



# GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2018

## BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,  
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Nikolaus Schmitt und Hans-Gerd Kolb  
Administrative vertragsärztliche Strukturförderung –  
Onkologie-Vereinbarung, Ziele erreicht?

Auszug aus:  
BARMER Gesundheitswesen aktuell 2018 (Seite 222–237)

Nikolaus Schmitt und Hans-Gerd Kolb

## Administrative vertragsärztliche Strukturförderung – Onkologie-Vereinbarung, Ziele erreicht?

In Deutschland leben immer mehr Krebspatienten. Die akute Behandlung dieser Patienten erfolgt sowohl bei ambulanten Vertragsärzten als auch im Krankenhaus. Bereits seit 25 Jahren bemühen sich die Gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen um die finanzielle Förderung ambulanter Versorgungsstrukturen in der Onkologie. Ziel dieser Onkologie-Vereinbarung ist, so viele Akutbehandlungen von Krebspatienten wie möglich in qualifizierten ambulanten Strukturen statt im Krankenhaus durchzuführen. Dieser Beitrag untersucht anhand von Daten der BARMER den aktuellen Stand des Förderumfangs und prüft, ob die aktuelle Versorgungsstruktur im Hinblick auf die Ziele der Onkologie-Vereinbarung eine solche Strukturförderung weiterhin rechtfertigt.

### Ausgangslage

Die Anzahl onkologischer Erkrankungen nimmt weiterhin kontinuierlich zu. Im Zeitraum von 2011 bis 2015 stieg die administrative Prävalenz der vier häufigsten Krebsarten der Versicherten der BARMER (Brustkrebs + 15,8 Prozent, Prostatakrebs + 7,4 Prozent, Darmkrebs + 11,7 Prozent, Hautkrebs + 25,1 Prozent) deutlich an. Eine wesentliche Ursache, allerdings nur für die Hälfte der beobachteten Veränderungen der Prävalenzen, ist die Alterung der Bevölkerung. Zudem geht seit Anfang der 1990er Jahre die Krebssterblichkeit zurück, die Lebenserwartung steigt entsprechend. Insgesamt sollen etwa vier Millionen Menschen in Deutschland leben, die in ihrem Leben an Krebs erkrankt sind (Grandt und Schubert 2017). Dies zeigt, dass die Förderung onkologischer Versorgungsstrukturen auf ein deutlich umfangreicheres Krankheitsgeschehen trifft und daher mehr Versorgungsrelevanz gewinnt.

Die Historie der Förderung vertragsärztlicher Strukturen bei der Behandlung onkologischer Patienten ist lang. Bereits im Jahr 1994 trafen die Ersatzkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine bundesweite Onkologie-Vereinbarung. Diesem Strukturvertrag schlossen sich die Primärkassen 2001 inhaltlich an (Herrenberger 2012: 39). Im Jahr 2009 wurde eine neue einheitliche Onkologie-Vereinbarung zwischen KBV und

GKV-SV geschlossen und infolge von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen auf Landesebene flächendeckend umgesetzt (BNHO 2009).

Damit lässt es sich also auf fast 25 Jahre Förderung der Strukturqualität ambulanter onkologischer Versorgung zurückblicken. Was waren die Ziele dieser Förderung und wie stellt sich der Umfang der Förderung aktuell dar? Wie sind die Ergebnisse in der Versorgungsstruktur bezogen auf die Zielsetzung der Onkologie-Vereinbarung und ist dieser Strukturvertrag angesichts des Erreichten weiterhin notwendig? Diesen und weiteren Fragen soll auf Basis der Daten der BARMER nachgegangen werden.

## Onkologie-Vereinbarung 2009

Als Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag Ärzte wurde im Jahr 2009 die Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ zwischen der KBV und dem GKV-SV geschlossen (KBV 2009). Diese wurde danach von allen 17 Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen in nahezu gleicher Struktur mit jeweils regionalen Vergütungshöhen umgesetzt. Zum zentralen Ziel der Onkologie-Vereinbarung wird Folgendes ausgeführt (§ 1 Absatz 1):

„Ziel der Vereinbarung ist die Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebserkrankter Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung. Dadurch wird in der vertragsärztlichen onkologischen Versorgung eine Alternative zur stationären Behandlung sichergestellt.“

