

360° Onkologie 14

Krebs und Politik – eine Publikation
der Deutschen Krebsgesellschaft
Ausgabe 14 | März 2022

WISSEN AUS ERSTER HAND

Schnittstellen

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

Der Übergang Forschung – Versorgung

Die Produktion von medizinischem Wissen durch die kommerzielle und öffentliche klinische Forschung ist enorm: Wissenschaftler*innen des Deutschen Cochrane Zentrums schätzten 2014 die Zahl der weltweit verfügbaren abgeschlossenen randomisierten kontrollierten klinischen Studien auf ca. 600.000 bis 1.000.000. Nach Angaben der Cochrane-Expert*innen werden jährlich weit mehr als 20.000 weitere Studien publiziert, aktuell sind mindestens 45.000 klinische Studien in der Phase der Durchführung. Können wir dieses Wissen überhaupt nutzen? Wie gut gelingt der Transfer von medizinischem Wissen in den klinischen Alltag? Wo liegen die Barrieren? Und wie gehen wir mit Nichtwissen um? Gerade bei der Behandlung von Krebserkrankungen ist der kritische Blick auf die Schnittstelle zwischen klinischer Forschung und Versorgungspraxis wichtig. Denn von den 46 Medikamenten, die 2021 in Deutschland zugelassen wurden, sind allein 14 für

die Behandlung von Krebserkrankungen bestimmt.

Bei der Aufarbeitung und Verbreitung medizinischen Wissens leisten medizinische Leitlinien einen unschätzbaren Dienst. Im Rahmen ihrer Entwicklung müssen allerdings oft Tausende von Studien gescreent, verglichen und bewertet werden. Seit 2008 unterstützen die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und die Deutsche Krebshilfe diesen aufwändigen Prozess im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie (OL). Die Empfehlungen der 31 S3-Leitlinien, die seitdem erarbeitet wurden, decken ca. 90 Prozent der wesentlichen Tumorentitäten ab. Das Living-Guideline-Konzept sorgt für zeitnahe Aktualisierungen. Wichtige Prozesse der Leitlinienentwicklung finden mittlerweile online statt. Praxisverändernde medizinische Innovationen lassen sich

rasch in Form von Amendments integrieren. Seit 2019 können Nutzer*innen auf OL-Leitlinien per App zugreifen. Mehr noch, die regelhafte Ableitung von Qualitätsindikatoren aus den Leitlinienempfehlungen trägt dazu bei, die Leitlinienumsetzung an den Zentren mit einer Zertifizierung durch

Inhalt

Titelthema

Der Übergang Forschung – Versorgung	1
Editorial Dr. Johannes Bruns	2
Nachgefragt	3
Problemzone Praxistransfer	4
EC Launches Knowledge Centre on Cancer	5
Qualität und Vernetzung im NKP	5
Innovationsschub mit Hilfe von Versorgungsdaten	6
Schnittstelle Mensch – Maschine	6
Krebsversorgung in der Pandemie	7
Schnittstelle Krankenhaus – Reha	7
DKG-Spezial/Impressum	8

Dr. Johannes Bruns

Generalsekretär

Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin

bruns@krebsgesellschaft.de



© Georg Koithner

Liebe Leserinnen und Leser,

um die Bedeutung von Schnittstellen in der Onkologie zu verdeutlichen, nutze ich häufig das Beispiel einer Patientin mit einem Mammakarzinom, die im Jahr 2004 ihre Diagnose erhielt und 2016 nach verschiedenen Interventionen und Therapien verstarb. In diesem Zeitraum erhielt sie 19 onkologische Arzneimittel, war in drei Krankenhäusern und wurde von fünf verschiedenen niedergelassenen Kollegen behandelt. Insgesamt sieben Facharzttrichtungen waren involviert. Ein solcher Krankheitsverlauf ist typisch in der Onkologie, er ist geprägt durch zahlreiche Wechsel: zwischen verschiedenen Behandlungsformen, zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und zwischen analogem und digitalem Datenmanagement, um nur einige Beispiele zu nennen. Reibungsverluste an diesen Übergängen können zu Qualitätsverlusten in der Versorgung führen. Vor allem der Übergang von onkologischen Innovationen in die Versorgung ist ein kritischer Schritt. Nur wenn er gelingt, kommen verbesserte Therapiemöglichkeiten überhaupt erst am Krankenbett an.

In diesem Heft beleuchten wir verschiedene Schnittstellen in der Onkologie, die Barrieren auf dem Weg zu einem guten Schnittstellenmanagement sowie Strategien zur Vermeidung von Reibungsverlusten. Wie immer freue ich mich, wenn wir mit unserem Heft Ihr Interesse wecken. Schreiben Sie mir, wenn Sie Anregungen, Kommentare oder Kritik haben. Eine ergänzende Infografik finden Sie auf

www.krebsgesellschaft.de/360-grad-onkologie.

