

360° Onkologie 09

Krebs und Politik – eine Publikation
der Deutschen Krebsgesellschaft
Ausgabe 09 | Oktober 2019



WISSEN AUS ERSTER HAND

Stationär gegen ambulant?

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

Onkologie: Bessere Versorgung im Netzwerk

Natürlich gibt es sie noch, die Konkurrenz zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Hämatologen und Onkologen. Doch mindestens genauso häufig sind die Beispiele einer gelungenen Kooperation. Die intersektorale Versorgung ist in der Fläche deutlich weiter entwickelt als mancherorts propagiert.

Denn dank der Initiative der Deutschen Krebsgesellschaft und durch ein enormes ärztliches Engagement existieren seit 2008 deutschlandweit zertifizierte Krebszentren, die sich zu einer interdisziplinären und sektorübergreifenden Versorgung verpflichten. Diese Zentren sind genau genommen intersektorale Netzwerke mit einer interdisziplinären Tumorkonferenz als Herzstück. Nahezu jede onkologische Schwerpunktpraxis ist im Durchschnitt mit drei Zentren vernetzt. Mehr als 90 Prozent nehmen an externen Tumorkonferenzen teil. Der 2008 ins Leben gerufene Nationale Krebsplan hat

diesen ganzheitlichen Ansatz zur Verbesserung der onkologischen Versorgung in Deutschland nachhaltig unterstützt.

Trotz einiger Fortschritte besteht noch Optimierungspotenzial.

Die Onkologie ist eines der innovativsten Gebiete der Medizin. Der rasante Wissenszuwachs macht die interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit zunehmend komplexer und erfordert neue Prozesse und Strukturen, damit Patient*innen den optimalen Zugang zu medizinischen Innovationen bekommen. Innovationsnetzwerke sind notwendig und müssen – auf Basis der bestehenden Strukturen – entwickelt und aufgebaut werden. Die neuen Herausforderungen durch den Zuwachs an modernen diagnostischen und therapeutischen Erkenntnissen können aber nicht mehr nur lokal gelöst werden. Notwendig ist die Entwicklung bundesweiter sektor-

übergreifender, interdisziplinärer Innovationsnetzwerke. Dabei wird ein multidirektionaler Wissensaustausch zwischen Referenzzentren und den teilnehmenden Versorgungseinrichtungen nötig: Klini-

Inhalt

Titelthema	
Stationär gegen ambulant?	1
Editorial Dr. Johannes Bruns	2
Nachgefragt	3
Baustelle Sektorengrenze	4
Nationales Netzwerk Lungenkrebs	5
Schnittstelle Apotheke – Tumorpatient	5
Früherkennung: Mehr Qualität durch Kooperation	6
Weniger Medizin am Lebensende?	6
Beratung ambulanter Patienten stärken	7
E-Health gegen sektorale Barrieren?	7
DKG Spezial/Impressum	8

Dr. Johannes Bruns

Generalsekretär
Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin
bruns@krebsgesellschaft.de



© Georg Reither

Liebe Leserinnen und Leser,

in den vergangenen Jahren wurde die stationäre Versorgung durch die Einführung des fallpauschalierten Entgeltsystems in vielen Bereichen modernisiert – die Zentralisierung und Spezialisierung der Versorgung, die dadurch erreicht werden sollte, ist jedoch weitgehend unterblieben. Im Gegenteil: Laut einer im Juli 2019 veröffentlichten Untersuchung der Bertelsmann Stiftung wäre die Gesundheitsversorgung in Deutschland auch mit halb so viel Krankenhäusern möglich, und zwar mit einer besseren Qualität und einem positiven Effekt auf die bestehenden Engpässe bei Ärzten und Pflegepersonal. Trifft das für die Onkologie zu?

Die Erfahrung der Deutschen Krebsgesellschaft mit ihren zertifizierten Zentren zeigt, dass es auf die Zahl der Krankenhäuser nicht ankommt und dass Krebsbetroffene von sektorenübergreifenden Netzwerken, in denen spezialisierte stationäre Einrichtungen eng mit niedergelassenen Praxen zusammenarbeiten, durchaus profitieren können. Wo also liegen die Barrieren und Herausforderungen für eine intersektorale Versorgung? Und warum ist sie bis heute nicht flächendeckend etabliert?

