

43. ATO-Jahrestagung 2024



Impulspapier

**Die Versorgungssituation in der Onkologie
aus Sicht der ATO und des
Krebsverbandes Baden-Württemberg**
Situation, Chancen und Perspektiven

43. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft der Transdisziplinären
Onkologischen Versorgung in Baden-Württemberg (ATO)

„Tatort Onkologie“

Impulse für die onkologische Versorgung

Die 43. ATO Tagung fand am 8. November 2024 in Singen am Hohentwiel
(Kreis Konstanz) unter der Mitwirkung der Tatort-Kommissarin
Martina Bönisch (Anna Schudt) statt.




Impressum

Herausgeber
Krebsverband
Baden-Württemberg e. V.
Adalbert-Stifter-Str. 105
70437 Stuttgart

 [krebsverband.bw](https://www.krebsverband.bw)

Tel. 0711 848-10770
Fax 0711 848-10779
info@krebsverband-bw.de
www.krebsverband-bw.de

 Krebsverband
Baden-Württemberg

Gestaltung
Kreativ plus GmbH, Stuttgart
www.kreativplus.com

Alle Rechte vorbehalten
© 2025 Krebsverband
Baden-Württemberg e. V.
Stand: Januar 2025

Inhalt

Präambel	5
<hr/>	
1 Ausgangslage, Versorgungssituation	7
1.1 Weltweit	7
1.2 In Deutschland	8
<hr/>	
2 Handlungsfelder	9
<hr/>	
3 Patientenversorgung im Blick	9
<hr/>	
4 Verbesserung der Versorgung in den letzten Jahren in Baden-Württemberg	10
<hr/>	
5 Innovationsfonds	10
<hr/>	
6 Situation, Chancen und Perspektiven der Onkologischen Versorgung in Baden-Württemberg	11
6.1 Vorsorge und Prävention stärken	11
6.2 Frühe Orientierung für Betroffene	12
6.3 Präklinische Diagnostik	12
6.4 Nebenwirkungsmanagement	12
6.5 Versorgung von älteren Patienten	13
6.6 Verbesserte Information von Betroffenen, Gesundheitskompetenz	13
6.7 Kommunikation Arzt – Patient	13
6.8 Versorgung von jüngeren Patienten	14
6.9 Ungleichmäßige regionale Versorgung	14
6.10 Intersektorale und interprofessionelle Zusammenarbeit	14

6.11	Psychosoziale Betreuung	15
6.12	Palliativmedizin und Schmerztherapie	16
6.13	Rehabilitation und Nachsorge	16
6.14	Ernährungsmanagement	17
6.15	Bewegungsmanagement	17
6.16	Komplementäre Verfahren	18
6.17	Krebsregister	18
6.18	Klinische Studien	18
6.19	Finanzen	18
6.20	Künstliche Intelligenz und Telesprechstunden	19
6.21	Fazit	19
<hr/>		
7	Neue Versorgungsfelder	20
<hr/>		
8	Versorgung im europäischen Vergleich	21
8.1	Früherkennung und Prävention	22
8.2	Zugang zu innovativen Therapien	22
8.3	Regionale Unterschiede	23
8.4	Palliativversorgung	23
8.5	Psychosoziale Unterstützung und Rehabilitation	24
8.6	Onkologische Forschung und klinische Studien	24
8.7	Überlebensraten und Versorgungsqualität	25
8.8	Fazit	25
<hr/>		
9	Qualitätssicherung als Instrument	26
<hr/>		
10	Schlussbemerkung	26
<hr/>		

Präambel

Seit Jahren widmet sich die Arbeitsgemeinschaft der Transdisziplinären Onkologischen Versorgung (ATO) Baden-Württemberg wichtigen Handlungsfeldern im Bereich der Onkologie.

Veranstalter der 43. ATO-Tagung 2024 in Singen waren das Onkologische Zentrum Hegau-Bodensee und der Krebsverband Baden-Württemberg. Die ATO-Tagung bietet allen an der onkologischen Versorgung Beteiligten eine einzigartige Gelegenheit des interdisziplinären Austausches.

2024 beleuchtete die ATO-Tagung mit dem „Tatort Onkologie – Impulse für die onkologische Versorgung“ den kompletten onkologischen Versorgungsprozess. Bereits im Vorfeld, aber auch während der ATO-Tagung selbst, wurden onkologische Versorgungslücken erfasst und Lösungsansätze von den unterschiedlichen Disziplinen erarbeitet. Wir erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Neben Vertretern aus Wissenschaft, Politik und Leistungsträgern, haben die Patientenzentrierung und die Sicht der Selbsthilfegruppierungen einen großen Stellenwert.

