Voraussichtlich ab dem zweiten Quartal 2018 wird das neue Versorgungsangebot zur Behandlung von schweren und seltenen Erkrankungen durch interdisziplinäre Ärzteteams in Praxen und Kliniken mit dem Kapitel „Urologische Tumoren“ auch in der Urologie umgesetzt. Nach erheblichen Querelen und mehreren Versionen hatten sich Berufsverband und DGU im Herbst doch noch auf ein gemeinsames ASV-Positionspapier geeinigt. Das „regierungsamtliche“ Gegenstück zum Positionspapier der urologischen Fachverbände ist die G-BA-Anlage zum ASV-Modul „Urologische Tumoren“, die derzeit zur Genehmigung im Bundesgesundheitsministerium liegt und die bei Redaktionsschluss dieser Ausgabe noch nicht veröffentlicht war. Das Ministerium muss sich im Zeitraum von zwei Monaten zu der Anlage äußern. Sobald die Beschlüsse im Bundesanzeiger veröffentlicht wurden, können ASV-Teams ihre Teilnahme beim erweiterten Landesausschuss anzeigen.

Mit einer bundesweiten Informationskampagne begleitet der BvDU in enger Zusammenarbeit mit der DGU die Einführung der ASV in der Urologie. Die ASV-Seminarreihe des BvDU umfasst insgesamt 20 regionale Veranstaltungen. „Auf dem Programm stehen jeweils

eine Einführung in die ASV mit allen formalen Teilnahmevoraussetzungen, Abrechnungsmodalitäten, Entscheidungshilfen und wichtige Details zur urologischen ASV, ein medizinisch-wissenschaftlicher Teil sowie eine Diskussion über die zukünftigen Chancen und Möglichkeiten sowie die Vor- und Nachteile der ASV in der Urologie unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten bei der Umsetzung“, so BvDU-Präsident Dr. Axel Schroeder. „Mit unserer Informationskampagne werden wir die Einführung des neuen Versorgungsbereichs als sektorenübergreifende Ergänzung zur etablierten Onkologievereinbarung unterstützen und unsere Kolleginnen und Kollegen bestmöglich auf die Teilnahme an der ASV vorbereiten.“ Offenbar rechnet Schroeder nach wie vor mit dem Weiterbestehen der Onkologievereinbarung. „Die uroonkologische Kompetenz auch an dieser neuen Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung vorzuhalten, ist gemeinsames Ziel von Fachgesellschaft und Berufsverband“, unterstreicht auch DGU-Generalsekretär Prof. Maurice Stephan Michel.

DGU erwartet Schnittstellen-Kompetenz der Urologen

Deutlich formuliert der BvDU aber auch Probleme und Nachteile, die die

ASV mit sich bringen könnte. Die Sorgen des Berufsverbands beziehen sich auf drei Aspekte: BvDU und DGU pochen erstens auf eine Urologie-zentrierte, intersektorale Versorgung „aus einer Hand“, die bei aller interdisziplinärer Ausrichtung vor allem einen Experten und Teamleiter kennt: „DGU und BvDU empfehlen, dass ein Urologe oder eine Urologin mit der Zusatzweiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie die Leitung des ASV-Teams ‚Urologische Tumoren‘ übernimmt. Zum interdisziplinären Kernteam sollten neben der Urologie die Hämato-Onkologie, die Strahlentherapie und die Nuklearmedizin gehören.“ Die Urologen fordern eine Mindest-Patientenzahl von 100 bis 115 pro ASV-Team, im Gegensatz zum G-BA-Beschluss (60 Patienten).

Wie lässt sich das Verhältnis intersektoral gestalten?

Die zweite Sorge des BvDU, die auch im Spätsommer 2017 die internen Querelen um das Positionspapier im Sommer begründete (siehe *UroForum* 10/2017), ist das Verhältnis zwischen ambulanter und klinischer Urologie. Natürlich wollen die Niedergelassenen so viel ambulante Urologie wie möglich in die Anlage „Urologische Tumoren“ schreiben, damit ihr Anteil am ASV-Kuchen möglichst groß ist. „An der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung“, so BvDU und DGU, „müssen in jedem Fall niedergelassene Vertragsärzte beteiligt sein, die auch die wohnortnahe Versorgung der Patienten sichern.“

Die ASV als ergänzendes Versorgungsangebot?

Die dritte Sorge des BvDU bezieht sich auf die Onkologievereinbarung, die als Versorgungsbasis der uroonkologischen Grundversorger (oft Einzelpraxen) unbedingt weiterbestehen soll. „Die bestehende Onkologievereinbarung stellt die Basis der uroonkologi-

schen Grundversorgung dar und sollte daher erhalten bleiben“, fordern die Verbände. Der BvDU setzt andere Akzente und definiert die ASV im Gegensatz zur Politik lediglich als ein „ergänzendes Versorgungsangebot“.

