

360° Onkologie 01

Krebs und Politik – eine Publikation
der Deutschen Krebsgesellschaft
Ausgabe 01 | Februar 2017

WISSEN AUS ERSTER HAND

Psychoonkologie

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

Spagat zwischen Bedarf und Finanzierung

Eine Krebserkrankung ist für die Betroffenen und ihre Angehörigen mit einer Vielzahl von Belastungen verbunden – sie erleben den Verlust von Normalität, eine radikale Veränderung ihrer Lebensperspektive und oft auch ihrer Rolle im familiären oder beruflichen Umfeld. Gefühle wie Unsicherheit, Angst, Wut und Verzweiflung sind oft die Folge. Etwa ein Drittel aller Krebspatienten leidet unter einer psychischen Belastung; 40 Prozent kämpfen mit sozialen Problemen, etwa finanziellen Einschränkungen oder Hindernissen bei der Rückkehr in den Beruf. Hinzu kommen körperliche Belastungen durch die Therapie und ihre Spätfolgen.

Der Beratungsbedarf von Krebspatienten ist wissenschaftlich belegt und in der 2014 publizierten S3-Leitlinie „Psychoonkologische Versorgung von Krebspatienten“ erläutert. Demnach sollte jedem Krebspatienten an jeder Stelle seines Versorgungsweges der Zugang zur Krebsberatung ermöglicht werden. Auch die Ziele

9 und 11a/b des Nationalen Krebsplans (NKP) haben die psychoonkologische Versorgung und Beratung von Krebspatienten zum Gegenstand.

Ambulante Beratung gefragt

Zumindest in den über 1.000 Zentren mit einer Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft zählt die psychoonkologische Versorgung zu den jährlich dokumentierten und überprüften Qualitätskriterien. Doch viele Fragen treten erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus auf. Geht man davon aus, dass Krebserkrankungen zunehmend chronisch verlaufen, wird der ambulante Beratungsbedarf weiter steigen. Wichtige Anlaufstellen bieten in Deutschland gemeinnützige Träger wie die freie Wohlfahrtspflege, die 16 Landeskrebsgesellschaften und die Deutsche Krebshilfe. Sie betreiben insgesamt über 150 Krebsberatungsstellen, zumeist in größeren Städten. Wer auf dem Land lebt, hat oft das Nachsehen. Eine umfassende

Bestandsaufnahme und Analyse wird derzeit im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erstellt; die Ergebnisse liegen 2018 vor.

„Der ambulante Beratungsbedarf der Patienten wird in den nächsten Jahren steigen.“

Inhalt

Titelthema Psychoonkologie	1
Editorial Dr. Johannes Bruns	2
Nachgefragt	3
Überleben – eine Frage des Geldes?	4
Lungenkrebsmedikament: Marktrücknahme	5
Doppelte Register – doppelter Aufwand?	6
Krebs-Apps: Qualität kaum einschätzbar	6
Service	7
DKG/Impressum	8

Liebe Leserinnen und Leser,

die Deutsche Krebsgesellschaft freut sich sehr, Ihnen die erste Ausgabe von 360° Onkologie präsentieren zu dürfen. Mit unserer Newsletterreihe wollen wir Ihre Aufmerksamkeit auf Versorgungszusammenhänge in der Onkologie lenken, auf medizinische Innovationen und auf die Frage, wie beides das Leben von Krebspatienten beeinflusst und welche Konsequenzen sich daraus für die politische Steuerung im Gesundheitswesen ergeben.

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



Krebs ist eine komplexe Erkrankung. Um den Tumor optimal zu behandeln, müssen oftmals Operationen, Bestrahlungen und Medikamente kombiniert werden. Für die Lebensqualität des Patienten kann aber auch der Zugang zu einer psychosozialen Beratung entscheidend sein. Aus diesem Grund haben wir dieses Thema als Aufmacher für unsere erste Ausgabe ausgewählt. Obwohl die Krebsberatung eine aus unserer Sicht unverzichtbare Lotsenfunktion für Patienten und ihre Angehörigen erfüllt, stagniert derzeit die flächendeckende Etablierung in Deutschland. Die Zusammenhänge haben wir für Sie auf Seite 1 bis 2 zusammengefasst. Eine Infografik und ein ergänzendes Videointerview finden Sie auf www.krebsgesellschaft.de/360-grad-onkologie.

