

**„Onkologische Zentren“
Version 2.4 vom 31.3.2010**

Eine Stellungnahme der DGHO zu den Anforderungen an eine kontinuierliche, umfassende, interdisziplinäre und integrative ambulante und stationäre Versorgung von onkologischen Patienten.

VORWORT	2
EINLEITUNG	3
I GRUNDSÄTZE	5
II MITGLIEDER UND AUFGABEN DES „ONKOLOGISCHEN ZENTRUMS“	6
III DIE LEITUNG DES „ONKOLOGISCHEN ZENTRUMS“	9
IV STATIONÄRE VERSORGUNG FÜR PATIENTEN MIT SYSTEMTHERAPIE	10
1. STRUKTURELLE ANFORDERUNGEN	10
2. FORMALQUALIFIKATION AUSSTATTUNG	10
A <i>Räumliche Ausstattung</i>	10
B <i>Infrastruktur</i>	10
3. FORMALQUALIFIKATION PERSONAL	11
A <i>Ärztlicher Bereich (stationär)</i>	11
B <i>Nicht ärztlicher Bereich (stationär)</i>	11
4. QUALITÄTSSICHERUNG	12
V DIE AMBULANTE VERSORGUNG FÜR PATIENTEN MIT SYSTEMTHERAPIE	12
1. STRUKTURELLE ANFORDERUNGEN	12
2. FORMALQUALIFIKATION AUSSTATTUNG	13
A <i>Räumliche Ausstattung</i>	13
B <i>Infrastruktur</i>	13
3. FORMALQUALIFIKATION PERSONAL	13
A <i>Ärztlicher Bereich (Ambulanz/Praxis)</i>	13
B <i>Nicht ärztlicher Bereich (Ambulanz/Praxis)</i>	14
4. QUALITÄTSSICHERUNG	14
VI INTERAKTIONEN UND AUFGABEN DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN VERSORGUNG	15
VII PSYCHOONKOLOGISCHE BETREUUNG	16
1. PSYCHO-ONKOLOGIE - QUALIFIKATION	16
2. ANGEBOT UND ZUGANG.....	17
3. PSYCHO-ONKOLOGIE- RESSOURCEN	17
4. UMFANG DER VERSORGUNG	17
5. RÄUMLICHKEITEN.....	17
6. ORGANISATIONSPLAN.....	17
7. FORT-/WEITERBILDUNG/SUPERVISION	17
VIII PALLIATIVMEDIZINISCHE BETREUUNG UND HOSPIZ	17
1. STATIONÄRE PALLIATIVMEDIZINISCHE VERSORGUNG.....	17
2. AMBULANTE PALLIATIVMEDIZINISCHE VERSORGUNG	18
3. HOSPIZ.....	19
IX EINBINDUNG UND ZUSAMMENARBEIT MIT DEN ORGANZENTREN	19
X DOKUMENTATION	19
XI QUALITÄTSSICHERUNG	19
ANLAGE 1: MUSTER FÜR DEN INHALT DER DOKUMENTATION (VII, 5)	21

Vorwort

Im Folgenden legen wir die Version 2.4 des Papiers „Onkologische Zentren“ vor. Das Papier trägt die Versionsnummer 2.4, da es das Produkt eines Abstimmungsprozesses ist, in dem verschiedene Entwurfsversionen diskutiert worden sind.

Wir freuen uns darüber, dass das Papier „Onkologische Zentren“ und die Initiative zur Zertifizierung onkologischer Zentren mit großem Widerhall von den Patienten und von den Kollegen in Klinik und Praxis aufgenommen worden ist. Die jetzt vorgelegte Überarbeitung ist notwendig geworden, um die Erfahrungen der letzten Jahre und insbesondere die Erfahrungen aus dem Zertifizierungsprozess aufzugreifen.

Der auf den Patienten orientierte übergreifende Ansatz des Onkologischen Zentrums (OZ) hat sich in der Praxis bewährt. Insbesondere ist auf die wegweisende sektorübergreifende Konzeption des Onkologischen Zentrums zu verweisen, die eine langfristige und kontinuierliche Betreuung der Patienten ermöglicht.

Bewährte Elemente des Papiers wurden konkretisiert. Zukünftig muss der Leiter des OZ oder sein Stellvertreter das ESMO-Examen abgelegt haben. Die Leitung des Zentrums ist jedoch interdisziplinär offen und nicht mehr auf den Hämatologen und Onkologen festgelegt. Die Fokussierung des Papiers auf Stationen für Hämatologie und Onkologie wird aufgelockert und durch eine Betonung interdisziplinär orientierter Strukturen in stationärer und ambulanter Betreuung ersetzt. Die Qualitätsanforderungen in der ambulanten Therapie wurden präzisiert.

Die Entwicklung Onkologischer Zentren ist ein dynamischer Prozess. Es wird in der kommenden Zeit darauf ankommen, weitere Erfahrungen der Praxis aufzugreifen und die Konzeption des Onkologischen Zentrums zum Wohle unserer Patienten weiterzuentwickeln.

Hinweis:

Der Einfachheit halber wird in diesem Grundsatzpapier darauf verzichtet, jeweils die männliche und weibliche Bezeichnung anzugeben. Angesprochen sind stets beide Geschlechter.

Einleitung

Krebs gehört bereits jetzt zu den am häufigsten gestellten Diagnosen. So stirbt zur Zeit in Deutschland ungefähr jeder vierte Einwohner an einem bösartigen Tumor. Bei der kontinuierlich steigenden Lebenserwartung und der sich dadurch ändernden Altersstruktur der Bevölkerung wird die Diagnose Krebs in den nächsten Jahren weiter stetig zunehmen.

Neuartige systemtherapeutische und multimodale Therapiekonzepte haben in der letzten Dekade zu erheblich verbesserten Behandlungsergebnissen bei verschiedenen Krebserkrankungen geführt. Bereits heute ist bei vielen Tumorerkrankungen zur primären Behandlung die multimodale Therapie der Standard. Sie erfordert interdisziplinäre Konzepte und setzt eine enge Integration der beteiligten Disziplinen voraus.

Im fortgeschrittenen Stadium gelingt bei vielen Krebserkrankungen durch die neuen Therapiemöglichkeiten die Erzielung von Remissionen oder eine Stabilisierung bei guter Lebensqualität. Krebserkrankungen können auf diese Weise als chronische Erkrankung aufgefaßt werden, deren Management durch Onkologen innerhalb eines kompetenten Netzwerks zwischen stationären und ambulanten Versorgungseinrichtungen geleistet werden muss. Dabei muss Krebs immer als eine Erkrankung des Körpers und der Seele verstanden werden, die als eine chronische Systemerkrankung einer umfassenden, ganzheitlichen und kontinuierlichen Betreuung bedarf.

In kaum einem anderen Gebiet der Medizin ist in den nächsten Jahren mit so vielen weiteren Fortschritten und neuen diagnostischen und therapeutischen Methoden zu rechnen wie in der Onkologie. Der Bedarf für eine umfassende und qualifizierte onkologische Versorgung der Bevölkerung wird deshalb sehr stark steigen.

Die ganzheitliche Behandlung der Tumorerkrankungen umfasst eine interdisziplinäre Diagnostik und eine multidisziplinäre Therapieplanung und -durchführung.

Die Mitwirkung an der Realisierung von ganzheitlichen, interdisziplinären Behandlungskonzepten ist eine Kernaufgabe von Internisten mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie, wobei die Durchführung von Systemtherapien und das Management ihrer Komplikationen insbesondere im Zusammenhang mit den Begleiterkrankungen, die Durchführung von supportiven und palliativen Behandlungen in seinem Arbeitsschwerpunkt liegen. Internisten des Schwerpunktes Hämatologie und Onkologie messen der Qualitätssicherung einen besonders hohen Stellenwert bei, da für onkologische Patienten in der Regel besonders komplexe und nebenwirkungsreiche Therapiemaßnahmen erforderlich sind, die zudem hohe Kosten verursachen.

