

**Berlin, 20. September 2011**

**Stellungnahme der DGHO zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung für ein  
Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen  
Krankenversicherung (GKV-VStG)  
Bundestags-Drucksache 17/6906 vom 5.9.2011**

Die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie begrüßt den mit dem Gesetzesentwurf verbundenen Dialog über eine neue, sektorenverbindende Struktur in der Versorgung onkologischer Patientinnen und Patienten. Der vorliegende Gesetzesentwurf geht aus Sicht der Fachgesellschaft jedoch nicht weit genug und es fehlt eine zielführende Umsetzung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung. Es wird stattdessen eine "Gleichstellung" von vertragsärztlichen Praxen und Krankenhausambulanzen angestrebt und einer "Siloentwicklung" in der Onkologie in einzelnen Fachgruppen Vorschub geleistet.

Die Entwicklungen in der immer komplexer werdenden Hämatologie und Onkologie, der immer größere Bedarf an Interdisziplinarität, der wachsende Druck für ärztlichen Nachwuchs zu sorgen und nicht zuletzt ökonomische Aspekte, all dies sind gute Argumente dafür, die bisherigen Strukturen aufzulösen und einen wirklich neuen Sektor für die Versorgung schwerstkranker Patientinnen und Patienten z.B. in der Hämatologie und Onkologie zu schaffen.

Folgend nehmen wir im Einzelnen Stellung zu den zentralen, die Hämatologie und Onkologie betreffenden Bausteinen des Gesetzesentwurfes:

**§116b SGB V ambulante spezialärztliche Versorgung  
Krankheitskatalog**

Unter §116b, Abs. 1 SGB V werden Krankheiten mit besonderem Krankheitsverlauf sowie seltene Erkrankungen aufgelistet, die nach Konkretisierung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung behandelt werden sollen. Wenn die Entitäten bzw. die Definition dessen, was ein besonderer Krankheitsverlauf ist, zu eng gefasst werden, besteht die Gefahr, dass die Patientinnen und Patienten ständig zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen („klassisch“ vs. §116b SGB V) hin und her wechseln.

Die Behandlung im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sollte die komplette Therapiedurchführung nach gesicherter Diagnose und die Nachsorge (auf Grund der Erkennung von Spätfolgen und -schäden) umfassen. Die Diagnostik sollte nur dann

einbezogen werden, wenn sie im Rahmen einer individualisierten Indikationsstellung, Therapieplanung und -kontrolle erforderlich ist. Damit soll verhindert werden, dass es außerhalb der Budgetierung zu einer Ausweitung diagnostischer Leistungen kommt.

Derzeit sieht der Gesetzesentwurf die Aufnahme onkologischer Erkrankungen in die ambulante spezialärztliche Versorgung vor. Die DGHO regt an, die bösartigen Erkrankungen der Blutbildung und des Lymphsystems (Leukämien, Myelodysplastische Syndrome, Lymphome und Plasmozytome) ebenso zu integrieren und auch die Aufnahme komplexer hämatologischer Erkrankungen zu prüfen. Wichtig ist, dass die Konkretisierung durch den gemeinsamen Bundesausschuss in enger Abstimmung mit den Fachgesellschaften erfolgt.

Die unter §116b, Abs. 1 SGB V aufgelisteten Krankheitsbilder sind im Gesetzesentwurf in manchen Bereichen zu eng gefasst. Neben den Patienten vor und nach einer Lebertransplantation sollten auch Patienten, die andere Organtransplantationen erhalten oder sich einer Blutstammzelltransplantation unterziehen müssen, im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung behandelt werden können. Im § 116b Abs. 1 Abschnitt 2, letzter Spiegelstrich sollte deshalb geändert werden „- Versorgung von Patienten vor oder nach Lebertransplantation“ in: „- Versorgung von Patienten vor und nach Organtransplantation und Blutstammzelltransplantation“.