Beste Grüße

Dr. Johannes Bruns

die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) flächendeckend abzubilden. 2019 konnten 124 leitlinienbasierte Qualitätsindikatoren in die Zertifizierungsverfahren der DKG übernommen werden; bei 288.000 Krebspatient*innen, die 2019 an einem DKG-zertifizierten Zentrum behandelt wurden, kamen so die Empfehlungen einer onkologischen S3-Leitlinie zum Einsatz.

Die Beispiele dafür, dass eine leitlinien-treue Behandlung tatsächlich zu besseren Ergebnissen in der Versorgungspraxis führt, mehren sich. Ob eine Empfehlung aus einer Leitlinie aber tatsächlich befolgt wird, hängt von vielen Faktoren ab: u. a. vom Willen der Erkrankten, von bestehenden Vorerkrankungen und von strukturellen Gegebenheiten. Die Behandler*innen müssen außerdem Kenntnis von der Leitlinie haben und sie als Handlungsbasis akzeptieren. Dabei gerät auch der Umgang mit Nichtwissen in den Blick. Nur knapp die Hälfte der Empfehlungen in Leitlinien fußt auf einer starken Evidenz, der Rest hingegen auf Expert*innenkonsens. Für

zahlreiche Therapiesituationen fehlen randomisiert-kontrollierte Studien. Hier drängt sich die Frage auf, wie sich diese Wissenslücken füllen lassen.

Inzwischen startete das Leitlinienprogramm Onkologie erste Ansätze zur Identifizierung offener Forschungsfragen. Auf der Suche nach Antworten könnten Ansätze aus der Versorgungsforschung, z. B. in Form von Registerstudien, durchaus sinnvoll sein. Längst gibt es auch gute Beispiele, etwa aus der Darmkrebsbehandlung, wie Wissenslücken in Leitlinien mit Hilfe versorgungsnaher Daten aus klinischen Krebsregistern geschlossen werden können. Wann welche Daten mit welchem Ziel eingesetzt werden können, bedarf allerdings einer soliden Kenntnis der verwendeten Datenquellen und der Datenqualität.

Das IQWiG hat in einem Rapid Report 2020 seine Konzepte zur Generierung versorgungsnaher Daten und deren Auswertung zum Zwecke der Nutzenbewer-

tung von Arzneimitteln nach § 35a SGB V vorgestellt. Auch die Ad-hoc-Kommission „Versorgungsnaher Daten“ des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung arbeitet derzeit die methodischen Aspekte der Nutzung versorgungsnaher Daten systematisch auf. Im Rahmen des Nationalen Krebsplans arbeitet die Querschnitts-AG „Qualität und Vernetzung“ daran, Leitlinienentwickler*innen, Forschungseinrichtungen, Zentren und Behandelnde für eine bessere Versorgungsqualität zusammenzubringen. Die entsprechende Gruppe in der Nationalen Dekade gegen Krebs befasst sich mit der Frage, wie der Transfer von Innovationen in die Versorgung gelingt. An beiden Arbeitsgruppen ist die Deutsche Krebsgesellschaft maßgeblich beteiligt. Solche Initiativen sind dringend notwendig, um die Barrieren an der Schnittstelle von klinischer Forschung und Versorgungspraxis zu überwinden.

Prof. Dr. Thomas Seufferlein

Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
thomas.seufferlein@uniklinik-ulm.de

Nachgefragt



Kontakt: Andrea Hahne
BRCA-Netzwerk e. V., Bonn
andrea.hahne@brca-netzwerk.de

... bei den Betroffenen

Grundlage für die Zulassung von Therapien und Diagnostik – nicht nur in der Onkologie – ist der Nachweis von Evidenz, so dass die Leistungen der Versorgungen entsprechend von den Kostenträgern vergütet werden. So weit, so gut. Für neue Wirkstoffe ebenso wie für neue Optionen in der Diagnostik und Prävention entwickelt sich für die Betroffenen in der Praxis eine ambivalente Situation. Einerseits ist es von großer Relevanz, Nutzen und Schaden zu belegen und abzuwägen. Auf der anderen Seite braucht es mitunter unendlich lang, bis eine robuste Evidenz generiert ist. Ein

Zeitraum von Jahrzehnten ist zu kalkulieren. Zeit, die Personen, die jetzt entscheiden müssen, nicht haben. Eine Evidenzlücke darf den Zugang zu Behandlungsoptionen nicht grundsätzlich versagen. Im Entscheidungsfindungsprozess ist es notwendig, die Präferenz der Betroffenen verstärkter in den Vordergrund zu stellen. Dies entspricht der Evidenzbasierten Medizin. Ebenso ist gemeinschaftliche Weiterentwicklung notwendig, um Evidenzlücken zu schließen. Eine adäquate Finanzierung der wissensgenerierenden Versorgung, von Studien und von Registern ist dafür unumgänglich.

