

360° Onkologie 02

Krebs und Politik – eine Publikation
der Deutschen Krebsgesellschaft
Ausgabe 02 | Juli 2017

WISSEN AUS ERSTER HAND

Nationaler Krebsplan

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

Nationaler Krebsplan – wo stehen wir?

Pläne sind die Träume der Verständigen. Als 2008 der Nationale Krebsplan (NKP) ins Leben gerufen wurde, hatte man verstanden, dass angesichts einer älter werdenden Gesellschaft und steigender Raten an Krebsneuerkrankungen ein planvolles Vorgehen bei der Bekämpfung von Krebs dringend nötig ist. Initiiert vom Bundesministerium für Gesundheit, der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutsche Tumorzentren, enthält der Plan mehr als 100 Empfehlungen zu insgesamt 13 Zielen in vier Handlungsfeldern. Doch wie steht es heute, im Jahr 2017, um die Umsetzung des Plans? Hat er die Krebsbekämpfung grundsätzlich verbessert?

Krebs früh erkennen

Frühzeitig erkannt und therapiert, lässt sich Krebs oft leichter behandeln. In einigen Fällen gelingt es sogar, Gewebeveränderungen zu entfernen, noch bevor sie bösartig werden. Das Krebsfrüherken-

nungs- und -registergesetz (KFRG) von 2013 greift deshalb auch zentrale Empfehlungen des NKP zur Früherkennung auf. Es schafft den rechtlichen Rahmen, um die bestehenden Früherkennungsangebote für Gebärmutterhals- und Darmkrebs in qualitätsgesicherte, organisierte Programme mit persönlichen Einladungen zu überführen.

„Die Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung ist ein wichtiger Aspekt.“

Die Umsetzung dieser Maßnahmen soll bis Ende 2017 abgeschlossen sein. Dabei wird es unter anderem auch darum gehen, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung durch geeignete Informationsangebote zu stärken. Aktuellen Untersuchungen zufolge liegt gerade hier einiges im Argen: Rund 44 Prozent der Deutschen weisen eine eingeschränkte und weitere zehn Prozent sogar eine unzureichende

Gesundheitskompetenz auf. Das bedeutet, sie finden sich nur schlecht im Dschungel der Gesundheitsinformationen zurecht.

Qualität fördern und entwickeln

Die Überlebenschancen von Krebspatientinnen und -patienten hängen wesentlich vom Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung ab. Deshalb fordert der Nationale Krebsplan einheitliche Konzepte

Inhalt

Titelthema Nationaler Krebsplan	1
Editorial Dr. Johannes Bruns	2
Nachgefragt	3
Zwischen Wunsch und Wirklichkeit	4
Arzt und Patient auf Augenhöhe?	4
Bessere Netzwerke – mehr Wissen	5
Herausforderungen beim	
Registeraufbau	6
Mischpreise in der Onkologie	6
Service	7
DKG Spezial / Impressum	8

Liebe Leserinnen und Leser,

Ihre Rückmeldungen zu unserer ersten Ausgabe unseres Newsletters haben uns gezeigt, dass unser Anliegen, die Versorgungszusammenhänge in der Onkologie zu beleuchten, auf Ihr Interesse stößt – herzlichen Dank dafür. In der zweiten Ausgabe geht es um den Nationalen Krebsplan (NKP) und seine Umsetzung. Das Thema haben wir aus gegebenem Anlass gewählt: Ende Mai lud das Bundesministerium für Gesundheit zur zweiten Nationalen Krebskonferenz ein – ein willkommener Anlass, um den Stand der Umsetzung zu reflektieren.

