



Fakultät für  
Wirtschaftswissenschaften

Alfried Krupp von Bohlen und  
Halbach-Stiftungslehrstuhl für  
Medizinmanagement

**Zur geplanten Einführung einer ambulanten  
spezialärztlichen Versorgung durch das  
Versorgungsgesetz mit Blick auf die Onkologie**

– Ergänzte Fassung –

**Anke Walendzik, Rebecca Jahn, Jürgen Wasem**

Essen und Berlin, den 24. Juni 2011

## Executive Summary

Der Vorstoß im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes, die ambulante spezialisierte fachärztliche Versorgung durch Schaffung eines einheitlichen Rahmens für Niedergelassene und Krankenhäuser neu zu ordnen, ist sehr zu begrüßen. Im diesem Papier werden konkrete Änderungsvorschläge zur Fassung der **Neuformulierung des § 116b SGBV** durch den Referentenentwurf unterbreitet. Diese rühren aus einer detaillierten Beschäftigung der Verfasser mit einem zentralen Bereich des Anwendungsbereiches von § 116b SGBV, nämlich der Onkologie:

- Wir geben zu bedenken, dass der vom Gesetzentwurf angedachte **Einbezug auch des diagnostischen Prozesses** in den neuen Bereich erhebliche Ausgabenrisiken birgt, da hier die Gefahr von angebotsinduzierter Nachfrage deutlich stärker ist als bei Einbezug nur von Leistungsfällen mit gesicherter Diagnose. Wir schlagen vor, den Sektor auf Patienten mit gesicherter Diagnose zu beschränken.
- Wir regen an, dass der Gesetzgeber grundlegende Festlegungen für die **Zugangsbedingungen für Leistungserbringer** in den neuen Bereich selber trifft und dies nicht vollständig dem G-BA überlässt. Im Rahmen der Onkologie und speziell der medikamentösen Tumorthherapie erscheinen die Anforderungen an die persönliche Qualifikation des behandelnden Arztes auf Basis der Weiterbildungsordnungen besonders wichtig.
- Der Referentenentwurf geht bislang nur von einer einmaligen Überprüfung der Qualifikations- und Qualitätserfordernisse bei Eintritt eines Leistungserbringers in den spezialärztlichen Bereich aus. Wir erachten eine regelmäßige **Überprüfung der Qualifikation** gerade in diesem Bereich, in dem es auf besondere Voraussetzungen der Behandlungsteilnahme ankommt, für unabdingbar. Der G-BA sollte verpflichtet werden, hierfür nähere Regelungen vorzusehen.
- Wir erachten es mit Blick auf unterschiedliche regionale Bedarfslagen als notwendig, dass die **Vergütung in der spezialärztlichen Versorgung regional differenziert** werden kann und ein entsprechendes Procedere gesetzlich geregelt wird. Die Interessenvertretungen der im Sektor tätigen Leistungserbringer sollten – sofern sie zu regelnde Vertretungsquoten nachweisen – an der Vergütungsfindung beteiligt werden.
- Die vom Referentenentwurf vorgesehenen **Investitionsabschläge** sind grundsätzlich sachgerecht, sollten aber ebenfalls **regional differenziert** werden können, da das faktische Ausmaß „kalter Monistik“ zwischen den Bundesländern erheblich variiert. Zur Sicherung der Wettbewerbsgleichheit sollten die Mittel aus den Investitionsabschlägen nicht den Krankenkassen zugutekommen, sondern in einen zweckgebundenen Fonds fließen, der möglichst zur Förderung der spezialärztlichen Versorgung verwendet werden sollte.
- Die **teilstationäre Behandlung** in den entsprechenden Indikationen sollte aufgelöst werden und **in den Sektor einbezogen** werden. Voraussetzung ist, dass die Vergütungen hinreichend differenziert werden, um die möglicherweise teilweise komplexere Leistungserbringung adäquat abzubilden. Es erscheint außerdem sinnvoll, auch niedergelassenen Ärzten des spezialärztlichen onkologischen Bereichs die **Möglichkeit zeitlich abgegrenzter kurzstationärer Behandlungen** zu geben.