Krankenhäuser sind von der Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung ausgeschlossen, auch wenn sie über ambulante onkologische Strukturen (beispielsweise Institutsambulanzen) verfügen oder zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt sind und so formal an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. In Zeiten zunehmend sektorübergreifenden Denkens in der gesundheitlichen Versorgungsplanung erscheint die ausschließliche Strukturförderung des vertragsärztlichen Versorgungssektors für onkologische Fachärzte antiquiert (GKV-SV 2011). Sie ist tradiert aus einer Zeit, in der der ambulante Versorgungssektor strikt getrennt gefördert wurde, mit dem

Ziel, unwirtschaftliche stationäre Aufenthalte zu vermeiden. Ambulante Strukturen von Krankenhäusern werden hierbei offenbar der gesamten Krankenhausstruktur zugerechnet und somit nicht gefördert. Diese stringente sektorale Abgrenzung der Förderung wurde mit Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung (§ 116b SGB V) noch einmal bestätigt. Krankenhäuser, in denen Ärzte Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen onkologischen Therapie erbringen, sind dennoch nicht für die Onkologie-Vereinbarung zugelassen (KVNO o. J.).

Unter der Maßgabe einer möglichst umfassenden Versorgung krebserkrankter Patienten ist ein Vertragsarzt zudem nur dann zur Teilnahme berechtigt, wenn er ein „onkologisch besonders qualifizierter Arzt“ im Sinne dieser Vereinbarung ist. Den onkologisch besonders qualifizierten teilnehmenden Ärzten kommt die Durchführung und Koordination der onkologischen Behandlung gesamtverantwortlich zu.

Die Fördermittel der Onkologie-Vereinbarung werden ausschließlich für die ambulante Akutbehandlung gewährt, die ambulante Nachsorge für Krebspatienten wird in der Onkologie-Vereinbarung ausdrücklich nicht gefördert. Folgende Voraussetzungen und Leistungen müssen „onkologisch besonders qualifizierte Vertragsärzte“ zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung erfüllen:

- Die Behandlung von durchschnittlich mindestens 120 (beziehungsweise 80) akuten Krebspatienten im Quartal in der eigenen Praxis.
- Die Vorhaltung einer ausreichenden Anzahl spezieller Behandlungsplätze für intravenöse Chemotherapie auch für bettlägerige Patienten.
- Mitgliedschaft in einem interdisziplinären Tumorzentrum und Bildung einer fachübergreifenden onkologischen Kooperationsgemeinschaft. In dieser sollen interdisziplinäre Fallbesprechungen, onkologische Konsile und gegenseitige Informationen stattfinden.
- Die Aufgaben des onkologisch besonders qualifizierten Arztes umfassen die Indikationsstellung und die Durchführung und Koordination der Tumorbehandlung (Gesamttherapieplan, Verlaufsbeobachtung, medizinische und soziale Betreuung).
- Der teilnehmende Arzt hat dabei sicherzustellen, dass die ständige Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, dem ambulanten Pflegedienst, den Krankenhäusern und eine 24-stündige Rufbereitschaft für die betreuten Patienten erfolgt.

## Umsetzungspraxis der Onkologie-Vereinbarung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen übernehmen in den Ländern die Verwaltung der Onkologie-Vereinbarung. Sie prüfen die Qualifikation der teilnehmenden Vertragsärzte und übermitteln die Abrechnungsdaten aus dieser Vereinbarung an die Krankenkassen. Während die alters- und geschlechtsstandardisierte Häufigkeit der Tumorerkrankungen (Prävalenz) über die KV-Regionen recht gleichmäßig verteilt ist (Grandt und Schubert 2017), variiert die Quote teilnehmender Onkologen bezogen auf die Einwohnerzahl recht stark. In den Stadtstaaten ist die Versorgungsdichte aufgrund der Leistungen für das unmittelbare Umland naturgemäß höher. Im Saarland, in Bayern und Hessen ist die Anzahl teilnehmender Onkologen in Relation zur Bevölkerungszahl am niedrigsten.

