

Neuordnung der ambulanten Onkologie

Gutachten im Auftrag des Berufsverbandes der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen e.V.,
der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. und der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Dr. Rebecca Jahn
Nina Farrenkopf, B.sc.
Prof. Dr. Jürgen Wasem
Dr. Anke Walendzik

IBES

IBES DISKUSSIONSBEITRAG

Nr. 193

Februar 2012

Neuordnung der ambulanten Onkologie

Gutachten im Auftrag des Berufsverbandes der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen e.V., der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. und der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Dr. Rebecca Jahn (Rebecca.Jahn@medman.uni-due.de)
Nina Farrenkopf, B.sc. (Nina.Farrenkopf@medman.uni-due.de)
Prof. Dr. Jürgen Wasem (Juergen.Wasem@medman.uni-due.de)
Dr. Anke Walendzik (Anke.Walendzik@medman.uni-due.de)

**Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl
für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen**

Essen, den 23. November 2011

Impressum: Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES)
Universität Duisburg-Essen
Universitätsstraße 12
45141 Essen
E-Mail: IBES-Diskussionsbeitrag@medman.uni-due.de

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	7
I Präambel	9
2 Ausgangssituation	10
2.1 Charakteristika der ambulanten Onkologie.....	10
2.1.1 Epidemiologie.....	10
2.1.2 Behandlungsfälle in der Onkologie aufgeteilt nach Leistungssektoren.....	14
2.1.3 Ärztliche Leistungserbringer in der Onkologie	15
2.1.3.1 Ärztliche Weiterbildungen in der Onkologie.....	15
2.1.3.2 Medikamentöse Tumorthherapie	21
2.2 Rahmenbedingungen und Strukturelemente der ambulanten Onkologie.....	24
2.2.1 Die vertragsärztliche onkologische Versorgung und die Onkologie-Vereinbarung.....	25
2.2.2 Krankenhäuser in der ambulanten onkologischen Versorgung	27
2.2.3 Die Bedarfsplanung.....	31
2.2.3.1 Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung.....	31
2.2.3.2 Krankenhausplanung.....	33
2.2.3.3 Die Bedarfsplanung und die Zulassung nach § 116 b SGB V	35
2.2.3.4 Bedarfsplanung der Hochschulambulanzen.....	36
2.2.4 Zulassungen und Qualitätskriterien.....	38
2.2.4.1 Zulassung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung	39
2.2.4.2 Zulassungen der Krankenhäuser zur ambulanten onkologischen Versorgung	41
2.2.4.2.1 Persönliche Ermächtigung.....	42
2.2.4.2.2 Institutsermächtigung.....	42
2.2.4.2.3 Zulassung der Krankenhäuser gemäß § 116b SGB V	43
2.2.4.3 Zulassung der Hochschulambulanzen	55
2.2.5 Vergütungsstruktur der ambulant onkologischen Behandlung.....	56
2.2.5.1 Vergütung der Leistungen der niedergelassenen Ärzte.....	56

2.2.5.2 Vergütung der ambulanten Krankenhausleistungen.....	57
2.2.5.3 Vergütung in den Hochschulambulanzen	62
2.2.6 Finanzierung allgemein / Investitionsfinanzierung	63
2.2.6.1 Praxisfinanzierung	63
2.2.6.2 Krankenhausfinanzierung.....	64
2.2.7 Zugang zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.....	67
2.2.8 Arzneimittel (Zytostatika).....	68
3 Reformbedarf.....	70
4 Neuordnung der ambulanten Onkologie.....	71
4.1 Zielsetzung und Vorgehensweise	71
4.2 Eigenständiger Versorgungssektor Ambulante Onkologie.....	72
4.2.1 Gemeinsamer einheitlicher Ordnungsrahmen: Regelungen zu Versorgungsqualität, Investitionsfinanzierung und Innovationszugang.....	72
4.2.2 Alternative Planungs- und Vertragsmodelle.....	76
4.2.2.1 Modell: „Freier Marktzugang“	76
4.2.2.2 Modell: „Versorgungsplanung mit Zulassung“.....	77
4.2.2.3 Modell: „Versorgungsplanung mit Vertragswettbewerb“.....	80
4.3 Modelle unter Beibehaltung der traditionell bestehenden sektoralen Gliederung.....	81
4.3.1 Erhaltung unterschiedlicher Teilnahmewege für die Leistungserbringer.....	81
4.3.2 Eingliederung in die vertragsärztliche Versorgung über Ermächtigungen.....	82
5 Bewertung der Modelle.....	83
Quellenverzeichnis.....	87

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozentualer Anteil ausgewählter Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen bei Männern ohne nicht-melanotischen Hautkrebs in Deutschland 2006	12
Abbildung 2: Prozentualer Anteil ausgewählter Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen bei Frauen ohne nicht-melanotischen Hautkrebs in Deutschland 2006.....	12
Abbildung 3: Zahl der Krebssterbefälle der Männer in Deutschland 2006	13
Abbildung 4: Zahl der Krebssterbefälle der Männer in Deutschland 2006	13
Abbildung 5: Hämatologen und Onkologen je 100.000 Einwohner	19
Abbildung 6: Gynäkologische Onkologen je 100.000 Frauen	20
Abbildung 7: Fachärzte mit Zusatzausbildung Medikamentöse Tumorthherapie je 100.000 Einwohner bzw. je 100.000 Frauen	23
Abbildung 8: Ambulante Versorgungsformen im Krankenhaus.....	27
Abbildung 9: Die Verteilung der identifizierten Krankenhäuser, die eine Zulassung gemäß § 116b SGB V für die ambulante onkologische Versorgung haben.	53
Abbildung 10: Die grafische Verteilung der identifizierten Krankenhäuser, die eine Zulassung gemäß § 116b SGB V haben	54
Abbildung 11: Übersicht zur Kalkulation des EBM	63

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesamtzahl der an der vertragsärztlichen onkologischen Versorgung teilnehmenden Ärzte differenziert in die Facharztgruppen Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Gynäkologische Onkologie	16
Tabelle 2: Verteilung der an der vertragsärztlichen onkologischen Versorgung teilnehmenden Ärzte differenziert nach ihrem Status im GKV-System im Jahr 2009	17
Tabelle 3: Verteilung der an der vertragsärztlichen ambulant onkologischen Versorgung teilnehmenden niedergelassenen Ärzte auf die Bundesländer	18
Tabelle 4: Fachärzte mit der Zusatzausbildung Medikamentöse Tumorthherapie	22
Tabelle 5: Nachzuweisende Patientenzahlen nach § 3 Abs.4 Anlage 7 BMV	41
Tabelle 6: Vergleich der Anforderungen an den ambulanten Bereich gemäß Onkologie-Vereinbarung mit den Anforderungen an die Krankenhäuser mit einer Zulassung gemäß § 116b SGB V nach den G-BA-Richtlinien.....	51
Tabelle 7: Verteilung der EBM Punkte	60

Abkürzungsverzeichnis

€	Euro
abda	Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände
Abs.	Absatz
AL	ärztliche Leistungsanteil
AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag - Ärzte
BNHO	Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen
BSG	Bundessozialgericht
BT-Drucksache	Bundestags-Drucksache
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d. h.	das heißt
DGHO	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie
DKG	Deutsche Krankenhaus Gesellschaft
DMP	Disease-Management-Programm
DRG	Diagnosis Related Groups
e.V.	Eingetragener Verein
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EKV	Ersatzkassenvertrag
FPG	Fallpauschalengesetz
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
gbe-bund	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
Hrsg.	Herausgeber
i.H.v	In Höhe von
ICD	International Classification of Diseases
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Berlin
KVBB	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
KVen	Kassenärztliche Vereinigungen
KVMV	Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg Vorpommern

KVNO	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KVRP	Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
KVSH	Kassenärztliche Vereinigung Schleswig Holstein
LSG	Landessozialgericht
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein Westfalen
Mio.	Millionen
PfWG	Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
Pkt.	Punkt
QZV	Qualitätsgebundene Zusatzvolumina
RKI	Robert Koch Institut
RLV	Regelleistungsvolumina
SGB	Sozialgesetzbuch
STMUG	Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit: Krankenhausförderung
TL	technische Leistungsanteil
u. a.	Unter anderem
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen
z. B.	zum Beispiel

I Präambel

Die Neuordnung der ambulanten spezialisierten fachärztlichen Versorgung steht auf der politischen Agenda. Gerade im Versorgungsbereich der Onkologie gibt es seit langem anhaltende Diskussionen über die vorherrschenden unterschiedlichen Betriebsformen, verschiedenen Zulassungsbedingungen mit unterschiedlichen Qualifikations- und Qualitätsanforderungen sowie Vergütungssysteme der Leistungserbringer. Das vorliegende Papier¹, das durch den Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen im Auftrag des Bundesverbands der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen e.V. (BNHO), der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. (DGHO) erstellt wurde, schlägt eine Neuordnung der organisatorischen Rahmenbedingungen der ambulanten onkologischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Übergeordnetes Ziel ist die Entwicklung eines einheitlichen Ordnungs- und Organisationsrahmens für die ambulante Onkologie, der eine effiziente, bedarfsgerechte, qualitätsorientierte, innovationsgerechte und flächendeckende onkologische Versorgung für alle Patienten, unabhängig vom behandelnden Leistungserbringer, gewährleistet.

Um eine nachhaltige Diskussion über die Praktikabilität und Praxistauglichkeit der erarbeiteten Vorschläge zwischen allen Akteuren in der ambulanten Onkologie zu initiieren, wird hier die Entwicklung eines einheitlichen Ordnungsrahmens in einem ersten Schritt exemplarisch am Beispiel der medikamentösen Tumorthherapie² als einem gut definierbaren Bereich der ambulanten Onkologie entwickelt. Resultat des durch das vorliegende Papier angestoßenen Diskussionsprozesses sollte aber die Erarbeitung eines einheitlichen Rahmens für die gesamte onkologische ambulante Versorgung sein, wobei das Konzept grundsätzlich auch Pilotcharakter für weitere Bereiche der ambulanten spezialisierten fachärztlichen Versorgung haben kann.

¹ Die Analysen des Gutachtens beziehen sich auf den Rechtsstand aus 4/2011.

² Dieses Gutachten bezieht sich ausschließlich auf die Versorgung erwachsener Patienten. Kinder- und Jugendmedizin ist somit kein Bestandteil der Betrachtung.

2 Ausgangssituation

2.1 Charakteristika der ambulanten Onkologie

Krebs – kaum eine Diagnose wird so gefürchtet.

„Um die Jahrhundertwende starben nur wenige Menschen an der damals noch seltenen Krebserkrankung. Heutzutage ist Krebs so weit verbreitet, dass fast jeder einen Verwandten hat, der an Krebs leidet. Krebserkrankungen stellen heute keine Ausnahme mehr dar; Krebs ist stattdessen zur Regel geworden“ (Zentrum der Gesundheit 2011).

Um sich ein differenziertes Bild von dieser Krankheit zu machen, wird zunächst (in Kapitel 2.2.1) die Epidemiologie dargestellt.

Ärzte, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, Patienten mit der Diagnose Krebs zu behandeln, müssen den Anforderungen der Therapien entsprechende Aus- und Fortbildungen absolvieren. Dies wird in Kapitel 2.2.2 erörtert. Des Weiteren wird (in Kapitel 2.2.3) aufgezeigt, wie viele Ärzte insgesamt im ambulant onkologischen Sektor tätig sind und wie sie sich auf welche Facharztgruppen verteilen.

2.1.1 Epidemiologie

Bei den rund 82 Millionen Menschen, die 2006 in Deutschland lebten, war bei etwa 2,1 Millionen in den letzten 10 Jahren und 1,4 Millionen in den vergangenen 5 Jahren Krebs diagnostiziert worden. Dabei lag die Anzahl der Frauen immer etwas über der der Männer. In Bezug auf die 5-Jahres-Prävalenz waren 700.000 Frauen und 680.000 Männer betroffen. Bei der 10-Jahres-Prävalenz waren es etwa 1,1 Millionen Frauen und 1 Millionen Männer (RKI 2010a).

Im Jahr 2006 gab es insgesamt etwa 426.800 neu aufgetretene Krebserkrankungen in Deutschland. Die inzidenten Erkrankungsfälle bei Frauen beliefen sich auf 229.200, bei den Männern auf 197.600. Die absolute Zahl bösartiger Neubildungen einschließlich Lymphome und Leukämien ist im Zeitraum 1980 bis 2006 bei Frauen um 35 %, bei Männern um mehr als 80 % gestiegen (RKI 2010a).

Die Studie des Robert Koch Instituts (RKI) kommt zu dem Ergebnis, dass Krebs bei älteren Menschen sehr viel häufiger auftritt als bei jungen. Seit 1990 sind die Inzidenzraten nur bei den 45 bis 70-jährigen Frauen und bei den 55 bis 80-jährigen Männern angestiegen. Im Gegensatz dazu waren die Erkrankungen in den anderen Altersstufen rückläufig. Unter gleichbleibenden Voraussetzungen wird der demografische Wandel in Deutschland dazu führen, dass die absoluten Erkrankungszahlen steigen und die Krebsprävalenz beeinflussen werden. Ausgehend von den letzten geschätzten Neuerkrankungsraten aus dem Jahr 2006 wurden vom RKI Schätzungen für das Jahr 2010 vorgenommen. Diesen Schätzungen zur Folge konnte für 2010 mit etwa 450.200 Neuerkrankungen gerechnet werden

(246.200 Frauen, 204.000 Männer)³. Dies entspricht einer Steigerung der Fallzahlen um etwa 17.000 bei den Frauen und 6.000 bei den Männern bedeuten (RKI 2010a).

Bereits die Steigerung der Zahl der pro Jahr auftretenden Neuerkrankungen im Zeitraum 1980 – 2006 kann zu einem beachtlichen Anteil auf die demografische Entwicklung zurückgeführt werden. Insgesamt hat die Zahl der pro Jahr aufgetretenen Neuerkrankungen bei den Frauen um etwa 35 %, bei den Männern um mehr als 80 % zugenommen. (Zunahme der altersstandardisierten Erkrankungs-raten um 15 % bzw. 23 %) (RKI 2010a).

In diesen 26 Jahren ist die altersstandardisierte Sterberate bei beiden Geschlechtern um etwa 20 % zurückgegangen (RKI 2010a).

Bei den Frauen führt der Brustkrebs die Liste der neu aufgetretenen Krebserkrankungen mit 29 % an und ist mit 18 % auch Spitzenreiter bei den krebsbedingten Sterbefällen. Prostatakrebs ist bei den Männern nach wie vor die am häufigsten auftretende Krebserkrankung. 2006 machte sie 26 % aller Krebserkrankungen der Männer aus und hatte einen Anteil von 10 % an den Krebssterbefällen. Die häufigste Krebstodesursache ist bei Männern mit einem Anteil von 26 % der Gesamtkrebssterbefälle der Lungenkrebs (RKI 2010a).

³ Aktuelle Daten über die tatsächlichen Neuerkrankungsraten aus dem Jahr 2010 lagen bis zur Veröffentlichung des Gutachtens von Seiten des RKI nicht vor.

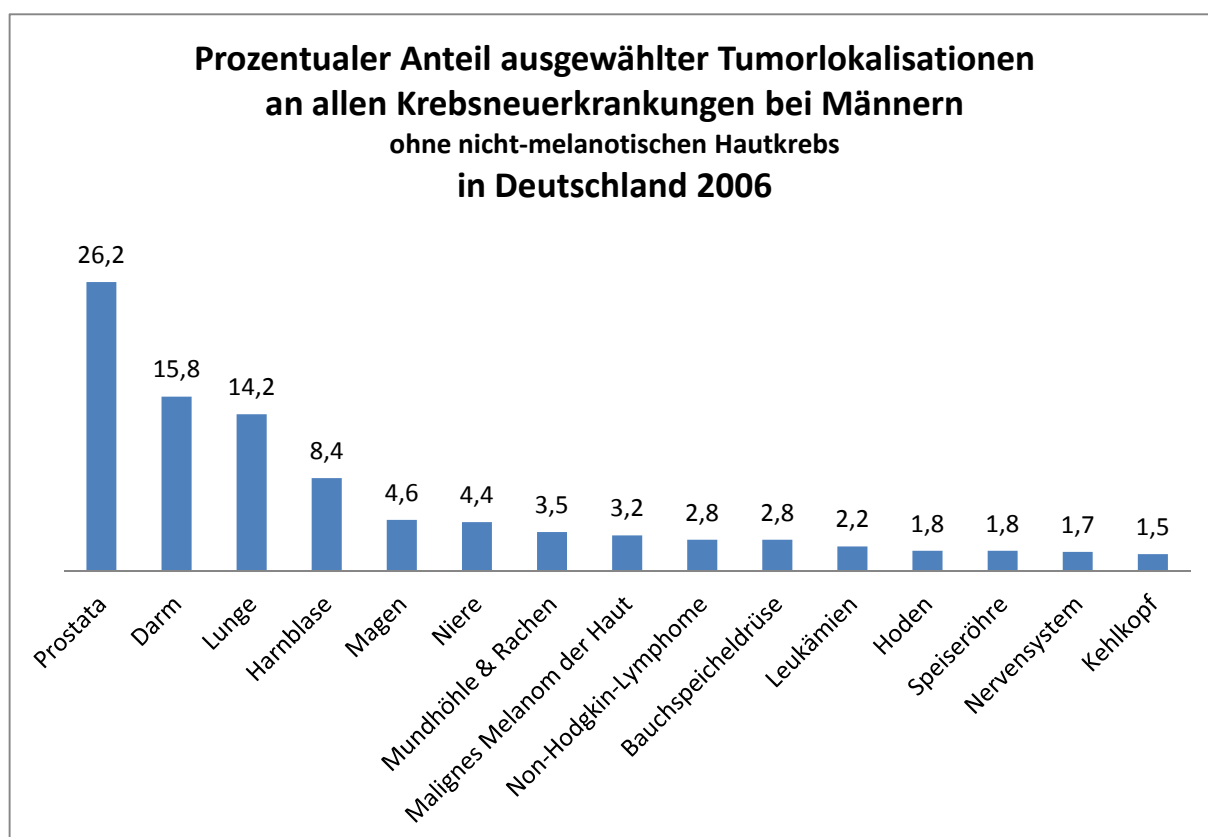


Abbildung 1: Prozentualer Anteil ausgewählter Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen bei Männern ohne nicht-melanotischen Hautkrebs in Deutschland 2006

(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an RKI 2010a)

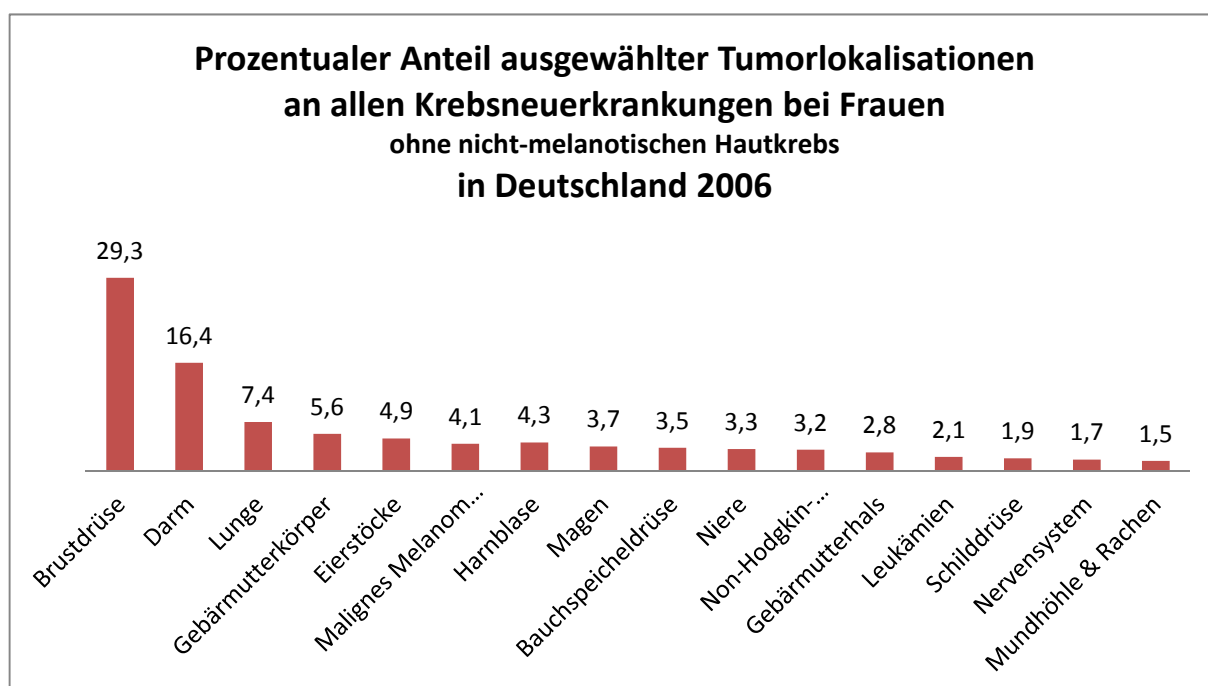


Abbildung 2: Prozentualer Anteil ausgewählter Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen bei Frauen ohne nicht-melanotischen Hautkrebs in Deutschland 2006

(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an RKI 2010a)

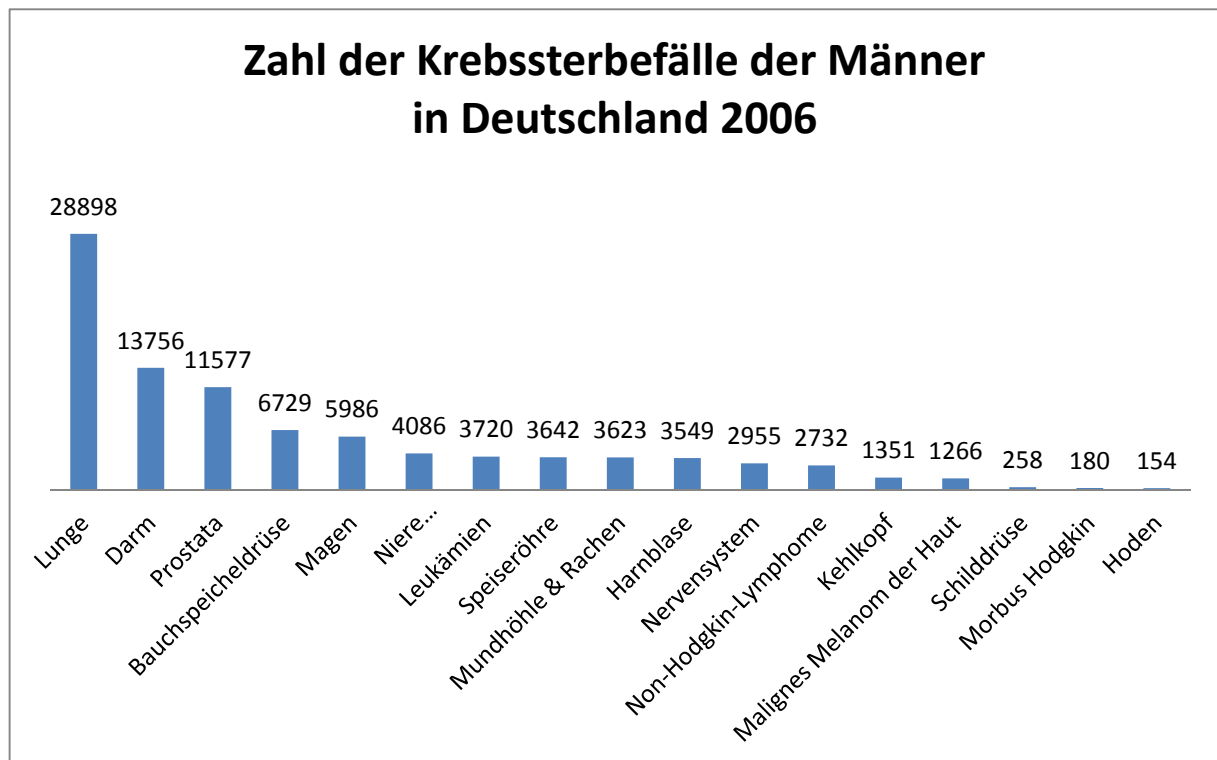


Abbildung 3: Zahl der Krebssterbefälle der Männer in Deutschland 2006

(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an RKI 2010a)

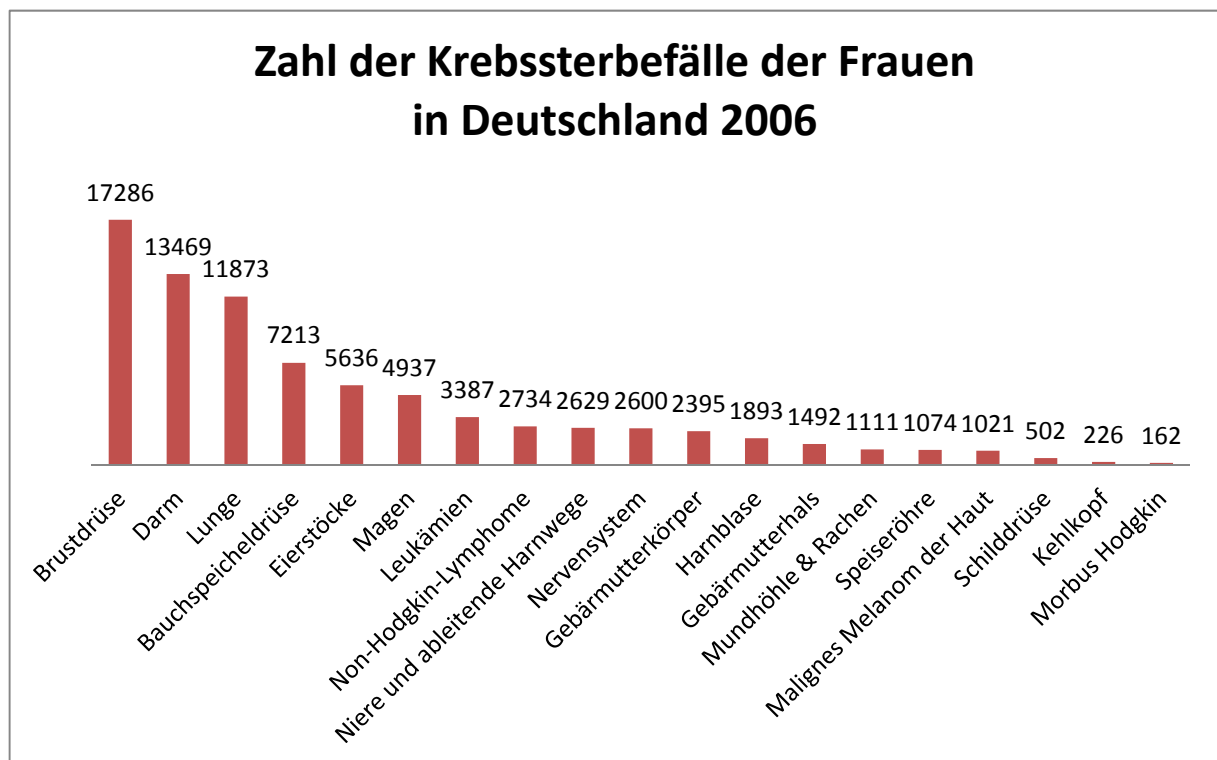


Abbildung 4: Zahl der Krebssterbefälle der Männer in Deutschland 2006

(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an RKI 2010a)

Durch Einführung von Screening-Programmen und weiteren Früherkennungsmaßnahmen, wie dem bundesweiten Mammographie-Screening-Programm, werden heute Neuerkrankungen bereits im Frühstadium entdeckt. Folglich ist davon auszugehen, dass dadurch die Gesamtzahl der erfassten Neuerkrankungen zunächst steigen wird. Dies lässt sich bereits am Beispiel der Brustkrebsinzidenzraten erkennen (RKI 2010b).

2.1.2 Behandlungsfälle in der Onkologie aufgeteilt nach Leistungssektoren

Die Ergebnisse von Lungen und Rath, veröffentlicht im Krankenhaus-Report 2010 zeigen, dass die Zahl der vollstationären onkologischen Fällen mit 1,5 Mio. pro Jahr im Analysezeitraum 2006 bis 2008 weitgehend konstant blieb und sogar einen leichten Rückgang (-0,45 %) verzeichnete. Auch bei den kurzen Verweildauern (≤ 2 Tage) blieb die Zahl mit rund 400.000 Fällen nahezu unverändert (-0,58 %). Ein weiteres Untersuchungsergebnis war, dass etwa 26,7 % dieser insgesamt 1,9 Mio. Fälle hätten ambulant erbracht werden können (Lungen & Rath 2010). Unter Einbezug der ca. 130.000 teilstationären Fälle würde sich der Anteil auf etwa 33 % erhöhen. Im Jahr 2007 hätten insgesamt rund 553.000 Fälle in den ambulanten Bereich verschoben werden können⁴ (Lungen & Rath 2010).

Unter der Annahme, dass die vollstationären Fälle, inklusive der Fälle mit kurzer Verweildauer, und die teilstationären Fälle in etwa gleich bleiben, wächst das Potential des ambulanten Versorgungsgebietes in der Onkologie somit stetig weiter. Der Anteil der ambulant erbrachten Leistungen an der Versorgung von Krebspatienten betrug bereits im Jahr 2009 etwa 90 % (BMG 2009a).

Die fortschreitende Verschiebung der Onkologischen Versorgung in den ambulanten Bereich erfordert eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Entwicklung der an der Versorgung von onkologischen Patienten beteiligten ärztlichen Leistungserbringern.

⁴ Dies hätte für den ambulanten Bereich, bei 3,8 Mio. Fällen im Jahr 2007, eine Steigerung um 12,7 % bedeutet (Lungen & Rath 2010).

2.1.3 Ärztliche Leistungserbringer in der Onkologie

Das onkologische Versorgungsgeschehen in Deutschland ist durch eine Vielzahl an unterschiedlichen ärztlichen Leistungserbringern aus den verschiedenen Sektoren geprägt. Dazu zählen Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Gynäkologen mit der Schwerpunktbezeichnung gynäkologische Onkologie sowie Ärzte die zu ihrer Facharztausbildung eine Zusatzausbildung im Bereich Medikamentöse Tumorthherapie absolviert haben. Mit dem Ziel eine optimale medizinische Versorgung zu gewährleisten, sind qualitativ hochwertige und standardisierte Aus- Fort- und Weiterbildungen unabdingbar.