Diese Frage greifen wir in der neuen Ausgabe von 360 Grad Onkologie auf. Ich freue mich, wenn wir mit diesem Thema Ihr Interesse wecken. Schreiben Sie mir, wenn Sie Anregungen, Kommentare oder Kritik haben. Eine Infografik und ein ergänzendes Videointerview finden Sie auf www.krebsgesellschaft.de/360-grad-onkologie.

Beste Grüße
Dr. Johannes Bruns

sche Forschungsergebnisse müssen von der Forschung in die Regelversorgung fließen. Und umgekehrt müssen Versorgungseinrichtungen Daten darüber, wie sich eine medizinische Innovation in der Routineversorgung bewährt, an die Forschung zurückspiegeln, zum Beispiel indem sie an klinischen Studien teilnehmen und Registerdaten sammeln. Ohne E-Health und künstliche Intelligenz werden diese Herausforderungen nicht zu organisieren sein. Wir brauchen die Fortentwicklung der Digitalisierung in Arzt- und Krankenhaussystemen.

Die fachärztliche Versorgungsstruktur fußt in Deutschland auf Universitätskliniken, Krankenhäusern der Regelversorgung und niedergelassenen Praxen. Diese Aufteilung ist im internationalen Vergleich einzigartig und sie garantiert den sozial barrierefreien Zugang zur fachärztlichen Versorgung. Doch in bestimmten Regionen fehlen Fachärzte und der Mangel an Wirtschaftlichkeit vieler Krankenhäuser stellt uns vor Herausforderungen. Warum

also nicht die ambulante und stationäre Versorgung dort, wo es sinnvoll ist, integrieren? Die Zusammenlegung stationärer und ambulanter Einrichtungen könnte dazu beitragen, Defizite zu reduzieren und Synergien zu entwickeln. Durch die gemeinsame Personalausstattung entstünde ein hochattraktives Berufsfeld für Ärztinnen und Ärzte und gleichzeitig wäre die medizinische Versorgung der Bevölkerung garantiert. Denn der Arztberuf muss insgesamt wieder attraktiver werden: durch flexiblere Arbeitszeiten, bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie und Arbeitsteilung. Moderne, attraktive Praxisstrukturen und medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind hier eine sinnvolle Option.

In den letzten Jahren haben sich viele MVZ zum Teil unter der Führung von Investoren mit Hilfe von Vertragsärzten entwickelt. Es gibt gute sachliche Gründe, die Entwicklung arztgeführter MVZ-Netzwerke weiterzuentwickeln. Erstens erleichtert sie die Implementierung

patientenorientierter Prozesse, die die Versorgungsqualität erhöhen. Zweitens benötigen viele Fachrichtungen digitale Lösungen, die sich gemeinsam nutzen lassen. Drittens kann die systematische, schnelle, erprobte Einführung von Innovationen in den onkologischen Praxisalltag viel einfacher in einem unternehmerisch geführten Netzwerk realisiert werden. Und nicht zuletzt reduziert das Unternehmertum im Netzwerk die Barrieren für den ärztlichen Nachwuchs. Die Vorteile, die MVZ-Netzwerke für die Versorgungsqualität und den Arztberuf bieten, müssen unter Vermeidung in zwischen erkannter Fehlentwicklungen pragmatisch genutzt werden. Hybridmodelle, die die Vorteile von lokalem ärztlichem Unternehmertum und mittelständischen Strukturen verbinden, könnten dafür ein geeigneter Weg sein.

Prof. Dr. Stephan Schmitz

MV-Zentrum Köln Am Sachsenring
schmitz@oncokoeln.de

Nachgefragt



Kontakt: Petra Fuhrmann

Verbraucherzentrale Bundesverband e. V., Berlin
petra.fuhrmann@vzbv.de

... bei einer Patientenvertreterin

Besonders spürbar sind die starren Grenzen der Versorgungsbereiche für schwer (chronisch) erkrankte und pflegebedürftige Menschen. Das gilt zwischen den Sektoren genauso wie innerhalb sowie zwischen Professionen. Häufige Folge: Eine angemessene Behandlung erfolgt verspätet oder bleibt aus und die Ansprechpartner wechseln oft. Fehlende Kommunikation, Kooperation und Vernetzung führen zu belastenden Brüchen: Nach einem Klinikaufenthalt ist die Pflege zuhause nicht gesichert, der Übergang in die Reha stockt, die Weiterbehandlung