Die Deutsche Krebsgesellschaft hat eine lange Tradition als interdisziplinäre medizinische Fachgesellschaft; unsere Expertise reicht von der experimentellen über die interistische Onkologie bis hin zur sozialen Arbeit. Für gute gesundheitspolitische Lösungen ist der Dialog der Politik mit Ärzten mitten im Versorgungsgeschehen wichtig. Es würde mich freuen, wenn wir mit unserem Newsletter etwas zu diesem Austausch beitragen können. Schreiben Sie mir, wenn Sie Anregungen, Kommentare oder Kritik haben.

Mit besten Grüßen
Dr. Johannes Bruns

Nachhaltige Finanzierung fehlt

Doch angesichts einer Rate von mehr als 500.000 jährlichen Neuerkrankungen ist schon jetzt klar, dass die bestehenden Angebote den psychoonkologischen Versorgungsbedarf nicht decken können. Dabei füllen die Krebsberatungsstellen eine Lücke, die sich anders kaum schließen lässt: Niedergelassene Psychotherapeuten sind in der Regel keine geeigneten Ansprechpartner, da bei den meisten Krebserkrankten keine psychische Erkrankung vorliegt. Und in der Krebselbsthilfe finden Patienten zwar wertvolle Unterstützung durch andere Betroffene; psychoonkologisch weitergebildete Fachkräfte kann die Selbsthilfe aber nicht ersetzen. Denn eine qualifizierte Beratung differenziert zwischen seelischen und sozialen Belastungsursachen, um gemeinsam mit dem Patienten geeignete Lösungskonzepte zu entwickeln. In einigen Fällen geht es auch um das Vermitteln medizinischer Informationen und Ansprechpartner. All das setzt

eine entsprechende Vernetzung sowie Beratungs- und Fachkompetenz voraus. Deutlich erschwert wird der flächendeckende Ausbau der ambulanten Krebsberatung durch das Fehlen einer nachhaltigen Finanzierung. Krebsberatungsstellen arbeiten derzeit meist auf der Basis von Spenden oder befristeten Projektmitteln. Zwar besteht Einigkeit darüber, dass die Beratung und Unterstützung von belasteten Krebsbetroffenen eine gesellschaftlich getragene Aufgabe sein muss. Im Zuge der Diskussion über ihre konkrete Ausgestaltung wurde aber leider die Zusage für eine Regelfinanzierung auf unbestimmte Zeit verschoben.

Aufschub schwer akzeptierbar

Aus Sicht der Anbieter ist der Grundstein für eine Konkretisierung bereits gelegt: Es gibt verschiedene Qualitätssicherungskonzepte auf Basis der S3-Leitlinie. Die Deutsche Krebselbsthilfe, selbst Träger von 19 Beratungsstellen, hat im Rahmen eines

Evaluationsprojekts Qualitätsstandards für die ambulante Krebsberatung entwickelt. Seit Mai 2016 liegen auch die Auswertungen dreier BMG-geförderter psychoonkologischer Forschungsprojekte vor. Im Dezember 2016 erschien außerdem das Zielepapier 11b einer Arbeitsgruppe zum Nationalen Krebsplan; es enthält sowohl Vorschläge für die Qualitätssicherung in der Krebsberatung als auch Maßnahmen zur Optimierung bestehender Angebote. Fachwelt und Krebselbsthilfe bauen gemeinsam seit nahezu einem Jahrzehnt auf eine baldige Regelfinanzierung. Ohne eine solche Zusage noch in dieser Legislaturperiode steht zu befürchten, dass die Diskussion um die Finanzierung nach der Bundestagswahl 2017 wieder neu geführt werden muss. Für die betroffenen Patienten und ihre Angehörigen ist das schwer zu akzeptieren.

