

Neuordnung der ambulanten Onkologie

– Überarbeitete Fassung, Stand: 17. Mai 2011 –

Rebecca Jahn, Anke Walendzik, Nina Farrenkopf, Jürgen Wasem

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

Übersicht:

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Präambel | 3 |
| 2 | Ausgangssituation | 3 |
| | 2.1 Charakteristika der ambulanten Onkologie | 3 |
| | 2.2 Rahmenbedingungen und Strukturelemente..... | 4 |
| 3 | Reformbedarf..... | 6 |
| 4 | Neuordnung der ambulanten Onkologie | 7 |
| | 4.1 Zielsetzung und Vorgehensweise | 7 |
| | 4.2 Eigenständiger Versorgungssektor Ambulante Onkologie | 7 |
| | 4.2.1 Gemeinsamer einheitlicher Ordnungsrahmen: Regelungen zu Versorgungsqualität, Investitionsfinanzierung und Innovationszugang | 8 |
| | 4.2.2 Alternative Planungs- und Vertragsmodelle | 10 |
| | 4.2.2.1 Modell: „Freier Marktzugang“ | 11 |
| | 4.2.2.2 Modell: „Versorgungsplanung mit Zulassung“ | 12 |
| | 4.2.2.3 Modell: „Versorgungsplanung mit Vertragswettbewerb“ | 14 |
| | 4.3 Modelle unter Beibehaltung der traditionell bestehenden sektoralen Gliederung | 14 |
| | 4.3.1 Erhaltung unterschiedlicher Teilnahmewege für die Leistungserbringer..... | 15 |
| | 4.3.2 Eingliederung in die vertragsärztliche Versorgung über Ermächtigungen | 15 |
| 5 | Bewertung der Modelle | 16 |
| 6 | Ausblick | 19 |

1 Präambel

Die Neuordnung der ambulanten spezialisierten fachärztlichen Versorgung steht auf der politischen Agenda. Das vorliegende Papier schlägt eine Neuordnung des Organisationsrahmens der ambulanten onkologischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Hintergrund sind die anhaltenden Diskussionen über die in diesem Versorgungsbereich vorherrschenden unterschiedlichen Betriebsformen, verschiedenen Zulassungsbedingungen mit unterschiedlichen Qualifikations- und Qualitätsanforderungen sowie Vergütungssysteme der Leistungserbringer. 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 Tumorthherapie 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 – wiewohl bestimmte Eigenarten der Onkologie zu beachten sind – grundsätzlich auch Pilotcharakter für weitere Bereiche der ambulanten spezialisierten fachärztlichen Versorgung haben kann.

2 Ausgangssituation

2.1 Charakteristika der ambulanten Onkologie

Der Versorgungsbereich der ambulanten Onkologie ist durch besondere Merkmale gekennzeichnet, die ihn von anderen fach- oder spezialärztlichen Leistungsbereichen unterscheiden und somit sowohl in der Analyse als auch in den daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen einer besonderen Beachtung bedürfen. Neben den durch gesetzgeberische Maßnahmen initiierten Wandlungsprozessen der Rahmenbedingungen der Leistungserbringung weist die Onkologie generell eine hohe Dynamik der diagnostischen und therapeutischen Entwicklung durch Innovationen auf. Damit einher geht ein im Vergleich zu anderen Patientengruppen hoher Behandlungsbedarf mit einer hohen Kosten- und Leistungsintensität nicht nur in der stationären, sondern auch in der ambulanten Versorgung von onkologischen Patienten.

Inzidenz und Prävalenz von onkologischen Erkrankungen in Deutschland weisen für die letzten Jahre eine Steigerungsrate auf, die auch für die kommenden Jahre prognostiziert wird. Die Inzidenzrate an bösartigen Neubildungen ist altersstandardisiert zwischen 1980 und 2004 für Frauen um 20 % und für Männer um 30 % gestiegen. Die absolute Zahl der Neuerkrankungen nahm in diesem Zeitraum bei Frauen um 40 %, bei Männern um 90 % zu. Für die Prävalenz wird zwischen 2004 und 2010 von einem Anstieg um 14 % bei Männern und um 6 % bei Frauen ausgegangen. Daraus

ergibt sich für das Jahr 2010 eine 5-Jahres-Prävalenz von absolut 721.000 erkrankten Frauen und 731.000 Männern¹.