Die Weiterbildungsordnung ist für alle in Deutschland zugelassenen Ärzte gleich, unabhängig ob das Tätigkeitsfeld im ambulanten oder stationären Sektor liegt.

Zuständig für die ärztliche Weiterbildung sind die Landesärztekammern. Somit sind auch die individuelle Weiterbildungsordnung, -richtlinie und Kurs- und Logbücher der zuständigen Landesärztekammer für den jeweiligen Arzt als Mitglied rechtsverbindlich (Bundesärztekammer 2011).

2.1.3.1 Ärztliche Weiterbildungen in der Onkologie

Facharztweiterbildungen und Schwerpunktkompetenzen, die eine jeweils auf das Fach bezogene onkologische Aus- und Weiterbildung beinhalten, sind die Weiterbildungen zum Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und zum Facharzt für Gynäkologie mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie⁵ (Bundesärztekammer 2010)⁶.

Entsprechend den aktuellsten Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes vom April 2011, stellt sich die Entwicklung aller in Deutschland an der vertragsärztlichen onkologischen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte⁷ der beiden oben genannten Facharztgruppen in den Jahren 2005 bis 2010 wie in Tabelle I aufgezeigt dar. (gbe-Bund 2011a):

⁵ Im folgenden Text werden die Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie auch als Hämatologen und Onkologen, die Fachärzte für Gynäkologie mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie als gynäkologische Onkologen bezeichnet.

⁶ Weiterhin gibt es die Weiterbildung zum Facharzt der Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kinder-Hämatologie und Onkologie.

⁷ Nach dem Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung:

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte (kurz: teilnehmende Ärzte) sind Ärzte, die Patienten der gesetzlichen Krankenkassen ambulant behandeln dürfen.

Sie können Vertragsärzte, Partner-Ärzte, angestellte Ärzte oder ermächtigte Ärzte sein.

Jahr	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Innere Hämatologie & Onkologie	728	798	895	962	1024	1082
Gynäkologische Onkologie	--	55	106	148	205	243

Tabelle 1: Gesamtzahl der an der vertragsärztlichen onkologischen Versorgung teilnehmenden Ärzte differenziert in die Facharztgruppen Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Gynäkologische Onkologie (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an gbe-Bund 2011a)

Die Bevölkerungszahl in Deutschland lag 2010 bei etwa 81,6 Mio. (Statistisches Bundesamt 2011b). Das bedeutet, dass auf 100.000 Einwohner 1,326 Hämatologen und Onkologen und etwa 0,33 gynäkologische Onkologen kamen. Beim Vergleich der Bezugsgrößen muss man beachten, dass gynäkologische Onkologen ausschließlich von Frauen konsultiert werden. Der Frauenanteil der deutschen Bevölkerung liegt bei etwa 51 % (Statistisches Bundesamt 2011), was einer Anzahl von 41.616.000 entspricht. Auf 100.000 Frauen kommen so 0,58 gynäkologische Onkologen.

Für das Jahr 2010 liegen sowohl die Gesamtzahlen aller in der vertragsärztlichen onkologischen Versorgung tätigen Ärzte vor, als auch eine differenzierte Aufspaltung der Verteilung der Vertragsärzte entsprechend dem Status im GKV-System.

Diese gliedert sich wie in Tabelle 2 gezeigt (gbe-Bund 2011a):

	An der vertragsärztlichen onkologischen Versorgung teilnehmende Ärzte gesamt	Vertragsärzte⁸	Partner-Ärzte⁹	Angestellte Ärzte¹⁰	Ermächtigte Ärzte¹¹
Innere Hämatologie & Onkologie	1082	771	13	42	256
Gynäkologische Onkologie	243	94	4	2	142

Tabelle 2: Verteilung der an der vertragsärztlichen onkologischen Versorgung teilnehmenden Ärzte differenziert nach ihrem Status im GKV-System im Jahr 2009

(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an gbe-Bund 2011a)

Bei ermächtigten Ärzten im Sinne des § 116 SGB V handelt es sich um Krankenhausärzte, die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt wurden (siehe auch Kapitel 2.2.4.2.1 Persönliche Ermächtigung). In Bezug auf die Gesamtzahl der an der onkologischen Versorgung teilnehmende Ärzte beträgt der Anteil der ermächtigten Ärzte bei den Hämatologen und Onkologen 24 % und bei den gynäkologischen Onkologen etwa 58 %.

⁸ Nach dem Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung:

Jeder Vertragsarzt ist Mitglied einer Kassenärztlichen Vereinigung, die die von den Krankenkassen zur Verfügung gestellte Gesamtvergütung als Honorare an die Mitglieder auszahlt. Will sich ein Arzt als Vertragsarzt niederlassen, so darf er dies bis auf wenige Ausnahmeregelungen nur in offenen Planungsbereichen (GBE-Bund 2011).

⁹ Nach dem Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung:

Ein Arzt kann sich auch in einem geschlossenen Planungsbereich niederlassen, wenn er in einer Berufsausübungsgemeinschaft (ehemals Gemeinschaftspraxis) der Partner eines bereits zugelassenen Kollegen wird. Beide müssen sich aber dazu verpflichten, gemeinsam nicht wesentlich mehr Leistungen zu erbringen, als es der bereits zugelassene Kollege bisher getan hat. (§ 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) (GBE-Bund 2011).

¹⁰ Nach dem Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung:

Vertragsärzte dürfen drei teil- oder vollzeitbeschäftigte Ärzte in ihrer Praxis auf Dauer anstellen. Bei medizinisch-technischen Leistungen dürfen vier teil- oder vollzeitbeschäftigte Ärzte angestellt werden, auf Antrag können auch mehr Mediziner angestellt werden. Voraussetzung der Arztanstellung in geschlossenen Planungsbereichen ist, dass sich der Leistungsumfang der Praxis nicht um mehr als drei Prozent vergrößert. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) dürfen ebenfalls angestellte Ärzte beschäftigen (GBE-Bund 2011).

¹¹ Nach dem Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung:

Gesetzlich krankenversicherte Patienten werden ambulant in der Regel von sogenannten Vertragsärzten versorgt. An der vertragsärztlichen Versorgung können aber auch andere Mediziner teilnehmen: ermächtigte Ärzte. Der Zulassungsausschuss, ein von der örtlichen Kassenärztlichen Vereinigung und von den Krankenkassen besetztes Gremium, kann Ärzte ermächtigen, gesetzlich Versicherte zu behandeln, wenn z.B. eine Unterversorgung der Bevölkerung besteht oder droht. Dabei legt der Ausschuss genau fest, wie lange, wo und in welchem Umfang der Arzt tätig sein darf. Auch ausländische Mediziner, Krankenhaus-Ärzte und Institutionen können ermächtigt werden (GBE-Bund 2011).

Bei einer Analyse der Daten, die über die Internetsuchmasken der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zusammengetragen¹² wurden, ergibt sich die Verteilung der niedergelassenen Facharztgruppen über die einzelnen Bundesländer wie in

Tabelle 3 dargestellt.

	Innere Hämatologie & Onkologie	Je 100.000 Einwohner	Gynäkologische Onkologie	Je 100.000 Frauen (Frauenanteil 51 %)
Baden Württemberg	151	1,41	20	0,36
Bayern	174	1,39	9	0,14
Berlin	65	1,88	9	0,51
Brandenburg	20	0,8	5	0,39
Bremen	18	2,72	1	0,3
Hamburg	19	1,07	8	0,88
Hessen	53	0,87	9	0,29
Mecklenburg Vorpommern	13	0,79	nicht identifizierbar	--
Niedersachsen	157	1,98	28	0,69
Nordrhein Westfalen	198	1,11	11	0,12
Rheinland Pfalz	50	1,25	22	1,08
Saarland	8	0,78	nicht identifizierbar	--
Sachsen	25	0,60	15	0,71
Sachsen Anhalt	12	0,51	nicht identifizierbar	--
Schleswig Holstein	37	1,31	7	0,48
Thüringen	1	0,04	nicht identifizierbar	--

Tabelle 3: Verteilung der an der vertragsärztlichen ambulant onkologischen Versorgung teilnehmenden niedergelassenen Ärzte auf die Bundesländer

(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an KBV 2011b)

Addiert man die regionalen Ergebnisse zu nationalen Gesamtergebnissen auf und vergleicht sie mit den Angaben aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, so liegen die Ergebnisse bei den Hämatologen und Onkologen um 8 %, und bei den gynäkologischen Onkologen um 69 % niedriger. Im Bereich der gynäkologischen Onkologen könnte diese markante Abweichung u. a. darin begründet liegen, dass in 4 Bundesländern¹³ der Anteil der Gynäkologen mit onkologischem Schwerpunkt innerhalb der gesamten Facharztgruppe nicht zu identifizieren war. Zudem sind nach Aussage der KBV in den Internetsuchmasken der KVen überwiegend die ermächtigten Ärzte nicht hinterlegt

¹² Recherche am 17.05.2011

¹³ Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen und Thüringen.

(KBV 2011d). Auch muss berücksichtigt werden, dass diese Form der Recherche darauf angewiesen ist, dass die Zahlen bei den KVen fortlaufend eingepflegt und aktualisiert werden. Außerdem muss über die Filtermechanismen eine eindeutige Zuordnung erfolgen können. Dafür müssen bei der Dateneingabe alle Fach- und Zusatzausbildungen exakt eingegeben werden und die Filter müssen so angelegt sein, dass zum Einen Redundanzen ausgeschlossen sind und zum Anderen kein Arzt „verloren“ geht.

Abbildung 5 stellt die grafische Verteilung der so identifizierten Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie je 100.000 Einwohner, Abbildung 6 die der gynäkologische Onkologie je 100.000 Frauen auf die Bundesländer dar.

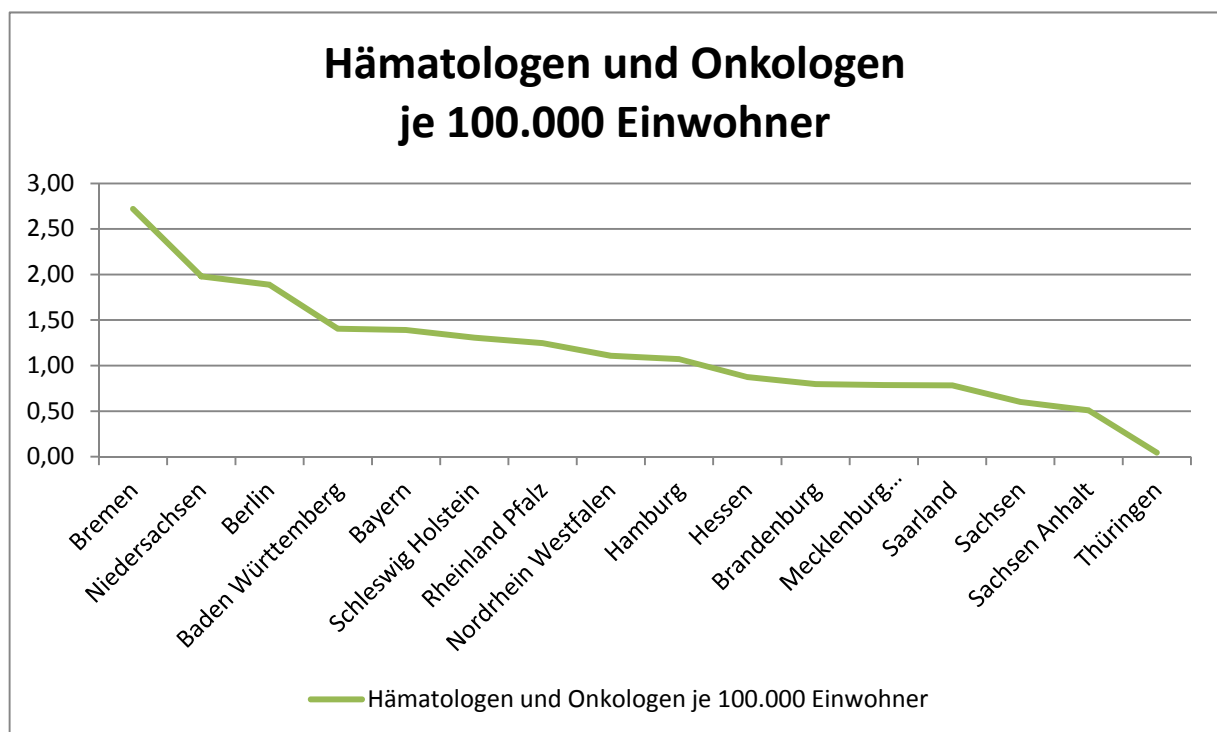


Abbildung 5: Hämatologen und Onkologen je 100.000 Einwohner

(Quelle: eigene Darstellung)

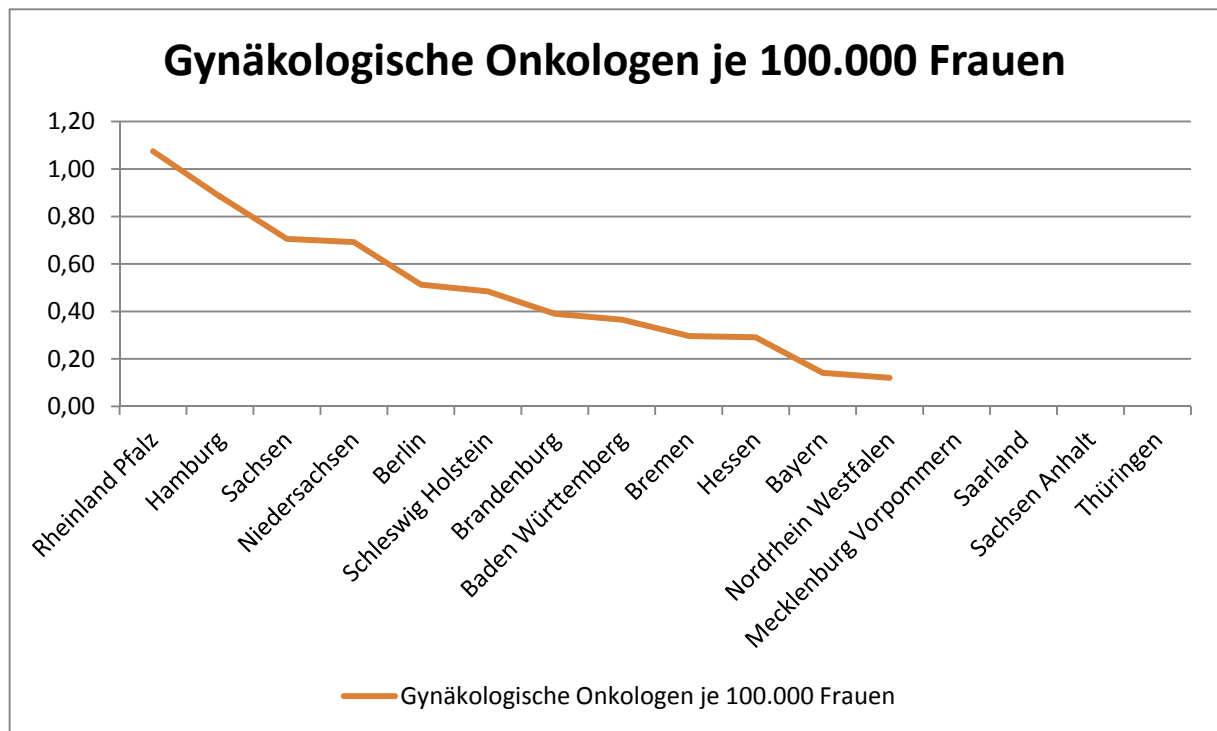


Abbildung 6: Gynäkologische Onkologen je 100.000 Frauen

(Quelle: eigene Darstellung)

Bei der Verteilung der Gynäkologischen Onkologen auf die Frauen (angenommener Frauenanteil 51 % an der deutschen Bevölkerung) kann aufgrund der Unzuverlässigkeit der Zahlen die sich im Fehlen der Zahlen aus dem Saarland, Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen und der starken Abweichung zu den Gesamtzahlen der KBV von 2010 begründet, keine weitere Aussage getroffen werden.

2.1.3.2 Medikamentöse Tumorthherapie

Die Zusatzausbildung Medikamentöse Tumorthherapie „[...] umfasst in Ergänzung zu einer Facharzt-kompetenz die Anwendung und Überwachung der medikamentösen Therapie solider Tumorerkrankungen des jeweiligen Gebietes einschließlich supportiver Maßnahmen und der Therapie auftretender Komplikationen“ (Bundesärztekammer 2010). Für Ärzte, die eine Facharztanerkennung auf dem Gebiet Chirurgie, Innere Medizin oder Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie oder Neurologie oder Urologie haben, besteht die Möglichkeit, diese 12-monatige Zusatzausbildung zu absolvieren (Bundesärztekammer 2010).

Bei den Fachärzten der Inneren Medizin und Hämatologie und Onkologie, Fachärzten der Gynäkologie mit der Schwerpunktbezeichnung gynäkologische Onkologie, Fachärzten der Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kinder-Hämatologie und Onkologie, Fachärzten der Inneren Medizin und Pneumologie, Fachärzten der Inneren Medizin und Gastroenterologie und den Fachärzten der Strahlentherapie ist die Medikamentöse Tumorthherapie Bestandteil der Facharztausbildung (Bundesärztekammer 2010).

Mit dem Ziel, die Anzahl der niedergelassenen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte zu erfassen, die zu ihrer Facharztausbildung die Zusatzausbildung der Medikamentösen Tumorthherapie gemacht haben, wurde ebenfalls über die im Internet zugängigen Arztsuchmasken der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen recherchiert¹⁴. Da es keine andere amtliche Statistik gibt, wurden diese Quellen verwendet¹⁵.

Die Ergebnisse sind in

Tabelle 4 zusammengefasst.

¹⁴ Recherchiert wurden die Zahlen am 10.03.2011.

¹⁵ Allerdings erscheint Skepsis in Bezug auf die Qualität der Daten angebracht. Für die Gesamtzahlen wird bei den Suchmasken „Medikamentöse Tumorthherapie“ in dem Feld „Zusatzbezeichnungen“ eingegeben. Um die Einzelnen Fachärzte mit der Zusatzausbildung zu identifizieren wird die entsprechende Angabe im Feld „Fachgebiet/Schwerpunkt“ gemacht. Der Erfolg der Suche ist entsprechend abhängig von der Genauigkeit und der Vollständigkeit der eingegebenen Daten. Zweifel an der Vollständigkeit könnten sich z. B. im Bezug auf die Zahlen in Sachsen daraus ergeben, dass die Bundesärztekammer im April 2011 auf ihrer Internetseite (<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.8.5627.9197>) veröffentlicht hat, dass im Jahr 2010 25 Ärzte die Zusatzausbildung Medikamentöse Tumorthherapie erfolgreich abgeschlossen haben. Bei einer recherchierten Gesamtzahl von 58 würde die bedeuten, dass das etwa 43% der gesamten Ärzte mit dieser Ausbildung wären und es vorher nur 33 in Sachsen gab.

	Gesamt	Facharzt für Innere Medi- zin	Facharzt für Frauen- heilkunde	Facharzt für Urologie	Weitere Fachärzte nicht weiter aufgesplittet
Baden Württemberg	372	34	19	309	10
Bayern	236	37	20	169	10
Berlin	14	2	3	4	5
Brandenburg	14	0	0	14	0
Bremen	8	0	1	4	3
Hamburg	12	0	0	12	0
Hessen	81	6	3	65	7
Mecklenburg Vorpommern	28	0	7	20	1
Niedersachsen	75	9	8	52	5
Nordrhein Westfalen	150	20	6	115	9
Rheinland Pfalz	119	23	2	88	6
Saarland	11	1	0	10	0
Sachsen	58	5	2	49	2
Sachsen Anhalt	39	9	4	25	1
Schleswig Holstein	53	0	5	44	4
Thüringen	41	8	5	22	6
Gesamt	1.311	154	85	1.002	69

Tabelle 4: Fachärzte mit der Zusatzausbildung Medikamentöse Tumorthherapie

(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an KBV 2011b)

Es zeigt sich, dass etwa 76,5 % der insgesamt 1.311 gezählten Ärzte mit der Zusatzausbildung Medikamentöse Tumorthherapie Fachärzte der Urologie, etwa 12 % Fachärzte der Inneren Medizin und etwa 6,5 % Fachärzte für Frauenheilkunde sind. Die nicht erfassten 5 % verteilen sich auf die übrigen Facharztgruppen, für die diese Zusatzausbildung möglich ist.

Bei der grafischen Darstellung der Anzahl der Ärzte mit der Zusatzausbildung Medikamentöse Tumorthherapie, verteilt auf je 100.000 Einwohner, bzw. je 100.000 Frauen¹⁶ bei den Fachärzten für Frauenheilkunde mit Zusatzausbildung, ergibt sich das ein Bild wie in Abbildung 7 dargestellt.

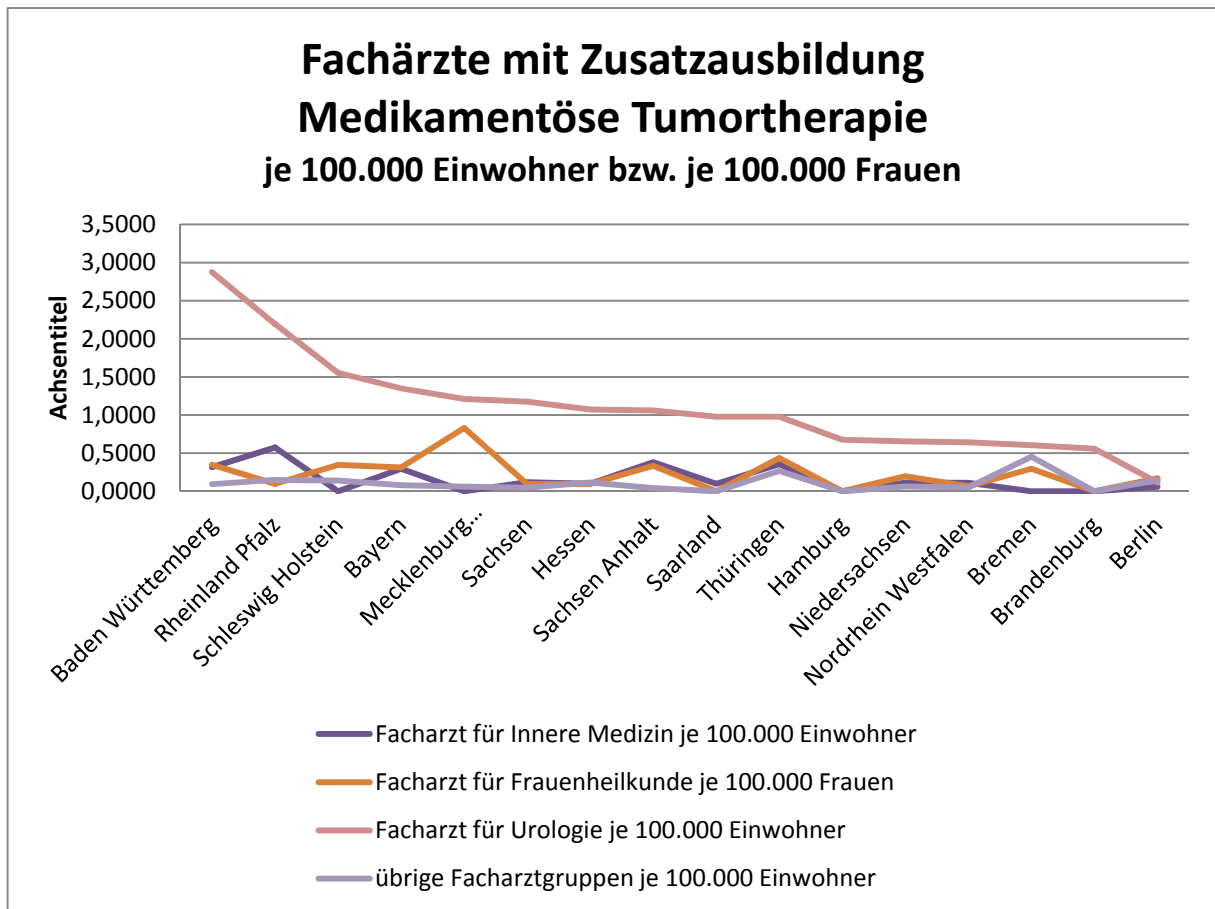


Abbildung 7: Fachärzte mit Zusatzausbildung Medikamentöse Tumorthherapie je 100.000 Einwohner bzw. je 100.000 Frauen

(Quelle: eigene Darstellung)

Als Fazit kann man konstatieren, dass sich für Deutschland ein heterogenes Bild ergibt.

¹⁶ Frauenanteil 51 % an der Bevölkerung Deutschlands

2.2 Rahmenbedingungen und Strukturelemente der ambulanten Onkologie

Im Bereich der onkologischen Versorgung, im gesetzlichen Krankenversicherungssystem, gibt es unterschiedliche Betriebsformen, divergente Zulassungsbedingungen mit uneinheitliche Qualifikations- und Qualitätsanforderungen sowie verschiedene Vergütungssysteme der Leistungserbringer. Daher ist es für die Entwicklung eines einheitlichen Ordnungs- und Organisationsrahmen für die ambulante Onkologie unabdingbar, die für die Sektoren gegebenen Rahmenbedingungen und Strukturelemente aufzuzeigen und zu vergleichen.

Zunächst wird in Kapitel 2.2.1 auf die vertragsärztliche onkologische Versorgung und in diesem Zusammenhang auf die Onkologie-Vereinbarung eingegangen. Dem gegenüber werden in Kapitel 2.2.2 die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus kurz aufgezeigt und in diesem Kontext die Zulassung zur ambulanten spezialärztlichen Behandlung gemäß § 116b SGB V erläutert. In Kapitel 2.2.3 werden die Bedarfsplanung der niedergelassenen Ärzte und die Krankenhausplanung, inklusive der Hochschulambulanzen als weiterer möglicher Leistungserbringer in der ambulant ärztlichen Versorgung, so wie die grundsätzliche Unabhängigkeit der Steuerungsinstrument und Sektoren voneinander dargestellt. In diesem Kontext soll die Frage beantwortet werden, ob bei Zulassungen von Krankenhäusern gemäß § 116 b SGB V, es auch zu sektorenübergreifenden Formen von Bedarfsplanung kommt.

Im darauf folgenden Kapitel 2.2.4 wird aufgezeigt, wie Zulassungen der oben genannten Player erfolgen. Es wird beschrieben welche Ärzte und Einrichtungen unter welchen Bedingungen an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen können und im Gegenzug dazu, welche Auflagen Krankenhäuser erfüllen müssen, um eine Zulassung gemäß § 116 b SGB V beantragen zu können. Ziel ist ein Vergleich der Vertrags- und Zulassungsbedingungen.

Um die aktuell geltende Vergütungsstruktur in den verschiedenen Sektoren in Bezug auf die ambulant onkologische Versorgung geht es im Kapitel 2.2.5, bevor Kapitel 2.2.6 auf die allgemeine Finanzierung eingeht. Eventuelle Ungleichgewichte hinsichtlich der Vergütung vergleichbarer ambulanter Leistungen werden herausgearbeitet. Gleiches gilt für die Finanzierung, wobei zusätzlich auf die Unterschiede in der Krankenhausinvestitionsförderung der Länder eingegangen wird.

Eine weitere Heterogenität in Bezug auf die Leistungserbringung geht mit den unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und einem daraus resultierenden Wettbewerbsvorteil einher, wie in Kapitel 2.2.7 dargestellt.

Abschließend wird in Kapitel 2.2.8 der Arzneimittelmarkt in die Gesamtbetrachtung einbezogen.

2.2.1 Die vertragsärztliche onkologische Versorgung und die Onkologie-Vereinbarung

Bis Mitte der 80-er Jahr war die onkologische Behandlung den Krankenhäusern vorbehalten. Die Vertragsärzte waren ausschließlich für die Nachsorge von behandelten Patienten zuständig. Mit dem Ziel Versorgungsengpässe durch die begrenzte Versorgungskapazität der Krankenhäuser zu vermeiden, kam es zu den ersten Verschiebungen vom stationären in den ambulanten Sektor. Im Zuge dieser Verlagerung sollte die Qualität der Behandlung der Vertragsärzte verbessert und gefördert werden (Karger 2011). Am 12.11.1984 ist vor diesem Hintergrund der erste Onkologie-Vertrag über die vertragsärztliche Behandlung von Krebspatienten geschlossen worden und zum 01.01.1985 in Kraft getreten. Der Vertrag regelte die fachlichen Anforderungen an den teilnehmenden Arzt, die ärztliche Betreuung, die organisatorischen Anforderungen, Kooperationen und die Abrechnung. Vertragspartner waren die Kassenärztlichen Bundesvereinigung einerseits, sowie die am Vertrag teilnehmenden Verbände der Krankenkassen (Karger 2011).

Zum 01.07.1994 folgte die „Onkologie-Vereinbarung, Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung“ die zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den teilnehmenden (Landes-)Verbänden der Krankenkassen individuell geschlossen wurden (u.a. KBV / VdAK 1995, Deutsches Ärzteblatt 1995b).

Am 01.07.1995 trat eine Neufassung der Onkologie-Vereinbarung als Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen¹⁷ in Kraft, die zwischen Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen geschlossen wurde (Deutsches Ärzteblatt 1995).

Zum Ende des Jahres 2008 hatten die Krankenkassen die Vereinbarung zur Onkologie gekündigt, da sie ihr Verhandlungsmandat an den GKV-Spitzenverband abgeben mussten. Bis zur neuen Onkologie-Vereinbarung, die am 01.10.2009 in Kraft trat, gab es regionale Übergangsregelungen (KBV 2010). Mit der neuen Onkologie-Vereinbarung wurde erstmals ein bundeseinheitlicher Rahmen für die Behandlung krebserkrankter Patienten geschaffen (KBV 2010).