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



Sabine Schreiber
Leben nach Krebs! e. V., Selbsthilfe für Krebsüberlebende im erwerbsfähigen Alter
sabine.schreiber@leben-nach-krebs.de

Nachgefragt bei der Selbsthilfe

Eine Krebstherapie ist wie ein Marathon, zu dem man sich nicht freiwillig angemeldet hat. Beim Einlauf in die Zielgerade, dem Ende der Therapie, hoffen alle, dass das Leben so weitergeht wie vor der Erkrankung. Aber viele Krebsüberlebende haben weniger Kraft als zuvor.

Der Austausch mit anderen Betroffenen in Selbsthilfegruppen hilft, einen besseren Umgang mit den eigenen veränderten Bedürfnissen zu finden, diese nach außen zu kommunizieren und so einen Weg zurück in den Alltag zu finden.

Besonders herausfordernd ist die Situation für Krebsüberlebende im erwerbsfähigen Alter: Ein Drittel findet nicht wieder zurück ins Arbeitsleben. Viele müssen sich früherberent lassen und leben wegen der niedrigen Rente am Rande des Existenzminimums.

Rechtzeitige Beratung über Fördermöglichkeiten aus einer Hand und ein flexiblerer Arbeitsmarkt, der Homeoffice und Teilzeitstellen ermöglicht, würden zu einer höheren Teilhabe von Krebsüberlebenden führen.



Marie Rösler
AG Soziale Arbeit in der Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.,
roesler@bremerkrebsgesellschaft.de

Nachgefragt bei der Krebsberatung

Krebsbetroffene und ihre Angehörigen stehen vor großen Herausforderungen, nicht nur in der Akutphase der Erkrankung. Soziale und materielle Belastungen werden häufig erst im weiteren Verlauf der Erkrankung oder bei der Rückkehr in den Alltag deutlich. Dazu kommen psychische Probleme. Dann ist ein niederschwelliges, qualifiziertes, gut vernetztes Beratungsangebot gefragt.

Eine solche Beratung bieten beispielsweise die 16 Landeskrebsgesellschaften. Sie betreiben bundesweit insgesamt 128 Beratungsstellen, die 2015 mehr als 60.000

Beratungen durchgeführt haben. Ihrer Arbeit kommt zugute, dass sie regional sehr gut vernetzt sind: mit Kliniken, niedergelassenen Onkologen, Reha-Einrichtungen, Selbsthilfegruppen, Sozialdiensten, Kranken- und Rentenversicherungen sowie den Landesregierungen. Doch viele Beratungsstellen sind spendenfinanziert oder von befristeten Mitteln abhängig. Das macht eine nachhaltige Arbeit schwer. Ich würde mir wünschen, dass die ambulante Krebsberatung künftig regelfinanziert wird – denn der Bedarf bei den Patienten ist groß.



Karin Knufmann-Happe
Abteilung Gesundheitsschutz, Krankheitsbekämpfung, Biomedizin, Bundesministerium für Gesundheit
karin.knufmann-happe@bmg-bund.de

Nachgefragt bei der Politik

Eine angemessene, bedarfsgerechte psychosoziale und psychoonkologische Versorgung trägt dazu bei, die Belastungen Krebskranker und ihrer Angehörigen zu mindern und die Lebensqualität zu erhöhen.

Zu diesem wichtigen Thema hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Rahmen des Nationalen Krebsplans drei Forschungsprojekte gefördert. Darüber hinaus startete im August 2016 ein vom BMG gefördertes zweijähriges Forschungsprojekt, das eine Bestandsaufnahme zur psychoonkologischen Versor-

gung und eine Analyse der Versorgungsdichte – bundesweit und regional differenziert – umfasst.

Parallel zur Bestandsaufnahme werden Expertinnen und Experten des Nationalen Krebsplans Empfehlungen zur Qualitätssicherung und zu Finanzierungsmodellen von ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen erarbeiten. Die zu erwartenden Erkenntnisse der Bestandsaufnahme und die Empfehlungen werden Grundlage der Beratungen über die weitere Ausgestaltung der psychoonkologischen Versorgung sein.

Überleben – eine Frage des Geldes?

