

360° Onkologie 04

Krebs und Politik – eine Publikation
der Deutschen Krebsgesellschaft
Ausgabe 04 | Februar 2018

**PFLEGEKRÄFTE
GESUCHT!**

WISSEN AUS ERSTER HAND

Pflege in der Onkologie

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

Qualität trotz Pflege im Akkord?

Die Patientenzahlen steigen seit Jahren, die Zahl an Pflegekräften stagniert: Das Pflegepersonal in Deutschland arbeitet vielerorts am Limit. Im Interview erläutert Kerstin Paradies, Pflegeexpertin und Sprecherin der Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK) in der Deutschen Krebsgesellschaft, die Arbeitsbedingungen der Pflege in der Onkologie.

Wie unterscheidet sich die Pflege in der Onkologie von der normalen Pflege?

Krebstherapien erfordern oft ein besonderes Nebenwirkungsmanagement und entsprechende Unterstützung. Wenn die Erkrankung nicht mehr heilbar ist, sind spezielle lindernde Maßnahmen gefragt. Dazu kommt die psychische Ausnahme-situation von Krebspatienten. Bei Fragen der Betroffenen ist die Pflege meist der erste Ansprechpartner. Pflegekräfte müssen deshalb so ausgebildet sein, dass sie

angemessen reagieren und ihre Funktion an der Schnittstelle zum Arzt, zum Psychoonkologen oder anderen wichtigen Spezialisten optimal ausfüllen können.

Hat sich das Aufgabenspektrum der onkologischen Pflege in den letzten Jahren verändert?

Definitiv. Die Neuerkrankungsraten sind auf 500.000 Krebsfälle jährlich gestiegen. Die Behandlungsstrategien sind komplexer als noch vor wenigen Jahren und erfordern mehr Fachlichkeit und Expertise, auch von der Pflege. Gerade ältere Krebspatienten weisen oft zahlreiche Begleiterkrankungen auf. Sie haben in der Therapiesituation komplexe Bedürfnisse und mehr Gesprächsbedarf.

Wie wird man onkologische Fachpflegekraft?

Pflegekräfte können sich dafür qualifizieren, indem sie erfolgreich eine zweijährige onkologische Fachweiterbildung ab-

solvieren. Leider führt der Pflegenotstand dazu, dass onkologische Fachpflegekräfte oft nur eingeschränkt für die Aufgaben eingesetzt werden, für die sie weitergebildet sind. Im Krankenhaus geht es in erster Linie darum, den Stationsbetrieb aufrecht-

Inhalt

Titelthema Pflege in der Onkologie	1
Editorial Dr. Johannes Bruns	2
Nachgefragt	3
Voneinander lernen in Pflege und Medizin	4
Zusammen arbeiten – aber wie?	4
Wer darf was im Gesundheitswesen?	5
Fehler vermeiden in der Onkologie	5
Weniger Therapieabbrüche nach Schulung	6
Mehr Lebensqualität durch mobile Dienste	6
Service	7
DKG-Spezial/Impressum	8

Dr. Johannes Bruns

Generalsekretär

Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin

bruns@krebsgesellschaft.de



© Georg Reither

Liebe Leserinnen und Leser,

der Pflegenotstand in Deutschland sorgt für Schlagzeilen und Debatten – längst ist er auch in der Onkologie evident. Jahrelang wurde die Pflege als Kostenverursacher eingeordnet, dabei hat man es versäumt, die Zahl der Pflegekräfte an die steigenden Patientenzahlen anzupassen. Jetzt stellt sich die Frage, inwieweit diese Reduktion zu Lasten der Qualität in der Krankenversorgung geht. Die Bundesregierung hat reagiert. Zum 1. Januar 2019 sollen die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag überführt werden. So können die Krankenhäuser 830 Mio. Euro pro Jahr in mehr Personal investieren. Gleichzeitig sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband beauftragt, bis zum 30. Juni 2018 Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen im Krankenhaus festzulegen.

