

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)

Aufgaben von Tumorzentren in der regionalen onkologischen Versorgung

Tumorzentren in verschiedenen organisatorischen Ausprägungen, die sich über viele Jahre bei der Wahrnehmung von Aufgaben für die Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung in einer bestimmten Region bewährt haben, berichten vielerorts über schwierige Gespräche mit den Krankenkassen über die künftige Finanzierung der bisher von ihnen erbrachten Leistungen sowie mit den jeweiligen Trägereinrichtungen über die zukünftige strukturelle Ausrichtung und zu leistende Aufgaben. Die Kassen seien drauf und dran, sich aus der bisherigen Finanzierung dieser Leistungen zurückzuziehen. Sie begründeten diesen Rückzug vielfach mit dem Argument, dass die seit 2013 gesetzlich geforderten klinischen Krebsregister die bisher von den Tumorzentren erbrachten Leistungen übernehmen und dafür bezahlt würden.

Die unterschiedlichen Auffassungen über die künftige Finanzierung und strukturelle Entwicklung dieser Tumorzentren bedrohen nicht nur deren Fortbestand, sondern auch die Qualität der onkologischen Versorgung in der betreffenden Region. Um zu verstehen, wie es zu dieser Situation kommen konnte, und um sachgerechte Lösungen zu finden, ist ein Blick auf die Entstehungsgeschichte von Tumorzentren und klinischen Krebsregistern in Deutschland hilfreich.

Historie

Die Entstehungsgeschichte von Tumorzentren und klinischen Krebsregistern in Deutschland beginnt mit der durch die Große Krebskonferenz im Jahr 1978 angestoßenen Förderung und Gründung von Tumorzentren durch die Bundesregierung. Primäre Aufgaben der Tumorzentren waren die Koordination der interdisziplinären Zusammenarbeit und der Aufbau klinischer Krebsregister. Mangels einer einheitlichen bundesweiten Rahmensetzung entwickelten sich die Tumorzentren in den Ländern auf sehr unterschiedliche Weise.

Als wichtigste Strukturformen entstanden zum einen Tumorzentren, deren Kernaufgabe es war, in einer definierten Region eine auf diese Region bezogene klinische Krebsregistrierung zu etablieren und möglichst alle onkologischen Versorgungseinrichtungen zum Zweck einer Qualitätsverbesserung der Versorgung in dieser Region zu vernetzen (Typ 1). Zum anderen entstanden vor allem an Universitätskliniken und Krankenhäuser der Maximalversorgung angebundene Tumorzentren mit einrichtungsbezogenen klinischen Krebsregistern, die eine bestmögliche interdisziplinäre Patientenversorgung in diesen Häusern gewährleisten sollten (Typ 2).

Nach 1990 flossen Mittel des Bundes zur Gründung von Tumorzentren auch in die neuen Bundesländer. Dort etablierten sich vor allem regional orientierte Tumorzentren und Onkologische Schwerpunkte. Beide Typen von Tumorzentren sind für die onkologische Versorgung in Deutschland bis heute prägend.

2005 legten ADT, DKG und DKH im Ergebnis einer von ihnen beauftragten Evaluation der Tumorzentren ein „Konzept zur Weiterentwicklung und Neuausrichtung der Tumorzentren“ vor. Die mit diesem Konzept angestoßene Neuausrichtung der Tumorzentren führte zu dem aus Organzentren (C), Onkologischen Zentren (CC) und Onkologischen Spitzenzentren (CCC) bestehenden 3- Stufen- Modell, das weite Verbreitung gefunden und auch 2008 in den Nationalen Krebsplan Eingang gefunden hat. Mit dieser Entwicklung ist neben den traditionellen Tumorzentren ein weiterer Typ von Zentrumsstrukturen in der onkologischen Versorgungslandschaft erschienen, was nicht selten zu begrifflicher Unklarheit führt.

Anders als die traditionellen Tumorzentren Typ 1 sind die von DKG und DKH zertifizierten Krebszentren nicht auf eine definierte Region, sondern primär auf eine Einrichtung bezogen. Gleichwohl verstehen sich auch diese Zentren als Netzwerke, die Krankenhäuser, vertragsärztliche Praxen und möglichst die gesamte Versorgungskette in ihrem Umfeld umfassen und regional bezogene Aufgaben z.B. des Benchmarking und der Aus- und Fortbildung übernehmen.¹ Damit ergibt sich eine gewisse konzeptionelle Überschneidung mit dem Aufgabenspektrum der traditionellen regionalen Tumorzentren, was - wie die eingangs angesprochene Problematik zeigt - in der Praxis leicht zu konkurrierenden Leistungen und entsprechenden Finanzierungsproblemen führen kann.