Um dem stark steigenden Bedarf nach einer flächendeckenden, ganzheitlichen, multidisziplinären und integrativen onkologischen Versorgung der Bevölkerung gerecht zu werden, sollen Kompetenzzentren für Onkologie definiert werden, die im folgenden „Onkologische Zentren“ genannt werden. Die qualitätsgesicherte Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung der Ärzte und Mitarbeiter eines „Onkologischen Zentrum“ gilt dabei als wichtigster Garant dafür, dass eine hochwertige und umfassende medizinische Versorgung auch bei knapper werdenden Ressourcen wirtschaftlich durchgeführt werden kann.

Somit ist der Zweck der Etablierung von Onkologischen Zentren eine flächendeckende, ganzheitliche, multidisziplinäre und integrative, onkologische Langzeitversorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Das wesentliche Ziel eines jeden Onkologischen Zentrums ist die Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung der Behandlung jedes Patienten mit einer malignen Erkrankung (Krebspatienten).

Die Mittel, mit denen ein Onkologisches Zentrum seine Ziele erreicht, sind vielfältig. Zu den wichtigsten Mitteln gehören:

- Die enge und fachübergreifende Interaktion und Kooperation.
- Die Einführung und Weiterentwicklung von Qualitätsstandards.
- Die Entwicklung und Einführung einer einheitlichen Tumordokumentation (klinisches Krebsregister).

All dies kann nur gelingen, wenn sich in einem Onkologischen Zentrum nach und nach interdisziplinäre und fachübergreifende Strukturen entwickeln. Nur wenn auf diese Weise eine echte Arbeitsteilung erreicht wird, Offenheit für die Kooperation herrscht und die Grenzen der Fächer überwunden werden, kann die komplexe Versorgung der Patienten mit gebotener Qualität dargestellt werden. Beispiele für künftige Strukturbildungen und Merkmale in diesem Sinne sind:

- Interdisziplinäres Eingangsportal für alle Tumorpatienten unter Beteiligung der verschiedenen Fachdisziplinen
- Interdisziplinäre und fachübergreifende Sprechstunden
- Schritt um Schritt vereinheitlichtes Zentrums- und Fächer-übergreifendes Qualitätssicherungssystem
- Zentrumsübergreifende einheitliche Dokumentation und Studiendurchführung
- Zentrale interdisziplinäre Einheiten für die ambulante und stationäre Systemtherapie unter Beteiligung der verschiedenen Fachdisziplinen
- Zentrale, im Sinne der Effizienz zeitlich geschichtete Tumorkonferenzen

Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) hat in Abstimmung mit dem Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO) sowie der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Hämatologen und internistischen Onkologen am Krankenhaus (ADHOK) diese Stellungnahme erarbeitet, die eine hochwertige, qualitätsgesicherte und wirtschaftliche onkologische Versorgung der Bevölkerung durch Bildung von „Onkologischen Zentren“ als Kooperationseinheiten der stationären und ambulanten Versorgung sicherstellen soll.

Dabei werden in der Stellungnahme und als Grundlage einer auf ihr durchgeführten Zertifizierung zwei rote Fäden verfolgt.

- Definition von verbindlichen Qualitätsstandards
- Festlegungen und Beurteilungsgrundlagen für die Weiterentwicklung der Zentren

Auf diese Weise soll die Herausbildung der onkologischen Zentren und ihre Zertifizierung nicht allein als ein statisches Geschehen begriffen werden, sondern vielmehr als eine dynamische Entwicklung.

I Grundsätze

1. Krebs ist eine Erkrankung des gesamten Menschen (Systemerkrankung), die eine ganzheitliche, multidisziplinäre und langfristige Behandlung des Patienten erfordert. Dazu sollen Kompetenzzentren für Onkologie beschrieben werden, die im folgenden „Onkologische Zentren“ genannt werden.
2. Ziel ist die Förderung von „Onkologischen Zentren“, die für die qualifizierte, umfassende und kontinuierliche Behandlung der Krebspatienten verantwortlich sein sollen und dazu mit anderen Einrichtungen und Abteilungen die Krebspatienten behandeln und Kooperationen aufbauen, um die interdisziplinäre Diagnostik, Behandlung und Nachsorge für alle Krebsarten sicherzustellen. Dadurch sollen für die onkologische Diagnostik und Therapie Versorgungsengpässe vermieden werden und eine Verbesserung der Versorgung bei gleichzeitiger Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit erreicht werden.
3. In der Regel sollen sich Krankenhäuser mit onkologischem Schwerpunkt, Schwerpunktpraxen für Hämatologie und Onkologie, Arztpraxen weiterer Gebiete und Schwerpunkte sowie weitere Leistungserbringer im ambulanten Bereich im Sinne regionaler Netzwerke zu einem „Onkologischen Zentrum“ zusammenschließen, um eine flächendeckende, wohnortnahe Behandlung der Patienten zu erreichen.
4. Das „Onkologische Zentrum“ strebt eine Struktur und Organisation an, in der jeder Tumorpatient eine nach gleichen Leitlinien und gleicher Qualität durchgeführte Behandlung erhält. Dabei darf es keine Rolle spielen, über welchen Arzt und über welche Abteilung der Patient zur Behandlung in das Zentrum aufgenommen wird.
5. Die Koordination und Durchführung der onkologischen Behandlung in einem „Onkologischen Zentrum“ soll von besonders qualifizierten Ärzten in einem umfassenden kooperativen Versorgungskonzept gesamtverantwortlich wahrgenommen werden. Dabei gilt für alle Bereiche das Prinzip, dass die Leitung und Verantwortung durch einen im jeweiligen Gebiet hauptamtlich Tätigen wahrgenommen wird. In der Leitung des Zentrums sollen daher Ärzte angemessen vertreten sein, die im Besitz eines ESMO-Zertifikats sind.
6. Ein wesentliches Element, um das Ziel der Qualitätssicherung und -verbesserung in einem OZ zu erreichen, ist die enge und dauerhafte Kooperation sowie die Integration aller an der Behandlung direkt oder indirekt beteiligten Ärzte und Leistungserbringer. Damit soll gesichert werden, dass krebskranke Patienten nach wissenschaftlich anerkannten, dem jeweiligen Stand der medizinischen Entwicklung entsprechenden Diagnose- und Therapieplänen wenn möglich ambulant versorgt werden können.
7. Zur Verbesserung der Koordination der Diagnostik und Therapie von Krebskranken und zur Förderung der interdisziplinären Kooperation der an der Versorgung beteiligten Ärzte soll die Einrichtung von Koordinationszentralen angestrebt werden. Sofern solche bestehen, sind Krankenhäuser mit onkologischem Schwerpunkt und die hämatologisch-onkologischen Schwerpunktpraxen im Versorgungsgebiet zur Mitarbeit verpflichtet. Dabei sind datenschutzrechtliche Bestimmungen zu beachten.
8. Das „Onkologische Zentrum“ fühlt sich primär der Versorgung von allen Tumorpatienten verpflichtet. Dies bedeutet, dass sich ein „Onkologisches Zentrum“ als Servicezentrum für alle zuweisenden Hausärzte und Fachärzte sowie andere Krankenhäuser oder Einrichtungen ohne onkologischen Schwerpunkt versteht.