Doch welche Bereiche sind pflegesensitiv? Gehört dazu auch die Pflege bei so komplexen Erkrankungen wie Krebs? Welche speziellen Anforderungen muss eine onkologische Pflegekraft erfüllen? Wie sollte sie dafür ausgebildet sein? Wie macht man den Pflegeberuf insgesamt wieder attraktiv? Wie reorganisiert man Arbeitsprozesse sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich so, dass die Patienten und ihre Bedürfnisse nicht vernachlässigt werden? Einige dieser Fragen greift dieses Heft 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.

Mit besten Grüßen

Dr. Johannes Bruns

zuerhalten. Im ambulanten Bereich findet man onkologische Fachpflegekräfte aus Kostengründen meist nur in sehr großen Praxen.

Sie sprechen den Pflegenotstand in Deutschland an. Müssen wir mehr in die Grundpflege oder in die spezialisierte Pflege investieren?

In beides. Einer Statistik der Stiftung Patientenschutz zufolge stieg die Zahl der Krankenhausärzte in den vergangenen 25 Jahren um 66 Prozent an. Die Zahl der Vollzeitpflegekräfte in den Krankenhäusern nahm im gleichen Zeitraum hingegen leicht ab. Und das, obwohl die Patientenzahlen zunehmen und die Pflege im Schnitt länger mit den Patienten Kontakt hat als der Arzt. Die Häuser müssen definitiv mehr in die Pflege investieren. Eine einseitige Stärkung der Grundpflege würde aber die Versorgungslücke nicht beheben. Denn der spezielle Bedarf, etwa in der Onkologie, ist ja evident. Wir plädieren daher auch für eine dem Bedarf der Patienten entsprechende Erhöhung der Fachpflege-

schlüssel, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich.

In vielen anderen Ländern geht der Weg zur Pflege über ein Hochschulstudium. Wie sehen Sie die Akademisierung der Pflege?

Aus meiner Sicht löst sie nicht den Pflegenotstand. Jedenfalls nicht, solange sich die akademische Qualifizierung nicht auch im Gehalt widerspiegelt. Ich finde es aber gut, wenn angehende Ärzte und Pflegekräfte einen Teil ihrer praktischen Ausbildung gemeinsam absolvieren. Das stärkt das Verständnis für den jeweils anderen Berufsstand. Darüber hinaus sollten wir uns aber mehr auf die pflegerische Weiterqualifizierung konzentrieren.

Wie wird der Pflegeberuf attraktiver?

Weniger Zeitdruck, dazu gute Karrierechancen. Im Bereich Onkologie wäre die Harmonisierung der pflegerischen Weiterqualifizierung ein Anfang. Derzeit liegt die Hoheit für die Weiterbildung zur

onkologischen Fachpflegekraft bei den Bundesländern. Onkologische Fachpflegekräfte aus verschiedenen Bundesländern führen deshalb zum Teil unterschiedliche Berufsbezeichnungen, dazu kommen Fachpflegekräfte, die auf einzelne Krebsarten spezialisiert sind. Im ambulanten Bereich werden Aufgaben der onkologischen Fachpflege oft an speziell weitergebildete Assistenzberufe delegiert, obwohl deren Weiterbildung deutlich weniger umfangreich ist. Das erschwert eine faire Gehaltseinstufung. Beim Abbau des Zeitdrucks geht es nicht nur um mehr Pflegekräfte, sondern auch um Verbesserungen von Arbeitsabläufen und möglicherweise um neue Formen der Arbeitsteilung. Darüber müssen wir diskutieren.

Im Interview: Kerstin Paradies

Onkologische Pflegeexpertin,
Sprecherin der KOK in der Deutschen
Krebsgesellschaft
paradies@kok-krebsgesellschaft.de

Nachgefragt ... bei der Selbsthilfe



Kontakt: Burkhard Lebert

Frauenselbsthilfe nach Krebs –
Bundesverband e. V., Bonn
b.lebert@frauenselbsthilfe.de