beim Facharzt ist erst Wochen später möglich. Noch immer gelingt integrierte Versorgung nur im Einzelfall – üblicherweise außerhalb der Regelversorgung. Es fehlt ein schlüssiges Gesamtkonzept, das Reha, Pflege und therapeutische Professionen genauso berücksichtigt wie die individuelle Lebenssituation und soziale Bedarfe von Patienten und Angehörigen. Patienteninformation und Kompetenzen müssen gestärkt werden. Sektorenübergreifende Versorgung muss vom Patienten aus gedacht werden, nicht primär an Effizienzaspekten orientiert.

Petra Fuhrmann, Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.



Kontakt: Georg Baum

Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin
presse@dkgev.de

... beim stationären Sektor

Für Krebskranke können Sektorengrenzen hohe Hürden sein. Ein Beispiel ist die ambulante spezialfachärztliche Versorgung mit ihren bürokratischen Regelungen, die dazu führen, dass Schwerkranke nach einer stationären Therapie nicht weiter ambulant von ihrer onkologischen Einheit betreut werden dürfen, sondern in den niedergelassenen Sektor wechseln müssen. Medizinisch sinnvoll im Sinne der Patienten wäre die ambulante Fortsetzung der Behandlung durch die vertrauten Krankenhausärzte. Aber auch bei der ambulanten Versorgung in der Klinik werden die Patienten durch ein Übermaß an Bürokratie unnötig belastet: Nach wie

vor sind sie gezwungen, sich selbstständig Radiologietermine im niedergelassenen Bereich zu suchen, obwohl die Geräte im Krankenhaus vielleicht direkt neben der Ambulanz bereitstehen. Gerade in der Onkologie ist ein hohes Maß an wissenschaftlichem Austausch und Kommunikation zwischen den Ärzten notwendig. Eine gute Verzahnung bieten Medizinische Versorgungszentren von Krankenhäusern. Hier können Patienten zielgerichtet und ohne Informationsverlust zwischen den Sektoren betreut werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft setzt sich seit langem für die Reduzierung von Sektorenbarrieren ein.

Georg Baum, Hauptgeschäftsführer Deutsche Krankenhausgesellschaft



Kontakt: PD Dr. med. Thomas Illmer

Stellvertretender Vorsitzender BNHO, Dresden
buero@onkologie-dresden.net

... beim ambulanten Sektor

Die Bedürfnisse von Tumorpatienten sind vielschichtig. Sie erfordern zunächst ein tieferes ärztliches Verständnis der Erkrankung und entsprechende Therapieempfehlungen. Im Weiteren werden jedoch Formen der individuellen Fürsorge, soziale Fragen und die Leitung des Patienten durch einen Dschungel von Entscheidungen und Barrieren relevant. Die versorgenden Sektoren in Deutschland neigen gelegentlich dazu, sich Kompetenzen aus dem einen wie dem anderen Sektor abzusprechen. Die Motivationen reichen von

fehlverstandenen Expertentum bis zu gefühlten ökonomischen Nachteilen und Anerkennungsverlust. Der komplexen Hämatatoonkologie werden solche Zuschreibungen und einseitigen Modelle nicht gerecht. Eine regionale Verzahnung der Betreuungssektoren ist daher das zukünftige Entwicklungsmodell. Dazu bedarf es hoher Aktivität von Entscheidungsträgern und vor allem eines Ausbildungssystems, das den Unterschied zwischen stationär und ambulant nur noch an der Option der Übernachtung festmacht.

PD Dr. med. Thomas Illmer, stellvertretender Vorsitzender BNHO

Baustelle Sektorengrenze

Schon der Gesetzentwurf zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) vom 8.9.2003 sah in der Überwindung sektoraler Grenzen ein „wesentliches Ziel der Reform“. Fast 15 Jahre später fordert das Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes vom 28.6.2017 eine Reform des ambulant-stationären Grenzbereichs als „zentralen Baustein der Gesundheitspolitik in der kommenden Legislaturperiode“. Schließlich beschäftigt sich die im Sommer 2018 eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“ mit dieser Problematik. Die Notwendigkeit einer Reform an der Schnittstelle ambulant/stationär steht somit seit vielen Jahren nicht zur Diskussion, es mangelt aber bisher an einer adäquaten Umsetzung.