Andrea Hahne, BRCA-Netzwerk e. V., Bonn

... bei den Herstellern



Kontakt: Dr. Cornelia Lechner
Amgen GmbH
cornelia.lechner@amgen.com

Der Entwicklung eines neuen Medikaments gehen jahrelange intensive Forschung und Entwicklungsarbeit voraus. Für die kommenden Jahre werden weitere Fortschritte auf vielen Krankheitsgebieten erwartet. Zugleich gilt es, Innovationen mit der finanziellen Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems in Einklang zu bringen. 2011 hat der deutsche Gesetzgeber die frühe Nutzenbewertung für neue Arzneimittel eingeführt. Diese stellt sicher, dass die Versorgung mit neuen, patentgeschützten Arzneimitteln zu angemessenen Kosten erfolgt. Allerdings läuft die Bewertung der

Evidenz aus klinischen Studien methodisch bei der Nutzenbewertung deutlich restriktiver und anders als durch die Zulassungsbehörden ab. So werden beispielsweise morbiditätsbezogene Endpunkte von Zulassungsbehörden als patientenrelevant anerkannt, nachgelagert in der Nutzenbewertung jedoch kaum berücksichtigt bzw. sogar abgelehnt. Der Umgang mit diesen Evidenzlücken und weitere relevante Aspekte im Zusammenhang mit der Nutzenbewertung werden in der 1. FORUM Ausgabe 2022 in „10 Jahre AMNOG-Prozess aus der Sicht der Onkologie“ diskutiert.

Dr. Cornelia Lechner, Amgen GmbH, für das Autorenteam der AG GePoMAX der Sektion C der Deutschen Krebsgesellschaft

... bei den Behandelnden



Kontakt: Prof. Dr. Dr. h. c. Pompiliu Piso
Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg
pompiliu.piso@barmherzige-regensburg.de

Leitlinien spiegeln den gegenwärtigen Erkenntnisstand wider und werden im Idealfall auf der Grundlage von kontrollierten prospektiv randomisierten Studien sowie dem Konsens mehrerer Expert*innen formuliert. Ihre Aktualität wird regelmäßig geprüft und die Adhärenz zu den Empfehlungen der Leitlinien steigt stetig. Leitlinien können als Grundlage für medizinische Entscheidungen betrachtet werden. Im Einzelfall sind jedoch weitere Faktoren zu berücksichtigen: zum einen die interdisziplinäre Entscheidung eines Tumorboards unter Berücksichtigung individueller Pati-

entencharakteristika, zum anderen die partizipative Entscheidung der Patient*innen und ihre Therapiepräferenzen. Darüber hinaus gilt es, die bestehenden Evidenzlücken durch Einschluss der Patient*innen in Studien zu schließen. In Deutschland werden Patient*innen zunehmend an Zentren mit einer Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft behandelt, die all diese Punkte berücksichtigt. Die Spezialisierung und Weiterbildung der chirurgischen Onkolog*innen (gefördert von der Assoziation Chirurgische Onkologie) trägt zu dieser Entwicklung bei.

Prof. Dr. Dr. h. c. Pompiliu Piso, Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg

Problemzone Praxistransfer

Personalisierte Therapieansätze, Impfstoffe gegen Krebs, CAR-T-Zelltherapien – gerade die Krebsmedizin zeichnet sich durch eine hohe Innovationskraft aus. Das Arsenal an präziser Diagnostik und wirksamen Behandlungen hat in der Onkologie in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Doch die Überführung dieser Innovationen in den Versorgungsalltag stößt in vielen Fällen leider auf Schwierigkeiten.

Warum ist das so? Ein Erklärungsmodell dafür bietet die Systemtheorie von Niklas Luhmann. Luhmann versteht die Gesellschaft als System, das sich in verschiedene Teilsysteme gliedert – in Maschinen sowie in biologische, psychische und soziale Systeme. Sie sind dynamisch und beeinflussen sich gegenseitig. Was das konkret bedeutet, veranschaulicht das folgende Beispiel: Unbestritten bieten medizinische Leitlinien dem Fachpersonal bei der Therapieentscheidung eine gute Orientierung zum aktuellen Stand des medizinischen Wissens bei einer bestimmten Erkrankung. Ob Behandler*innen diesen Empfehlungen tatsächlich folgen, hängt jedoch von vielen Faktoren ab: von ihrem individuellen Wissensstand, von den verfügbaren technischen Möglichkeiten, vom gesundheitlichen Allgemeinzustand und dem Wunsch der Betroffenen sowie von sozialen oder ökonomischen Faktoren. Bei der Analyse von Versorgungssituationen fokussieren wir sehr oft auf die Medizin, also in der Sprache Luhmanns auf das biologische System. Tatsächlich müssen aber alle vier Systeme beachtet werden. Oft sind Innovationen so geplant, dass sie den Bedürfnissen derer, die sie umsetzen sollen, nicht entsprechen. So entstehen Akzeptanzprobleme, die sich nur abbauen lassen, wenn wir die Bedarfe und Prozesse, die das Handeln der umsetzenden Akteure bestimmen, besser verstehen und berücksichtigen.