Alle in der Onkologie in Baden-Württemberg Involvierten können aus den an der ATO-Tagung präsentierten Verbesserungsvorschlägen und Leuchtturmprojekten lernen (*siehe Seite 6*).

Nähere Informationen gibt es bei den einzelnen Zentren und Initiatoren.

Neben den Leuchtturmprojekten wurden während der ATO-Tagung in fünf Workshops Ideen zusammengetragen, die das Impulspapier geprägt haben. Die Workshops wurden jeweils mit einem Kasuistik-Video eingeleitet, welches Versorgungsprobleme aufzeigt. Die Leuchtturmprojekte und die Videos sind abrufbar unter: 43. ATO-Tagung – YouTube. Ziel der Leuchtturmprojekte und des Impulspapiers ist, die onkologische Patientenversorgung in Baden-Württemberg nachhaltig zu verbessern. Die Versorgungslücken sollen geschlossen werden, am besten flächendeckend.



43. ATO-Tagung
Playlist auf YouTube

Mit diesem Impulspapier will die Arbeitsgemeinschaft der Transdisziplinären Onkologischen Versorgung (ATO) und der Krebsverband Baden-Württemberg bewusst für Akteure im Gesundheitswesen, Versorger, politische Entscheidungsträger und Leistungsträger Impulse setzen. Idealerweise verbessern zielführende Ideen die Versorgung, ohne dabei die Kosten in die Höhe zu treiben. Denn auch das ist uns bewusst, die finanziellen Ressourcen sind endlich, intelligente Kreativität kann jedoch unendlich bereichern. Wir sind gespannt auf die Rückmeldungen und Ergänzungen des Lesers zu diesem Impulspapier.

Im Januar 2025

Für die ATO und den Krebsverband Baden-Württemberg

Ulrika Gebhardt
Geschäftsführerin
Krebsverband
Baden-Württemberg

Prof. Dr. Jan Harder
Sprecher der ATO

**Prof. Dr. Dr. h.c.
Uwe Martens**
Vorstandsvorsitzender
Krebsverband
Baden-Württemberg

Präsentierte Leuchtturmprojekte



Onkologische Patientenslots:innen am Klinikum Stuttgart

Prof. Dr. Gerald Illerhaus,
Dr. Julia Gottfried
Klinikum Stuttgart



Integriertes Palliativ-Assessment mit ZPM-Hub ländlicher Raum

Prof. Dr. med.
Paul Graf La Rosée
Onkologisches Zentrum
Schwarzwald-Baar-Heuberg



Evidenzbasierte Aromapflege in der Onkologie des GLKN

Dr. rer. cur. Sabine Proksch
GLKN, Onkologisches Zentrum
Hegau-Bodensee



SIC – Zukunftsdialog (Serious Illness Care Programm)

Dr. med. Matthias Ulmer
Krebszentrum
Nordwürttemberg



META-Gruppen (Über LEBEN in der Palliativen Situation – Gruppenangebote für chronisch Kranke in der Onkologie – eine Herausforderung in der Selbsthilfe)

Christa Hasenbrink, ehemalige Landesvorsitzende
Frauenselbsthilfe Krebs LV Baden-Württemberg/Bayern e.V.



MOVE-ONKO

Prof. Dr. Joachim Wiskemann, Leiter AG Onkologische Sport- und Bewegungstherapie Abteilung Medizinische Onkologie Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg, Universitätsklinikum Heidelberg