Sofern zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung substitutive Beziehungen vorliegen, postuliert § 39 Abs. 1 SGB V eine ambulante Behandlung. Leistungsverlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich sollten unter Berücksichtigung von Effektivität und Effizienz dann stattfinden, wenn sie die gesundheitlichen Outcomes, das heißt Lebenserwartung und -qualität, verbessern, den Präferenzen der Patienten entsprechen oder kostengünstiger erfolgen. Wie die Bund-Länder-Arbeitsgruppe in ihrem Arbeitsentwurf vom 8.5.2019 konstatierte, findet in Deutschland bislang aber eine auch „im internationalen Vergleich unzureichende Verlagerung von ambulant erbringbaren Leistungen aus der stationären Versorgung in den ambulanten Bereich“ statt. Die Arbeitsgruppe empfiehlt daher unter anderem ambulante Versorgungsaufträge für stationäre Einrichtungen und einen gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereich mit einheitlicher Vergütung. Eine ergebnisorientierte Allokation von ambulanten und stationären Leistungen garantiert aber noch keine sektorenübergreifende Versorgung, die mit Hilfe integrierter Konzepte die einzelnen Leistungsbereiche miteinander verknüpft.

Möglichkeiten für eine sektorenübergreifende Versorgung bestehen derzeit im Rahmen von Projekten, die vom Innovationsfonds

gefördert werden, in den Medizinischen Versorgungszentren, Praxisnetzen und vor allem im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) und der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V. Bei der ASV behindern zu hohe bürokratische Hürden und das Fehlen einer eigenständigen Gebührenordnung, die § 116b, Abs. 6 eigentlich vorsieht, eine stärkere Teilnahme potenzieller Interessenten. Bei der besonderen Versorgung und den medizinischen Versorgungszentren hat der Gesetzgeber den erforderlichen Integrationsgrad noch weiter herabgesetzt.

Der Vorschlag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe überrascht insofern, als der Gesetzgeber den Krankenhäusern in den beiden letzten Jahrzehnten zahlreiche Möglichkeiten gewährte, sich an der Schnittstelle ambulant/stationär zu positionieren. Die Krankenhäuser nutzten diese jedoch nur in sehr bescheidenem Maße, vornehmlich aufgrund der unterschiedlichen Vergütungssysteme. Zudem nahmen sie kaum an sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten auf der Grundlage von selektiven Verträgen teil. Das Potenzial einer sektorenübergreifenden Steuerung der Versorgung lässt sich damit nicht hinreichend ausschöpfen.

Prof. em. Dr. Eberhard Wille

Universität Mannheim

wille@rumms.uni-mannheim.de

ASV bei Krebs

In der ambulanten spezialärztlichen Versorgung werden Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren Krankheiten, zum Beispiel mit bestimmten Krebserkrankungen, behandelt, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten erfordert:

- Hauttumoren: seit Mai 2019
- Urologische Tumoren: seit April 2018
- Gynäkologische Tumoren: seit August 2016
- Gastrointestinale Tumoren: seit Juli 2014



Nationales Netzwerk Lungenkrebs

Das inoperable nichtkleinzellige Lungenkarzinom zeigt eindrucksvoll die dynamische Entwicklung der personalisierten Krebsmedizin. Noch vor zehn Jahren war die Chemotherapie die einzig mögliche Behandlung. Nur etwa 20 bis 30 Prozent der Patienten sprachen darauf an. Ihr medianes Überleben betrug im Schnitt ein Jahr. Doch dank der genomischen Medizin können wir Lungenkrebs inzwischen in einzelne Subgruppen unterteilen, charakterisiert durch sogenannte Treibermu-

tationen und gezielt mit Medikamenten behandelbar. 70 bis 80 Prozent der Patienten sprechen darauf an, mit einer deutlich höheren Lebensqualität und einem Überlebensvorteil von mehreren Jahren. Doch über die Hälfte der Betroffenen in Deutschland wird bislang nicht getestet. Wie lässt sich das ändern?