II Mitglieder und Aufgaben des „Onkologischen Zentrums“

1. Ein „Onkologisches Zentrum“ besteht immer aus folgenden Einheiten:
 - a) Leitungsgremium und koordinierende Zentrale. Die Anforderungen an die Leitung und koordinierende Zentrale werden unter III beschrieben.
 - b) Zentrale stationäre Versorgungseinheit für Patienten mit Systemtherapie. Für die Organisation der Einheit für Systemtherapie sind unterschiedliche Modelle möglich: Sie kann aus einer Station innerhalb einer Klinik für Innere Medizin oder einer ganzen Klinik für Innere Medizin mit mehreren Stationen bestehen. Andere Lösungen können die Bildung von multiprofessionell betriebenen Einheiten für Systemtherapie vorsehen. Die Anforderungen an die stationäre Einheit werden unter IV beschrieben.
 - c) Ambulante Versorgungseinheit für Patienten mit Systemtherapie. Die ambulante Versorgungseinheit kann aus einer oder mehreren Praxen und/oder der onkologischen Ambulanz des Krankenhauses bestehen. Die Aufgaben der ambulanten Versorgungseinheit sind unter V beschrieben.
 - d) Weitere Abteilungen, die Mitglieder des Onkologischen Zentrums sind und/oder Abteilungen oder Einheiten, die als Kooperationspartner assoziiert sind.
 - e) Bestehen Organzentren, sollen sie Mitglieder des „Onkologischen Zentrums“ werden. Dabei ist anzustreben, dass Vorgehensweisen und Qualitätssicherungssysteme integrativ und transparent ausgelegt werden und die zentrumsübergreifende Vereinheitlichung ermöglichen.
2. Die Kernkompetenz des „Onkologischen Zentrums“ besteht darin, umfassende, integrierende Behandlungskonzepte für alle Krebserkrankungen zu gewährleisten. Dazu organisiert das „Onkologische Zentrum“ zentrale Strukturen und die Zusammenarbeit der verschiedenen Fächer. In einem „Onkologischen Zentrum“ sollen immer folgende Querschnittsfächer als Mitglieder vertreten sein:
 - a) Pathologie
 - b) Chirurgische Onkologie
 - c) Strahlentherapie
 - d) Hämatologie und Onkologie
 - e) Radiologie
 - f) Psychoonkologie, Psychosoziale Betreuung und Sozialdienst

Alle übrigen am Zentrum vorhandenen Fachbereiche und Disziplinen sollen möglichst Mitglieder des „Onkologischen Zentrums“ werden, wenn sie einen Schwerpunkt in der Behandlung von Tumorpatienten setzen.

Wenn ein Fachbereich nicht direkt als Mitglied im „Onkologischen Zentrum“ vertreten ist, soll mindestens eine feste Kooperation eingerichtet werden. Zu diesen Kooperationspartnern gehören beispielsweise:

- a) Palliative ambulante und stationäre Versorgung einschließlich Hospiz
- b) Einheit für Stammzell- und Knochenmarktransplantation
- c) Universitäre Abteilung für Grundlagenforschung
- d) Rehabilitationsmedizin

3. Die Kernkompetenz des „Onkologischen Zentrums“ besteht darin, umfassende, Behandlungskonzepte für möglichst alle Krebserkrankungen anzubieten.

Die Kernkompetenz der Hämatologen und Onkologie liegt in der Systemtherapie, dem Management ihrer Komplikationen und der gleichzeitigen Versorgung der Begleiterkrankungen. Werden systemische Therapien außerhalb der Abteilung für Hämatologie und Onkologie durchgeführt, sollen die hauptamtlich tätigen internistischen Onkologen an der Konzeption und Durchführung beteiligt sein. Aus Gründen der Qualitätssicherung, Professionalität und Wirtschaftlichkeit ist die Durchführung der Systemtherapie möglichst in zentralen, multidisziplinär betreuten Therapieeinheiten vorzusehen. Die Systemtherapie erstreckt sich auf folgende Tätigkeiten:

- a) Erstellen eines diagnostischen Konzeptes für jeden einzelnen Patienten
 - b) Durchführung und Beurteilung diagnostischer Maßnahmen bei neoplastischen Erkrankungen einschließlich der Diagnostik von Begleit- und Folgeerkrankungen
 - c) Durchführung der systemischen Therapie neoplastischer Erkrankungen einschließlich Langzeitbehandlung unter Anwendung wissenschaftlich anerkannter Therapieverfahren
 - d) Therapie mit Blutbestandteilen
 - e) Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen insbesondere die Behandlung von Infektionen, Stoffwechselerkrankungen und thromboembolischen Komplikationen
 - f) Psychoonkologische und psychosoziale Betreuung
 - g) Palliativmedizinische Betreuung
 - h) Supportive Therapie (Behandlungen der Nebenwirkungen und Komplikationen der Therapie oder der Erkrankung, Ernährungsberatung, Physiotherapie)
 - i) Erstellen eines Nachsorgekonzeptes für jeden einzelnen Patienten
4. Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Das „Onkologische Zentrum“ organisiert eine interdisziplinäre Tumorkonferenz, die jedem Mitglied, den kooperierenden Abteilungen und zuweisenden Institutionen und Ärzten offen steht. In der Tumorkonferenz sollen regelmäßig ein Vertreter der stationären Onkologie, der ambulanten Onkologie, der Pathologie, der Radiologie und der Chirurgie teilnehmen.

Vorzugsweise sollten die folgenden Patienten in der Tumorkonferenz vorgestellt werden:

- jeder Patient, bei dem eine interdisziplinäre Entscheidungsfindung notwendig ist
- Gesamtherapiekonzept bei Primärdiagnose vorzugsweise komplexer Fälle
- Krankheitsverläufe, die nicht in den Standard-Vorgehen abgebildet sind

Die Tumorkonferenz bearbeitet und veröffentlicht interne Behandlungleitlinien für die wichtigsten Tumorerkrankungen und gibt Stellungnahmen und Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge von einzelnen Tumorpatienten. Die Empfehlungen sind den Kriterien der Evidenz basierten Medizin und den Leit- und Richtlinien der

Fachgesellschaften verpflichtet. Die Empfehlungen sollten Bezug nehmen auf die Leitlinien und sie nicht neu formulieren. Sinnvoll ist die Ausarbeitung von schematisierten Ablaufplänen unter Berücksichtigung der lokalen Besonderheiten (Diagnose- und Behandlungspfade).

Im Sinne der Zeiteffizienz wird eine thematisch orientierte zeitliche Gliederung der Tumorkonferenz empfohlen.

Die Beschlüsse der Tumorkonferenz sind zu protokollieren und in den Patientenakten abzuheften. Dabei soll die Anwesenheit der Entscheider in dem auf den Patienten personalisierten Protokoll in Form einer Namensliste dokumentiert werden.

Eine Überwachung der Durchführung der Tumorkonferenzbeschlüsse soll in geeigneter Form organisiert werden, damit eine Rückinformation über die Einhaltung und die Einhaltung der Festlegungen in die Tumorkonferenz erfolgt.

Es sollten im onkologischen Zentrum Methoden entwickelt werden, mit denen in regelmäßigen Abständen die Behandlungspraxis bei ausgewählten Tumorentitäten überprüft werden kann. Dies ist eine sinnvolle Alternative zur weit verbreiteten Praxis, jeden Fall in der Tumorkonferenz vorzustellen.

