



## Hessisches Onkologiekonzept

### - Neufassung 2010 -

Dieses Konzept wurde vom Hessischen Sozialministerium mit der Unterarbeitsgruppe Onkologie der Arbeitsgruppe Krankenhausplanung des Landeskrankenhausausschusses erarbeitet. Der Landeskrankenhausausschuss hat dem Konzept zugestimmt.

#### 1. Allgemeines:

Zur Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung können nach § 17 Abs. 5 HKHG einzelnen Krankenhäusern mit Zustimmung des Krankenhausträgers besondere Aufgaben zugeordnet werden. Die Zuweisung einer solchen besonderen Aufgabe erfolgt durch das Land. Für die besonderen Aufgaben liegen Fachkonzepte des Landes vor, die weiterentwickelt werden, wenn sich aus fachlichen Notwendigkeiten ein Anpassungsbedarf ergibt.

Unter die besonderen Aufgaben im Sinne § 17 Abs. 5 HKHG fällt unter anderem auch die Einrichtung von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten.

Auf der Grundlage eines 1981 initiierten Modellprogramms des Bundes und der Länder zur Verbesserung der Krebsbekämpfung in Deutschland wurden in Hessen 1987 erstmals Tumorzentren und onkologische Schwerpunkte ausgewiesen. Bei der Anerkennung von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten ist das seinerzeit zuständige Hessische Ministerium für Umwelt, Energie, Jugend, Familie und Gesundheit von einer flächendeckenden Versorgung als entscheidendem Bedarfskriterium ausgegangen und hat zusätzlich die damals im Modellprogramm zur Krebsbekämpfung genannten personellen, medizintechnischen und räumlichen Voraussetzungen zum Maßstab genommen.

Zunächst wurden 1987 in Hessen drei Tumorzentren und vier onkologische Schwerpunkte ausgewiesen. Die Zahl der onkologischen Schwerpunkte hat sich bis zum Jahr 2005 auf zehn erhöht. Weitere Anträge liegen zur Prüfung vor.

Da sich in den zurückliegenden zwei Jahrzehnten die medizinisch-fachlichen Konzepte zur Behandlung von Krebserkrankungen weiterentwickelt haben, sieht das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit die Notwendigkeit, das bestehende Fachkonzept zur Anerkennung von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten zu überprüfen. Ziel ist, die Versorgung von Patienten mit Krebserkrankungen über strukturelle Vorgaben zu optimieren.

Der Weiterentwicklung des Fachkonzeptes ging eine Erhebung<sup>1</sup> zur gegenwärtigen onkologischen Versorgung in Hessen voraus, bei der die in den Jahren 2004 und 2005 erbrachten Behandlungsleistungen und die dafür vorgehaltenen diagnostischen und therapeutischen Strukturen aller hessischen Plankrankenhäuser abgefragt wurden. Die Erhebung zeigte, dass 96 der 141 hessischen Plankrankenhäuser in die Behandlung von Krebserkrankungen eingebunden und damit für die Untersuchung relevant waren.

Da gerade bei der Behandlung von Krebserkrankungen sektorenübergreifende Behandlungsketten zukünftig weiter an Bedeutung gewinnen werden, würde der ausschließliche Blick auf die stationären Strukturen jedoch nur ein unvollständiges Bild des derzeitigen Standes der onkologischen Versorgung in Hessen bieten. In einer zweiten Erhebung wurden daher in Abstimmung und mit Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen alle ambulant tätigen, onkologisch verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte in Hessen zu ihrem diagnostischen und therapeutischen Leistungsspektrum und ihrer Einbindung in die regionalen Versorgungsstrukturen befragt.