Angenommen, zwei Männer aus Berlin sitzen beim Arzt. Da ist zunächst Friedhelm S. aus Charlottenburg, Architekt, 70 Jahre alt, er hat 50 Jahre lang geraucht. Der Arzt teilt ihm mit: Kehlkopfkrebs, Stadium 3. Und da ist Werner K. aus dem Wedding, LKW-Fahrer, 70 Jahre alt, ebenfalls Raucher seit seinem 20. Lebensjahr. Auch bei ihm wird Kehlkopfkrebs im Stadium 3 festgestellt. Wer von beiden lebt wahrscheinlich länger? Und warum?

Sozialer Status hat Einfluss

Die Datenlage ist eindeutig und seit Jahren in vielen Ländern die gleiche: Personen, die in ärmeren Vierteln wohnen, leben nach einer Krebsdiagnose kürzer als jene in wohlhabenden Gebieten. In Großbritannien haben Forscher die häufigsten Krebserkrankungen diesbezüglich untersucht und festgestellt, dass dies ein immer wiederkehrendes Phänomen ist. Am stärksten war der Unterschied bei Männern mit Kehlkopfkrebs. Mehr noch, die soziale Schere ging immer weiter auseinander – in den 1980er Jahren war sie kleiner als in den 2000er Jahren. Man muss dabei bedenken, dass das britische Gesundheitssystem den Zugang zur medizinischen Versorgung auch für Geringverdiener leicht macht. In Deutschland haben wir ein anderes Gesundheitssystem, aber auch hier hängt das Überleben nach Krebs mit der Wohngegend zusammen.

„Das Überleben hängt mit der individuellen sozioökonomischen Position zusammen.“

Lange war jedoch unklar, ob dieser Effekt tatsächlich an der Wohngegend liegt oder eher daran, dass in ärmeren Vierteln eben auch Menschen mit weniger Geld, geringerer Bildung und schlechteren Jobs leben. Man wusste dies nicht, weil man die Daten dafür nicht hatte. Verfügbar waren Daten aus epidemiologischen Krebsregistern. Dort wird erfasst, wann ein Patient diagnostiziert wird und wie lange er lebt. Dokumentiert werden auch

Alter, Geschlecht und Adresse, nicht dagegen Bildungsstand, Arbeit und Höhe des Einkommens. Mittlerweile weiß man aus entsprechenden Untersuchungen: Das Überleben hängt mit der individuellen sozioökonomischen Position zusammen.

Mehr Ursachenforschung nötig

Möglicherweise haben sozioökonomisch schlechter gestellte Patienten zum Zeitpunkt der Diagnose bereits höhere Tumorstadien, die Erkrankung ist daher weniger gut heilbar. In der Tat zeigte sich dies auch in einer deutschen Studie. Trotzdem erklärt das nur einen Teil des Phänomens – wenn man für das Tumorstadium statistisch adjustiert, bleiben die Unterschiede im Überleben erhalten. Eine weitere Erklärung wäre, dass sich die Patienten hinsichtlich ihres Gesundheitsverhaltens (Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung, Bewegung usw.) unterscheiden. Eine aktuelle Studie aus Deutschland zeigte jedoch: Zumindest Rauchen und Alkoholkonsum können die soziale Schere im Überleben nicht erklären. Aus anderen Ländern gibt es Hinweise, dass Patienten mit niedrigem Einkommen eine andere Behandlung erhalten als wohlhabende Erkrankte. Möglicherweise kommt es auch zu Verzögerungen in der Behandlung, entweder weil die Patienten sich zu spät melden oder weil die Ärzte sie unterschiedlich behandeln.

Letztlich wissen wir noch nicht genau, wie dieser Zusammenhang zustande kommt und wie wir die soziale Schere verringern können. Hier ist noch weitere Forschungsarbeit nötig. Was wir aber wissen: Es gibt Überlebensunterschiede, die offenbar nicht durch rein medizinische oder biologische Faktoren zustande kommen. Wenn Friedhelm 80 Jahre alt werden kann, dann sollten wir alles daran setzen, dass Werner dies auch schafft.