5. Interdisziplinäre Tumorsprechstunde.
Für Problempatienten ist eine alleinige Besprechung in der interdisziplinären Tumorkonferenz nicht ausreichend, da weder der klinische Eindruck - insbesondere in Hinblick auf Komorbiditäten und Belastungsfähigkeit - noch die subjektiven Wünsche und Perspektiven des Patienten ausreichend in die Entscheidungen eingehen können. Daher soll die interdisziplinäre Tumorkonferenz durch eine interdisziplinäre Tumorsprechstunde ergänzt werden, in der Patienten vorgestellt werden können. Die Existenz einer solchen Sprechstunde soll keine Voraussetzung für eine primäre Zertifizierung eines OZ sein. Es muss jedoch dargelegt werden, in welchem Rahmen diese innerhalb der 3 Jahre bis zur Rezertifizierung realisiert werden soll.
6. Das „Onkologische Zentrum“ ist der kontinuierlichen Langzeitversorgung seiner Patienten besonders verpflichtet. Deshalb muss es die regelmäßige Information der Hausärzte und Fachärzte sowie die Zusammenarbeit mit epidemiologischen Krebsregistern (wenn vorhanden) sicherstellen.
7. Das „Onkologische Zentrum“ ist im Innenverhältnis der kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiter seiner Mitglieder verpflichtet. Außerdem ist es nach außen verantwortlich für die Information der Öffentlichkeit und der Patienten sowie der Weiterbildung der Ärzteschaft. Das „Onkologische Zentrum“ organisiert deshalb die Weiterbildung für die Mitarbeiter und die allgemeinen onkologische Fortbildungen in geeigneter Form.
8. Das „Onkologische Zentrum“ ist dem medizinischen Fortschritt verpflichtet. Im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten soll es sich an wissenschaftlichen Programmen und klinischen Studien der Phase I bis IV beteiligen. Die Anforderungen an die entsprechenden Strukturen und an die Studiendurchführung sind gesetzlich geregelt.
9. Das „Onkologische Zentrum“ ist der Qualitätssicherung verpflichtet. Weiteres wird in Abschnitt XI geregelt.
10. Das „Onkologische Zentrum“ gibt sich eine Satzung, in der die Aufgaben und Zusammenarbeit der verschiedenen Mitglieder geregelt sind.

11. Durch die besonderen Anforderungen an die Behandlung krebserkrankter Patienten insbesondere durch Erfüllung zusätzlicher Leistungen innerhalb eines „Onkologischen Zentrums“ ergeben sich nicht nur besondere Belastungen durch erhöhten Zeitaufwand für direktes Patientenmanagement und interdisziplinäre Koordination, sondern auch beträchtliche Kosten für die Beschäftigung besonders qualifizierten Personals und Schaffung struktureller Einrichtungen speziell zur Versorgung Krebskranker. Wegen der sich daraus ergebenden Belastungen soll eine besondere Regelung zur Kostenerstattung getroffen werden. Der onkologisch verantwortliche Leiter muss als Voraussetzung für die Abrechnung dieser besonderen Kosten die fachliche Befähigung und die vollständige Erfüllung der jeweils festgelegten strukturellen und personellen Erfordernisse nachweisen.
12. Ein „Onkologisches Zentrum“ kann auch in einem bereits bestehenden Tumorzentrum gegründet werden. Es muss dann allerdings sichergestellt sein, dass die inhaltliche Kompetenz für die Planung und Durchführung der Systemtherapie beim internistischen Onkologen liegt und die in diesem Papier beschriebenen Anforderungen erfüllt werden.

III Die Leitung des „Onkologischen Zentrums“

1. Ein „Onkologisches Zentrum“ (OZ) gibt sich eine Organisations- und Leitungsstruktur, an der alle Mitglieder angemessen beteiligt sind. Dabei wird die Einrichtung eines Leitungsgremiums empfohlen, in dem die Mitglieder des OZ repräsentiert sind. Das Leitungsgremium legt – je nach rechtlichem Status der Institution, in der das OZ etabliert wird in Übereinstimmung mit der Geschäftsführung o.ä. – einen koordinierenden Sprecher/Leiter und einen stellvertretenden koordinierenden Sprecher/Leiter des OZ fest.
2. Der koordinierende Sprecher/Leiter des OZ oder einer seiner Stellvertreter ist Inhaber des ESMO-Zertifikats und erfüllt die Anforderungen der kontinuierlichen medizinischen Weiterbildung in seinem Fachgebiet.

Der koordinierende Sprecher/Leiter des OZ und sein Stellvertreter soll eine breite klinische Erfahrung in Diagnose, Therapie, Nachsorge solider Tumore einschließlich der Palliativmedizin besitzen. Er erfüllt die Voraussetzungen des § 40 AMG und der GCP-Verordnung zur Durchführung von Arzneimittelstudien einschließlich Nachweis der GCP-Schulung und nimmt als verantwortlicher Prüfarzt regelmäßig an Qualitätssicherungsprotokollen in der Onkologie teil.

3. Die Leitung eines „Onkologischen Zentrums“ gibt sich eine Geschäftsordnung, in der insbesondere folgende Punkte geregelt sind:
 - a) die Kompetenzen und Aufgaben der Leitung
 - b) die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Einheiten
 - c) die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Abteilungen und Einrichtungen
 - d) die regelmäßigen Tumorkonferenzen und der Umgang mit internen Behandlungsleitlinien
 - e) das gemeinsame Auftreten nach außen
4. Das „Onkologische Zentrum“ soll ein zentrales Sekretariat besitzen, in dem die Aufgaben der Leitung nach innen und außen gemeinsam vertreten werden.

IV Stationäre Versorgung für Patienten mit Systemtherapie

1. Strukturelle Anforderungen

Die Versorgung von Patienten mit Systemtherapie erfordert wegen der Toxizität der Therapie, ihrer Wechselwirkungen mit eventuellen Begleiterkrankungen und wegen der spezifischen Anforderungen an die Sicherheit und Durchführung der Therapie besondere Voraussetzungen. Optimale Voraussetzungen können nur erreicht werden, wenn die Systemtherapie im stationären Bereich in dafür spezialisierten Einheiten durchgeführt wird. Eine entsprechende Professionalisierung dieser Einheiten wird in der Regel nur gewährleistet sein können, wenn die Therapie in räumlich und organisatorisch zusammengeführten Bereichen durchgeführt wird, die definierte Merkmale für die Ausstattung und das betreuende Personal tragen.

Für die Organisation der Einheit für Systemtherapie sind unterschiedliche Modelle möglich: Sie kann aus einer Station innerhalb einer Klinik für Innere Medizin oder einer ganzen Klinik für Innere Medizin mit mehreren Stationen bestehen. Andere Lösungen können die Bildung von multiprofessionell betriebenen Einheiten für Systemtherapie vorsehen.

2. Formalqualifikation Ausstattung

A Räumliche Ausstattung

- a) Geschlossener stationärer Bereich von mindestens zwanzig Betten mit 1- bis maximal 3-Bett-Zimmern.
- b) Zimmer ausgestattet mit eigenem Sanitärbereich.
- c) Intensivstation für Notfälle im gleichen Krankenhaus.

B Infrastruktur

- a) Eine zentrale Zytostatika-Zubereitung, d. h. Bereitstellung von zubereiteten Zytostatika und anderen speziellen Medikamenten zur Behandlung von Tumorpatienten an jedem Wochentag und – ggf. in Form von Rufbereitschaft – an Wochenenden und Feiertagen ist sichergestellt.
- b) Basisdiagnostik im Labor über 24 Stunden täglich einschließlich der Wochenenden, sowie hämatologisches Spezial-Labor vor Ort mit Notfall-Rufbereitschaft für die hämatologische Spezialdiagnostik.
- c) Direkter Zugang zur sonographischen Diagnostik während 24 Stunden.
- d) Radiologische Notfall-Diagnostik inkl. CT-Diagnostik während 24 Stunden. Verfügbarkeit der NMR-Diagnostik im Routinebetrieb.
- e) Verfügbarkeit konservativer und operativer Intensivtherapie einschließlich Beatmung und Notfallendoskopie vor Ort
- f) Zugang zu Einzelüberwachungsplätzen bzw. Monitoren, welche für onkologische Patienten jederzeit zur Verfügung stehen
- g) Rund um die Uhr-Verfügbarkeit aller gängigen Blutprodukte einschließlich Einzelspenderpräparate. Transfusionsbeauftragte in der Abteilung i. S. des Transfusionsgesetzes

- h) Enge Kooperation mit einer Einrichtung für Strahlentherapie

3. Formalqualifikation Personal

A *Ärztlicher Bereich (stationär)*

- a) Leitung der spezialisierten Einheit für Systemtherapie

Sie ist auf Einheitlichkeit, Hauptamtlichkeit und Professionalität ausgerichtet.