Als Mitinitiatorin hat die Deutsche Krebsgesellschaft, gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, viel dazu beigetragen, dass der NKP ins Leben gerufen und mit Leben erfüllt wurde. Darauf sind wir stolz. Doch noch immer ist der Weg medizinischer Innovationen vom Labor zum Krankenbett weit. Dabei ist der rasche und sichere Zugang zu medizinischen Innovationen für alle betroffenen Krebspatienten essenziell. Zum Zeitpunkt der Zulassung einer neuen Therapie lässt sich bestenfalls das Potenzial abschätzen, das sie im Vergleich zum etablierten Behandlungsstandard mitbringt. Genauere Daten dazu müssen im Versorgungsalltag generiert werden – „Wissen generierende“ onkologische Versorgung lautet das Stichwort in diesem Zusammenhang. Was sich dahinter verbirgt, wollen wir Ihnen in dieser Ausgabe ebenfalls vorstellen. Eine Infografik und ein ergänzendes Videointerview finden Sie auf www.krebsgesellschaft.de/360-grad-onkologie.

Ich freue mich, wenn wir mit unserem Newsletter Ihr Interesse wecken. Schreiben Sie mir, wenn Sie Anregungen, Kommentare oder Kritik haben.

Mit besten Grüßen
Dr. Johannes Bruns



© Georg Rother

für die Qualitätssicherung, Qualitätsförderung und eine Zertifizierung onkologischer Behandlungseinrichtungen. Das Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft bietet dafür ein exzellentes Modell. Die ersten zertifizierten Zentren gingen 2003 an den Start; mittlerweile werden dort mehr als 200.000 Krebspatienten jährlich behandelt. Die DKG-Zertifizierung ist freiwillig und hat unsere Erfahrungen mit der onkologischen Qualitätsentwicklung erheblich erweitert. Doch wie profitieren möglichst alle Krebsbetroffenen von diesen Erfahrungen? Und welche Mindeststandards sollten für alle gelten? Die Diskussion konzentriert sich derzeit auf strukturelle Qualitätsmerkmale. Im ambulanten Bereich fehlen zum Beispiel Krebsberatungsstellen, damit Betroffene, wie in Ziel 9 des NKP gefordert, bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung erhalten können (siehe 360° Onkologie / Ausgabe 01). Wir hoffen sehr auf eine Regelfinanzierung der ambulanten Krebsberatung in der nächsten Legislaturperiode.

Seit 2013 existiert außerdem ein gesetzlicher Rahmen für den Ausbau klinischer Krebsregister – auch das ist als Ziel im NKP verankert. Diese Register erfassen personenbezogene Daten und ermöglichen die vollständige Dokumentation und Auswertung aller Behandlungsschritte von der Krebsdiagnose bis zur Nachsorge. Bis Ende 2017 sollen sie in allen Bundesländern arbeiten, in einigen sind sie bereits aktiv. Ihr flächendeckender Ausbau im föderalen System der Bundesrepublik ist nicht einfach. Dennoch: Für die Qualitätsentwicklung und Steuerung der Krebsversorgung sind sie unabdingbar.

Sicht der Betroffenen einbeziehen

Viel ist in den letzten Jahren über Handlungsfeld 4 des NKP, die Stärkung der Patientenorientierung, diskutiert worden. Die Frage, wie die Patienten selbst ihre Lebensqualität bewerten, hat lange Zeit eine untergeordnete Rolle gespielt. Das ändert sich derzeit zum Glück. Entscheidend ist auch, dass Erkrankte nicht im

komplexen Gesundheitssystem verloren gehen. Besonders ausgebildete Lotsen, die sie während des gesamten Verlaufs ihrer Erkrankung begleiten, könnten hier wichtige Unterstützung bieten, so der Vorschlag einer Gruppe aus Parlamentariern sowie Vertretern der Krankenkassen, von Ärzte- und Wissenschaft sowie Patientenorganisationen.

Der Nationale Krebsplan hat einen wesentlichen Anteil an den grundlegenden Verbesserungen und Fortschritten in der Krebsversorgung der letzten Jahre, auch weil er den Austausch aller Akteure in der onkologischen Versorgung förderte. Dennoch sind die gesteckten Ziele längst noch nicht alle erreicht. Wir brauchen eine bessere Koordination der Krebsversorgung insgesamt, eine stärkere Patientenorientierung und ein Innovationsmanagement, das den Wissenstransfer fördert, interdisziplinär und sektorenübergreifend.