**Tabelle 1: Statistische Verteilung der Bevölkerung je Onkologen in den Bundesländern**

Bundesland	Einwohnerzahl	onkologisch qualifizierte Ärzte	durchschnittliche Anzahl Einwohner je onk. qual. Arzt	Prävalenz der Tumorerkrankungen
Schleswig-Holstein	2.859.000	140	20.421	4,90
Hamburg	1.787.000	126	14.183	4,81
Bremen	671.000	37	18.135	4,28
Niedersachsen	7.927.000	417	19.010	4,75
Westfalen-Lippe		416		4,82
Nordrhein	17.866.000	471	20.142	4,78
Hessen	6.176.000	211	29.270	4,69
Rheinland-Pfalz	4.053.000	176	23.028	4,63
Baden-Württemberg	10.880.000	510	21.333	4,54
Bayern	12.844.000	431	29.800	4,51
Berlin	3.520.000	270	13.037	4,88
Saarland	996.000	30	33.200	4,37
Mecklenburg-Vorpommern	1.612.000	61	26.426	4,80
Brandenburg	2.485.000	121	20.537	4,72
Sachsen-Anhalt	2.245.000	96	23.385	4,65
Thüringen	2.171.000	80	27.138	4,56
Sachsen	4.085.000	232	17.608	4,50
Summe / Durchschnitt	82.177.000	3.825	21.484	

Quelle: BARMER-Daten 2016 (vormals BARMER GEK)

Die Vergütung zur Strukturförderung gliedert sich in der Onkologie-Vereinbarung in fünf Abrechnungsziffern, die jeweils höchstens einmal im Quartal abgerechnet werden können. In einigen KV-Regionen bestehen geringfügige regionale Variationen dieser Abrechnungsziffern, die für die nachfolgenden Auswertungen den bundesweit gültigen Ziffern zugeordnet wurden. So werden in Sachsen und Thüringen abweichende Nummerierungen verwendet. Eine Übersicht der Abrechnungsziffern zeigt Tabelle 2.

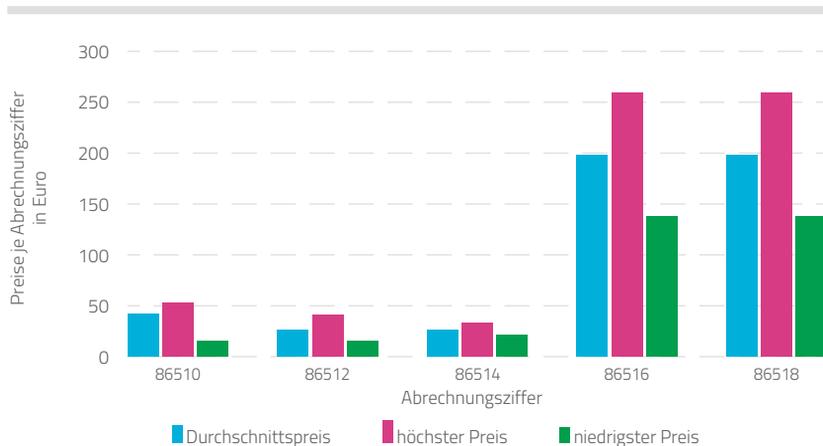
**Tabelle 2: Abrechnungsziffer der Onkologie-Vereinbarung**

Abrechnungsziffer	Beschreibung
86510	Behandlung florider Hämoblastosen
86512	Behandlung solider Tumore
86514	Zuschlag für die intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie
86516	Zuschlag für die intravenöse zytostatische Tumorthherapie
86518	Zuschlag für die Palliativversorgung

Quelle: Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV)

Die regionalen Preisvereinbarungen der KVen führen zu einem differenzierten Preisgefüge der Abrechnungsziffern der Onkologie-Vereinbarungen. In einigen KV-Regionen werden Variationen der bundesweiten Ziffern verwendet, die mit dem Ziel der Vergleichbarkeit in den folgenden Auswertungen auf die Abrechnungsziffern des Bundesmantelvertrages zurückgeführt wurden. Die nachfolgende Abbildung enthält den bundesweiten Durchschnittspreis sowie den höchsten und niedrigsten Preis je Vergütungsziffer. Dabei wurden regional abweichende Vergütungsziffern auf die mustervertraglichen Ziffern zurückgeführt.

