



Onkologie-Vereinbarung: Hohe Qualifikationsanforderungen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat nach monatelangen Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband eine „Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung)“ abgeschlossen.

Diese Vereinbarung bringt – rückwirkend ab 1. Juli 2009 – bundesweit einheitliche Rahmenbedingungen für die onkologische Versorgung und ersetzt den bisherigen Flickenteppich unterschiedlicher regionaler Regelungen.

Im Mittelpunkt der Onkologie-Vereinbarung stehen hohe Anforderungen an die fachliche Qualifikation des „onkologisch qualifizierten“ Arztes einschließlich der Forderung einer Mindestzahl onkologischer Patienten in seiner Praxis. Die Anforderungen dieser Vereinbarung lenken die Versorgung der onkologischen Patienten zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder größeren fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen (Berufsausübungsgemeinschaften).

Die niedergelassenen Ärzte – zumal außerhalb der Großstädte – werden Probleme haben, die geforderten Patientenzahlen zu erreichen. Die von den Krankenkassen geforderten Mindestmengen gehen am Versorgungsbedarf vollständig vorbei, heißt es bereits beim Bundesverband Deutscher Urologen.

Voraussetzungen zur Teilnahme

Der onkologisch qualifizierte Arzt hat seine fachliche Qualifikation durch eine abgeschlossene Weiterbildung mit dem Schwerpunkt Hämatologische und internistische Onkologie (Weiterbildung Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie) oder eine Facharztweiterbildung mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumortherapie – bzw. eine Gebietsbezeichnung, die diese Inhalte erfüllt – nachzuweisen.

Zusätzlich müssen bestimmte „Mindestmengen“ in der Praxis nachgewiesen werden. Je nach Fachgruppe ist die Betreuung nachfolgender Patientenzahlen nachzuweisen:

- **Fachärzte für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie:**

Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten pro Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung) mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraärsionaler Behandlung.

- **Andere Fachgruppen:**

Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten pro Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung) mit soliden Neoplasien, darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraärsionaler Behandlung.

Übergangsregelungen

Für die bereits niedergelassenen onkologisch tätigen Vertragsärzte sind verschiedene Übergangsregelungen von Interesse. Die sehr restriktiv gefassten Vorgaben werden wohl noch die Gerichte beschäftigen.

Neu- und Jungpraxen bzw. neu und kürzer als zwei Jahre zugelassene Ärzte sind bei gegebener Qualifikation auch dann zur Teilnahme an dieser Vereinbarung zuzulassen, wenn die entsprechenden Patientenzahlen vor dem Beginn der Teilnahme an dieser Vereinbarung sowie innerhalb der darauf folgenden 24 Monate noch unterschritten werden.

Aus Gründen der Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten Behandlung krebserkrankter Patienten nach dieser Vereinbarung können die geforderten Patientenzahlen modifiziert werden. Die Entscheidung trifft die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV).

Ohne besonderen Zulassungsantrag können zum Stichtag 1. Juli 2009 für die bisherigen Onkologie-Vereinbarungen zugelassene Vertragsärzte längstens bis zum 30. September 2009 nach dieser Vereinbarung abrechnen.

Die Vereinbarung sieht hohe Anforderungen an die organisatorischen Maßnahmen vor. Dies gilt für die ständige Zusammenarbeit mit den Hausärzten und den Pflegediensten, die Sicherstellung einer 24-stündigen Rufbereitschaft, die Errichtung einer ausreichenden Anzahl spezieller Behandlungsplätze und die Beschäftigung qualifizierten Pflegepersonals.

Vergütung

Nach diesen anspruchsvollen Anforderungen für die Tätigkeit als onkologisch verantwortlicher Arzt stellt sich die Frage nach der Vergütung der geforderten Leistungen. In der Vereinbarung (Anhang 2) sind folgende Positionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) für Kostenpauschalen vorgesehen:

Nr. 86510	Behandlung florider Hämoplastosen
Nr. 86512	Behandlungspauschale
Nr. 86514	Zuschlag für die intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie
Nr. 86516	Zuschlag für die intravasale zytostatische Tumorthherapie
Nr. 86518	Zuschlag für die Palliativversorgung.

Der besondere Clou: Die Vertragspartner auf der Bundesebene konnten sich nicht über die Höhe bundeseinheitlich geltender Kostenpauschalen einigen. In einer besonderen Anlage wurde den KVen und den regionalen Kassenverbänden ein Rechenweg vorgegeben, der zur Ermittlung regionaler Gebührenwerte führen soll.

Mit dieser Regelung soll erreicht werden, dass die bisher geltenden regionalen Preise „kostenneutral“ in die neue bundeseinheitliche Vergütungsstruktur umgerechnet werden.