

# 360° Onkologie 05

Krebs und Politik – eine Publikation  
der Deutschen Krebsgesellschaft  
Ausgabe 05 | Mai 2018



© Chlorophyllie, stock.adobe.com/de

WISSEN AUS ERSTER HAND

## Koalitionsvertrag 2018

**DKG**  
KREBSGESELLSCHAFT

### Die Kunst der Zielsetzung

Gesundheit ist ein wichtiges Thema in einer Gesellschaft, die immer älter wird. Der Koalitionsvertrag der Regierungsparteien bildet den Masterplan für die künftige Richtung der Politik in diesem Bereich. Was die Beschlüsse für die Krebsversorgung bedeuten, wollen wir in diesem Newsletter beleuchten.

Da ist zum Beispiel das Vorhaben, die Gesundheitsforschung im Rahmen einer Nationalen Dekade gegen den Krebs zu stärken. Tatsächlich wird eine unabhängige Forschungsförderung dringend benötigt. Die Unterzeichner des Lissabon-Vertrags haben sich 2007 darauf verständigt, jährlich drei Prozent des Bruttoinlandsprodukts für Forschung und Entwicklung (FuE) auszugeben. Deutschland erreicht zwar dieses Ziel. Aber von insgesamt 92 Milliarden Euro für FuE im Jahr 2016 stammen ein Drittel vom Staat und zwei Drittel aus der Wirtschaft. Dabei wird der Ruf nach unabhängigen klinischen Stu-

dien immer lauter, vor allem dort, wo es um seltene Krebserkrankungen oder um bereits zugelassene Therapien geht, deren Evaluation kommerziell wenig interessant sind. Bisher weist der Haushalt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), des größten öffentlichen FuE-Förderers in Deutschland, für die Förderung klinischer Studien vergleichsweise bescheidene Mittel aus. Es bleibt zu hoffen, dass BMBF, BMG und die Selbstverwaltung hier künftig enger kooperieren.

**„Es geht um eine flächendeckend gute Versorgungsqualität.“**

Die gesundheitspolitische Debatte im Vorfeld des Koalitionsvertrags war geprägt von der Auseinandersetzung um die Zweiklassenmedizin, in der Privatversicherte angeblich bevorzugt Zugang zu ausgewiesenen Spezialisten erhalten und so Ressourcen für die GKV-Versicherten blockieren. Doch entscheidend für eine

gute Krebsversorgung ist nicht der Zugang zu wenigen Topspezialisten.

Viel wichtiger sind interdisziplinär besetzte Tumorboards, die die Behandlungsstrategie diskutieren und sich an aktuellen Leit-

#### Inhalt

<b>Titelthema Koalitionsvertrag 2018</b>	1
<b>Editorial Dr. Johannes Bruns</b>	2
<b>Nachgefragt</b>	3
<b>Was ist uns die Krebsversorgung wert?</b>	4
<b>Was geht vor? Kosten oder Evidenz?</b>	4
<b>Herausforderung Forschungsförderung</b>	5
<b>Es geht um Wertschätzung</b>	6
<b>Mehr Patientenorientierung am Lebensende</b>	6
<b>Krebsprävention stärken</b>	7
<b>Service</b>	7
<b>DKG-Spezial/Impressum</b>	8

**Dr. Johannes Bruns**

Generalsekretär

Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin

bruns@krebsgesellschaft.de



## Liebe Leserinnen und Leser,

hinter uns liegt die längste Regierungsbildung in der bundesdeutschen Geschichte – seit März 2018 steht die neue Bundesregierung. Gleich in den ersten Wochen ihrer Arbeit setzte die Neuauflage der Großen Koalition aus CDU und SPD Akzente in der Gesundheitspolitik. Verbesserungen in der Pflege, kürzere Wartezeiten auf eine Behandlung und die Einführung einer gemeinsamen Honorarordnung in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung haben für den neuen Bundesgesundheitsminister offensichtlich hohe Priorität. Der Blick in den Koalitionsvertrag 2018 zeigt: Auch das Thema Krebs wird dort explizit aufgegriffen.

Das ist gut so, denn die Krankheit betrifft mittlerweile fast vier Millionen Menschen in Deutschland. Jedes Jahr erkranken knapp 500.000 Menschen neu an Krebs. Der rasche Zuwachs an medizinischem Wissen führt zwar zu einer Vielzahl an neuen Therapieoptionen, aber auch zu Kostensteigerungen. Und einige der Empfehlungen im Nationalen Krebsplan, etwa bei der Früherkennung oder bei der Stärkung der Patientenkompetenz, sind noch längst nicht implementiert. Grund genug, das Regierungsprogramm genauer zu hinterfragen: Was bringen die Ziele im Koalitionsvertrag für die Krebsversorgung?