Abbildung 1: Preisübersicht je Abrechnungsziffer

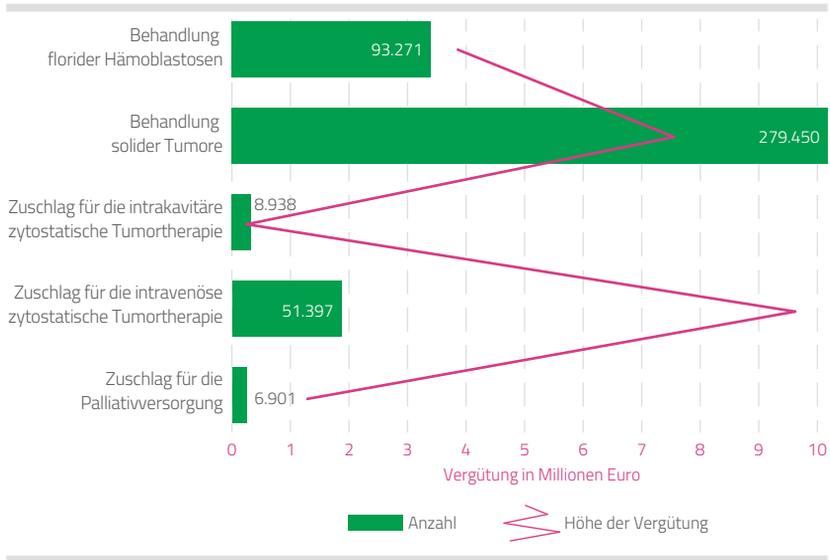


Quelle: Veröffentlichungen der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Bewertungsstruktur der Abrechnungsziffern zeigt, dass der Schwerpunkt der Fördermittel auf der Durchführung der ambulanten zytostatischen Tumorthherapie beziehungsweise der palliativen Behandlung liegt. In der ambulanten statt der stationären Durchführung dieser Therapie wird offenbar ein wesentlicher Hebel zur Zielerreichung, der Verhinderung vermeidbarer stationärer Aufenthalte, gesehen. Zudem ist Teilnahmevoraussetzung, dass der Onkologe eine ausreichende Menge spezieller Behandlungsplätze für diese Therapie vorhält. Daraus ist abzuleiten, dass der therapeutische Ausschnitt onkologischer Infusionstherapie im Zentrum dieser Strukturförderung steht. Insbesondere für diese Therapie sollte eine ambulante Alternative geschaffen werden. Die Bewertung des Zuschlages für die Palliativversorgung ist ebenfalls hoch, allerdings ist durch die Voraussetzungen die Leistungsmenge sehr begrenzt wie Abbildung 2 zeigt.

Die Zahlungen aus der Onkologie-Vereinbarung erfolgen vollständig extrabudgetär, das heißt ohne Mengenbegrenzungen oder Abstufungen der Vergütung. Daher ergeben die regionalen Abrechnungsmengen und -preise unmittelbar ärztliche Einnahmen und somit Strukturfördermittel in genau diesem Umfang. Für das Jahr 2016 wurden folgende Mengen und Vergütungen der Onkologie-Vereinbarungen gegenüber der BARMER abgerechnet:

**Abbildung 2: Vergütungen der BARMER gemäß Onkologie-Vereinbarungen je Abrechnungsziffer für das Jahr 2016**



Quelle: BARMER-Daten 2016

Die BARMER förderte somit im Jahr 2016 die ambulante onkologische Versorgungsstruktur mit 23 Millionen Euro. Da die Onkologie-Vereinbarung für alle Krankenkassen identisch abgeschlossen wurde und die BARMER 2016 bundesweit einen Anteil von 12,6 Prozent an der ärztlichen Vergütung (KJ 1 2016) hatte, lässt sich die jährliche Strukturförderung aller gesetzlichen Krankenkassen durch die Onkologie-Vereinbarung auf etwa 180 Millionen Euro beziffern. Die GKV zahlt an Vertragsärzte etwa 36 Milliarden Euro Vergütung jährlich. Somit entfällt hiervon ein Anteil von 0,5 Prozent auf die Strukturförderung der akuten ambulanten Versorgung Krebskranker. Folgende Verteilung für die BARMER ergibt sich für die einzelnen KV-Regionen:

**Tabelle 3: Strukturförderung je KV-Bereich durch die BARMER im Jahr 2016**

KV-Region	Betriebs- stätten (Praxen)	Umsatz (gerundet) in Euro	Patienten- anzahl der OV	Umsatz pro Patient aus der OV in Euro
Schleswig-Holstein	118	837.000	4.729	177
Hamburg	87	907.000	5.139	176
Bremen	26	115.000	733	157
Niedersachsen	312	1.958.000	15.578	126
Westfalen-Lippe	319	2.442.000	15.448	158
Nordrhein	382	3.731.000	19.302	193
Hessen	173	1.416.000	10.225	138
Rheinland-Pfalz	130	1.164.000	5.349	218
Baden-Württemberg	389	1.694.000	12.163	139
Bayern	375	2.138.000	15.682	136
Berlin	185	2.497.000	11.832	211
Saarland	22	218.000	1.094	199
Mecklenburg-Vorpommern	50	739.000	3.452	214
Brandenburg	102	849.000	7.113	119
Sachsen-Anhalt	81	507.000	3.720	136
Thüringen	77	582.000	4.442	131
Sachsen	202	1.248.000	10.373	120
Summe / Durchschnitt	3.030	23 Mio.	146.374	157