## Einleitung

Eine Neuordnung und Reorganisation der ambulanten spezialisierten fachärztlichen Versorgung steht bereits seit längerer Zeit auf der politischen Agenda und soll mit dem geplanten Versorgungsstrukturgesetz, welches derzeit als Referentenentwurf des BMG (Bearbeitungsstand 10. Juni 2011) vorliegt, angestoßen werden.

Die Verfasser dieser Stellungnahme haben in den vergangenen Monaten in einem Gutachten zur Neuordnung der ambulanten Onkologie Vorschläge zum Aufbau eines einheitlichen Organisationsrahmens für die ambulante onkologische Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung als einen eigenständigen spezialärztlichen Versorgungsbereich erarbeitet.<sup>1</sup> Vor diesem Hintergrund verstehen sich die folgenden Anmerkungen zum Referentenentwurf.

Der Referentenentwurf des Versorgungsgesetzes sieht grundsätzlich einen freien Marktzugang für alle Leistungserbringer der spezialärztlichen Versorgung vor. Dabei gestaltet er die Rahmenbedingungen an einigen Stellen abweichend von dem vom Lehrstuhl für Medizinmanagement in seinem Gutachten vorgestellten Modell mit freiem Marktzugang. Folgende Aspekte erscheinen dabei besonders relevant:

- Die Abgrenzung des Versorgungsbereichs und die Zuweisung der Kompetenzen für diese Abgrenzung
- Die vertraglichen Konstruktionen besonders auf Landesebene für den Versorgungsbereich
- Die Zuständigkeiten in der Zulassung und die Kompetenzen in der Überprüfung der Qualitätsvoraussetzungen

---

<sup>1</sup> Vgl. R. Jahn, A. Walendzik, N. Farrenkopf, J. Wasem: Neuordnung der ambulanten Onkologie. Essen 2011. Download unter: <http://www.bnho.de/aktuelles.htm> sowie unter <http://www.mm.wiwi.uni-due.de/aktuelles/aktuelle-meldungen/forschung-politikberatung/>.

- Der Zugang der Patienten zum Versorgungssektor
- Die Knüpfung der Zulassung an Kooperationsverträge zwischen den verschiedenen Leistungserbringern
- Die Möglichkeiten der Differenzierung der Vergütung auf Landesebene
- Die Konstruktion des Investitionskostenabschlags im Vergütungssystem
- Form der Einbeziehung neuer medizinischer Methoden in den Versorgungssektor
- Einbeziehung kurzstationärer Aufenthalte in den Versorgungssektor

### ***Abgrenzung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung***

Onkologische Erkrankungen stellen im Referentenentwurf eine der Diagnosegruppen dar, die bei besonderen Krankheitsverläufen im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung behandelt werden sollen. Dabei soll die Abgrenzung des besonderen Krankheitsverlaufes durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgenommen werden. Im Gesetzesvorschlag sind in Bezug auf den gesamten Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung – anders als im Gutachten „Neuordnung der ambulanten Onkologie“ – auch diagnostische Maßnahmen in den Sektor mit eingeschlossen.

Der ambulante spezialärztliche Versorgungsbereich unterliegt nach dem Gesetzentwurf grundsätzlich weder einer Bedarfsplanung noch einer Budgetierung der Vergütung. Insofern erscheint es zentral, die Möglichkeit arztinduzierter Nachfrage so weit wie möglich zu begrenzen. Eine übermäßige Vergütungsausdehnung im neuen Sektor würde einerseits die Krankenkassen belasten, andererseits aber auch Druck auf die ambulante ärztliche Basisversorgung ausüben, auch wenn diese als Vergütungsbereich sich in Zukunft formal unabhängig von der Vergütung des spezialärztlichen Bereichs

weiterentwickelt. Aus diesem Grund schlägt das Gutachten des Lehrstuhls die Begrenzung des Sektors auf Patienten mit gesicherter onkologischer Diagnose vor.

