

Thema des Monats: ASV-Modul Urologische Tumoren

Chancen und Risiken der ASV für die Urologen

Franz-Günter Runkel

Bei der Auftaktveranstaltung des BvDU in Berlin zum neuen Modul Urologische Tumoren in der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) kamen Vorteile und Nachteile, Chancen und Risiken der dritten Versorgungsform zur Sprache. BvDU-Präsident Dr. Axel Schroeder sprach vom Eintritt in eine „neue Welt der onkologischen Versorgung“. UroForum analysiert die Chancen und Risiken, verzichtet aber auf eine Basisinformation. Um die ASV wird es auch in einer Workshop-Serie der BvDU-Servicegesellschaft SgDU e. V. gehen.

„Der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD zeigt gesundheitspolitisch, dass sich an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung viel entwickeln soll. Das betrifft nicht nur die ASV, sondern auch die Notfallversorgung und generell die Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Praxen“, stellte BvDU-Präsident Axel Schroeder fest. Für die Krankenhäuser gilt, dass der alte § 116 b durch den neuen § 116 b SGBV (ASV) abgelöst wird. In einer dreijährigen Übergangsphase dürfen die Krankenhäuser noch nach der alten Regelung versorgen. Bereits im zweiten Quartal 2018 soll das ASV-Modul laut G-BA „scharf gestellt“ werden.

Positionierung des Urologen als interdisziplinärer Experte

Die Positionierung des Urologen als ASV-Teamleiter und Experte hat in der ASV interdisziplinäre und intersektorale Relevanz. „Die Teamleiter in einer urologischen ASV sind für mein Selbstverständnis Urologen mit der Zusatzqualifikation der medikamentösen Tumorthherapie.“ Allerdings verlangen die Regularien vom urologischen Teamleiter nicht explizit den Nachweis der medikamentösen Tumorthherapie (MTT). DGU-Vorstand Dr. Thomas Speck bekräftigte die Auffassung beider Fachgesellschaften, dass ein Urologe als Teamleiter eines ASV-Teams die Zusatzweiterbildung Medi-

kamentöse Tumorthherapie haben sollte. „Es ist ein Webfehler dieser ASV-Konstruktion, dass die MTT-Voraussetzung für den urologischen Teamleiter nicht in den Regularien enthalten ist. Das ist für mich ein verstörendes Signal“, so Speck.

Allerdings liegt im Zeitdruck und in der Wettbewerbssituation auch ein Risiko für die Fachgruppe. Schroeder betonte: „Das Versorgungsmodell der ASV ist der Eintritt in eine neue Welt der onkologischen Versorgung. Jeder Urologe sollte für sich die ASV-Wege in der Region bahnen, bevor andere Wettbewerber im System aktiv werden. Nur wer mitmacht, kann am Ende auch Einfluss nehmen.“

Die zweite große Chance der ASV liegt in den möglichen materiellen Vorteilen. Zum Leistungsspektrum der ASV gehören einerseits EBM-Ziffern, andererseits aber auch eigentlich private Leistungen im Sinne der Gebührenordnung für Ärzte. „Insgesamt steht ein umfangreicher Ziffernkranz an Leistungen für die ASV zur Verfügung. Mittelfristig wird eine Harmonisierung der Honorierung angestrebt, wenn ASV-Fallpauschalen an die Stelle der heutigen Einzelleistungen treten“, so Schroeder. Die abrechenbaren Leistungen werden durch den G-BA im sogenannten Appendix definiert. Grundsätzlich seien alle Leistungen in der ASV unbudgetiert und erlauben zudem ausdrücklich, neue Patienten hinzuzugewinnen. Konkret heißt das also, dass 100 % der erbrachten Leistungen auch in voller Höhe vergütet werden und dass Mengenausweitungen sogar belohnt werden. Insofern leitet die ASV einen Systemwechsel in der Vergütung ein.

Erstmals kann der Urologe ohne die KV abrechnen

Grundsätzlich wird die Abrechnung der beteiligten Krankenhäuser und niedergelassenen Fachärzte direkt mit den Krankenkassen erfolgen. Der abrech-



Über Chancen und Risiken der ASV diskutierten in Berlin (v. l. n. r.) Lars F. Lindemann, SpiFa-Hauptgeschäftsführer, Jens Peter Zacharias, Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V., Dr. Thomas Speck, DGU-Vorstand, und Dr. Holger Uthhoff, BvDU-Vizepräsident.

nende Urologe kann die KV ganz aus dem Prozedere herauslassen. „Für die EBM-bezogene Abrechnung von ASV-Leistungen gilt der gültige Punktwert der regionalen Honorarverteilung. Leistungen im Bereich des Managements, der Leistungssteuerung sowie der sprechenden Medizin, die im EBM deutlich unterrepräsentiert sind, werden separat mithilfe der GOÄ vergütet. Die teilnehmenden Krankenhäuser rechnen nach derselben Systematik ab, müssen aber einen Investitionsabschlag von 5 % in Kauf nehmen“, erläuterte Schroeder.