Im Vergleich zu anderen Bereichen der ambulanten Versorgung ist eher von unterdurchschnittlichen Möglichkeiten einer angebotsinduzierten Nachfrage in der Onkologie auszugehen. Neben dem epidemiologisch bedingten Mengenanstieg besteht deshalb weniger das Risiko einer Beeinflussung der Leistungsumfänge durch modifizierte Vertrags-, Vergütungs- und Angebotsstrukturen.

Onkologische Erkrankungen weisen im Vergleich zu der Mehrzahl aller anderen Erkrankungen zudem eine hohe emotionale und soziale Komponente auf, die eine alleinige Fokussierung auf rein medizinische Behandlungsprozesse nicht zulässt. Eine bösartige Neubildung gilt als eine Systemerkrankung, die eine ganzheitliche Behandlung erfordert. Neben diagnostischen und therapeutischen Verfahren gewinnen für onkologische Patienten begleitende und ergänzende Maßnahmen sowie palliativmedizinische Behandlungsangebote an Bedeutung. Dem spezifisch hochqualifizierten Facharzt für Hämatologie und Onkologie werden zunehmend mehr koordinierende und kooperierende Funktionen abverlangt (z. B. bei der psycho-sozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie, der Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen), die ihn neben der Rolle des Behandelnden auch in die Rolle des Case-Managers seiner Patienten versetzen. Die komplexen Krankheitsbilder in der Onkologie erfordern nicht nur eine besondere Qualifikation, sondern interdisziplinäre und interprofessionelle Kooperation sowie eine besondere Praxisausstattung.

2.2 Rahmenbedingungen und Strukturelemente

Die ambulante onkologische Versorgung erfolgt durch verschiedene Leistungserbringer in unterschiedlichen Betriebsformen sowie unter verschiedenen Zulassungsbedingungen, mit unterschiedlichen Vergütungssystemen und mit unterschiedlichen Qualifikations- und Qualitätsanforderungen.

Leistungen der qualifizierten ambulanten onkologischen Versorgung, zum Beispiel der medikamentösen Tumortherapie, werden sowohl von Vertragsärzten als auch von zur ambulanten Behandlung geöffneten Krankenhäusern nach § 116b Abs. 2 SGB V erbracht.²

Die Grundlagen dafür sind in den Regelwerken „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V“ und „Onkologievereinbarung - Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen)“ für die beiden Leistungserbringergruppen getrennt definiert.

Hier zeigt sich, dass die Zulassungs- bzw. Teilnahmevoraussetzungen zur Behandlung von onkologischen Patienten für Krankenhäuser und Vertragsärzte zwar nicht identisch, aber zum großen Teil

¹ Robert Koch-Institut: Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland, Berlin 2010. Unter der 5-Jahres-Prävalenz für 2010 ist die Zahl der 2010 in Deutschland lebenden Krebspatienten, deren Diagnose maximal 5 Jahre zurückliegt, zu verstehen.

² Daneben können auf der Grundlage des § 117 SGB V Hochschulkliniken ihr Leistungsspektrum um ambulante Versorgungsangebote erweitern. Die Hochschulambulanzen mit einem onkologischen Angebot werden in der weiteren Analyse nicht mehr gesondert behandelt, da Leistungserbringung und Vergütung besonderen Gesetzmäßigkeiten folgen. Ihr Einbezug in eine Neuordnung der ambulanten Onkologie sollte jedoch nicht ausgeschlossen sein. Gleiches gilt für die jeweils regional unterschiedlich durch die Vertragspartner genutzte und vergütete teilstationäre Versorgung und die im Rahmen der Onkologie ermächtigten Krankenhausärzte.