Quelle: BARMER-Daten 2016

Aus der Relation zwischen teilnehmenden qualifizierten Onkologen (bundesweit 3.825, siehe Tabelle 1) und der Anzahl abrechnender Praxen (3.030) lässt sich die unterschiedliche Praxisstruktur der ambulanten onkologischen Versorgung herleiten. Insbesondere in den Metropol-KVen Hamburg, Berlin und Bremen ist die Anzahl der Ärzte um über 40 Prozent größer als die der abrechnenden Praxen. Das weist daraufhin, dass in diesen KV-Regionen viele Onkologen in Gemeinschaftspraxen arbeiten. Die niedrigste Quote ist in Thüringen mit unter vier Prozent und in Bayern und Sachsen mit 13 Prozent festzustellen. Hier scheint die Praxisstruktur der ambulanten onkologischen Versorgung wesentlich stärker von Einzelpraxen geprägt zu sein.

Abrechnungen könnten durchaus auch fehlerhaft erfolgen. Daher wurde eine erste Plausibilitätsprüfung der Abrechnung vorgenommen. Diese offenbart einige Auffälligkeiten, denen in der weiteren Rechnungsprüfung nachzugehen sein wird. Beispielhaft sind dies:

- Für 14 Prozent der Patienten werden im Jahr 2016 von mehr als einem Onkologen Leistungen der Onkologie-Vereinbarung im gleichen Quartal abgerechnet. Alle Abrechnungsziffern können allerdings im Quartal immer nur von einem Vertragsarzt abgerechnet werden, auch wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind, beispielsweise bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- beziehungsweise Weiterbehandlung. (Onkologie-Vereinbarung Anhang 2, Ziffer 4).
- Nicht für alle Fälle, in denen der Zuschlag für die intravenöse Tumortherapie abgerechnet wurde, konnte eine entsprechende Zubereitung oder ein Fertig- arzneimittel aus einer Lieferapotheke festgestellt werden.
- In einzelnen Ländern erfolgten Abrechnungen durch Klinikambulanzen, die zwar an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, von der Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung jedoch ausgeschlossen sind.

## Relevanz der ambulanten onkologischen Therapie gemäß Onkologie-Vereinbarung

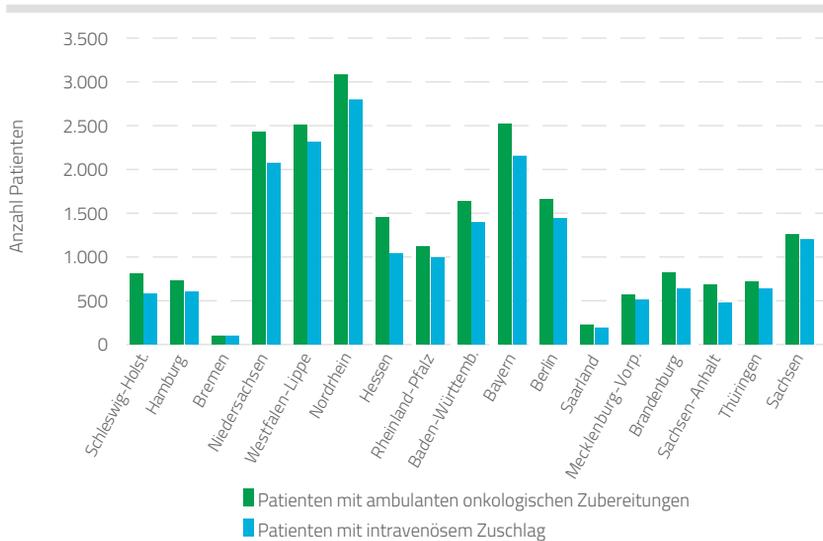
Welchen Stellenwert hat die strukturgeforderte onkologische Versorgung in der vertragsärztlichen Versorgung? Ist die ambulante Versorgung von Krebspatienten nach der Onkologie-Vereinbarung zur Standardversorgung in der ambulanten Behandlung geworden? Dazu wird der Anteil relevanter, ambulanter, akuter Krebspatienten ermittelt, der von besonders qualifizierten Onkologen gemäß der Onkologie-Vereinbarung behandelt wird.