Prof. Dr. Susanne Singer

Institut für Medizinische Biometrie,
Epidemiologie und Informatik,
Universitätsmedizin Mainz
singers@uni-mainz.de



Lungenkrebsmedikament: Marktrücknahme nach gescheiterter Preisverhandlung

Im November 2016 wurde das Krebsmedikament Osimertinib vom deutschen Markt genommen. Der Hersteller traf diese Entscheidung, nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dem Medikament keinen Zusatznutzen bescheinigt hatte und erste Preisverhandlungen mit den Kassen gescheitert waren. Osimertinib wird bei bestimmten Patienten mit einem fortgeschrittenen oder metastasierten nicht kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) eingesetzt, wenn andere Medikamente nicht oder nicht mehr anschlagen.

Wirksamer als die Chemo

Bei Osimertinib handelt es sich um ein Medikament gegen ein verändertes Eiweiß, die sogenannte Tyrosinkinase (TK), die aufgrund einer Mutation T790M im EGFR-Gen für die unkontrollierte Teilung der Krebszellen sorgt. Patienten mit der T790M-Mutation sprechen auf andere, sonst hoch wirksame Tyrosinkinase-Inhibitoren nicht an. Für sie bleibt dann nur noch die Chemotherapie – sie schlägt bei 10 bis 35 Prozent der Patienten an und hat beträchtliche Nebenwirkungen.

Verglichen damit, ist das neue Medikament bei Vorliegen einer T790M-Mutation deutlich wirksamer, die Verträglichkeit besser. Die Zahl der Patienten, für die diese Therapie in Frage kommt, wird in Deutschland auf etwa 1.200 pro Jahr geschätzt.

Zulassung im Fast-Track-Verfahren

Der Hersteller hatte für die frühe Nutzenbewertung nach dem deutschen Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) ein Dossier auf Basis der Zulassungsstudien – zwei einarmige Phase-II-Studien mit insgesamt über 400 Patienten – eingereicht. Diese Studien haben zwar in einem Fast-Track-Verfahren zur Zulassung durch die amerikanische und europäische Zulassungsbehörde geführt. Für die Nutzenbewertung werden aber in der Regel kontrollierte randomisierte Studien gefordert.



Nachgefragt beim Experten

Herr Prof. Griesinger, wie beurteilen Sie die Rücknahme?

Für Therapeuten und Patienten ist es schwer zu verstehen, dass sich die Vertreter der Kostenträger und das pharmazeutische Unternehmen nicht einigen konnten. Das Medikament stellt eine wirkliche Innovation für eine molekular und klinisch klar definierte Patientengruppe mit einer Gruppengröße dar, die der bei einer „orphan disease“ ähnelt.

Die Daten der Phase-II-Studie zeigten eine überzeugende Wirksamkeit im indirekten

Vergleich zum bisherigen Standard, der Chemotherapie. Dieser indirekte Vergleich bezog eine bereits abgeschlossene Phase-III-Studie mit einem identischen Patientenkollektiv in der Phase-II-Zulassungsstudie ein.

Daher haben wir erwartet, dass der G-BA dem Medikament, zumindest befristet, einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen beimisst. Stattdessen wurde kein Zusatznutzen bescheinigt, was letztlich zur Marktrücknahme führte. Das Medikament muss jetzt im Ausland beschafft werden.

Seit Dezember 2016 liegen die Ergebnisse eines direkten Vergleichs von Osimertinib und Chemotherapie aus einer randomisiert kontrollierten Phase-III-Studie vor. Die Ergebnisse bestätigten die Ergebnisse der Phase-II-Studie. Außerdem reduzierte das neue Medikament – im Vergleich zur Chemotherapie – das Risiko für das Fortschreiten der Erkrankung um 70 Prozent. Möglicherweise kommt es auf der Grundlage dieser Daten zu einem erneuten beschleunigten Nutzenbewertungsverfahren. Derzeit werden jedoch viele Kostenübernahmeanträge für Osimertinib vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung abgelehnt. Das gefährdet die Versorgung der Patienten in einer ethisch nicht vertretbaren Weise. Wünschenswert wäre eine kurzfristige Lösung, die für die Patienten Klarheit und Sicherheit schafft und den Zugang zu diesem Medikament nicht erschwert oder gefährdet.