auf gleich hohem Niveau definiert sind³, jedoch im weiteren Zeitverlauf nicht gleichermaßen einer Prüfung unterliegen. Während Krankenhäuser nach der erteilten Zulassung die Erfüllung der Anforderungen zur Struktur- und Prozessqualität nur auf Anfrage der Kostenträger im Rahmen der Einzelfallprüfung nachweisen müssen, unterliegen Vertragsärzte einer kontinuierlichen Routineüberprüfung der einzuhaltenden Qualitätskriterien.

Im Rahmen der nach § 116b Abs. 3 SGB V im Krankenhaus behandelbaren Erkrankungen gehört die ambulante onkologische Behandlung zu denjenigen Bereichen, in denen der Patientenzugang zu einem hohen Anteil über den stationären Bereich erfolgt.⁴ Insofern ergibt sich hier ein struktureller Wettbewerbsvorteil für die Krankenhäuser beim Zugang zu Patienten.

Die Vergütung der erbrachten Leistungen erfolgt für beide Anbieter auf verschiedenen Grundlagen. Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung gelten die in der Onkologie-Vereinbarung festgelegten einheitlichen Behandlungspauschalen in Kombination mit der Abrechnung von EBM-Gebührenordnungsziffern z.B. für Schwerpunktleistungen der inneren Medizin und für praxisklinische Leistungen. Die Vergütung aus den Behandlungspauschalen der Onkologie-Vereinbarung erfolgt extrabudgetär. Die Vergütung aus dem EBM-Katalog unterliegt den spezifischen mengenbegrenzenden Regelungen im Rahmen der Honorarverteilung (RLV und QZV).

Die Vergütung ambulant erbrachter onkologischer Leistungen im Krankenhaus nach § 116b Abs. 2 SGB V erfolgt demgegenüber vollständig extrabudgetär auf der Grundlage des EBM.

Es ist davon auszugehen, dass im Bereich der Investitionsfinanzierung gleichfalls unterschiedliche Bedingungen existieren. Während in der vertragsärztlichen Versorgung die Investitionskostenfinanzierung aus der Vergütung bestritten wird, kann die Finanzierung ambulanter Einrichtungen in Krankenhäusern teilweise auch über den aus Steuermitteln erbrachten Anteil der dualen Finanzierung erfolgen, auch wenn die Bundesländer ihrer Pflicht zur Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser nicht überall in dem erforderlichen Umfang nachkommen.

Durch die 15. AMG-Novelle hat der Gesetzgeber zwar einen bedeutenden Schritt in Richtung der Angleichung der Preise für parenterale Zubereitungen in Offizin- und Krankenhausapotheken getan; jedoch ist anzunehmen, dass nicht alle Unterschiede in der Preisbildung für die entsprechenden Zytostatika-Zubereitungen beseitigt werden konnten. Wettbewerbsverzerrungen zwischen den beiden Versorgungsbereichen können die Folge sein.

Da sowohl für die vertragsärztliche Versorgung als auch für die ambulante Versorgung im Krankenhaus nach § 116b Abs. 2 SGB V der in § 135 SGB V geregelte Erlaubnisvorbehalt gilt und in beiden Bereichen nach EBM vergütet wird, sind die Bedingungen für die Nutzung innovativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden formal angeglichen.⁵ Das Krankenhaus hat allerdings die Möglichkeit, Patienten bei Bedarf im stationären Bereich aufzunehmen, um so im Rahmen des dort geltenden Verbotsvorbehalts Leistungen zu erbringen, die es in der ambulanten Versorgung nicht erbringen könnte, ist jedoch dabei bei fehlender Indikation von einer Fehlbelegungsabgabe bedroht. Generell dürfte ein unterschiedlicher Zugang zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

³ Allerdings können an der Onkologie-Vereinbarung neben den Fachärzten der Inneren Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie auch andere Fachärzte mit der Weiterbildung Medikamentöse Tumorthapie partizipieren, während im Krankenhaus nach der GBA-Richtlinie zu § 116b Abs. 2 SGB V verpflichtend ein Hämatologe und Onkologe Mitglied des interdisziplinären Behandlungsteams sein muss.