1

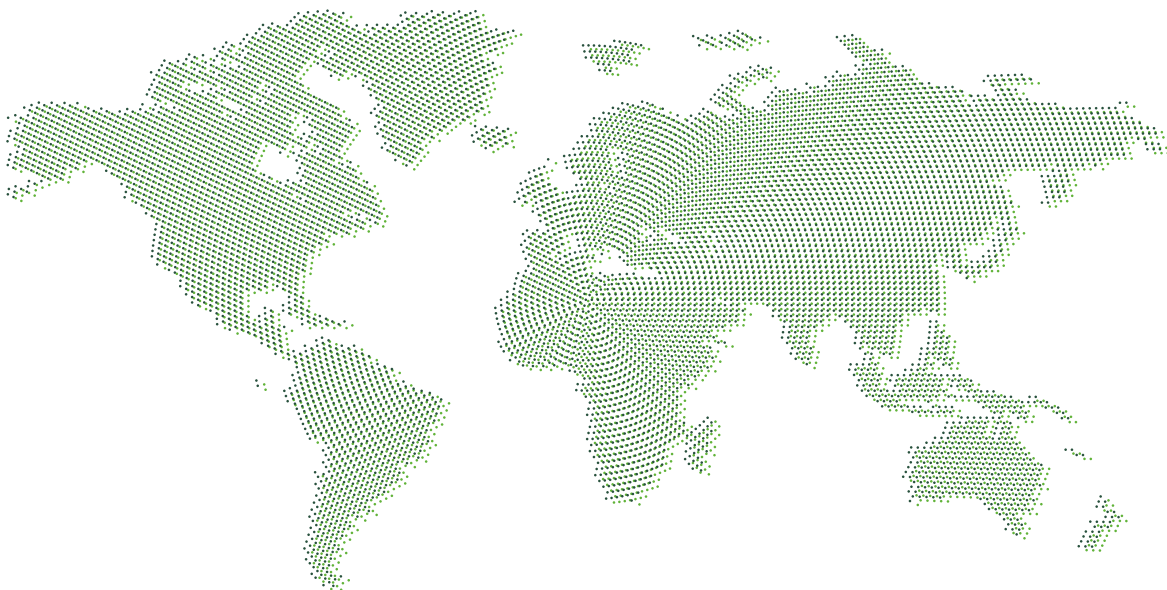
Ausgangslage, Versorgungssituation

*„Close the care gap“
closing the gap in cancer care*

Motto des Weltkrebstages 2024

1.1

Weltweit



„ The gap affects everyone. You might feel like the equity gap doesn't impact you personally, but it likely does affect someone you know. While it's more pronounced in low- and middle-income countries, well-resourced countries show dramatic disparities too. It's almost guaranteed that the gap affects you or people in your community. “

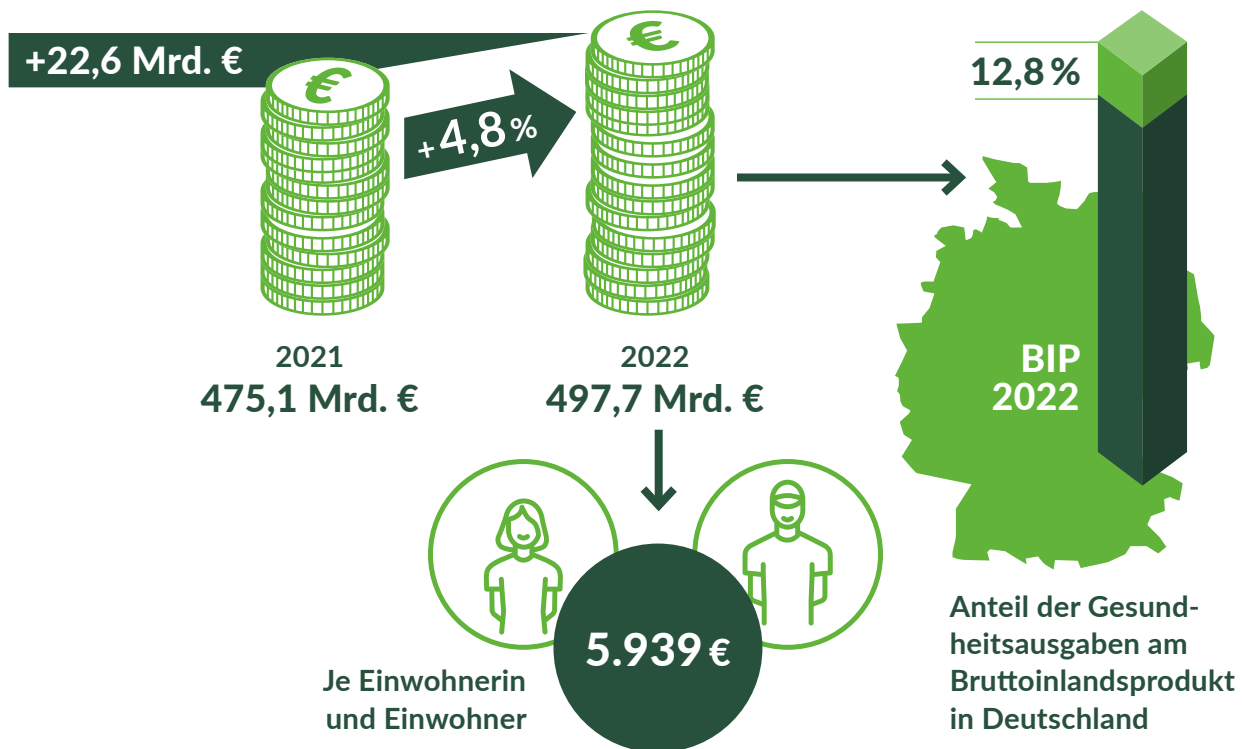
Quelle: www.worldcancerday.org

1.2 | In Deutschland

Pressemeldung des Statistischen Bundesamtes vom 25. April 2024

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland sind im Jahr 2022 gegenüber dem Vorjahr um 4,8 Prozent oder 22,6 Milliarden Euro auf 497,7 Milliarden Euro gestiegen. Das waren 5.939 Euro je Einwohnerin und Einwohner. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) weiter mitteilt, lag der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) 2022 bei 12,8 Prozent und damit 0,3 Prozentpunkte niedriger als 2021. Im internationalen Vergleich steht Deutschland an oberer Stelle. Seit Beginn der Corona-Pandemie zum Jahresanfang 2020 bis Ende 2022 stiegen die Gesundheitsausgaben um 20,0 Prozent oder 83,1 Milliarden Euro. An erster Stelle stehen die Ausgaben für die stationäre Behandlung, an zweiter die Arzneimittelausgaben und an dritter Stelle die Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung.