Personalisierte Medizin erfordert eine qualitätsgesicherte Hightech-Diagnostik, idealerweise erbracht im Rahmen einer

intelligenten Arbeitsteilung, wie sie unser Zentrum in Köln und seine Partner schon seit Jahren durchführen: Als forschungsaffine Einrichtung übernehmen wir Testung, Auswertung und Therapieempfehlung; die eigentliche Versorgung kann auch heimatnah erfolgen. In einem von der Deutschen Krebshilfe geförderten Projekt soll dieses Netzwerkprinzip auf 15 universitäre Krebszentren in Deutschland übertragen werden. Die ersten Schritte sind bereits erfolgreich umgesetzt: Es gibt eine harmonisierte molekulare Lungenkrebsdiagnostik an allen 15 Zentren, eine zentrale Datenhaltung, harmonisierte Therapieempfehlungen für die kooperierenden Leistungserbringer sowie ein Studienangebot, falls wir eine Mutation finden, für die es noch keine zugelassenen Medikamente gibt. Führende Krankenkassen haben inzwischen Versorgungsverträge mit den Zentren abgeschlossen, sodass der Zugang zu dieser medizinischen Innovation hoffentlich bald flächendeckend möglich ist.

Prof. Dr. Jürgen Wolf
Netzwerk Genomische Medizin
Lungenkrebs, Köln
juergen.wolf@uk-koeln.de



© Artem, stock.adobe.com/de

Schnittstelle Apotheke – Tumorpatient

Seit Imatinib 2001 die Ära der modernen oralen Tumorthapeutika einläutete, stieg die Zahl der verschriebenen Oralien auf jährlich mehr als zwei Millionen Packungen an. Richtig angewendet machen sie die Behandlung für Krebspatienten flexibler und komfortabler. Doch ihr Erfolg setzt ein hohes Maß an Eigenverantwortlichkeit beim Patienten voraus. Denn Oralien müssen zuhause korrekt eingenommen werden, die Nebenwirkungen eingeschätzt und Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln vermieden werden. Wer Fragen oder Probleme hat, kann sich nicht, wie bei einer Infusionstherapie, darauf verlassen, dass das onkologisch-pharmazeutische Wissen in den herstellenden Apotheken ge-

bündelt und die Zusammenarbeit mit der verabreichenden Arztpraxis etabliert ist. Patienten, die ihr Rezept in der Hausapotheke einlösen, treffen dort vielmehr auf Apotheker, die meist nicht speziell onkologisch ausgebildet sind. Dabei bietet der direkte Patientenkontakt in der Apotheke eine wertvolle Chance, die Beratung durch den Onkologen im engmaschigen Kontakt zu verstärken und bei Bedarf zu ergänzen.

Um das Beratungsangebot für Krebspatienten in Apotheken zu verbessern, hat die Deutsche Gesellschaft für Onkologische Pharmazie (DGOP) in Kooperation mit der AG Onkologische Pharmazie der Deutschen Krebsgesellschaft eine Fort-

bildungsoffensive für Apotheker initiiert und eine Datenbank zur Unterstützung in der Beratung und insbesondere zur individuellen Erstellung eines Therapieplanes aufgebaut. Die DGOP ist außerdem federführend bei der Weiterentwicklung des Qualitätsstandards für den pharmazeutisch-onkologischen Service (QuapoS). Ziel dieses Maßnahmenpakets ist es, die Therapieadhärenz beim Patienten zu fördern, Ängste abzubauen, Medikationsirrtümer zu vermeiden und die Arzneimittelsicherheit zu gewährleisten.

Michael Höckel, Kerstin Bornemann, Dr. Annette Freidank
AG Onkologische Pharmazie, Kassel
michael.hoeckel@gnh.net

Früherkennung: Mehr Qualität durch Kooperation

Seit der Einführung der Zervixkarzinomfrüherkennung in den 1970er Jahren erkranken deutlich weniger Frauen an Gebärmutterhalskrebs. Das opportunistische Screening beruht u. a. auf der Beurteilung eines gefärbten Zellabstrichs. Doch nicht alle auffälligen Veränderungen am Gebärmutterhals entwickeln sich zu Krebs. Bei unklaren Befunden folgen deshalb weitere Kontrollen und Tests, um bei einer Krebsvorstufe frühzeitig handeln zu können. 2018 beschloss der G-BA, dieses Screening in eine organisierte Form weiterzuentwickeln. Neu ist, dass Frauen ab 35 Jahren künftig alle drei Jahre Anspruch auf ein kombiniertes Screening aus zytologischer Untersuchung und HPV-Test haben. Bei einem negativen HPV-Ergebnis ist