Das Gutachten hat aufgezeigt, dass die onkologische Versorgung insgesamt flächendeckend gewährleistet ist. Mehr als die Hälfte der onkologischen Erkrankungen wird dabei in den Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten behandelt. Allerdings hat sich auch gezeigt, dass in einem Teil der Krankenhäuser, die in Hessen Krebserkrankungen behandeln, die Fallzahl so niedrig ist, dass die Qualität der Behandlung in Frage gestellt werden kann. So wurden in 12 Krankenhäusern pro Jahr weniger als 100 Fälle<sup>2</sup> mit einer onkologischen Hauptdiagnose behandelt. In weiteren 12 Krankenhäusern wurden zwischen 100 und 199 Fälle behandelt, in weiteren 24 Krankenhäusern zwischen 200 und 399. Auch bei einzelnen Tumorarten zeigte sich einerseits eine Konzentration auf wenige Krankenhäuser, andererseits eine so geringe Fallzahl in anderen Krankenhäusern, die kaum vertretbar erscheint. So haben insgesamt 77 Krankenhäuser in Hessen „große Eingriffe an der Mamma bei bösartigen Neubildungen“ vollzogen. Dabei haben 11 Krankenhäuser knapp 60% dieser Eingriffe erbracht, aber 37 Krankenhäuser zusammen nur 237 dieser Fallpauschalen abgerechnet.

---

<sup>1</sup>Hessen Agentur: Onkologische Versorgung in Hessen, Erhebung im Bereich der hessischen Krankenhäuser und der onkologisch verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte in Hessen, Report Nummer 704, Wiesbaden 2006

<sup>2</sup> Es wird hier und im Weiterem von Fällen nicht von Patienten gesprochen, da es sich zum Teil um stationäre Mehrfachbehandlungen innerhalb eines Jahres handelt.

Insgesamt machen die Behandlungsfälle mit einer onkologischen Hauptdiagnose etwa 10%, unter zusätzlicher Berücksichtigung der Behandlungsfälle mit einer onkologischen Nebendiagnose rund 14% des gesamten stationären Behandlungsgeschehens aus. Daher ist es weder möglich noch vertretbar, das Leistungsgeschehen ausschließlich an wenigen Kliniken zu konzentrieren. Die den Krankenhäusern erteilten Versorgungsaufträge auf den Gebieten Innere Medizin und Chirurgie sind grundsätzlich umfassend. Einschränkungen durch bundesrechtliche Qualitätsvorgaben aus dem SGB V bleiben hiervon unberührt.

Es ist vielmehr notwendig, das bisherige Konzept unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts so weiterzuentwickeln, dass nicht nur die Kompetenz der großen spezialisierten Krankenhäuser gewährleistet ist, sondern auch kleinere Krankenhäuser mit geringerer Fallzahl in die Lage versetzt werden, im Rahmen von vertraglich geregelten Kooperationen das erforderliche Know-how aufzuweisen.

### 1.1 Bisherige Entwicklung des Onkologiekonzeptes

Das hessische Onkologiekonzept geht, wie oben erwähnt, auf das gemeinsam von Bund und Ländern getragene Programm zur Verbesserung der Krebsbekämpfung in der Bundesrepublik zurück. Schwerpunkte und Hauptziele dieses Programms waren einerseits die Zentrierung und Schwerpunktbildung onkologischer Fachkompetenz und andererseits die ausführliche Beschreibung der Aufgabenstellung der Zentren bzw. Schwerpunkte, insbesondere auch bzgl. der Gewährleistung einer organisierten Zusammenarbeit zwischen den klinischen Behandlungseinrichtungen und den niedergelassenen Ärzten. Das Konzept hat auch Strukturkriterien für die Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkte vorgegeben.

An der Finanzierung der Maßnahmen zur Verbesserung der Krebsbehandlung hat sich ab 1981 das Bundesgesundheitsministerium mit Bundesmitteln beteiligt. Die Mittelaufbringung ging ab 1987 im Rahmen mit den Budget-Verhandlungen mit den Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten auf die Krankenkassen über. Dies erfolgte zunächst für Teilkosten und nach Auslaufen der Bundesförderung für die Vollkosten.