Prof. Dr. Peter Albers
Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
peter.albers@med.uni-duesseldorf.de

Nachgefragt beim GKV-Spitzenverband



Dr. Doris Pfeiffer
Vorstandsvorsitzende GKV-Spitzenverband
presse@gkv-spitzenverband.de

Aus der Vielzahl der Initiativen im Nationalen Krebsplan möchte ich zum einen die Krebsfrüherkennung herausgreifen – Teilnehmeraten und Organisationsgrad der Angebote sind zum Teil unbefriedigend. Eine Erweiterung der Angebote lässt sich vergleichsweise reibungslos umsetzen. Schwierig wird es, wenn wissenschaftlich überholte Leistungsangebote abgelöst werden müssen, wie zum Beispiel der jährliche PAP-Test zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs. Wir haben aber inzwischen im Gemeinsamen Bundesausschuss abgestimmt, dass künftig bei Frauen ab 35 Jahren statt des jährlichen Zytologiescreenings alle drei Jahre

ein kombiniertes Screening mit HPV-Test und Zytologie stattfinden soll. Ein zweiter wichtiger Punkt ist der Aufbau von klinischen Krebsregistern. Der Gesetzgeber hat die Finanzierungsverantwortung für die Register auf die Krankenkassen übertragen. Verantwortlich für ihren Aufbau und Betrieb sind hingegen die Bundesländer. Ende 2017 werden die Krankenkassen erstmals prüfen, ob die Register inzwischen die Anforderungen für die finanzielle Förderung erfüllen. Ich habe den Eindruck, dass einige Bundesländer ihre Anstrengungen in diesem Bereich noch deutlich intensivieren müssen.



Prof. Dr. Anton Scharl
Klinikum St. Marien, Amberg
scharl.anton@klinikum-amberg.de

Nachgefragt beim Behandler

Durch den Nationalen Krebsplan hat insbesondere die Diskussion um die Qualität der Krebsversorgung Auftrieb erhalten. Initiiert von der Deutschen Krebsgesellschaft steht heute ein flächendeckendes Netz zertifizierter onkologischer Behandlungsstrukturen mit über 1.000 Organkrebszentren, fast 100 onkologischen Zentren und 13 Comprehensive Cancer Centers zur Verfügung. An den Zentren ist die psychoonkologische und psychosoziale Versorgung

integriert. Zudem entstanden im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie 19 Leitlinien der höchsten Stufe (S3), manche bereits mehrfach aktualisiert. Weitere sind in der Entwicklung. Alle S3-Leitlinien werden begleitet von Patientenleitlinien. Problematisch ist die unzureichende und ungesicherte Finanzierung der zertifizierten Strukturen. Auch die flächendeckende Etablierung der klinischen Krebsregister wird dringend erwartet.



Prof. Dr. Hermann Brenner
Deutsches Krebsforschungszentrum,
Heidelberg
h.brenner@dkfz-heidelberg.de

Nachgefragt bei der Forschung

Als Präventionsforscher habe ich an den NKP-Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Darmkrebsvorsorge mitgewirkt. Diesen Empfehlungen folgend fordert das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) 2013 die Einführung eines organisierten Darmkrebscreenings innerhalb von drei Jahren. Die Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe ist überfällig. Eine weitere Vorgabe des KFRG, die Ablösung der herkömmlichen chemischen Tests auf Blut im Stuhl durch neuere, deutlich sensitivere immunochemische Tests, wurde

zum 1. April 2017 umgesetzt. Dringend wünschenswert wäre aber die gezielte Einladung der Anspruchsberechtigten mit der Zusendung der Tests im Rahmen eines organisierten Screeningprogramms – so würde die Teilnahme leichter fallen und die bisher sehr geringe Nutzung der Stuhlbluttests ließe sich deutlich verbessern. Auch sollte die initiale Förderung der Forschung zur Umsetzung des NKP, die mittlerweile gänzlich auslief, dringend ausgebaut und weitergeführt werden.