⁴ Ähnliches gilt z.B. auch für die Frühgeborenenversorgung und teilweise für die pädiatrische Kardiologie.

⁵ Dies gilt nicht für die teilstationäre Versorgung, die nur dem Verbotsvorbehalt nach § 137c SGB V unterliegt.

in der medikamentösen Tumortherapie eine deutlich geringere Rolle spielen als in anderen Bereichen der onkologischen Behandlung wie z.B. der Strahlentherapie.

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.⁶ 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 weit ist.⁷ 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.

⁶ 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.

⁷ 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 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.⁸ 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

⁸ 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.

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 Tumortherapie, 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.

Qualitätskriterien: Die grundsätzliche Zugangsberechtigung legt der Gesetzgeber, basierend auf der Weiterbildungsordnung, für qualifizierte Facharztgruppen zum Versorgungssektor Ambulante Onkologie fest.⁹ Der Gemeinsame Bundesausschuss kann darüber hinausgehende Qualifikationsanforderungen an die onkologisch hochqualifizierten Fachärzte als Voraussetzung zur Teilnahme im ambulanten onkologischen Versorgungssektor definieren.¹⁰ Diese Kriterien der Struktur- und Prozessqualität als 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 zusammengefasst.¹¹ 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

⁹ An der Versorgung im Sektor Ambulante Onkologie bezogen auf den Bereich der medikamentösen Tumortherapie können folgende Arztgruppen teilnehmen: Fachärzte der Inneren Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie, Fachärzte der Inneren Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie, Fachärzte der Inneren Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie, Fachärzte der Strahlentherapie, 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 erhalten in einem Übergangszeitraum die Möglichkeit zur Teilnahme; der GBA legt die Bedingungen für die dauerhafte Teilnahme dieser Arztgruppen fest.

¹⁰ Aufgrund des häufig systemischen Charakters der Erkrankung erscheinen organbezogene Mindestmengen in der medikamentösen Tumortherapie hierbei nicht sinnvoll.

¹¹ Der Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO) und die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) haben Qualitätsmanagement und –sicherungssysteme sowie Zertifizierungskonzepte entwickelt, die in der Praxis bereits erprobt werden.

überwindet.¹² 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.

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 berücksichtigen.¹³ 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 werden.¹⁴

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 die Konkretisierung der Bedarfsplanung und die Prüfung der Qualitätskriterien obliegt.

¹² Inwieweit hierbei mittelfristig die Funktion des Case-Managers auch durch eine speziell fortgebildete nichtärztliche Fachkraft im Rahmen der onkologischen Versorgung wahrgenommen werden kann, ist zu diskutieren.

¹³ Es ist anzunehmen, dass der Investitionsabschlag von größerer Bedeutung in fachärztlichen Gebieten mit besonderem Investitionsbedarf wie z.B. der Strahlentherapie sein wird.

¹⁴ 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 Mitberatungsrecht.¹⁵

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 teil.¹⁶

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 Krankenhäuser im Rahmen der medikamentösen Tumortherapie 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 bereinigen.¹⁷

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 skizzierten einheitlichen Regelungen zu Versorgungsqualität, Investitionsfinanzierung und Innovationen.

¹⁵ 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 Versorgungssektor Ambulante Onkologie mit beratender Stimme einzubeziehen, falls diese ein vom Gesetzgeber festzulegendes Quorum erreichen.

¹⁶ Der Landesausschuss Ambulante Onkologie kann zur Klärung besonderer Versorgungsprobleme Patientenvertreter mit beratender Aufgabe hinzuziehen.

¹⁷ 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.