In den Kernbereichen der Behandlung gesicherter onkologischer Diagnosen erscheint die Wahrscheinlichkeit arztinduzierter Nachfrage eher gering. Anders könnte dies bei der Diagnostik im Umfeld noch nicht gesicherter Diagnosen aussehen. Obwohl der G-BA in der Konkretisierung des Versorgungsbereichs die Diagnostik nicht gesicherter onkologischer Diagnosen noch ausschließen könnte, stellt sich jedoch die Frage, ob nicht der Gesetzgeber hier von vornherein tätig werden sollte, um eine übermäßige Mengenausdehnung im spezialärztlichen Versorgungssektor möglichst auszuschließen. Inwieweit eine Begrenzung auf gesicherte Diagnosen auch bei den anderen für den spezialärztlichen Sektor vorgesehenen Erkrankungen sachgerecht ist, sollte sorgfältig diskutiert werden. Denn wenn hier erhebliche Finanzrisiken lauern, ist schon heute abzusehen, dass dem Sektor keine lange Existenz beschieden ist.

### ***Zugang der Patienten zum Versorgungssektor***

Der Referentenentwurf sieht ausdrücklich vor, dass der G-BA den Zugang des Patienten zum ambulanten spezialärztlichen Versorgungssektor von einer ärztlichen Überweisung abhängig machen kann. Über die Berechtigung verschiedener Institutionen zur Überweisung findet sich keine Aussage.

Die ambulante onkologische Behandlung schließt sich in der überwiegenden Zahl von Fällen an eine stationäre Behandlung an. Insofern ergibt sich ohne weitere Regulierung ein „natürlicher“ Wettbewerbsvorteil für die ambulante Behandlung im Krankenhaus. Ein Überweisungsvorbehalt durch einen niedergelassenen Arzt würde hier ein Gegengewicht darstellen. Dagegen spricht jedoch die Schwere onkologischer Erkrankungen, die einen weiteren

obligatorischen Arztbesuch wegen der zusätzlichen Belastung der Patienten für nicht sinnvoll erscheinen lässt.

Eine formelle Überweisung wird sachlich dann obsolet, wenn die Abgrenzung des spezialärztlichen Sektors (wie in unserem Gutachten vorgeschlagen) über die gesicherte (onkologische) Diagnose geschieht und nicht innerhalb der Behandlung.

### **Zugang von Leistungserbringern zur spezialärztlichen ambulanten Versorgung in der Onkologie/Qualitätssicherung**

Die Zugangsbedingungen für Leistungserbringer sind ein wesentliches Element der Qualitätssicherung. Die Entscheidung darüber wird im Referentenentwurf dem G-BA als Aufgabe zugewiesen. Im Rahmen der Onkologie und speziell der medikamentösen Tumorthapie erscheinen die Anforderungen an die persönliche Qualifikation des behandelnden Arztes auf Basis der Weiterbildungsordnungen besonders wichtig. Es erscheint sinnvoll, dass der Gesetzgeber selber hier Festlegungen trifft.<sup>2</sup>

Auf Basis dieser gesetzlichen Festlegungen sollte der G-BA weitere Anforderungen bezüglich Mindestmengen und Struktur- und Prozessqualität definieren. Der Gesetzgeber könnte auch eine Entscheidung über die Bindung der Qualitätsanforderungen an Mindest-Leistungsmengen vorab treffen.

---

<sup>2</sup> In unserem Gutachten schlagen wir folgende Regelung durch den Gesetzgeber vor: An der Versorgung im Sektor „Ambulante Onkologie“ bezogen auf den Bereich der medikamentösen Tumorthapie 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 Tumorthapie 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 G-BA legt die Bedingungen für die dauerhafte Teilnahme dieser Arztgruppen fest.