Quelle: Statistisches Bundesamt



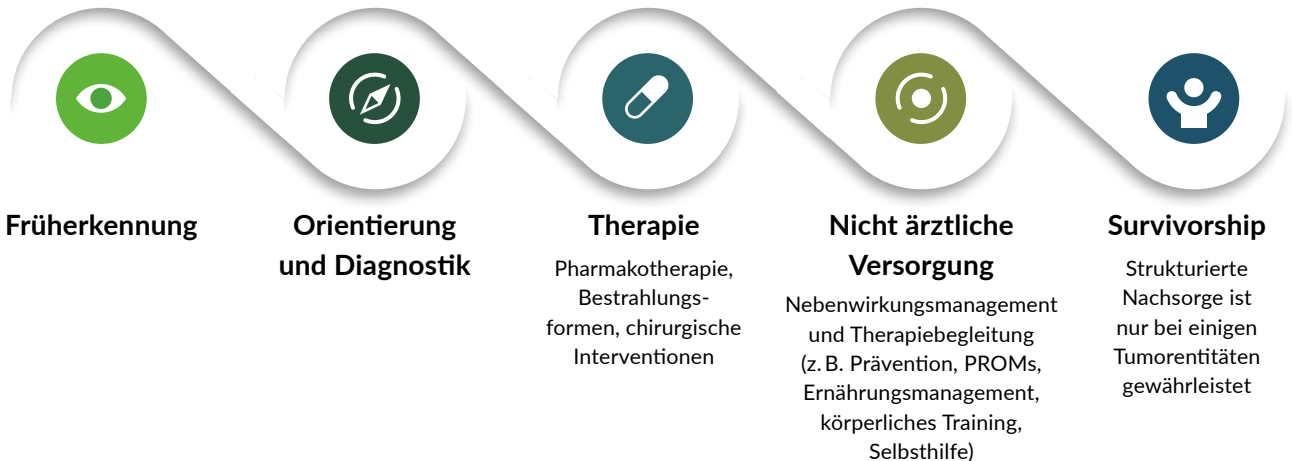
Weitere Themen im Gesundheitswesen sind

- Sinkende bzw. stagnierende und international vergleichsweise niedrige Lebenserwartung in den letzten Jahren
- Hohe Anspruchshaltung der Patienten
- Zunehmende Mangelsituationen (z. B. Wartezeiten, Personalmangel)

2

Handlungsfelder

Feldblick (Court-View) = Versorgungsüberblick für die Betroffenen und die Behandler
Abwägen zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen



3

Patientenversorgung im Blick

- Insgesamt gute Versorgung auf hohem Niveau
- Zunehmende Therapieerfolge mit besserer Lebensqualität und längerem progressionsfreiem Überleben bei vielen Tumorentitäten
- Zunehmende Heilungsraten
- Zunehmende Langzeitnebenwirkungen
- Zunehmende Komplexität der Therapien
- Zunehmend schwierige Ausgangssituationen für Betroffene, bspw. hochbetagte und einsame Patienten mit Komorbiditäten
- Hohe Erwartungen an die Therapie und Versorgung – Vertrauensverlust gegenüber dem Gesundheitssystem
- Lange Anfahrtswege
- Zunehmende Mangelsituationen (Haus- und Fachärztemangel, Mangel an Pflegenden und anderem medizinischen Personal, patientenzentriertes Vorgehen = ökonomische Interessen)

4

Verbesserung der Versorgung in den letzten Jahren in Baden-Württemberg

- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
- Ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen (KBS)
- Bezahlte Transporte zu den Therapien
- Gesundheits-Apps und digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)
- Niederschwelliger Zugang zu einem molekularen Tumorboard (MTB)
- Erhalt der Brückenpflege
- Bonusprogramm im Bereich der Vorsorge
- Elektronische Patientenakte (ePA)

5

Innovationsfonds

Mehr zum
Innovationsfonds unter
<https://innovationsfonds.g-ba.de/>



Seit 2016 gibt es den Innovationsfonds. Der beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angesiedelte Fonds hat bisher 705 „Leuchtturmprojekte“ gefördert und deren Ergebnisse beurteilt. Unter anderem die Studie zur Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren im Bereich Onkologie (WiZen-Studie). Über den Innovationsfonds, dessen Mittel nun verstetigt wurden, ist es möglich, Projekte zur Versorgungsforschung und zu neuen Versorgungsformen wissenschaftlich zu untersuchen. Gibt der G-BA eine positive Empfehlung ab, ist es möglich, das Versorgungsangebot, z. B. auch über Selektivverträge, in die Regelversorgung zu überführen. Leider ist das im Fall der WiZen-Studie noch nicht geschehen.