es unabhängig vom zytologischen Befund sehr unwahrscheinlich, dass ein Karzinom in situ vorliegt. Für Frauen unter 35 Jahren ist der HPV-Test der erste Recall-Test nach auffälliger Zytologie. Im Rahmen des Nationalen Krebsplans hatte man sich bereits 2008 auf ein umfassendes System der Qualitätssicherung für das Zervixkarzinom-Screening geeinigt. Seit 2015 zertifiziert die Deutsche Krebsgesellschaft – in Kooperation mit anderen Fachgesellschaften – sogenannte gynäkologische Dysplasie-Sprechstunden/Einheiten. Die dort behandelnden Gynäkologen sind in der Beurteilung von Krebsvorstufen geschult und führen jährlich eine bestimmte Anzahl von Untersuchungen bzw. Eingriffen durch. Zu den Qualitäts-

standards gehört auch die enge Kooperation mit den stationär tätigen Einheiten der zertifizierten Gynäkologischen Krebszentren, die die Behandlung im Krebsfall übernehmen können. Die Zertifizierungsanforderungen sind Teil des neuen Screeningprogramms, so dass die zertifizierten Sprechstunden und Einheiten ihre Qualifikation für die Leistungserbringung im Rahmen des Programms über das Zertifikat nachweisen können. Damit wäre erstmals eine umfassende Qualitätssicherung von der Früherkennung bis zur Nachsorge möglich.

Prof. Dr. Matthias Beckmann
Universitätsklinikum Erlangen
fk-direktion@uk-erlangen.de

Weniger Medizin am Lebensende?

2014 erhielten in Deutschland neun Prozent aller an Krebs Verstorbenen im letzten Lebensmonat noch eine tumorspezifische Therapie; unter denen, die ihre letzten Lebensmonate an einer deutschen Uniklinik verbrachten, waren es sogar 38 Prozent. Diese Zahlen verweisen auf eine überengagierte onkologische Versorgung mit möglicherweise negativen Folgen für Betroffene und Angehörige. Für Überthe-

rapien am Lebensende gibt es vielfältige Gründe: Oft ist die Prognose unsicher, das Therapieziel unklar und die Unsicherheit in rechtlichen und ethischen Fragen groß. Vorsorgevollmachten und an die Erkrankung angepasste Patientenverfügungen fehlen meist. Nicht selten treten Schnittstellenprobleme auf: Die Tumorthherapie erfolgt durch Onkologen, die Versorgung außerhalb des Krankenhauses in der Re-

gel durch Hausärzte, unterstützt von SAPV-Teams, spezialisierten Palliativstationen oder im Hospiz. Eine frühe palliativmedizinische Mitbetreuung, wie in der S3-Leitlinie Palliativmedizin gefordert, ist nicht flächendeckend implementiert. Außerdem fehlen für neue Therapien häufig evidenzbasierte Empfehlungen zur Therapiebegrenzung am Lebensende.

In der modernen Medizinethik stehen die vier Prinzipien von Beauchamp und Childress, Wohltun, Nichtschaden, Gerechtigkeit und Patientenautonomie, konzeptionell gleichrangig nebeneinander. In Situationen nah am Lebensende sollte vorrangig versucht werden, Schaden von den Patienten fernzuhalten. Das ist umso wichtiger, wenn der patientenbezogene Therapienutzen fraglich ist. Diese Schwerpunktsetzung ermöglicht den Einstieg in Therapiebegrenzungsgespräche, auch bei überoptimistischen Erwartungen von Patienten oder Angehörigen. Inwieweit diese Priorisierung überengagierte Versorgung vermeiden kann, muss zukünftig evaluiert werden.