Letzter wichtiger Meilenstein in der Entwicklung von Tumorzentren und klinischen Krebsregistern ist das auf der Grundlage des Nationalen Krebsplans entwickelte und 2013 in Kraft getretene Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG). Durch dieses Gesetz sind die Länder verpflichtet, klinische Krebsregister für „regional festgelegte Einzugsgebiete“ einzurichten. Die Notwendigkeit eines regionalen Bezugs und auch eine Maßgabe für die Größe der festzulegenden Region ergibt sich z.B. aus der gesetzlichen Aufgabe, die direkt patientenbezogene Zusammenarbeit bei der Krebsbehandlung zu fördern sowie aus der Aufgabe, mit Zentren in der Onkologie zusammenzuarbeiten.² Um welche Art von Zentren es sich bei der letztgenannten Aufgabe handelt, lässt das Gesetz offen. Es legt sich insofern auf keinen in der Versorgungslandschaft real existierenden Typ von Krebszentren fest.

Klar festgelegt ist dagegen die strikte Unabhängigkeit klinischer Krebsregister, der sogenannten §65c-Register. Vor dem Inkrafttreten des KFRG waren klinische Krebsregister Bestandteile von Tumorzentren und zum Teil als deren Bestandteile finanziert. Jedes Tumorzentrum führte ein klinisches Krebsregister, wie es im ADT-Memorandum von 2006 heißt. Durch das KFRG wurden die regionalen klinischen Krebsregister aus ihren bisherigen Einrichtungen ausgegliedert. Sie erhielten eine eigenständige gesetzliche Grundlage und Finanzierung. Sie wurden bzw. werden von Bestandteilen zu selbständigen Partnern der Tumorzentren. Unabhängig davon bestehen einrichtungsbezogene klinische Krebsregister, u.a. an den CCCs, fort und sind z.T. mit forschungsorientierten Registerstrukturen verknüpft.

Dies bedeutet allerdings nicht, dass die zu selbständigen Einrichtungen gewordenen klinischen §65c-Krebsregister sämtliche Leistungen weiter erbringen könnten oder müssten, die sie als Bestandteile ihres ehemaligen Tumorzentrums erbracht haben. Viele dieser „ehemaligen“ Leistungen werden im KFRG und den Förderkriterien der Krankenkassen nicht abgebildet. Welche Aufgaben dies jeweils sind, ist wegen der großen Heterogenität klinischer Krebsregistrierung in Deutschland von Land zu Land sehr verschieden und hängt mit der unterschiedlichen bisherigen und aktuellen Finanzierung der unterschiedlichen Arten von Tumorzentren und klinischen Krebsregistern zusammen.

Unstrittig sollte jedenfalls sein, dass Leistungen zur Qualitätsentwicklung der onkologischen Versorgung in einer Region, die ein mit einem klinischen Krebsregister ausgestattetes Tumorzentrum erbracht hat, durch die Ausgliederung des klinischen Krebsregisters nicht entfallen dürfen. Diese Leistungen sind von dem Tumorzentrum weiter zu erbringen und von den Kassen weiter zu vergüten. Artikel 3 des KFRG nimmt von diesen weiter zu vergütenden Leistungen eines Tumorzentrums lediglich die für den Betrieb klinischer Krebsregister erforderlichen Leistungen aus.³

Vor diesem Entwicklungshintergrund umfasst der Begriff Tumorzentrum aktuell jedwede Organisationsform, die auf die umfassende regionale onkologische Versorgung ausgerichtet ist. Voraussetzung für die Wirksamkeit als Tumorzentrum sind die regionale Vernetzung zwischen den jeweiligen Behandlungspartnern, die Gewährleistung einer onkologischen Qualitätssicherung sowie die Wahrnehmung eines Bildungsauftrags für alle zu beteiligenden Zielgruppen.

Qualitätsentwicklung der onkologischen Versorgung durch Vernetzung von Leistungen in einer Region

Darüber, welche Leistungen regionaler Vernetzung zur Sicherung und Verbesserung der Qualität der onkologischen Versorgung in einer Region gehören, besteht fachlich breiter Konsens. Nach der 2015 neu gefassten Satzung der ADT gehören hierzu insbesondere folgende Leistungen:

- 1) Weiterentwicklung der Vernetzung aller onkologischen Einrichtungen in einer Region (Krankenhäuser aller Versorgungsstufen einschließlich Comprehensive Cancer Center, einrichtungsbezogene klinische Krebsregister, vertragsärztliche Versorgung, ambulante onkologische Pflegedienste, Rehabilitationseinrichtungen, palliativmedizinische Einrichtungen, Hospizdienste, psychosoziale Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen)
- 2) Initiierung und Unterstützung eines Prozesses des kollegialen Von-einander-Lernens der Leistungserbringer in einem regionalen Netzwerk auf Grundlage der Rückmeldungen des zuständigen klinischen Krebsregisters nach § 65c SGB V
- 3) Initiierung und Unterstützung interdisziplinärer und multiprofessioneller Projektgruppen, die sich z.B. mit einer speziellen Tumorerkrankung, einer Gruppe von Tumorerkrankungen oder mit spezifischen Behandlungsmaßnahmen befassen
- 4) Initiierung oder Begleitung regionaler Qualitätskonferenzen (im Sinne von Förderkriterien 4.01 und 4.02 des GKV- Spitzenverbandes)
- 5) Initiierung oder Begleitung interdisziplinärer Tumorkonferenzen (im Sinne von Förderkriterium 5.01 des GKV- Spitzenverbandes)
- 6) Initiierung krebsmedizinischer Forschung sowie Motivierung der Behandler in einem regionalen onkologischen Netzwerk zur Beteiligung an Forschungsprojekten
- 7) Förderung leitliniengestützten Wissens in den Behandlungseinrichtungen des regionalen Netzwerks
- 8) Organisation von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Ärzte, Pflegepersonal, Psychoonkologen, Mitarbeiter klinischer Krebsregister, von Sozialdiensten, Hospizen, Palliativeinrichtungen, sowie die Organisation von Informationsveranstaltungen
- 9) Unterstützung der Nachsorge sowie Initiierung von Angeboten nachstationärer psychosozialer Angebote und Therapie ergänzender Leistungen
- 10) Initiierung und Unterstützung von Aktivitäten und Projekten in den Bereichen Primärprävention und Früherkennung

Diese Liste besagt nur, was zur Sicherung und Verbesserung der Qualität der onkologischen Versorgung in einer Region gehört. Sie sagt nichts darüber, von wem die genannten Leistungen zu erbringen, und von wem sie zu finanzieren sind.

Fragen der Trägerschaft und der Finanzierung von Leistungen regionaler Vernetzung

Bezüglich der Finanzierung ist an dieser Stelle insbesondere auf das KFRG und die Förderkriterien des GKV- Spitzenverbandes sowie auf das im November 2015 beschlossene Krankenhausstrukturgesetz zu verweisen. Letzteres betont die Anforderung qualitativ hochwertiger, patientennaher Versorgung und

stellt ein Instrument zur Vergütung der besonderen Aufgaben und Leistungen von Tumorzentren zur Verfügung, „die nicht bereits durch die Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder nach Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden; sie können auch Leistungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen“.⁴

Gleichzeitig wird in den §§135ff die Notwendigkeit intersektoraler Qualitätssicherung normativ unterstrichen. Durch die Neufassung des §2 KHEntgG wird die herausragende Bedeutung von Tumorzentren für die onkologische Versorgungsstruktur unterstrichen:

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch [...]

4. die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten, ...

Die Frage, wer welche Leistungen erbringen soll, kann bei einigen dieser Leistungen unterschiedlich beantwortet werden. Dies gilt insbesondere für die oben angesprochenen Vernetzungsleistungen, bei denen sich die Konzeptionen von regionalen Tumorzentren und zertifizierten Krebszentren teilweise überschneiden. Grundsätzlich kann als Träger bestimmter Leistungen regionaler Vernetzung z.B. sowohl ein regionales Tumorzentrum als auch ein Onkologisches Spitzenzentrum in Frage kommen.

Eine sachgerechte Entscheidung wird in solchen Fällen die speziellen regionalen Besonderheiten berücksichtigen müssen. Sicher ist es ein Unterschied, ob es in einer bestimmten Region ein bewährtes regionales Tumorzentrum gibt, das bisher ein regionales klinisches Krebsregister erfolgreich geführt hat und über entsprechende Erfahrungen verfügt, oder ob es in dieser Region bisher ein regionales Tumorzentrum und ein regionales klinisches Krebsregister nicht gab, und ein gesetzliches klinisches Krebsregister erst eingerichtet und aufgebaut wird.

Wie immer eine sachgerechte Abwägung bei gegebenen Alternativen ausfallen wird, in keinem Fall darf akzeptiert werden, dass sich die Qualität der onkologischen Versorgung in einer Region verschlechtert, weil Leistungen, die zur Qualität der Versorgung in dieser Region bisher beigetragen haben, nicht mehr vergütet werden und daher entfallen oder aufgrund von Neustrukturierungen welcher Art auch immer nicht mehr in der bisherigen Qualität erbracht werden (können).

Quellen

- 1 Das Zentrenmodell der DKG: <http://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/das-zentrenmodell-der-dkg.html>
- 2 §65c SGB V, Absatz 1, Satz 2, Nr. 4 u. 6
- 3 §65c SGB V, Artikel 3
- 4 Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) – Drucksache 18/5372