

Konzeptpapier¹ der AGO-Arbeitsgruppe Kooperationsstrukturen

Die auf Initiative des AGO-Vorstands ins Leben gerufene Arbeitsgruppe Kooperationsstrukturen hat sich zur Aufgabe gemacht, einen Konsens über die Zusammenarbeit von Gynäkologinnen und Gynäkologen in ambulanten und stationären Einrichtungen für eine optimale Versorgung von gynäkologisch-onkologischen Patientinnen in Deutschland weiterzuentwickeln. ¹

„Ein Fach“

Das Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe hat sich zu einem breiten Fach mit Schwerpunkten und Zusatz-Weiterbildungen entwickelt. Die 3 großen Schwerpunkte Gynäkologische Onkologie, Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin sowie Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin sind von den Landesärztekammern anerkannt. Die drei Schwerpunkte und die Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie in Verbindung mit der Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe bewähren sich sowohl in den Kliniken als auch in der Niederlassung, in der Prävention und Krankenversorgung und in der Weiterbildung. Der Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie sichert die umfangreiche Qualifikation von Gynäkologen in dieser Subspezialität. Die Gynäkologischen Krebszentren und Brustzentren werden zum essentiellen Bestandteil der Versorgungsstrukturen in Deutschland und spielen heute bereits eine wichtige Rolle für die Weiterbildung im Schwerpunkt. Die mit Hilfe dieser Weiterbildung mögliche, hohe Qualität in der Versorgung gynäkologisch-onkologischer Patientinnen ist vom Fortbestand und der wissenschaftlichen Entwicklung des Fachs abhängig, insbesondere von einer funktionierenden, attraktiven Weiterbildung sowie einer intensiven Verflechtung zwischen dem stationären und ambulanten Bereich im Fachgebiet. Falls diese Qualitäten durch intradisziplinäre Partikularinteressen aufs Spiel

¹ erstellt von den AG_Mitgliedern Prof. Runnebaum (Sprecher der AG; AGO), Prof. du Bois (AGO), Dr. König (BVF), Prof. Sehouli (AGO), Prof. Ulrich (AGO), Prof. Wagner (AGO), Dr. Hindenburg (BNGO) und Dr. Schilling (BNGO), abgestimmt mit dem AGO-Vorstand.

gesetzt werden, gefährdet dies das Fach in seiner Einheit und hat bereits in absehbarer Zeit Auswirkungen für alle Beteiligten, die das Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe breit oder in einem der Schwerpunkte praktizieren.

Für die optimale onkologische Versorgung hat der AGO-Vorstand die Arbeitsgruppe „Kooperationsstrukturen“ ins Leben gerufen. Beteiligt daran sind Vertreter der AGO e.V., die als Direktoren oder Chefärzte in Kliniken unterschiedlicher Trägerschaft (universitär/Land, gemeinnützig, privatwirtschaftlich) tätig sind, und Vertreter der niedergelassenen Frauenärzte aus dem Berufsverband der Frauenärzte (BVF e.V., www.bvf.de) und dem Berufsverband der niedergelassenen gynäkologischen Onkologen (BNGO e.V., www.bngo.de): Prof. Dr. du Bois (AGO, Kommission Ovar), Dr. Hindenburg, (BNGO Vorstand), Dr. Schilling (BNGO Vorstand), Dr. König (BVF, Vorstand), Prof. Dr. Runnebaum (AGO Vorstand, Sprecher der Gruppe), Prof. Dr. Sehouli (AGO, Kommission Ovar), Prof. Dr. Ulrich (AGO, Kommission Uterus), Prof. Dr. Wagner (AGO, Kommission Ovar).