Die erste Station auf dem Weg durch eine Krebserkrankung ist für die meisten Betroffenen das Krankenhaus. Mit der Diagnostik, der Erkrankung und den Therapien sind sie absolut überfordert. Pflegende zeigen hier Empathie, bauen eine hilfreiche Beziehung auf und sind für Patienten und deren Angehörige wichtige Bezugspersonen. Pflegende zählen nicht nur zu den ersten Ansprechpartnern, sondern gehen auch lebensnah auf die zentralen Bedürfnisse der Patienten ein. Sie helfen auf sensible Weise bei Informationslücken auf Seiten der Betroffenen. Sie sind Dolmetscher der Medizinsprache,

geben Orientierung im Therapiedschungel und begleiten beim Umgang mit den Nebenwirkungen. Sie bieten zudem Kontinuität, denn die behandelnden Ärzte wechseln sehr häufig, insbesondere in großen Zentren. Mit einer gezielten Krankenbeobachtung bilden sie den Grundstock für eine sichere medizinische Versorgung. Die kompetente Pflege und Beratung onkologischer Patienten bedarf besonderer Fachkenntnisse, deshalb fordert die Frauenselbsthilfe nach Krebs mehr onkologisch qualifizierte Pflegende auf allen onkologischen Stationen und Ambulanzen.

Burkhard Lebert, Frauenselbsthilfe nach Krebs

... bei der Pflegewissenschaft



Kontakt: Julia Köppen, M. Sc.

Technische Universität Berlin
julia.koepen@tu-berlin.de

Wie arbeiten multiprofessionelle Teams bei der Behandlung von Brustkrebspatientinnen zusammen? Im Rahmen der MUNROS-Studie wurden dazu 802 Fachkräfte in Deutschland, England, Schottland, Italien, in den Niederlanden, in Norwegen, Polen, Tschechien und der Türkei befragt. Die Häufigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit von Ärzten und nichtärztlichen Berufsgruppen bei mindestens 75 Prozent der Patientinnen ist in Deutschland und den Niederlanden vergleichsweise hoch: Zwei Drittel der Befragten stimmten dem zu (Mittelwert für alle Länder: 48 Prozent). Den multiprofessionellen Teams gehören

im Mittel 3,8 (in Deutschland 4,2) Professionen an – zumeist Fachärzte und spezialisierte Pflegefachkräfte. In zertifizierten Brustkrebszentren in Deutschland muss mindestens eine onkologische Fachpflegekraft Teil des Teams sein. Die European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) empfiehlt darüber hinaus eine multiprofessionelle Zusammenarbeit für 90 Prozent der Patientinnen. Demnach sollten den Teams auch Breast Care Nurses angehören, die die Patientinnen von der Diagnose bis zur Nachsorge unterstützen und die Koordination der Versorgung über Sektorengrenzen verbessern.

Julia Köppen, M. Sc. & Claudia B. Maier, M. Sc., Technische Universität Berlin

... beim Behandler



Kontakt: Prof. Dr. Thomas Wiegel

Klinik für Strahlentherapie und
Radioonkologie, Universitätsklinikum Ulm
thomas.wiegel@uniklinik-ulm.de

Eine optimale Versorgung von Krebspatienten erfordert nicht nur ärztliche, sondern auch pflegerische Kompetenz. Leider ist die pflegerische Ausstattung deutscher Kliniken im Vergleich zu anderen Ländern deutlich unterdurchschnittlich. Laut einer 2017 publizierten Untersuchung der Bertelsmann Stiftung kamen auf 1.000 Behandlungsfälle in Deutschland im Jahr 2012 rechnerisch 19 Pflegekräfte (Vollzeitstellen), in den OECD-Ländern waren es dagegen durchschnittlich 32 Vollzeitpflegestellen pro 1.000 Patienten. Die Frage, wie viele Pflegekräfte den deutschen Krankenhäusern

genau fehlen, lässt sich allerdings nicht so leicht beantworten. Der Personalbedarf ist nicht nur von der Fallzahl abhängig, sondern vor allem von der Morbidität und dem Pflegebedarf der Patienten. Ab 2019 sind die Bundesverbände der Krankenhäuser und Krankenkassen verpflichtet, Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhausbereichen festzulegen, in denen dies für die Patientensicherheit besonders notwendig ist. Für eine nachhaltige Planung in der Onkologie brauchen wir gute Indikatoren für pflegesensitive Outcomes, die ein solides Qualitätsmanagement erlauben.