### 1.2 Medizinische Entwicklung

Die medizinische Entwicklung in der Onkologie ist u.a. durch moderne Konzepte der medizinischen Fachgesellschaften geprägt. Die Forderung nach interdisziplinärer Behandlung und Zentrenbildung steht dabei ebenso im Mittelpunkt wie die Umsetzung und Weiterentwicklung spezifischer Leitlinien inkl. ihrer durchgängigen Beachtung über die bestehenden Versorgungssektoren hinweg. Dies beinhaltet auch die Berücksichtigung evidenzbasierter Erkenntnisse bei allen Maßnahmen der Diagnostik und Therapie.

Fortschritte in der Datenerfassung und -verarbeitung haben bereits in Teilbereichen der onkologischen Versorgung zur Etablierung der externen Qualitätssicherung geführt. Die Einführung der Qualitätsberichte im Jahr 2005 hat zur Folge, dass auch die bisherigen Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkte das Qualitätsmanagement ihrer spezifischen Schwerpunkte darstellen und qualitätsbezogene Ergebnisse veröffentlichen können bzw. nach den Vorgaben der Vereinbarung zum Qualitätsbericht neuerdings dazu verpflichtet sind. (Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 7 SGB V zur Neufassung der Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 17.10.2006).

### 1.3 Ordnungspolitische Rahmenbedingungen

Auch die Ablösung des früheren Abrechnungssystems tagesgleicher Pflegesätze durch ein diagnosebezogenes Entgeltsystem mit Fallpauschalen (DRG) hat Auswirkungen auf die Versorgung und setzt Anreize für eine zunehmende Zentralisierung der onkologischen Leistungen, die auch in fachlicher Hinsicht gefordert wird. Der Wettbewerb zwischen selbständig und unternehmerisch planenden und handelnden Krankenhäusern soll sich künftig zunehmend an allgemein gültigen Qualitätskriterien orientieren.

Ziel der Krankenhausplanung ist nach KHG und HKHG die Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung durch ein flächendeckendes gegliedertes System qualitativ leistungsfähiger und eigenverantwortlich wirtschaftender Krankenhäuser.

In Hessen geschieht dies im Wege einer strukturierenden Rahmenplanung mit u.a. Strukturanforderungen an die wohnortnahe Notfallversorgung und Festlegung besonderer, überregionaler Aufgaben. Zu den gesundheitspolitischen Zielsetzungen des Landes Hessen gehört die Ausweitung sektorenübergreifender und interdisziplinärer Versorgungsangebote ebenso wie die verstärkte Kooperation von Krankenhäusern untereinander und mit komplementären Einrichtungen. Die Aktualisierung des Onkologiekonzeptes hat die geschilderten Anforderungen zu berücksichtigen.

In dem unter 1.1 und 1.2 beschriebenen und in Hessen übernommenen BMA-Konzept wurde zwischen Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten unterschieden. Diese Differenzierung erfolgte im Rahmen des BMA-Konzeptes allein auf Grund der Tatsache, dass Universitätskliniken mit Forschungsaufgaben betraut sind. Heute erscheint diese Unterscheidung nicht mehr zielführend, auch wenn die Universitätskliniken weiterhin besondere Aufgaben, etwa im Bereich der Grundlagenforschung, wahrnehmen. Vor diesem Hintergrund erfolgt nun eine Festlegung auf *Onkologisches Zentrum* als einheitliche Bezeichnung, die weder strukturell noch namentlich zwischen Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten unterscheidet.

Der hier verwendete krankenhauserplanerische Begriff des Onkologischen Zentrums ist nicht identisch mit gleichlautenden oder ähnlichen Terminologien, die etwa im Rahmen von Zertifizierungen durch medizinische Organisationen, wie z.B. die Deutsche Krebsgesellschaft, gebraucht werden.

#### 1.4 Ziele und Weiterentwicklung

Mit der Überarbeitung des Onkologiekonzeptes sollen langfristig folgende Ziele erreicht werden:

- Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und an den Bedürfnissen der Patienten orientierten onkologischen Versorgung;
- soweit unter Qualitätsgesichtspunkten dienlich und erforderlich, einerseits strukturierte Weiterleitung von Patienten mit spezieller Fallkonstellation an regionale oder überregionale, für besondere onkologische Versorgungsaufgaben qualifizierte Onkologische Zentren, andererseits die sachgerechte Weiterbehandlung und Nachsorge aus onkologischen Zentren entlassener Patienten;
- eine dem aktuellen Erkenntnisstand und den vorstehenden Planungsgrundsätzen entsprechende Definition von Onkologischen Zentren.