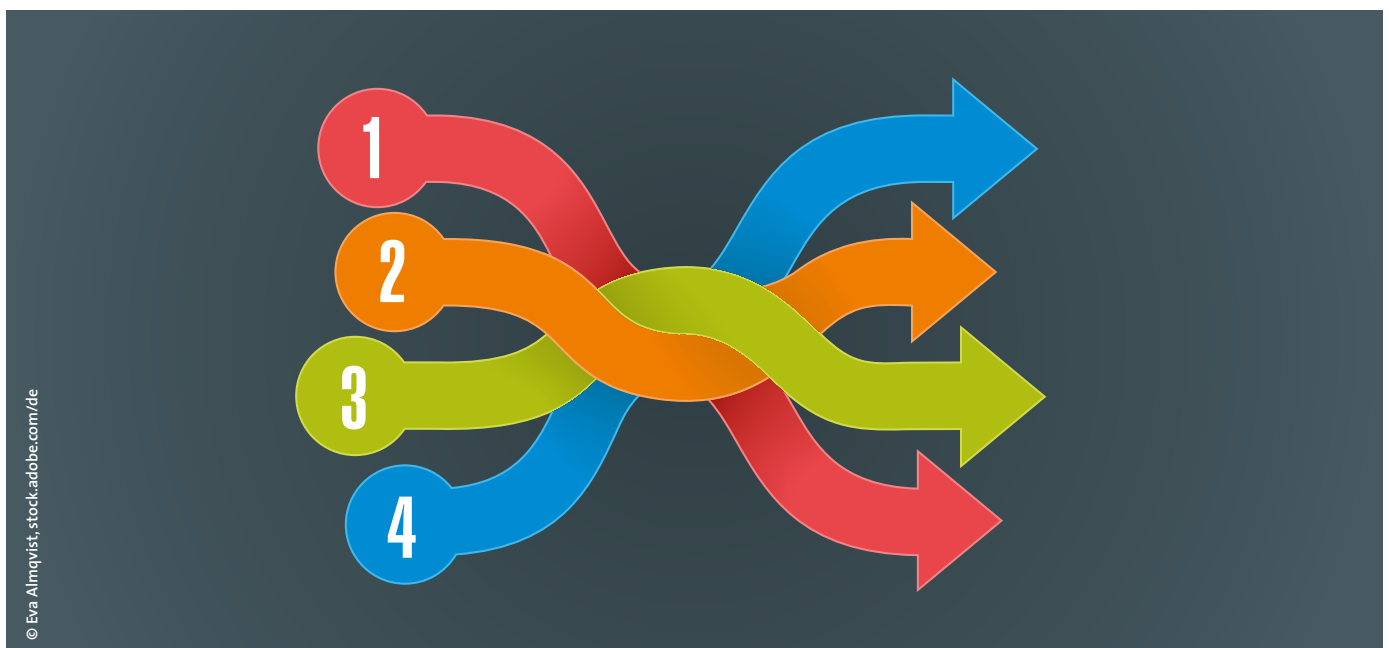
Akzeptanz zu verbessern reicht aber nicht. Denn unser Gesundheitssystem weist eine hohe Komplexität auf, gekennzeichnet

durch föderale Unterschiede, zahlreiche Akteure und Rahmenbedingungen, die sich während der Prozessumsetzung ändern können. Wie komplex, veranschaulicht das folgende Beispiel zur bedarfsgerechten stationären Versorgung von COVID-19-Patient*innen während der COVID-19-Pandemie. Im Projekt EgePan Unimed kooperieren unter der Koordination der Universitätskliniken Dresden und Frankfurt insgesamt 26 Universitätskliniken, alle Mitglieder des vom BMBF geförderten Netzwerks Universitätsmedizin (NUM). Ziel ist die Ableitung und Implementierung von Best-Practice-Empfehlungen für das regionale Pandemiemanagement. Eine besondere Herausforderung für alle Akteure des Projekts sind Unterschiede in der Datenlage, nicht nur zwischen den Bundesländern, sondern auch auf Landkreisebene. Die Lösung bzgl. des regionalen Versorgungsmonitorings bestand in der Etablierung lokaler Lösungen für Datenflüsse und für die regionale Patientensteuerung.