4.2.2.1 Modell: „Freier Marktzugang“

Der Versorgungssektor unterliegt weder einer Bedarfsplanung¹⁸ 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 Tätigwerden in diesem Bereich ist, verbindlich.

Grundlage der Vergütung ist eine auf Bundesebene in dreiseitigen Verträgen¹⁹ vereinbarte Vergütungssystematik. Die Partner der Gemeinsamen Selbstverwaltung (GKV-Spitzenverband, KBV und DKG) entwickeln ein bundesweit geltendes System der Vergütung für ambulante onkologische Leistungen.²⁰ 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 ermöglichen.²¹

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.

¹⁸ 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 zu entwickeln wäre.

¹⁹ Alternativ zu dreiseitigen Verträge 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.

²⁰ 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-Gebührenschehen 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 ambulante Sektor sein. Im Bereich der medikamentösen Tumortherapie bei Patienten mit gesicherter Diagnose sollte dies ohne Budgetierung erfolgen; insoweit tragen die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko.

²¹ Bei den Vertragsverhandlungen können eigenständige Vertreter der Leistungserbringer im neuen Versorgungssektor Ambulante Onkologie mit beratender Stimme einbezogen werden, falls diese ein vom Gesetzgeber festzulegendes Quorum erreichen.

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 onkologischen Versorgung teilnehmenden Ärzten zu erbringen sind, definiert werden.²² 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 den Bedarf an Leistungserbringern 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 soll.²³

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

²² Kriterien einer populations- und morbiditätsbasierten Versorgungsplanung für die ambulante onkologische Versorgung sind noch zu entwickeln. Bereits vorhandene Datenquellen aus vertragsärztlichen Abrechnungs- und Diagnosedaten sowie aus epidemiologischen Krebsregistern sind zu nutzen.

²³ Hier könnten z.B. Mindest-Marktanteile vorgesehen werden.

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 Landeskrankenhausgesellschaften und den Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese Verträge werden gegenüber den einzelnen Leistungserbringern durch deren Beitritt, der Voraussetzung für Tätigwerden in diesem Bereich ist, verbindlich.

Die Vergütung der Leistungen erfolgt ebenfalls auf der Grundlage einer auf Bundesebene in dreiseitigen Verträgen vereinbarte Vergütungssystematik.²⁴ Die Partner der Gemeinsamen Selbstverwaltung (GKV-Spitzenverband, KBV und DKG) entwickeln ein bundesweit geltendes System der Vergütung für ambulante onkologische Leistungen.²⁵ 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

²⁴ 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.

²⁵ 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.

jedem Falle dürfen aber die im Kollektivvertrag geltenden Qualitätsanforderungen nicht unterschritten werden.

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 einge-

setzt 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 Investitionsabschlüsse 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 „Versorgungspla-

nung 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 gesteuerten 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 engagieren²⁶.

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.

Flächendeckung: In jedem Modell sind die Verantwortlichkeiten für die Gewährleistung der Versorgung definiert und Instrumente zur Umsetzung bei Versorgungsproblemen geschaffen. Bei drohen-

²⁶ Die Krankenkassen sollten keine Anreize zur Risikoselektion zuungunsten onkologischer Patienten und damit gegen das Vorhalten attraktiver Versorgungsangebote in diesem Bereich haben.

der 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.

6 Ausblick

Die Neugestaltung des Versorgungsbereichs der ambulanten Onkologie erfordert zunächst eine umfangreiche Neufassung des gesetzlichen Regelwerkes.

Dabei sind gegebenenfalls Zeithorizonte für die übergeordneten und vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorzunehmenden Definitionen zu einer populations- und morbiditätsbezogenen Bedarfsplanung, zu Qualitätsrichtlinien und zum Innovationszugang zu nennen. Erst nach der Erstellung dieser Parameter kann die konkrete Umsetzung in die gewählten neuen Strukturen erfolgen, sind sie doch unabdingbare Voraussetzung für einen einheitlichen Versorgungssektor.