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](http://www.krebsgesellschaft.de/360-grad-onkologie).

Mit besten Grüßen

**Dr. Johannes Bruns**

linien orientieren. Das Mehraugenprinzip hilft, Fehler zu vermeiden und keine Behandlungsoption zu übersehen. Die Festlegung von Mindestfallzahlen stellt die nötige Erfahrung beim behandelnden Team sicher. Erfreulicherweise betont der Koalitionsvertrag die Bedeutung kompetenter interdisziplinärer Behandlungsteams, die mit ambulanten Schwerpunktpraxen zusammenarbeiten. Konkrete Vorschläge zur verpflichtenden Umsetzung dieses Ansatzes fehlen allerdings.

Akuten Handlungsbedarf fordert vor allem der aktuelle Pfl egenotstand. Rund 8.000 zusätzliche neue Pflegestellen will die Bundesregierung schaffen – ein Tropfen auf den heißen Stein angesichts der rund 100.000 fehlenden Pflegekräfte allein in deutschen Krankenhäusern. Auch die onkologische Pflege leidet unter zu viel Zeitdruck, mangelnder Wertschätzung und geringen Aufstiegschancen für Qualifizierte. Dabei ist ihre Expertise für den Behandlungserfolg absolut notwen-

dig. Ohne Personalbesetzungsstandards sind Verbesserungen kaum möglich. Aber wer Menschen für den Pflegeberuf begeistern möchte, muss auch die Frage nach der Attraktivität des herkömmlichen Berufsbilds stellen. In vielen anderen Gesundheitssystemen hat die Pflege einen höheren Stellenwert, weil dort Pflegekräfte, nach entsprechender Qualifikation, mit weiterreichenden Kompetenzen ausgestattet sind als hierzulande. Auch in Deutschland möchten viele Pflegenden gerne mehr Verantwortung übernehmen. Neue Modelle der Arbeitsteilung sollten hier dringend angedacht werden.

Das 2015 erschienene Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung hat eine Sensibilisierung für Palliativthemen bewirkt. Von den beabsichtigten Verbesserungen kommt bei den Betroffenen aber leider noch zu wenig an. Wünsche der Patienten in Bezug auf Sterbeort oder Therapieziele am Lebensende werden meist erst sehr spät thematisiert,

wenn ein Advanced Care Planning kaum noch möglich ist.

Auch die Präventionsanstrengungen stagnieren. Fünf Jahre nach Einführung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes sind immer noch keine organisierten Einladungsverfahren in der Darmkrebs- und Zervixkarzinomfrüherkennung etabliert. Ein Eckpunktepapier zur Prävention soll es richten, dazu eine nationale Gesundheitsplattform mit qualitätsgesicherten Gesundheitsinformationen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Deutschen – grundsätzlich eine gute Idee, wenn sie sich am Informationsbedarf der Nutzer orientiert. Wie der tatsächlich aussieht, muss allerdings erst noch definiert werden. Man darf gespannt sein.

**Prof. Dr. Peter Albers**Präsident Deutsche Krebsgesellschaft e. V.,  
Universitätsklinikum Düsseldorf  
urologie@med.uni-duesseldorf.de

## Nachgefragt ... bei der Selbsthilfe



**Kontakt: Dr. Sylvia Brathuhn**  
Frauenselbsthilfe nach Krebs –  
Bundesverband e. V., Bonn  
s.brathuhn@frauenselbsthilfe.de

Die neue Bundesregierung ruft eine Nationale Dekade gegen den Krebs aus. Geplant sind eine Nationale Wirkstoffinitiative und die beschleunigte Translation von Forschungsergebnissen. Beides ist aus Patientensicht grundsätzlich lobenswert. Allerdings wurde bereits im Jahr 1971 in Amerika der „war against cancer“ erklärt mit dem Ziel, Krebs in zehn Jahren zu besiegen. Trotz immenser Finanzmittel wurde dieses Ziel nicht erreicht. Insofern bewerten wir derartige „Dekadenziele“ mit Skepsis. Die Entwicklung neuer Medikamente und Therapieverfahren bei Krebserkrankungen bleibt eine perma-

nente Herausforderung. Leider handelt es sich oft um „Innovationen“, die die Lebenszeit der Betroffenen nur um eine sehr kurze Zeitspanne verlängern, deren Lebensqualität jedoch deutlich reduzieren. Für die Bewertung des Nutzens sollte dieser Aspekt noch viel stärker berücksichtigt werden. Wir appellieren daher an die neue Bundesregierung, den Weg der verstärkten Einbeziehung von Patienten in Versorgungsentscheidungen unbedingt fortzusetzen, damit Innovationen in der Medizin diesen Namen auch verdienen und auf Akzeptanz bei den Betroffenen stoßen.