Prof. Dr. Thomas Wiegel, Universitätsklinik Ulm

Voneinander lernen in Pflege und Medizin

Für eine bedarfsgerechte Versorgung der Patienten ist ein optimales Zusammenspiel von Pflege und Medizin unumgänglich. Internationale Studien deuten darauf hin, dass interprofessionelles Lernen positive Effekte auf die Zusammenarbeit und auch auf die Versorgung der Patienten hat. Im Rahmen der Bildungsclusterstudie Greifswald/Neubrandenburg 2013 – 2015 wurden deshalb erstmals in Deutschland gemeinsame Ausbildungssequenzen für Medizin- und Pflegestudierende entwickelt, erprobt und bewertet. Drei Formen des Lernens bauen dabei systematisch aufeinander auf: (a) theoretische Wissensvermittlung in Form einer Vorlesung, (b) theoretisch-praktisches Lernen in acht Tutorien und einem Simulationspatiententraining sowie (c) praktische Anwendung durch gemeinsames Arbeiten auf der Palliativstation. Positive Effekte dieser gemeinsamen Ausbildung sind die hohe Motivation der teilnehmenden Studierenden und eine größere

Wertschätzung füreinander. Beide Studierendengruppen sind für das gemeinsame Lernen offen und erwarten, etwas voneinander zu lernen. Beide gaben an, im Nachhinein bessere Kenntnisse zu den Aufgaben beider Professionen, Rollen und Verantwortlichkeiten bei der Versorgung von Patienten zu haben. Sowohl die Studierenden als auch die Referenten sind der Auffassung, dass interprofessionelles Lernen in beiden Ausbildungen verankert werden und Pflichtveranstaltungen umfassen sollte. Die größte Herausforderung ist der im Vergleich zur Teilnehmerzahl hohe personelle und logistische Aufwand seitens der Lehrkräfte und Dozenten.

Madlén Steinbrückner, M. A.

Institut für Community Medicine
Universitätsmedizin Greifswald
steinbruem@uni-greifswald.de

Zusammen arbeiten – aber wie?

Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung von Ärzten und Pflegekräften wird im Gesundheitswesen oft der Ruf nach einer neuen Arbeitsteilung laut. In einer 2014 erschienenen Studie des Instituts Arbeit und Technik (kostenloser Download: https://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_306.pdf) zeigt sich, dass veränderte Arbeitsteilungen in vielen Krankenhäusern längst schon gängige Praxis sind. 78 Prozent der befragten Pflegekräfte gaben an, dass sie Aufgaben vom ärztlichen Dienst übernommen haben, nur 43 Prozent konnten dagegen Aufgaben an andere Dienste abgeben. Ob diese Veränderungen sinnvoll sind, darf bezweifelt werden: Insgesamt waren nur rund 18 Prozent der Befragten aus allen Berufen zufrieden mit der derzeitigen Aufgabenverteilung auf der eigenen Station. Berufsübergreifend bemängelten 82,6 Prozent der Befragten, dass es insgesamt Aufgaben gibt, die vernachlässigt werden. Und mehr als 50 Prozent der Befragten glaubten nicht, dass Patienten von den bisher erfolgten Veränderungen profitieren.

Leider ist die Entlastung der Pflege von patientenfernen Aufgaben bei weitem nicht systematisch umgesetzt. Vom Arzt delegiert werden meist nur Einzeltätigkeiten, keine zusammenhängenden Aufgaben. Und doch sollte man die Auswirkungen des drastischen Stellenabbaus in der Pflege und des parallel dazu verlaufenden Ausbaus der ärztlichen Stellen differenziert betrachten. Zwar fällt die Einschätzung der Pflegenden tendenziell kritischer aus, doch auch der ärztliche Dienst schätzt seine Arbeitssituation als unbefriedigend ein. Die Folgen und Spielräume bei der Reorganisation von Arbeitsabläufen in deutschen Krankenhäusern an der Schnittstelle zur Gesundheitsfacharbeit benötigen definitiv mehr Aufmerksamkeit.

Christoph Bräutigam

Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen
braeutigam@iat.eu



Wer darf was im Gesundheitswesen?