Zur Erreichung dieser Ziele ist Transparenz darüber erforderlich, inwieweit die Anforderungen dieses Konzepts von den Onkologischen Zentren dauerhaft erfüllt werden.

Jedes als Koordinierendes Krankenhaus in einem Onkologischen Zentrum anerkannte Krankenhaus ist verpflichtet, mit den weiteren Krankenhäusern des Versorgungsgebiets, die onkologische Erkrankungen behandeln, zusammenzuarbeiten. Die Zusammenarbeit soll durch schriftliche bilaterale Vereinbarungen zwischen den dann an einem Onkologischen Zentrum beteiligten Krankenhäusern (Koordinierende und Kooperierende Krankenhäuser) konkretisiert werden. Über den Inhalt ist die zuständige Krankenhauskonferenz zu informieren. Im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung beobachtet und ggf. steuert die jeweilige Krankenhauskonferenz diesen Prozess unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten und unterrichtet das Hessische Sozialministerium mindestens jährlich über die Ergebnisse.

Die interdisziplinäre Kooperation aller an der Behandlung Beteiligten darf sich nicht auf eine Fachabteilung oder ein Organzentrum des Koordinierenden Krankenhauses beschränken, sondern muss den gesamten für eine optimale Behandlung erforderlichen medizinischen Sachverstand dieses Krankenhauses einbeziehen.

Fragen der Palliativ-Versorgung haben im letzten Jahrzehnt zunehmend an Bedeutung gewonnen. War dies ursprünglich eher ein integraler Bestandteil in der Versorgung onkologischer Patienten, so hat sich darüber hinaus hier ein auch weitere Fachdisziplinen einschließendes

interdisziplinäres Feld entwickelt. Onkologische Zentren haben sich an den regional abgestimmten Palliativversorgungsstrukturen zu beteiligen.

Die Aufgabenstellung und Anforderungen werden ausgehend vom BMA-Konzept fortgeschrieben. Die sich daraus ergebenden Voraussetzungen für die Anerkennung von onkologischen Zentren werden im Folgenden dargestellt. Diese Vorgaben sollen regelmäßig überprüft und ggf. aktualisiert werden. Hierbei sind neue Anforderungen an Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität ebenso zu berücksichtigen wie etwa die Beteiligung an landesweiten Qualitätssicherungsprojekten für die Versorgung bestimmter Indikationen oder die Erbringung besonderer Leistungen.

## **2 Grundsätze und qualitative Anforderungen an ein Onkologisches Zentrum**

### **2.1 Begriffsdefinition und allgemeine Aufgabenstellung**

Onkologische Zentren bestehen aus Koordinierenden und Kooperierenden Krankenhäusern. Die Kooperierenden Krankenhäuser in Onkologischen Zentren können diesen Begriff („Kooperierendes Krankenhaus im Onkologischen Zentrum (xy)...“ offiziell in der Außendarstellung nutzen.

Die Koordinierenden Krankenhäuser sollen grundsätzlich das gesamte Spektrum onkologischer Erkrankungen einschließlich besonders schwerer und seltener Fälle gemäß der aktuellen Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft versorgen und dabei auch spezielle aufwändige und/oder neue Diagnose- und Therapieverfahren einsetzen. Sie nehmen an klinischen Studien, insbesondere Therapieoptimierungsstudien<sup>3</sup> teil und im Rahmen ihrer Möglichkeiten auch an darüber hinaus gehender medizinisch-wissenschaftlicher Forschung.

