

Ihr Zeichen/Mitgliedsnummer

Unser Zeichen

Datum
18. April 2026

Berufsverband Deutscher
Strahlentherapeuten e.V.

Geschäftsstelle
Carmerstraße 2
10623 Berlin

Tel.: (030) 31 00 77 14-0
Fax: (030) 31 00 77 14-77
info@bvdst.de
www.bvdst.de

Stellungnahme zur vorgeschlagenen Absenkung technischer Leistungen im EBM entsprechend Publikation der Finanzkommission Gesundheit

Geschäftszeiten
Dienstag – Donnerstag
09:00–15:30 Uhr

1. Einleitung

Die FinanzKommission Gesundheit empfiehlt in ihrem Bericht vom 30.03.2026 eine Absenkung des technischen Leistungsanteils (TL) im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) um 20–30 % für die Fachgebiete Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin. Begründet wird dies mit angenommenen Überfinanzierungen infolge längerer Nutzungsdauern, technologischer Effizienzgewinne sowie gesteigerter Auslastung.

Dieses Gutachten bewertet die zugrunde liegenden Annahmen aus Sicht der betroffenen Leistungserbringer im Bereich der Radioonkologie und Strahlentherapie und zeigt erhebliche fachliche, ökonomische und versorgungspolitische Defizite der Reformempfehlung auf.

Vorstand des BVDST

Vorsitzender
Priv.-Doz. Dr. M. van Kampen
Frankfurt/ Main

Stellv. Vorsitzender
Dr. R. Baumann
Siegen

Schatzmeisterin
Prof. Dr. A. Jensen
Bielefeld

Schriftführer
Prof. Dr. D. Zierhut
Hanau

1. Beisitzer
Dr. S. Glocker
Kaufbeuren

2. Beisitzer
Prof. Dr. D. Vordermark
Halle (Saale)

3. Beisitzer
~~Dr. R. Schulte~~
Lübeck

4. Beisitzer
Prof. Dr. St. Höcht
Potsdam

2. Systematische Einordnung des EBM

Der EBM ist kein reines Kostenerstattungssystem, sondern ein komplexes Steuerungsinstrument zur Sicherstellung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung. Die Vergütung beinhaltet neben kalkulatorischen Kosten auch Risikopuffer, Investitionsanreize sowie Elemente zur Gewährleistung von Versorgungssicherheit.

Eine isolierte Betrachtung einzelner Kostenkomponenten ohne Berücksichtigung dieser Systemfunktion führt zwangsläufig zu Fehlbewertungen.

3. Bewertung der zentralen Argumente der Kommission

3.1 Nutzungsdauer medizinisch-technischer Geräte

Die Kommission unterstellt, dass die tatsächliche wirtschaftliche Nutzungsdauer regelmäßig über den in den AfA-Tabellen vorgesehenen Zeiträumen liegt und daraus Überfinanzierungen resultieren.

Diese Annahme greift zu kurz:

- Technische Funktionsfähigkeit ist nicht gleichbedeutend mit wirtschaftlicher Nutzbarkeit.
- Medizinischer Fortschritt und Leitlinienentwicklung erzwingen häufig vorzeitige Ersatzinvestitionen.
- Ältere Geräte verursachen überproportional steigende Wartungs-, Reparatur- und Ausfallkosten.

In der Versorgungspraxis entsteht nach Ablauf der AfA keineswegs eine überproportionale Gewinnphase, sondern häufig eine Phase erhöhter Kosten und Risiken.

3.2 Technologischer Fortschritt und Effizienzgewinne

Die Kommission argumentiert, dass verkürzte Untersuchungszeiten und Automatisierung zu sinkenden Stückkosten führen.

Diese Betrachtung ist unvollständig:

- Moderne Gerätegenerationen sind mit deutlich höheren Anschaffungskosten verbunden.
- Innovationszyklen verkürzen sich, wodurch der Reinvestitionsdruck steigt.
- Zusätzliche Kosten entstehen durch IT-Infrastruktur, Softwarelizenzen, KI-Systeme und regulatorische Anforderungen.
- Fachkräftemangel begrenzt die tatsächliche Ausweitung der Leistungsmenge.

Effizienzgewinne werden somit durch steigende Systemkosten weitgehend kompensiert. Darüber hinaus sind die Effekte in den verschiedenen Fachgebieten sehr unterschiedlich, so dass seine pauschale Bewertung des "Technischen Leistungsbereiches" zu einer Mangelversorgung in einzelnen Leistungen führen wird.