Der Leiter der Einheit und/oder sein Vertreter ist Inhaber/Inhaberin des ESMO-Zertifikats und erfüllt die Anforderungen der kontinuierlichen medizinischen Weiterbildung in seinem Fachgebiet. Wenn der Leiter der spezialisierten Einheit für Systemtherapie gleichzeitig der Leiter der stationären und/oder ambulanten Abteilung für Hämatologie und Onkologie ist, besitzt er die Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie und sollte von der zuständigen Ärztekammer die Berechtigung zur Weiterbildung von Internisten im Schwerpunkt erlangen.

Der Leiter der Einheit für Systemtherapie soll eine breite klinische Erfahrung in Diagnose, Therapie, Nachsorge solider Tumore und hämatologischer Systemerkrankungen einschließlich der Palliativmedizin besitzen. Er erfüllt die Voraussetzungen des § 40 AMG und der GCP-Verordnung zur Durchführung von Arzneimittelstudien einschließlich Zertifikat über eine GCP-Schulung und nimmt als verantwortlicher Prüfarzt regelmäßig an Qualitätssicherungsprotokollen in der Onkologie teil. Werden die Anforderungen bezüglich ESMO-Zertifikat und Weiterbildungsberechtigung nicht vom Leiter der Einheit für Systemtherapie selber erfüllt, müssen sie von seinem ständigen Vertreter erfüllt werden.

- b) Für den vollstationären Bereich, teilstationären/ tagesstationären/ tagesklinischen Bereich ist ein adäquater Arztschlüssel vorhanden. In behandlungsintensiven Therapiestationen (Leukämietherapie, Stammzelltransplantation) entspricht dieser dem Intensivmedizin - Standard. Für überwachungsintensive Therapiestationen (Leukämietherapie, komplexe Systemtherapie) entspricht dieser dem IMC (intermediate care) – Standard. (Für Intensivüberwachungsstationen wird durch das Deutsche Krankenhausinstitut ein Arztschlüssel von 1:3,0; für Tumorzentren von 1:3,37 definiert¹)
- c) Eine qualifizierte ärztliche Betreuung ist gewährleistet. Diese beinhaltet Präsenz von Ärzten mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie während der Regelarbeitszeit, fachärztlichen hämatologisch-onkologischen 24-Stunden-Rufdienst außerhalb der Dienstzeiten einschließlich des Wochenendes sowie mindestens Visitedienst am Wochenende.

B *Nicht ärztlicher Bereich (stationär)*

- a) Stationsleitung/Pflegeleitung: Anzustreben ist die Qualifikation für onkologische Fachpflege entsprechend den Weiterbildungsrichtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

¹ W.Plücker: Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus, 9. Aufl., DKI, Wuppertal 2006

- b) In jeder Hinsicht muss onkologisch geschultes Pflegepersonal vertreten sein.
- c) In behandlungsintensiven Bereichen ist ein Intensiv-Personalschlüssel, in überwachungsintensiven Bereichen ein Schlüssel nach IMC-Standard zu gewährleisten. (Für Intermediate Care Stationen wird durch das Deutsche Krankenhausinstitut ein Pflegeschlüssel von 1:1,33 definiert für Intensivüberwachung/Behandlung: 1:1 bis 1:0,43¹)

4. Qualitätssicherung

- a) Die spezialisierte Einheit für Systemtherapie soll über ein Qualitätsmanagement-System verfügen. Elemente eines Qualitätsmanagement-Systems sind u. a. ein regelmäßiges Selbstinspektionsprogramm, ein Qualitätsmanagement-Handbuch und Standard-Arbeitsanweisungen für die wichtigsten Prozesse der Einheit.
- b) Basis- und Verlaufsdokumentation diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen für alle behandelten Patienten als Grundlage adäquater Datenerfassung mit permanenter Zugriffsmöglichkeit.
- c) Kontinuierliche krankenhaushygienische Überwachung
- d) Kontinuierliche Zusammenarbeit mit einem klinischen Pharmazeuten
- e) Kontinuierliche Fortbildung des ärztlichen und pflegerischen Personals
- f) Verfügbarkeit von Fachliteratur/Internet/Leitlinien für alle ärztlichen und Pflege-Mitarbeiter/innen
- g) Bereitstellung von onkologischen Konsiliardiensten seitens der hämatologisch-onkologischen Abteilung für alle stationären Abteilungen am Ort, die in die Tumortherapie eingebunden sind.
- h) Die Dokumentation der Tumorerkrankung und ihrer Behandlung erfolgt entsprechend den Richtlinien des Onkologievertrages und/oder der lokalen Leitlinien der Tumorzentren. Bei Krankenhausentlassung oder einer wichtigen Änderung der Therapiestrategie erhält der weiter- oder mitbehandelnde Arzt innerhalb von 24 Stunden einen Befundbericht.

V Die ambulante Versorgung für Patienten mit Systemtherapie

1. Strukturelle Anforderungen

Die Versorgung von Patienten mit Systemtherapie erfordert wegen der Toxizität der Therapie, ihrer Wechselwirkungen mit eventuellen Begleiterkrankungen und wegen der spezifischen Anforderungen an die Sicherheit und Durchführung der Therapie auch im ambulanten Bereich besondere Voraussetzungen. Optimale Voraussetzungen können nur erreicht werden, wenn die Systemtherapie in dafür spezialisierten Einheiten durchgeführt wird, die definierte Merkmale für die Ausstattung und das betreuende Personal tragen.

Für die Organisation der ambulanten Einheit für Systemtherapie sind unterschiedliche Modelle möglich: Sie kann im Krankenhaus in räumlich und organisatorisch zusam-

mengeführten Bereichen für die ambulante Therapie ggf. unter Beteiligung der verschiedenen konservativen und operativen Fachdisziplinen und/oder in spezialisierten Praxen durchgeführt werden.

2. Formalqualifikation Ausstattung

A *Räumliche Ausstattung*

- a) Mindestens 4 Behandlungsplätze für intravenöse Chemotherapie oder Bluttransfusionen in einem separaten Raum
- b) Angemessenes Raumangebot, Tageslicht und Abtrennungsmöglichkeiten für schwerstkranke Patienten
- c) Eine Notfallausrüstung und ein schriftlicher Ablaufplan für Notfälle muss vorhanden sein.

B *Infrastruktur*

- a) Zubereitung der Zytostatika gemäß den Richtlinien der Arbeitsschutzbestimmungen, fachgerechte Abfallentsorgung nach den Richtlinien der zuständigen Gesundheits- und Umweltbehörden ist gewährleistet.
- b) Basisdiagnostik im Labor, einschließlich Notfalllabor steht während der Dienstzeiten zu Verfügung.
- c) Im Rahmen des „Onkologischen Zentrums“ besteht eine enge Kooperation mit sonographischer und radiologischer Notfall- und Routinediagnostik.
- d) Verfügbarkeit aller gängigen Blutprodukte einschließlich Einzelspenderpräparate. Transfusionsbeauftragte in der Praxis/Ambulanz i. S. des Transfusionsgesetzes.