Vergleicht man die Onkologie-Vereinbarungen, wie sie sich im Laufe der Jahre verändert haben, so zeigt sich, dass die Zugangsvoraussetzungen für die Ärzte immer restriktiver geworden sind und damit einhergehend die Strukturqualität der Versorgung verbessert wurde (Onkologie 1985, KBV / VdAK 1995, Deutsches Ärzteblatt 1995b).

¹⁷ „Im Bundesmantelvertrag gemäß § 87 Abs. I SGB V werden Regelungen zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung, zur persönlichen Leistungserbringung, zur Praxisgebühr und zu Überweisungen und Verordnungen getroffen. Derzeit gibt es noch einen BMV-Ä (Primärkassen) sowie einen EKV (Ersatzkassenvertrag) (GKV Spitzenverband 2011).

Ein Antrag auf Teilnahme kann nur von onkologisch qualifizierten Ärzten¹⁸ gestellt werden. Seine fachliche Qualifikation muss der onkologisch qualifizierte Arzt gemäß § 3 Abs. 2 der Onkologie-Vereinbarung durch eine abgeschlossene Weiterbildung mit dem Schwerpunkt Hämatologische und internistische Onkologie (Weiterbildung Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie) oder eine Facharztweiterbildung mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie oder eine Facharzt - bzw. Gebietsbezeichnung, die diese Inhalte erfüllt, nachweisen (Onkologie Vereinbarung 2009).

Der Antrag auf Teilnahme muss gemäß § 2 der Onkologie-Vereinbarung schriftlich bei der zuständigen KV gestellt werden. Erst nach positiver Prüfung der einzureichenden Nachweise über die Erfüllung der Qualifikationsvoraussetzungen, die in § 3 der Vereinbarung verankert sind, erfolgt eine Genehmigung. Der Arzt muss jährlich nachweisen, dass er die Voraussetzungen zur Teilnahme erfüllt. Ist dies nicht der Fall, endet die Teilnahme an der Vereinbarung (Onkologie Vereinbarung 2009). Die Mindestmengenregelungen sollen die Qualität der Behandlung sichern, wobei in dünn besiedelten Gebieten regionale Abweichungen möglich sind (KBV 2010).

Die Vergütung für die onkologische Behandlung, soweit sie im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung durchgeführt wird, erfolgt für die Ärzte, die an der Vereinbarung teilnehmen, über Pauschalen (KBV 2010). Die bei Berechnung der Pauschalen nicht mehr abrechenbaren Gebührenordnungspositionen des EBM werden nur noch von den Ärzten abgerechnet, die an der ambulanten onkologischen Versorgung aber nicht an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen. (Näheres zur Vergütung siehe Kapitel 2.2.5 Vergütungsstruktur der ambulant onkologischen Behandlung)

Da nicht alle Ärzte zum Zeitpunkt der Umstellung die Bedingungen zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung erfüllten, und auch bis heute nicht erfüllen, aber die Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten Versorgung krebskranker Patienten weiterhin gewährleistet werden sollte, wurden in vielen Bundesländern Übergangsregelungen eingeführt. Mit dem gleichen Ziel wurden Ergänzungsvereinbarungen zur geltenden Onkologie-Vereinbarung mit Wirkung für das Jahr 2011 geschlossen (Näheres dazu siehe Kapitel 2.2.4.1 Zulassung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung).

¹⁸ Onkologisch qualifizierter Ärzte im Sinne des § 1 Abs. 4 der Onkologie-Vereinbarung, Stand 01.10.2009, ist der Vertragsarzt, der die ambulante Behandlung nicht nur ganz oder teilweise selbst durchführt, sondern zusätzlich die Gesamtbehandlung entsprechend einem einheitlichen Therapieplan – unabhängig von notwendigen Überweisungen – leitet und mit den durch Überweisung zugezogenen Ärzten koordiniert.

2.2.2 Krankenhäuser in der ambulanten onkologischen Versorgung

Für Krankenhäuser besteht keine generelle ambulante Behandlungsmöglichkeit. Es gibt jedoch unterschiedliche Versorgungsformen, im Rahmen derer die ambulante Behandlung von Patienten im Krankenhaus möglich gemacht wird. Die zahlreichen Reformen des Gesetzgebers in den letzten Jahren haben zu einer immer stärkeren Diversifizierung dieser ambulanten Versorgungsformen im Krankenhaussektor geführt (Wissenschaftsrat 2010). Siehe Abbildung 8:

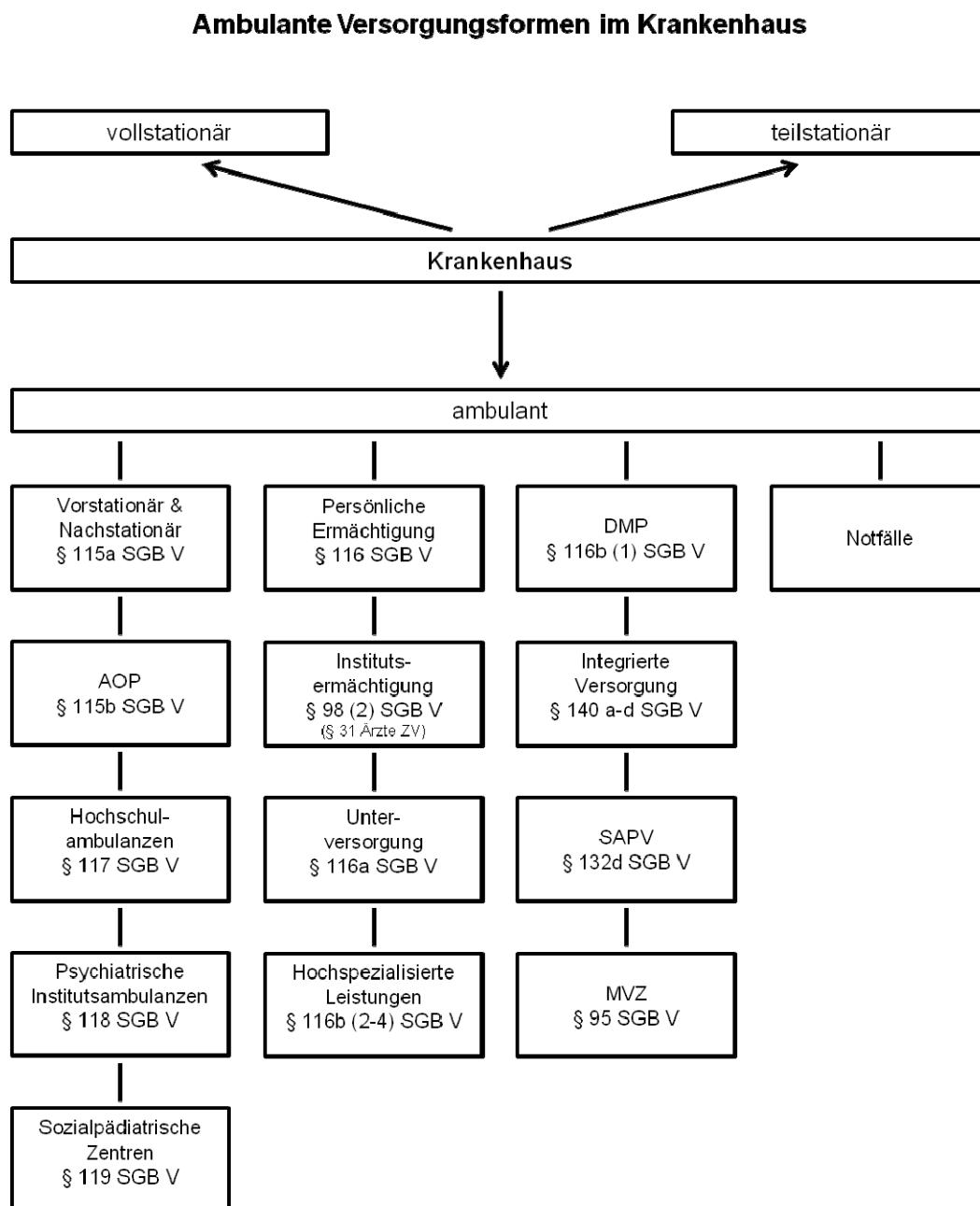


Abbildung 8: Ambulante Versorgungsformen im Krankenhaus

Quelle: Wissenschaftsrat 2010

Zum Einen sind diese Reformschritte Hinweise auf das generelle Voranschreiten der Verlagerung der Behandlungen in den ambulanten Bereich. Zum Anderen sind sie Zeichen dafür, dass es von dem Gesetzgeber immer weiter forciert wird, dass die Krankenhäuser an dieser Versorgungsform teilnehmen (Wissenschaftsrat 2010).

Im Rahmen des Gutachtens steht die Zulassung der Krankenhäuser gemäß § 116b SGB V im Vordergrund. Die Behandlung onkologischer Erkrankungen ist dort explizit im Absatz 3 als seltene Erkrankung und Erkrankung mit besonderem Krankheitsverlauf mit aufgeführt.

Auf die Persönliche Ermächtigung wird in Kapitel 2.2.4.2.1 Persönliche Ermächtigung“ und auf die Institutsermächtigung in Kapitel 2.2.4.2.2 Institutsermächtigung“ eingegangen .

Der § 116 b SGB V wurde am 01. Januar 2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) neu eingeführt (GMG 2003). Die Idee war, den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, Krankenhäuser im Rahmen von Selektivverträgen in die ambulante Leistungserbringung zu integrieren. Ziel war es, strukturierte Behandlungsprogramme auch bezeichnet als Disease Management Programme (DMP) gemäß § 137g SGB V durchzuführen und den teilnehmenden Versicherten die „Versorgung aus einer Hand“ anbieten zu können (BT-Drucksache 15/1525, 2003). Weiterhin konnten Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über ambulante Behandlungen im Krankenhaus bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, bestimmt durch den Gesetzgeber in Absatz 3 des § 116b SGB V geschlossen werden. Die Krankenhäuser konnten nur unter der Voraussetzung, dass sie die Qualitätsanforderungen mindestens auf dem Niveau der für die fachärztliche Versorgung geltenden Qualitätsvoraussetzungen erfüllten, teilnehmen (BT-Drucksache 15/1525, 2003).

Neben dem zwingend wissenschaftlich belegten medizinischen Nutzen der entsprechenden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wurde vom Gesetzgeber verlangt, dass die Leistungserbringung im Krankenhaus medizinisch notwendig sein muss. Als Indikator wurde dafür in der Begründung das mögliche Gefährdungspotential für den Patienten oder für Dritte angegeben.

Weiterhin stand in der Begründung, dass darüber hinaus auch beispielsweise Diagnostiken und Therapien seltener Erkrankungen so hohe Anforderungen an die Strukturqualität stellen können, dass spezialisierte Zentren mit besonders qualifizierten Ärzten besonders geeignet seien. Bei Krankheitsverläufen, die typischerweise zu wiederkehrenden stationären Aufenthalten führen, könne sich die Notwendigkeit einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus darin begründen, dass „ein durchgängig abgestimmtes Versorgungskonzept aus einer Hand therapeutisch erforderlich ist“ (BT-Drucksache 15/1525, 2003). Nicht zuletzt zählte in der Begründung das Argument der Wirtschaftlichkeit. So können zum Beispiel medizinische Geräte die ursprünglich in der stationären Behandlung eingesetzt wurden nun in der ambulanten Leistungserbringung zum Einsatz kommen (BT-Drucksache 15/1525, 2003).

Die Vergütung der vom Krankenhaus erbrachten ambulanten Leistungen erfolgte unmittelbar von den Krankenkassen. Maßstab war die entsprechende Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung (BT-Drucksache 15/1525, 2003).

Einzelheiten zur Verfügung siehe Kapitel 2.2.5.2 Vergütung der ambulanten Krankenhausleistungen“.

Die Regelung des § 116b SGB V in der Ausgestaltung durch das GMG wurde kaum umgesetzt. Als ein wesentlicher Grund wurde angeführt, dass die Krankenkassen die Kosten freiwillig abgeschlossener Verträge scheuten, da sie eine Doppelfinanzierung ambulanter Leistungen befürchteten, da eine Bereinigung der ambulanten vertragsärztlichen Gesamtvergütungen gesetzlich nicht vorgesehen war (Leber 2005).

Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) wurde der § 116b SGB V zum 01. April 2007 dahin gehend geändert, dass den Krankenkassen die Möglichkeit entzogen wurde, die Krankenhäuser per vertraglicher Vereinbarung in die ambulanten Leistungserbringung einzubeziehen. Begründet wurde dieser Schritt damit, dass die Kassen diese Option kaum genutzt hatten. Die Zulassung der Krankenhäuser zur ambulanten Leistungserbringung wurde auf die Landesplanungsbehörden übertragen (BT-Drucksache 16/3100, 2006).

Die letzte Änderung des § 116 b SGB V wurde mit der Einführung des Absatzes 6 im Zuge des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz PflWG) zum 01.07.2008 vorgenommen. Dieser stellt klar, dass „Krankenhäuser, die zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V zugelassen sind, zur Verordnung von Arzneimitteln und weiteren Leistungen berechtigt sind.“ (BT-Drucksache 16/8525, 2008)

Bestehende Finanzierungslücken, welche insbesondere im Bereich der Arzneimittelversorgung entstanden und der Tatsache geschuldet waren, dass die Krankenhäuser bis zu diesem Zeitpunkt die zu verordnenden Arzneimittel nicht mit den Krankenkassen abrechnen konnten, wurden somit geschlossen. „Grade die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen [...] ist jedoch beispielsweise besonders arzneimittelintensiv und wäre ohne eine Regelung zur Vergütung dieser Arzneimittel faktisch unmöglich gewesen“ (DKG 2009).

An den § 116b SGB V in der durch das GKV-WSG vorgenommenen Ausgestaltung ist die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V“ als sogenannte untergesetzliche Norm geknüpft (KBV 2011c). In ihr sind die Anforderungen an Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsmaßnahmen definiert (KVB 2011c).

Analog zur Onkologie-Vereinbarung geben die Richtlinien die fachlichen Anforderungen an den Arzt, die ärztliche Betreuung, die organisatorischen Anforderungen, Kooperationen und die Abrechnung vor (KBV 2011a).

Insbesondere in Bezug auf die personelle Anforderung unterscheiden sich die Voraussetzungen der Richtlinie und der Onkologie-Vereinbarung. Entsprechend der Richtlinie ist es zwingend, dass dem

interdisziplinären Team, welches für die Betreuung onkologischer Patienten gebildet wird, ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie zugehört. Im Gegensatz zur Onkologie-Vereinbarung ist ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Medikamentöse Zusatzausbildung als Teammitglied nicht hinreichend. Des Weiteren fällt auf, dass die Zulassung gemäß § 116b SGB V keiner zeitlichen Befristung, bzw. einer erneuten Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen unterliegt (DKG 2009). Die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmenden Ärzte hingegen müssen jährlich nachweisen, dass sie weiterhin die Anforderungen erfüllen (§ 2 und § 3 Onkologie-Vereinbarung).

Tabelle 6 in Kapitel 2.2.4.2.3 Zulassung der Krankenhäuser gemäß § 116b SGB V“ zeigt auf, wo sich die Anforderungen an die Rahmenbedingungen an die im ambulanten Sektor nach Onkologie-Vereinbarung tätigen Ärzte von denen der Krankenhäuser mit einer Zulassung gemäß § 116b SGB V nach den G-BA-Richtlinien unterscheiden und wo sie sich gleichen.

2.2.3 Die Bedarfsplanung

Nachdem in Kapitel 2.1.3 „Ärztliche Leistungserbringer in der Onkologie“ die verschiedenen Facharzt-richtungen und deren Verteilung auf die Bundesländer dargestellt wurden, beschäftigt sich dieses Kapitel mit der Bedarfsplanung der an der onkologischen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte. Dem gegenüber gestellt wird die Planung der Krankenhäuser entsprechend der Landeskrankenhaus-pläne. Es folgt eine Untersuchung der Interaktion zwischen vertragsärztlicher Bedarfsplanung und Zulassungen nach § 116b. In diesem Zusammenhang wird in einem weiteren Kapitel auf die Hochschulambulanzen eingegangen, die ebenfalls an der ambulanten onkologischen Versorgung teilnehmen können.

Ziel ist es zu zeigen, wie die Zulassungen gemäß § 116 b SGB V in die Zulassungssysteme einzuordnen sind und ob sie die Bedarfsplanung der Vertragsärzte beeinflussen.

2.2.3.1 Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung

Mit der Intention, die vertragsärztliche Versorgung zu sichern und einer Über- oder Unterversorgung entgegen zu steuern, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) im Einvernehmen mit den gesetzlichen Krankenkassen auf Landesebene Bedarfspläne aufzustellen und den Entwicklungen anzupassen (§ 99 Abs. 1 SGB V).

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erlassene Bedarfsplanungsrichtlinie dient „[...] der einheitlichen Anwendung der Verfahren bei Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (einschließlich der psychotherapeutischen Versorgung) aufgrund von Über- und Unterversorgung“ (Bedarfsplanungs-Richtlinie 2010).

Aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner zur Anzahl der zugelassenen Vertragsärzte wird der jeweilige Versorgungsgrad eines bestimmten Planungsbereiches ermittelt. Diese Verhältniszahlen¹⁹ werden nach Facharztgruppen getrennt berechnet (G-BA, 2011a).

Überschreitet der empirisch in einer Region festgestellte Versorgungsgrad den allgemein bedarfsge-rechten Versorgungsgrad²⁰ um zehn Prozent, liegt eine Überversorgung vor. Als Folge daraus wird nach § 103, Abs. 1 und 2 SGB V von den Landesausschüssen der Ärzte eine räumlich begrenzte und arztgruppenspezifische Zulassungsbeschränkung angeordnet. Dies bedeutet, dass zeitlich begrenzt keine neuen Vertragsarztsitze ausgeschrieben werden können. Diese Sperrung muss spätestens nach

¹⁹ Die Feststellung der arzt-spezifischen Verhältniszahlen findet sich in § 8 der Bedarfsplanungsrichtlinie.

²⁰ Das Instrument der Bedarfsplanung in der ambulanten ärztlichen Versorgung wurde im Gesundheitsstruktur-gesetz (GSG) 1993 neu geordnet, mit der Zielsetzung, die Zahl der ärztlichen Niederlassungen zu begrenzen und damit einhergehend Kostensteigerungen entgegen zu wirken (Kopetsch 2004). Grundlage für die nach ähnlich strukturierten Planungsregionen differenzierten Verhältniszahlen als Norm des Bedarfs an niedergelas-senen Ärzten einer Fachrichtung ist der Status quo der entsprechenden Niederlassungen im Ausgangszeitraum 1991/92.

6 Monaten überprüft werden (G-BA 2011). Um die bedarfsgerechte Versorgung sicher zu stellen, ist der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 101 Abs. 2 Satz 3 SGB V zur Anpassung der Verhältniszahlen verpflichtet.

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) das am 01.01.2007 in Kraft trat, wurde eine Sonderregelung für den Fall des lokalen Versorgungsbedarfs²¹ eingeführt (G-BA 2011a).

Seit November 2010 kann in die Berechnung zusätzlich ein sogenannter Demografiefaktor einbezogen werden, der den steigenden Anteil älterer Menschen (älter als 60 Jahre) in der Bevölkerung mit berücksichtigt. „Er wird nur dort berücksichtigt, wo für bestimmte Arztgruppen eine über dem Bundesdurchschnitt liegende erhöhte Inanspruchnahme in einem Planungsbereich zu verzeichnen ist“ (G-BA 2011a).

Die internistischen Hämatologen und Onkologen gehören gemäß § 4 Bedarfsplanungsrichtlinie in Verbindung mit § 101 Abs. 5 Satz 3 SGB V zur Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten²².

Die Bedarfsplanung erfolgt unabhängig von den Schwerpunkten, die die Internisten wählen können. Theoretisch ist es somit möglich, dass in einem gesperrten Gebiet kein Facharzt Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie niedergelassen ist. Eine Internetrecherche auf den Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen hat Informationen zu den Zulassungsbeschränkungen für 13 der 17 KV-Bezirke geliefert²³. Im Bereich Innere Medizin sind in allen KV-Bezirken, bis auf Sachsen, alle Gebiete gesperrt. Im KV-Bezirk Sachsen ist lediglich in einem Gebiet eine Zulassung möglich. Die Gynäkologischen Onkologen sind im Rahmen der Bedarfsplanung den „klassischen“ Gynäkologen zugeordnet. Bei den Gynäkologen sind bei 6 KVen die Gebiete komplett gesperrt. In den anderen 7 KV-Bezirken sind in einigen Gebieten noch vereinzelt (3 ≤) Zulassungen möglich. Im Facharztsegment Urologie sind die Gebiete von 10 KVen gesperrt. Lediglich in Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt sind in einigen Gebieten noch Zulassungskapazitäten.

²¹ Lokaler Versorgungsbedarf liegt vor, wenn aufgrund der ungleichen Verteilung der Ärzte auf einen teilweise sogar rechnerisch übersorgten Planungsbereich an einzelnen Orten eine Unterversorgungssituation vorliegt. In diesen Fällen kann der Umfang der Leistungsbegrenzung angemessen erhöht werden. (G-BA 2011a)

²² Zur Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten gemäß § 101 Abs. 5 Satz 3 SGB V gehören Internisten ohne Hausarztentscheidung sowie Internisten mit Schwerpunktbezeichnung und die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Angiologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Nephrologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Pneumologie sowie die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Rheumatologie. Die Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte) können – unbeschadet der Regelung des § 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V – nicht an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen (Bedarfsplanungs-Richtlinie 2010).

²³ Keine Informationen wurden im Internet gefunden bei der KV-Bayern, KV-Bremen, KV-Hamburg und der KV-Westfalen.

Die Bedarfsplanung zeigt Mängel die gleichmäßige Verteilung betreffend auf, bedingt durch die Tatsache, dass weder die Hämatologen und Onkologen noch die Gynäkologischen Onkologen eine eigene Bedarfsplanung haben.

Die in Kapitel 2.1.3.1 „Ärztliche Weiterbildungen in der Onkologie“ dargestellten Zahlen und die bundesweit unregelmäßigen Verteilung der internistischen Hämatologen und Onkologen, der Gynäkologen und Urologen können als Hinweis dahin gehend gewertet werden, dass derzeit eine optimale Patientenversorgung im Bereich der ambulant onkologischen Versorgung nicht gewährleistet ist.

Sonderbedarfszulassungen

Grundsätzlich haben Ärzte die Möglichkeit, einen Antrag auf Sonderbedarfszulassung zu stellen. Entsprechend der Formulierung in diesem Paragraphen sieht diese Regelung die „ausnahmsweise Besetzung“ zusätzlicher Vertragsarztsitze vor, „soweit diese zur Wahrung der besonderen Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind“ (§ 101 Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Die Maßstäbe für einen solchen Sonderbedarf werden in § 24 der Bedarfsplanungsrichtlinie der Ärzte näher definiert. Ermittelt wird dabei neben dem „lokalen Versorgungsbedarf“ (nächster erreichbarer niedergelassener Vertragsarzt) auch der „qualitative Sonderbedarf“ (nachgewiesene Qualifikationen des Bewerbers). Eine Sonderbedarfszulassung setzt nach Auffassung des Bundessozialgerichts voraus, dass „eine Versorgungslücke in der gesamten Breite eines Versorgungsbereichs“ - etwa eines Schwerpunkts - bestehen muss (Bedarfsplanungsrichtlinie 2010)

Ob und welchem Maße Sonderbedarfszulassungen im Bereich der ambulant onkologischen Versorgung beantragt wurden/werden, konnte nicht eruiert werden.

2.2.3.2 Krankenhausplanung

Das Ziel der Krankenhausplanung ist gemäß § 1 Abs. 1 KHG die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Zur Verwirklichung werden von den Ländern Krankenhauspläne und Investitionsprogramme aufgestellt (§ 1 Abs. 1 KHG). Die Aufnahme in den Krankenhausplan und bei Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG in das Investitionsprogramm ist für die Krankenhäuser von erheblicher wirtschaftlicher Bedeutung.

Die Krankenhausplanung in den Bundesländern ist sehr heterogen.

Es gibt Länder die sich lediglich auf Rahmenvorgaben wie z. B. die Standorte der Krankenhäuser beschränken. In anderen Ländern werden differenzierte Vorgaben gemacht, die sogar die Gliederung der einzelnen Abteilungen betreffen (Szabados 2009).

So schreiben die Planungsgrundsätze in Nordrhein-Westfalen zum Beispiel fest, dass sich die Krankenhausplanung an den Fach- und Teilgebieten der Weiterbildungsordnungen für Ärzte der beiden Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen orientiert, und dass die Berechnung des Betten- einschließlich Behandlungsplatzbedarfs grundsätzlich nach der Hill-Burton-Formel²⁴ erfolgt. Des Weiteren ist festgelegt, dass bei Standortentscheidungen neben der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit insbesondere Erreichbarkeit und Trägervielfalt zu beachten ist, dass ambulante und komplementäre gesundheitliche und soziale Dienste und Einrichtungen zu berücksichtigen sind und dass im Falle eines Überangebots vorrangig ganze Krankenhäuser bzw. Abteilungen aus dem Krankenhausplan herauszunehmen sind. Außerdem wird festgelegt, welche Leistungsangebote von Krankenhäusern zu den Schwerpunktfestlegungen gehören und inwieweit Fachabteilungen der örtlichen, überörtlichen oder überregionalen Versorgung der Bevölkerung zuzuordnen sind (Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen).

Mit der Aufnahme in den Landeskrankenhausplan ist der Rechtsanspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den zuständigen Verbänden der Krankenkassen verbunden. Die einzige Möglichkeit für die Kassen, den Versorgungsvertrag mit einem Plankrankenhaus zu kündigen, besteht, wenn die Einrichtung „nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet“ (§ 109 Abs. 3 Nr. 1 SGB V in Verbindung mit § 110 Abs. 1 SGB V). Das Bundesland kann dieser Kündigung widersprechen, so dass die Regelung faktisch weitestgehend leer läuft.

²⁴ Es handelt sich hierbei um die Verweildauer (VD), die Krankenhaushäufigkeit (KH), die jeweils berechnet wird in Bezug auf 100.000 Einwohner bzw. 100.000 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren, die Zahl der zu versorgenden Bevölkerung (E) und den Bettennutzungsgrad (BN).

$$\text{Hill-Burton-Formel} = \frac{\text{VD} \times \text{KH} \times \text{E}}{\text{BN} \times 365}$$

2.2.3.3 Die Bedarfsplanung und die Zulassung nach § 116 b SGB V

Vor dem Hintergrund der Unabhängigkeit der Bedarfsplanung der niedergelassenen Vertragsärzte von den Landeskrankenhausplänen stellt sich die Frage, ob es dann eine Verzahnung der Bedarfsplanungen gibt, wenn die Krankenhäuser eine Zulassung zur ambulanten Versorgung gemäß § 116 b SGB V haben. In Absatz 1 Satz 1 des § 116b SGB V steht: „Ein zugelassenes Krankenhaus ist zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog nach Absatz 3 und 4 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist“ (§ 116b Abs.1 SGB V). Für die Landesplanungsbehörden bedeutet das, dass die vertragsärztliche Bedarfsplanung für sie keine zwingende Entscheidungsgrundlage bietet. Letztlich kann diese behördliche Genehmigung ohne Berücksichtigung des regionalen Versorgungsbedarfs erteilt werden (DKG 2009). Unterstützt wird dies durch die Gesetzesbegründung, die besagt, dass eine Bedarfsprüfung nicht erfolgt. (BT Drucksache 16/3100 2006).

Sollten es einige Länder in Erwägung ziehen, diese ambulanten Leistungen „[...] in irgendeine Planung einzubeziehen, so wäre zu berücksichtigen, dass dies keine Planung zum ambulanten Bedarf im Land sein könnte. Der Bedarf an ambulanten Leistungen für Sozialversicherte kann nicht durch das Land festgelegt werden.“ (Quaas & Dietz 2007)

Es hat sich gezeigt, dass bei dem Prozess der Zulassung von Krankenhäusern gemäß § 116b SGB V die Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung nicht zwingend von Bedeutung ist. Entsprechend beeinflussen gemäß § 116b SGB V zugelassene Krankenhäuser nicht die Bedarfsplanung der niedergelassenen Vertragsärzte. Die Zulassungen erfolgen unabhängig voneinander.

Mit Stand von März 2011 zeigt sich ein heterogenes Bild der für die ambulante onkologische Behandlung zugelassenen Krankenhäuser über das gesamte Bundesgebiet. (Siehe Abbildung 8 und Abbildung 9)

Gespräche mit Vertretern der Landesregierungen haben ergeben, dass mehrere Faktoren das Spektrum der Erklärung bilden. Neben fehlenden personellen Ressourcen in den Landesplanungsbehörden, die zu zähflüssigen Zulassungsverfahren führen, existiert eine Vielzahl von anhängigen oder bereits beschiedenen Klagen von Vertragsärzten gegen konkrete Zulassungsanträge und –entscheidungen²⁵.