**Dr. Sylvia Brathuhn, Frauenselbsthilfe nach Krebs – Bundesverband e. V.**

## ... beim Behandler



**Kontakt: Prof. Dr. Michael Hallek**  
Geschäftsführender Vorsitzender DGHO e. V.,  
Uniklinik Köln  
michael.hallek@uni-koeln.de

Zurzeit erkranken etwa 500.000 Menschen jährlich in Deutschland an Krebs. Davon versterben noch immer um die 40 bis 50 Prozent. Außerdem steigt die Zahl der Krebsneuerkrankungen. Gleichzeitig verursachen die Innovationen auf diesem Feld rasch wachsende Kosten. Vor diesem Hintergrund stimmen die für die Lebenswissenschaften relevanten Überschriften des Koalitionsvertrages hoffungsvoll. Neben einer Nationalen Wirkstoffkampagne soll es eine Nationale Dekade gegen den Krebs geben, ergänzt durch eine Road-

map zur Entwicklung und Umsetzung innovativer E-Health-Lösungen und einen Masterplan Künstliche Intelligenz. Dies sind die richtigen Überschriften. Einige der zur Umsetzung nötigen spezifischen Maßnahmen sind von einer Arbeitsgruppe „Zukunft der Onkologie“ zur wissengenerierenden (Krebs-)Medizin bereits vorausgedacht. Jetzt müssen sie umgesetzt werden, damit künftig ein bedeutsamer Teil der Innovationen nicht allein in den USA, sondern wieder in Deutschland und Europa entwickelt wird.

**Prof. Dr. Michael Hallek, Uniklinik Köln**

## ... bei der Krankenkasse



**Kontakt: Prof. Dr. Christoph Straub**  
Vorstandsvorsitzender BARMER  
christoph.straub@barmer.de

Bösartige Erkrankungen sind zwar noch nicht immer heilbar, aber oftmals beherrschbar. Dies verdanken wir vor allem dem wachsenden Wissen um die Genomik und den Mutationsstatus der Tumoren. Neben innovativen Arzneimitteln verändern neuartige Diagnosemethoden wie Liquid Biopsies, effektivere Bestrahlungsmethoden und schonendere Operationskonzepte die Tumorbehandlung. Diese ermutigenden Fortschritte verdeutlichen, dass wir jetzt nicht nachlassen dürfen. Deshalb ist die Nationale Dekade gegen Krebs im Koalitionsvertrag ein starkes Signal. Denn immer mehr, immer ältere Menschen werden die Häufigkeit von Malignomen erhöhen. In der Folge werden die Ausgaben für Onkologika weiter massiv steigen. Wir erreichen eine gute Balance, wenn parallel zur Förderung von Innovationen und transnationaler Forschung die Entwicklung neuer Studienformate und Nutznachweise vorangetrieben wird. Das neue Wissen in der Tumormedizin muss sicher von der Forschung in die Versorgung überführt werden. Hierzu ist auch eine berufsgruppenübergreifende und interdisziplinäre Zentrenbildung von ambulanten und stationären Einheiten erforderlich. So kommt die gesteigerte Behandlungsqualität unmittelbar dem Patienten zugute.

nomen erhöhen. In der Folge werden die Ausgaben für Onkologika weiter massiv steigen. Wir erreichen eine gute Balance, wenn parallel zur Förderung von Innovationen und transnationaler Forschung die Entwicklung neuer Studienformate und Nutznachweise vorangetrieben wird. Das neue Wissen in der Tumormedizin muss sicher von der Forschung in die Versorgung überführt werden. Hierzu ist auch eine berufsgruppenübergreifende und interdisziplinäre Zentrenbildung von ambulanten und stationären Einheiten erforderlich. So kommt die gesteigerte Behandlungsqualität unmittelbar dem Patienten zugute.