Lücke zwischen Wunsch und Wirklichkeit

Der Begriff „partizipative Entscheidungsfindung (PEF)“ beschreibt einen Ansatz, bei dem Ärzte und Patienten auf Basis der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz gemeinsam über eine Behandlung entscheiden. Patienten, die mitentscheiden möchten, sollten über Vor- und Nachteile der verschiedenen Behandlungsoptionen informiert und nach ihren Präferenzen gefragt werden. PEF ist seit den späten 1990er-Jahren ein zentrales Thema in der internationalen Versorgungsforschung und -praxis. Für eine gemeinsame Entscheidung lassen sich zum einen ethische Gründe anführen. Andererseits belegen Studien, dass PEF die Therapietreue und die Wahl konservativerer Behandlungen fördert. PEF wird inzwischen von vielen Seiten gefordert, darunter von vielen Patienten. Medizinische Leitlinien, Disease-Management-Programme, Zertifizierungsanforderungen sowie das Patientenrechtegesetz tragen dem Rechnung. Auch das Studium der Humanmedizin soll künftig angehenden Ärzten PEF-Kompetenz vermitteln. Mittlerweile existieren sogar Entscheidungshilfen, deren Wirksamkeit durch ran-

domisiert kontrollierte Studien belegt ist. Bei allem Optimismus stellt sich jedoch die Frage, ob der Trend in Richtung PEF auch in der Versorgungsrealität angekommen ist. Aufschluss darüber gibt eine Befragung, die jährlich vom Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln durchgeführt wird. Befragt wurden insgesamt mehr als 40.000 Brustkrebspatientinnen, die in einem von 50 Brustzentren in Nordrhein-Westfalen operiert worden waren. Die Auswertung der Antworten aus zehn auseinanderfolgenden Jahren ergab lediglich einen leichten Anstieg der PEF-Rate mit der Zeit. Angesichts des Ausbleibens einer deutlichen Zunahme müssen wir uns fragen, ob PEF von Praxis und Politik tatsächlich gewollt ist und welche Hemmnisse der Implementierung von PEF im Wege stehen.

Jun.-Prof. Dr. Lena Ansmann
IMVR, Universität zu Köln
lena.ansmann@uk-koeln.de

Arzt und Patient auf Augenhöhe?

Partizipative Entscheidungsfindung – ein Ziel im Nationalen Krebsplan trägt diese sperrige Bezeichnung. Gemeint ist damit, dass sich Arzt und Patient auf Augenhöhe begegnen. So wünschenswert diese Vorstellung ist, so schwierig ist sie zu erreichen. Selbst wenn beide Seiten aus Überzeugung das paternalistische Arztbild hinter sich lassen, gibt es jede Menge objektive Hindernisse. Auf der einen Seite steht der Krebspatient, nach der Diagnoseeröffnung psychisch extrem belastet. Sein Leben gerät gerade aus den Fugen; die Furcht, es zu verlieren, raubt ihm fast den Verstand. Völlig unbekannte Menschen, zu denen er keinerlei Vertrauensverhältnis aufbauen konnte, reden über die intimsten Dinge mit ihm. Und alle behaupten, nur sein Bestes zu wollen. Nicht selten geht dabei die Orientierung verloren. Ihm gegenüber stehen Fachleute, gut ausgebildet, hoch motiviert und leistungsorientiert. Die Krankheit, die ihn erschüttert, ist

für sie normal, ein kleiner Teil ihres Berufsalltags. Sie wissen – zumindest statistisch – um die Risiken und Chancen, sie kennen Mittel und Wege, den Krebs zu bekämpfen, wissen aber auch um die Aussichtslosigkeit in manchen Fällen. Diese Situation macht jeden Wettstreit um medizinisches oder administratives Wissen überflüssig und unnötig. Nur Vertrauen schaffende Offenheit auf beiden Seiten kann die notwendige Augenhöhe herstellen. Eine bessere Ausbildung (und Bezahlung) der Fachleute im Hinblick auf eine sprechende und zuhörende Medizin einerseits und die wachsende Selbsthilfe und Stärkung der Patienten helfen allen.