Hierfür muss eine Abgrenzung akuter Krebspatienten von denen in der Nachsorge erfolgen. Anhand der vertragsärztlichen Diagnosen gelingt dies nicht, da diese eine Information zum Stadium der Akutbehandlung zumeist nicht beinhalten. Daher wird die Gruppe der Patienten betrachtet, die einer ambulanten intravenösen zytostatischen Therapie in einer KV-Region unterzogen wurden. Diese Gruppe besteht mit Sicherheit ausschließlich aus akut behandelten Krebspatienten und ist daher für die Beantwortung

der Frage, welchen Versorgungsanteil die Onkologie-Vereinbarung in jeder KV-Region entfaltet, gut geeignet. Zudem liegt, wie oben gezeigt, der Förderschwerpunkt der Onkologie-Vereinbarung auf der Durchführung der intravenösen Tumortherapie.

Die Anzahl ambulanter akuter Krebspatienten wird aus den Abrechnungsdaten der zubereitenden Apotheken ermittelt. Die Abrechnung der meist hochpreisigen Arzneimittelzubereitungen erfolgt jeweils einzeln durch die Leistungserbringer und liegt somit detailliert vor.

**Abbildung 3: Im Rahmen der Onkologievereinbarung versorgte ambulante akute Krebspatienten im Jahr 2016 je KV-Bezirk**



Quelle: BARMER-Daten 2016

Die Versorgung akuter Krebspatienten durch teilnehmende Onkologen und nach den Bestimmungen der Onkologie-Vereinbarung hat einen sehr hohen Anteil. Zwischen 70 und 96 Prozent beträgt der Versorgungsanteil, der durch an der OV teilnehmende Onkologen erbracht wird. Zu erwarten wäre, dass sich in KV-Regionen mit relativ geringer Dichte teilnehmender Onkologen gemessen an der Gesamtbevölkerung auch eine

geringere Abdeckung bei der Durchführung der ambulanten intravenösen Tumorthapie zeigt. Dies ist allerdings nicht der Fall, denn die beiden KV-Regionen mit der geringsten Dichte, Saarland und Bayern, zeigen mit 84 beziehungsweise 85 Prozent einen durchschnittlichen Abdeckungsgrad auf. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass sich die Strukturförderung durch die Onkologie-Vereinbarung in der ambulanten Behandlung akuter Krebspatienten fast vollständig durchgesetzt hat.

### Alternative zur stationären Versorgung geschaffen?

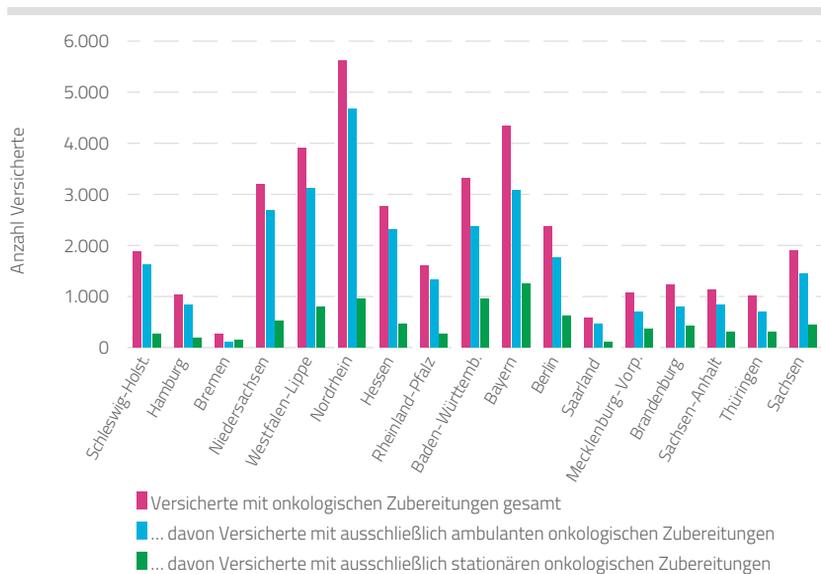
Das zentrale Ziel der Onkologie-Vereinbarung ist die Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebserkrankter Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung und somit die Sicherstellung einer Alternative zur stationären Behandlung. Erhebliche Finanzmittel fließen jedes Jahr in diese flächendeckende Strukturförderung und haben die ambulante vertragsärztliche Behandlung fast vollständig durchdrungen.