Die folgende Indikationsliste des Positionspapiers ist als Kompromiss zwischen BvDU und DGU zu verstehen:

■ Indikationen für die ASV

- Tumorentitäten: Prostatakarzinom, Urothelkarzinom des oberen und unteren Harntrakts, Nierenzellkarzinom, Hodenkarzinom, sonstige Tumoren.
- Die Behandlung des Prostatakarzinoms durch hormonablativ, chemotherapeutische und immunmodulatorische Therapieansätze und deren Kombinationen.
- Die systemische Chemotherapie des Hodenkarzinoms.
- Die neoadjuvante oder adjuvante bzw. postoperative multimodale Therapie (z.B. mit Kombinationschemotherapie, Radiotherapie) beim muskelinvasiven Harnblasenkarzinom oder lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinom.
- Diagnostik und Therapie außerhalb der GKV: z.B. ⁶⁸GA-PSMA-PET/CT/MRT-Diagnostik beim fortgeschrittenen PCa, FDG-PET/CT-Diagnostik beim metastasierten Seminom, ¹⁷⁷Lutetium-PSMA-Therapie beim therapierefraktären, kastrationsresistenten Prostatakarzinom.
- Zusätzliche Komplikationen mit erheblich einschränkender Wirkung auf die Lebensqualität.
- Bestimmte Diagnosen: C47, C47.5, C47.8, C48, C48.1, C49.5, C49.8, C60-68, C74, C74.1, V74.9, C75, C75.0, C76.3, C76.8, C80, Z80, Z85.
- Humangenetische Diagnostik bei Prostata-, Nierenzell- und Urothelkarzinom.

Klakow-Franck lobt PET/CT-Option der neuen Struktur

Anfang 2017 hatte der G-BA überraschend die ASV-Reihenfolge geändert und die urologischen Tumoren vorge-



Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des G-BA

Auch für GKV-Patienten kann es PET/CT geben.

zogen, weil man zunächst die großen onkologischen Entitäten abschließen wollte. Außerdem existierten bereits onkologische Module wie das für gastrointestinale Tumoren oder gynäkologische Tumoren, die man nun auf die Urologie übertragen konnte. Kein Wunder also, dass Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses ASV, zum Jahresende zufrieden war: „Von urologischen Tumoren sind große Patientengruppen betroffen, für die das Angebot einer interdisziplinär und sektorenübergreifend vernetzten Versorgung sehr hilfreich sein wird. Im Rahmen der ASV können bei bestimmten Fallkonstellationen zukünftig auch Spezialuntersuchungen wie PET oder PET/CT durchgeführt werden, was so in der vertragsärztlichen Versorgung bislang nicht möglich war.“

Anlässlich des Jahrestreffens der urologischen Belegärzte im November in Lüneburg hatte Klakow-Franck die ASV als Chance für Belegärzte beschrieben: „Der Belegarzt ist prädestiniert, sich an dieser Schnittstelle als feste Größe zu etablieren.“

Regionalverbände starten Vorbereitung

Wie aber sind derzeit die einzelnen Regionen auf die ASV vorbereitet? Zwei Beispiele zeigen, dass die Vorbereitungen bereits fortgeschritten sind: Mitte 2016 hatten die bayerischen Urologen über den Aufbau von ASV-Kernteamen in fünf Zentralregionen des Bundeslands berichtet. Aber auch in Baden sind die Urologen schon

weit, wie der badische BDU-Landesvorsitzende Dr. Michael Rug gegenüber *UroForum* betonte. „Die ASV-Teams werden sich in Baden-Württemberg zu Beginn am raschesten in den Ballungszentren bzw. Großstädten mit bereits bestehenden Kooperationsstrukturen zwischen größeren Kliniken und niedergelassenen Urologen konstituieren. Aus meiner Sicht ist die Teamleitung durch einen Urologen unbedingt notwendig und sollte auch zu erreichen sein“, unterstreicht Rug.

Wahrscheinlich scheint indes, dass nicht alle badischen Urologen sofort ASV-Teammitglieder werden können.



Dr. Michael Rug, BvDU-Landesvorsitzender in Baden

Die ASV müsste den Umsatz in Zukunft steigern.

„Ich gehe davon aus, dass zunächst diejenigen Urologen an der ASV teilnehmen werden, die in bereits bestehenden Kooperationen mit Kliniken tätig sind. Wenn die bisher gültigen Voraussetzungen für die ASV-Teilnahme nicht angepasst werden, wird es für einige Kollegen, die an der Onkologievereinbarung teilnehmen, wegen der räumlichen Distanz zur nächsten urologischen Klinik nicht möglich sein, sich als Mitglied eines ASV-Teams zu betätigen“, räumt Rug ein.

Finanziell wird sich die ASV-Teilnahme aus seiner Sicht zumindest längerfristig auszahlen. „Die Vergütungssystematik in der ASV müsste längerfristig eigentlich zu einem spürbaren Umsatzplus führen“, so Rug. Der deutlich höhere Aufwand durch die verbesserte Versorgung der Patienten in der ASV müsse sich am Ende für alle lohnen – auch für die Urologen. ■