Die Beispiele zeigen: Wir benötigen Konzepte, um die Betroffenen auf dem Weg zur angestrebten Veränderung mitzunehmen und bei der Implementierung regionale Rahmenbedingungen zu erfassen. Der Versorgungsforschung kommt in diesem Zusammenhang eine wichtige Aufgabe zu. Sie kann zum einen die nötigen theoretischen Grundlagen liefern, um den Implementierungskontext besser zu verstehen und für den Praxistransfer methodisch gut gerüstet zu sein. Zum anderen kann sie den Praxistransfer mit empirischer Forschung begleiten. Auf diese Weise entsteht Transparenz hinsichtlich der Frage, welche Neuerungen gut funktionieren und welche nicht.

Prof. Dr. Holger Pfaff

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft, Universität Köln
holger.pfaff@uk-koeln.de



EC Launches Knowledge Centre on Cancer

At the European Commission, we are embarking on our biggest ever actions on cancer through the European Mission on Cancer and Europe's Beating Cancer Plan. With Euro 4 billion in funding, we support new technologies, research and innovation to prevent cancer, ensure innovative diagnosis and treatment for all, reduce suffering and improve quality of life. Even with the best research in the world, we will not beat this disease if knowledge does not reach the policies and medical interventions to save lives. We need to identify, align, plan and coordinate our scientific and technical actions. This is the role of the Knowledge Centre on Cancer. We already see examples of the Knowledge Centre in action. It hosts European Guidelines and a Quality Assurance Scheme for screening and diagnosis of breast cancer, helping EU Member States and health organisations comply with recommended standards. It also hosts cancer incidence and mortality trends and survival

estimates, and has published several factsheets for specific cancer types. Last month, a new section was launched to monitor childhood cancers. Activities are ongoing: work will continue this year on a Commission Initiative on Colorectal Cancer, adding to the existing initiative on breast cancer. A European Cancer Inequalities Registry will be hosted by the Knowledge Centre and will be officially launched in February. The Knowledge Centre is a space for everyone involved in the fight against cancer to collaborate and make the most of our collective knowledge. I invite you all to follow the Centre's website for the latest developments.

Mariya Gabriel

EU Commissioner for Innovation, Research, Culture, Education and Youth, Brussels
celia.dejongd@ec.europa.eu



© Eva Almqvist, stock.adobe.com/de

Qualität und Vernetzung im NKP

Eine gute Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen ist essenziell. Für einen raschen und sicheren Transfer von Ergebnissen der Krebsforschung zum Krankenbett setzt sich seit 2018 die Arbeitsgruppe 3 der Nationalen Dekade gegen Krebs ein. Im Rahmen des Nationalen Krebsplans (NKP) arbeitet die Querschnitts-Arbeitsgruppe „Qualität und Vernetzung“ seit 2019 an einer intensiveren Vernetzung von Leitlinienentwicklung, Zentren und Behandlern, Klinischen Krebsregistern und Versorgungsforschung. Ihr Ziel: Die Qualität onkologischer Versorgung soll durch eine bessere Abstimmung an den Schnittstellen verbessert werden. Im Vordergrund der Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutsche Tumorzentren steht derzeit die Entwicklung eines Konzepts für eine „Plattform“, wie in Stufe 2 des Gesetzes zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten vorgesehen. Diese Plattform soll den niederschweligen Zugang zu Analysen aus Krebsregisterdaten, ggf. auch unter Nutzung

anderer Datenquellen ermöglichen. Diese Aufgabe ist komplex. Aus Sicht der Arbeitsgruppe erfordert sie hohe Expertise und ggf. die Gründung eines Spitzenforschungsinstituts mit Ressourcen für die Arbeit mit onkologischen Daten z.B. aus Registern, Zentren, Krankenkassen und Forschungsinitiativen. Nur so lässt sich das Potenzial dieser Daten schneller und umfassender nutzen. Durch die gesetzlich vorgesehene Plattform sollten zudem die notwendigen Voraussetzungen für interventionelle Studien mit versorgungsnahen Daten, z.B. registerbasierte randomisiert kontrollierte Studien geschaffen werden. Damit könnten Krebsregisterdaten gezielt zur Beantwortung vieler offenen onkologischen Fragestellungen herangezogen werden, die sich bei der Leitlinienentwicklung und im Versorgungsalltag ergeben.

Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke

Univ. Regensburg; Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, Berlin
monika.klinkhammer-schalke@ur.de

Innovationsschub mit Hilfe von Versorgungsdaten

Während es im Nationalen Krebsplan um mehr Qualität in der Krebsversorgung geht, arbeitet die Gruppe „Wissen generieren durch Vernetzung von Forschung und Versorgung“ der Nationalen Dekade gegen Krebs an einer anderen Frage: Wie gelangen medizinische Innovationen rascher in die Versorgungspraxis? Auch hier ist es wichtig, Versorgungsdaten zu erheben. Sie helfen bei der Analyse, wie medizinische Innovationen im Versorgungsalltag ankommen, und liefern so die Basis für entsprechende Anpassungen. Bislang existieren jedoch nur wenige prospektiv geplante Projekte mit diesem Ansatz. Umso mehr freue ich mich über den Start des Projekts DigiNet Ende 2021. Es baut

auf den Vorarbeiten des nationalen Netzwerks Genomische Medizin (nNGM) Lungenkrebs auf: Dort bieten ausgewählte Netzwerkzentren, darunter onkologische Spitzenzentren, Patient*innen mit einem fortgeschrittenen nicht-kleinzelligen Lungenzellkarzinom (NSCLC) eine deutschlandweit einheitliche und qualitätsgesicherte komplexe molekulare Diagnostik und Beratung an. Leider profitieren derzeit nicht alle NSCLC-Patient*innen von diesem Netzwerk. DigiNet soll dazu beitragen, die Zusammenarbeit zwischen forschungsnahen spezialisierten Zentren und Leistungserbringern der Regelversorgung zu intensivieren und neu zu strukturieren. Geplant ist außerdem die kontinuierliche

Erfassung der Behandlungsverläufe, u. a. mit der OncoBox der Deutschen Krebsgesellschaft und den Daten klinischer Krebsregister. Auf diese Weise lässt sich einerseits die Wirksamkeit einer besseren digitalen Vernetzung spezialisierter Zentren mit Krankenhäusern, Praxen und Patient*innen überprüfen und optimieren. Andererseits sollen die Daten hochwertiger klinischer Register stärker zur Evidenzgenerierung genutzt werden, z. B. für die Erstellung onkologischer Leitlinien.

Prof. Dr. Olaf Ortman

Vorstandsmitglied Deutsche Krebsgesellschaft
olaf.ortmann@uniklinikum-regensburg.de

Schnittstelle Mensch – Maschine

Roboterassistierte OP-Systeme kommen in der Onkologie derzeit unter anderem bei Eingriffen vor allem in der Urologie sowie der Viszeral-, Thorax- und HNO-Chirurgie zum Einsatz. Besonders im HNO-Bereich ist eine sehr hohe Schnittpräzision gefragt – ein oder zwei Millimeter zu viel an entferntem gesundem Gewebe können massive funktionelle Einschränkungen zur Folge haben. Zwar lässt sich mit den heute verfügbaren Robotersystemen eine Schnittpräzision von bis zu 0,1 Millimeter realisieren. Aber dieser Vorteil ist ohne eine optimierte Visualisierung der Tumorgrenzen kaum nutzbar. Dafür müssen Operierende bislang auf die Entnahme von Gewebeprobe und ihre histopathologische Untersuchung im Rahmen einer Schnellschnittdiagnostik während der OP zurückgreifen – ein zeitraubendes, nicht sehr genaues Verfahren.

Neue vielversprechende Ansätze beruhen stattdessen auf spektroskopischen oder fluoreszenzbasierten Methoden zur schnellen und großflächigen Visualisierung von Tumorgrenzen. Wir be-

finden uns an der Schwelle zu ihrem In-vivo-Einsatz. Medizingerätehersteller arbeiten derzeit daran, ihre robotischen Systeme mit diesen neuen Verfahren zu kombinieren. Dadurch könnte auch der Weg geebnet werden von der passiven Robotik, wie wir sie heute betreiben, hin zu einer aktiven Robotik, bei der der Roboter selbstständig den Tumor entfernt. Auf dem Weg zu dieser Vision sind allerdings noch einige Fragen offen: Wie verändert

die aktive Robotik unsere Arbeit, wie gehen wir mit Haftungsfragen um, wie hoch ist die Akzeptanz bei Patient*innen und Nutzer*innen? Fest steht: Wir müssen zeigen, dass wir mit der Robotik bessere Behandlungsergebnisse erzielen können. Das ist das Maß aller Dinge.