705 „Leuchtturmprojekte“



2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025

6

Situation, Chancen und Perspektiven der Onkologischen Versorgung in Baden-Württemberg

In Deutschland gibt es trotz eines gut entwickelten Gesundheitssystems einige Versorgungslücken in der onkologischen Betreuung. Diese betreffen verschiedene Bereiche der Vorsorge, Krebsdiagnose, Krebsbehandlung und Nachsorge.

6.1 Vorsorge und Prävention stärken

Um nachhaltig die Gesundheit in der Bevölkerung zu verbessern, die Krebsinzidenz und die damit verbundenen Kosten zu senken, muss ein stärkerer Fokus auf die Primärprävention gerichtet werden. Etwa 40 Prozent der Krebserkrankungen könnten durch einen gesunden Lebensstil und Vermeidung von Risikofaktoren wie Rauchen, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel vermieden werden.



Trotz der vorhandenen Krebsfrüherkennungsprogramme (z.B. für Brust-, Darm- und Hautkrebs) nehmen nicht alle Bevölkerungsgruppen daran teil. Migranten und Menschen aus sozial benachteiligten Schichten haben oft einen eingeschränkten Zugang zu diesen Programmen. Bei den Primärversorgern besteht ein geringer Anreiz, die Krebsvorsorge zu fördern. Es bestehen zum Teil in ländlichen Gebieten zu geringe Kapazitäten, die Krebsvorsorge ärztlich durchzuführen.

➤ Nicht ärztliches Personal könnte hier die Lücke füllen und Kosten sparen.



- *Frühe Symptome einer Krebserkrankung werden häufig nicht erkannt. Eine größere Sensibilisierung gegenüber so genannter „red flag signs = Alarmsymptome“, wie z. B. Sodbrennen, Blut im Stuhl oder Blutarmut, könnte dazu führen, Krebs in früheren Stadien zu diagnostizieren.*



Leuchtturmprojekte
Selbsthilfe
Patientenlotsen
Online-Informationendienste

6.2 | Frühe Orientierung für Betroffene

Nach der Diagnose Krebs kommen auf die Betroffenen viele Informationen und Fragen zu Diagnostik, Therapie und Versorgung zu. Häufig fehlt den Patienten (und auch manchmal den Behandlern) die Orientierung für die Begleitung während des Krankheitsweges. Die Sektorengrenzen sind häufig eine Lücke in der kontinuierlichen Versorgung.

- *Individualisierte Patienteninformationsmappen mit einer Übersicht der bestehenden Versorgungsangebote und eine frühe Integration der Fachpflege, Psychoonkologie und des Sozialdienstes in den Behandlungsprozess könnte eine erste Orientierung geben.*

6.3 | Präklinische Diagnostik

Es gibt eine schwierige Versorgungslage bei Hausärzten und Fachärzten sowie lange Wartezeiten bei spezifischer Diagnostik (besser durch Hausarztvermittlungsfall). Wartezeiten im Rahmen der Erstdiagnose von mehreren Wochen auf Untersuchungen und Besprechungstermine sind aus Sicht der Betroffenen schwer zu ertragen. Die Folge ist, dass die Patienten, die es sich leisten können, die Kosten für weiterführende Untersuchungen selbst bezahlen, damit sie früher einen Termin bekommen, was zu einer Zweiklassengesellschaft auch im Gesundheitswesen führt.

- *Vorzugstermine für Patienten mit onkologischen Erkrankungen könnten belastende Wartezeiten verkürzen.*



Leuchtturmprojekt
Uniklinik Ulm (CCCU),
Patient Questionnaire
application (PaQ –
App) und Kompetenz-
netzwerk Integrative
Medizin (KIM)
www.kim-bw.de

6.4 | Nebenwirkungsmanagement

Nebenwirkungen werden von den Behandlern häufig unzureichend und nicht strukturiert erhoben.

- *Patientenreporte zu Nebenwirkungen und Befinden (PROMS) begegnen dieser Versorgungslücke, sind jedoch in der Praxis noch nicht in der Regelversorgung angekommen. Wahrscheinlich könnte ein besseres Nebenwirkungsmanagement auch Arzneimittelkosten einsparen.*



6.5 | Versorgung von älteren Patienten

Ältere Krebspatienten werden oft nicht optimal behandelt, da ihre speziellen Bedürfnisse nicht ausreichend berücksichtigt werden. Es gibt einen Mangel an geriatrischer Onkologie, die auf die besonderen Herausforderungen älterer Menschen bei der Krebsbehandlung eingeht.