Als Kompetenzzentren sollen sie eng zusammenarbeiten mit anderen Krankenhäusern ihres Versorgungsgebietes (in begründeten Ausnahmen auch angrenzender Versorgungsgebiete), die

---

<sup>3</sup> **Therapieoptimierungsstudien:** In Deutschland gibt es für die meisten Tumoren, Leukämien und Lymphome Protokolle, die diagnostische und therapeutische Empfehlungen enthalten. Diese Empfehlungen sind durch langjährige Erfahrung und Auswertung der vorangegangenen Studien entstanden. Das jeweils aktuelle Protokoll enthält neue Veränderungen, die das Ziel haben, die Therapie zu optimieren, dadurch die [Prognose](#) zu verbessern und die [Toxizität](#) bei gleichen Heilungschancen zu verringern. Diese Behandlungsprotokolle werden Therapieoptimierungsstudien genannt.

Sie sind **nicht** zu vergleichen mit Arzneimittelstudien, bei denen es um die Einführung von neuen Medikamenten geht! Sie dienen in erster Linie einer qualitativ hochwertigen, einheitlichen und optimalen Diagnostik und Behandlung, die durch Veränderungen in Teilbereichen und/oder für bestimmte Risikogruppen verbessert werden soll.

onkologische Patienten versorgen (Kooperierende Krankenhäuser) und diese bei Diagnostik, Therapie und Nachsorge unterstützen.

Ein Koordinierendes Krankenhaus in einem Onkologischen Zentrum kann aus mehreren Betriebsstätten eines einheitlichen Plankrankenhauses, die sich an verschiedenen Standorten befinden, bestehen. In jedem der derzeit sechs Versorgungsgebiete der hessischen Krankenhausplanung sollte dem Bedarf entsprechend mindestens ein Onkologisches Zentrum vorhanden sein.

## 2.2 Grundsätzliche Anforderungen und allgemeine Aufgabenstellung an Koordinierende Krankenhäuser

- a) Versorgung aller häufigen onkologischen Erkrankungen...
  - des Magens und Darmes
  - der Bronchien und Lunge
  - des Urogenitaltraktes
  - der weiblichen Brustdrüse
  - des Blutes und der blutbildenden Organe
- b) Versorgung weiterer weniger häufiger onkologischer Erkrankungen (z.B. ZNS, Bewegungsapparat, Haut, etc.)
- c) Sicherstellung einer hämatologisch-onkologischen Versorgung, nuklearmedizinische Diagnostik, Pathologie (mit Möglichkeit intraoperativer Schnellschnittdiagnostik), Schmerz und Palliativtherapie (mit Ambulanz, auch in Verbindung mit vertraglich geregelter Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fachärzten mit Zusatzweiterbildung in spezieller Schmerz- und/oder Palliativtherapie), Ernährungs- und psychosozialer Beratung in der Einrichtung selbst.
- d) Regelmäßige Diagnostik, sowie operative und/oder konservative Therapie aller unter 2.2. genannten häufigen Tumorgruppen in entsprechenden Hauptabteilungen unter Einschluss der Versorgung ambulanter Patienten z.B. durch Tumorsprechstunden. Zusätzlich (ggf. auch in zusätzlichen Belegabteilungen o.ä.) Versorgung anderer onkologischer Patienten i.S.v. 2.2.b), wobei alle übrigen Bestimmungen sinnentsprechend anzuwenden sind.
- e) Das Koordinierende Krankenhaus nimmt nach den Maßgaben des Hessischen Krankenhausplans an der stationären Notfallversorgung teil.
- f) Volle Ermächtigung der Leiter der Hauptabteilungen und/oder ihrer ständigen Vertreter zur ärztlichen Weiterbildung in den jeweils vorgehaltenen Fachgebieten und für die fachgebietsspezifischen onkologischen Zusatzweiterbildungen und ggf. die Zusatzweiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie. Volle Ermächtigung für die Weiterbildung im Schwerpunkt Hämatologie-Onkologie der Inneren Medizin und der Viszeralchirurgie.