3. Formalqualifikation Personal

A *Ärztlicher Bereich (Ambulanz/Praxis)*

- a) Leitung der spezialisierten Einheit für ambulante Systemtherapie

Sie ist auf Einheitlichkeit, Hauptamtlichkeit und Professionalität ausgerichtet.

Der Leiter der Einheit und/oder sein Vertreter ist Inhaber/Inhaberin des ESMO-Zertifikats und erfüllt die Anforderungen der kontinuierlichen medizinischen Weiterbildung in seinem Fachgebiet. Wenn der Leiter der spezialisierten Einheit für ambulante Systemtherapie gleichzeitig der Leiter der stationären Abteilung für Hämatologie und Onkologie ist, besitzt er die Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie und sollte von der zuständigen Ärztekammer die Berechtigung zur Weiterbildung von Internisten im Schwerpunkt erlangen.

Der Leiter der Einheit für Systemtherapie soll eine breite klinische Erfahrung in Diagnose, Therapie, Nachsorge solider Tumore und hämatologi-

scher Systemerkrankungen einschließlich der Palliativmedizin besitzen. Er erfüllt die Voraussetzungen des § 40 AMG und der GCP-Verordnung zur Durchführung von Arzneimittelstudien einschließlich Zertifikat über eine GCP-Schulung und nimmt als verantwortlicher Prüfarzt regelmäßig an Qualitätssicherungsprotokollen in der Onkologie teil. Werden die Anforderungen bezüglich ESMO-Zertifikat und Weiterbildungsberechtigung nicht vom Leiter der Einheit für Systemtherapie selber erfüllt, müssen sie von seinem ständigen Vertreter erfüllt werden.

- b) Die Ambulanz/Praxis erfüllt die personellen und strukturellen Voraussetzungen für die Teilnahme an der Onkologievereinbarung der KBV.
- c) Eine qualifizierte ärztliche Betreuung ist kontinuierlich gewährleistet. Diese beinhaltet Präsenz von Ärzten mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie während der Regelarbeitszeit in der Ambulanz/Praxis, sowie eine 24-Stunden-Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeiten einschließlich der Wochenenden und Feiertage für die behandelten Patienten und eine häusliche Betreuung in Kooperation mit den Hausärzten.

B Nicht ärztlicher Bereich (Ambulanz/Praxis)

- a) Zur Durchführung der onkologischen Therapien wird in der Praxis besonders qualifiziertes Personal beschäftigt. Es sollen zumindest zwei Krankenschwestern mit Onkologieerfahrung oder entsprechend qualifizierte Arzthelferinnen beschäftigt werden.
- b) In jeder Hinsicht muss onkologisch geschultes Pflegepersonal vertreten sein.
- c) Das nichtärztliche Personal soll regelmäßig an Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen.

4. Qualitätssicherung

- a) Jeder Patient muss regelmäßig während der Chemotherapie hinsichtlich der Verträglichkeit und des Effektes durch den Arzt gesehen werden. Die maximalen Intervalle der Visiten liegen je nach Therapie und Zustand des Patienten üblicherweise bei einem Abstand zwischen 3 und 8 Wochen.
- b) Die Praxis/Ambulanz sollte über ein Qualitätsmanagement-System verfügen. Elemente eines Qualitätsmanagement-Systems sind u. a. ein regelmäßiges Selbstinspektionsprogramm, ein Qualitätsmanagement-Handbuch und Standard-Arbeitsanweisungen für die wichtigsten Prozesse der Einheit. Eine Zertifizierung des Qualitätsmanagements wird erst Pflicht, wenn die qualitätsgesicherten Leistungen honoriert werden.
- c) Basis- und Verlaufsdokumentation diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen für alle behandelten Patienten als Grundlage adäquater Datenerfassung mit permanenter Zugriffsmöglichkeit
- d) Kontinuierliche Fortbildung des ärztlichen und pflegerischen Personals
- e) Verfügbarkeit von Fachliteratur/Internet/Leitlinien für alle ärztlichen und Pflege-Mitarbeiter/innen

- f) Bereitstellung eines onkologischen Beratungsdienstes für die zuweisenden Hausärzte und Kliniken.
- g) Die Dokumentation der Tumorerkrankung und ihrer Behandlung erfolgt entsprechend den Richtlinien des Onkologievertrages und/oder der lokalen Leitlinien der Tumorzentren. In regelmäßigen Intervallen (z.B. 3-monatlich) oder bei einer wichtigen Änderung der Therapiestrategie erhält der zuweisende Hausarzt/Facharzt sowie andere weiter- oder mitbehandelnde Ärzte einen Befundbericht.
- h) Der Prozess von der Ausarbeitung der Schemen für die Systemtherapie, über ihre Anordnung, Bestellung und Applikation ist lückenlos nachvollziehbar.
- i) Eine geeignete Dokumentation und Kurzmitteilung an den Hausarzt zu Händen des Patienten erfolgt bei der Durchführung jeder Systemtherapie. Geeignete Mittel hierzu sind Kurzarztbriefe oder entsprechende Dokumentationen in Therapiepässen. Aus der Mitteilung muss ein Ansprechpartner für Notfälle hervorgehen.

VI Interaktionen und Aufgaben der ambulanten und stationären Versorgung

1. Die Kernkompetenz des „Onkologischen Zentrums“ besteht in der Erstellung von interdisziplinären Strategien zur Diagnostik und Therapie sowie in der Durchführung der Systemtherapie. Je nach den Bedürfnissen des Patienten kann dies ambulant oder stationär erfolgen, was eine enge Kooperation der ambulanten und stationären Abteilung voraussetzt.
2. Die beteiligten Praxen und Kliniken sind zur regelmäßigen Mitarbeit und Mitgestaltung in den Tumorkonferenzen verpflichtet.
3. Für jeden Patienten wird ein individueller Behandlungsplan erstellt, der sicherstellt, dass die Behandlung reibungslos, in gleicher Weise sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt werden kann.
4. Die Dokumentation soll in beiden Abteilungen nach gleichen Grundsätzen erfolgen.
5. Eine gemeinsame Datenbank für die Tumor- und Therapiedokumentation wird angestrebt. Solange eine solche nicht existiert, muss gegenseitig eine kurzfristige Information über den Verlauf erfolgen.
6. Die Behandlung krebserkrankter Patienten durch die ambulante und stationäre Abteilung umfasst insbesondere die Durchführung folgender Maßnahmen:
 - a) Ausarbeitung eines umfassenden Plans zur Diagnostik und Therapie (Gesamttherapieplan)
 - b) Beratung und Motivation des Patienten und ggf. seiner Angehörigen
 - c) Fachliche Beratung mitbehandelnder Ärzte
 - d) Durchführung der (systemischen) Tumorthherapie einschließlich der Überwachung und Dokumentation der akuten Therapietoxizität, der Nebenwirkungen und Zwischenfälle. Dazu gehören insbesondere:
 - i. Intravasale (intravenös/intraarteriell) zytostatische Chemotherapie bei malignen hämatologischen Systemerkrankungen

Grundsatzpapier „Onkologische Zentren“ Version 2.4 vom 31.3.2010

Eine Stellungnahme der DGHO zu den Anforderungen an eine kontinuierliche, umfassende, interdisziplinäre und integrative ambulante und stationäre Versorgung von onkologischen Patienten.