- Eine engere Kooperation der onkologischen Behandlungseinheiten mit Akutgeriatrien und geriatrischen Rehakliniken könnte beide Seiten bereichern und vielleicht zu einer besseren Versorgung beitragen.

6.6 | Verbesserte Information von Betroffenen, Gesundheitskompetenz

Viele Patienten haben Schwierigkeiten, komplexe medizinische Informationen zu verstehen, was zu Defiziten in der informierten Entscheidungsfindung führt. Besonders für Patienten mit niedrigem Bildungsniveau oder Migrationshintergrund gibt es Unterstützungsbedarf. Die Patientenleitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) leisten einen Beitrag.

- Noch informativer erscheint z. B. das Portal *McMillan Cancersupport* (www.mcmillan.org.uk), welches übersetzt werden könnte. Die Informationen für die Patienten sollten in leichter Sprache zur Verfügung gestellt werden. Qualitätsgesicherte Übersetzungsprogramme könnten für die Kommunikation bei Sprachbarrieren eine Hilfe sein.

Die initialen Informationsgespräche beim Arzt sind häufig zu kurz und „vollgepackt“.

- Die Aufteilung dieser Informationsgespräche auf zwei Termine ist sinnvoll. Auch sollte die onkologische Fachpflege oder andere Spezialgebiete (z. B. Sozialdienst, Palliativmedizin, Geriatrie) früh mit einbezogen werden. Selbsthilfecoaches wären eine Hilfe um Selbsthilfegruppen das nötige Fachwissen zur Weitergabe an Betroffene zu vermitteln. Qualitätsgesicherte Filme für Betroffene könnten bei der Informationsvermittlung weiterhelfen (z. B. im Onko-Internetportal der DKG).

6.7 | Kommunikation Arzt – Patient

Anamnese und Kommunikation sind nicht standardisiert. Es ist den an der Behandlung Beteiligten meist nicht klar, wer was erörtert oder evaluiert hat.

- Eine strukturierte, kontinuierliche (z. B. KI gestützte) Kommunikation, die allen Professionen zur Verfügung steht, könnte das bestehende Kommunikationsdefizit ausgleichen.



Leuchtturmprojekt
SIC-Zukunftsdialog
(Serious Illness Care
Programm)
Patientenlotsen
Selbsthilfe.





Die Betroffenen werden oft zu wenig in die Therapieentscheidungen eingebunden. Häufig fehlt es an einer gemeinsamen Definition der Therapieziele. Dies wäre insbesondere dann wichtig, wenn sich der Patient zwischen Lebensdauer und Lebensqualität entscheiden muss (Therapiestrategiewechsel).

- *Wahrscheinlich könnte eine bessere Information des Patienten und eine niederschwellige Möglichkeit für den Patienten sich mitzuteilen auch Arzneimittelkosten einsparen.*

Den Behandlern fehlt es häufig an einer speziellen Ausbildung in der Kommunikation mit onkologisch erkrankten Menschen.

- *Mehr Angebote in Aus- und Fortbildung könnten die Kommunikationskompetenz steigern.*

6.8 | Versorgung von jüngeren Patienten

Die Versorgung ist insbesondere beim Übergang von der pädiatrischen Versorgung zur „Erwachsenenversorgung“ mit Vollendung des 18. Lebensjahres unzureichend.

- *Hilfreich wäre hier eine bessere Vernetzung der Bereiche Pädiatrie und Erwachsenenmedizin und strukturierte Konzepte zur Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin*



Leuchtturmprojekt
ONConnect
Landlotsen

6.9 | Ungleichmäßige regionale Versorgung

In ländlichen Gebieten fehlen oft spezialisierte Krebszentren und Fachärzte. Patienten müssen häufig weite Wege zurücklegen, um eine angemessene Behandlung zu erhalten, was zu Verzögerungen oder im Extremfall zu einer Unterversorgung führen kann.

6.10 | Intersektorale und interprofessionelle Zusammenarbeit

In den Tumorzentren und Onkologischen Zentren stehen häufig vielfache Versorgungsangebote zur Verfügung. Über eine bessere intersektorale Zusammenarbeit (Beispiel ASV – www.kbv.de/html/asv.php) ist es zum Teil möglich, die stationären Versorgungsstrukturen auch ambulanten Patienten zur Verfügung zu stellen. Die ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) bringt für die niedergelassenen Versorger wenig Vorteile und ist mit viel Bürokratie verbunden. Dadurch steht die ASV nicht flächendeckend zur Verfügung.