### **Zugangsvoraussetzungen zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung für Leistungserbringer und Qualitätskontrolle**

Die DGHO spricht sich dafür aus, dem Gemeinsamen Bundesausschuss konkretere Vorgaben für die Ausgestaltung der sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialärztliche Versorgung zu geben. So sollte die Basis für die Teilnahme, sowohl von Kliniken als auch von Praxen, die persönliche ärztliche Qualifikation sein. Vertretungs- und Notfallsituationen müssen in beiden Bereichen abgedeckt werden können. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund des notwendigen Nebenwirkungsmanagements in der Zytostatikatherapie von großer Bedeutung.

In der Hämatologie und Onkologie sollte nach der Weiterbildungsordnung die Facharztbezeichnung Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie die Basis sein. Mindestanforderung zur Teilnahme bildet die Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“. Eine spezielle Qualifikation des Arztes bezüglich des Erkennens und der Behandlung von Nebenwirkungen der von ihm applizierten Medikamente (z. B. Zytostatika) muss zwingend vorhanden sein. Der Gesetzgeber sollte hier klare Vorgaben treffen.

Als weitere Zugangsvoraussetzung sollten vorgegebene Fallzahlen über einen definierten Zeitraum vor der Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung auf Grundlage anonymisierter Arztbriefe nachgewiesen werden. Für die Hämatologie und Onkologie werden Fallzahlen entsprechend der Onkologie-Vereinbarung empfohlen.<sup>1</sup> Zur Definition der Fallzahlen und weiterer sächlicher Anforderungen sollten dem Gemeinsamen Bundesausschuss klare Vorgaben gemacht werden.

Bislang sieht der Gesetzesentwurf nur eine Überprüfung der Qualität der Leistungserbringer bei der Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung vor. Hier

---

<sup>1</sup> • Fachärzte für Innere Medizin - Hämatologie und Onkologie:

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

• Andere Fachgruppen

Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten/Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung) mit soliden Neoplasien, darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer und oder intraläsionaler Behandlung

sollte eine Einbindung in eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine kontinuierliche Qualitätskontrolle, z. B. durch entsprechende Gremien auf Landesebene, stattfinden.

### **Vergütungssystematik**

Unter 116b, Abs. 6 SGB V regelt der Gesetzesentwurf die Vergütung in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung. Die Leistungen sollen demnach künftig unmittelbar von der Krankenkasse vergütet werden. Entsprechende Verträge für eine Kalkulationssystematik und diagnosebezogene Gebührenpositionen sollen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verhandelt werden. Bis zum Inkrafttreten dieser Vereinbarung erfolgt die Vergütung auf Grundlage des EBM.

Eine neue Vergütungssystematik für die ambulante spezialärztliche Versorgung wird begrüßt. Die Gebührenpositionen sollten hier allerdings nach Morbidität und Schweregrad der Erkrankung der Patienten (analog der komplikationsassoziierten DRG) differenziert werden. In die Definition der Gebührenpositionen für die neue Vergütungssystematik sollten die Fachgesellschaften einbezogen werden.

### **Kooperationsvereinbarungen**

Der Gesetzesentwurf sieht für den Bereich der Onkologie Kooperationsvereinbarungen zwischen den beteiligten Leistungserbringern vor. Um Fehlentwicklungen zu vermeiden, sind diese Kooperationsverträge auf jeden Fall verbindlich vorzusehen und weiter zu definieren. In der Hämatologie und Onkologie sind bereits verschiedene Modelle im Rahmen der verschiedenen Zertifizierungsverfahren etabliert, wie z. B. die Einrichtung von Onkologischen Zentren oder von Organzentren. Zentral ist für die DGHO, dass die Interdisziplinarität der Kooperationsvereinbarungen gewährleistet wird, damit Patienten nicht in einem einzelnen Fachbereich verhaftet bleiben, sondern in einem Netzwerk von einer interdisziplinären Behandlung profitieren können. Die Fachgesellschaften sollten in der Ausgestaltung der Anforderungen an die Kooperationsvereinbarungen einbezogen werden.