- g) Mindestens einmal wöchentlich ein/-e interne/-s interdisziplinäre/-s Fallkonferenz/Tumorkonferenz/Tumor-Board.
- h) Zentrale Einheit für Dokumentations- und Informationsverarbeitung durch Nutzung des jeweiligen Krankenhausinformationssystems

### 2.3 Spezielle Aufgabenstellung koordinierender Krankenhäuser

- a) Fachübergreifende Zusammenarbeit mit den jeweiligen Kooperierenden Krankenhäusern, sowie anderen Krankenhäuser und den vertragsärztlichen Strukturen in der Versorgungsregion:
  - Konsildienste bei Diagnostik, Therapie und Nachsorge onkologischer Erkrankungen,
  - Tumorsprechstunde, inkl. Nachsorge
  - interdisziplinäre Fallkonferenzen /Tumorkonferenzen/Tumor-Boards regelmäßig unter Mitwirkung von Strahlentherapie, Pathologie und Hämatologie-Onkologie
  - gemeinsamer Therapieplan/Patientenverlauf/Tumordokumentationssystem
  - Abstimmung und Verzahnung der Qualitätsmanagementsysteme. Die Qualitätsmanagementsysteme sind auf Anfrage der zuständigen Krankenhauskonferenz darzulegen.
  - Weiterversorgung onkologischer Patienten, die in anderen Einrichtungen (insbesondere den Kooperierenden Krankenhäusern) nicht oder nicht mehr adäquat versorgt werden können.
  - Kooperationsvereinbarungen mit Kooperierenden Krankenhäusern sowie niedergelassenen Fachärzten mit entsprechender Schwerpunktbezeichnung für Onkologie
- b) Führung einer ärztlich geleiteten Koordinationsstelle mit folgenden Anforderungen:
  - Sicherstellung der interdisziplinären Zusammenarbeit innerhalb des Zentrums
  - Sicherstellung der regionalen und überregionalen Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und den anderen Beteiligten
  - ständiger Zugriff auf Therapieplan/Patientenverlauf/Tumordokumentationssystem
  - Patienteninformation allgemein und bezüglich Reha/AHB, supportiver/palliativer/hospizlicher Betreuung, Initiativen und Selbsthilfegruppen
- c) Unterstützung der palliativen Therapie bei Tumorkranken anderer Einrichtungen.



- d) Verbesserung der psychosozialen Beratung und Betreuung von Krebspatienten, sowie Ausbau der psychosozialen Dienste im stationären Bereich und Zusammenarbeit mit den ambulanten psychosozialen Diensten. Dies gilt insbesondere auch bei der Krisenintervention.
- e) Kooperation mit Koordinierenden Krankenhäusern anderer onkologischer Zentren in und ggf. auch außerhalb Hessens, insbesondere mit den Studienzentralen und Referenzlaboren der Therapieoptimierungsstudien.
- f) Ärztliche Aus-/Weiterbildung (Festlegung und Nachweis eines Curriculums) in den jeweiligen Fachgebieten, Schwerpunkten und Zusatzweiterbildungen und Mitwirkung bei der ärztlichen Fortbildung.
- g) Aus-/Weiterbildung der Krankenpflege und anderer mit der Versorgung von Tumorpatienten befasster Fachberufe des Gesundheitswesens.

#### 2.4 Anforderungen an ärztliche Leitung und Organisation des ärztlichen Dienstes Koordinierender Krankenhäuser

Im Einzelnen sollen die Hauptabteilungen i.S.v. 2.2.a) sowie Hämato-Onkologie, Strahlentherapie, Pathologie und die für die Schmerztherapie zuständige Funktionseinheit / Abteilung folgenden Anforderungen gerecht werden:

##### *2.4.1 Ärztliche Leitung*

Der jeweilige ärztliche Leiter und/oder sein ständiger Vertreter müssen hauptamtlich tätige onkologisch erfahrene Fachärzte (mit gebietsbezogenem onkologischem Schwerpunkt oder sonstiger gebietsentsprechender onkologischer Zusatzqualifikation, soweit gemäß WBO LÄKH geregelt) sein.