- Eine Erweiterung der ASV für den Bereich Ernährung, Bewegung, Sozialdienst und Psychoonkologie könnte regionale Versorgungslücken schließen.

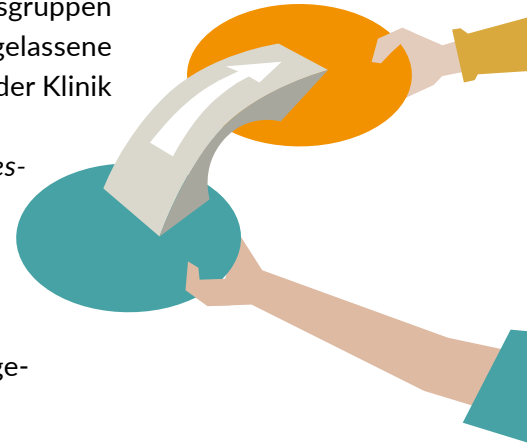
Viele Informationen, die von den bei der Versorgung beteiligten Berufsgruppen erhoben werden, gehen momentan verloren (z. B. wie erfährt der niedergelassene Onkologe von dem Anamnesegespräch der Onkologischen Fachpflege in der Klinik oder von einem Beratungsgespräch der Krebsberatungsstelle).

- Intersektorale Fallbesprechungen und/oder eine intersektoral-interprofessionell nutzbare Patientenakte könnten den Informationsfluss verbessern.

Es wird sich zeigen, was die elektronische Patientenakte (ePA) in diesem Kontext bringen wird. Der Datenschutz wird häufig als „Blockade oder Hemmnis“ beim Informationsfluss und der Informationsweitergabe wahrgenommen.

Die Brückenpflege leistet einen wichtigen Beitrag bei der Überführung von Patienten nach einer Klinikbehandlung in den ambulanten Bereich.

- Über speziell geschultes Personal (spezialisierte Pflegekräfte, Patientenlotsen) könnten die ambulanten Versorgungsstrukturen gestärkt werden.



6.11 Psychosoziale Betreuung

Es gibt einen Mangel an psychosozialer Unterstützung, psychoonkologischer und sozialrechtlicher Betreuung für Krebspatienten. Obwohl die Nachfrage nach psychologischer und sozialrechtlicher Betreuung steigt, stehen nicht ausreichend Therapeuten und Sozialarbeiter, v.a. beim Sektorenwechsel (stationär-ambulant) zur Verfügung. Selbsthilfegruppen können überbrückend Hilfestellungen geben. Die Psychosozialen Krebsberatungsstellen (KBS) sind eine wichtige Versorgungsform bei diesem Thema. Ängste oder andere psychische Belastungen oder sozialrechtliche Fragen bei den Patienten verhindern nicht selten eine adäquate Diagnostik und Behandlung oder eine Wiedereingliederung in den Beruf.

- Hauptstelle
- Außenstellen
- Außensprechstunde



6.12 Palliativmedizin und Schmerztherapie

Im stationären Bereich steht die geregelte Bereitstellung der „Palliativmedizinischen Dienste“ aus. Diese mobilen Palliative-Care-Teams versorgen Patienten in der Klinik, die nicht auf einer Palliativstation liegen, aber dennoch palliativmedizinische Betreuung benötigen.

- *Die Vergütung der hohen strukturellen und personellen Anforderungen sollte geklärt werden.*

Bei der ambulanten palliativen Versorgung und bei Patienten mit Therapielimitierung aber Symptomlast bestehen weiterhin Lücken, insbesondere bei der flächendeckenden Bereitstellung von ambulanten Diensten und bei der Schmerztherapie (speziell geschulter ambulanter Pflegedienst = AAPV vs. SAPV). Viele Patienten erhalten nicht rechtzeitig oder ausreichend palliative Begleitung (v.a. Patienten, die sich „noch nicht“ für die SAPV qualifizieren).

- *Es ist belegt, dass eine frühpalliative Versorgung das Gesamtüberleben verlängern, die Lebensqualität verbessern und ggf. Kosten senken kann. Bereits zu Beginn der Behandlung sollte eine palliativ geschulte Fachkraft in die Behandlungsplanung mit involviert sein.*

6.13 Rehabilitation und Nachsorge



Die Angebote für die onkologische Rehabilitation werden von den Patienten oft nicht ausreichend in Anspruch genommen. Insbesondere junge Krebspatienten sowie Langzeitüberlebende haben spezifische Bedürfnisse und Symptome, die nicht immer erkannt und adressiert werden. Für Rehakliniken sind Strukturanforderungen seitens der Deutschen Rentenversicherung (DRV) schwer umzusetzen. Der Spielraum, individuell auf einzelne Tumorentitäten oder einzelne Patientenbedürfnisse einzugehen, wird geringer (einheitlicher Reha-Therapiestandard für alle). Eine zunehmende Kostenschere belastet auch die Rehakliniken. Die Übergänge von der Akutversorgung zur Nachsorge sind ebenfalls nicht immer ausreichend koordiniert. Patientenwunsch und wissenschaftliche Evidenz sind beim Thema Survivorship häufig divergent. Das heißt der Effekt der Hilfsangebote ist wissenschaftlich schwierig zu messen, ggf. müssen neue Endpunkte definiert werden. Patienten fallen nach der Therapie häufig in ein „Nachsorgeloch“.