- ii. Intravasale (intravenös/intraarteriell) zytostatische Chemotherapie bei soliden Tumoren
 - iii. Endokrine Behandlung sowie die orale zytostatische Behandlung und die Behandlung mit Zytokinen
 - iv. Behandlung mit „neuen Substanzen“ wie z.B. „small molecules“ oder „targeted drugs“.
 - v. Intrakavitäre (intravesikal, intrapleural, intraabdominal, intrathekal) zytoreduktive Behandlung
 - e) Verlaufsbeobachtung und Dokumentation zur Kontrolle des Therapieerfolges
 - f) Kontrolle und Behandlung therapiebedingter Nebenwirkungen und Erkrankungen
 - g) Sicherstellung einer ständigen Hausbesuchsbereitschaft durch mitversorgende Ärzte aus dem niedergelassenen Bereich.
7. Die interdisziplinäre Koordination durch die ambulante und stationäre Abteilung umfasst insbesondere die Planung folgender Maßnahmen:
- a) Operative und/oder strahlentherapeutische Behandlung
 - b) Diagnostik und Therapie zusätzlicher Krankheiten
 - c) Supportive Therapie (z. B. Schmerztherapie, Ernährungsberatung, Physiotherapie, Transfusionen)
 - d) Psychoonkologische Betreuung
 - e) Palliativmedizinische Betreuung
 - f) Betreuung im Hospiz
8. Zur umfassenden Betreuung des Krebskranken durch die ambulante und stationäre Abteilung gehört auch die Einleitung und/oder Koordination von Maßnahmen der Rehabilitation und Nachsorge wie
- a) Psychosoziale Betreuung des Patienten und seiner Familie
 - b) Hinzuziehung komplementärer Dienste
 - c) Häusliche Krankenpflege
 - d) Mitwirkung bei der Einleitung und Durchführung der medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation
 - e) Erstellen eines Nachsorgeplans

VII Psychoonkologische Betreuung

Im Onkologischen Zentrum muss eine angemessene psychoonkologische Versorgung entsprechend den folgenden Kriterien sichergestellt sein:

1. Psycho-Onkologie - Qualifikation

- Diplom-Psychologen oder
- Ärzte

jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung bzw. psychoonkologischer Fortbildung (Nachweis erforderlich) in der Leitung des PO-Teams.

Psychoonkologische Fortbildung: von PSO oder DAPO anerkannte „Weiterbildung Psychosoziale Onkologie“ bzw. sonstige adäquate Fortbildung.

Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen (wie Diplompädagogen, Sozialarbeiter etc.) können bei Nachweis der o.g. psychoonkologischen Qualifizierung zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung erforderlich.

Die Wahrnehmung von psychoonkologischen Aufgaben durch Sozialdienst, Selbsthilfegruppen oder Seelsorge ist nicht ausreichend.

2. Angebot und Zugang

Jedem Patienten muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches orts-nah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen. Es dürfen den Patienten keine zusätzlichen Kosten entstehen.

3. Psycho-Onkologie-Ressourcen

Mind. 0,5 VK stehen dem Zentrum zur Verfügung (namentliche Benennung).
Empfehlung: Für koordinierende und wissenschaftliche Aufgaben sind ggf. weitere Ressourcen zur Verfügung zu stellen (z. B. Dokumentationsassistenten).

4. Umfang der Versorgung

Die Anzahl der Patienten, welche eine psychoonkologische Betreuung erfahren haben, ist zu erfassen.

5. Räumlichkeiten

Für die psychoonkologischen Gespräche ist ein geeigneter Raum bereitzustellen.

6. Organisationsplan

Sofern die psychoonkologische Versorgung durch externe Kooperationspartner oder für mehrere Standorte und Klinikeinrichtungen erfolgt, ist die Aufgabenwahrnehmung über einen Organisationsplan zu regeln, in dem u.a. die Ressourcenverfügbarkeit und die örtliche Präsenz erkennbar sind.

7. Fort-/Weiterbildung/Supervision

- Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro Mitarbeiter (mind. 1 Tag pro Jahr).
- Externe Supervision ist wünschenswert

VIII Palliativmedizinische Betreuung und Hospiz

Da es sich bei der Mehrzahl der soliden Tumore und einer Reihe von hämatologischen Neoplasien um nicht heilbare Erkrankungen handelt, ist die palliativmedizinische Versorgung dieser Patienten von großer Bedeutung. Das Onkologische Zentrum stellt die palliativmedizinische Versorgung seiner Patienten sicher. Aus Gründen der Kontinuität der Versorgung ist eine Palliativeinheit als Mitglied des Onkologischen Zentrums wünschenswert. Je nach örtlicher Gegebenheit und in Berücksichtigung der Tatsache, dass sich die palliativmedizinische Versorgung im Bundesgebiet noch in einer Aufbauphase befindet, kann die Versorgung auch durch eine geeignete Kooperation sichergestellt werden.

1. Stationäre palliativmedizinische Versorgung

a) Räumliche Ausstattung

Die Palliativstation verfügt über einen räumlich definierten Bettenbereich mit einer angemessenen Infrastruktur. Hierzu gehören Wohnzimmer/Aufenthaltsraum für die Patienten mit Möglichkeit der Zubereitung von Speisen, angemessene räumliche

Möglichkeiten für Besprechungen mit Patienten und Angehörigen, Unterbringungsmöglichkeiten für Angehörige in der finalen Phase des Patienten sowie eine in Ausstattung und Stil der palliativmedizinischen Versorgung entsprechende Gestaltung der Station.

- b) **Ärztliches Personal**
Es stehen Ärzte mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin zur Verfügung.
- c) **Pflegekräfte**
Es stehen Pflegekräfte mit der Qualifikation Palliative Care zur Verfügung.
- d) **Multidisziplinarität**
Die Einbindung der verschiedenen Professionen (Psychoonkologie, Seelsorge, spezielle Schmerztherapie, Physiotherapie, Ärzte, Pflegekräfte) und die Durchführung wöchentlicher multiprofessioneller Teambesprechungen sind nachzuweisen.
- e) **Vernetzung**
Ein wichtiges Anliegen ist die Einbindung der palliativmedizinischen Versorgung in das Behandlungskontinuum des Onkologischen Zentrums. Es sind daher geeignete Strukturen zu schaffen, die einen reibungslosen Übergang zur palliativmedizinischen Versorgung mit einem entsprechenden Angebot an die Patienten ermöglichen. Geeignete Strukturmerkmale sind in diesem Sinne:
 - Teilnahme von Vertretern des Palliativteams an den Tumorkonferenzen
 - Teilnahme an Visiten und/oder Teambesprechungen im Onkologischen Zentrum
 - Palliativmedizinisches Konsiliarsystem im Bereich der Onkologie
 - Onkologisches Konsiliarsystem im Bereich der Palliativmedizin
 - Palliativmedizinische Kriseninterventionsbereitschaft
 - Niederschwelliges Zugangsangebot für die Patienten und Angehörige
- f) **Supervision**
Supervision für Mitarbeiter im Bereich der Onkologie /Palliativmedizin ist zu ermöglichen.
- g) **Stationär-ambulanter Übergang**
Es besteht ein schriftlich formuliertes Konzept für ein Überleitungsmanagement in die ambulante allgemeine und spezialisierte Palliativmedizin.
- h) **Dokumentation**
In der palliativmedizinischen Behandlungssituation kommt der Erfassung der belastenden Symptome durch anerkannte Messinstrumente eine besondere Bedeutung zu. Dies soll seinen Ausdruck im Basisassessment, in der Kurvendokumentation und im Arztbrief finden.

2. Ambulante palliativmedizinische Versorgung

Es besteht eine geregelte Kooperation des Onkologischen Zentrums mit der allgemeinen und – wenn vorhanden - spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung. Der Übergang in die ambulante Versorgung wird im Rahmen eines Überleitungsmanagements geregelt.

3. Hospiz

Das Onkologische Zentrum verfügt über ein Hospiz oder hat je nach örtlichen Gegebenheiten eine schriftlich geregelte Kooperation mit einem stationären Hospiz und/oder einem ambulanten Hospizdienst.