²⁵ Siehe dazu auch:

<http://www.bngo.de/aktuelles/news/details.php?PHPSESSID=21ef632c2cd75330075a158a33297332&id=28dd2c7955ce926456240b2ff0100bde>

und

<https://sozialgerichtsbarkeit.de/sgb/esgb/show.php?modul=esgb&id=138820>

und

http://www.uptoderm.de/jsp_public/cms2/index.jsp?did=4294

und

Daneben ist die gesundheitspolitische Maßgabe der jeweiligen Landesregierung von grundsätzlicher Bedeutung für die konkrete Ausgestaltung des Zulassungsgeschehens nach § 116b SGB V. Verfolgt eine Landesregierung das grundsätzliche gesundheitspolitische Ziel der Weiterentwicklung des Versorgungsbereiches Krankenhaus in ihrem Bundesland, so ist davon auszugehen, dass die Umsetzung der Bundes-Gesetzgebung zügig und in zuvor definierten geordneten Verfahren gestaltet wird. Liegt demgegenüber der Schwerpunkt der Landesgesundheitspolitik in einer Fixierung der bestehenden Versorgungsstrukturen, so erfolgt die Umsetzung des Bundes-Gesetzes eher langsamer und in weniger transparenteren Verfahren. So lässt sich die geringe Anzahl der für die onkologische ambulante Behandlung zugelassenen Krankenhäuser in Baden-Württemberg und in Bayern auf dem Hintergrund erklären, dass man mit einer defensiven Zulassungsstrategie die Konfrontation mit dem vertragsärztlichen Versorgungssektor in diesen Bundesländern zu vermeiden sucht²⁶. Demgegenüber hat beispielsweise das Land NRW eine konsequente und transparente Zulassungsstrategie entwickelt, bei der unter Beteiligung aller Akteure eine Verfahrensordnung zum Antrags- und Zulassungsprozess entwickelt wurde, welche in der Prüfung jedes einzelnen Antrages auf Zulassung zur ambulanten onkologischen Versorgung eines Krankenhauses Anwendung findet. So erhalten auch die KVen, die Landesärztekammern und die Krankenkassen Einsicht in den Antrag zur Zulassung eines Krankenhauses, verbunden mit der Möglichkeit zur Anhörung und Erörterung. Unabhängig von der Letztentscheidungsbefugnis des Ministeriums wird das Einvernehmen mit den beteiligten Akteuren gesucht²⁷ (Interviewgespräche 2010).

2.2.3.4 Bedarfsplanung der Hochschulambulanzen

Hochschulambulanzen sind gesetzlich im § 117 SGB V geregelt. Entsprechend des Gesetzes sind Hochschulambulanzen auf den Bereich der medizinischen Hochschulen (Hochschulklinik/Universitätsklinik) beschränkt. Sie bilden dabei keine eigene Organisationsform sondern lediglich eine Abrechnungsform (Lüngen 2007).

Hochschulkliniken sind gemäß § 108 Nr. 1 SGB V zugelassene Krankenhäuser.

Sie werden dort definiert als „Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind“²⁸ (Quaas 2010).

„Für diesen Status bedarf es keiner Aufnahme in den Krankenhausplan. Ein gleichwohl ergehender Feststellungsbescheid nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG bestimmt lediglich deklaratorisch die Aufnahme

<http://www.medizinrecht-aktuell.de/zulassungsrecht/215/index.html>

²⁶ Siehe dazu auch: <http://www.auw.de/2011/01/kooperation-statt-konfrontation/>

²⁷ Siehe dazu auch: <http://www.aekno.de/page.asp?pageID=7469>

²⁸ Des Weiteren unterscheidet der § 8 SGB V in Nr. 2 von den Plankrankenhäusern, d. h. den Krankenhäusern, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind und in Nr. 3 von den Vertragskrankenhäusern, d. h. den „Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben“ (§ 8 SGB V).

der Hochschulklinik in den Krankenhausplan. Entsprechend bestimmt sich der Versorgungsauftrag der Hochschulklinik nach den (internen) Regelungen des Krankenhausplans und eines etwa ergehenden Feststellungsbescheides [des Landes, Anmerkung des Verfassers]. Die inhaltliche Ausfüllung des Versorgungsauftrags ist der Hochschulklinik weitgehend selbst überlassen. Sowohl der Standort als auch der Bedarf der Hochschulklinik sind vom Land grundsätzlich als vorgegeben in die eigene Planung einzustellen.“ (Quaas 2010)

15 Bundesländer sehen das Einbeziehen der Hochschulkliniken in den Krankenhausplan in ihren Krankenhausgesetzen vor. Die einzige Ausnahme ist das Land Bremen (Quaas 2010).

Hochschulambulanzen werden somit nicht die Bedarfsplanung der niedergelassenen Ärzte eingebunden und ihre Zulassung wird im Gegenzug auch nicht von ihr beeinflusst.

2.2.4 Zulassungen und Qualitätskriterien

Bevor ein Arzt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen darf, in das Arztregister eingetragen wird und infolge dessen der Bedarfsplanung unterliegt, muss er die dafür in § 95 a Abs. 1 SGB V geforderten Voraussetzungen erfüllen. Dazu gehört neben der Approbation der Nachweis über eine allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet²⁹. Die Regelung der Berufsausübung der Ärzte ist Ländersache. Unter der Voraussetzung der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde, erlassen die Ärztekammern u. a. die Berufs- und Weiterbildungsordnungen und regeln die Rechte und Pflichten der Berufsangehörigen (BMG Bund 2011).

Die Regelungen über Zulassung und Tätigkeit als Vertragsarzt finden sich im Vertragsarztrecht. Die Voraussetzung für die Zulassung ist im § 18 geregelt. (BMG Bund 2011).

Zugelassene Ärzte unterliegen gemäß § 95d SGB V der Pflicht zur fachlichen Fortbildung. Absatz 3 der Paragraphen besagt, dass der Vertragsarzt alle 5 Jahre der Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis erbringen muss, dass er seiner Pflicht zur Fortbildung, wie sie im Absatz 1 des Paragraphen gefordert ist, nachgekommen ist³⁰ (§ 95d SGB V).

Die Bundesärztekammer gibt eine Empfehlung zur ärztlichen Fortbildung heraus (Bundesärztekammer 2007). Die Umsetzung obliegt den Ländern. Zentrale Inhalte sind die rechtlichen Rahmenbedingungen, Fortbildungsinhalte und –arten und die Qualitätsanforderungen an die Fortbildungen. Mit der Teilnahme an den jeweils anerkannten Fortbildungsmaßnahmen werden Fortbildungspunkte erworben, die als Nachweis bei der Kassenärztlichen Vereinbarung dienen (Bundesärztekammer 2007).

Zulassung als Onkologe

Die Zulassung als internistischer Hämatologe und Onkologe ist demnach erst möglich zu beantragen wenn die Facharztkompetenz im Bereich Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie erworben wurde. Analog gilt dies für den Fachbereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Schwerpunkt-kompetenz Gynäkologische Onkologie³¹ (Bundesärztekammer 2007).

²⁹ Die Anerkennung als Facharzt erfolgt nach einer erfolgreich abgelegten Prüfung im Bereich der zuvor absolvierten Weiterbildung (siehe Kapitel 2.1.2) durch die jeweils zuständige Ärztekammer (BMG Bund 2011).

³⁰ Wird der Nachweis nicht oder nicht vollständig erbracht, so hat der Arzt zunächst mit finanziellen Sanktionen zu rechnen. Des Weiteren hat er die Auflage, die Fortbildungen innerhalb von 2 Jahren nachzuholen. Erbringt er den Nachweis, endet die Honorarkürzung. Bleibt der Nachweis aus, „[...]soll die Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Entziehung der Zulassung stellen. Der Zulassungsausschuss hat die Möglichkeit, die Zulassungsentziehung abzulehnen. Ist das der Fall „endet die Honorarkürzung nach Ablauf des Quartals, in dem der Vertragsarzt den vollständigen Fortbildungsnachweis des folgenden Fünfjahreszeitraums erbringt“ (§ 95d Abs. 3 SGB V).

³¹ Gilt auch für die Fachärzte der Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kinder-Hämatologie und –Onkologie

Wie bereits in Kapitel 2.1.3.2 „Medikamentöse Tumorthherapie“ beschrieben gibt es zudem Facharztgruppen, bei denen die Medikamentöse Tumorthherapie integraler Bestandteil der Facharztausbildung ist, und Facharztgruppen, die die Möglichkeit haben, die Zusatzausbildung Medikamentöse Tumorthherapie zu absolvieren.

2.2.4.1 Zulassung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung

Um an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen zu können, muss der Arzt, die unter Kapitel 2.1.3 „Ärztliche Leistungserbringer in der Onkologie“ genannte Facharzt- oder Zusatzausbildung vorausgesetzt, einen Antrag bei der für ihn zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung stellen. Darin wird unter anderem nach den zu beantragenden Leistungen, Patientenzahlen, organisatorischen Maßnahmen und Kooperationsgemeinschaften gefragt.

Weiterhin gibt es eine Klausel, die speziell die Teilnahme an onkologischen Weiterbildungen im Rahmen der fachlichen Fortbildung vorschreibt (KVNO 2010).

Die Prüfung und die anschließende Genehmigung des Antrages zur Teilnahme können als Qualitätsprüfung gewertet werden.

In § 3 der Onkologie-Vereinbarung sind die Voraussetzungen zur Teilnahme näher definiert. Neben der fachlichen Qualifikation (Absatz 1 und 2) und den in Absatz 3 geforderten Kooperationsgemeinschaften, auf die in § 6 der Vereinbarung explizit eingegangen wird, werden in Absatz 4 zunächst genaue Angaben über die mindestens geforderten Patientenzahlen gemacht, inklusive der Sonderregelung für Jungpraxen (Absatz 6). Im Hinblick auf die Sicherstellung wird in den Absätzen 7 und 10 bereits die Möglichkeit gegeben von den gestellten Bedingungen abzuweichen (Onkologie-Vereinbarung 2009). Wie stark von dieser Möglichkeit in den Bundesländern Gebrauch gemacht wurde, zeigt das nächste Unterkapitel.

Tabelle 6 in Kapitel 2.2.4.2.3 „Zulassung der Krankenhäuser gemäß § 116b SGB V“, zeigt einen Vergleich der geforderten Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Onkologie-Vereinbarung, die für die niedergelassenen Vertragsärzte gilt, versus der Anforderungen die gemäß § 116b SGB V für die als solche zugelassenen Krankenhäuser gilt und in der G-BA Richtlinie verankert sind.

Regionale Abweichungen von der Onkologie-Vereinbarung

Insbesondere vor dem Hintergrund der Sicherstellung der Versorgung, wurden in einigen Bundesländern³² Übergangsregelungen und / oder Ergänzungsvereinbarungen zur Onkologie-Vereinbarung getroffen. Diese betreffen, bzw. betrafen insbesondere die vorgeschriebenen Mindest-Patientenzahlen mit spezifischen Diagnosen, die oft nicht erreicht und daher herabgesetzt und z. T. auch nicht näher beziffert wurden, und die Qualifikation der teilnehmenden Ärzte.

In der Ergänzungsvereinbarung des Landes Schleswig Holstein heißt es zum Beispiel: „Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie, die diese Zahlen nicht erreichen, können zur Teilnahme genehmigt werden, wenn dieses aus Sicherstellungsgründen notwendig erscheint“ (KVSH 2010). Für die anderen Arztgruppen fordert diese Ergänzungsvereinbarung die Betreuung von durchschnittlich 50 Patienten pro Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung) mit soliden Neoplasien statt der von der KBV geforderten 120, ohne diese weiter zu differenzieren (KVSH 2010).

Bezogen auf die Qualifikation der Vertragsärzte, die nicht Hämatologen und Onkologen sind, heißt es in der Ergänzungsvereinbarung Schleswig-Holsteins: „Für die genannten Vertragsärzte, die auf Basis der Abrechnungsdaten des Jahres 2008 intravenöse und/oder intrakavitäre antineoplastische und/oder intraläsionale Behandlungen durchgeführt haben, besteht aus Gründen der Sicherstellung für das Flächenland Schleswig-Holstein ein Bestandsschutz, solange dieses zur Sicherstellung erforderlich ist.“ (KVSH 2010)

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und ihre Vertragspartner haben in ihrer Vereinbarung vom 29.12.2009 (gültig zum 01.10.2009) über die Teilnahmevoraussetzungen für die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten in Berlin gemäß § 3 Abs. 7 und § 9 der Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen „Onkologie-Vereinbarung“, die Mindestzahlen für Gynäkologen, Urologen, Lungenfachärzte, Hautärzte und Chirurgen herabgesetzt. Die durchschnittliche Patientenzahl von 80 pro Quartal und Arzt³³ wurde dabei nicht einheitlich reduziert, sondern für jede der oben genannten Arztgruppe, wie in Tabelle 5 dargestellt, einzeln beziffert.

³² Identifiziert wurden Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe,

³³ Patienten in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung mit soliden Neoplasien.

Davon 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer und oder intraläsionaler Behandlung

Fachgruppe	Anzahl der Patienten mit soliden Neoplasien	Anzahl der Patienten medikamentöser Tumorthherapie	Anzahl intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung
Gynäkologen	40	30	5
Urologen	50	25	5
Lungenfacharzt	20	10	2
Hautarzt	40	15	keine Mindestfallzahl
Chirurgen	20	15	5

Tabelle 5: Nachzuweisende Patientenzahlen nach § 3 Abs.4 Anlage 7 BMV

(Quelle KV Berlin 2009)

Des Weiteren wird definiert, dass die Ärzte, die diese Patientenzahlen nachweisen, im Sinne der Anlage 7 BMV als onkologisch besonders qualifizierte Ärzte gelten (KV Berlin 2009). In der Vereinbarung über die Fortführung der Onkologie-Vereinbarung vom 22.02.2011 wurde von den Vertragspartnern ebenfalls aus Sicherstellungsgründen noch folgenden Passus eingepflegt: „Aus Sicherstellungsgründen gelten Fachärzte für Hämatologie und internistische Onkologie, die die geforderten Mindestzahlen gemäß § 3 Abs. 4 Anlage 7 BMV noch nicht erfüllen, befristet bis zum 31.12.2011 als onkologische qualifizierte Ärzte im Sinne der Anlage 7 BMV“ (KV Berlin 2011).

Auffallend ist, dass auch die Abrechnungspauschalen in den KV Bezirken entsprechend dem Grad der Erfüllung der Voraussetzungen variieren.

Näheres dazu siehe Kapitel 2.2.5 Vergütungsstruktur der ambulant onkologischen Behandlung“.

2.2.4.2 Zulassungen der Krankenhäuser zur ambulanten onkologischen Versorgung

Wie eingangs in Kapitel 2.2.2 Krankenhäuser in der ambulanten onkologischen Versorgung“ formuliert, besteht für Krankenhäuser keine generelle ambulante Behandlungsmöglichkeit. Abweichungsmöglichkeiten von der Generalität wurden dargestellt.

Im Hinblick auf die im Kapitel 4 Neuordnung der ambulanten Onkologie“ folgenden Vorschläge für Planungs- und Vertragsmodelle, die zur Entwicklung eines einheitlichen Ordnungs- und Organisationsrahmens für die ambulante Onkologie gemacht werden, werden in diesem Kapitel die Ermächtigungen gemäß § 116 SGB V und § 116a SGB V mit aufgenommen, da diese neben den Zulassung der Krankenhäuser gemäß § 116b SGB V, bezogen auf die ambulante onkologische Behandlung von besonderem Interesse sind. In diesem Zusammenhang wird auch der Grad der Verflechtung der jeweiligen Zulassungsform mit der vertragsärztlichen Versorgung und damit auch der Bedarfsplanung dargestellt.

2.2.4.2.1 Persönliche Ermächtigung

Die Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte (persönliche Ermächtigung) ist im § 116 SGB V verankert. Persönliche Ermächtigungen sind Zulassungen einzelner Krankenhausärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (§ 4 Bundesmantelverträge der Ärzte 2011). Sie berechtigen damit zur Abrechnung ambulanter Leistungen über die Kassenärztlichen Vereinigungen (Wissenschaftsrat 2010).

Bedingung ist, dass der Arzt eine abgeschlossene Weiterbildung hat und das Krankenhaus der Ermächtigung zustimmt. In Satz 2 des Paragraphen heißt es: „Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird“ (§ 116 Satz 2 SGB V). Das bedeutet, dass persönliche Ermächtigungen befristet und nur für bestimmte Versorgungsleistungen und somit auch für bestimmte Abrechnungsziffern erteilt werden. Erteilt werden die Ermächtigungen von den Zulassungsausschüssen. Die vom ermächtigten Arzt abrechnungsfähigen Leistungspositionen des EBM werden durch den Zulassungsausschuss festgelegt. Sie richten sich nach dem Leistungsspektrum für das der Arzt ermächtigt worden ist (KV Rheinland-Pfalz 2011). Die Vergütungen der persönlichen Ermächtigungen werden aus dem Gesamtbudget der Vertragsärzte finanziert (Wissenschaftsrat 2010).

Mit der Begründung, dass die persönliche Ermächtigung auf Basis der dem Antragsteller zu eigenen Kenntnisse, Fähigkeiten und besonderen Qualifikationen erteilt wird, muss die ambulante Leistung zwingend von dem ermächtigten Arzt eigenhändig erbracht werden³⁴(KV Rheinland-Pfalz 2011).

Der Umfang in dem persönliche Ermächtigungen erteilt wurden ist in die Bedarfsplanung der niedergelassenen Ärzte zu berücksichtigen.

Als Teilnehmer der vertragsärztlichen Versorgung können die für den ambulanten onkologischen Bereich ermächtigten Ärzte einen Antrag auf Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung stellen und nach erteilter Genehmigung die entsprechenden Pauschalen abrechnen (KBV 2011c).

2.2.4.2.2 Institutsermächtigung

Durch Institutsermächtigungen ist es Krankenhäusern oder Fachabteilungen möglich, an der ambulanten ärztlichen Versorgung teil zunehmen. Im Gegensatz zur persönlichen Ermächtigung ist die Leistungserbringung bei dieser Form der Ermächtigung nicht an einen Arzt gebunden sondern kann von jedem Arzt der jeweils zugelassenen ärztlich geführten Einrichtung erbracht werden.

³⁴ Regresse bis hin zu strafrechtlichen Verfahren können die Folge sein. Einzige Ausnahme ist der Vertretungsfall bei Urlaub, Krankheit oder Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung oder an einer Wehrübung. Tritt dieser Fall ein, muss ein Vertreter benannt werden (KV Rheinland-Pfalz 2011).

Die gesetzliche Grundlage ergibt sich aus § 95 Abs. 4 SGB V und § 98 Abs. 2 Nr. 11 SGB V. Die Ermächtigung wird ebenfalls durch die Zulassungsausschüsse erteilt. Entsprechend der Einschränkung „nur in besonderen Fällen“, wie sie in § 98 Abs. 2 Nr. 11 SGB V formuliert ist, sind Institutsermächtigungen immer nachrangig gegenüber persönlichen Ermächtigungen zu erteilen.

Die Vergütung für die in diesem Rahmen erbrachten ambulanten Leistungen erfolgt, wie bei der persönlichen Ermächtigung, als Abrechnung von Einzelleistungen nach EBM über die KVen (Wissenschaftsrat 2010). Als zur ambulanten Versorgung zugelassene Einrichtungen dürfen die für die onkologische Versorgung ermächtigten Institute gleichfalls einen Antrag auf Zulassung an der Onkologievereinbarung stellen (KBV 2011c).

Institutsermächtigung bei Unterversorgung

Die Voraussetzungen, unter denen es zur Zulassung zur ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung kommt, sind in § 116 a SGB V festgelegt. Der Text des Paragraphen lautet: „Der Zulassungsausschuss kann zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Unterversorgung festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Deckung der Unterversorgung³⁵ erforderlich ist“ (§ 116a SGB V).

Dadurch, dass eine Unterversorgung vom Landesausschuss der Ärzte und den Krankenkassen zwingend festgestellt worden sein muss, orientiert sich diese Form der Ermächtigung verbindlich an der Bedarfsplanung.

2.2.4.2.3 Zulassung der Krankenhäuser gemäß § 116b SGB V

Wie bereits in Kapitel 2.2.3.2 Krankenhausplanung“ geschrieben, erfolgt die Zulassung letztlich unabhängig von der Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung. Die Konkurrenzsituation unter den Krankenhäusern stellt sich so dar, dass wenn mehrere Krankenhäuser einen Antrag auf Zulassung gemäß § 116 b SGB V stellen, es nicht möglich ist, das eine Haus zuzulassen und das andere abzulehnen (DKG 2009, Quaas & Dietz 2007, Pflugmacher & Plamper 2008).

Entsprechend § 3 Abs. 2 Nr. 13 Bundesmantelvertrag-Ärzte gilt die ambulante Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116 b SGB V als von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen. Folglich verändert sie auch nicht die vertragsärztliche Versorgungssituation. Es müssen jedoch einige Bedingungen für die Zulassung/Bestimmung erfüllt sein. Gemäß § 116b Abs. 2 Satz 3 SGB V, darf eine Be-

³⁵ Die Definition für den Begriff der Unterversorgung findet sich im § 28 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. Die „Maßstäbe zur Feststellung von Unterversorgung“ sind im § 27 erläutert (Bedarfsplanungs-Richtlinie 2010).

stimmung nicht erfolgen, „[...] wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet ist“ (§ 116b Abs. 2 Satz 3 SGB V). Diese Negativformulierung bedeutet, dass der Gesetzgeber zunächst von einer Eignung ausgeht. Demzufolge müsste das Krankenhaus seine Eignung nicht nachweisen. Die Verantwortung der Kontrolle der Nichteignung würde bei der Landesplanungsbehörde liegen (DKG 2009). Realistisch betrachtet ist jedoch davon auszugehen, dass das Krankenhaus bei auftretenden Zweifeln seine Eignung darlegen müsste (Quaas & Dietz 2007). Die Zulassung der Krankenhäuser erfolgt auf einen Antrag des Krankenhauses. Dieser ist bei der zuständigen Landesplanungsbehörde zu stellen. Zu Form, Art und Inhalt des Antrages gibt es keine Angaben³⁶ (DKG 2009). Entsprechend der Gesetzesbegründung vom 24.10.2006 sollen im Antrag die betreffenden Leistungen und Erkrankungen genannt werden (BT 16/3100 2006). Den Antrag können grundsätzlich alle zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassenen Krankenhäuser stellen. In der Gesetzesbegründung heißt es jedoch: „Eignung für die ambulante Erbringung der im Katalog genannten Leistungen muss gegeben sein, was beispielsweise bei Krankenhäusern der Grundversorgung in der Regel nicht der Fall sein dürfte“ (BT 16/3100 2006). In diesem Kontext kann davon ausgegangen werden, dass die einzelnen in § 116b Abs. 3 SGB V aufgezählten ambulanten Leistungen nur den Krankenhäusern genehmigt werden, bei denen diese Leistungen der Art nach auch Teil des Versorgungsauftrages sind (Quaas & Dietz 2007).

Weiterhin schreibt der § 116b Abs. 3 SGB V als Bedingung für die Zulassung vor: „Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses gelten die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung entsprechend“ (§ 116b Abs. 3 SGB V). Das Wort „entsprechend“ verdeutlicht Einschränkungen dahin gehend, dass nicht alle Richtlinien aus dem Vertragsärztlichen Bereich auf den Krankenhaussektor übertragen werden können. Allein die unterschiedlichen Zuständigkeiten bezogen auf Kassenärztliche Vereinigung und Landesbehörden lassen nur eine Entsprechung zu (DKG 2009, Lexetius 2007)

Die jeweils zuständige Landesbehörde haben zu prüfen, ob die Zulassung eines Krankenhauses die Qualität der Versorgung in dem Segment verbessert. Dafür gelten die Prozess- und Strukturvorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses als Maßstab. Insgesamt reichen die Qualitätsanforderungen der Richtlinien für die vertragsärztliche Versorgung nicht an das Niveau heran, dass in der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V gefordert wird. Eine Antragsablehnung ist unter diesen Vorzeichen nicht zu rechtfertigen (Pflugmacher & Plamper

³⁶ Eine Internetrecherche hat gezeigt, dass zumindest einzelne Landesplanungsbehörden individuelle Antragsformulare zur Verfügung stellen. Inwieweit das flächendeckend der Fall ist konnte nicht eruiert werden.
http://www.bezreg-arnsberg.nrw.de/themen/k/krankenhauswesen/antraege_sgb_v/index.php
http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-gesundheit/krankenhauswesen/dokumente/hinweistext_best_zur_amb_behandlung_nach_116b_im_kh.pdf
www.brms.nrw.de/.../Dez.../checkliste_Immunologisch.pdf

2008). Wie in Kapitel 2.2.3.3 Die Bedarfsplanung und die Zulassung nach § 116 b SGB V“ geschrieben besteht jedoch für die niedergelassenen Vertragsärzte die Möglichkeit gegen Zulassungen zu klagen.

In Tabelle 6 werden die Anforderungen, die an den ambulanten Bereich entsprechend der Onkologie-Vereinbarung gestellt werden, den Anforderungen, die die Krankenhäuser mit einer Zulassung gemäß § 116b SGB V nach den G-BA-Richtlinien zu erfüllen haben, gegenüber gestellt.

	Anforderungen an den ambulanten Bereich gemäß Onkologie-Vereinbarung	Anforderungen an den die Krankenhäuser gemäß G-BA-Richtlinien
Teilnahme	Teilnahme auf Antrag des Arztes, Erteilung einer Genehmigung durch die zuständige KV	Teilnahme auf Antrag des Krankenhauses Bestimmung durch die zuständige Landesbehörde
Interdisziplinäre Kooperationsgemeinschaft	Es ist eine onkologische interdisziplinäre Kooperationsgemeinschaft zu bilden, in der folgende Kompetenzen vertreten sind: • Radiologie • Strahlentherapie • Pathologie • Palliativmedizin Weitere Fachdisziplinen in Abhängigkeit von den in der Praxis betreuten Tumorerkrankungen	Es ist eine onkologische interdisziplinäre Kooperationsgemeinschaft zu bilden, in der mindestens folgende Kompetenzen vertreten sind: • Radiologie • Strahlentherapie (auch in Kooperation) • Facharzt für Pathologie (auch in Kooperation) Weitere Fachdisziplinen in Abhängigkeit von der jeweiligen Tumorerkrankung³⁷
Facharzt / Zusatzbezeichnung	Der Arzt hat entweder eine abgeschlossene Weiterbildung mit dem Schwerpunkt Hämatologische und internistische Onkologie (Weiterbildung Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie) <u>oder</u> eine Facharztweiterbildung mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie <u>oder</u> eine Facharzt - bzw. Gebietsbezeichnung, die diese Inhalte erfüllt, nachzuweisen.	Zwingend für dieses Team ist u. a. ein Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie.³⁸

³⁷ Folgende weitere Fachdisziplinen bzw. Fachärzte sind bei medizinischer Notwendigkeit mit einzubinden, sofern sie nicht bei speziellen Krankheitsbildern zum interdisziplinären Team gehören:
Anästhesiologie (Schmerztherapie), Nuklearmedizin, Gefäßchirurgie oder Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie

³⁸ Es gelten mindestens die in der Anlage der Richtlinie festgelegten Anforderungen oder – soweit diese nicht vorhanden sind – die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung entsprechend (Leistungserbringung nach dem „Facharztstandard“).
Zusätzlich gelten die in dieser Richtlinie festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137 SGB V für die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses.

	Anforderungen an den ambulanten Bereich gemäß Onkologie-Vereinbarung	Anforderungen an den die Krankenhäuser gemäß G-BA-Richtlinien
Organisatorische Maßnahmen	24-stündige Rufbereitschaft für die betreuten Patienten für telefonische Beratungen mit dem Ziel der Vermeidung stationärer Notaufnahmen. Auch in Kooperation möglich.	Eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft muss gewährleistet sein. Auch in Kooperation möglich.
Beschäftigung qualifizierten Pflegepersonals	Betreuung der Patienten durch ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger/innen mit staatlich anerkannter Zusatzqualifikation zur Pflege onkologischer Patienten	Krankenpfleger/innen sollen mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen.
Ständige Zusammenarbeit mit:	- Hausarzt - ambulanter Pflegedienst - Fachabteilungen benachbarter zugelassener Krankenhäuser mit Fachdisziplinen, die in Abhängigkeit von den in der Praxis betreuten Tumorerkrankungen benötigt werden - einem Hospiz³⁹ (soweit regional vorhanden)	- ambulanter Pflegedienst Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativmedizin Patientenselbsthilfegruppen oder Selbsthilfeorganisationen - Sozialdienst - Physiotherapie
Beendigung der Teilnahme	Die Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung endet - mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit, - zu dem Zeitpunkt, zu dem der Vertragsarzt seine Tätigkeit als onkologisch qualifizierter Arzt einstellt, - mit der Feststellung der Kassenärztlichen Vereinigung, dass der onkologisch qualifizierte Arzt die Anforderungen der Onkologie-Vereinbarung nicht oder nicht mehr erfüllt oder - mit der Feststellung der Onkologie-Kommission, dass der onkologisch qualifizierte Arzt die Abrechnungsbestimmungen der Onkologie-Vereinbarung nicht erfüllt. Die Teilnahmevoraussetzungen der Onkologie-Vereinbarung sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung jährlich nachzuweisen.	Es gibt keinen Passus zur Beendigung.