**Prof. Dr. Christoph Straub, Die BARMER**

# Was ist uns die Krebsversorgung wert?

Wie könnte man gesellschaftliche Ressourcen besser einsetzen als in der Bekämpfung von Krebserkrankungen – durch Grundlagenforschung und die Translation von Forschungsergebnissen in die Patientenversorgung? Erst recht dann, wenn man sich bewusst macht, dass alleine die krebsbedingte Morbidität und Mortalität in Deutschland (wie in anderen europäischen Ländern) nahezu 20 Prozent der gesamten Krankheitslast ausmachen, während gleichzeitig weniger als 10 Prozent der Gesundheitsausgaben für die Versorgung Krebskranker aufgewendet werden. Das ist natürlich eine vordergründige und suggestive Überlegung. Aus ökonomischer Sicht stellt sich die Frage, welchen zusätzlichen Wert ein zusätzlicher Euro generiert, der in Krebsforschung oder -therapie investiert wird – im Vergleich zum zusätzlichen Nutzen, der in anderen Bereichen innerhalb oder außerhalb des Gesundheitssystems mit ebendiesem Euro gestiftet werden könnte. Der Fachbegriff dazu lautet Opportunitätskosten. Viele GesundheitsökonomInnen sehen die Problemstellung immer noch als Frage nach den (zusätzlichen) Kosten für ein (zusätzlich) gewonnenes Lebensjahr (oft adjustiert um die Lebensqualität): Der Wert einer medizinischen Maßnahme wird danach bemessen, bei wie vielen Patienten wie viele Lebensjahre in welcher subjektiven Lebensqualität zu welchen Kosten

gewonnen werden. Vordergründig ist das plausibel – und doch stehen viele Antworten, die dieser Ansatz hervorbringt, in dialektischem Gegensatz zur Eingangsüberlegung. Einer der Gründe für diesen Widerspruch liegt in der Annahme, dass sich sozialer Wert (ausschließlich) aus der Summe individuellen Nutzens ergebe. Diese Annahme muss heute mindestens für den Bereich eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems als empirisch widerlegt gelten. Denn die Mehrzahl der Bürger sucht vorrangig Schutz vor schweren Erkrankungen („Risikoaversion“) und ist überdies bereit, knappe Mittel auch dann zugunsten gesundheitlich schwer Beeinträchtigter einzusetzen, wenn sie selbst davon nicht profitieren können (selektiver „Altruismus“). Es gibt keinen überzeugenden Grund, diese sozialen Präferenzen der Bürger in gesundheitsökonomischen Evaluationen zu ignorieren. Daraus ergibt sich großer Forschungsbedarf in der Gesundheitsökonomie. Wer meint, das sei nur von theoretischem Interesse, glaubt vermutlich auch an die These des neuen Wirtschaftsministers, die derzeitige Hochkonjunktur halte noch mindestens weitere 15 Jahre an.

**Prof. Dr. Michael Schlander**

DKFZ Heidelberg, Gesundheitsökonomie  
m.schlander@dkfz.de



## Was geht vor: Kosten oder Evidenz?

Mit Sorge sehen Experten die geplante Integration der G-BA-Beschlüsse zur frühen Nutzenbewertung in das künftige Arztinformationssystem (AIS). Sie befürchten, dass, je nach Ausgestaltung, ökonomische Aspekte Oberhand in der Patientenversorgung gewinnen. Die frühe Nutzenbewertung wird seit einigen Jahren erfolgreich zur Festlegung von Arzneimittelpreisen eingesetzt. Denn neu zugelassene Medikamente mit einem deutlichen Zusatznutzen gegenüber dem etablierten Standard erzielen in den Verhandlungen zwischen Kassen und Herstellern höhere Preise als die ohne oder mit nicht belegtem Zusatznutzen. Doch bei vielen Medikamenten reichen die Daten zum

Zeitpunkt der frühen Nutzenbewertung nicht aus, um den Zusatznutzen abschließend zu belegen. Das heißt aber nicht, dass nicht doch ein Zusatznutzen besteht. Ein AIS, das nur die frühe Nutzenbewertung und nicht auch den Stand des medizinischen Wissens abbildet, könnte leicht dazu führen, dass künftig ausschließlich die Kosten über eine Verschreibung entscheiden. Für die Patienten wäre das fatal.

**Dr. Johannes Bruns**

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

# Herausforderung Forschungsförderung

Die Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen hat in den letzten Jahren durch Einführung neuer Substanzen wie „small molecules“, monoklonalen Antikörpern und Immuntherapeutika erhebliche Fortschritte gemacht. Allerdings sind viele der neuen Substanzen trotz einer exzellenten präklinischen Rationale nur bei zum Teil sehr kleinen Subgruppen klinisch effektiv. Wir brauchen deshalb prädiktive Biomarker, die den Therapieerfolg oder -misserfolg zuverlässig vorhersagen lassen. Die technischen Voraussetzungen für die Realisierung dieses Ziels bieten hochentwickelte Omics-Technologien. Es bestehen aber zahlreiche Hindernisse für die effektive Identifizierung und den effektiven Einsatz von Biomarkern:

**1.** Informationen über die Verteilung eines neuen Biomarkers im Studienkollektiv einer großen klinischen Studie mit exzellenter Patientencharakterisierung lassen sich oft nur schwer oder gar nicht gewinnen. Denn oft können Biomaterialien, die zum Beispiel im Rahmen von Zulassungsstudien für bestimmte Auswertungen gewonnen wurden, nicht für neue, ursprünglich nicht geplante Auswertungen eingesetzt werden. Hier müssen unter anderem Vorgaben des Datenschutzes proaktiv diskutiert werden.