Prof. Dr. Birgitt van Oorschot
Universitätsklinik Würzburg
oorschot_b@ukw.de



Beratung ambulanter Patienten stärken

Eine Krebserkrankung führt bei Betroffenen nicht nur zu körperlichen, sondern auch zu psychischen und sozialen Belastungen. Zertifizierte Krebszentren gewährleisten eine psychoonkologische Basisversorgung. Für die laut dem Nationalen Krebsplan erforderliche ambulante Weiterversorgung sind sie aber in der Regel nicht zuständig. Die 16 Landeskrebsgesellschaften versorgen als größte Träger ambulanter Krebsberatungsstellen (KBS) bundesweit jährlich etwa 62.000 Ratsuchende in rund 119 Einrichtungen. Doch Untersuchungen zufolge sind belastete Patienten unzureichend über diese Anlaufstellen informiert. Neben einem flächendeckenden Angebot ist daher vor allem eine strukturierte, verlässliche

Überleitung der Patienten in die ambulante psychoonkologische Weiterversorgung erforderlich. Beides fehlt bislang. Hier setzt das vom Innovationsfonds der Bundesregierung geförderte isPO-Projekt an. Es zielt darauf ab, die psychoonkologische Versorgung über Sektorengrenzen hinweg zu etablieren. An vier Standorten in NRW werden ersterkrankte Krebspatienten ein Jahr lang psychoonkologisch betreut, unabhängig davon, ob sie gerade in stationärer oder ambulanter Behandlung sind. isPO bietet je nach Belastungsgrad und persönlichem Bedarf „Informationen zu Fragen rund um Krebs“, „Psychosoziale Beratung und Unterstützung“ oder „Psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung“. Qualifiziert sich die-

ser gestufte Ansatz für die Regelversorgung, wären ambulante KBS geeignete Netzwerkpartner für die psychosoziale Unterstützung. Bereits heute stehen die Landeskrebsgesellschaften für Einhaltung, Nachweis und Weiterentwicklung zugehöriger Qualitätskriterien. Es ist zu erwarten, dass die ab 2020 in Aussicht stehende KBS-Regelfinanzierung diesen Prozess noch verstärkt und die ambulante psychosoziale Krebsberatung zu einem festen Bestandteil sektorenübergreifender psychoonkologischer Versorgung wird.

Anna Arning

Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen,
Düsseldorf
arning@krebsgesellschaft-nrw.de

E-Health gegen sektorale Barrieren?

Das Bundeskabinett hat Mitte 2019 einen Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums zum „Digitale-Versorgung-Gesetz“ (DVG) verabschiedet. Neben der Anbindung von Arztpraxen, Apotheken und Krankenhäusern an die Telematikinfrastruktur sind dort Regelungen zur Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen enthalten. Dass solche Ansätze vor allem an der Schnittstelle von ambulanter Versorgung und Krankenhaus hilfreich sein können, zeigen Modellprojekte zur Versorgung von Patienten mit Herzschwäche, bei denen die Betroffenen ihre Daten je nach Bedarf an ein telemedizinisches Zentrum übertragen können. In Untersuchungen wie der Fontane-Studie der Charité Berlin führte diese Betreuung zu signifikant weniger Krankenhausaufenthalten der Betroffenen und zu einer höheren Lebenserwartung. Derartige Anwendungen könnten auch bei der Versorgung von Krebspatienten interessant sein. Doch reicht das geplante Gesetz aus, um das Potenzial digitaler Innovationen voll auszuschöpfen?

Der DVG-Entwurf bezieht sich lediglich auf Medizinprodukte niedriger Risikoklassen mit einer positiven Bewertung durch das BfArM. Diagnostische und



therapeutische Anwendungen im engeren Sinne müssen weiterhin langwierige, wenig transparente G-BA-Prozesse passieren, um in die Regelversorgung zu gelangen. Bislang soll es Apps auf Rezept auch nur für Erkrankte geben. Anreize zur Entwicklung von Präventions-Apps fehlen somit. Und wie die App auf Rezept künftig erstattet werden soll, bleibt un-

klar. Der Anfang für mehr Tempo bei der Digitalisierung unseres Gesundheitssystems ist gemacht – bis zu einer umfassenden digitalen Transformation wird es noch dauern.

Mirjam Einecke-Renz

Deutsche Krebsgesellschaft, Berlin
renz@krebsgesellschaft.de

DKG-Spezial

Meldungen

Bundesweit einheitliche Basis

Das Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS) für Brustkrebszentren kann jetzt auch die Versorgungsqualität von Brustkrebszentren erfassen, die das ÄKzert®-Qualitätsiegel des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) tragen. Im Mai 2019 haben sich DKG, DGS und die zertifizierende Ärztekammer Westfalen-Lippe darauf geeinigt, dass Zentren mit einem ÄKzert®-Zertifikat erstmals eine spezielle Datenschnittstelle nutzen können, die zur Berechnung der Qualitätsindikatoren in DKG-zertifizierten Brustkrebszentren verwendet wird. Auf diese Weise kann die Qualität aller Brustkrebszentren in Deutschland auf Basis gleicher Vorgaben erfasst und verglichen werden. Das schafft eine ausgezeichnete Grundlage für weitere Qualitätsverbesserungen in der Versorgung der Patientinnen.