³⁹Zwingend müssen folgende Anforderungen erfüllt sein: Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. I Satz 4 SGB V (Nachweis der Erfüllung der Anforderungen durch das Hospiz obliegt nicht dem an dieser Vereinbarung teilnehmenden Arzt)

	Anforderungen an den ambulanten Bereich gemäß Onkologie-Vereinbarung	Anforderungen an den die Krankenhäuser gemäß G-BA-Richtlinien
Zweifel an der Befähigung	Bestehen Zweifel an der fachlichen Befähigung muss sich die Onkologie-Kommission in einem fachonkologischen Kolloquium gemäß den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 135 Abs. 3 SGB V von der Fachkunde des Antragstellers überzeugen.	Die Krankenkassen prüfen in begründeten Zweifelsfällen, ob die Sächlichen und personellen Anforderungen von den Krankenhäusern erfüllt werden; die dafür notwendigen Unterlagen sind auf Verlangen vorzulegen.
Dokumentation	Der onkologisch qualifizierte Arzt erstellt eine patientenbezogene Dokumentation Ziel: ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung	Die Einrichtungen führen eine Dokumentation durch Ziel: eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung

	Anforderungen an den ambulanten Bereich gemäß Onkologie-Vereinbarung	Anforderungen an den die Krankenhäuser gemäß G-BA-Richtlinien
Ärztliche Behandlung	Die ärztliche Behandlung umfasst: Indikationsstellung, Durchführung und / oder Koordination der Tumorbehandlung als Operation, Strahlentherapie und/oder medikamentöse Tumorthherapie nach Maßgabe der in dieser Vereinbarung genannten Grundsätzen. Durchführung und / oder Koordination der weiteren Behandlung, insbesondere: • Ausarbeitung eines Gesamttherapieplanes sowie Verlaufsbeobachtung zur Kontrolle der Therapie und deren Folgen • Kontrolle und Dosisanpassung bzw. Therapieumstellung bei medikamentösen Therapien • Diagnostik und Therapie von Begleit- und Folgekrankheiten, Komplikationen sowie therapiebedingter Nebenwirkungen • Supportive Therapie (z. B. Schmerztherapie, Transfusionen) • Punktionen: Knochenmark, Liquor, Pleuraergüsse und Ascites • Intrakavitäre (intravesikal, intrapleural, intraabdominal, intrathekal) oder intraläsionale Zytostatikagabe (3) Durchführung und / oder Koordination von Maßnahmen der medizinischen und sozialen Betreuung sowie Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere: • Psychosoziale Betreuung des Patienten und seiner Familie • Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen • Hinzuziehung externer Dienste • Häusliche Krankenpflege • Palliativversorgung, nicht nach § 37b SGB V	Zur Diagnostik und Versorgung werden bei onkologischen Erkrankungen im Allgemeinen die folgenden Leistungen erbracht. Sie sind Teil der vertragsärztlichen Versorgung, z. T. existieren Qualitätsvereinbarungen: • Anamnese • körperliche Untersuchung • Punktionen, Biopsien • Tumorstaging • histologische und zytologische Diagnostik • Beratung, Behandlungsplanung und Therapiekontrolle • Laboruntersuchungen (einschließlich zytogenetische Untersuchungen) • bildgebende Verfahren (z.B. Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen) • elektrokardiographische Untersuchungen • operative Eingriffe • Wundversorgung • Strahlentherapie • medikamentöse Tumorthérapien • Therapie von Komplikationen und Begleiterkrankungen • transfusionsmedizinische Leistungen • psychologische Beratung und psychotherapeutische Beratung und Betreuung • Beratung und Betreuung zur sozialen Integration • Rehabilitationsberatung, Einleitung der Rehabilitation • Aufklärung über vorhandene Selbsthilfeangebote • Hilfsmittelberatung und Anleitung im Gebrauch • risikoadaptierte Nachsorge • Schmerztherapie • Sexualberatung, Familienplanung

	Anforderungen an den ambulanten Bereich gemäß Onkologie-Vereinbarung	Anforderungen an den die Krankenhäuser gemäß G-BA-Richtlinien
Ärztliche Behandlung		• palliative Therapie Bei progredientem Krankheitsverlauf, Komplikationen sowie bei besonderen Fragestellungen können noch weitere Maßnahmen notwendig werden. Verpflichtung zur leitlinienorientierten Behandlung: Die Behandlung orientiert sich an den besten verfügbaren aktuellen interdisziplinär abgestimmten Leitlinien, die medizinisch-wissenschaftlich anerkannt sind.
Überweisungserfordernis	-----	Die Anlagen 1 bis 3 bestimmen jeweils, ob und in welchen Fällen die ambulante Behandlung von einer Überweisung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt abhängig ist. Bestehen keine Regelungen setzt die ambulante Erbringung durch das Krankenhaus die Überweisung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt voraus, wenn dies auch im vertragsärztlichen Bereich notwendig ist

	Anforderungen an den ambulanten Bereich gemäß Onkologie-Vereinbarung	Anforderungen an den die Krankenhäuser gemäß G-BA-Richtlinien
Mindestmengen	Je nach Fachgruppe ist die Betreuung nachfolgender Patientenzahlen pro Quartal nachzuweisen: • Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie: • Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten / Quartal und Arzt mit soliden oder hämatologischen Neoplasien - darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden - davon 30 mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung • Andere Fachgruppen • Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten / Quartal und Arzt mit soliden Neoplasien - darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden - davon 20 mit intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer und oder intraläsionaler Behandlung	Die Betreuung nachfolgender mindestens folgender Patientenzahlen pro Jahr ist nachzuweisen: 1. 280 behandelte Patienten mit gastrointestinalen Tumoren bzw. Tumoren der Bauchhöhle 2. 70 behandelte Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax 3. 50 behandelte Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren 4. 50 behandelte Patienten mit Hauttumoren pro Jahr umfassen. 5. 50 behandelte Patienten mit Tumoren des Gehirns <u>und</u> der peripheren Nerven 6. 70 behandelte Patienten mit Kopf- oder Halstumoren 7. <i>Es ist keine Mindestanzahl für Augen Tumoren angegeben</i> 8. 330 behandelte Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren 9. 320 behandelte Patienten mit urologischen Tumoren 10. 90 behandelte Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes <u>und</u> schwere Erkrankungen der Blutbildung

Tabelle 6: Vergleich der Anforderungen an den ambulanten Bereich gemäß Onkologie-Vereinbarung mit den Anforderungen an die Krankenhäuser mit einer Zulassung gemäß § 116b SGB V nach den G-BA-Richtlinien

(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Onkologie-Vereinbarung 2009, Richtlinie des G-BA über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V)

Im März 2011 konnten durch Internetrecherchen und Anfragen⁴⁰ bundesweit 92 Krankenhäuser identifiziert werden die eine Zulassung gemäß § 116b SGB V für die ambulante onkologische Behandlung haben.

Die Verteilung über die Bundesländer stellen die Abbildung 9 und die Abbildung 10 dar:

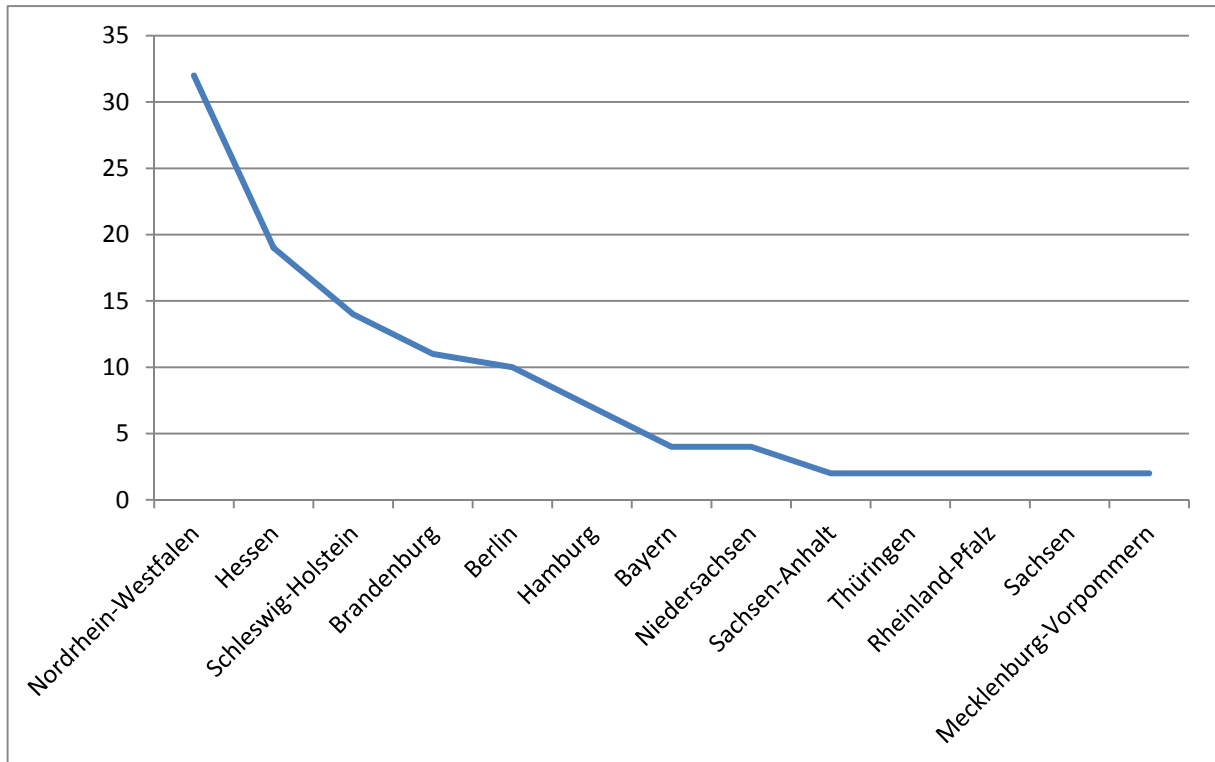


Abbildung 8: Die Verteilung der identifizierten Krankenhäuser, die eine Zulassung gemäß § 116b SGB V für die ambulante onkologische Versorgung haben.

(Quelle: eigene Darstellung)

⁴⁰ Die Korrespondenz liegt in ausgedruckter Form am Lehrstuhl für Medizinmanagement vor.

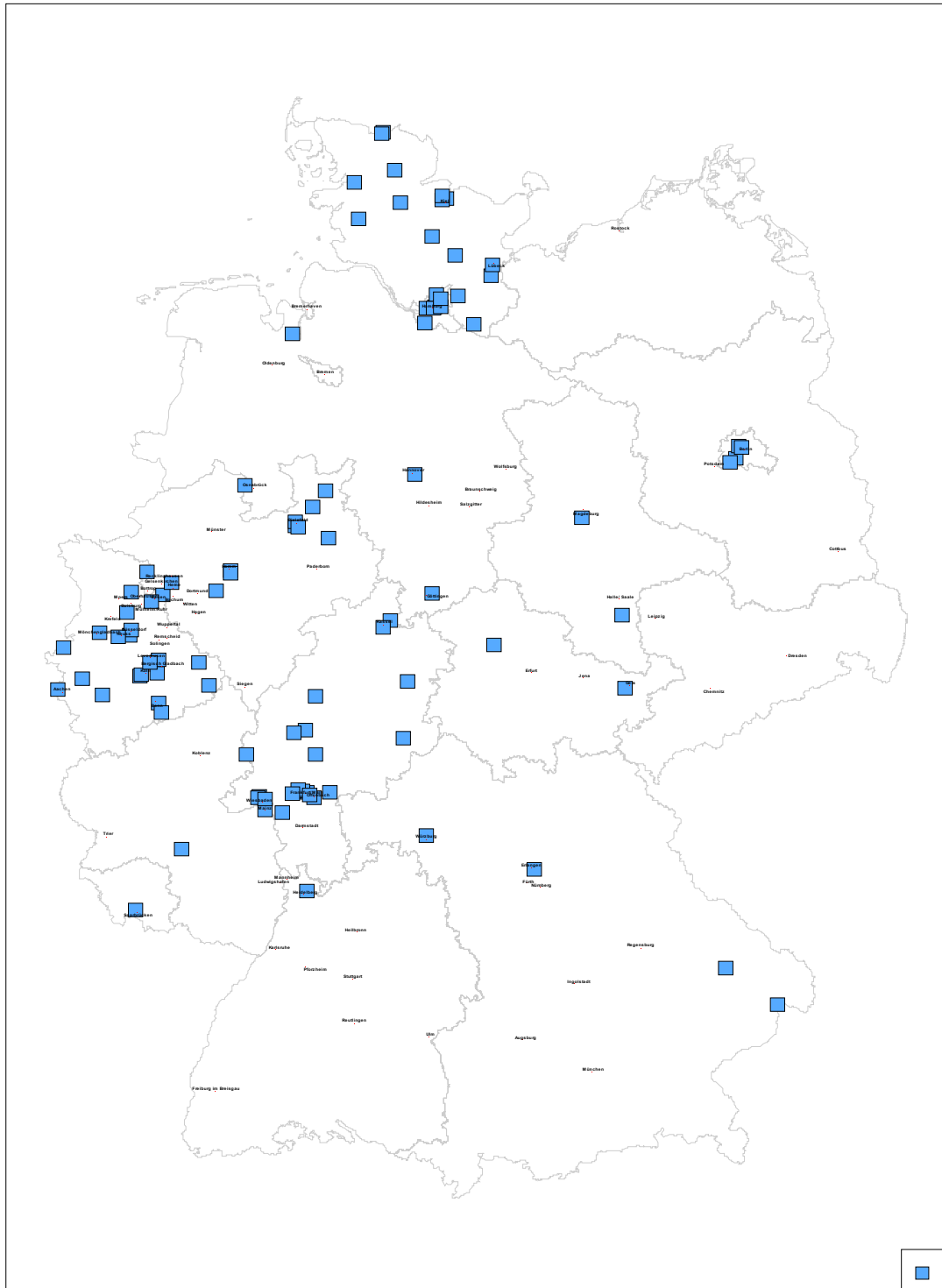


Abbildung 9: Die grafische Verteilung der identifizierten Krankenhäuser, die eine Zulassung gemäß § 116b SGB V haben⁴¹
(Quelle: eigene Darstellung)

⁴¹ In den Bundesländern Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern und Bremen konnten die einzelnen Krankenhäuser und somit deren Standorte (PLZ) nicht ermittelt werden. In Berlin beziehen sich die 10 angegebenen Krankenhäuser auf 4 Standorte, 3 davon gehören zur Charité.

2.2.4.3 Zulassung der Hochschulambulanzen

Wie bereits in Kapitel 2.2.3.4 Bedarfsplanung der Hochschulambulanzen“ ausgeführt, ist die Hochschulambulanz im Rahmen der Hochschulklinik lediglich eine Abrechnungs- und keine eigene Organisationsform.

Die Frage ist ob die Hochschulambulanzen einen Antrag auf Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung stellen können. Für ermächtigte Hochschulambulanzen gilt gemäß § 117 Abs. 1 Satz 3 SGB V die Besonderheit, „dass das Nähere zur Durchführung der Ermächtigung“ die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken regeln. Es ist daher unerlässlich, die jeweiligen vertraglichen Vereinbarungen auf Landesebene hinzuzuziehen, über die eine zusätzliche Einbeziehung der Onkologie-Vereinbarung erfolgen kann (KBV 2011c).

Zum Teil werden die Verträge zur Ausgestaltung der Ermächtigung nach § 117 Abs. 1 Satz 3 SGB V im Internet veröffentlicht. So findet sich zum Beispiel der Vertrag, der zwischen der Charité-Universitätsmedizin Berlin und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin geschlossen wurde, auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin⁴². In diesem Vertrag wird unter § 3 die Anwendbarkeit der Bundesmantelverträge und damit auch ihrer Anlagen als verbindlich vereinbart. Da die Onkologie-Vereinbarung eine Anlage der Bundesmantelverträge ist, ist davon auszugehen, dass die Hochschulambulanzen einen Antrag auf Teilnahme stellen können.

Insgesamt ist zu sagen, dass die Hochschulambulanzen eine Sonderrolle einnehmen und in Bezug auf die Onkologie-Vereinbarung keine allgemeingültige Aussage getroffen werden kann.

⁴² www.kvberlin.de/20praxis/60vertrag/.../vertrag_hochschulambulanz.pdf

2.2.5 Vergütungsstruktur der ambulant onkologischen Behandlung

Im Hinblick auf die Bildung eines dritten einheitlichen Sektors für die ambulant onkologische Versorgung ist es wichtig, sich mit der Vergütung auseinander zu setzen. Potentiell wettbewerbsverzerrende Ungleichgewichte sollen identifiziert werden, um sie in den Modellen, die in Kapitel 4.2.2 Alternative Planungs- und Vertragsmodelle“ konstruiert werden, auszugleichen.

2.2.5.1 Vergütung der Leistungen der niedergelassenen Ärzte

Die Vergütung der niedergelassenen Ärzte erfolgt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gemäß § 87 SGB V. Der EBM ist die vereinbarte Abrechnungsgrundlage zwischen den KVen und den Verbänden der Krankenkassen, die 1977 mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) eingeführt wurde (Forum Gesundheitspolitik 2011). Er unterlag seither vielen Reformen. Mit dem EBM 2000 plus, der ab dem 01.04.2005 umgesetzt wurde, begann die Differenzierung zwischen dem hausärztlichen und fachärztlichen EBM. Bevor der EBM am 01.01.2010 mit weiteren Veränderungen in den Euro-EBM umbenannt wurde, erfuhr er seine letzte grundsätzliche Reform zum 01.01.2008 als EBM 2008 (Klinger-Schindler 2011).

Die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung sind das Produkt der EBM-Punktzahlen und einem Punktwert, dessen Grundlage ein vom EBM-Bewertungsausschuss vorgegebener Orientierungswert ist. In 2009 betrug dieser Wert 3.5001 Cent, für die Jahre 2010 und 2011 wurde er auf 3,5048 Cent angehoben (Erweiterter Bewertungsausschuss 2010).

Gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nrn. 2 und 3 SGB V ist zudem ein bundeseinheitlicher Orientierungswert „bei Feststellung von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung gemäß § 100 Abs. 1 Satz 1 sowie bei Feststellung von Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 Satz 1 festzulegen.“ Diese Festlegungen wurden für die Jahre 2011 und 2012 vom Erweiterten Bewertungsausschuss nicht vorgenommen.⁴³ (Erweiterter Bewertungsausschuss 2010).

Die Abrechnung der ambulant onkologischen Versorgung erfolgt grundsätzlich mittels der im EBM Katalog dafür festgelegten Gebührenziffern. Die Vergütung aus dem EBM-Katalog unterliegt den spezifischen mengenbegrenzenden Regelungen im Rahmen der Honorarverteilung (RLV und QZV). Vergleiche hierzu Kapitel 2.2.5 Vergütungsstruktur der ambulant onkologischen Behandlung“.

Ärzte, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen, rechnen zusätzlich zu EBM-Leistungen über die in dieser Vereinbarung festgelegten Kostenpauschalen ab. Entsprechend Anhang 2 der Onkologie-Vereinbarung umfassen die Kostenpauschalen der Ziffern 86510, 86512, 86514, 86516 und 86518,

⁴³ „Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Teil D zur Höhe und Anwendung von Orientierungswerten im Regelfall sowie bei festgestellter Unter- und Überversorgung, wird für die Jahre 2011 und 2012 ausgesetzt und die Konvergenzregelung gemäß Nr. 1.2.2 des Beschlusses entsprechend um zwei Jahre verschoben“ (Erweiterter Bewertungsausschuss 2010).

„unter Beachtung der Nebeneinanderberechnungsausschlüsse, keine im EBM abgebildeten Leistungen.“

Die Höhe der insgesamt 5 Vergütungspauschalen ist nicht bundeseinheitlich. So wird z. B. in Brandenburg für die „Behandlung florider Hämoblastosen“ ein Pauschale von 35,08 € abgerechnet (KV Brandenburg 2010). In Mecklenburg-Vorpommern (KV Mecklenburg-Vorpommern 2010), dem Saarland (KV Saarland 2009) und Rheinland-Pfalz (KV Rheinland-Pfalz 2010) werden für die gleiche Leistung 51,13 € vergütet. In Berlin werden die Pauschalen aufgesplittet in eine sogenannte Basisvergütung und einen Qualifikationszuschlag. Der Qualifikationszuschlag wird den teilnehmenden Ärzten gewährt, die onkologisch besonders qualifiziert sind, d. h. die alle Voraussetzungen nach § 3 Abs 1-5 Anlage 7 BMV oder die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 2 Anlage 7 BMV und § 1 BMV erfüllen (KV Berlin 2009).

Entsprechend Anhang 2 der Onkologie-Vereinbarung gibt es definierte Ausschlüsse bzgl. des Nebeneinanderabrechnens von Pauschalen und bestimmten Gebührenspositionen.

Auffallend in Bezug auf die Ausschlüsse ist, dass bei Internistischen Hämatologen und Onkologen die onkologische Zusatzpauschale 13500 neben den Pauschalen der Onkologie-Vereinbarung abrechenbar geblieben ist.

„Die Diagnose der Tumorerkrankung ist unter Angabe des endständigen Codes gemäß ICD-10-GM zu dokumentieren“ (Onkologie-Vereinbarung 2009).

Die Vergütung aus den Behandlungspauschalen der Onkologie-Vereinbarung erfolgt extrabudgetär. In Kombination mit den Kostenpauschalen werden EBM-Gebührenscheffern z. B. für Schwerpunktleistungen der inneren Medizin und für praxisklinische Leistungen, abgerechnet (Onkologie-Vereinbarung 2009).

2.2.5.2 Vergütung der ambulanten Krankenhausleistungen

Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 wurde das DRG-Fallpauschalensystem eingeführt. Seither werden die im voll- und teilstationären Krankenhausbereich erbrachten Leistungen über dieses System abgerechnet (§ 17b KHG).

Der Formulierung in Absatz 5 des Paragraphen 116b entsprechend, werden Krankenhäuser, die eine Zulassung gemäß § 116 b SGB V haben und ambulante onkologische Behandlungen durchführen, unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Entsprechend der Formulierung in diesem Absatz des Paragraphen gilt: „Die Vergütung hat der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen[...] (§ 116b Abs.5 SGB V).“ Die Vergütung ambulant erbrachter onkologischer Leistungen in Krankenhäusern mit Zulassung nach § 116b SGB V erfolgt somit vollständig extrabudgetär auf der Grundlage des EBM.

Der Zugriff auf den EBM und damit auf eine vorhandene Gebührenordnung, die keiner weiteren Verhandlung bedarf und über die „das gesamte Spektrum der der ambulanten, vertragsärztlichen Versor-

gung abgerechnet werden kann“, wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft durchaus als positiv gewertet (DKG 2009).

Des Weiteren geht die DKG davon aus, dass Zuschläge, die für bestimmte, gesondert zu fördernde Leistungen, zwischen den Gesamtvertragspartnern, vereinbart werden, auch für die im Krankenhaus erbrachten ambulanten Leistungen gem. § 116 b SGB V abrechenbar sind (DKG 2009).

Mit dem Aufsetzen der Krankenhausleistung im ambulanten Sektor entsprechend der Zulassung nach § 116 b SGB V auf den EBM ergeben sich jedoch Differenzen durch die unterschiedliche Handhabung von Innovationen, bzw. dem Zugang zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den beiden Sektoren.

Entsprechend dem § 135 SGB V gilt für neue Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung der sogenannte „Erlaubnisvorbehalt“, für die Behandlung im Krankenhaus gilt gemäß § 137c SGB V der „Verbotsvorbehalt“⁴⁴.

Näheres dazu siehe Kapitel 2.2.7 Zugang zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Die Differenz der Leistungen, die ein Krankenhaus im Gegensatz zur vertragsärztlichen Versorgung „mehr“ erbringen darf, ist im EBM-Katalog logisch zwingend nicht abgebildet.

In den Anlagen der G-BA Richtlinie zum § 116b Abs. 3 SGB V werden die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperationen gefordert⁴⁵ (G-BA 2010). Bei der Frage nach der Abrechnung der in Kooperation erbrachten Leistungen „besteht Einigkeit darüber, dass das nach § 116b SGB V zugelassene Krankenhaus die erbrachten Leistungen insgesamt gegenüber der Krankenkasse abrechnet und die Vergütung des Kooperationspartners im Innenverhältnis erfolgt“ (DKG 2009). Grundlage für die Abrechnung ist eine zwischen dem Krankenhaus und dem Kooperationspartner getroffene Vereinbarung (DKG 2009). Aufgrund dieser Art der Abrechnung, folgert die DKG, dass formale Überweisungen der Patienten, die jeweilige onkologische Erkrankung betreffend, an die Kooperationspartner rechtlich nicht möglich sein dürften (DKG 2009).

Zur Mitteilung für hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen oder Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf nach § 116b Abs. 5 SGB V haben die GKV-Spitzenverbände ein Erfassungstool entwickelt und mit dem DKG abgestimmt. Somit können die Daten direkt an die Krankenkassen übermittelt werden (Koordinationsteam 301). In die Datei werden die EBM-Gebührenziffern eingetragen.

Des Weiteren gibt es die Möglichkeit Gebührenpositionen, die für weitere § 116b-Leistungen übernommen werden sollen, in die neue Datei zu kopieren (DKG 200).

⁴⁴ Genauerer siehe Kapitel 2.2.7

⁴⁵ In Bezug auf die Onkologie siehe Anlage 3 Nr. I

In Schleswig-Holstein und Sachsen wurden zwischen der Krankenhausgesellschaft und den Kostenträgern eine Durchführungsvereinbarung über die Abrechnung und Vergütung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V abgeschlossen. In dem so vereinbarten Meldeformular, welches nur für diese beiden Bundesländer gilt, sind auch ICD-Angaben⁴⁶ zu machen (Koordinations-team 301).

Folgend werden die Vergütung der niedergelassenen Ärzte die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen und die Vergütung der Krankenhäuser die eine Zulassung nach § 116 b für die onkologische Versorgung haben, im Rahmen einer Simulation verglichen. Ziel ist es die Differenzen, die sich für die Erbringung gleicher Leistung ergeben, aufzuzeigen.

Als Basis für die Simulation wurden Abrechnungsdaten für das 3. Quartal 2010 von 150 onkologischen Schwerpunktpraxen aus dem niedergelassenen Bereich vom Wissenschaftlichen Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen GmbH (WINHO) für diese Studie zur Verfügung gestellt.

Bei der Selektion wurde wie folgt vorgegangen:

Zunächst wurde festgelegt, die Angaben so zu wählen, dass sie sich auf einen engen Kreis von Patienten konzentrieren, die sich einer medikamentösen Tumorthherapie unterziehen. Als angemessene Indikation wurde die EBM-Ziffer I3502 (toxizitätsadaptierte Therapie) ausgewählt. Im nächsten Schritt wurden alle Patienten eines Quartales (3. Quartal 2010) identifiziert, für die die 150 onkologischen Schwerpunktpraxen diese Ziffer abgerechnet haben. Für diese Patienten wurden ermittelt, welche Leistungen für sie erbracht wurden.

Enthalten sind alle EBM-Leistungen und Pauschalen der Onkologie-Vereinbarung, die in den Quartalsabrechnungen diesen Patienten zugeordnet wurden.

Nicht enthalten sind Laborleistungen und Kostenerstattungen (also alle Leistungen, die nicht als Pkt-Zahl, sondern als EUR-Betrag aufgelistet sind.). Nicht enthalten sind auch Entgelte nach regionalen Sonderregelungen, die von der Onkologie-Vereinbarung abweichen, wie z.B. in Berlin, Sachsen und Thüringen, so wie alle übrigen regionalen Leistungen, die mit Pseudo-Ziffern in die Abrechnung eingehen, z.B. DMP-Leistungen. „Das was nicht enthalten ist, dürfte aber sehr begrenzt sein und die grundlegende Verteilung nicht in Frage stellen“ (WINHO 2011).

Als Ergebnis lagen Abrechnungsdaten für N = 43.763 Patienten in akuter Therapiesituation (mit EBM-Pos. I3502) vor. 14.614 mal wurde in diesem Quartal die Pauschale für die Behandlung florider Hämoblasten mit 42,14 €, 25.873 mal die Pauschale 86512 für die Behandlung solider Tumore mit 27,44 €, 9 mal der Zuschlag für die Intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie (86514) mit 26,19 € und 23.372 mal der Zuschlag für die intravasale zytostatische Tumorthherapie (86514) mit 185,50 €

⁴⁶ „Eine Verpflichtung zur Angabe von „ICDs“ besteht nach den gesetzlichen Bestimmungen des § 116b Abs.5 SGB V nicht“ (DKG 2009)

entsprechend der Onkologie-Vereinbarung abgerechnet.

Es wurden insgesamt 590.819.925 EBM Punkte angegeben. (Verteilung siehe Tabelle 7)

	EBM Punkte	Verteilung Punkte
Fa.-Pauschalen	47.300.760	8%
Infusionen	15.306.665	2,60%
Praxisklinik	227.177.070	38,50%
Transfusionen	8.886.240	1,50%
Punktionen	810.330	0,10%
Sonografie	6.607.150	1,10%
übrige EBM-Pos.	284.731.710	48,20%

Tabelle 7: Verteilung der EBM Punkte

(Quelle: WINHO)

Die Simulation nimmt einen Vergleich der Vergütung je Fall zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Arzt vor, beruhend auf der Annahme, dass im Krankenhaus die gleichen Patienten nach § 116b SGB V behandelt werden würden. Während die niedergelassenen Ärzte einerseits Pauschalen nach der Onkologie-Vereinbarung abrechnen konnten, andererseits aber für die von ihnen abgerechneten Leistungen Abstaffelungen aufgrund honorarbegrenzender Maßnahmen hinnehmen mussten, könnten die Krankenhäuser nur EBM-Leistungen abrechnen, allerdings zum vollen Preis von ca. 3,5 Cent pro Punkt.

Die durchschnittliche Vergütung pro Fall für die niedergelassenen Ärzte kann folgendermaßen ermittelt werden:

Zunächst wird die durchschnittliche Vergütung aus der Onkologie-Vereinbarung pro Fall berechnet:

Vergütung der niedergelassenen Ärzte nach Onkologie-Vereinbarung je Fall

$$\frac{14614 \times 42,14 + 25873 \times 27,44 \text{ €} + 9 \times 26,19 \text{ €} + 23372 \times 185,50 \text{ €}}{43.763.\text{Fälle}} = 129,37 \text{ €/Fall}$$

Als zweiter Betrag muss die durchschnittliche Vergütung pro Fall über den EBM ermittelt werden. Da keine Daten über die empirische Abstaffelung vorlagen, wird hier im Sinne einer Sensitivitätsanalyse mit zwei Abstaffelungsvarianten gerechnet, die jeweils eine Abstaffelung von 25% bzw. von 20% vornehmen.

Es ergeben sich als Vergütung nach EBM je Fall jeweils die folgenden Werte:

Vergütung der niedergelassenen Ärzte nach EBM je Fall

Rechnung I bei einer angenommenen Abstufung von 0,25

$$\frac{590.819.925 \text{ EBM Punkte gesamt}}{43.763 \text{ Fälle gesamt}} * 3,5 \text{ Cent} * 0,75 = 354,39 \text{ €/Fall}$$

Rechnung II bei einer angenommenen Abstufung von 0,2

$$\frac{590.819.925 \text{ EBM Punkte gesamt}}{43.763 \text{ Fälle gesamt}} * 3,5 \text{ Cent} * 0,8 = 378,01 \text{ €/Fall}$$

Daraus ergibt sich als Summe eine gesamte Vergütung je Fall (Onkologie-Vereinbarung + EBM) bei einer Abstufung von 0,25 von 483,75 € und bei einer Abstufung von 0,2 von 507,38 €.