**„Wir wollen eine Nationale Wirkstoffinitiative und eine Nationale Dekade gegen den Krebs ausrufen“ (Koalitionsvertrag 2018, S. 35).**

**2.** Prospektive Biomarkerforschung ist kostenintensiv, sie erfordert im Bereich Logistik dieselben Ressourcen wie eine Therapiestudie. Zeitgerechte, wiederholte Probengewinnung und -aufbereitung, korrekte Lagerung und Versand erfordern eine gut entwickelte Infrastruktur im Studienzentrum und in der Studienzentrale. Auch die Bioinformatik zur Auswertung und Korrelation komplexer Biomarker-

datensätze wird daher immer wichtiger. Diese Tatsachen werden aktuell unterschätzt und die für derartige Studien im Rahmen einer öffentlichen Förderung z. B. von der Deutschen Forschungsgemeinschaft und BMBF bereitgestellten finanziellen Mittel reichen häufig nicht, um eine qualitativ hochwertige Biomarkerforschung zu gewährleisten, selbst an hochmotivierten Zentren. Zu überlegen ist auch, öffentlich geförderte Biomarkerstudien als „coclinical trials“ parallel zu klinischen Studien der Industrie zu planen und durchzuführen.

**3.** Um flexibel auf die Identifikation neuer therapierelevanter Subgruppen und/oder potenzieller Biomarker reagieren zu können, brauchen wir gute, prospektive, entitätsspezifische Register, die neben den klinischen Daten kontinuierlich im Therapieverlauf Biomaterialien der Patienten umfassend asservieren und analysieren. Nur so gelingt es, Cutoffs für Marker aus unterschiedlichen Analyten und Subgruppen in der Versorgung zu definieren und bei Patienten, deren Tumor ein bestimmtes Merkmal aufweist, zeitnah ein passen-

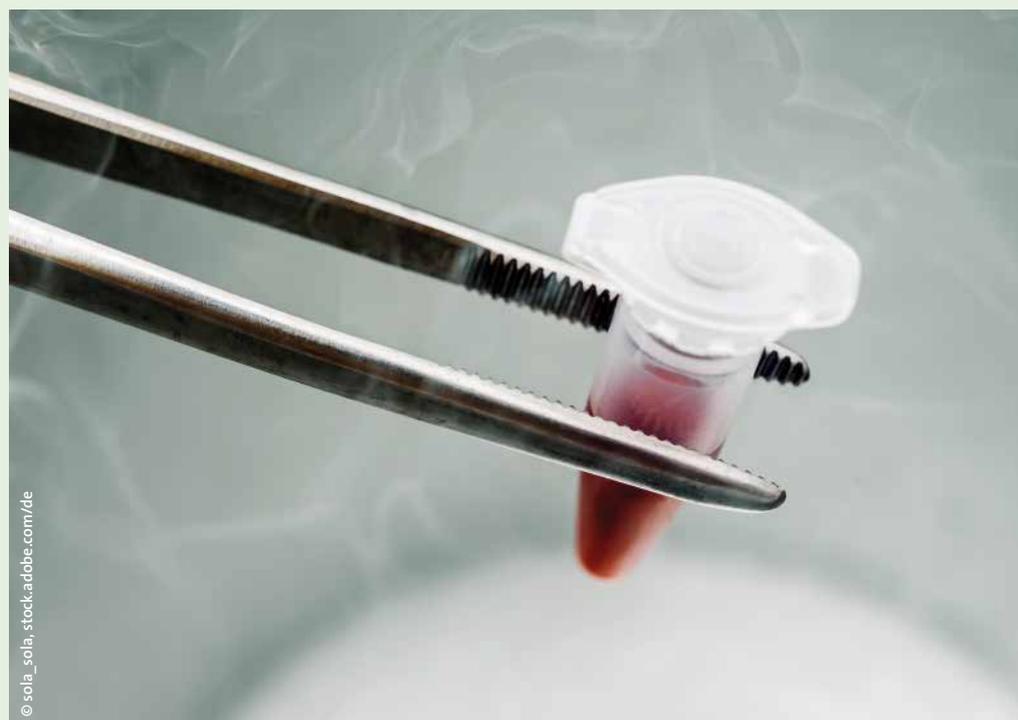
des neues Therapiekonzept einzusetzen. Erste derartige Förderinstrumente wie etwa das „Nationale Netzwerk Genomische Medizin“ der Deutschen Krebshilfe sind initiiert worden. Ein Förderprogramm für zumindest alle häufigen Tumorentitäten fehlt hingegen.