IX Einbindung und Zusammenarbeit mit den Organzentren

Mit den Organzentren wurde ein erheblicher Fortschritt für die Verbesserung der Versorgungsqualität der Tumorpatienten erreicht. Die Bildung eines Onkologischen Zentrums schließt Organzentren auf keinen Fall aus. Sie eröffnet Synergien. Bestehende Organzentren sollen in das Onkologische Zentrum integriert werden. Die übergreifenden Strukturen des Onkologischen Zentrums sollen für die Organzentren genutzt werden und auf diese Weise einheitliche und transparente Qualitätssicherungssysteme, gemeinsame Vorgehensweisen, eine Anpassung der Strukturen und Qualitätssicherungssysteme entwickelt werden.

X Dokumentation

1. Das „Onkologische Zentrum“ stellt eine vollständige Verlaufsdokumentation für alle behandelten Patienten sicher. Dazu gehört:
 - a) Die initiale Tumordiagnose und Nebendiagnosen
 - b) Art und Umfang des Staging mit Tumorstadium
 - c) Die Histologie und/oder Zytologie
 - d) Die Primärtherapie inkl. Operation, Strahlen- und Chemotherapie inklusive Therapieplan
 - e) Die Folgetherapie
 - f) Der Langzeitverlauf, ggf. inkl. Spätfolgen der Therapie
2. Die Daten über den Verlauf sind bei Bedarf allen weiter- oder mitbehandelnden Ärzten auch außerhalb der Sprechstundenzeiten unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen im notwendigen Umfang zur Verfügung zu stellen.
3. Das „Onkologische Zentrum“ strebt eine gemeinsame Dokumentationsplattform für alle beteiligten Abteilungen, Praxen, Ambulanzen und Institute an, auf der die Daten der Tumorpatienten dokumentiert werden sollen.
4. Wenn vorhanden, arbeitet das „Onkologische Zentrum“ mit dem zuständigen Krebsregister zusammen.
5. Der Inhalt der Dokumentation muss mindestens dem im Anhang beigefügten Muster entsprechen (Anlage 1).

XI Qualitätssicherung

1. Komplexe und nebenwirkungsreiche Therapiemaßnahmen erfordern ein besonderes Maß an Qualitätssicherung, um die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten. Der wichtigste Aspekt einer qualitätsgesicherten Medizin ist die qualifizierte Ausbildung, Weiterbildung und kontinuierliche Fortbildung der Ärzte und nicht ärztlichen Mitarbeiter.

2. Eine qualitätsgesicherte Medizin gilt gleichzeitig als beste Voraussetzung dafür, eine kosteneffiziente Behandlung durchzuführen.
3. Das Qualitätssicherungssystem in Form des Qualitätsmanagementhandbuchs, der Standardarbeitsanweisungen, schreibgeschützter Vorlagen für Therapiepläne und Formulare ist ein wichtiges Mittel zur Vereinheitlichung in den meist organisch gewachsenen und zunächst uneinheitlichen Strukturen in Krankenhaus und Praxis. Somit ist die Herausbildung eines übergreifenden und für alle Mitarbeiter des OZ transparenten und einsehbaren QS ein zentraler Kernpunkt für die Entwicklung des OZ.
4. Folgende Strukturen, Maßnahmen und Prozesse sind wichtige Bestandteile des Qualitätssicherungssystem eines „Onkologischen Zentrums“:
 - a) Einhaltung der in diesem Papier beschriebenen Voraussetzungen, insbesondere die Sicherstellung des interdisziplinären Charakters.
 - b) Qualifizierte Ausbildung, Fortbildung und regelmäßige und Weiterbildung der Leitung und aller Mitarbeiter des „Onkologischen Zentrums“
 - c) Transparente und festgelegte Behandlungs-Leitlinien für alle wichtigen Tumor-Erkrankungen, die sich an den Leit- und Richtlinien der Fachgesellschaften und Bundesoberbehörden (z.B. BÄK, PEI und KBV) orientieren.
 - d) Regelmäßige umfassende Information der zuweisenden und weiterbehandelnden Ärzte und Institutionen (s. Anhang: Dokumentation).
 - e) Qualitätssicherungssystem inkl. regelmäßiger Selbstinspektionen für die wichtigsten Einheiten des „Onkologischen Zentrums“.
 - f) Teilnahme an Studien der Phasen I bis IV (sofern die rechtlichen Rahmenbedingungen dies erlauben).
5. Zur Sicherstellung der Qualität sollen folgende Mindestzahlen von Patienten und Systemtherapien in einem „Onkologischen Zentrum“ erreicht werden:
 - a) Siebenhundert (700) Patienten pro Jahr
 - b) Dreihundert (300) Neuerkrankungen pro Jahr
 - c) Fünftausend (5000) Systemtherapie-Tage pro Jahr, definiert als Tage, an denen eine (1) Systemtherapie pro Patient ambulant und/oder stationär im „Onkologischen Zentrum“ verabreicht wird.
6. Falls den beschriebenen qualitätsgesicherten Leistungen des „Onkologischen Zentrums“ entsprechende Honorierungen folgen, wird empfohlen, dass das „Onkologische Zentrum“ ein eigenes Qualitätsmanagement (inkl. Handbuch und SOPs) aufbaut und entsprechend zertifizieren lässt.
7. Falls den beschriebenen qualitätsgesicherten Leistungen des „Onkologischen Zentrums“ entsprechende Honorierungen folgen, wird den einzelnen Abteilungen empfohlen, ihr internes Qualitätsmanagement zertifizieren zu lassen.
8. Eine Akkreditierung als „Onkologisches Zentrum“ durch die DGHO/AdHOK/BNHO entsprechend den hier beschriebenen Richtlinien ist möglich.

Anlage 1: Muster für den Inhalt der Dokumentation (VII, 5)

Das „Onkologische Zentrum“ sorgt für eine vollständige Verlaufsdokumentation zum Tumorstatus mit Histologie, Strahlen- und Chemotherapie einschließlich der Dosen. Diese Daten sind allen weiter- oder mitbehandelnden Ärzten unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen im notwendigen Umfang zur Verfügung zu stellen.

1. Dokumentationen (Berichte)
 - a) nach Abschluss der onkologischen Untersuchung und Beratung
 - b) nach Abschluss der Tumortherapie
 - c) einmal pro Behandlungsfall (Quartal)
2. Inhalt und Gliederung der Dokumentation
 - a) Tumordiagnose mit Stadium (gem. ICD-Schlüssel, pTNM oder spezielle Klassifizierung z. B. Ann Arbor etc.)
 - b) Histologie und oder Zytologie (Pathologie-Nr., Herkunft, Datum, ggf. Rezeptorstatus)
 - c) Primärtherapie unter besonderer Berücksichtigung der Lokalthherapie wie Operation und Strahlentherapie mit Feldern und Dosis sowie der systemischen Therapie, wie Hormone, Zytostatika (ggf. Gesamtdosis), Immuntherapie und „targeted Therapie“.
 - d) Verlauf, Erfolgsbeurteilung (Remissionen) und Komplikationen.
 - e) Folgetherapie
 - f) Nebendiagnosen
 - g) Anamnese (spezielle onkologische Familien- und Eigenanamnese).
 - h) Untersuchungsbefunde mit allgemein klinischem wie speziellem onkologischen Status (inkl. Labordiagnostik, bildgebende Verfahren,)
 - i) Epikritische Begutachtung unter Berücksichtigung der aktuell erhobenen Befunde
 - j) Therapievorschlagn
 - k) Nachsorgevorschlagn
 - l) Nachfolgebericht (Zwischenbericht) mit Zwischenanamnese, aktuellem Status, epikritischer Begutachtung einschließlich Therapie- und Nachsorgevorschlagn
 - m) Abschlussbericht (nach dem Tode des Patienten mit Zeitpunkt, Ursache und relevanten Hinweisen)