Die Krankenhäuser dürfen nur nach EBM abrechnen. Daher ergibt sich für die Krankenhäuser folgende Vergütung je Fall:

$$\frac{590.819.925 \text{ EBM Punkte gesamt}}{43.763 \text{ Fälle gesamt}} * 3,5 \text{ Cent} = 472,52 \text{ €/Fall}$$

Unter den oben getroffenen Annahmen ergibt sich also eine Vergütungs Differenz je Fall zwischen den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten, von 11,23 € bei einer angenommenen Abstufung der EBM-Vergütung von 0,25; bei einer Abstufung von 0,2 beträgt sie 34,86 € je Fall zugunsten der niedergelassenen Ärzte.

Während die Vergütungssituation der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen sich nach dieser Rechnung günstiger darstellt als die für Krankenhausleistungen nach § 116b SGB V, dürfte sich dies bei anderen Arztgruppen allerdings relativieren, da hier Ausschlüsse der gleichzeitigen Abrechnung von EBM-Positionen und Pauschalen aus der Onkologie-Vereinbarung eine größere Rolle spielen.

2.2.5.3 Vergütung in den Hochschulambulanzen

Seit Inkrafttreten des Fallpauschalengesetzes (FPG) vom 23.04.2002, ist die Vergütung der Hochschulambulanzen nicht mehr Bestandteil der Gesamtvergütung gemäß § 85 SGB V. Die Höhe der Vergütung der Hochschulambulanzen ist seit dem das Ergebnis von individuellen Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Trägern der Hochschulambulanzen und differiert, je nach ausgehandeltem Vertrag, zwischen den Hochschulstandorten mehr oder weniger stark (Variation etwa um den Faktor 2 bis 3) und ist als Folge daraus nicht an allen universitätsmedizinischen Standorten gleichermaßen kostendeckend⁴⁷ (Wissenschaftsrat 2010). Die Modalitäten zur Vergütung sind in § 120 SGB V geregelt. Die dort eingeräumte Möglichkeit der Pauschalvergütung der Leistungen der Hochschulambulanz ist die in der Praxis im Regelfall umgesetzte (Hochschulambulanzpauschalen). Die Krankenkasse zahlt dann pro Patient je Quartal eine festgelegte Pauschale, unabhängig davon, wie oft der Patient und mit welcher Erkrankung er die Hochschulambulanz konsultiert⁴⁸. Die Höhe der Pauschale ist im Normalfall für alle Fachdisziplinen einheitlich (Wissenschaftsrat 2010, Längen 2007). Einige Hochschulkliniken haben ihre Verträge soweit erweitert, dass ein medizinisch indizierter Gebietswechsel als neuer Behandlungsfall gilt. Weiterhin wurden an einigen Standorten gesonderte Abrechnungsmodalitäten für bestimmte Leistungen vereinbart (Wissenschaftsrat 2010).

Mit dem Ziel, eine Gleichbehandlung gegenüber den niedergelassenen Vertragsärzten zu erreichen, besagt § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V, dass bei Hochschulambulanzen an öffentlich geförderten Krankenhäusern, ein Investitionskostenabschlag, bei pauschalierter Vergütung i.H.v. 10 %, zu berücksichtigen ist (Wissenschaftsrat 2010, Längen 2007).

„Der Wissenschaftsrat spricht sich dafür aus, die reine Pauschalvergütung zugunsten einer differenzierteren und leistungsgerechteren Vergütung weiterzuentwickeln“ (Wissenschaftsrat 2010). Die Idee ist es ein gesondertes Kapitel zur Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen in den EBM einzuführen. Die Einführung eines neuen Kapitels explizit für Hochschulambulanzen wäre insofern zwingend, da die spezifischen Versorgungsleistungen der Universitätsmedizin im EBM vielfach nicht abgebildet sind.

In jedem Fall sollte bei den Pauschalen aufwandsabhängig differenziert werden, um eine Unterdeckung zu vermeiden.

Zum jetzigen Zeitpunkt sind sowohl die Vereinbarungen als auch die überwiegend pauschale Vergütung der Hochschulambulanzen sehr heterogen und intransparent.

⁴⁷ Die bestehenden Fallzahlobergrenzen variieren um mehr als den Faktor zehn (Minimum: 27.000, Maximum: 285.000, Median: 77.595)

⁴⁸ Auch mehrere Überweisungen pro Quartal werden mit einer Pauschale abgerechnet.

2.2.6 Finanzierung allgemein / Investitionsfinanzierung

2.2.6.1 Praxisfinanzierung

Grundsätzlich finanziert sich die Praxis eines niedergelassenen Arztes, insoweit die Behandlung gesetzlich Versicherter betroffen ist, aus den EBM- Gebührenpositionen, die gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden können⁴⁹. Eine EBM-Ziffer besteht aus einem ärztlichen und einen technischen Leistungsanteil. „Der ärztliche Leistungsanteil (AL) entspricht dem Teil einer Leistung, die allein durch ärztliche Tätigkeit erbracht wird“ (IGES 2010). „Der technische Leistungsanteil (TL) entspricht dem Teil einer Leistung, der allein durch nichtärztliche Tätigkeiten bzw. Leistungsbestandteile erbracht wird und beinhaltet sämtliche Kosten der Leistungserstellung“ (IGES 2010). Anfallende Investitionskosten, die individuell für jede Abrechnungsziffer berechnet wurden, sind in den technischen Leistungsanteil individuell einkalkuliert (IGES 2010). Die Abbildung 11 gibt eine Übersicht zur Kalkulation des EBM:

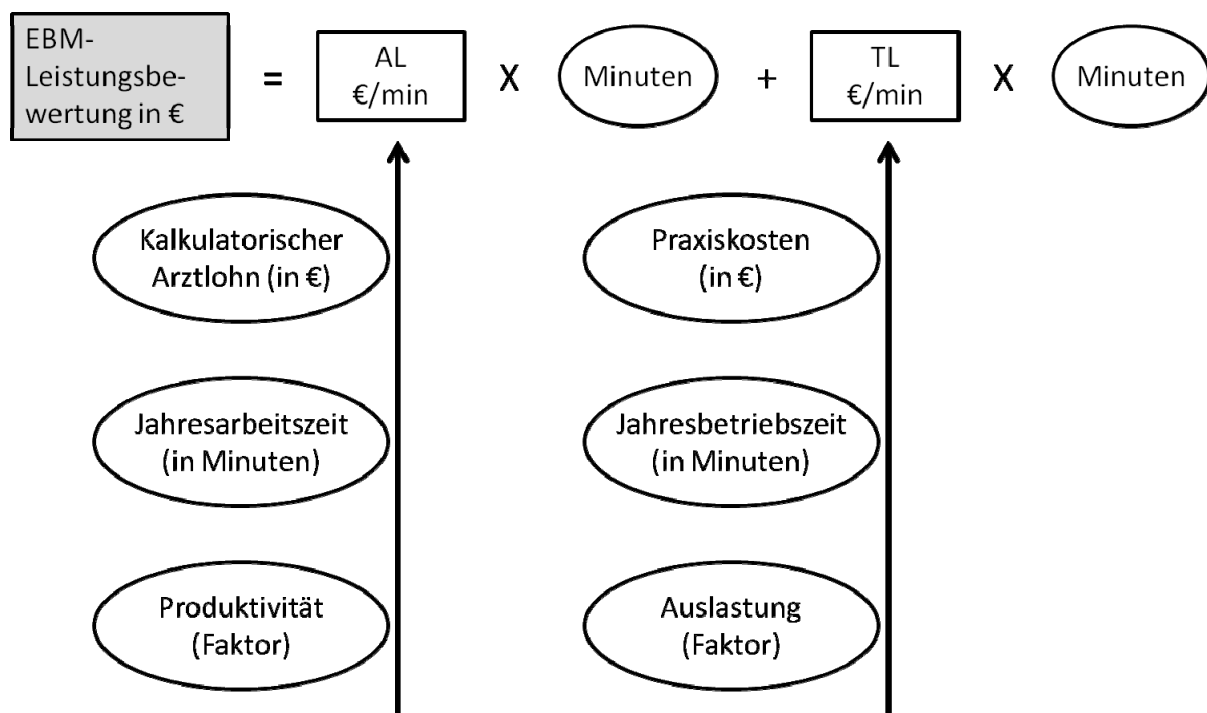


Abbildung 10: Übersicht zur Kalkulation des EBM

(Quelle: IGES 2010)

⁴⁹ Hinzu kommen privat abrechenbare privatärztliche Leistungen und die sogenannten IGEL-Leistungen.

2.2.6.2 Krankenhausfinanzierung

Das Jahr 1972 kennzeichnete den Übergang in einen neuen Zeitabschnitt in der Krankenhausfinanzierung. Als Folge der wirtschaftlichen Schräglage und der damit einhergegangenen infrastrukturellen Defizite der Krankenhäuser litten diese unter massiver Unterfinanzierung. Das zeigte neben dem schlechten Zustand des Baubestandes und den veralteten medizinischen Geräten auch die Unterbezahlung des Krankenhauspersonals (Simon 2008).

Die Krankenhaus-Enquete des deutschen Bundestages unterstrich im Jahr 1969 konsequent die Notwendigkeit des gesetzgeberischen Handlungsbedarfs im Krankenhaussektor. Im Juni 1972 wurde die monistische Krankenhausfinanzierung gekippt und durch die Regelungen zur dualen Krankenhausfinanzierung ersetzt (Krankenhausfinanzierungsgesetz). Seither sind die Reformmaßnahmen hauptsächlich durch Kostendämpfung charakterisiert (Simon 2008).

Die notwendigen Investitionskosten der Krankenhäuser sollen seitdem von den jeweiligen Ländern entsprechend der staatlichen Krankenhausplanung, die im Zuge des Krankenhausgesetz (KHG) den Bundesländern zugeführt wurde, und dem Investitionsprogramm aus Steuermitteln finanziert werden. Der Staat behält sich so die Möglichkeit vor, unmittelbar in die Versorgung einzugreifen (Szabados 2009). Angebotsplanungen werden gezielt umgesetzt und der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung wird erfüllt (Szabados 2009).

Die Länder unterliegen dabei keiner Verpflichtung was die Höhe der Investitionen betrifft. Auch die Art der Förderung differiert zwischen den Bundesländern. Unterschieden werden die Pauschal- und die Einzelförderung. Aus der einschlägigen Literatur ist zu entnehmen, dass die Pauschalförderung aus ökonomischer Sicht für die Krankenhäuser interessanter ist, da ihnen hier Entscheidungsautonomie gegeben wird und zielgerichteter investiert werden kann (Szabados 2009).

Mit der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt trat am 25. März 2009 das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) in Kraft.

Ziel des Gesetzes, in Bezug auf die Krankenhausinvestition, ist, dass die Investitionsfinanzierung ab 2012 auf Investitionspauschalen umgestellt wird, unter der Voraussetzung, dass sich die Länder dazu entscheiden (regionale Monistik). Bis Ende 2009 sollte ein gesetzlicher Auftrag zur Entwicklung einer Reform der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch leistungsorientierte Investitionspauschalen, die an die DRG-Pauschalen gekoppelt sind, erteilt werden. Die Einzelheiten des Verfahrens wurden dabei von Bund und Ländern festgelegt.

Mit der Kalkulation von Investitionsbewertungsrelationen wurden die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene und deren DRG-Institut beauftragt. Den Ländern soll so anstelle der bisherigen antragsbasierten Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser eine Entscheidung für eine moderne, unternehmerisch orientierte Investitionsfinanzierung auf der Grundlage leistungsorientierter Investitionspauschalen ermöglicht werden (BMG 2009).

Die aktuelle Krankenhausfinanzierung stellt sich in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich dar, hier gezeigt an den Bundesländern Bayern, Baden Württemberg, NRW

Das Land Baden Württemberg trennt die Krankenhausfinanzierung in Einzel- und Pauschalförderung. Die Einzelförderung ist für Investitionskosten für die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Sanierung, Erweiterung) einschließlich der erforderlichen Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern sowie die Wieder- und Ergänzungsbeschaffung von Anlagegütern zu beantragen. Die Fördermittel werden grundsätzlich in Höhe der förderfähigen Investitionskosten bewilligt. Stimmt der Krankenhausträger zu, erfolgt die Einzelförderung ganz oder teilweise als Festbetrag (Krankenhausplan 2010 Baden-Württemberg).

Die Pauschalförderung ist für Wieder- und Ergänzungsbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern (Einrichtungs- / Ausstattungsgegenstände), ausgenommen Gebrauchs- und Verbrauchsgüter, sonstige entsprechend der Einzelförderung förderfähige Investitionen bis zu bestimmten Beträgen zu beantragen.

Die Förderung erfolgt durch Jahrespauschalen, teilweise unter Berücksichtigung der im Krankenhausplan festgelegten Bettenzahl und Aufgabenstellung. Der Krankenhausträger kann mit der Jahrespauschale im Rahmen der Zweckbindung frei wirtschaften (Krankenhausplan 2010 Baden-Württemberg).

In Bayern werden für den Neu- und Umbau von Krankenhäusern die zur Verfügung stehenden Gelder (derzeit 305 Mio. €) über das Jahreskrankenhausbauprogramm verteilt. Zusätzlich fließen den Krankenhäusern Pauschalmitteln zu (etwa 191 Mio. €). Diese Jahrespauschalen sind von den Krankenhausträgern eigenverantwortlich zur Beschaffung kurzfristiger Anlagegüter einzusetzen. Pauschale Ausgleichszahlungen werden im Falle einer Krankenhausschließung, der Schließung einer Abteilung oder der Umstellung des Betriebes auf andere Aufgaben gewährt (gegenwärtig rund 4 Mio. €) (STMUG 2011).

In Nordrhein Westfalen wurde im Jahr 2008 eine sogenannte Baupauschale eingeführt, die sich derzeit in einer Übergangsphase befindet und 2012 endet. Dann soll landesweit jede Klinik pauschal gefördert werden. Für die Finanzierung von Bauprojekten der Krankenhäuser stellt das Land NRW jährlich 190 Millionen Euro zur Verfügung (MGEPA 2011).

Insgesamt ist zu verzeichnen, dass die Investitionsförderungen nach § 9 KHG im Zeitraum von 1991 bis 2006 um mehr als 25 % zurückgingen. Im Gegensatz dazu stiegen die bereinigten Kosten der Krankenhäuser nominal um 52 % (Sachverständigenrat 2006). Die Größenordnung des aus der Differenz entstandenen Investitionsstaus ist umstritten (IGES & Rürup 2008). 2009 erhöhten sich die KHG-Fördermittel erstmals seit 1995. Sie stiegen um 6,5 % auf 2,85 Mrd. €. Die Experten des Rheinisch-Westfälischen Institutes für Wirtschaftsforschung (RWI) gehen jedoch davon aus, dass es sich dabei lediglich um eine antizyklische Stabilisierungsmaßnahme als Folge der Finanzkrise gehandelt hat und

nicht um eine langfristige positive Entwicklung im Sinne der Steigerung der Mittel (Augurzky et al. 2011).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass trotz aller Investitionsstaus die Länder jährlich Gelder bereit stellen um die Investitionen der Krankenhäuser zumindest teilweise zu finanzieren; diese sind in dem Umfang der Investitionsfinanzierung besser gestellt als niedergelassene Ärzte, deren Investitionsfinanzierung alleine über ihre Vergütung erfolgen muss.

2.2.7 Zugang zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Der Zugang zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden differiert, wie bereits in Kapitel 2.2.5.2 Vergütung der ambulanten Krankenhausleistungen“ kurz erwähnt, zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor.

Gemäß § 135 SGB V gilt für neue Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung der sogenannte „Erlaubnisvorbehalt“. Für die niedergelassenen Ärzte bedeutet das, dass sie eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode erst dann erbringen und gegenüber der GKV abrechnen dürfen, wenn sie „erlaubt“, sprich: vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen wurde. Kriterien für die Aufnahme in den Leistungskatalog ist zum Einen der Nutzen für die Patienten, zum Anderen die Wirtschaftlichkeit aus Sicht der Solidargemeinschaft (G-BA 2009).

Für die Behandlung im Krankenhaus gilt gemäß § 137c SGB V der sogenannte „Verbotsvorbehalt“. Das bedeute, dass im Krankenhaus im Rahmen der stationären Versorgung ärztliche stationär durchgeführte, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erbracht werden können, solange sie nicht „verboten“ sind. Diese Leistungen werden zu Lasten der GKV abgerechnet. Eine vorherige Prüfung durch den G-BA ist nicht erforderlich (G-BA 2009a).

Die Frage, die sich im Hinblick auf eine Vereinheitlichung eines Ordnungs- und Organisationsrahmens stellt ist, ob die Krankenhäuser die eine Zulassung gemäß § 116b SGB V haben, dem Erlaubnis- oder dem Verbotsvorbehalt unterliegen.

Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind der Meinung, dass für ambulante Krankenhausleistungen analog zur vertragsärztlichen Versorgung der „Erlaubnisvorbehalt“ des G-BA gilt (DKG 2009).

Das Bundessozialgericht hat mit einem Urteil im März 2007 wie folgt entschieden: Im Rahmen des § 116b SGB V für die dort in Abs. 3 Satz 1 aufgezählten Behandlungen gilt der Verbotsvorbehalt, weil dort kein Bezug auf die vertragsärztliche Versorgung genommen wird. Im Gegensatz dazu wird in Abs. 3 Satz 2 auf die vertragsärztliche Versorgung Bezug genommen. Somit gilt hier der Erlaubnisvorbehalt. (BSG 2007)

Zusammenfassend ist zu sagen, dass nicht abschließend geklärt werden konnte ob für die ambulant onkologische Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116 b SGB V, ein Erlaubnis- oder Verbotsvorbehalt gilt. Auch hinsichtlich der Frage, ob für die Hochschulambulanzen der Erlaubnis- oder der Verbotsvorbehalt gilt, ist eine eindeutige Antwort zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich.⁵⁰

2.2.8 Arzneimittel (Zytostatika)

Bei einem großen Teil der Behandlung onkologischer Erkrankungen werden Zytostatika eingesetzt (Chemotherapie). Zytostatika werden vor der Applikation auf jeden einzelnen Patienten individuell angepasst („gemischt“).

Die Zytostatikazubereitung ist Deutschland an verschiedene Bedingungen geknüpft. So sind spezielle räumliche und technische Anforderungen zu beachten, welche in den Zytostatikarichtlinien der Länder fixiert sind (Trennheuser 2011). Am 27.04.2007 hat die Mitgliederversammlung der Bundesapothekerkammer das Curriculum „Onkologische Pharmazie“ verabschiedet, in welchem geregelt ist, dass die Apotheker im Bereich Onkologische Pharmazie an speziellen Seminaren und Schulungen teilnehmen und eine Prüfung ablegen müssen⁵¹ (abda 2004-2011).

Insgesamt gab es 2009 21.976 Offizin- und Krankenhausapotheken⁵² (gbe-Bund 2011b), aber nur etwa 500 erfüllten die für die Zytostatikazubereitung erforderlichen Bedingungen (Pharmazeutische Zeitung online 2010).

Im Jahr 2007 haben die Krankenkassen 1,4 Milliarden Euro für onkologische Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln bezahlt und 1,3 Milliarden Euro für Zytostatika. Im darauffolgenden Jahr haben die Krankenkassen in rund 1,5 Milliarden Euro für Fertigarzneimittel der ambulanten Krebstherapie ausgegeben. Weitere 1,6 Milliarden Euro für Zytostatika-Rezepturen kommen hinzu (Apotheke adhoc 2009).

⁵⁰Durch die Legaldefinition der Hochschulambulanzen in § 117 Abs. 1 Satz 1 SGB V erfolgt keine Zuordnung. Derzeit besteht lediglich eine Entscheidung des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt (Urteil vom 17.06.2010, AZ: L 10 KR 13/06). Darin wurde entschieden, dass analog zur vertragsärztlichen Versorgung auch für Hochschulambulanzen der Erlaubnisvorbehalt gilt.

Die Entscheidung ist derzeit beim BSG (AZ: B 1 KR 19/10 R) anhängig und somit noch nicht rechtskräftig. Experten des Institutes für Sozialrecht der Uni Bochum konstatieren, dass für die Urteilsbegründung ein neueres Gesetz herangezogen wurden um inhaltlich eine ältere Regelung zu begründen. Weiterhin sind sie der Ansicht, dass gerade die Bezugnahme auf die Forschung in § 117 SGB V eine Erweiterung hinsichtlich innovativer Behandlungsmethoden vorsieht und folglich der Erlaubnisvorbehalt nicht gelten soll.

Auch der Wissenschaftsrat ist der Ansicht, dass die Hochschulambulanzen bezüglich des Verbotsvorbehaltes eine besondere Position einnehmen, da Klinischen Studien im Zuge des Einsatzes neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie der zulassungsüberschreitende Einsatz von Arzneimitteln („Off-Label-Use“) in hochschulmedizinischen Ambulanzen nicht dem Erlaubnisvorbehalt unterliegen. Gleiches gilt für neue Heilmittel (§ 138 SGB V) (Wissenschaftsrat 2010b).

⁵¹ Die Zusatzbezeichnung Onkologische Pharmazie darf nur unter der Voraussetzung geführt werden, dass der Apotheker die vorgeschriebenen Seminare mit mindestens 100 Stunden besucht hat. Außerdem muss er die im Curriculum genannten Praxiserfahrungen nachweisen und die mündliche Abschlussprüfung bestehen.

⁵² 21548 Offizinapotheken, 428 Krankenhausapotheken

Mit dem Ziel, die ständig steigenden Ausgaben für Arzneimittelausgaben einzudämmen, ist am 23.07.2009 nach Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt das Artikelgesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften in Kraft getreten (Deutscher Bundesrat 2009).

Im Hinblick auf die in Kapitel 4 Neuordnung der ambulanten Onkologie“ folgenden Modelle ist für die Thematik der parenteralen Zubereitungen Nachstehendes besonders hervorzuheben.

Bis zum in Kraft treten des AMNOG differierten die Wettbewerbsbedingungen zwischen Offizin- und Krankenhausapotheken extrem. Grundlage für die Preisbildung in den Offizinapotheken von verschreibungspflichtigen Präparaten, welche zu Lasten der GKV abgegeben werden, ist die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV). Das Maximum für den Apothekeneinkaufspreis ist in § 5 AMPreisV definiert. Mit dem AMNOG wurde diese Regelung für Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen, die nur in der Apotheke erstellt werden können, geändert. Die Einkaufspreise können nun für diese Fertigarzneimittel von den Offizinapotheken frei vereinbart werden.

Die AMPreisV gilt nicht für Krankenhausapotheken. Hier können und konnten die Preise für Fertigarzneimittel immer frei vereinbart werden (Schöffski 2002).

Mit dem AMNOG wurden so annähernd gleiche Wettbewerbsbedingungen für Offizin- und Krankenhausapotheken für den Bereich der Parenteralen Zubereitungen geschaffen. (Deutscher Bundesrat 2009).

3 Reformbedarf

Mit der Novellierung des § 116b Abs. 2 SGB V im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes war die Zielsetzung verbunden, das ambulante Versorgungsangebot für onkologische Patienten zu erweitern und den Zugang zu hochqualifizierten Leistungen zu erleichtern. Ein einheitlicher Ordnungsrahmen für die aus verschiedenen Betriebsformen kommenden, unterschiedlichen Rechtsformen unterliegenden und unterschiedlichen Bedarfsplanungsinstrumenten unterstehenden ambulanten Leistungsanbieter wurde nicht geschaffen.

Dieses ordnungspolitische Vakuum führt zu Friktionen. Folgende Entwicklungen sind derzeit zu beobachten: Vertragsärzte sehen sich durch die Zulassungen von Krankenhäusern zur ambulanten onkologischen Versorgung zumindest subjektiv zunehmend einem Verdrängungswettbewerb ausgesetzt, bei dem sie sich benachteiligt fühlen. In Klageverfahren wurde ihnen auch das Recht auf Existenzsicherung zugesprochen.⁵³ Die ambulante Onkologie weist somit derzeit einen offenen Rechtsraum aus. Die Steuerung dieses Versorgungsbereiches sollte sich jedoch nicht auf der Grundlage fallweiser Rechtsprechung vollziehen, sondern muss durch einen konsistenten ordnungspolitischen Rahmen gestaltet werden.

Auch weist das Antrags- und Zulassungsgeschehen nach § 116b Abs. 2 SGB V über die Bundesländer hinweg ein sehr heterogenes Bild auf, das mit unterschiedlichen Populations- und Morbiditätsstrukturen nicht hinreichend erklärbar ist.

Verschiedene Gründe sind dafür ausschlaggebend, dass das Spektrum der erteilten Zulassungen im Rahmen des § 116b Abs. 2 SGB V weit ist.⁵⁴ Sowohl die generelle gesundheitspolitische Ausrichtung einer Landesregierung als auch die zur Verfügung stehenden Ressourcen in den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sind entscheidende Faktoren des Zulassungsgeschehens. Darüber hinaus ist es jedem Bundesland freigestellt, eine Verfahrensordnung zum Zulassungsprozess, die ein Einvernehmen mit der Kassenärztliche Vereinigung und den Krankenkassen vorsieht, zu entwickeln oder allein über Zulassungsanträge zu entscheiden.

⁵³ Siehe zuletzt das Urteil des LSG NRW vom 09.02.2011, welches die Ambulanzzulassung eines Krankenhauses nach § 116b SGB V stoppt und die Anfechtungsberechtigung konkurrierender Vertragsärzte bekräftigt.

⁵⁴ Es reicht von einer Zulassung in Baden-Württemberg über vier Zulassungen in Bayern, 11 zugelassenen Krankenhäusern in Brandenburg, bis hin zu 19 in Hessen und 32 geöffneten Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen.

4 Neuordnung der ambulanten Onkologie

4.1 Zielsetzung und Vorgehensweise

Das Ziel einer Neuordnung der ambulanten Onkologie ist die Herstellung von Voraussetzungen, die eine effiziente, bedarfsgerechte, qualitätsorientierte, innovationsgerechte und flächendeckende Versorgung aller Patienten mit gesicherter onkologischer Diagnose gewährleisten. Dies soll exemplarisch am Beispiel der medikamentösen Tumorthherapie diskutiert werden.

Diese Zielsetzung lässt sich prinzipiell über zwei verschiedene Lösungsansätze verwirklichen. Einerseits können hier die traditionell bestehenden Sektorgrenzen zwischen Erbringern von ambulanten Leistungen aus Krankenhaus und vertragsärztlicher Versorgung grundsätzlich überwunden werden über die Bildung eines neuen eigenständigen Sektors der ambulanten spezialisierten fachärztlichen Versorgung. Andererseits können bei Fortbestand der vorhandenen sektoriellen Versorgungsstrukturen wesentliche Rahmenbedingungen für die verschiedenen Leistungsanbieter typen harmonisiert werden.

In beiden Fällen schafft der Gesetzgeber nach dem hier vorgelegten Vorschlag die Basis zur Ausgestaltung eines Ordnungsrahmens mit einheitlich geltenden Regelungen. Dazu gehören:

- Regelungen zur Zugangsberechtigung von qualifizierten Facharztgruppen zum Versorgungssektor Ambulante Onkologie
- Regelungen zu Definition und Sicherung von Mindestanforderungen der Versorgungsqualität
- Regelungen zur Investitionskostenfinanzierung
- Einheitliche Marktregelungen für den Bezug von parenteralen Zytostatika-Zubereitungen
- Regelungen zu Innovationen bei Diagnostik und Therapie.

Dagegen sind Bedarfsplanungs- und Marktzugangsregelungen je nach Ansatz unterschiedlich ausgestaltet. Im Nachfolgenden sollen zunächst (in Abschn. 4.2) Modellansätze zur Implementierung eines neuen eigenständigen Sektors vorgestellt werden. Darauf werden (in Abschn. 4.3) Lösungen unter Beibehaltung der traditionell bestehenden sektoralen Gliederung entworfen. Anschließend erfolgt (in Abschn. 5) eine Bewertung der jeweiligen Modelle im Hinblick auf zentrale Beurteilungskriterien.

4.2 Eigenständiger Versorgungssektor Ambulante Onkologie

Es wird ein eigenständiger Versorgungssektor Ambulante Onkologie, hier am Beispiel der medikamentösen Tumorthherapie, mit einem einheitlichen Ordnungsrahmen geschaffen.⁵⁵ Der Gesetzgeber definiert die Abgrenzung des neu zu gestaltenden Versorgungsbereiches. Für alle in diesem Sektor tätigen Leistungserbringer gelten hinsichtlich des Zugangs, der Qualifikation, der Qualitätssicherung, der Festlegung der Vergütung und der Investitionsfinanzierung identische Kriterien. Zur Ausgestaltung des Sektors werden drei alternative Modelle entwickelt, die alle gemeinsam auf einem einheitlichen Ordnungsrahmen zu Versorgungsqualität, Investitionsfinanzierung und Innovationszugang basieren. Die Modelle unterscheiden sich innerhalb dieses gemeinsamen Ordnungsrahmens jeweils in den Planungs- und Vertragsstrukturen sowie den Vergütungsregelungen; innerhalb eines Modelles sind die Planungs- und Vertragsstrukturen und Vergütungsregelungen allerdings ebenfalls für alle (Typen von) Leistungserbringern einheitlich geregelt.

4.2.1 Gemeinsamer einheitlicher Ordnungsrahmen: Regelungen zu Versorgungsqualität, Investitionsfinanzierung und Innovationszugang

Da onkologische Erkrankungen als komplexe Krankheitsbilder gelten, die hohe Anforderungen an Diagnostik und Therapie stellen, erfolgt deren ambulante Behandlung, hier exemplarisch die medikamentöse Tumorthherapie, ausschließlich im eigenständigen Sektor Ambulante Onkologie. In allen Modellen werden für den eigenständigen Versorgungssektor Ambulante Onkologie auf der Bundesebene die für diesen Sektor geltenden übergeordneten Parameter zur Versorgungsqualität, zur Investitionsfinanzierung und zum Innovationzugang definiert. Diese werden auf Landesebene durch ein Steuerungsgremium an die regionalen Versorgungserfordernisse angepasst.