Leiter oder/und Vertreter müssen - soweit in der geltenden WBO der LÄKH vorgesehen - in entsprechendem Umfang zur ärztlichen Weiterbildung ermächtigt sein

##### *2.4.2 Organisation des ärztlichen Dienstes*

Ein im Fachgebiet onkologisch und in der Versorgung von Notfällen erfahrener Arzt muss jederzeit (auch im Bereitschaftsdienst) für die jeweilige Abteilung in der Einrichtung zur Verfügung stehen. (Gilt nicht für Pathologie.). Ein onkologisch erfahrener Facharzt des Gebietes muss jederzeit erreichbar und innerhalb längstens 30 Minuten in der Einrichtung (Pathologe evtl. auch außerhalb.) verfügbar sein.

Für andere Abteilungen an Koordinierenden Krankenhäusern, die zusätzliche Patienten i.S.v. 2.2. versorgen, sind der Beurteilung nach 2.4 analoge Kriterien zugrunde zu legen. Besondere

Belange kleiner Fachgebiete, evtl. in Belegabteilungen und bei der Behandlung seltener Fälle sind dabei zu berücksichtigen.

### **3 Hämatologisch/Onkologische Versorgung pädiatrischer Patienten in Hessen**

#### **3.1 Allgemeines**

##### ***3.1.1 Ziel***

Eine qualitativ hochwertige Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämatologisch/onkologischen Erkrankungen in Hessen bei kostenoptimiertem Einsatz von Ressourcen auf der Grundlage der Kriterien des G-BA soll gewährleistet werden. Weiteres Ziel ist der Beitrag zur kontinuierlichen Verbesserung der Behandlung krebskranker Kinder durch Beiträge zur klinischen Therapieforschung und zur kliniknahen Grundlagenforschung.

##### ***3.1.2 Teilnehmer***

- Zentren für pädiatrische Hämatologie und Onkologie des Universitätsklinikums Frankfurt und des Universitätsklinikums Gießen und Marburg
- Zentren für pädiatrische Hämatologie und Onkologie des Klinikums Kassel und der Dr. Horst-Schmidt-Klinik Wiesbaden

Die Kooperation ist offen für die Aufnahme weiterer Kooperationspartner, sofern die GBA-Voraussetzungen erfüllt sind und dies dem Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung, insbesondere der Verbindung von entsprechend hoher Behandlungskompetenz und –sicherheit, dient.

##### ***3.1.3 Rahmenbedingungen***

- a) Seit 2006 ist die Kinderhämatologie und -onkologie ein in der Weiterbildungsordnung anerkannter Schwerpunkt im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin
- b) Entwicklung hocheffektiver Therapiekonzepte für Kinder und Jugendliche mit Krebserkrankungen im Rahmen kooperativer multizentrischer Therapiestudien: Überlebenswahrscheinlichkeit nach 15 Jahren 76% für die Gesamtgruppe (Jahresbericht 2005, Dt. Krebsregister)
- c) Aber: komplexe, langwierige und risikoreiche Therapie mit einer Todesrate an Therapiekomplikationen von 1.5%
- d) Begrenzte Fallzahlen von Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter = erschwerter Aufbau/Erhalt spezifischer Kompetenz und Strukturen. Nach den Daten des Dt. Kinder-Krebsregisters erkranken im 10-Jahres-Mittel in Hessen pro Jahr 115 Kinder und Jugendliche

unter 15 Jahren neu an Krebs. Hinzukommt eine nicht genau bekannte Zahl an Jugendlichen zw. 15 und 18 Jahren ( Diese werden im Krebsregister nicht erfasst ). 80% der Krebserkrankungen des Jugendalters gehören zu den für das Kindesalter typischen Krebserkrankungen mit anderen biologischen Merkmalen als bei Erwachsenen. Hinzukommen die bisher nicht erfassten hämatologischen Erkrankungen.