Umfang und Qualität der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen sind maßgeblich durch rechtliche Vorgaben geprägt. Die selbstständige Ausübung der Heilkunde ist in Deutschland, anders als in vielen anderen Ländern, nur Ärzten und Heilpraktikern erlaubt. Es fehlt daher die Rechtsgrundlage für eine Substitution, also das Ersetzen des Arztes durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter bei der Durchführung von Leistungen, bei denen es sich um die selbstständige Ausübung von Heilkunde

handelt. Ausnahmen gibt es nur in Modellvorhaben oder speziellen Situationen wie der Notfallrettung.

Grundsätzlich erlaubt ist hingegen die Delegation, also die Übertragung bestimmter Tätigkeitsbereiche oder Einzelaufgaben an nichtärztliche Mitarbeiter, soweit nicht Kenntnisse vorausgesetzt werden, über die nur der delegierende Arzt verfügt. Für die Delegation ärztlicher Leistungen gibt es keinen generellen gesetzlichen

Arztvorbehalt; ein solcher findet sich nur in Spezialgesetzen (Transfusionsrecht, Embryonenschutz, Strahlenschutz usw.).

Das Arzthaftungsrecht kennt ebenfalls keinen ausdrücklichen Arztvorbehalt, sondern fragt nach Einhaltung von Standards und deren Überwachung – unabhängig davon, wer Leistungen am Patienten erbringt. Auch das Strafrecht stellt keine eigenen inhaltlichen Vorgaben an die Leistungserbringung durch Ärzte oder nichtärztliche Fachkräfte. Für die Frage der Fahrlässigkeit des Verhaltens bei einem Schadenseintritt wird auf die Verletzung medizinischer Standards zurückgegriffen, die für Ärzte und Nichtärzte gleichermaßen gelten.

Einer weitergehenden Delegation ärztlicher Leistungen steht allerdings das Vergütungsrecht entgegen. Insbesondere in der ambulanten Krankenversorgung fehlen Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die die Delegation ärztlicher Leistungen abbilden, oder die Vergütung ist zu niedrig.

Dr. jur. Dr. rer. med. Thomas Ruppel
Rechtsanwalt, Lübeck
kanzlei@gesundheitsrecht.de



Fehler vermeiden in der Onkologie

Die Anzahl der onkologisch eingesetzten Substanzen nimmt seit Einführung der ersten Antikörper rasant zu und mit ihr steigt auch die Komplexität der Therapieregime, die patientenindividuell eingesetzt werden können und mit einer Supportivtherapie kombiniert werden. Komorbidität, Komedikation und weitere patientenindividuelle Parameter wie das Alter müssen bei der Auswahl und Dosierung der einzusetzenden Tumortheraeutika berücksichtigt werden.

Das Zusammenspiel dieser Faktoren führt zur Entstehung von Fehlern, die fatale Auswirkungen für den Patienten haben kön-

nen. Fehler treten in allen Bereichen des Prozesses auf; die am häufigsten berichteten fallen in den Bereich der Verordnung, etwa eine falsch berechnete Dosis oder die vergessene Anordnung einer Dosisreduktion. EDV-basierte Verordnungssysteme können in solchen Fällen das Fehlerrisiko verringern.

Die Optimierung der krankenhausinternen interdisziplinären Prozesse stellt ebenfalls eine Möglichkeit zur Fehlerprävention dar. So konnten am Universitätsklinikum Bonn mit Hilfe einer prospektiven, interdisziplinären Fehleranalyse (FMEA) kritische Prozessschritte und Fehler im Be-

reich Tumorthherapie identifiziert werden. Zudem werden Vermeidungsstrategien entwickelt, mit denen die Fehlerhäufigkeit reduziert werden könnte. Ein Beispiel für einen kritischen Prozessschritt ist die Anforderung einer Chemotherapie an die herstellende Apotheke. Hierbei kommt es immer wieder zu fatalen Fehlern, die durch eine verbesserte Kommunikation und eine Sensibilisierung für potentielle Fehler vermieden werden können.