Wer aber bezahlt die Zeche? Für die Finanzierung der ASV findet eine Bereinigung des Gesamtbudgets statt. Aus der Perspektive von Thomas Speck bringt die ASV sowohl Chancen als auch Risiken. „Die Chance besteht in einer besseren Versorgungsqualität für komplexe urologische Krankheitsbilder. Die DGU kann mit der derzeitigen Beschlussfassung zum ASV-Modul Urologische Tumoren leben. Der Nachteil für den Urologen, der nicht teilnimmt, liegt darin, dass dessen gesamte Vergütung bereinigt wird. Wie es im Moment scheint, wird dieser ASV-Abzug schon den Fachgruppen zugeordnet, die es betrifft. Wenn also von urologischen Tumoren die Rede ist, dann gehört nicht viel Fantasie dazu zu verstehen, dass das ASV-Budget aus dem urologischen Fachbudget finanziert wird“, so Speck. Ein Nachteil innerhalb der ASV wird die veränderte Abrechnung von mikrobiologischen Laborleistungen wie der PSA-Bestimmung sein. Hier kann nämlich nur noch der Labormediziner Laborleistungen abrechnen und nicht mehr der Urologe.

Zu praktischen Fragen der ASV-Abrechnung referierte Lars F. Lindemann, Hauptgeschäftsführer des Spitzenverbands Fachärzte Deutschlands (SpiFa). Eine ASV-Abrechnung über die KV ist grundsätzlich möglich, aber Lindemann empfahl dezidiert die Service-Angebote der *Sanakey GmbH*. BvDU und SpiFa haben über *Sanakey* ein Beratungs- und Managementpaket für ASV-Leistungen geschnürt. „Unser

ASV-Service reicht von organisatorischen Fragen wie der Bildung eines ASV-Teams über die komplexe Antragstellung beim erweiterten Landesausschuss bis zur Frage der Abrechnung von ASV-Leistungen mit den Krankenkassen“, erläuterte Lindemann.

Allerdings übernimmt die *Sanakey* nicht die Abrechnung. „Das ist nämlich gesetzlich nicht zulässig. Der Dienstleister darf Ihnen lediglich Hilfestellung geben. Die SpiFa stellen zum Beispiel ein Software-Tool zur Verfügung, mit dessen Hilfe Sie Ihren KVDT-Abrechnungssatz hochladen und bestimmen können, wie viel ASV-Abrechnungspotenzial z. B. in Ihrer letzten Honorarabrechnung steckt“, erklärte Lindemann. Ein interessanter Aspekt sei die Ersetzung des Erlaubnisvorbehalts durch den Verbotsvorbehalt in der Abrechnung. Alles, was nicht explizit verboten ist, sei in Zukunft erlaubt.

Renitente Kassen verweigern die ASV-Zahlungen

Ein weiteres Risiko besteht Lindemann zufolge in der teilweise wenig kooperativen Einstellung der Krankenkassen: „Es fließt sicher Geld. Allerdings waren die Krankenkassen sehr schlecht auf die ASV vorbereitet. Sicherlich ist es auch so, dass es viele renitente Krankenkassen gibt, die eine Bezahlung von ASV-Leistungen einfach nicht einsehen, obwohl es im Gesetz steht.“

Die im Vorfeld der ASV kontrovers diskutierte Frage der Mindestmengen für Urologen in der ASV scheint entschärft. Mindestens 60 Patienten mit urologischen Tumoren müssen pro Jahr in einem ASV-Kernteam Urologie behandelt werden. Schroeders Einschätzung: „Das ist sicherlich keine unüberwindliche Hürde. Pro Arzt sieht die Regelung etwas anders aus. Der internistische Hämato-Onkologe muss zwölf Monate vor Antragstellung mindestens 120 Patienten behandelt haben, darunter 70 Patienten mit medikamentöser Therapie. Enthalten sein

müssen außerdem 30 Patienten mit intravenöser bzw. intrakavitärer Therapie. Im Gegensatz dazu muss der Urologe im Vorjahr 80 Patienten pro Quartal behandelt haben, davon 60 Patienten medikamentös. 20 intravenöse bzw. intrakavitäre Gaben müssen enthalten sein. Generell gilt die 50-prozentige Einstiegshilfe in die ASV.“

Für BvDU-Vizepräsident Dr. Holger Uthoff sind sowohl die Mindestmengen als auch die sachlichen und personellen Voraussetzungen für die ASV-Teilnahme aus der Onkologievereinbarung bestens vertraut. „Als zusätzliche Forderungen im ASV-Appendix gibt es nun die zeitnahe Information des Patienten über das Ergebnis der Tumorkonferenz. Der G-BA hat diese Struktur sogar erweitert, indem er eine besondere Vergütung für das Management eines Tumorkonferenz festgelegt hat. Man kann sicher über den GOÄ-Betrag in Höhe von 25 Euro lächeln, aber wenigstens passiert jetzt etwas – noch dazu als extrabudgetäre Leistung“, betonte Uthoff. Die Arzt-bezogenen Mindestmengen seien gewissermaßen die Clubkarte, also die Eintrittskarte zum ASV-Club.

Viel Spaß mit modernen Therapien in der Uroonkologie

Unter dem Strich überwiegen die Chancen der ASV ihre Risiken. „Wenn ich nicht an der ASV teilnehme, verliere ich sehr viel Spaß an der Arbeit. Wenn unser Herz uroonkologisch schlägt, müssen wir unbedingt in der ASV dabei sein“, resümierte Uthoff. Lindemann empfahl den Urologen, nicht den Zug zu verpassen. „Gerade an der Sektorengrenze findet die größte Fehlallokation finanzieller Ressourcen durch nicht abgestimmtes Verhalten statt. Hier greift die Politik nun an. Wir haben immer noch zu viele Krankenhäuser. Gerade in dieser Strukturmigration werden neue Versorgungsformen wie die ASV eine wichtige Rolle spielen. Deshalb kann ich nur für die Teilnahme werben.“ ■

Ihre
Meinung dazu?
uroforum.de