

Zerstörung bewährter Strukturen?

- Die neue Onkologie-Vereinbarung stößt bei einigen der betroffenen Fachgruppen auf scharfen Protest. Sie fürchten, aus der onkologischen Versorgung herausgedrängt zu werden.

Die regionalen Onkologie-Vereinbarungen müssen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen zugunsten einer bundesweiten Regelung aufgegeben werden. KBV und Spitzenverband der Krankenkassen haben nach monatelangen Verhandlungen eine Vereinbarung vorgelegt, die für Ärzte hohe Zugangshürden aufstellt.

In Hamburg bleiben die bisher gültigen Regelungen noch bis zum 31. März 2010 in Kraft – dann soll auch hier die neue Vereinbarung umgesetzt werden.

Wir haben die beteiligten Fachgruppen gefragt, welche Veränderungen der neuen Onkologievereinbarung sie sich wünschen.

Schlechte Vereinbarung mit unrealistischen Vorgaben

Um es rundheraus zu sagen: Ich wünsche mir, dass die neue Onkologievereinbarung in der Versenkung verschwindet und damit die unsägliche Auseinandersetzung auf dem Rücken von uns Leistungserbringern und unserer Patienten um eine qualifizierte onkologische Versorgung beendet wird.



*Dr. Martin Bloch
Präsident des Berufsverbandes
der Deutschen Urologen (BDU)*

Die bestehende Vereinbarung wurde aus pekuniären Gründen gekündigt mit der Begründung, dass sie durch die in den EBM eingeführten Leistungspositionen überflüssig würde. Diese Ziffern sind aber ohne neues Geld der Kassen in die Gebührenordnung eingestellt worden. Ein solches Begehren der Kassen mag man nennen wie man will, ich nenne es nicht Betrug, aber einen Versuch, uns Leistungserbringer zu übervorteilen. Die neue Vereinbarung (wie auch die Sozialpsychiatrie-Richtlinie) ist nur auf Grund politischen Drucks zustande gekommen. Dass in den Verhandlungen der Selbstverwaltungsorgane nichts Vernünftiges herauskommt, wenn ein Partner im Grunde unwillig und gezwungenermaßen verhandeln muss, sehen wir an der neuen Richtlinie.

Die Versorgung der Patienten in den urologischen Praxen ist nicht nur in Hamburg seit Jahren ausgezeichnet etabliert. Die Kollegen nehmen hier den Versorgungsauftrag ernst. Die Hamburger Fortbildungsinitiative der Urologen ist auch mit Blick auf die onkologische Fortbildung seit über zehn Jahren bundesweit vorbildlich. Der Kollege Dr. Osieka ist für diese Initiative mit dem Alexander-von-Lichtenberg-Preis der Deutschen Gesellschaft für Urologie ausgezeichnet worden.

Hamburger Urologen sind mehrfach akademisch ausgezeichnet und veröffentlicht worden, zuletzt in der Ausgabe von Dezember 2009 des Hamburger Ärzteblattes. Die Kollegen haben keinen Grund, hier ihr Licht unter den Scheffel zu stellen.



Liubov Grigoriyeva - Fotolia.com

Urologen versorgen die mit Abstand größte Gruppe onkologischer Patienten, bundesweit 58.000 Neuerkrankungen an Prostatakarzinom und 34.000 Blasenkarzinome, dazu Nieren- und Hodenkrebs. Jeder sechste Patient in einer urologischen Praxis hat ein Tumorleiden. Onkologie ist das tägliche Geschäft eines jeden Urologen.

Die neue Onkologievereinbarung zerstört durch ihre Anforderungen diese gewachsenen Strukturen zu Lasten unserer Patienten. Unsinnige strukturelle Voraussetzungen und Anforderungen an Fortbildung und Qualitätssicherung, die an

anderer Stelle wie im Qualitätsmanagement und seitens der Ärztekammer sowie der Berufsgenossenschaft bereits geregelt sind, werden hier unnötig überreguliert.

Aber Kernpunkt und Grund des Ärgernisses sind die offensichtlich aus einer Pi-mal-Daumenmal-Donnerstag-Rechnung eingeführten Mindestmengen. Es werden für die Urologie 20 Patienten pro Arzt und Quartal gefordert, die eine intravasale/intravesikale Therapie erhalten. Die Versorgungsrealität beträgt 0,5 Prozent der Patienten pro Quartal und Praxis, die eine solche Therapie benötigen. Selbst

onkologische Schwerpunktpraxen werden diese Zahl niemals erreichen.

In den Verhandlungen des Berufsverbandes der Deutschen Urologen/BDU mit der KBV ist dies sehr deutlich gemacht worden: Sollten diese unsinnigen Anforderungen bestehen bleiben, wird die Teilnahme der Urologinnen und Urologen an der Onkologie-Vereinbarung beendet sein. Im Laufe der Gespräche konnte durch den BDU eine Bestandschutz- und Anpassungsregelung (§ 7 Abs. 7 der OV) erreicht werden. Der

Fortsetzung auf S. 20 

Vorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, hat in einem Schreiben an alle KVen ausdrücklich darauf verwiesen, diese Regelung großzügig auszulegen.

Jetzt liegt es an der KV Hamburg und den Kassen, insbesondere dem VDEK, der uns letztlich diese Suppe eingebrockt hat, eine sinnvolle Lösung herbeizuführen, damit die Versorgung der urologischen Tumorpatienten weiterhin in der seit Jahren nachweislich erbrachten Qualität gesichert bleibt. Hierzu gehört die Anpassung der Mindestzahlen an die Versorgungsrealität, der Erhalt der sogenannten kleinen und großen Onkologiezulassung, eine Einbeziehung der Chlod-

ronsäuretherapie als tumorspezifische Therapie, die Entschlackung der Vereinbarung von unsinnigen bürokratischen und strukturellen Inhalten. Die seit 1995 unveränderte Honorierung möchte ich zumindest erwähnen.