Prof. Dr. Frank Griesinger

Plus-Hospital Oldenburg; Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO) der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
frank.griesinger@pius-hospital.de

Doppelte Register – doppelter Aufwand?

Der Innovationsfonds fördert in den nächsten drei Jahren unter anderem den Aufbau eines bundesweiten Registers für ausgewählte onkologische Indikationen. Das gab der Innovationsausschuss Anfang 2017 bekannt. Das neue Register soll helfen, ein Modell zur Bewertung des Nutzens und Schadens neuer Krebsmedikamente zu entwickeln, und sammelt dafür personenbezogene Daten über ihren Einsatz beim metastasierten Brust- und Pro-

statakrebs sowie dem multiplen Myelom. Wer die Diskussion um die Erfassung klinischer Krebsdaten in den letzten Jahren aufmerksam verfolgt hat, wundert sich über diese Förderentscheidung.

Denn das Krebsregister- und -früherkennungsgesetz schuf bereits 2013 den gesetzlichen Rahmen für die bundesweite Erfassung personenbezogener Krankheitsdaten in klinischen Krebsregistern. Bis Ende 2017 sollen diese Register in allen

Bundesländern arbeiten, in einigen sind sie bereits aktiv. Ihr flächendeckender Ausbau zielt darauf ab, die Ergebnisqualität jeder Krebstherapie entlang des gesamten Krankheitsverlaufs eines Patienten zu dokumentieren und auszuwerten. Politik und Selbstverwaltung verständigten sich dabei ausdrücklich auf eine einheitliche, datensparsame Basisdokumentation und die Vermeidung von Doppelerfassungen durch die Leistungserbringer; unter dieser Maßgabe werden die klinischen Krebsregister von den Kassen gefördert.

Ob und wie das geplante neue Register mit den klinischen Krebsregistern zusammenarbeiten soll, war bei der Förderentscheidung offenbar kein Kriterium. Das bedeutet, die Gefahr von Doppeldokumentationen ist groß. Es besteht außerdem die Gefahr, dass jetzt erneut Geld für die Entwicklung eines Instruments ausgegeben wird, das bereits existiert. Ein isoliertes Register für ausgewählte Krebsarten ergibt wenig Sinn. Wie man bei seinem Aufbau Synergien mit den klinischen Krebsregistern schafft, darüber sollte man dringend sprechen.

www.krebsgesellschaft.de/register.html

Dr. Johannes Bruns

Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin
bruns@krebssgesellschaft.de

PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke

Arbeitsgemeinschaft Deutscher
Tumorzentren e. V., Berlin
monika.klinkhammer-schalke@ukr.de



© Dragonimages, stock.adobe.com/de

Krebs-Apps: Qualität kaum einschätzbar

Wer in App-Stores nach Angeboten zur Krebsfrüherkennung, zur Unterstützung während einer Chemotherapie oder in der Krebsnachsorge sucht, findet derzeit nur 20 kostenlose deutschsprachige Apps (www.healthon.de/testberichte). Die Suche ist mühsam: Unter den Treffern sind viele Apps in fremder Sprache oder ausschließlich zur Nutzung durch medizinische Fachkreise, die Anbieter sind in der Regel unbekannt. Alle 20 Krebs-Apps zusammen erreichen lediglich 260.000 Downloads, 96 Prozent davon betreffen Vorsorge-Apps für Gesunde. Apps für

Krebskranke bleiben dagegen weitgehend ungenutzt. Es scheint für Betroffene wenig attraktiv zu sein, selbst nach Apps zu suchen, die das Krankheitsverständnis verbessern, den Zugang zu Beratungsangeboten erleichtern oder als digitale Patiententagebücher den Austausch mit dem behandelnden Arzt unterstützen.