Vom Gesetzesentwurf nicht geklärt ist auch die Frage, ob und von wem die Qualitätsanforderungen für die Tätigkeit in der spezialärztlichen ambulanten Versorgung regelmäßig überprüft werden sollen. Eine solche regelmäßige Überprüfung sollte vorgesehen und auf der Landesebene angesiedelt werden.<sup>3</sup> Falls der Gesetzgeber weiterhin von der Einführung neuer spezieller zusammengesetzter Gremien auf Landesebene, wie im Gutachten des Lehrstuhls vorgeschlagen, absieht, bietet sich alternativ die zuständige Landesbehörde als zuständige Stelle an. In jedem Falle sollte eine regelmäßige Qualitätsüberprüfung aber im Gesetz geregelt werden.

### **Verpflichtung zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen**

Der Gesetzentwurf sieht als optionales Koordinierungsinstrument zwischen den an der Versorgung Beteiligten Kooperationsvereinbarungen vor. Für den ambulanten onkologischen Bereich hat der G-BA nach dem Referentenentwurf verbindliche Regelungen für Kooperationsvereinbarungen vorzusehen. Der Gesetzgeber bezieht sich in seiner Begründung dabei ausdrücklich auf diejenigen Bereiche der Onkologie, in denen der Patientenzugang in der Regel über den stationären Bereich erfolgt. Insofern scheint die Kooperationsregelung auch als Schutzmaßnahme für gleiche Chancen der Niedergelassenen im neuen Versorgungsbereich verstanden zu werden. Eine verbindliche Vereinbarung von Marktanteilen würde jedoch dem Gedanken des erwünschten Wettbewerbs zwischen den zugelassenen Leistungserbringern widersprechen. Allerdings könnte verbindlich eine umfassende Informationspflicht gegenüber den Patienten über die regionalen Versorgungsmöglichkeiten schriftlich vereinbart werden. Außerdem könnten in

---

<sup>3</sup> In unserem Gutachten schlagen wir hierfür die Gründung eines Landesausschusses Ambulante Onkologie vor. Inwieweit bei einer Implementierung des spezialärztlichen Sektors für zahlreiche Erkrankungen hier ein krankheitsübergreifendes Gremium implementiert werden sollte, bedarf der Diskussion. Der Verzicht auf jegliches Steuerungsgremium auf der Landesebene erscheint auf jeden Fall suboptimal.

den Vereinbarungen Regelungen zur gemeinsamen Nutzung von Spezialapparaturen auch im stationären Bereich für niedergelassene onkologisch tätige Ärzte getroffen werden. Verpflichtend sollten auch Regelungen zur 24stündigen Bereitschaft und Notfallversorgung sowie zu Vertretungen getroffen werden. Auch sollte die interdisziplinäre Vernetzung mit weiteren Behandlungsträgern, z.B. der Palliativ- und psychoonkologischen Versorgung, in den Vereinbarungen operationalisiert werden.

### ***Vergütungsregelungen innerhalb der spezialärztlichen Versorgung***

Der Referentenentwurf sieht die Regelung der Vergütung in der spezialärztlichen Versorgung durch dreiseitige Verträge auf der Bundesebene (für eine Übergangszeit durch einen um DKG-Vertreter ergänzten Bewertungsausschuss) vor. Eine Differenzierung auf regionaler Ebene durch entsprechende Verträge ist nicht vorgesehen. Eine Möglichkeit zur Differenzierung durch regionale Vertragspartner, wie sie das Gutachten zur Neuordnung der ambulanten Onkologie vorschlägt, wäre geeignet, auf Unterschiede in regionalen Bedarfslagen (Unter-, Überversorgung) zu reagieren.