### **§ 2, Abs. 1a Leistungsrechtliche Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes vom 6. Dezember 2005**

Mit der Einfügung des §2, Abs.1a SGB V wird der Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 6. Dezember 2005 leistungsrechtlich umgesetzt. Die DGHO hat das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes begrüßt. Die leistungsrechtliche Umsetzung im Rahmen des Versorgungsgesetzes ist sachdienlich und sinnvoll. Um einen möglichen Missbrauch des Gesetzes, z. B. durch sog. Wunderheiler vorzubeugen, sind die im Begründungstext dargestellten Erläuterungen sehr sinnvoll. Wichtig ist, dass, wie im Begründungstext des Gesetzesentwurfes auch vorgesehen, etablierte Verfahren, wie die „Compassionate Use“ Programme, weiterhin möglich sind bzw. der Ausschluss aus diesen, wegen der zugrunde liegenden Kriterien, geradezu eine Voraussetzung zur Anwendung des § 2, Abs. 1a sind.

### **§§ 137c, Abs. 1 /137e Aufgabenerweiterung für den Gemeinsamen Bundesausschuss**

Nach dem Gesetzesentwurf soll der Gemeinsame Bundesausschuss zukünftig auch innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden kontrolliert erproben (§§ 137c, Abs. 1 /137e SGB V) können. Dies gilt für aussichtsreiche Maßnahmen, für die zum Zeitpunkt eines Bewertungsverfahrens durch den G-BA noch keine ausreichende Evidenz vorliegt.

Grundsätzlich begrüßt die DGHO diese Regelung als Möglichkeit für eine unabhängige klinische Forschung. Allerdings muss eine flächendeckende Versorgung ebenso

gewährleistet sein, wie die Teilnahme der jeweils betroffenen Fachgesellschaften an der Entwicklung entsprechender Konzepte. Dies gilt insbesondere dann, wenn es sich um Studien unter Anwendung bereits etablierter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden handelt.

Zahlreiche Studien in der Hämatologie und Onkologie, die sich mit Behandlungsmethoden befassen, unterliegen den Regularien des Arzneimittelgesetzes. Wenn es sich bei den durch den G-BA aufgesetzten Studienprotokollen um Studien im Sinne des Arzneimittelgesetzes handelt, muss gewährleistet sein, dass auch hier die entsprechenden Regularien angewendet werden und die dadurch bedingten zeitlichen Verzögerungen nicht zum Leistungsausschluss führen.

### **§ 28, Abs. 1, Delegation ärztlicher Leistungen**

Mit der Ergänzung des § 28, Abs. 1 SGN V legt der Gesetzgeber fest, dass durch die Partner der Bundesmantelverträge binnen eines halben Jahres eine Liste delegationsfähiger Leistungen erstellt wird, die künftig nicht mehr zwingend vom ärztlichen Personal erbracht werden müssen. Wichtig ist, neben der Auflistung dieser delegationsfähigen Leistungen, eine Definition der Anforderungen an das nichtärztliche Personal bezüglich Ausbildung und Erfahrung.

Die DGHO begrüßt eine geplante Auflistung delegationsfähiger Leistungen, da in der Vergangenheit auch in der Onkologie keine Klarheit über die Grenzen und Anforderungen der Delegation vorlagen. Der im Gesetzesentwurf vorgesehene Zeitraum ist jedoch zu kurz für die dringend gebotene Anhörung der Fachgesellschaften. Die DGHO schlägt deshalb an dieser Stelle vor, die Frist auf 12 Monate zu erhöhen und die Anhörung der Fachgesellschaften gesetzlich vorzusehen.

Berlin, 20. September 2011



Prof Dr. med. Gerhard Ehninger  
Geschäftsführender Vorsitzender



Dr. med. Friedrich Overkamp  
Vorsitzender



Prof. Dr. med. Mathias Freund  
Sekretär und Schatzmeister