Ralf Rambach
Vorsitzender des Vorstandes
Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband
rambach@hausderkrebselbsthilfe.de



Photographie.eu, stock.adobe.com/de

Bessere Netzwerke – mehr Wissen

Jedes Jahr erkranken 500.000 Menschen in Deutschland neu an Krebs. Damit sie eine gute und umfassende Versorgung bekommen, ist ein enges Zusammenspiel von Behandlung und Forschung sowie

eine abgestimmte Zusammenarbeit der Leistungserbringer nötig. Zu diesem Ergebnis kommt das Positionspapier einer Arbeitsgruppe aus Parlamentariern sowie Vertretern der Ärzte- und Wissenschaft,

der Krankenkassen und Patientenorganisationen. Das Papier, das im März 2017 vorgestellt wurde, präsentiert konkrete Ansätze für eine „Wissen generierende“ onkologische Versorgung, die den raschen und sicheren Zugang zu medizinischen Innovationen für alle betroffenen Patienten ermöglichen soll. Um dieses Ziel zu erreichen, schlägt die Arbeitsgruppe vor, den Zugang zu Innovationen künftig über sogenannte translationale Tumorboards zu gewähren – sie kooperieren bei der Anwendung der Innovation eng mit den Ärzten, die den Patienten behandeln. Alle an der Behandlung Beteiligten verpflichten sich zur Dokumentation der Behandlungsdaten in klinischen Krebsregistern. Die Register geben die Daten in anonymisierter Form weiter und ermöglichen damit ihre Nutzung für Forschungszwecke und für die Patientenversorgung.

Zugang zum Positionspapier unter
www.krebsgesellschaft.de/positionen.html



© vladimirfloyd, stock.adobe.com/de

Solide Daten statt Black Box

Behandelnde Ärzte stehen bei der Anwendung einer medizinischen Innovation häufig vor einem Dilemma: Einerseits wollen sie, dass der Patient rasch davon profitiert, andererseits gibt es bei der Anwendung Unwägbarkeiten: Ist diese Therapie sicher bei multimorbiden Patienten, welche Dosierung ist in solchen Fällen die richtige, wie wird die Wirksamkeit durch die Vorbehandlung beeinflusst? Diese Fragen lassen sich durch die Studiendaten, die bei Zulassung oder kurz danach vorliegen, oft nicht beantworten.

Dazu kommt noch ein anderer Aspekt: Grundsätzlich gehört Deutschland zwar zu den Ländern in Europa, in dem zugelassene Medikamente am schnellsten für Patienten zur Verfügung stehen. Aber nach der Zulassung müssen sie noch die Hürde der frühen Nutzenbewertung nehmen, die die Grundlage für die Preisverhandlung zwischen Hersteller und Krankenkassen

bildet. Diese Nutzenbewertung liefert immer wieder Anlass für Diskussionen – zum Beispiel, wenn vielversprechende Medikamente vom Markt genommen werden, weil der Nachweis eines Zusatznutzens im Vergleich zum etablierten Standard als nicht erbracht bewertet wurde und die anschließenden Preisverhandlungen scheitern. Andererseits: Zu einigen Innovationen haben Patienten Zugang, obwohl nicht klar ist, wie diese Verfahren im Vergleich zum etablierten Standard abschneiden – ich denke da zum Beispiel an die minimal-invasive roboterassistierte chirurgische Entfernung der Prostata beim Prostatakarzinom.

Bislang fehlt leider ein Prozess, der den Patienten, die von einer medizinischen Innovation profitieren könnten, zu einer guten Versorgung verhilft und gleichzeitig strukturiert Wissen über die Anwendung dieser Innovation generiert. Dieser Prozess

muss sektorenübergreifend und interdisziplinär organisiert sein. Idealerweise gründet er auf regionalen Netzwerken, die bei Bedarf den Zugang zu weiteren Spezialisten gewährleisten. Ganz wesentlich: Alle Beteiligten in diesen Netzwerken sollten bereit sein, den eingeschlagenen Behandlungsweg in klinischen Krebsregistern zu dokumentieren. Die Auswertung würde solide Daten liefern, um den Nutzen der Innovation besser beurteilen zu können. Der Vorteil für die betroffenen Patienten: Sie würden unter kontrollierten Bedingungen betreut. Und bei Innovationen an der Schwelle zur Regelversorgung hätten wir am Ende bessere Argumente für oder gegen ihre Aufnahme in den GKV-Leistungskatalog.