- e) Bevölkerungskonstellation in Hessen: Ballungsraum Rhein-Main – großer ländlicher Raum Mittel-Nord-Ost-Hessen; unterschiedliche Verteilung der Zahl der Neuerkrankungen pro Jahr: RP Darmstadt 68, RP Gießen 24, RP Kassel 23. (Durchschnittszahlen im 10-Jahres-Mittel; Dt. Kinderkrebsregister )
- f) Die Richtlinien des GBA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen (bis 18 Jahre) mit hämatologisch/onkologischen Krankheiten gem.§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. Inkrafttreten 1. Januar 2007

### 3.2 Kooperationskonzept

Aufgrund der vorgenannten Rahmenbedingungen ist ein über die Kriterien des GBA hinausgehendes Kooperationskonzept notwendig, durch das im Rahmen einer vertraglich vereinbarten Kooperation der beteiligten Kliniken mit einer klar strukturierten Aufgabenverteilung und Verantwortlichkeit eine hohe Diagnose- und Therapiesicherheit für die Patienten gesichert wird. Gleichzeitig soll verhindert werden, dass durch eine übermäßige Zentralisierung der Behandlung krebskranker Kinder und Jugendlicher ausschließlich an den beiden Universitätskliniken ein letztlich vollständiger Verlust dieser speziellen Kompetenz auch in größeren ( Ausbildungs- ) Kliniken eintritt mit der Gefahr, dass onkologische Erkrankungen in dieser Altersgruppe nicht mehr rechtzeitig erkannt werden.

Es ist unter Beachtung der Kriterien des GBA an jedem der fünf Standorte eine Kooperation der beteiligten Kliniken in Form von

- Koordinierenden Zentren (Zentrum für pädiatrische Hämatologie und Onkologie des Universitätsklinikums Frankfurt und des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Standort Gießen) und
- Kooperierenden Zentren (Zentrum für pädiatrische Hämatologie und Onkologie des Klinikums Kassel, des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Standort Marburg und der Dr. Horst-Schmidt-Klinik Wiesbaden )

zu vereinbaren.

Dies setzt eine Vereinbarung über die Verteilung der Aufgaben ebenso voraus wie die Verpflichtung zu einer strukturierten kontinuierlichen Zusammenarbeit. In dieser vertraglich zwischen den kooperierenden und koordinierenden Zentren zu schließenden vertraglichen Vereinbarung sind detaillierte Definitionen u.a. der Risikopatienten, der Aufgabenverteilung und der gemeinsamen regelmäßigen Institute als verbindlich aufzunehmen und der zuständigen Krankenhauskonferenz vorzulegen.

### 3.3 Spezielle Aufgaben

#### 3.3.1 *Gemeinsame Aufgaben*

- a) Konsultationspartner für Aus-/ Fortbildung
- b) Gemeinsame interdisziplinäre Tumorkonferenz, u.a. durch Telemedizin
- c) Gemeinsame Fallkonferenzen
- d) Absprache über Risikopotential spezieller Patienten (Therapiestrategie )
- e) Absprache über kooperative Forschungsprojekte
- f) Ausbildungscoordination (Fachgebietsweiterbildung, Schwerpunktweiterbildung)
- g) Kooperation mit anderen onkologischen Zentren in und ggf. auch außerhalb Hessens, insbesondere mit den Studienzentralen und Referenzlaboren der Therapiestudien
- h) Weiterqualifizierung der Mitarbeiter durch strukturierte gemeinsame Fortbildung und Arztaustausch

#### 3.3.2 *Aufgaben des Koordinierenden Zentrums*

- a) Übernahme risikoreicher Patienten
- b) Durchführung spezieller Therapieverfahren (z.B. experimentelle Ansätze) sowie komplizierte Lokaltherapie (Operation, Bestrahlung) sofern im kooperierenden Zentrum nicht vorhanden
- c) Einschleusung von Patienten in Phase I/II-Studien durch koordinierendes Zentrum

#### 3.3.3 *Aufgaben des Kooperierenden Zentrums*

- a) Übernahme risikobegrenzter Therapieteile durch kooperierendes Zentrum
- b) Teilnahme an Therapieoptimierungsstudien