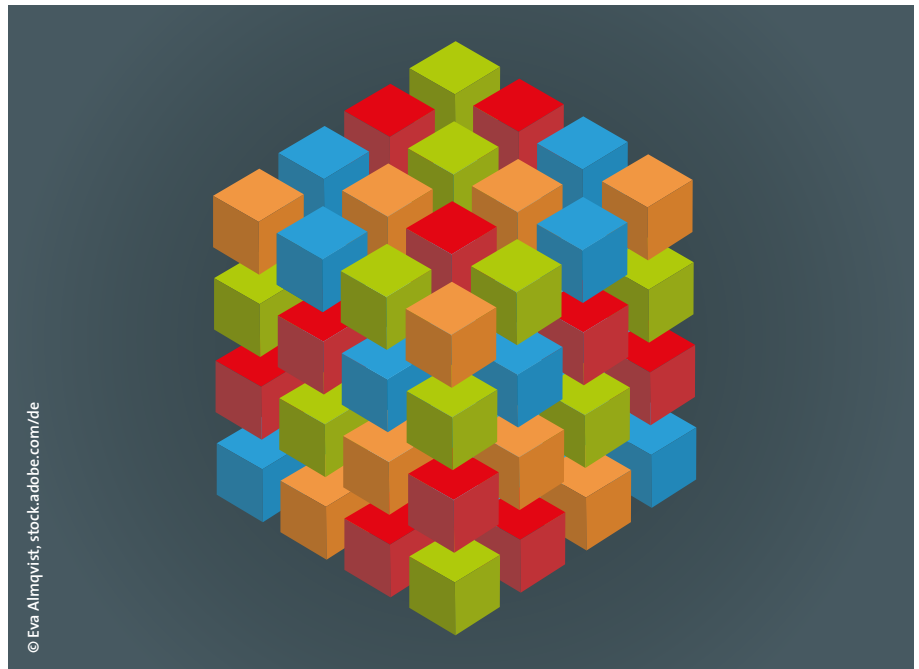
Prof. Dr. Orlando Guntinas-Lichius

Universitätsklinikum Jena
orlando.guntinas@med.uni-jena.de



Krebsversorgung in der Pandemie

Krebsbetroffene sind während der COVID-19-Pandemie einerseits durch Versorgungsdefizite, andererseits durch eine Infektion mit Sars-CoV-2 gefährdet. Das CancerCOVID-Projekt (BMBF-Förderkennzeichen: 01KI20521A-C) zielt darauf ab, diese Auswirkungen der Pandemie mittels einer umfassenden Analyse versorgungsnaher Daten sowie ethischer und psychosozialer Aspekte detaillierter zu erfassen. Im Teilprojekt „Versorgungsforschung“ untersucht das Team am Zentrum für evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) der TU Dresden unter Leitung von Prof. Schmitt und Dr. Schoffer die Auswirkungen der Pandemie auf die Krebsversorgung anhand von Daten sächsischer Versicherter der AOK PLUS. Insgesamt erschien die onkologische Versorgung von prävalenten Patient*innen auch unter Pandemiebedingungen im Jahr 2020 gewährleistet. Defizite wurden festgestellt in der frühzeitigen Identifikation von Krebserkrankungen als Voraussetzung für eine erfolgversprechende zeitnahe Behandlung. Beispielsweise wurden im April 2020 weit weniger Früherkennungsuntersuchungen für Darm- (-40,9%), Haut- (-52,8%) und Prostatakrebs (-35,7%) wahrgenommen als in den vorhergehenden fünf Jahren. Diese Erkenntnisse aus



Dresden ergänzen Ergebnisse aus Halle (Teilprojekt „Ethik“) und Bochum (Teilprojekt „Onkologie“). Die dabei identifizierten Themen werden derzeit zusammen mit Stakeholder*innen aus Medizin, Krankenkassen und Patientenorganisationen verfeinert und priorisiert. Durch einen anschließenden Konsentierungsprozess unter Beteiligung verschiedener medizinischer Fachgesellschaften werden bis Ende

April 2022 Handlungsempfehlungen für die Versorgung von Krebspatient*innen in möglichen zukünftigen Pandemien oder anderen Notlagen abgeleitet und diese im Rahmen der AIO-Frühjahrstagung am 28. April 2022 vorgestellt.

Dr. rer. nat. Olaf Schoffer
in Vertretung des CancerCOVID-Verbundes,
TU Dresden
olaf.schoffer@uniklinikum-dresden.de