Lisa Weber & Prof. Dr. Ulrich Jaehde
Pharmazeutisches Institut, Universität Bonn
Lisa.Weber@ukbonn.de

Weniger Therapieabbrüche nach Schulung

In der medikamentösen Krebstherapie werden zunehmend oral einzunehmende Medikamente eingesetzt. Der Umgang damit ist jedoch oft kompliziert, nicht zuletzt aufgrund möglicher Nebenwirkungen, und setzt Selbstmanagementkompetenzen des Patienten voraus. Es stellt sich daher die Frage, ob Patienten im Umgang mit oralen Krebsmedikamenten nicht durch ein standardisiertes Schulungsangebot unterstützt werden

können. Ein solches Patientenschulungsprogramm, angeboten von speziell für das Therapiemanagement ausgebildeten onkologischen Pflegekräften, wurde in unserer Studie evaluiert.

165 Patienten aus 28 onkologischen Schwerpunktpraxen aus ganz Deutschland nahmen an der clusterrandomisierten Kontrollstudie teil. Patienten der Interventions- (n=111) und der Kontroll-

gruppe mit Standardversorgung (n=54) erhielten die normale Beratung durch den Onkologen. Zusätzlich bekamen Patienten der Interventionsgruppe in 17 Praxen eine Schulung durch spezialisierte Pflegekräfte. Der Beobachtungszeitraum war drei Monate pro Patient.

Die Patienten der Interventionsgruppe berichteten seltener über Nebenwirkungen wie Hautausschlag, Schmerzen, Müdigkeit, Übelkeit und Erbrechen. Entscheidend: Patienten mit Standardversorgung unterbrachen ihre Therapie vergleichsweise häufiger, ohne ihren Onkologen darüber zu informieren.

Die Studie zeigt, dass standardisierte Patientenschulungsprogramme durch onkologische Pflegekräfte in den Versorgungsalltag integriert werden können. Geschulte Patienten unter oraler Krebstherapie können mit kritischen Situationen im Therapieverlauf besser umgehen und arbeiten enger mit ihrem Onkologen zusammen.

Dr. Walter Baumann

Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen GmbH – WINHO, Köln
info@winho.de



Mehr Lebensqualität durch mobile Dienste

Mit der ständigen Zunahme kostspieliger oraler antiproliferativer Therapieformen im Bereich der Hämatologie/Onkologie kommt der Patientenadhärenz und Patientensicherheit wachsende Bedeutung zu. Vor allem ältere und immobile Patienten im ländlichen Raum sind von dieser Problematik betroffen.

Zur Verbesserung dieses Versorgungsdefizites entwickelte das onkologisch-palliativmedizinische Netzwerk Landshut den „Mobilen Onkologischen Dienst (MOD)“: Speziell ausgebildete FachassistentInnen für orale Tumorthherapie besuchen die Patienten im häuslichen Bereich durchschnittlich einmal pro Woche. Neben Pa-

tientenschulung und Adhärenzkontrollen werden die Patienten bezüglich Nebenwirkungen befragt und untersucht, bei Bedarf Blutabnahmen durchgeführt und die Lagerung der Tabletten kontrolliert. Bereits die Ergebnisse der ersten 24 Monate MOD zeigten eine hohe Patientenzufriedenheit, eine deutlich gesteigerte Therapiesicherheit, geringe toxizitätsbedingte Krankenhausaufenthalte, eine Reduktion der Fahrkosten von 10 bis 15 Prozent im Vergleich zu Taxikosten und bis 60 Prozent im Vergleich zu den Kosten von Krankentransporten. Der zeitliche Aufwand für die Patienten konnte auf 25 Prozent gesenkt, die Freizeit damit um ein Viertel erhöht werden. Insgesamt stellt der MOD ein

gut umsetzbares Versorgungsmodell zur Verbesserung der Patientenadhärenz und Patientensicherheit dar.

Durch Vermeidung von Krankenhausaufenthalten auf Grund konsequenten Nebenwirkungsmanagements, Wartezeiten und Anfahrtswegen zur onkologischen Praxis werden nicht nur Kosten eingespart, sondern vor allem die Lebensqualität der Patienten gesteigert.