Durch eine konzertierte Aktion unterschiedlicher öffentlicher Förderinstitutionen, der pharmazeutischen Industrie, aber auch der Kostenträger im Gesundheitswesen könnten diese Maßnahmen zum großen Teil rasch umgesetzt werden. Dies würde Innovationen schneller zum Patienten bringen und die Annäherung an das Ziel einer personalisierten Tumorthherapie gelänge schneller. Zudem könnte man zur Einsparung erheblicher Ressourcen im Gesundheitswesen kommen, wenn es gelingt, nur noch die Patienten mit einer spezifischen Therapie zu behandeln, die mit hoher Wahrscheinlichkeit von dieser Therapie profitieren.

**Prof. Dr. Thomas Seufferlein**

Universitätsklinikum Ulm

thomas.seufferlein@uniklinik-ulm.de



© sola\_sola, stock.adobe.com/de

## Es geht um Wertschätzung

Die professionelle Pflege kranker Menschen ist eine gesellschaftliche Herausforderung. Wir brauchen gut ausgebildete Fachkräfte, die diese Aufgabe auch in Zukunft übernehmen, insbesondere im Hinblick auf die Pflege krebskranker Menschen. Schon heute können viele Stellen jedoch nicht besetzt werden. Der Nachwuchs fehlt, Pflegefachpersonen reduzieren ihre Arbeitszeit oder steigen aus dem Beruf aus. Die „stillen Helden“, wie Angela Merkel die Pflegenden in ihrer Regierungserklärung nannte, werden laut. Sie fordern: Wertschätzung.

**„Wir werden die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung in der Alten- und Krankenpflege sofort und spürbar verbessern“ (Koalitionsvertrag 2018, S. 95).**

Wertschätzung beginnt bei der Entlohnung. Qualifikation und Weiterbildung müssen angemessen honoriert werden. Sie zeigt sich in der Qualität der Ausbildung: Dass das BMG den Referentenentwurf einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung noch im März zur Abstimmung vorgelegt hat, ist zu begrüßen. Die Finanzierungsverordnung muss zeitnah folgen. Zudem muss sichergestellt sein, dass ausreichend Studiengänge für die zukünftigen Pflegefachpersonen zur Ver-

fügung stehen. Die angehenden Dozenten müssen auf ihre Lehrtätigkeit vorbereitet werden, etwa durch ein pflegewissenschaftliches Graduiertenprogramm. Wertschätzung zeigt sich nicht zuletzt daran, dass Fachkräfte gemäß ihrer Qualifizierung eingesetzt werden. Das Stichwort: Personalbemessung. Deutschland braucht eine gesetzliche Regelung, die sich am tatsächlichen Pflegebedarf orientiert. Eine bedarfsorientierte Personalbemessung

und ein Qualifikationsmix, der es onkologischen Pflegefachpersonen erlaubt, sich auf ihre Kernaufgaben zu konzentrieren, kämen nicht nur der onkologischen Versorgung in Deutschland zugute. Es würde die Zufriedenheit der Pflegenden mit ihrem Beruf deutlich erhöhen.

**Torsten Rantzsch**

Universitätsklinikum Düsseldorf,  
Pflegedirektion  
torsten.rantzsch@med.uni-duesseldorf.de



## Mehr Patientenorientierung am Lebensende

2015 erschien das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. An vielen Stellen ist dadurch eine Sensibilisierung für Palliativthemen erfolgt. Von den beabsichtigten Verbesserungen kommt aber leider sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei den Patienten und ihren Angehörigen noch zu wenig an.

Besonders in der Onkologie gibt es mittlerweile genügend Evidenz für den Nutzen eines frühzeitigen Einsatzes der Palliativmedizin, also genau dann, wenn der Patient die Diagnose „unheilbar krank“ erhält. Trotzdem ist es bislang nicht gelungen, ver-

bindliche Strukturen für eine solche frühe Palliativversorgung zu schaffen.