⁵⁵ Die Etablierung des Versorgungsbereichs Ambulante Onkologie erübrigt die Notwendigkeit für bislang teilstationär erbrachte Leistungen. Es ist zu überlegen, inwiefern Hochschulambulanzen in den Versorgungssektor einbezogen werden können. Darüber hinaus sollte der Gesetzgeber prüfen, inwieweit kurzstationäre Behandlungen in den Versorgungsbereichs Ambulante Onkologie einbezogen werden können.

Qualitätskriterien: Die grundsätzliche Zugangsberechtigung legt der Gesetzgeber, basierend auf der Weiterbildungsordnung, für qualifizierte Facharztgruppen zum Versorgungssektor Ambulante Onkologie fest⁵⁶. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann darüber hinausgehende Qualifikationsanforderungen an die onkologisch hochqualifizierten Fachärzte als Voraussetzung zur Teilnahme im ambulanten onkologischen Versorgungssektor definieren⁵⁷. Diese Kriterien der Struktur- und Prozessqualität als personen- und einrichtungsbezogene Anforderungen in der Leistungserbringung werden auf der Grundlage der bereits vorhandenen Regelwerke (insbesondere: Onkologie-Vereinbarung, Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b Abs. 2 SGB V, Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung, Qualitätsprüfungsrichtlinie vertragsärztliche Versorgung, etc.) und unter Berücksichtigung der für die spezialisierte ambulante onkologische Versorgung und ihre Einrichtungen bereits entwickelten Qualitäts- und Zertifizierungsverfahren zu einem einheitlichen Qualitätskatalog zusammengefasst⁵⁸. Im Rahmen der Qualitätsanforderungen ist ein effektives nachhaltiges Versorgungsmanagement für onkologische Patienten zu verankern, das Kommunikations- und Informationsbarrieren an den Schnittstellen zu den bestehenden Sektoren überwindet⁵⁹. Der Qualitätskatalog gilt für alle Leistungserbringer und ihre Einrichtungen. Dieser Standard darf auf Landesebene nicht unterschritten werden.

Zur Messung der Ergebnisqualität wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, Modelle und Kriterien der Datenerhebung, -weiterleitung und -auswertung zu entwickeln, die sich an Ergebnissen und Erfahrungen der noch funktionierenden Klinischen Krebsregister in Deutschland orientieren. Eine umfassende onkologische Dokumentation stellt eine zu erstrebende Grundlage dar, um Erkenntnisse zur Ergebnisqualität der ambulanten onkologischen Behandlung zu erlangen. Perspektivisch prüft der Gemeinsame Bundesausschuss die Möglichkeit, den Qualitätskriterienkatalog um Indikatoren der Ergebnisqualität zu erweitern.

⁵⁶ An der Versorgung im Sektor Ambulante Onkologie bezogen auf den Bereich der medikamentösen Tumorthherapie können folgende Arztgruppen teilnehmen: Fachärzte der Inneren Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie, Fachärzte der Gynäkologie mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie, Fachärzte der Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kinder-Hämatologie und –Onkologie. Fachärzte mit der Zusatzqualifikation Medikamentöse Zusatztherapie oder Fachärzte, bei denen die Medikamentöse Tumorthherapie integraler Bestandteil der Facharztweiterbildung ist – dazu gehören Fachärzte der Inneren Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie, Fachärzte der Inneren Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie, Fachärzte der Strahlentherapie – erhalten in einem Übergangszeitraum die Möglichkeit zur Teilnahme; der GBA legt die Bedingungen für die dauerhafte Teilnahme dieser Arztgruppen fest.

⁵⁷ Aufgrund des häufig systemischen Charakters der Erkrankung erscheinen organbezogene Mindestmengen in der medikamentösen Tumorthherapie hierbei nicht sinnvoll.

⁵⁸ Der Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO), sein Wissenschaftliches Institut (WINHO) und die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) haben Qualitätsindikatoren-, -management und –sicherungssysteme sowie Zertifizierungskonzepte entwickelt, die in der Praxis bereits erprobt werden.

⁵⁹ Inwieweit hierbei mittelfristig die Funktion des Case-Managers auch durch eine speziell fortgebildete nicht-ärztliche Fachkraft im Rahmen der onkologischen Versorgung wahrgenommen werden kann, ist zu diskutieren.

Investitionskostenfinanzierung: Grundsätzlich sollte die Vergütung monistisch ausgestaltet sein, das heißt Bestandteile zur Investitionskostenfinanzierung beinhalten. Zur Herstellung gleicher Bedingungen für die Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung und im Krankenhaus wird ein Investitionskostenabschlag von der Vergütung für die ambulante Leistungserbringung in Krankenhäusern eingeführt. Die Kriterien für den Abschlag werden durch den Bundesgesetzgeber festgelegt. Dabei ist der Investitionskostenanteil an den jeweils erbrachten Gebührenordnungspositionen zu berücksichtigen⁶⁰. Seine Höhe wird für jedes Bundesland gesondert ermittelt, da die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser in den einzelnen Ländern unterschiedlich hoch ausgeprägt ist. Die dadurch erwirtschafteten Einsparungen fließen zur Vermeidung von verzerrten Anreizstrukturen nicht an die Krankenkassen, sondern kommen einem Fonds zugute. Die Mittel dieses Fonds sollen nach vom Gemeinsamen Bundesausschuss aufzustellenden Kriterien zur Vermeidung von Fehlversorgungslagen (Abbau von Unter- und Überversorgung) verwendet werden⁶¹.

Parenterale Zytostatika-Zubereitungen: Der Gesetzgeber legt einheitliche Marktbedingungen für den Bezug von parenteralen Zytostatika-Zubereitungen für die gesamte ambulante onkologische Versorgung fest mit dem Ziel, noch bestehende Wettbewerbsverzerrungen zu beseitigen.

Innovationen in der Versorgung: Der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt für den Sektor Ambulante Onkologie eine eigene Verfahrensordnung zur Bewertung und Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Dabei sollten neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zunächst in ausgewählten Zentren evaluiert werden, bevor sie in der Fläche verfügbar werden. Hierbei ist mittelfristig zu erwägen, auch den stationären onkologischen Bereich in dieses Vorgehen mit einzubeziehen.

Auf der Landesebene wird das Steuerungsgremium Landesausschuss Ambulante Onkologie geschaffen, dem besonders in den entwickelten Modellen mit Bedarfsplanung die Konkretisierung der Bedarfsplanung bzw. der Kriterien zur Messung der Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung und die Prüfung der Qualitätskriterien obliegt.

⁶⁰ Es ist anzunehmen, dass der Investitionsabschlag von größerer Bedeutung in fachärztlichen Gebieten mit besonderem Investitionsbedarf wie z.B. der Strahlentherapie sein wird.

⁶¹ Ein solcher Fonds kann auf Landes- oder Bundesebene eingerichtet werden, was auch mit Blick auf die jeweiligen Anreize entschieden werden sollte. Regionale Fonds wären bei den jeweiligen Landesausschüssen Ambulante Onkologie anzusiedeln, ein überregionaler Fonds könnte z.B. beim Bundesversicherungsamt angesiedelt werden.

Der Landesausschuss Ambulante Onkologie setzt sich aus der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landeskrankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen zusammen. Das Land erhält ein Mitberatungsrecht⁶².

Der Landesausschuss Ambulante Onkologie hat auch die Prüfung der persönlichen Qualifikationsanforderungen an die Leistungserbringer als Zugangsvoraussetzung zur Teilnahme an der Versorgung und die regelmäßige Überprüfung dieser Kriterien als Grundlage zur Teilnahme im weiteren Verlauf vorzunehmen. Er hat darüber hinaus die einrichtungsbezogenen Qualitätskriterien zum Zeitpunkt des Zugangs in den Versorgungssektor als auch im weiteren Verlauf zu überprüfen. Bei der Wahrnehmung dieser Aufgaben in der Qualitätssicherung nehmen die Landesärztekammer und der Medizinische Dienst der Krankenkassen mit beratender Stimme teil⁶³.

Dem Landesausschuss Ambulante Onkologie ist es nicht möglich, die auf Bundesebene als Mindeststandard definierten Qualitätsniveaus abzusenken.

Der Landesausschuss Ambulante Onkologie kann bei Hinweisen auf wiederholte/ vorsätzliche Fehlbelegungen einzelner Krankenhäusern im Rahmen der medikamentösen Tumorthherapie die Krankenkassen auffordern, eine Prüfung durch den MDK zu veranlassen.

Die Kapazitäten in der ambulanten onkologischen Versorgung sind in der Bedarfsplanung der übrigen vertragsärztlichen Versorgung entsprechend (im Sinne einer „Bereinigung“) zu berücksichtigen.

Soweit Leistungen, die bislang in der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen erbracht wurden, nunmehr im eigenständigen Versorgungsbereich der ambulanten onkologischen Versorgung erbracht werden, sind die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen in der vertragsärztlichen Versorgung entsprechend zu bereinigen⁶⁴.

⁶² Das genaue Stimmenverhältnis im Landesausschuss Ambulante Onkologie kann in zwei Varianten durch den Gesetzgeber festgelegt werden: entweder Kassenvertreter und Leistungserbringer haben je die Hälfte der Stimmen, oder Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung und Krankenhausvertreter besetzen den Ausschuss in Drittelparität. In beiden Fällen ist ein unparteiischer Vorsitzender mit Stimmrecht vorzusehen. Neben KV und Landeskrankenhausgesellschaft sind eigenständige Vertreter der Leistungserbringer im neuen Versorgungsektor Ambulante Onkologie mit beratender Stimme einzubeziehen, falls diese ein vom Gesetzgeber festzulegendes Quorum erreichen.

⁶³ Der Landesausschuss Ambulante Onkologie kann zur Klärung besonderer Versorgungsprobleme Patientenvertreter mit beratender Aufgabe hinzuziehen.

⁶⁴ Bei bislang extrabudgetär erbrachten Leistungen (z.B. nach der Onkologie-Vereinbarung oder im Rahmen von § 116b Abs. 2 SGB V) ist hingegen keine Budgetbereinigung erforderlich. Zu entscheiden ist, ob bei einer Verlagerung teil- oder vollstationärer Leistungen in den Versorgungsbereich Ambulante Onkologie eine Bereinigung erforderlich ist.

4.2.2 Alternative Planungs- und Vertragsmodelle

Für den Regelungsbedarf unterhalb des einheitlichen Ordnungsrahmens werden im Folgenden verschiedene, alternative Modelle eines eigenständigen Sektors Ambulante Onkologie entwickelt, die sich im Hinblick auf die Vertragsgestaltung, die Bedarfsplanung und die Vergütungsgrundlagen unterscheiden.

Für jedes der alternativen Modelle gelten die (in Abschn. 4.2.1) skizzierten einheitlichen Regelungen zu Versorgungsqualität, Investitionsfinanzierung und Innovationen.

4.2.2.1 Modell: „Freier Marktzugang“

Der Versorgungssektor unterliegt weder einer Bedarfsplanung⁶⁵ noch einer Zulassungsbeschränkung. Die Erfüllung der persönlichen Qualifikationsanforderungen der Leistungserbringer als Zulassungsvoraussetzung wird durch den Landesausschuss Ambulante Onkologie überprüft.

Unter der Voraussetzung einer nur schwach ausgeprägten angebotsorientierten Nachfrage werden der Zugang und die weitere Teilnahme der Leistungserbringer sowie die Leistungsmengen ausschließlich über das Wettbewerbsverhalten der Leistungsanbieter gesteuert. Die Versicherten haben die freie Arztwahl in Bezug auf alle für den Versorgungsbereich Ambulante Onkologie zugelassenen Leistungserbringer.

Das optimale Versorgungsangebot und die Anzahl der Leistungsanbieter ermitteln sich aus dem Bedarf der Patienten.

Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer wie z.B. Erreichbarkeiten, Mindestöffnungszeiten, Urlaubsregelungen werden auf der Basis dreiseitiger Verträge zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband vereinbart. Sie sind Bestandteil der auf Landesebene zu schließenden dreiseitigen Verträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Landeskrankenhausesellschaften und den Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese Verträge werden gegenüber den einzelnen Leistungserbringern durch deren Beitritt, der Voraussetzung für das Tätigwerden in diesem Bereich ist, verbindlich.

Grundlage der Vergütung ist eine auf Bundesebene in dreiseitigen Verträgen⁶⁶ vereinbarte Vergütungssystematik. Die Partner der Gemeinsamen Selbstverwaltung (GKV-Spitzenverband, KBV und

⁶⁵ Allerdings sind die Akteure auf Landesebene auf eine Bewertung des Bedarfsdeckungsgrades der von ihnen durch Vergütungsanreize zu steuernden Versorgung angewiesen, so dass letztlich auch für dieses Modell ein entsprechendes Konzept durch den Landesausschuss Ambulante Onkologie zu entwickeln wäre.

⁶⁶ Alternativ zu dreiseitigen Verträgen könnte die Vergütungssystematik auch im Bewertungsausschuss für die vertragsärztliche Versorgung festgelegt werden, der für den Versorgungssektor Ambulante Onkologie betreffende Beschlüsse um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft ergänzt wird.

DKG) entwickeln ein bundesweit geltendes System der Vergütung für ambulante onkologische Leistungen⁶⁷. Die Vergütungsbestandteile sind als Wertebereiche mit einem Minimum und einem Maximum zu definieren, die die Anpassung der Vergütung an besondere regionale Erfordernisse wie die Vermeidung von Unterversorgung durch die Akteure auf Landesebene ermöglichen⁶⁸.

Erfüllen die Partner der Verträge zur ambulanten onkologischen Versorgung auf Bundes- oder Landesebene ihre Aufgaben nicht, so ist gesetzlich eine Ersatzvornahme durch die entsprechenden Bundes- bzw. Landesbehörden vorzusehen.

Eine Überversorgung über einen längeren Zeitraum ist unwahrscheinlich, da sich Angebot und Bedarf in Kombination mit einem daran angepassten Vergütungsbereich auf Dauer ausgleichen.

Die Partner der dreiseitigen Verträge auf Landesebene haben bei drohender oder bestehender Unterversorgung die Aufgabe, die Vergütung so zu steuern, dass ein ausreichendes Angebot erfolgt. Hierbei können auch andere finanzielle Fördermaßnahmen die Niederlassungsbereitschaft positiv beeinflussen.

Grundlage der Beziehung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ist, wie beschrieben, der Kollektivvertrag. Über für Krankenkassen, Leistungserbringer wie Versicherte fakultative Selektivverträge kann ein zusätzlicher Wettbewerb initiiert werden, der die Versorgung um weitere Angebote mit dem Ziel der Qualitätserhöhung ergänzt. In weiteren Selektivverträgen können die Krankenkassen mit den Herstellern von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln Vereinbarungen über Mengen und Preise treffen. Bei den Selektivverträgen kann es sich sowohl um Add-on-Verträge zum Kollektivvertrag als auch um die Kollektivverträge ersetzende Opt-out-Verträge handeln. In jedem Falle dürfen aber die im Kollektivvertrag geltenden Qualitätsanforderungen nicht unterschritten werden.

4.2.2.2 Modell: „Versorgungsplanung mit Zulassung“

Der Versorgungssektor wird auf der Grundlage einer populations- und morbiditätsorientierten Planung gestaltet. Dazu müssen die erforderlichen Leistungsmengen, die von den an der ambulanten

⁶⁷ Für den Sektor Ambulante Onkologie wird eine eigene Vergütungsstruktur entwickelt. Dabei ist zu überprüfen, ob die im vertragsärztlichen onkologischen Bereich bestehende Kombination aus Behandlungspauschalen und EBM-Gebührenscheffern wie z.B. im Bereich der fachärztlichen Grundpauschalen und der Praxisklinikleistungen das Leistungsgeschehen adäquat widerspiegelt oder beide Vergütungsbestandteile als Kostenpauschalen weiterentwickelt werden sollten. Eine Vereinbarung „kleiner DRG“ (ohne Hotelleistungen) könnte ein erster Schritt in eine Konvergenz der Vergütungsordnungen zwischen stationärem und ambulantem Sektor sein. Im Bereich der medikamentösen Tumorthapie bei Patienten mit gesicherter Diagnose sollte dies ohne Budgetierung erfolgen; insoweit tragen die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko.

⁶⁸ Bei den Vertragsverhandlungen können eigenständige Vertreter der Leistungserbringer im neuen Versorgungssektor Ambulante Onkologie mit beratender Stimme einbezogen werden, falls diese ein vom Gesetzgeber festzulegendes Quo-rum erreichen.

onkologischen Versorgung teilnehmenden Ärzten zu erbringen sind, definiert werden⁶⁹. Basierend auf den definierten Leistungsmengen können dann entsprechende Zulassungen ausgesprochen werden. Die Zulassung erfolgt arzt- und nicht institutionsbezogen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt das grundsätzliche Verfahren für die Ermittlung der erforderlichen Leistungsmengen und ihre Übertragung in Voll- und ggfs. Teilzulassungen fest. Der Landesausschuss Ambulante Onkologie hat in Umsetzung dieser Vorgaben gemeinsam und einheitlich den Bedarf an Leistungserbringern kassenübergreifend zu ermitteln, der für die Versorgung in der Region erforderlich ist.

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt außerdem Richtlinien zu Kriterien für die Auswahl der Leistungserbringer, auch in den Fällen eines Praxisinhaberwechsels bzw. bei Wechsel des im Krankenhaus tätigen Arztes bei bestehender oder drohender Überversorgung. Es ist zu diskutieren, ob Vertragsarztpraxen hierbei aufgrund der oben beschriebenen Marktvorteile bezüglich des Patientenzugangs besonderen Schutzes bedürfen und ob ein etwaiger Schutz kürzer- oder längerfristig angelegt werden soll⁷⁰.

Der Landesausschuss erteilt die Zulassungen auf der Basis der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Hierbei wird auch die Erfüllung der persönlichen Qualifikationsanforderungen der Leistungserbringer als Zulassungsvoraussetzung geprüft.

Die Versorgungsplanung erfordert im Grunde eine Begrenzung der Zulassungen der Leistungserbringer in Anzahl und Dauer. Die Erteilung von befristeten Zulassungen ist jedoch umstritten, da verfassungsrechtliche Gründe hinsichtlich der Berufsausübungsfreiheit und Existenzsicherung dagegen stehen könnten. Stattdessen ist aufgrund sich verändernder Präferenzen von Ärztinnen und Ärzten zur Gestaltung des Arbeitslebens das Instrument der auf die gewünschte Arbeitszeit bezogenen Teilzulassungen zu fördern und auszubauen.

Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer wie z.B. Erreichbarkeiten, Mindestöffnungszeiten, Urlaubsregelungen werden auf der Basis dreiseitiger Verträge zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband vereinbart. Sie sind Bestandteil der auf Landesebene zu schließenden dreiseitigen Verträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Landeskrankenhausesellschaften und den Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese Verträge werden gegenüber den einzelnen Leistungserbringern durch deren Beitritt, der Voraussetzung für das Tätigwerden in diesem Bereich ist, verbindlich.

⁶⁹ Kriterien einer populations- und morbiditätsbasierten Versorgungsplanung für die ambulante onkologische Versorgung sind noch zu entwickeln. Bereits vorhandene Datenquellen aus vertragsärztlichen Abrechnungs- und Diagnosedaten so-wie aus epidemiologischen Krebsregistern sind zu nutzen.

⁷⁰ Hier könnten z.B. Mindest-Marktanteile vorgesehen werden.

Die Vergütung der Leistungen erfolgt ebenfalls auf der Grundlage einer auf Bundesebene in dreiseitigen Verträgen vereinbarte Vergütungssystematik⁷¹. Die Partner der Gemeinsamen Selbstverwaltung (GKV-Spitzenverband, KBV und DKG) entwickeln ein bundesweit geltendes System der Vergütung für ambulante onkologische Leistungen⁷². Die Vergütungsbestandteile sind als Wertebereiche mit einem Minimum und einem Maximum zu definieren, die die Anpassung der Vergütung an besondere regionale Erfordernisse wie die Vermeidung von Unterversorgung ermöglichen.

Die Vertragspartner der dreiseitigen Verträge auf Landesebene können Vergütungsanpassungen vornehmen. Es wird insbesondere in der Übergangszeit notwendig sein, mit Vergütungsabschlägen bestehende Überkapazitäten abzubauen bzw. mit Zuschlägen zur Vergütung Unterversorgung zu vermeiden.

Erfüllen die Partner der Verträge zur ambulanten onkologischen Versorgung auf Bundes- oder Landesebene ihre Aufgaben nicht, so ist gesetzlich eine Ersatzvornahme durch die entsprechenden Bundes- bzw. Landesbehörden vorzusehen.

Die Versicherten haben die freie Arztwahl in Bezug auf alle für den Versorgungsbereich Ambulante Onkologie zugelassenen Leistungserbringer.

Grundlage der Beziehung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern ist der Kollektivvertrag. In Selektivverträgen zwischen Leistungsanbietern und Krankenkassen können besondere Qualitätsparameter vereinbart werden, die über den Mindeststandard der auf Bundesebene definierten Qualitätskriterien hinausgehen. Die Teilnahme von Krankenkassen, Leistungsanbietern und Versicherten an solchen Selektivverträgen ist freiwillig. Darüber hinaus können die Krankenkassen mit den Herstellern von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln in weiteren Selektivverträgen Vereinbarungen über Mengen und Preise treffen. Bei den Selektivverträgen kann es sich sowohl um Add-on Verträge zum Kollektivvertrag als auch um den Kollektivvertrag ersetzende Opt-out-Verträge handeln. In jedem Falle dürfen aber die im Kollektivvertrag geltenden Qualitätsanforderungen nicht unterschritten werden.

⁷¹ Auch in diesem Modell könnte die Vergütungssystematik alternativ im Bewertungsausschuss für die vertragsärztliche Versorgung festgelegt werden, der für den Versorgungssektor Ambulante Onkologie betreffende Beschlüsse um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft ergänzt wird.

⁷² Für den Sektor Ambulante Onkologie wird eine eigene Vergütungsstruktur entwickelt. Dabei ist zu überprüfen, ob die im vertragsärztlichen onkologischen Bereich bestehende Kombination aus Behandlungspauschalen und EBM-Gebührenziffern wie z.B. im Bereich der fachärztlichen Grundpauschalen und der Praxisklinikleistungen das Leistungsgeschehen adäquat widerspiegelt oder beide Vergütungsbestandteile als Kostenpauschalen weiterentwickelt werden sollten. Eine Vereinbarung „kleiner DRG“ (ohne Hotelleistungen) könnte ein erster Schritt in eine Konvergenz der Vergütungsordnungen zwischen stationärem und ambulantem Sektor sein.

4.2.2.3 Modell: „Versorgungsplanung mit Vertragswettbewerb“

Der Versorgungssektor wird auf der Grundlage einer populations- und morbiditätsorientierten Bedarfsplanung gestaltet, die den Umfang der erforderlichen Leistungsmengen für die Planungsregion definiert. Um diesen Umfang zu decken, sind die Krankenkassen verpflichtet, in ausreichendem Maße Versorgungsverträge mit Leistungserbringern zu schließen. Mit der Überprüfung, ob die Krankenkassen mittels ihrer geschlossenen Verträge mit Leistungserbringern den Leistungsbedarf ihrer Versicherten abdecken, können die Länder gesetzlich beauftragt werden.

Die Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern sind so zu gestalten, dass die Standards einer qualitätsorientierten Versorgung nicht unterschritten werden. Die Vergütungshöhe wird in jedem Vertrag zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern verhandelt.

Der Sicherstellungsauftrag liegt bei den Krankenkassen. An der Versorgung können die Leistungserbringer nur im Rahmen von Selektivverträgen mit den jeweiligen Krankenkassen teilnehmen.

Der Landesausschuss Ambulante Onkologie hat die Aufgabe, den konkreten Versorgungsbedarf zu ermitteln.

Die Grundlage zur regionalen Planung bilden die auf der Bundesebene durch den Gemeinsamen Bundesausschuss definierten Kriterien für eine populationsbezogene und morbiditätsorientierte Bedarfsplanung für die ambulante onkologische Versorgung.

In Regionen, in denen das Angebot die notwendigen Leistungsumfänge überschreitet, schreiben einzelne Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen die erforderlichen Leistungsumfänge aus. Dabei zum Zuge kommende Leistungsanbieter erhalten über Selektivverträge einen Versorgungsauftrag.

Die Versicherten haben nur zu den Leistungserbringern Zugang, die mit ihrer jeweiligen Krankenkasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben.

In Regionen, in denen das Angebot die notwendigen Leistungsbedarfe unterschreitet, erfolgt eine Ausschreibung, die faktisch zu einer Kontrahierung mit allen Leistungserbringern führt.

In Rabattverträgen können zwischen Krankenkassen und Herstellern von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln Vereinbarungen über Mengen und Preise der benötigten Mittel getroffen werden.

4.3 Modelle unter Beibehaltung der traditionell bestehenden sektoralen Gliederung

Alternativ zu den bereits vorgestellten Modellen, die einen eigenständigen Versorgungssektor Ambulante Onkologie (hier am Beispiel der medikamentösen Tumorthherapie) konstituieren, wäre es für die Neuordnung der ambulanten Onkologie auch denkbar, sich im Bereich von Bedarfsplanung und Zulassung tradierter Instrumente zu bedienen, jedoch die übrigen Rahmenbedingungen so weit wie möglich anzugleichen. Die auf dieser Basis entwickelten Modelle können besonders dann eingesetzt werden, wenn eine grundlegende Neuordnung mit Bildung eines neuen einheitlichen Versorgungssektors für die ambulante Onkologie gesundheitspolitisch nicht erwünscht ist.

Eine Angleichung der Rahmenbedingungen ist in beiden unten vorgestellten Modellen für die Qualifikations- und Qualitätsanforderungen, die Marktregulierung für den Bezug von parenteralen Zytostatika-Zubereitungen sowie für die Regelungen zum Innovationszugang möglich. Hier können die für einen eigenen Versorgungssektor oben entwickelten Ansätze im Prinzip übernommen werden. Allerdings sind je nach Modellvariante modifizierte institutionelle Lösungen insbesondere auf Landesebene sinnvoll.

4.3.1 Erhaltung unterschiedlicher Teilnahmewege für die Leistungserbringer

In diesem Modell bleibt die Gestaltung der unterschiedlichen Teilnahmewege für Leistungserbringer, also die jeweils unterschiedlichen Regelungen für Vertragsärzte und für Krankenhäuser in ihrer derzeitigen Gestalt, bestehen (zugelassene Vertragsärzte einschließlich der Ermächtigten, zugelassene Krankenhäuser nach § 116b Abs. 2 SGB V, Hochschulambulanzen und Krankenhäuser mit Angebot an teilstationären Leistungen jeweils mit ihren spezifischen institutionellen Zulassungsregelungen (auch für die onkologische Versorgung). Die einheitlich definierten Qualifikations- und Qualitätskriterien werden bei der Zulassung durch die jeweilige Zulassungsinstitution überprüft. Für kontinuierliche weitere Prüfungen dieser Bedingungen könnte auch hier auf Landesebene wie in 4.2.1 vorgestellt ein Landesausschuss Ambulante Onkologie ins Leben gerufen werden, die Aufgabe kann jedoch auch der jeweils die Zulassung aussprechenden Institution übertragen werden.

Denkbar ist, trotz weiterhin differierender Zugangsregelungen ein gemeinsames Vergütungssystem (wie in 4.2.1.1 und 4.2.1.2 beschrieben) zu entwickeln. Dies würde allerdings auch hier voraussetzen, die EBM-Leistungen für die ambulante onkologische Versorgung bei den Vertragsärzten aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und den entsprechenden Budgetierungen herauszulösen und diese entsprechend zu bereinigen. In einem gemeinsamen Vergütungssystem könnten dann auch jeweils angemessene Investitionsabschläge für die Vergütung der Krankenhäuser eingebaut werden.

4.3.2 Eingliederung in die vertragsärztliche Versorgung über Ermächtigungen

Alternativ kann die in § 116b Abs. 2 SGB V vorgenommene strukturelle Erweiterung der Teilnahmemöglichkeiten der Krankenhäuser zur ambulanten onkologischen Versorgung zurückgenommen werden. An ihre Stelle tritt in diesem Modell eine Erweiterung des Instruments der Ermächtigung für diesen Bereich. § 116 SGB V wird dahingehend verändert, dass in der ambulanten onkologischen Versorgung regulär neben persönlichen Ermächtigungen von Krankenhausärzten gleichwertig auf Antrag auch Institutsermächtigungen vorgenommen werden können.

Die Zulassung von Krankenhausärzten und Krankenhäusern wird hiermit an die Bedingungen des § 116 SGB V geknüpft, d. h. sie wird in Beziehung zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für den ambulanten ärztlichen Bereich gestellt und findet nur subsidiär statt, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse der hierfür geeigneten Krankenhausärzte bzw. Krankenhausambulanzen nicht sichergestellt wird. Die Zulassung wird entsprechend durch die Zulassungsausschüsse aus Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen vorgenommen und findet in der ambulanten Bedarfsplanung Berücksichtigung. Sowohl niedergelassene Vertragsärzte als auch ermächtigte Krankenhausärzte und Krankenhäuser unterliegen einer modifizierten Onkologie-Vereinbarung, die gleichwertige Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen vorgibt. Ihre kontinuierliche Überprüfung fällt in den Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Vergütung der Ermächtigten entspricht der Vergütungssystematik für die entsprechenden niedergelassenen Facharztgruppen. Es kann erwogen werden, leistungsdifferenzierte Investitionsabschläge für Krankenhäuser in die EBM-Systematik einzuarbeiten (analog zu Kapitel 4.2.1).

5 Bewertung der Modelle

Das Ziel eines neuen Ordnungsrahmens für die ambulante Onkologie ist die Vorhaltung einer effizienten, bedarfsgerechten, qualitätsorientierten und flächendeckenden Versorgung bei freiem Zugang für alle onkologischen Patienten.

Jedes neue Modell muss daran gemessen werden, ob die Erreichung dieser Zielsetzung wahrscheinlich ist.