Dr. Ursula Vehling-Kaiser

Tagesklinik Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin, Landshut
info@vehling-kaiser.de

Service

AIS im Visier

Die Beschlüsse der frühen Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sollen künftig in das Arztinformationssystem (AIS) integriert und über die ärztliche Praxissoftware zur Verfügung gestellt werden. So jedenfalls lautete die Vereinbarung im Pharmadialog. Im Vordergrund dieser Überlegung stehen wirtschaftliche Aspekte – Ärzte sollen sich bei ihren Verschreibungen an der Nutzenbewertung orientieren. Denn diese ist ein Instrument zur ökonomischen Steuerung: Auf der Basis des vom G-BA festgestellten Zusatznutzens im Vergleich zur Standardtherapie wird der Preis eines neuen Medikaments festgelegt. Doch die Nutzenbewertung unterscheidet sich grundlegend von der wissenschaftlichen Interpretation der Evidenzlage. Insbesondere weicht die Definition von Patientensubgruppen in der frühen Nutzenbewertung des G-BA häufig von den klinisch relevanten Subgruppen in medizinischen Leitlinien ab.

Mittlerweile liegt ein aktuelles Gutachten vor, das die Beschlüsse der frühen Nutzenbewertung bei Krebsmedikamenten mit dem allgemein anerkannten Standard medizinischen Wissens vergleicht, wie er zum Beispiel von der DGHO für die Plattform Onkopedia formuliert wird. Es zeigt einen partiellen oder kompletten Widerspruch bei 60 Prozent der untersuchten

Patientengruppen über alle Tumorarten hinweg. Diskrepanzen finden sich auch, wenn man die S3-Leitlinien des Leitlinienprogramms Onkologie zugrunde legt: Die aktuelle S3-Leitlinie Lungenkarzinom kommt zum Beispiel zum Schluss, dass Crizotinib bei Patienten mit einem nichtkleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) und ROS1-Fusionsgenen in der Erstlinientherapie empfohlen werden soll. Der Evidenzgrad, der dieser Empfehlung zugrunde liegt, ist hoch. Laut der frühen Nutzenbewertung durch den G-BA hat Crizotinib in dieser Patientengruppe aber keinen Zusatznutzen.

Wer legt fest, was der allgemeine Stand des medizinischen Wissens ist? Per Definition ist das eine ärztliche Aufgabe, keine Aufgabe der Kassen oder Selbstverwaltung. Wieso bildet man nicht den allgemeinen Stand des medizinischen Wissens in der Praxissoftware ab, etwa durch das Einstellen medizinischer Leitlinien? Für eine Versorgung, die sich am optimalen Patientennutzen orientiert, wäre das sicher hilfreich.

Dr. Johannes Bruns

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



Meldungen

Ergebnisqualität bei Darmkrebs

Die Deutsche Krebsgesellschaft und ihre Partner OnkoZert sowie das Universitätsklinikum Köln haben aus dem Innovationsfonds Mittel für ein Projekt zur Erforschung der Ergebnisqualität in zertifizierten Darmkrebszentren erhalten. Das Projekt greift ein wichtiges Defizit der Versorgungsforschung auf. Denn bislang findet in der Versorgung von Krebspatienten keine flächendeckende und systematische Messung der Ergebnisqualität mit

zeitnaher Rückmeldung an die Behandler statt. Das Projekt zielt daher darauf ab, in zertifizierten Darmkrebszentren eine Routine zur Ergebnisqualitätsmessung zu implementieren. Zu diesem Zweck sollen 7.000 Darmkrebspatientinnen und -patienten aus 100 Krankenhäusern vor und nach der Operation mit einem einheitlichen Fragebogen auf Papier oder mittels Tablet zu ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität befragt werden. Die Krankenhäuser erhalten pro Patient eine Aus-

wertung, damit sie die Lebensqualität bei der Therapieplanung berücksichtigen können. Durch standardisierte Auswertungen, die auch klinische Ergebnisse auf Basis der Zertifizierungsdaten beinhalten, haben sie außerdem die Möglichkeit, sich mit den anderen Zentren zu vergleichen. Das Projekt hat eine Laufzeit von drei Jahren.