Das BMG setzt in seinem Referentenentwurf einen Investitionsabschlag bei der Leistungserbringung durch Krankenhäuser an, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass deren ambulant erbringbare Leistungen teilweise aus Steuermitteln gefördert werden. Eine regionale Anpassung der Investitionsabschläge, wie sie unser Gutachten vorschlägt, könnte der Situation besser gerecht werden, da die duale Finanzierung faktisch je nach Bundesland höchst unterschiedlich ausgeprägt ist. Generell sieht der Gesetzesentwurf keine besondere Verwendungsregelung für die Einsparungen der Kassen aus den Investitionsabschlägen vor. Dies könnte zu wettbewerbsverzerrenden Anreizen für die Kassen führen, ihre Patienten mit Bedarf an spezialärztlicher Versorgung in die Krankenhäuser zu lenken. Um dies zu vermeiden, schlägt das Gutachten zur Neuordnung der ambulanten



Onkologie vor, dass die Mittel aus den Investitionsabschlägen in einen zweckgebundenen Fonds fließen, der möglichst zur Förderung der spezialärztlichen Versorgung verwendet werden sollte.

Der Gesetzentwurf sieht keine Beteiligung der „eigentlich“ betroffenen Leistungserbringer des spezialärztlichen Sektors an der Entwicklung der Vergütungsvereinbarungen vor. Die Gutachter regen an, eine Mitwirkungsmöglichkeit der betroffenen Leistungserbringer, die an Vertretungsquoren gebunden werden kann, noch einmal zu überprüfen.

### ***Einbezug von teil- und kurzstationären Behandlungen in den spezialärztlichen Versorgungsbereich***

Im Krankenhaus finden neben der klassischen stationären Behandlung verschiedene Formen kurzer stationärer Behandlungen, zum Beispiel als teil- oder kurzstationäre Krankenhausaufenthalte statt. Eine Abgrenzung dieser Versorgungsleistungen zu den ambulanten Versorgungsleistungen erscheint am undeutlichsten bei teilstationären Behandlungsleistungen. Allerdings werden in diesem Bereich im Krankenhaus häufig Behandlungen abgerechnet, die aufgrund des hohen Pauschalierungsgrads der ambulanten ärztlichen Vergütung teilweise offenbar nicht kostendeckend durchgeführt werden können. Nachhaltiges Ziel sollte es sein, diese Form der Versorgung in die ambulante spezialärztliche Versorgung einzubeziehen. Dazu sollte aber eine ausreichende morbiditätsorientierte Spreizung der pauschalierten Vergütungsbestandteile in Angriff genommen werden.

Es erscheint außerdem sinnvoll, auch niedergelassenen Ärzten des spezialärztlichen onkologischen Bereichs die Möglichkeit zeitlich abgegrenzter kurzstationärer Behandlungen zu geben. Dies kann einerseits über den Weg der Kooperation mit Krankenhäusern geschehen, andererseits über die zu diesem Zweck anzupassende Form der Praxisklinik. Beide Institutionen müssen dabei vom G-BA vorgegebenen Kriterien der Struktur- und Prozessqualität genügen.

Wird der kurzstationäre Bereich für alle zugelassenen Ärzte geöffnet, so kann er bezüglich der spezialärztlichen Indikationen auch im Krankenhaus aus der stationären Planung ausgegliedert werden.

### **Ausblick**

Die im derzeitigen System der spezialärztlichen Versorgung vorherrschenden unterschiedlichen Betriebsformen, verschiedenen Zulassungsbedingungen mit unterschiedlichen Qualifikations- und Qualitätsanforderungen sowie das ungleiche Vergütungssystem der Leistungserbringer fördern nicht nur die Entwicklung von Fehlanreizen zwischen den Leistungserbringern und Qualitätsdefizite in der Versorgung in Form von Unter-, Fehl- oder Überversorgung. Sondern durch Reibungsverluste werden an den traditionellen Sektorengrenzen auch die Versorgung der Patienten und damit die Lebensqualität der Patienten nachhaltig negativ beeinflusst. In der Neuordnung liegen daher Chancen für eine stärkere Patientenorientierung der Versorgung.