Effizienz: Das genaue Verhältnis des Einsatzes der benötigten finanziellen Mittel zu den Ergebnissen einer nach dem besten medizinischen Wissen gestalteten ambulanten onkologischen Versorgung zu ermitteln, ist eine komplexe Aufgabe. Nicht zuletzt steht die aktuell fehlende empirische Grundlage zur Ermittlung des Leistungsgeschehens und der Behandlungsergebnisse in der ambulanten – wie auch stationären – Onkologie der Lösung dieser Aufgabe noch entgegen. Weitreichende Erkenntnisse über die Ergebnisse der ambulanten onkologischen Behandlung sind derzeit nicht vorhanden. Die Etablierung der dafür notwendigen Grundlage einer arzt-, einrichtungs- und länderübergreifenden einheitlichen qualitativen Dokumentation onkologischer Erkrankungen, die über die Erhebungsinhalte von epidemiologischen Registern deutlich hinausgeht, ist eine anspruchsvolle Zukunftsaufgabe.

Es ist grundsätzlich anzunehmen, dass das Modell, in dem die Versorgung stärker über wettbewerbliche Instrumente wie Selektivverträge gestaltet wird, auch über höhere Effizienzpotentiale verfügt. Die Gestaltung der Preise für Leistungen und Leistungsmengen liegt im Modell „Versorgungsplanung mit Vertragswettbewerb“ allein in den Händen der Vertragspartner und ist nicht an bundeseinheitliche Vorgaben gebunden. Somit können – je nach regionaler Situation – die Preise erheblich differieren, da für große Leistungsmengen niedrigere Preise erzielt werden können als für geringere Leistungsmengen. Weiterhin können in Selektivverträgen besondere Qualitätsparameter vereinbart werden, die wiederum Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben.

Demgegenüber gibt es in den Modellen „Freier Marktzugang“, „Versorgungsplanung mit Zulassung“, „Erhaltung unterschiedlicher Teilnahmewege für die Leistungserbringer“ und „Eingliederung in die vertragsärztliche Versorgung über Ermächtigungen“ zwar die Möglichkeit der regionalen Variierung der zentralen Preisbildung, jedoch erfolgt die Steuerung nicht wettbewerblich über die vertragliche Kontrahierung der Einzelkassen mit den Leistungserbringern. Im Modell „Versorgungsplanung mit Vertragswettbewerb“ ist der aus Gründen der Wettbewerbsneutralität zu den niedergelassenen Vertragsärzten sinnvolle Investitionskostenabschlag für die Krankenhäuser praktisch kaum umsetzbar, da die Verträge der Kassen mit Leistungserbringern bei der Vergütung relativ frei gestaltet sein können.

Bedarfsgerechtigkeit: Die Realisierung einer hohen Bedarfsgerechtigkeit ist für alle genannten Modelle gleichermaßen anzunehmen. Unabhängig von einer stärker kollektiv- oder selektivvertraglich gesteu-

erten Versorgung ist eine Einschränkung von Leistungen durch Unterversorgung oder durch leistungseinschränkende Selektivverträge zwischen Leistungsanbietern und Krankenkassen nicht vorgesehen. Im Modell „Versorgungsplanung mit Vertragswettbewerb“ hängt die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung allerdings faktisch von den Anreizen für die Krankenkassen ab, sich für die onkologische Versorgung ihrer Versicherten zu engagieren⁷³.

Qualitätsorientierung: Da Qualifikationsanforderungen an die Leistungsanbieter sowie Qualitätserfordernisse in der Leistungserbringung auf der Bundesebene festgelegt und weder auf der Landesebene noch in Verträgen eingeschränkt oder gesenkt werden können, ist für alle genannten Modelle von einer hohen Qualitätsorientierung auszugehen. Daneben kann in jedem Modell über das Instrument der Selektivverträge eine Qualitätsweiterentwicklung vereinbart werden.

Qualität kann außerdem ein zentraler Wettbewerbsparameter sein. Wettbewerb kann in den vorgestellten Modellen an folgenden Punkten genutzt werden:

- Wettbewerb der Leistungserbringer um Verträge mit den Krankenkassen
- Wettbewerb der Leistungserbringer um den Zugang von Patienten
- Wettbewerb der Leistungserbringer um Zulassung zur ambulanten onkologischen Versorgung

Im Modell „Versorgungsplanung mit Vertragswettbewerb“ findet ein Wettbewerb der Leistungserbringer um Verträge mit den Krankenkassen statt; jedoch ist nicht klar, inwieweit es sich hier in der Realität eher um einen Preis- denn einen Qualitätswettbewerb handeln würde.

Ein Wettbewerb der Leistungserbringer um Patienten ist im Modell „freier Marktzugang“ konstituierend angelegt, so dass hier Impulse in Richtung höherer Leistungsqualität im Sinne der Patientenpräferenzen wahrscheinlich sind.

Die Wirkung des Wettbewerbs der Leistungserbringer um ihre Zulassung hängt ab von der Ausgestaltung des Auswahlverfahrens. Eine systematische Chancenreduzierung für bestimmte Leistungserbringergruppen wie im Modell „Eingliederung in die vertragsärztliche Versorgung über Ermächtigungen“ für die Krankenhäuser oder im Modell „Versorgungsplanung mit Zulassung“, wenn Kontingente für Leistungserbringergruppen vorgesehen sind, verringert auch die Möglichkeit der vorrangigen Nutzung von Qualitätskriterien für die Zulassung. Ist das Zulassungsverfahren wie im Modell „Erhaltung unterschiedlicher Teilnahmewege für Leistungserbringer“ stark von regionalen Besonderheiten und sozialgerichtlicher Rechtsprechung geprägt, so ist ebenfalls eine systematische Nutzung einheitlichen Qualitätskriterien fraglich.

⁷³ Die Krankenkassen sollten keine Anreize zur Risikoselektion zuungunsten onkologischer Patienten und damit gegen das Vorhalten attraktiver Versorgungsangebote in diesem Bereich haben.

Flächendeckung: In jedem Modell sind die Verantwortlichkeiten für die Gewährleistung der Versorgung definiert und Instrumente zur Umsetzung bei Versorgungsproblemen geschaffen. Bei drohender oder bestehender Unterversorgung können zudem mit höheren Vergütungen Versorgungsdefizite ausgeglichen werden. Eine flächendeckende Versorgung ist insofern mittelfristig in jedem der genannten Modelle gewährleistet, sofern Vergütungsanreize sich als wirksam erweisen. Kurzfristig können jedoch in allen Modellen Unterversorgungslagen nicht ausgeschlossen werden. Besondere Limitationen ergeben sich dann im Modell „Versorgungsplanung mit Vertragswettbewerb“, da eine Preiskonkurrenz der Krankenkassen dazu führen kann, dass Versicherte einzelner Krankenkassen von der regionalen Versorgung ausgeschlossen werden könnten. Um dies zu vermeiden, müssten bei bestehender Unterversorgung gemeinsame und einheitliche Verträge durch alle Krankenkassen kontrahiert werden, was jedoch der Grundkonstruktion des selektivvertraglichen Modells widersprechen würde.

Zugang der Versicherten: In den Modellen „Freier Marktzugang“ und „Versorgungsplanung mit Zulassung“ sowie den Modellen unter Beibehaltung der traditionell bestehenden sektoralen Gliederung verfügen die Patienten über eine freie Wahl zwischen allen für den Sektor zugelassenen Leistungserbringern. Das Modell „Versorgungsplanung mit Vertragswettbewerb“ sieht eine Einschränkung des Zugangs vor, da Versicherte nur zwischen denjenigen Leistungserbringern wählen können, die mit der jeweiligen Krankenkasse des Patienten auch einen Versorgungsauftrag abgeschlossen haben.

Die Bewertung zeigt, dass ein Vergleich der Modelle im Hinblick auf die Kriterien Effizienz und Bedarfsgerechtigkeit nicht zu einem Ausschluss eines bestimmten Modells führt.

Allerdings bedingen besonders die Beschränkungen des Wettbewerbs im Modell „Eingliederung in die vertragsärztliche Versorgung mittels Ermächtigung“ sowie die fehlende Systematik von Auswahlkriterien bei der Zulassung im Modell „Erhaltung unterschiedlicher Teilnahmewege von Leistungserbringern“ u. U. eine Einschränkung der Anreize für nachhaltige Qualitätsverbesserung.

Die Bewertung des Kriteriums Zugang der Versicherten und die Schwächen des Modells „Versorgungsplanung mit Vertragswettbewerb“ in Unterversorgungssituationen führen demgegenüber zu einer deutlichen Unterlegenheit dieses Modells. Angesichts der besonderen Schwere und der Lebensbedrohung von onkologischen Erkrankungen ist die Wahlfreiheit zwischen qualifizierten Leistungserbringern für die Patienten von herausgehobener Bedeutung. In diesem Modell ist für Patienten der Zugang zu dem onkologisch qualifizierten Arzt ihrer Wahl erst nach einem Wechsel zu der Krankenkasse möglich, die diesem Arzt im Rahmen eines Selektivvertrags einen Versorgungsauftrag erteilt hätte. Eine derartige Anforderung an schwerkranke Patienten muss als unzumutbar gelten. Aus diesem Grund wird die Realisierung dieses Modells im spezifischen Anwendungsbereich der Onkologie nicht empfohlen.

Die ersten drei Modelle sind unter der Maßgabe eines neuen, eigenständigen Versorgungssektors entwickelt. Die vorhandene sektorale Trennung in einen vertragsärztlichen Versorgungsbereich und die ambulante Behandlung im Krankenhaus ist damit aufgehoben. Die aus der Sektorentrennung resultierenden Unterschiede in der Planung, in der Vergütungsstruktur und in der Qualitätssicherung als Ausgangsvoraussetzungen für die Leistungsanbieter sind nivelliert.

Die beste Voraussetzung zur Gewährleistung einer effizienten, bedarfsgerechten, qualitätsorientierten und flächendeckenden Versorgung für alle onkologischen Patienten liegt in der Schaffung eines eigenständigen Versorgungssektors und einer eigenständigen Vergütungssystematik, wobei mit alternativen Planungs- und Vertragsmodellen die Feinsteuerung der Versorgung auf regionaler Ebene vorgenommen wird und alle Versicherten unabhängig von der Kassenzugehörigkeit einen freien Zugang zu allen zugelassenen onkologisch hochqualifizierten Ärzten erhalten.

Quellenverzeichnis

ABDA. Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände (2004-2011):

Onkologische Pharmazie

Im Internet unter:

http://www.abda.de/onkologische_pharmazie.html

(Zugriff am 27.09.2011)

Apotheke adhoc (2009):

14 Prozent Anstieg bei Zytotoxika-Rezepturen

Im Internet unter:

<http://www.apotheke-adhoc.de/Nachrichten/Politik/6175.html>

(Zugriff am 11.10.2011)

Augurzky, B./ Krolop, S./ Gülken, R./ Schmidt, Ch.M./ Schmitz, H./ Schwierz, Ch./ Terkatz, S. RWI

(Hrsg.): Krankenhaus Rating Report 2009. Im Auge des Orkan.

Executive Summary. Heft 53, 2009.

Im Internet unter:

www.hcb-institute.de/index.php?page=shop

(Zugriff am 11.11.2010)

Augurzky, B./ Krolop, S./ Gülken, R./ Schmidt, Ch.M./ Schmitz, H./ Terkatz, S. RWI (Hrsg.): Krankenhaus Rating Report 2011. Die fetten Jahre sind vorbei.

Executive Summary. Heft , 2011.

Im Internet unter:

www.rwi-essen.de/media/content/.../M_67_KRR-2011_ExecSum.pdf

Zugriff am 04.09.2011)

Bedarfsplanungs-Richtlinie (2011a). In: Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung.

Im Internet unter: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/4/>

(Zugriff am 16.06.2011)

BMG (2009) Bundesministerium für Gesundheit: Krankenhausfinanzierungsreformgesetz

Im Internet unter:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2009-01/krankenhausfinanzierungsreformgesetz-im-bundesrat.html>

(Zugriff am 20.09.2011)

BMG (2009a) Bundesministerium für Gesundheit: Nationaler Krebsplan. Handlungsfeld 2:

Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung. Im Internet unter:

http://www.bmg.bund.de/service/suche.html?tx_rsmsemanticsearch_pi1%5B_referrer%5D%5BextensionName%5D=RsmSemanticSearch&tx_rsmsemanticsearch_pi1%5B_referrer%5D%5BcontrollerName%5D=Search&tx_rsmsemanticsearch_pi1%5B_referrer%5D%5BactionName%5D=form&tx_rsmsemanticsearch_pi1%5B_hmac%5D=a%3A1%3A%7Bs%3A11%3A%22searchQuery%22%3Ba%3A2%3A%7Bs%3A11%3A%22queryString%22%3Bi%3A1%3Bs%3A10%3A%22sourceType%22%3Bi%3A1%3B%7D%7D6f420658aa4bbef6629a9ca6420f3a3bb037f9&id=116&tx_rsmsemanticsearch_pi1%5BsearchQuery%5D%5BqueryString%5D=Nationaler+Krebsplan+ziel+6&tx_rsmsemanticsearch_pi1%5BsearchQuery%5D%5BsourceType%5D=BMG

(Zugriff am 11.09.2010)

BMG Bund (2011) Bundesministerium für Gesundheit: Ärzte

Im Internet unter:

<http://www.bmg.bund.de/gesundheitsystem/gesundheitsberufe/aerzte.html>

(Zugriff am 14.07.2011)

Bundesärztekammer (2007): Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung.

Im Internet unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.102.104>

(Zugriff am 14.07.2011)

Bundesärztekammer (2010): Musterweiterbildungsordnung 2003 – in der Fassung vom 25.06.2010. Im

Internet unter: www.bundesaerztekammer.de/downloads/MWBO-25062010-V3.pdf

(Zugriff am 13.05.2011)

Bundesärztekammer (2011): Musterweiterbildungsordnung und Musterrichtlinien.

Im Internet unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.128.129>

(Zugriff am 18.03.2011)

Bundessozialgericht: Urteil vom 27.03.2007, B I KR 25/06 R

Im Internet unter: [http://juris.bundessozialgericht.de/cgi-](http://juris.bundessozialgericht.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bsg&Art=en&nr=9920)

[bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bsg&Art=en&nr=9920](http://juris.bundessozialgericht.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bsg&Art=en&nr=9920)

(Zugriff am 17.08.2011)

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (Hrsg.). o.V.: Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b

SGB V. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf, 2009

Deutscher Bundesrat (2009): Vorschau zur 860. Plenarsitzung des Bundesrates

Im Internet unter:

http://www.bundesrat.de/cln_099/nn_8396/DE/presse/pm/2009/130-2009.html

(Zugriff: 18.05.2010).

Deutscher Bundestag (2003): Abruf von Drucksachen und Protokollen.

BT-Drucksache 15/1525 vom 08.09.2003, S.125.

Im Internet unter: <http://drucksachen.bundestag.de/drucksachen/index.php>

(Zugriff am 27.05.2011)

Deutscher Bundestag (2006): Abruf von Drucksachen und Protokollen.

BT-Drucksache 16/3100 vom 24.10.2006, S.139.

Im Internet unter: <http://drucksachen.bundestag.de/drucksachen/index.php>

(Zugriff am 27.05.2011)

Deutscher Bundestag (2008): Abruf von Drucksachen und Protokollen.

BT-Drucksache 16/8525 vom 12.03.2008, S.139

Im Internet unter: <http://drucksachen.bundestag.de/drucksachen/index.php>

(Zugriff am 27.05.2011)

Deutscher Bundestag (Hrsg.), Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem Gesetzesentwurf der Bundesregierung

– Drucksachen 16/12256, 16/12677 – Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, Drucksache 16/13428, 17.06.2009a.

Im Internet unter:

dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/134/1613428.pdf

(Zugriff am 01.10.2011)

Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.) (1994): Bekanntmachung. Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (Bundesmantelvertrag - Ärzte/Ersatzkassen)

In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 28/29, 18. Juli 1994, S.55
Im Internet unter: <http://www.aerzteblatt.de/pdf/91/28/a1967.pdf>
(Zugriff am 20.06.2011)

Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.) (1995): Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen (Onkologie-Vereinbarung)

In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 28/29, 17. Juli 1995, S.67
Im Internet unter: <http://www.aerzteblatt.de/pdf/92/28/a2025.pdf>
(Zugriff am 20.06.2011)

Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.) (1995b): Die KBV Informiert. Onkologie-Vereinbarung neu gefasst

In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 28/29, 17. Juli 1995, S.66
Im Internet unter:
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=84935>
(Zugriff am 20.06.2011)

Erweiterter Bewertungsausschuss (2010): Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 in seiner 23. Sitzung am 5./11. Oktober 2010 mit Wirkung zum 1. Januar 2011

Im Internet unter:
<http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=d33f9cd9cda35d284bb2e1a2e087ce80&DocId=003762799&Page=1>
(Zugriff am 27.04.2011)

Forum Gesundheitspolitik (2011): Zeitepoche 1977-1993

Im Internet unter:
<http://www.forum-gesundheitspolitik.de/meilensteine/meilensteine.pl?content=1977-1993>
(Zugriff am 26.10.2011)

G-BA (2009) Gemeinsamer Bundesausschuss: Glossar: Erlaubnisvorbehalt

Im Internet unter: <http://www.g-ba.de/institution/sys/glossar/196/>
(Zugriff am 14.09.2011)

G-BA (2009a) Gemeinsamer Bundesausschuss: Glossar: Verbotsvorbehalt

Im Internet unter: <http://www.g-ba.de/institution/sys/glossar/221/>
(Zugriff am 14.09.2011)

G-BA (2011a) Gemeinsamer Bundesausschuss: Bedarfsplanung.

Im Internet unter:
<http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/bedarfsplanung/aerzte/>
(Zugriff am 16.06.2011)

G-BA (2011b) Gemeinsamer Bundesausschuss:

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Im Internet unter: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/43/>
(Zugriff am 10.10.2010)

gbe-bund (2011a): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht, Teilnahmestatus, Schwerpunktbezeichnung.

Im Internet unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_ai

d=10137068&nummer=180&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=10137091
(Zugriff am 16.05.2011)

gbe-bund (2011b) Gesundheitsberichterstattung des Bundes:
Öffentliche Apotheken und Krankenhausapotheken (Anzahl).

Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Art der Apotheke

Im Internet unter:

http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw921/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=56191399&nummer=74&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=69318308
(Zugriff am 27.09.2011)

GKV-Modernisierungsgesetz (GMG). 14.12.2003. BGBl. I

GKV-Spitzenverband (2011): Bundesmantelvertrag.

Im Internet unter: <http://www.gkv-spitzenverband.de/Bundesmantelvertrag.gkvnet>

(Zugriff am 27.10.2011)

IGES Institut GmbH: Plausibilität der Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes.

Berlin, August 2010

Im Internet unter:

http://www.iges.de/publikationen/gutachten_berichte/ebm/index_ger.html
(Zugriff am 11.09.2011)

IGES/Rürup (2008). In: Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit: Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern.

Im Internet unter: <http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/16/title/Suche>

(Zugriff am 27.10.2011)

Interviewgespräche 2010: Gespräche mit Vertretern der Sozialministerien Bayern, Baden-Württemberg, Berlin und Nordrhein-Westfalen.

Institut für Sozialrecht Ruhruniversität Bochum(2011):

Innovative Behandlungsmethoden in Hochschulambulanzen.

Anfrage per E-Mail am 13.04.2011

Karger (2011): Onkologie

Im Internet unter: <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Doi=215622>

(Zugriff am 28.06.2011)

Kassenärztliche Bundesvereinigung / Knappschaft (2008):

Anlage 3 zum Gesamtvertrag KBV / Knappschaft – Onkologie-Vereinbarung.

Im Internet unter:

http://www.kyberlin.de/20praxis/60vertrag/10vertraege/onkologie/gesamt_knapp2008_onkologie.pdf
(Zugriff am 20.06.2011)

Kassenärztliche Bundesvereinigung / Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. Siegburg (1995): Vereinbarung über die Neufassung der Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung

Im Internet unter:

http://www.gesundheitspolitik.net/02_ambulante_versorgung/qualitaetssicherung/onkovereinbarung/Onkologie-VB-2002.pdf

(Zugriff am 20.06.2011)

KBV (2010) Kassenärztliche Bundesvereinigung: Klartext, KBV und GKV finden Anschlussregelungen zur Sozialpsychiatrie und Onkologie

Im Internet unter:

<http://www.kbv.de/publikationen/25472.html>

(Zugriff am 19.05.2011)

KBV (2011a) Kassenärztliche Bundesvereinigung: Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und seine Richtlinien.

Im Internet unter: <http://www.kbv.de/ais/12922.html>

(Zugriff am 28.07.2011)

KBV (2011b): Arztsuche in Deutschland.

Im Internet unter: <http://www.kbv.de/arztsuche/178.html>

(Zugriff am 10.03.2011)

KBV (2011c) Kassenärztliche Bundesvereinigung. Dörfer, B.-S.: Können Hochschulambulanzen an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen. Anfrage per E-Mail, 18.04.2011

KBV (2011d) Kassenärztliche Bundesvereinigung: Auf der Internetseite zur Arztsuche ist vermerkt, dass es sich um ein Verzeichnis der niedergelassenen Ärzte handelt.

Sind auch die persönlich ermächtigten Krankenhausärzte, die Partnerärzte und die angestellten Ärzte mit einbezogen? Anfrage per E-Mail am 20.10.2011

KHG. In: Lexsoft (2009): Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG). In der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886)

Zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534)

Im Internet unter:

http://www.lexsoft.de/lexisnexis/justizportal_nrw.cgi?t=130830717046421319&sessionID=16516795381376173693&chosenIndex=Dummy_nv_68&templateID=document&source=context&source=context&highlighting=off&xid=139500.1

(Zugriff am 17.06.2011)

Klinger-Schindler, U.: Der Krankenhaus-EBM. Kommentar für ambulante Abrechnung nach §115b und §116b SGB V, Notfallambulanz und Krankenhaus-MVZ. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin, 2011.

Koordinationsteam 301,

Im Internet unter:

<http://www.team301.de/>

(Zugriff am 02.05.2011)

Kopetsch, T.: Die ärztliche Profession in Deutschland. In: Journal of Public Health 12 (5), 2004, S. 304-320

Krankenhausplan 2010 Baden-Württemberg

vpka-bw (2010) Verband der Krankenanstalten in privater Trägerschaft in Baden-Württemberg e. V.

Im Internet unter:

www.vpka-bw.de/cms/fileadmin/pdf/I-KH-Plan2010_Textteil.pdf

(Zugriff am 09.11.2011)

Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen.

KVNO (2010) Ärztekammer Nordrhein

Im Internet unter: <http://www.aekno.de/page.asp?pageID=6693>

(Zugriff am 16.06.2011)

KV Saarland (2009) Kassenärztliche Vereinigung Saarland:
Umsetzungsvereinbarung zur Onkologie-Vereinbarung vom 18.12.2009

Im Internet unter:

www.kvsaarland.de/.../16335_vergütungsvereinbarung_01012011_...

(Zugriff am 23.09.2011)

KVB (2007) Kassenärztliche Vereinigung Berlin: Bedarfsplanung.

Im Internet unter: <http://www.kvberlin.de/20praxis/10zulassung/55bedarfsplanung/index.html>

(Zugriff am 26.11.2011)

KVB (2009) Kassenärztliche Vereinigung Berlin:

Ergänzungsvereinbarung zur Onkologie-Vereinbarung vom 29.12.2009

Im Internet unter:

www.kvberlin.de/40presse/30kvblatt/2010/06/75.../kvbv.pdf

(Zugriff am 23.09.2011)

KVB (2011) Kassenärztliche Vereinigung Bayerns: Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (G-BA).

Im Internet unter: <http://www.kvb.de/praxis/rechtsquellen/rechtsquellen-bund/richtlinien-des-g-ba.html>

(Zugriff am 28.07.2011)

KVBB (2010) Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg: Symbolnummernverzeichnis

Im Internet unter:

www.kvbb.de/content/kvbb/category/.../Symbolnummern_311.pdf

(Zugriff am 23.09.2011)

KVMV (2010) Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg Vorpommern:

Umsetzungsvereinbarung zur Onkologie-Vereinbarung. Stand: 4. März 2010.

Im Internet unter:

www.kvmv.info/aerzte/15/30/.../Onkologievereinbarung_2010.pdf

(Zugriff am 23.09.2011)

KVNO (2010) Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein: Onkologie-Vereinbarung.

Im Internet unter:

<http://www.kvno.de/10praxis/25vertraeg/onkologi/index.html>

(Zugriff am 15.07.2011)

KVNO (2011) Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein: Bedarfsplanung

Im Internet unter:

<http://www.kvno.de/10praxis/20niederlass/20bedarfsplanung/index.html>

(Zugriff am 08.09.2011)

KVRP (2010) Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz:

Ergänzungsvereinbarung zur Onkologie-Vereinbarung vom 13.12.2010

Im Internet unter:

<http://www.kv-rlp.de/info-center/info-center/vertraege/vertraege-onkologie.html>

(Zugriff am 23.09.2011)

KVRP (2011a) Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz: Ermächtigung.

Im Internet unter:

<http://www.kv-rlp.de/mitglieder/zulassung-praxis/ermaechtigung.html>

(Zugriff am 22.03.2011)

KVRP (2011b) Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz: Onkologie-Vereinbarung: Ergänzungsvereinbarung mit allen Kassen geschlossen. Im Internet unter: <http://www.kv-rlp.de/thema/news-aktuelles/news-aktuelles-details/article/onkologie-vereinbarung-ergaenzungsvereinbarung-mit-allen-kassen-geschlossen.html> (Zugriff am 20.06.2011)

KVSH (2010) Kassenärztliche Vereinigung Schleswig Holstein: Onkologie. Im Internet unter: <http://www.kvsh.de/index.php?StoryID=299&kat=64&search=> (Zugriff am 15.07.2011)

Lexetius: Bundessozialgericht. BSG, Urt. v. 27.03.2007, AZ: B I KR 25/06 R, Rn. 15 Im Internet unter: <http://lexetius.com/2007,1210> (Zugriff am 28.09.2011)

Lüngen, M./ Rath, T.: Ambulante Öffnung der Krankenhäuser: Welchen Anteil können Krankenhäuser in der onkologischen Versorgung abdecken? In: Klauber, J./ Geraedts, M./ Friedrich, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Schattauer. Stuttgart, 2010, S.167-179

Lüngen, M.: Ambulante Behandlung im Krankenhaus: Zugang, Finanzierung, Umsetzung. Lit Verlag Dr. W. Hopf, Berlin, 2007

MGEPA (2011) Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein Westfalen: Krankenhäuser. Im Internet unter: <http://www.mgepa.nrw.de/Gesundheit/Versorgung/Krankenhaus/index.php> (Zugriff am 20.09.2011)

Onkologie-Vereinbarung 2009. In: Kassenärztliche Bundesvereinigung: Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen), Stand: 01.10.2009 Im Internet unter: <http://www.kbv.de/rechtsquellen/2297.html> (Zugriff am 10.10.2010)

Pflugmacher, I./ Plamper, E: Das Tor zur ambulanten Behandlung steht offen. In: f&w, Heft 4, 2008, 379 ff. Pharmazeutische Zeitung online (2010): Selektivverträge, Apotheker bleiben außen vor. Im Internet unter: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=32972> (Zugriff am 29.09.2011)

Quaas, M./ Dietz, O.: Die Bestimmung des Krankenhauses nach § 116 b SGB V. In: f & w, Heft 4, 2007, 442 ff.

Quaas, M.: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung. In: MedR Medizinrecht, 2010, Volume 28, Number 3, 149-155 Im Internet unter: <http://www.springerlink.com/content/d2460m00117h63h3/> (Zugriff am 21.06.2011)

Robert Koch Institut (Hrsg.) / Bertz, J./ Dahm, S./ Haberland, J./ Kraywinkel K. Kurth, B.-M./ Wolf, U.: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Berlin, 2010b

Robert Koch Institut / Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (Hrsg.). Husmann, G./ Kaatsch, P./ Katalinic, A./ Bertz, J./ Haberland, J./ Kraywinkel, K./ Wolf, U.: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Krebs in Deutschland 2005/2006 - Häufigkeiten und Trends. Berlin, 2010a

Schöffski, O./ Friecke, F.- U./ Guminski, W./, Hartmann, W.: Pharmabetriebslehre. Springer, Heidelberg, 2002.

Simon, M.: Das Gesundheitssystem in Deutschland.
2. Auflage, Hans Huber Verlag, Bern, 2008.

Statistisches Bundesamt (2011): Zahl der Woche Nr.010 vom 08.03.2011.

Frauen weiterhin in der Mehrzahl: 51% der Bevölkerung sind weiblich.

Im Internet unter:

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/zdw/2011/PD10__010__p002,templateId=renderPrint.psml

(Zugriff am 25.05.2011)

Statistisches Bundesamt (2011b): Gebiet und Bevölkerung – Fläche und Bevölkerung.

Im Internet unter: http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtabl.asp

(Zugriff am 25.05.2011)

STMUG (2011) Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit: Krankenhausförderung.

Im Internet unter:

<http://www.stmug.bayern.de/gesundheits/krankenhaus/finanzierung/foerder.htm>

(Zugriff am 20.09.2011)

Szabados, T.: Krankenhausplanung. In: MedR Schriftenreihe Medizinrecht: Krankenhäuser als Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung. Springer, Berlin Heidelberg, 2009, S. 89-105

Im Internet unter:

<http://www.springerlink.com/content/pv3qx28037947088/>

(Zugriff am 17.06.2011)

Trennheuser, F. (2011): Herstellung Zytostatika

Im Internet unter:

<http://www.internet-apotheke.de/herstellung-von-zytostatika.html>

(Zugriff am 27.09.2011)

WINHO (2011). Gottwald, S.: Anfrage hinsichtlich der rechtlichen Behandlung von innovativen Behandlungsmethoden in Hochschulambulanzen. Anfrage per Mail, April 2011

Wissenschaftsrat (2010): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ambulanten Universitätsmedizin in Deutschland.

Im Internet unter: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/10052-10.pdf>

(Zugriff am 21.03.2011)

Zentrum der Gesundheit (2011): Krebs und seine Vorbeugung.

Im Internet unter: <http://www.zentrum-der-gesundheit.de/krebs.html>

(Zugriff am 10.09.2011)

IBES



ISSN-Nr. 2192-5208 (Print)
ISSN-Nr. 2192-5216 (Online)