Dr. Johannes Bruns
Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Berlin
bruns@krebsgesellschaft.de

Herausforderungen beim Registeraufbau

Bis Ende 2017 sollen die klinischen Krebsregister in allen Bundesländern ihre Arbeit aufnehmen und Behandlungsverläufe von der Diagnose über die gesamte Therapie bis hin zur Nachsorge flächendeckend erfassen. Für den Aufbau erhalten die Länder eine Anschubfinanzierung, ab Ende 2017 übernehmen die Kassen die Kosten ganz – sofern bestimmte Prüfkriterien erfüllt sind: die vollzählige und vollständige Erfassung

einer Krebserkrankung zu mehr als 90 Prozent, die Erfassung von Therapien anhand etablierter Qualitätsindikatoren und die Dokumentation neuer Therapien, etwa im medikamentösen Bereich. Alle Länder haben Gesetze zur Umsetzung geschaffen oder stehen davor, sie zu verabschieden. Zu den Herausforderungen zählt beispielsweise die Schaffung einer optimalen Meldestruktur. Meldeportale,

wie in einigen Ländern angestrebt, bergen die Gefahr, dass die Daten nach der Eingabe nicht mehr überprüft werden können. In einigen Fällen verhindern auch datenschutzrechtliche Vorgaben die Datenerhebung. Zum Beispiel dürfen in Brandenburg Meldungen aus der Nachsorge Erkrankter nur im Falle eines Rezidivs aufgenommen werden, obwohl die Verläufe bestimmter Tumormarker oder das Auftreten von Nebenwirkungen in dieser Phase wichtige Indikatoren für die Qualität der Primärtherapie sein können. Zu Forschungszwecken formieren sich derzeit außerdem organspezifische Registerstrukturen. Sie verfolgen zwar notwendige Fragen, führen aber ohne die Nutzung möglicher Synergien mit den Krebsregistern zu Parallelstrukturen.

Diese Probleme sind mit Geduld und im Dialog mit Ärzten, Kassen, Fachgesellschaften, Selbstverwaltung und Politik lösbar. Wenn wir ernsthaft daran interessiert sind, mehr über die Qualität der Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten zu erfahren und sie zu optimieren, sollten wir sie unbedingt unterstützen.

PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke
Arbeitsgemeinschaft Deutscher
Tumorzentren e.V., Berlin
monika.klinkhammer-schalke@ukr.de



Mischpreise im AMNOG-System

Das Landessozialgericht Berlin/Brandenburg entschied im März und Juni 2017, dass Mischpreise rechtswidrig seien. Das Urteil ist überraschend und es bleibt abzuwarten, ob es in dem erwarteten Revisionsverfahren beim Bundessozialgericht Bestand haben wird. Gleichwohl wirft es spannende Fragen zum Umgang mit Nutzenbewertung und Preisfindung für patentgeschützte Arzneimittel auf.

Worum geht es? Seit 2011 werden Arzneimittel mit neuen patentgeschützten Wirkstoffen innerhalb von sechs Monaten einer Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unterzogen. Anschließend folgen Preisverhandlungen zwischen dem pharmazeutischen Hersteller und dem

GKV-Spitzenverband, bei Nichteinigung entscheidet eine Schiedsstelle. Das Gesetz unterscheidet zwei Konstellationen: Das Arzneimittel hat einen Zusatznutzen gegenüber der vom G-BA festgelegten zweckmäßigen Vergleichstherapie (zVT) – dann wird ein Erstattungsbetrag als Aufschlag auf die Kosten der zVT festgelegt, der das Ausmaß des Zusatznutzens berücksichtigt. Oder das Arzneimittel hat gegenüber der zVT keinen Zusatznutzen, dann dürfen die Preisverhandlungen nicht zu höheren Jahrestherapiekosten als bei der zVT führen.