Das durch diese schlicht schlechte Vereinbarung mit unrealistischen Vorgaben, überzogenen strukturellen Anforderungen und nicht erfüllbaren Mindestmengen ausgelöste Chaos habe ich Herrn Köhler prophezeit. Es ist in vollem Umfang eingetreten. Die Kolleginnen und Kollegen sind entsetzt, die Selbsthilfegruppen alarmiert. Die Patienten haben noch nicht realisiert, welche Gefahr der Verschlechterung

ihrer Versorgung von dieser neuen Richtlinie ausgeht, deren eigentliches Interesse die qualitative Verbesserung sein müsste statt der Zerstörung etablierter Strukturen.

Ich hoffe sehr, dass im Konsens mit den betroffenen Gruppen, den Gynäkologen und insbesondere den Hämato-Onkologen eine für Hamburg adäquate Lösung mit der KV und den Krankenkassen erreicht werden kann. Nicht nur die Kollegen, sondern auch deren Patienten, die auch Versicherte sind, dürfen dies erwarten.

*Dr. Martin Bloch,
Präsident des Berufsverbandes
der Deutschen Urologen (BDU)*

Gute Basis

Wir sind froh, dass es eine bundeseinheitliche Vereinbarung gibt, die schiedsamtsfähig ist. Das ist eine gute Basis. Aber es gibt einige Kritikpunkte: Die Kostenentwicklung wird in der Vereinbarung nicht berücksichtigt. Da muss nachgebessert werden. Und es fehlt eine Transfusionsziffer, in der der durch die einschlägigen Vorschriften geforderte große Aufwand für diese besondere Leistung abgebildet wird. Die Onkologen ersparen den Kassen hier in erheblichem Maße stationäre Einweisungen.

Die geforderten Mindestzahlen sind durchaus sinnvoll. Sie sichern Routine und Qualität. Vor allem aber ist Zweck der Vereinbarung, den Aufwand zu entschädigen, den eine Praxis für Onkologie-Leistungen betreiben muss. Wer nur sehr wenige Patienten behandelt, hat diesen Aufwand nicht. Wer ihn betreibt, soll teilnehmen. Das gilt völlig unabhängig von der Zugehörigkeit zu bestimmten Berufsgruppen. Erwähnenswert ist, dass die Vereinbarung eine Reihe von nachrangigen Details enthält, die völlig lebensfremd sind. Hier wird es aber sicherlich auf Ebene der Onkologiekommissionen zu vernünftigen Handhabungen kommen.

*Dr. Mathias Bertram, Vorsitzender des Hamburger Regionalverbands des Berufsverbandes
der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO)*





Ausbaufähige Vereinbarung

Es ist sinnvoll, die Onkologie-Vereinbarung weiter auszubauen. Wir plädieren dafür, die Qualitätsstandards weiter zu erhöhen und auf mittlere Sicht eine Differenzierung zwischen Basis-Onkologie und hochspezialisierter Onkologie vorzunehmen. Auch wir sagen allerdings: Die in der zur Debatte stehenden Onkologie-Vereinbarung genannten Mindestzahlen sind unrealistisch. Und es ist wichtig, dass wir auch weiterhin regionale Besonderheiten berücksichtigen können.

*Dr. Wolfgang Wesiack,
Präsident des Berufsverbandes deutscher Internisten*

Kleine Versorgungseinheiten werden verschwinden

Die neue Onkologie-Vereinbarung macht uns in der Praxis erhebliche Probleme. Nicht-internistische Onkologen müssen jetzt mindestens 20 intravenöse Chemotherapien pro Quartal vorweisen können, um weiter an der Vereinbarung teilnehmen zu können. Von den zur Zeit 29 onkologisch verantwortlichen Gynäkologen in den Praxen können wahrscheinlich nur fünf diese Mindestzahlen erfüllen. Die neue Regelung wird zu einer Zentralisierung der onkologischen Versorgung führen. Kleinere Einheiten werden verschwinden, die gynäkologische Onkologie wird in Fachgebiete abwandern, die in diesem Bereich teilweise weit aus weniger Erfahrung haben. Ein internistischer Onkologe, der eine einzige Patientin mit einem Mammakarzinom betreut, darf intravenöse Chemotherapien bei dieser Diagnose weiterhin durchführen, sofern

er genug andere onkologische Patienten hat. Ein onkologisch tätiger Gynäkologe, der 18 intravenöse Chemotherapien bei Mammakarzinom-Patientinnen durchführt, darf dies in Zukunft nicht mehr.

Es geht nicht „nur“ darum, dass viele langjährige Behandlungen unterbrochen würden, nicht „nur“ darum, dass das Vertrauen der Patientinnen in die bisherigen behandelnden Ärzte erschüttert und die Versorgung verschlechtert würde. Es geht ganz wesentlich darum, dass die Onkologie als eine der Säulen unseres Faches zunehmend davon bedroht ist, aus der Gynäkologie zu verschwinden. Wir wünschen uns, dass die Mindestzahlen in der neuen Vereinbarung von 20 auf 10 gesenkt werden. Sollte das in den Verhandlungen mit den Kassen nicht durchsetzbar sein, muss die KV von ihrer Möglichkeit Gebrauch machen, den onko-

logisch tätigen Gynäkologen die weitere Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung aus Sicherstellungsgründen zu genehmigen. Dies ist laut § 3 Abs. 7 der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) auch ohne Einvernehmen mit den Kassen möglich.



*Dr. Wolfgang Cremer, Vorsitzender
Landesverband Hamburg des
Berufsverbandes der Frauenärzte*