Wie sieht nun die ambulante Versorgungsstruktur in Relation zur stationären Versorgung aus? Wurde eine ernst zu nehmende Alternative zur stationären Behandlung erreicht?

Die Versorgungsstruktur akuter Krebspatienten wird hierzu wiederum auf der Basis der zytostatischen Tumorthapie analysiert. Wie hoch ist der Anteil der Patienten, die eine stationäre beziehungsweise ambulante Behandlung erhielten?

Die Gruppe der Krebspatienten mit sowohl stationärer als auch ambulanter Behandlung bei der zytostatischen Tumorthapie im Jahr 2016 (etwa Zehn-Prozent-Anteil) bleibt in Abbildung 3 unberücksichtigt. Die ambulante Durchführung der intravenösen Tumorthapie ist gegenüber der stationären Durchführung weit mehr als lediglich eine Alternative. Sie ist flächendeckend zum Regelfall geworden. In nahezu jeder KV-Region werden zwei Drittel der Patienten von niedergelassenen Ärzten behandelt, in einigen sogar bis zu drei Viertel der Patienten. Damit hat sich die Versorgungsstruktur klar auf die ambulante Behandlung ausgerichtet und das zentrale Ziel der Onkologie-Vereinbarung, eine ambulante onkologische Versorgungsalternative zu schaffen, ist flächendeckend erfüllt.

Abbildung 4: Versorgungsstruktur ausschließlich ambulant oder stationär



Quelle: Ambulante Zubereitungen BARMER-Arzneimitteldaten 2016, stationäre Zubereitungen analog BARMER Arzneimittelreport 2017, Seite 134, mit Werten für 2016

## Fazit

Die fast 25-jährige Historie vertragsärztlicher Strukturförderung für die Behandlung von Krebspatienten hat zu einem wesentlichen Erfolg geführt. Bei der Versorgung akut krebserkrankter Patienten ist die ambulante vertragsärztliche Versorgung flächendeckend zum Regelfall geworden. Fast jeder onkologisch tätige Vertragsarzt nimmt an der Onkologie-Vereinbarung teil, und somit wird der weitaus überwiegende Teil der ambulanten Krebspatienten nach Maßgaben der Onkologie-Vereinbarung behandelt. Dafür fließen jedes Jahr erhebliche finanzielle Mittel an die niedergelassenen Onkologen in Höhe von 180 Millionen Euro. Das zentrale Ziel, die Erhöhung des Anteils ambulanter Akutbehandlung Krebskranker, ist bei Weitem erreicht.

So stellt sich nun die Frage, ob diese Gelder weiterhin zur Erhaltung oder gar zum weiteren Ausbau dieser Versorgungsstruktur notwendig sind. Eine weitere Steigerung

des Anteils ambulanter Behandlungen über das festgestellte Maß hinaus erscheint weder sinnvoll noch notwendig. Nicht alle Krebstherapien lassen sich ambulant durchführen, daher ist ein Anteil in der stationären Versorgung medizinisch erforderlich. Auch die Rückentwicklung der Versorgung zu einem höheren Anteil des stationären Sektors bei Wegfall dieser Fördermittel ist nicht zu erwarten. Dazu müssten Krankenhäuser in diese Versorgungsstrukturen investieren, um den niedergelassenen Onkologen die Fälle streitig zu machen. Dies ist angesichts der zumeist bestehenden vernetzten Strukturen in Tumorboards zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern sehr unwahrscheinlich. Auch diese Zusammenarbeit ist ein erfolgreich erreichtes Ziel der Onkologie-Vereinbarung.