Dr. Christoph Kowalski

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
kowalski@krebsgesellschaft.de

DKG-Spezial

Aktivitäten

Politische Foren auf dem DKK 2018

Am 21. Februar 2018 ist es wieder so weit – der Deutsche Krebskongress (DKK 2018) öffnet für vier Tage seine Pforten in Berlin. Das größte onkologische Fachtreffen im deutschsprachigen Raum wird gemeinsam von der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe veranstaltet. Unter den mehr als 400 Sitzungen sind auch dieses Mal wieder interessante politische Foren. Eine Auswahl stellen wir Ihnen auf dieser Seite kurz vor. Das ganze Programm finden Sie auf www.dkk2018.de/programm.html. Wir freuen uns, wenn Sie mitdiskutieren.

Termine

Fortschritte in der personalisierten Medizin – wie können Tumorboards/ molekulare Boards und Netzwerkstrukturen finanziert werden?

Molekulare Tumorboards sind interdisziplinäre, multiprofessionelle Konferenzen, die basierend auf der molekularen Charakteristik der Erkrankung ein molekular ausgerichtetes maßgeschneidertes Therapiekonzept für den Patienten konzipieren. Die Herausforderungen, die sich bei ihrer Etablierung stellen, sind Gegenstand dieser Sitzung.

Wann: Mittwoch, 21. Februar 2018, 15.00 – 16.30 Uhr

Wo: Messe Berlin, Halle 7, Raum Budapest

Vorsitz: Huober, J. (Ulm); Morgner-Miehlke, A. (Hamburg)

Onkologische Rehabilitation für Langzeitüberlebende – politische Entwicklungen

Dank des medizinischen Fortschritts nimmt die Zahl derer, die lange Zeit mit ihrer Krebserkrankung leben, stetig zu. Daraus ergeben sich neue Anforderungen an die Nachsorge und die Rehabilitation.

Wann: Mittwoch, 21. Februar 2018, 18.00 – 19.00 Uhr

Wo: Messe Berlin, Halle 7, Raum Budapest
Vorsitz: Schilling, G. (Hamburg); Rösler, M. (Bremen)

Entwicklung der translationalen Forschung in Deutschland bis 2030

Die translationale Forschung zielt auf einen raschen Transfer des medizinischen Wissens vom Labor in die Klinik ab. Wie sie gefördert werden kann, ist Thema dieser Sitzung.

Wann: Donnerstag, 22. Februar 2018, 09.30 – 11.00 Uhr

Wo: Messe Berlin, CityCube, Raum A5
Vorsitz: Belka, C. (München); Hallek, M. (Köln)

Nationaler Krebsplan – aktuelle Themen

Zu den aktuellen Themen im Rahmen des Nationalen Krebsplans gehören die Qualität der psychoonkologischen Versorgung, neue Ansätze zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und verschiedene Aspekte der Cancer Survivorship.

Wann: Donnerstag, 22. Februar 2018, 15.00 – 16.30 Uhr

Wo: Messe Berlin, CityCube, Raum A4
Vorsitz: Helou, A. (Bonn); Schulte, H. (Neukirchen)

Nutzenbewertung von Arzneimitteln der Onkologie und Hämatologie

Das Ergebnis der frühen Nutzenbewertung ist die Entscheidungsgrundlage für die Preisbildung bei einem neuen Arzneimittel. Zum aktuellen Stand der frühen Nutzenbewertung sprechen unter anderem Prof. Jürgen Windeler vom IQWiG und Prof. Bernhard Wörmann von der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie.

Wann: Donnerstag, 22. Februar 2018, 16.45 – 17.45 Uhr

Wo: Messe Berlin, CityCube, Raum A4
Vorsitz: Heinemann, V. (München); Schmiegel, W. (Bochum)

Weiterentwicklung der onkologischen Pflege

Wie verhalten sich Anspruch und Realität der onkologischen Pflege im klinischen Alltag? Wie entwickelt sich die Pflege im europäischen Ausland? Diese Fragen stehen im Mittelpunkt dieser Sitzung der Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege beim DKK 2018.

Wann: Freitag, 23. Februar 2018, 08.00 – 09.00 Uhr

Wo: Messe Berlin, Halle 7, Raum London 3
Vorsitz: Paradies, K. (Hamburg)



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-Ossietsky-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

Januar 2018
Auflage 2.500

Bestellung/Abbestellung per E-Mail

Renate Babnik, babnik@krebsgesellschaft.de

ISSN 2510-4268