Das Problem: Eine anerkannte Vorschlagsliste mit qualitätsgesicherten, vertrauenswürdigen Apps existiert derzeit weder für Patienten noch für Ärzte. Und die Übernahme von App-Daten aus einem digitalen Tagebuch in die Patientenakte

ist kaum rechtssicher. Wissenschaft, Leistungserbringer, Patientenvertreter und Kostenträger sind daher gefordert:

- Anforderungen an Sicherheit und Qualität der im Therapiekontext genutzten Apps zu definieren
- Methoden zur Bewertung ihres Nutzens zu entwickeln
- technisch gangbare Wege zu finden, damit App-Daten über Sektorengrenzen hinweg genutzt werden können

Dr. Ursula Kramer

HealthOn e. V., Freiburg
ursula.kramer@healthon.de

Service

Gesetze

Keine Direktverträge für Zytostatika

Im November 2016 beriet der Bundestag den Gesetzentwurf zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (AM-VSG) in erster Lesung. Der Entwurf sieht unter anderem vor, dass Kassen künftig die Zubereitung von Zytostatika nicht mehr exklusiv an einen bestimmten Anbieter vergeben dürfen. Damit könnten die behandelnden Ärzte die Apotheken, mit denen sie zusammenarbeiten wollen, wieder frei wählen. Die Ausschreibungspraxis der Kassen war in die Kritik geraten, weil sie in einigen Fällen bewährte Kommunikationsabläufe zwischen Ärzten und Zytostatika-Apotheken außer Kraft setzte – mit drastischen Nachteilen für die Patienten. Außerdem, so die Befürchtung, fördere die gegenwärtige Ausschreibungspraxis Lieferoligopole. Denn Zytostatika-Apotheken müssen ein kostspieliges Reinraumlabor unterhalten und können diese Einrichtung nicht ungenutzt vorhalten.

Klarstellung zum Strahlenschutz

2016 legte das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUB) einen Referentenentwurf zum Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) vor. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) übte Kritik an den Regelungen zu den strahlentherapeutischen Früherkennungsuntersuchungen im Gesetzesentwurf: Ihre Zulassung durch Rechtsverordnungen nach Maßgabe des StrlSchG unterscheide sich von den Voraussetzungen, die der G-BA seiner Bewertung für die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zugrunde lege. Da aber nach einer BMUB-Zulassung von Früherkennungsuntersuchungen Forderungen nach einer GKV-Kostenübernahme zu erwarten seien, regte der G-BA eine Klarstellung im Gesetzestext an. Es sollte hervorgehoben werden, dass die BMUB-Zulassung keine GKV-Leistungsverpflichtung auslöst, sondern allein die Kosten-Nutzen-Bewertung durch den G-BA.

Meldungen

Qualitätssicherung bei Prostatakrebs

Im Dezember 2016 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit einer Konzeptskizze für ein einrichtungs- und sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zum lokal begrenzten Prostatakrebs.

Die Konzeptskizze soll als Entscheidungsgrundlage für einen weiteren Entwicklungsauftrag dienen; Schwerpunkt ist unter anderem die Ergebnisqualität bei der operativen und strahlentherapeutischen Behandlung lokal begrenzter Prostatakarzinome.

Offensichtlich sieht der G-BA Klärungsbedarf für die Fragen, die nach dem frühen Aus der PREFERE-Studie im Dezember 2016 offengeblieben sind. PREFERE sollte die Therapieoptionen Aktive Überwachung, Bestrahlung, Operation und Brachytherapie in einer randomisiert kontrollierten Studie miteinander vergleichen.

Meldungen

Biomarkertests bei Brustkrebs

Die unterstützende Chemotherapie soll bei Frauen mit bestimmten Formen von Brustkrebs (Hormonrezeptor-positiv, HER2/neu-negativ, bei bis zu drei befallenen Lymphknoten) einen Rückfall verhindern. Ist das individuelle Rückfallrisiko der Patientin jedoch gering, dann bedeutet eine Chemotherapie eine unnötige Belastung für sie.

Derzeit werden verschiedene Biomarkertests als Entscheidungshilfe für oder gegen eine solche Chemotherapie angeboten. Momentan liegt aber für keinen der angebotenen Biomarker ein Anhaltspunkt für einen Mehrwert vor, so das Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Auch die ersten Ergebnisse der MINDACT-Studie haben an dieser Einschätzung nichts geändert. Der tatsächliche Mehrwert der Biomarkertests für die Betroffenen könne frühestens nach zehn Jahren valide beurteilt werden, so das IQWiG.