Ziel der Arbeitsgruppe ist es, für die an der Versorgung von Patientinnen mit frauenspezifischen Krebserkrankungen beteiligten Frauenärztinnen und -ärzte die Versorgungskette zu formulieren, die die bestmögliche Behandlung der gynäkologisch-onkologischen Patientin gewährleistet. Die für die Zusammenarbeit von Kliniken und Praxen im ambulanten Bereich erforderlichen Kooperationsmodelle sollen beschrieben (1) und evaluiert (2) werden. Für Situationen, in denen zwischen den gynäkologischen Partnern Kooperationen nicht erreichbar erscheinen, soll ein Ombudsgremium (3) bestehend aus den Mitgliedern der AGO-Arbeitsgruppe Kooperationsstruktur bzw. aus Vertretern von AGO, BVF und BNGO eingerichtet werden.

Die Kooperationspartner

Die fachlichen Partner in der gynäkologisch-onkologischen Versorgungskette, die sich in einem Flechtwerk verbinden, sind

1. Frauenarztpraxis: Niedergelassene Frauenärztin, niedergelassener Frauenarzt
2. Gynäkologisch-onkologische Schwerpunktpraxis: Niedergelassene Frauenärztin, niedergelassener Frauenarzt mit Zusatz-Weiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“ oder mit Teilgebietsanerkennung „Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie“

3. Krankenhaus mit gynäkologischer Fachabteilung mit Frauenärztin/Frauenarzt mit Teilgebietsanerkennung „Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie“, ggf. DKG-zertifiziertes gynäkologisches Krebszentrum und/oder Brustzentrum
 - a. mit ambulanter Versorgung (bspw. via persönliche Ermächtigung oder §116b SGB V oder Hochschulambulanz etc.)
 - b. ohne ambulante Versorgung
4. Krankenhaus mit gynäkologischer Fachabteilung ohne Frauenärztin/Frauenarzt mit Teilgebietsanerkennung „Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie“

Der Erstkontakt der Patientin, der zu einer gynäkoonkologischen Diagnose führt, kann mit allen 4 Akteuren stattfinden. Die **initiale Diagnostik** sollte weitgehend im ambulanten Bereich erfolgen, wobei der Akteur 1 in der flächendeckenden Versorgung eine herausragende Rolle spielt. Durch den Erstakteur soll die Einweisung zur stationären Therapie bei Akteur 3 erfolgen. Die **operative Behandlung**, also Staging-Operation, kurative Operation oder Palliativoperation, soll bei Akteur 3 durchgeführt werden, oder es soll in einem von Akteur 3 organisierten interdisziplinären Konsil, ggf. unter Beteiligung von Akteur 1 oder Akteur 2, ein Therapiekonzept für die einzelne Patientin erstellt werden, falls beispielsweise eine primäre systemische Therapie oder Strahlentherapie erforderlich ist. Auch die Kooperationen zwischen den Akteuren 3 und 4 können die Versorgung zum Gewinn aller Beteiligten gestalten: Akteur 4 erbringt, beispielsweise heimatnah, vorbereitende Leistungen und/oder übernimmt die Patientin von Akteur 3 nach erbrachter spezialisierter onkologisch-operativer Leistung und die Patientin gelangt in „ihr“ wohnortnahes Krankenhaus.

Die **medikamentöse Tumorthherapie** soll nach Möglichkeit ambulant erfolgen. In Absprache mit dem Erstakteur, welcher in der Regel der Akteur 1 ist, wird dann die primäre Systemtherapie bei Akteur 2 oder Akteur 3a durchgeführt. Wenn keine Möglichkeiten der Versorgung in der gynäkologischen Onkologie vorhanden sind, sollte eine allgemeine internistisch-onkologische Mitbehandlung erwogen werden. Die medikamentöse Tumorthherapie kann in unterschiedlichen Kooperationsmodellen zwischen den genannten gynäkologischen Akteuren erfolgen, in welchen Vorgaben wie die der Onkologie-Vereinbarung erfüllt werden. Unter Berücksichtigung von berufsrechtlichen, vertragsarztrechtlichen und zivilrechtlichen Aspekten eignen sich etliche Modelle, die die Zusammenarbeit bei der medikamentösen Tumorthherapie fördern können:

- I. Zusammenarbeit über eine Tumorkonferenz und Überweisung zur medikamentösen Therapie in eine Praxis (Akteur 2) oder Ambulanz (Akteur 3; Therapie im Rahmen einer Ermächtigung, Hochschulambulanz oder nach §116b SGB V, RV-Nachhaltigkeitsgesetz vom 21. Juli 2004)
- II. Praxisverbund nach § 23 d Musterberufsordnung für Ärzte (MBO)
- III. Überörtliche Teilberufsausübungsgemeinschaft nach §§ 17 Abs. 2, 18 Abs. 3 MBO:
- IV. Strukturverträge nach § 73 a SGB V (Praxisnetz) und integrierte Versorgung nach §§ 140 a ff.
- V. Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ nach § 95 Abs. 1 SGB V) mit gynäkologischer Praxis (Gynäkologin/e mit Zusatzbezeichnung medikamentöse Tumortherapie)

Die Entscheidung darüber, welche der Kooperationsformen für die **medikamentöse Therapie** gewählt werden, sollte im Konsens der vier genannten gynäkologischen Akteure jeweils regional abgestimmt werden, eine kooperativ konstruktive Ausgestaltung sollte im Interesse der Patientin und aller Beteiligten hierbei höchste Maxime sein. Die jeweils lokale Lösung hängt auch von regionalen und Bundesland-spezifischen Bedingungen und strukturellen Voraussetzungen ab (z.B. Ermächtigungen, Umsetzen des §116b).

Für die **operative Therapie** soll die Einweisung zu Akteur 3 erfolgen. In dem so entstehenden Netzwerk aus Akteuren unterschiedlicher gynäkologischer Expertise soll jeder Akteur die in Einzelfall Beteiligten über die Therapie informieren. Der Einsatz einer elektronischer Patientenakte kann im Netzwerk entwickelt werden, um alle Akteure zeitnah informiert zu halten und die Qualität transparent zu machen. Eine Kooperation, bei der Akteur 1 und/oder 2 an der operativen Behandlung teilnehmen oder vorbereitende Eingriffe selbst organisieren, sollte unter den jeweils lokalen Bedingungen konstruktiv kooperativ diskutiert werden.

Die **Nachsorge** sollte bei den Akteuren 1 und/oder 2 erfolgen. Je nach Absprache kann bei Bedarf Akteur 3a einbezogen werden. Die Nachsorge sollte lückenlos dokumentiert werden und zur Qualitätssicherung allen Beteiligten zur Verfügung stehen. Alle beteiligten Akteure bleiben über den Stand der Behandlung unterrichtet. Für die Evaluation der onkologischen Behandlungsqualität sollte im Netzwerk ein klinisches Krebsregister genutzt werden, insbesondere da Klinische Krebsregister künftig flächendeckend errichtet werden (s. Nationaler Krebsplan, Handlungsfeld 2, Ziel 8

Qualitätsberichterstattung durch klinische Krebsregister,
www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Informationspapier_Umsetzungsempfehlungen_NationalerKrebsplan_120104.pdf, zuletzt besucht
01.07.2012). Die hohe Ergebnisqualität der hier beschriebenen Kooperationsnetzwerke
in der gynäkologischen Onkologie sollte durch die Dokumentation in klinischen
Krebsregistern evident gemacht werden.

Das **Ombudsgremium** ist eine gemeinsame Beratungseinrichtung der AGO, des BVF
und des BNGO bestehend aus den Mitgliedern der AGO-Arbeitsgruppe
Kooperationsstruktur. Die dem Ombudsgremium vorgetragenen Anliegen einzelner
Akteure oder möglicher Netzwerke werden grundsätzlich strikt vertraulich behandelt.
Das Ombudsgremium berichtet regelmäßig dem Vorstand der AGO, des BVF und BNGO.
Grundlage der Arbeit des Ombudsgremium ist die Veröffentlichung dieses
Konsensuspapiers.

Jena, 29.07.2012 Prof. Dr. med. Ingo B. Runnebaum
(für die Mitglieder der AGO-Arbeitsgruppe Kooperationsstruktur)