In der Realität aber kommt häufig eine im Gesetz nicht ausdrücklich geregelte Konstellation vor: Für mindestens eine Subgruppe von Patienten hat der G-BA einen

Zusatznutzen gefunden, für andere hingegen nicht. In den Preisverhandlungen und in der Schiedsstelle setzt man in diesem Fall einen Mischpreis ein. Das heißt, es wird für die unterschiedlichen Patientengruppen jeweils ein spezifischer Preis gebildet, der den Gegebenheiten in der jeweiligen Patientengruppe Rechnung trägt. Anschließend berechnet man mittels der so gebildeten teilgruppenspezifischen Preise einen gewichteten Mittelwert.

Das Modell der Mischpreise ist nicht ohne Probleme. Insbesondere fällt auf, dass auf der Landesebene Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen in den Patientengruppen ohne Zusatznutzen das Präparat für unwirtschaftlich erachten, da es trotz Mischpreise für diese Pati-

enten teurer als die Vergleichstherapie ist. Der Wirtschaftlichkeitsbegriff des AMNOG und das Wirtschaftlichkeitsverständnis der regionalen Ebene fallen auseinander.

Eine Lösung dieser Probleme ist notwendig. Sie kann allerdings durch ein Verbot von Mischpreisen, wie sie das Landessozialgericht verfügt hat, nicht erreicht werden. Nach dessen Vorstellungen sollte der Preis regelhaft nur die Indikationen mit Zusatznutzen berücksichtigen und das

Arzneimittel in den Indikationen ohne Zusatznutzen nicht eingesetzt werden – dies sollte der G-BA durch einen Verordnungsaußchluss unterstützen. Die implizite Annahme des Landessozialgerichts, das Arzneimittel sei in der Indikation ohne Zusatznutzen grundsätzlich nicht sinnvoll einsetzbar, geht allerdings fehl. Denn kein Zusatznutzen heißt ja nicht „ohne Nutzen“. Oftmals ist das Präparat durchaus eine sinnvolle Erweiterung des therapeutischen Angebotes bei die-

sen Patientengruppen. Der Gesetzgeber sollte deshalb nachjustieren und klarstellen, dass Mischpreise nicht rechtswidrig sind. In dieser Wahlperiode war dies nicht mehr mit der hinreichenden Gründlichkeit diskutierbar. Daher sollte die Thematik zu Beginn der nächsten Legislatur auf die politische Agenda.

Prof. Dr. Jürgen Wasem
Lehrstuhl für Medizinmanagement,
Universität Duisburg-Essen
juergen.wasem@medman.uni-due.de

Service

Förderung für Onkologieprojekte

Mit einer jährlichen Summe von 200 Millionen Euro bis 2019 fördert der Innovationsfonds die Erprobung neuer Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Voraussetzung für den Erhalt der Fördergelder ist die Beteiligung einer Kasse als Partner. Unter den geförderten Projekten befinden sich auch fünf Onkologieprojekte.

CARE for CAYA – Ganzheitliches Präventionsprogramm für junge Patienten nach überstandener Krebserkrankung im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter (CAYAs)

Bundesländer: Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen

Projektziel: Verbesserung der Nachbetreuung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15–39 Jahren und langfristig Senkung bzw. Vermeidung von Folgeerkrankungen.

FARKOR – Vorsorge bei familiärem Risiko für das kolorektale Karzinom (KRK)

Bundesland: Bayern

Projektziel: Risikoangepasste Darmkrebsvorsorge für familiär mit Darmkrebs belastete Menschen und Senkung der Darmkrebssterblichkeit bei den unter 50-Jährigen.

isPo – Integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie

Bundesland: Nordrhein-Westfalen

Projektziel: Abbau von Ängsten und Depressionen bei Krebspatientinnen und -patienten im stationären und ambulanten Sektor, Verbesserung ihrer psychosozialen Situation und Förderung der Selbsthilfe.

OSCAR – Onkologisches Social Care Projekt der BKK

Bundesland: Nordrhein-Westfalen

Projektziel: Verbesserung der sozialmedizinischen Beratung onkologischer Patientinnen und Patienten, um ihre Lebensqualität zu erhöhen und ihre Selbstbestimmung bei der Behandlung in den Mittelpunkt zu rücken.