Schnittstelle Krankenhaus – Reha

Der überwiegende Teil indikationsspezifischer Rehabilitation findet in Form einer Anschlussheilbehandlung nach einem Krankenhausaufenthalt statt. Um den Versorgungsbedarf der Betroffenen an dieser Schnittstelle zu verbessern, haben Gesetzgeber und Selbstverwaltung verschiedene Verpflichtungen sowie ökonomische Anreize geschaffen. So stellt das DRG-System pauschalierte Ressourcen bereit, damit Krankenhäuser ihrer Verpflichtung zur Frührehabilitation noch während eines Krankenhausaufenthalts nachkommen können. Die Befürchtung, die Krankenhäuser würden möglichst rasch noch nicht rehabilitationsgeeignete Patienten auf nachgelagerte Re-

habilitationseinrichtungen verlegen, ist dadurch, zumindest flächendeckend, nicht eingetroffen. Bei Erwerbstätigen erscheint der Übergang vom Krankenhaus in die Rehaklinik mittlerweile vergleichsweise gut gemanagt. Deutlich schwieriger ist die Situation für Nichterwerbspersonen, insbesondere für ältere Versicherte. Hier werden die Potenziale nicht ausgeschöpft, durch Rehabilitation bei einer schweren chronischen Erkrankung den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder den Schweregrad von Pflegebedürftigkeit zu verringern. Möglicherweise können Krankenhäuser nur begrenzt adäquate Rehabilitationsmaßnahmen identifizieren; oft reicht die

Rehabilitationsfähigkeit der Betroffenen am Ende des Krankenhausaufenthalts nicht aus und es fehlen Anreize für die Krankenkassen, eine kostenträchtige Rehabilitation zu finanzieren. Diese Barrieren an der Schnittstelle zwischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation werden in einer Reihe von Innovationsfondsprojekten derzeit untersucht. Darüber hinaus sollte der Gesetzgeber die Finanzierungsregelungen der medizinischen Rehabilitation für Nichterwerbstätige überprüfen.

Prof. Dr. Jürgen Wasem
Universität Düsseldorf
juergen.wasem@medman.uni-due.de

DKG-Spezial

Meldungen

Neuer Termin für den DKK 2022

Der größte onkologische Fachkongress im deutschsprachigen Raum – der Deutsche Krebskongress (DKK) – wird verschoben. Er findet nun vom 13. bis 16. November 2022 im CityCube Berlin statt. Der DKK war zunächst vom 23. bis 26. Februar 2022 als Präsenzveranstaltung unter 2G-Bedingungen geplant. „Vor dem Hintergrund der angespannten Coronasituation möchten wir Verantwortung zeigen und haben uns

deshalb dazu entschlossen, den Kongress zu verschieben“, sagt Kongresspräsident Professor Dr. Michael Ghadimi. „Ich freue mich, die Kongressbesucher*innen dann im November zum DKK persönlich begrüßen zu dürfen und in den fachlichen Austausch zu treten.“ Unter dem Motto „Krebsmedizin: Schnittstellen zwischen Innovation und Versorgung“ werden vom 13. bis 16. November 2022 Vertreter*innen

aus Wissenschaft, Medizin, Gesundheitswesen, Politik und Pflege in rund 300 Sitzungen über neueste Erkenntnisse aus der Forschung und Versorgung von Krebspatient*innen diskutieren.

www.dkk2022.de

Dr. Katrin Mugele

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
mugele@krebsgesellschaft.de

Termine

German Cancer Survivors Week

30. Mai bis 2. Juni 2022

www.deutsche-krebsstiftung.de

Deutscher Krebskongress 2022

13. bis 16. November 2022

www.dkk2022.de



Neue Onlinefortbildung

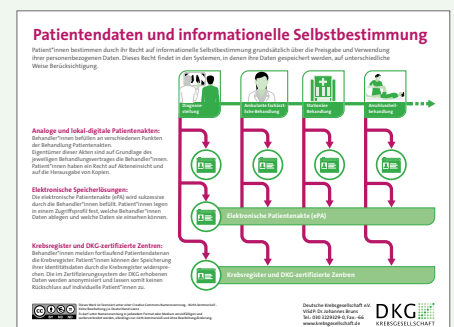
Ein neues kostenloses Onlineprogramm unterstützt Ärzt*innen bei der Aufklärung und Beratung von Menschen mit einem erhöhten Risiko von familiär bedingtem Brust- und Eierstockkrebs. Die DKG hat diese Fortbildung gemeinsam mit dem Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs konzipiert. Das Programm ist von der Ärztekammer Westfalen-Lippe mit 14 CME-Punkten anerkannt. Auf einer Onlineplattform können sich Teilnehmer*innen Wissen in Videoschulungen aneignen. Die Online-

vorträge vermitteln fachspezifische Inhalte zu genetischen Risiken, zum Genodiagnostikgesetz, zu den diagnostischen und therapeutischen Optionen und den besonderen Anforderungen an die Kommunikation mit Risikopatient*innen. Im Anschluss an die Vorträge findet, ebenfalls online, eine kurze Lernerfolgskontrolle statt.

Simone Wesselmann

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
wesselmann@krebsgesellschaft.de

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



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 Februar 2022

Auflage 2.700

Bestellung/Abbestellung

www.krebsgesellschaft.de/360-grad-onkologie

ISSN 2510-4268