Für Krankenhäuser ist unter den aktuellen DRG-Bedingungen die stationäre Behandlung insbesondere der intravenösen Tumortherapie meist nicht wirtschaftlich. Die Kosten für die eingesetzten Arzneimittel entwickeln sich sehr dynamisch, in der DRG-Vergütung sind die Arzneimittelkosten allerdings pauschal eingerechnet. Das Krankenhaus kann entsprechende Sonderentgelte vereinbaren, die die Kosten bestimmter Arzneimittel gesondert vergüten. Allerdings setzt dies ein langwieriges und krankenhausspezifisches Verhandlungsverfahren mit den Krankenkassen voraus. Da die Therapie mit onkologischen Arzneimitteln kurzfristigen Innovationszyklen unterliegt, ist die Vorausplanung diesbezüglicher stationärer Sonderentgelte nicht immer treffsicher möglich. Daher ist meist die ambulante Durchführung der intravenösen Tumortherapie in Klinikambulanzen für Krankenhäuser deutlich wirtschaftlicher. Die Abrechnung der Arzneimittel erfolgt in voller Höhe direkt bei den Krankenkassen, die Belieferung kann zudem von der eigenen Krankenhausapotheke erfolgen, einen entsprechenden Vertrag (§ 129a SGB V) vorausgesetzt. Somit verbleibt der Gewinn zwischen Einkaufs- und Verkaufspreis der Zubereitungen in der Klinikapotheke, und das Krankenhaus muss nicht intern eventuell defizitäre stationäre Entgelte subventionieren. Diese Überlegungen zur Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser sprechen insgesamt dagegen, dass es eine Tendenz zur „Rückentwicklung“ der Behandlung akuter Krebspatienten in stationäre Behandlungen gibt. Dies ist unabhängig von der separaten finanziellen Förderung ambulanter Strukturen, die Krankenhäuser ohnehin aus der Onkologie-Vereinbarung nicht erhalten.

Daher ist zu fragen, ob die Fördermittel der Onkologie-Vereinbarung noch notwendig sind, die gar keine Strukturveränderung mehr bewirken können, sondern als Mitnahmeeffekt das ärztliche Honorar der Onkologen aufstocken? Sollte diese Förderung folgerichtig eingestellt werden, wäre selbstverständlich mit Widerständen zu rechnen. So erhält im Mittel rechnerisch jede teilnehmende Arztpraxis jährlich etwa 60.000 Euro Fördermittel. In großen Praxen kann die Förderung in den mittleren sechsstelligen Bereich gehen. Dies zeigt, dass eine sehr kleine Facharztgruppe mit erheblichen Zusatzgeldern gefördert wird.

Es wird daher zu entsprechenden Gegenreaktionen der Betroffenen und ihrer Organisationen kommen. Diesem Protest ist entgegenzuhalten, dass jeder der Beteiligten nach 25-jähriger Historie stolz sein kann auf das Erreichte. Zudem sollten diese Mittel nicht einfach von den Kassen einbehalten werden, sondern zur sachgerechten Förderung von aktuell als defizitär empfundenen ambulanten Versorgungsstrukturen verwendet werden, beispielsweise die ärztliche Versorgung in ländlichen Räumen oder in Alten- und Pflegeheimen. Zudem sollte der bestehende Trend zur sektorübergreifenden Versorgungsstruktur Berücksichtigung finden.

## Literatur

- Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland – BNHO e.V. (2009): Bundesweite Onkologie-Vereinbarung abgeschlossen! Die niedergelassenen internistischen Onkologen begrüßen grundsätzlich die Einigung. Pressemitteilung vom 13. August 2009. Online unter [www.bnho.de/uploads/media/PM\\_Bundesweite\\_Onkologie-Vereinbarung\\_abgeschlossen.pdf](http://www.bnho.de/uploads/media/PM_Bundesweite_Onkologie-Vereinbarung_abgeschlossen.pdf) (Download am 17. Mai 2018).
- GKV-SV (2011): Positionspapier Bedarfsplanung. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse\\_themen/bedarfsplanung\\_2/20110405\\_GKV-SV\\_Positionspapier\\_Bedarfsplanung.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/bedarfsplanung_2/20110405_GKV-SV_Positionspapier_Bedarfsplanung.pdf) (Download am 20. Juni 2018).
- Grandt, D., Schubert, I. (Hrsg.) (2017): BARMER Arzneimittelreport 2017, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 3.

Herrenberger, J. (2012): Geschichte der ambulanten Onkologie in Berlin. Ambulante Versorgung von an Krebs erkrankten Patienten – zukunftsfähig oder ein Auslaufmodell? KV-Blatt der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin 02/2012. Online unter [https://www.kvberlin.de/40presse/30kvblatt/2012/02/30\\_medizinthema/kvbv.pdf](https://www.kvberlin.de/40presse/30kvblatt/2012/02/30_medizinthema/kvbv.pdf) (Download am 17. Mai 2018).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009): Bundesmantelvertrag (BMV) Anlage 7 – Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten, Vertragsdatum: 28.06.2009. Online unter <http://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php> (Download am 17. Mai 2018).

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO) (2014): Onkologie. Online unter [https://www.kvno.de/10praxis/50qualitaet/20leistungen\\_a-z/onkologie/index.html](https://www.kvno.de/10praxis/50qualitaet/20leistungen_a-z/onkologie/index.html) (Download am 20. Juni 2018).