© raibu, stock.adobe.com/de

DKG-Spezial

Aktivitäten

Translationale Zentren

Der rasante Zuwachs an medizinischem Wissen hat die Möglichkeiten zur Krebsdiagnose und -therapie enorm erweitert. Zwar ist der Weg einer Innovation vom Labor zum Krankenbett noch immer weit. Doch andererseits drängen Neuerungen oft ungeprüft und ohne Qualitätsvorgaben in die Krebsversorgung. Wie also gelangen Innovationen schnell, sicher und sorgfältig evaluiert in die Routineanwendung? Mit dieser Frage befasst sich das Programm einer Arbeitsgruppe aus Ärzten, Patientenvertretern, Krankenkassen und Politikern, das beim Brennpunkt Onkologie am 30.11.2016 vorgestellt und diskutiert wurde. Das Programm sieht vor, dass vielversprechende neue onkologische diagnostische oder therapeutische Verfahren eine Probezeit durchlaufen, in der sie nur über sogenannte translationale Zentren zugänglich sind. Diese verpflichten sich im Gegenzug zur Evaluation der Behandlungsdaten, zum Beispiel indem sie entsprechende Studien durchführen und publizieren.

Mit einem solchen System könnten medizinische Innovationen schneller und auch mit einer höheren Datensicherheit in die Regelversorgung überführt werden, begründete Dr. Johannes Bruns, Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft, den Vorschlag.

www.krebsgesellschaft.de/transzentren.html

Dr. Katrin Mugele

Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin
mugele@krebsgesellschaft.de

Aktivitäten

Auszeichnung: Darmkrebsprävention

Prof. Dr. Ulrike Haug vom Leibniz-Institut für Epidemiologie und Präventionsforschung in Bremen ist Preisträgerin des Darmkrebs-Präventionspreises 2016. Mit dem Preis zeichnen die Deutsche Krebsgesellschaft, die Deutsche Krebsstiftung und die Stiftung LebensBlicke jährlich herausragende Projekte und Forschungsergebnisse zur Darmkrebsfrüherkennung aus. Ulrike Haug erhielt die Auszeichnung für eine Untersuchung zur Länge der Screeningintervalle beim Einsatz quantitativer immunologischer Stuhltests – sie können möglicherweise von zwei auf fünf Jahre verlängert werden, wenn der Test empfindlicher eingestellt wird.

Dr. Katrin Mugele

Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin
mugele@krebsgesellschaft.de

Termine

01. März 2017 Verleihung des Deutschen Krebspreises in Heidelberg

Der Preis wird in den Kategorien experimentelle, translationale und klinische Forschung vergeben.

01. bis 03. März 2017 International AEK Cancer Congress, Heidelberg

Das zentrale Forum der grundlagenorientierten Krebsforschung in Deutschland.
www.aek-congress.org

30. bis 31. März 2017 QoCC 2017, Berlin

Konferenz zum Thema „Qualität in der Patientenversorgung“.

www.qocc.de

01. Juni 2017 German Cancer Survivors Day, Berlin

Diese Kampagne der Deutschen Krebsstiftung möchte Menschen Mut machen, mit der Krankheit Krebs selbstbewusst umzugehen. Die Stiftung unterstützt Maßnahmen und Aktionen der Deutschen Krebsgesellschaft.

www.deutsche-krebsstiftung.de

29. Juni 2017 Brennpunkt Onkologie, Berlin

Veranstaltungsreihe der Deutschen Krebsgesellschaft für den politischen Diskurs.

www.krebsgesellschaft.de/brennpunkt.html

18. November 2017 OKK, Rostock

Offene Krebskonferenz für Betroffene, Angehörige und Interessierte.

www.krebsgesellschaft.de/okk.html



© 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

Geschäftsführer: 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 16. Januar 2017

Auflage 2.500

Bestellung/Abbestellung per E-Mail

Renate Babnik, babnik@krebsgesellschaft.de

ISSN 2510-4268