**„Wir werden die Hospiz- und Palliativversorgung weiter stärken ...“ (Koalitionsvertrag 2018, S. 98).**

Die meisten Patienten möchten am Lebensende gerne zuhause versorgt werden. Damit stellt sich die Frage, wann dieser Wunsch in den Behandlungsprozess integriert wird. Denn die Übersetzung von Therapieempfehlungen am Lebensende in die Lebensrealität der Betroffenen braucht eine rechtzeitige Planung, an

der Palliativmediziner, Fachärzte, Hausarzt und Pflege beteiligt sein sollten. Das setzt aber geeignete Prozesse für ein palliativmedizinisches Assessment voraus. Im ambulanten Sektor fehlen außerdem palliativmedizinische Beratungsangebote für Angehörige und Patienten. Wer die Palliativversorgung verbessern möchte, muss Strukturen schaffen, die diese Aspekte berücksichtigen. Sonst laufen die Anstrengungen ins Leere.

**Dr. Bernd Oliver Maier**

Vizepräsident Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.,  
St. Josefs-Hospital, Wiesbaden  
bomaier@joho.de

# Krebsprävention stärken

In Deutschland erkranken 43 Prozent der Frauen und 51 Prozent der Männer im Laufe ihres Lebens an Krebs. Epidemiologischen Schätzungen zufolge könnte etwa die Hälfte dieser Krebserkrankungen durch die konsequente Umsetzung bestehender Präventionskenntnisse verhindert werden.

**„Wir wollen die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und die Prävention in allen Lebensbereichen deutlich stärken“ (Koalitionsvertrag 2018, S. 100).**

Tabakkonsum ist der wichtigste modifizierbare Risikofaktor für Krebs und die Tabakprävention hat unter den vielen Krebspräventionsstrategien die längste Tradition. Durch eine Kombination aus Aufklärungsmaßnahmen, Rauchverboten in öffentlichen Einrichtungen, Steuererhöhungen und Werbeverboten ist es in den vergangenen zwei Jahrzehnten gelungen, dem Tabakkonsum Einhalt zu gebieten.

Dies zeigt sich an einem messbaren Rückgang des Anteils der Raucherinnen und Raucher in der Bevölkerung in den letzten zehn Jahren, insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Abgesehen davon wird das vorhandene Krebspräventionspotenzial in Deutschland jedoch

bei weitem nicht ausgeschöpft. So könnte die Mortalität bei Darmkrebs durch Aspirin um bis zu 40 Prozent gesenkt werden. Selektive Östrogenrezeptormodulatoren könnten die Brustkrebsinzidenz bei Hochrisikopatientinnen um bis zu 50 Prozent reduzieren. Erheblicher Handlungsbedarf besteht auch bei der aktuellen Adipositas-epidemie, für die es noch kein wirksames Gegenmittel gibt. Es ist daher erforderlich, den Kenntnisstand bezüglich der ver-

haltens- und verhältnisbedingten Krebsdeterminanten weiter zu verbessern und Maßnahmen zur Implementierung evidenzbasierter Präventionsprogramme zu intensivieren. Dazu bedarf es einer deutlichen Stärkung der Krebspräventionsforschung und -praxis.

**Prof. Dr. Michael Leitzmann**  
Universität Regensburg  
michael.leitzmann@ukr.de



## Service

### Meldungen

#### Konzepte für organisierte Früherkennung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) leitete im April 2018 das gesetzliche Stellungnahmeverfahren zum Screening auf Gebärmutterhalskrebs ein. Ende 2017 hatten die zur Stellungnahme berechtigten Institutionen bereits einen Beschlussentwurf zur organisierten Darmkrebsfrüherkennung erhalten, zusammen mit der Neufassung einer Richtlinie für die organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme. Die Richtlinie soll nach Abschluss der

Beratungen beide Screeningverfahren regeln. Bei einer organisierten Früherkennung werden die Versicherten regelmäßig und persönlich zur Teilnahme eingeladen; dabei sollten sie umfassend und verständlich über Nutzen und Risiken der jeweiligen Untersuchung und über die Verwendung personenbezogener Daten für die Qualitätssicherung informiert werden. Nach Angaben des G-BA sind die Auswertung der Stellungnahmen und die Beratungen im Herbst 2018 abgeschlossen.

Danach sollen die Strukturen für die Evaluation der Programmqualität geschaffen werden. Die Einführung organisierter Einladungsverfahren für beide Krebsarten ist Bestandteil des 2013 in Kraft getretenen Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes. Für die konzeptionelle Ausgestaltung organisierter Programme zur Früherkennung von Gebärmutterhals- und Darmkrebs war dem G-BA damals eine Frist von drei Jahren eingeräumt worden.