Gerade im Bereich der Radioonkologie sind die Behandlungszeiten pro Therapiesitzung zum Teil sogar auf Grund der zunehmend komplexeren Techniken zunehmend. Dies wird durch die Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO e.V.) in sehr aufwändigen Untersuchungen – den sog. QURO-Projekten - wissenschaftlich erforscht, dokumentiert und auch fortlaufend publiziert.

Erlaubt sei auch der Hinweis auf eine sich inhaltlich selbst widersprechende Argumentations-struktur des Berichtes der Finanzkommission. Die unterstellte verlängerte Nutzungsdauer der medizinischen Großgeräte würde ja genau den unterstellten Effekt der Effizienzgewinne durch neuere Geräte und technologischen Fortschritt verhindern.

3.3 Auslastung und Skaleneffekte

Die Kommission geht von steigender Auslastung infolge Spezialisierung und größerer Organisationseinheiten aus.

Auch diese Annahme ist nur eingeschränkt zutreffend:

- Hohe Auslastung ist primär in Ballungsräumen erreichbar, nicht jedoch in der Fläche.
- Versorgungssicherheit erfordert bewusst vorgehaltene Kapazitätsreserven.
- Größere Einheiten sind mit höheren administrativen und organisatorischen Kosten verbunden.

Eine pauschale Übertragung dieser Annahmen auf alle Leistungserbringer ist nicht sachgerecht.

4. Ökonomische Bewertung der Reformempfehlung

4.1 Fehlende Differenzierung

Die vorgeschlagene pauschale Absenkung um 20–30 % berücksichtigt weder regionale Unterschiede noch strukturelle Besonderheiten einzelner Leistungserbringer.

Dies führt zu erheblichen Fehlanreizen und einer potenziellen Überkorrektur.

4.2 Gefährdung von Investitionen

Eine Absenkung des TL reduziert unmittelbar die Refinanzierungsmöglichkeiten für kapitalintensive Investitionen.

Zu erwarten sind:

- Verschiebung oder Unterlassung notwendiger Ersatzinvestitionen
- Verlangsamung der Einführung innovativer Technologien
- Verschlechterung der Wettbewerbsfähigkeit ambulanter Strukturen

4.3 Auswirkungen auf die Versorgung

Insbesondere in strukturschwachen Regionen besteht das Risiko, dass Standorte wirtschaftlich nicht mehr tragfähig sind.

Mögliche Folgen:

- Rückgang wohnortnaher Versorgung
- Zunahme regionaler Versorgungsunterschiede
- Verlagerung von Leistungen in den stationären Bereich

5. Gesundheitspolitische Implikationen

Die Reformempfehlung steht im Widerspruch zu zentralen gesundheitspolitischen Zielsetzungen:

- Förderung der Ambulantisierung
- Stärkung innovativer Versorgungsformen
- Sicherstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse

Eine Absenkung der technischen Vergütung gefährdet diese Ziele erheblich.

6. Methodische Kritik

Die Argumentation der Kommission basiert auf statischen Durchschnittsannahmen und vernachlässigt:

- die Heterogenität der Versorgungsstrukturen
- dynamische Investitionszyklen
- Unsicherheiten und Risiken im Betrieb kapitalintensiver Infrastruktur

Dies führt zu einer systematischen Überschätzung vermeintlicher Überfinanzierungen.

7. Schlussfolgerung und Empfehlungen

Die vorgeschlagene pauschale Absenkung des technischen Leistungsanteils im Bereich der Radioonkologie und Strahlentherapie im EBM ist weder fachlich noch ökonomisch hinreichend begründet.

Stattdessen sind differenzierte und evidenzbasierte Ansätze erforderlich:

- Regelmäßige, datenbasierte Neubewertung einzelner Leistungsbereiche
- Berücksichtigung regionaler und struktureller Unterschiede
- Förderung von Investitionen in innovative Technologien
- Sicherstellung tragfähiger Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung

Eine pauschale Kürzung in der vorgeschlagenen Größenordnung würde erhebliche Risiken für die Versorgungsqualität, die Innovationsfähigkeit und die flächendeckende medizinische Infrastruktur in Deutschland mit sich bringen.

8. Fazit

Die Annahme struktureller Überfinanzierung im Bereich medizinisch-technischer Leistungen der Radioonkologie und Strahlentherapie ist in dieser Generalität nicht haltbar. Die vorgeschlagene Reform droht vielmehr, ein funktionierendes Versorgungssystem zu destabilisieren, ohne die zugrunde liegenden Probleme zielgerichtet zu adressieren.

Eine grundlegende Überarbeitung des Ansatzes ist daher dringend geboten.

PD Dr. Michael van Kampen

Vorstandsvorsitzender