PD Dr. Simone Wesselmann

wesselmann@krebsgesellschaft.de



© Bits and Spiffs, stock.adobe.com/de

Finanzierung von Leitlinien

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Entwurf zum Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) auch eine Regelung zur öffentlichen Finanzierung der Entwicklung medizinischer Leitlinien vorgeschlagen. Grundsätzlich begrüßt die Deutsche Krebsgesellschaft den Einstieg des Gesetzgebers in die öffentliche Finanzierung der Leitlinienentwicklung. Die neue Regelungssystematik sieht aber eine zeitlich begrenzte Förderung einzelner Leitlinienprojekte vor. Damit besteht die Gefahr, dass hochwertige komplexe Leitlinien zwar zunächst entwickelt werden können, dann aber in ihrem Zustand schnell veralten, da keine nachhaltige Projektfinanzierung gewährleistet ist. Mehr unter www.krebsgesellschaft.de/positionen.html

Mirjam Einecke-Renz

renz@krebsgesellschaft.de

Versorgungsforschung in der Onkologie

Der Deutsche Kongress für Versorgungsforschung steht in diesem Jahr unter dem Motto „Gemeinsam Verantwortung übernehmen für ein lernendes Gesundheitssystem“. Der Kongress setzt den Fokus auf die Frage, wie die Gesundheitsversorgung durch die Übertragung von Forschungsergebnissen in die Versorgungspraxis verbessert und das Gesundheitssystem weiterentwickelt werden kann.

<https://dkvf2019.de>

Dr. Katrin Mugele

mugele@krebsgesellschaft.de

Termine

Offene Krebskonferenz, Frankfurt am Main

26. Oktober 2019

www.offene-krebskonferenz.de

Brennpunkt Onkologie, Berlin

13. November 2019

www.krebsgesellschaft.de/brennpunkt.html

AIO-Herbstkongress, Berlin

21. bis 23. November 2019

www.aio-herbstkongress.de

Deutscher Krebskongress 2020, Berlin

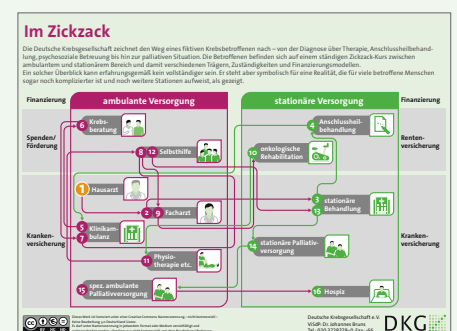
19. bis 22. Februar 2020

www.dkk2020.de

Videointerview und Infografik zu dieser Ausgabe finden Sie auf www.krebsgesellschaft.de/360-grad-onkologie



© Deutsche Krebsgesellschaft



Impressum

Herausgeber

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
Kuno-Fischer-Straße 8, 14057 Berlin
Tel.: 030 3229329-0, Fax: 030 3229329-66
service@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de

Generalsekretär: Dr. Johannes Bruns
Vereinsregisternummer: VR 27661 B
Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg
Umsatzsteuer-ID-Nummer: 27/640/57920

Redaktion

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
Dr. Johannes Bruns (V. i. S. d. P.),
Dr. Katrin Mugele (Redaktion), Renate Babnik
(Gestaltung/Projektmanagement)

Druck

Druckerei Schöpfel GmbH
Carl-von-Ossietzky-Straße 57a, 99423 Weimar
Tel.: 03643 202296, Fax: 03643 202150
info@druckerei-schoepfel.de

Designkonzeption und Gestaltung

Federmann und Kampczyk design gmbh
www.federmann-kampczyk.de

Redaktionsschluss September 2019

Auflage 2.000

Bestellung/Abbestellung

www.krebsgesellschaft.de/360-grad-onkologie

ISSN 2510-4268