**www.g-ba.de**

# DKG-Spezial

## Meldungen

### German Cancer Survivors Day 2018

Dank besserer Therapien leben in Deutschland mittlerweile 4 Millionen Menschen mit oder nach einer Krebserkrankung. Nicht immer ist der Alltag nach überstandener Therapie leicht. Dennoch lernen sie, mit dem Krebs zu leben, und entwickeln im Umgang mit der Erkrankung ihre eigenen Strategien. Am 7. Juni lädt die Deutsche Krebsstiftung zum 4. German Cancer Survivors Day nach Berlin ein. Dort schildern Betroffene ihre ganz persönlichen Erfahrungen – in Interviews und im Gespräch mit Experten und Politikern. Die Veranstaltung soll Mut machen, mit der Krankheit Krebs selbstbewusst umzugehen und sie als Lebenssituation in den Alltag zu integrieren. Durch das Programm führt Moderator Stephan Pregizer. Podiumsgäste sind unter anderem:

- Kristin, Lymphdrüsenkrebs: Trotz Chemo wurde sie vor wenigen Wochen Mutter eines gesunden Kindes.
- Gunthard, Mund-Rachen-Krebs: In der Reha hat er das Sprechen und Schlucken wieder neu gelernt.



- Jaqueline Boulanger, Brustkrebs: Als Jazzsängerin steht sie regelmäßig auf der Bühne, als Betroffene engagiert sie sich auch für andere Krebspatienten.
- Marie Rösler, Leiterin der Beratungsstellen der Bremer Krebsgesellschaft
- Prof. Michael Bamberg, Leitender Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Tübingen und Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krebsstiftung

**Wann:** 7. Juni 2018, 11.30 – 18.00 Uhr

**Wo:** Bühne, Sony Center, Potsdamer Platz, 10785 Berlin

Das komplette Programm finden Sie auf [www.deutsche-krebsstiftung.de](http://www.deutsche-krebsstiftung.de).

**Iris Meumann**

meumann@krebsgesellschaft.de

### Neues vom Leitlinienprogramm

#### Onkologie

Das Leitlinienprogramm Onkologie hat im März eine Aktualisierung der S3-Leitlinie zur „Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms“ veröffentlicht. Die vorgelegte Version greift unter anderem neue Therapieprinzipien beim Vorliegen bestimmter Genveränderungen im Tumor sowie die Neuentwicklungen in der immunologischen Tumorthherapie auf. Bei Patienten mit einem nicht heilbaren Lungenkarzinom empfiehlt die Leitlinie außerdem eine frühzeitige palliativmedizinische Versorgung. Dadurch verbessert sich nachweislich die Lebensqualität der Betroffenen und sie leiden weniger unter Depressionen. Neu ist auch die interdisziplinäre S3-Leitlinie zur

„Diagnostik, Therapie und Nachsorge für Patienten mit einer chronischen lymphatischen Leukämie (CLL)“. Sie erfüllt eine wichtige Funktion bei der langfristigen und kontinuierlichen Qualitätsoptimierung der Versorgung von CLL-Patienten.

[www.leitlinienprogramm-onkologie.de](http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de)

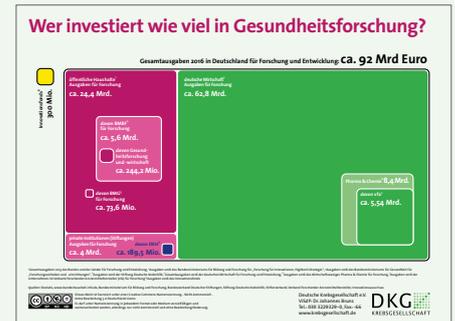
**Thomas Langer**

langer@krebsgesellschaft.de

Infografik und Videointerview zu dieser Ausgabe finden Sie auf [www.krebsgesellschaft.de/360-grad-onkologie](http://www.krebsgesellschaft.de/360-grad-onkologie)



© Deutsche Krebsgesellschaft



© Deutsche Krebsgesellschaft

## Termine

### Brennpunkt Onkologie, Berlin

**19. Juni und 21. November 2018**

[www.krebsgesellschaft.de/brennpunkt-onkologie](http://www.krebsgesellschaft.de/brennpunkt-onkologie)

### AIO-Herbstkongress, Berlin

**15. bis 17. November 2018**

[www.aio-herbstkongress.de](http://www.aio-herbstkongress.de)

## 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](http://www.federmann-kampczyk.de)

**Redaktionsschluss** Mai 2018

**Auflage** 2.500

### Bestellung/Abbestellung

[www.krebsgesellschaft.de/360-grad-onkologie](http://www.krebsgesellschaft.de/360-grad-onkologie)

ISSN 2510-4268