PIKKO – Patienteninformation, -kommunikation und Kompetenzförderung in der Onkologie

Bundesland: Saarland

Projektziel: Bereitstellung eines zusätzlichen Beratungs- und Informationsangebots, bestehend aus einem Onko-Lotsen, der Betroffene durch die Therapie begleitet, einer spezialisierten onkologischen Beratung sowie einer Onko-Datenbank.



DKG-Spezial

Aktivitäten

QoCC 2017

Ende März luden die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) und die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) bereits zum dritten Mal zur „Quality of Cancer Care“-Konferenz ein. Auf der Veranstaltung wurden verschiedene Ansätze zur Qualitätsentwicklung diskutiert: Eine 1:1-Übernahme der DKG-Zertifizierung als verpflichtende Mindestanforderung sei derzeit nicht vorgesehen, so die Vertreter von G-BA und IQTIG auf dem QOCC 2017. Bei der Weiterentwicklung wolle man aber mit der DKG zusammenarbeiten und Synergien nutzen.

www.qocc.de

Dr. Christoph Kowalski
kowalski@krebsgesellschaft.de

Neues Zertifizierungsmodul

Ab sofort steht die DKG-Zertifizierung auch für pädiatrisch-onkologische Einrichtungen offen. Zertifizierte Kinderonkologische Zentren gewährleisten die Versorgung krebskranker Kinder durch ein interdisziplinäres Team, in dem neben Kinder-Hämatologen/Onkologen unter anderem auch Kinderchirurgen, Kinderradiologen, Pathologen und Strahlentherapeuten vertreten sein müssen. Für Kontinuität der Versorgung am Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter sorgt eine spezielle interdisziplinäre Survivor-Sprechstunde.

Jumana Mensah
mensah@krebsgesellschaft.de

German Cancer Survivors Day 2017

Dank besserer Therapien leben mittlerweile immer mehr Menschen mit oder nach einer Krebserkrankung unter uns. Nicht immer ist der Alltag nach überstandener Therapie leicht. Um Mut zu machen, die Krankheit Krebs als Lebenssituation in den Alltag zu integrieren, lud die Deutsche Krebsstiftung am 1. Juni zum 3. German Cancer Survivors Day ein. Betroffene kamen im Sony Center in Berlin zusammen und schilderten ihre ganz persönlichen Erfahrungen mit der Erkrankung im Interview.

www.deutsche-krebsstiftung.de/projekte_gcsd

Iris Meumann
meumann@deutsche-krebsstiftung.de

Termine

Brennpunkt Onkologie, Berlin

19. September und 28. November 2017
www.krebsgesellschaft.de/brennpunkt-onkologie

AIO-Herbstkongress, Berlin

16. bis 18. November 2017
www.aio-herbstkongress.de

Offene Krebskonferenz OKK, Rostock

18. November 2017
Veranstaltung für Betroffene, Angehörige und Interessierte.
www.krebsgesellschaft.de/okk.html

Deutscher Krebskongress, Berlin

21. bis 24. Februar 2018
www.dkk2018.de

Neues Brustkrebsportal

„Brustkrebs – das Gesundheitsportal“ ist eine digitale Initiative von BILD gemeinsam mit der Deutschen Krebsstiftung (der Stiftung der Deutschen Krebsgesellschaft) sowie Pfizer Deutschland. Das Portal wird von BILD unter fachlicher Beratung von Experten der Deutschen Krebsgesellschaft erstellt. Pfizer unterstützt das Portal durch die Buchung von als Anzeige gekennzeichneten Kooperationsflächen. Das Portal bietet Patientinnen alle zwei bis vier Wochen die Möglichkeit, mit Experten zu chatten.

www.bild.de/ratgeber/gesundheit/brustkrebsportal/brustkrebs-51646158.bild.html

Dr. Katrin Mugele
mugele@krebsgesellschaft.de



© Renate Babnik / DKG

Impressum

Herausgeber

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Kuno-Fischer-Str. 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 Juni 2017

Auflage 2.500

Bestellung/Abbestellung per E-Mail

Renate Babnik, babnik@krebsgesellschaft.de

ISSN 2510-4268