- *Konsenterte, individuelle Nachsorgeempfehlungen und Festlegung der Durchführenden könnten dazu führen, dass die empfohlenen Kontrolluntersuchungen auch tatsächlich wahrgenommen werden bzw. Untersuchungen ohne Nutzen für den Betroffenen weggelassen werden. Nachsorge sollte auch die vielfältigen Nebenwirkungen einer Therapie von Krebserkrankungen miteinschließen. Sie könnte auch von qualifiziertem, nicht ärztlichem Fachpersonal durchgeführt werden (specialized nurse practitioner).*

6.14 Ernährungsmangement

Viele Patienten mit Krebs haben Probleme mit der Ernährung. Das stationäre und ambulante Ernährungsmanagement ist häufig unzureichend organisiert und finanziert.

- Kliniken könnten als Vorbild „spezielle Kost“ nach den Ernährungsempfehlungen abgeben.

Im ambulanten Bereich ist es schwierig, unabhängige Ernährungsberatung zu bekommen.



6.15 Bewegungsmanagement

Stationär und ambulant sind wenige auf Patienten mit Krebs ausgerichtete Programme und Versorgungsstrukturen vorhanden, die die körperliche Bewegung und Fitness fokussieren.



Leuchtturmprojekt
MOVE-ONKO





Leuchtturmprojekte
Kompetenznetzwerk
Integrative Medizin
(KIM) und AG 11
der ATO



Beispiel
www.quickcheck.de
www.clinicaltrials.gov



6.16 Komplementäre Verfahren

Dem Bedürfnis der Betroffenen und Angehörigen nach komplementären Verfahren wird in der Praxis wenig nachgekommen.

- *Hier könnte eine Telesprechstunde, die abgestimmte Inhalte vermittelt, eine Möglichkeit sein. Onkologische Zentren sollten regelhaft über die Möglichkeiten der integrativen, komplementären Medizin aufklären.*

6.17 Krebsregister

Die Daten des Krebsregisters haben momentan wenig Einfluss auf die tägliche Praxis. Erst vollständige Krebsregisterdaten und Benchmarks helfen bei der klinischen Versorgung.

- *Wahrscheinlich wären Informationen aus den Routinedaten der Leistungsträger mehr an der Praxis orientiert. Die Tumordokumentar:innen würden von mehr Schnittstellen (einer elektronischen Datenübertragung vieler Routinedaten wie Tumorformel, Pathologie und Molekularpathologie) und einer besseren Interoperabilität (z. B. zwischen Meldeprogrammen und Tumorkonferenzplattformen) profitieren. Sie könnten mehr Zeit zur Überwachung der Dokumentationskomplexität und der Tumorkonferenzen aufwenden. Dadurch entstünde eine bessere Datenqualität.*

6.18 Klinische Studien

Für Patienten und Behandler ist es schwierig, an geeignete klinische Studien zu gelangen.

- *Portale zur Suche nach geeigneten klinischen Studien sollten, insbesondere auch für Patienten, besser bekannt und in für Patienten adressatengerechter Sprache gemacht werden.*

6.19 Finanzen

Finanzielle Anreize für interventionelle Leistungen können zu Indikationsbeugungen und einer Übertherapie führen. Es bestehen geringere Anreize für konservative Maßnahmen und Therapieverzicht. Es ist zu erwarten, dass die Kosten im Gesundheitssektor und vor allem die Kosten für die Pharmakotherapie weiter stark steigen werden (74 Prozent in den vergangenen zehn Jahren). Es gilt, die geeignete Therapie den geeigneten Patienten zur Verfügung zu stellen. Klinische Studien stellen die Behandlungsrealität meist nicht dar.

- Eine frühzeitige Wahrnehmung und Behandlung von Faktoren, die die Therapie beeinträchtigen (z. B. Probleme bei der Ernährung, Bewegung und Psyche), könnte zu einer besseren Therapieallokation führen.

Die „Finanzielle-Toxizität“ einer Behandlung für Betroffene wird häufig wenig beachtet.

- Krebsberatungsstellen bieten hier eine kompetente Beratung und Unterstützung.

6.20 | Künstliche Intelligenz und Telesprechstunden

Schon heute sind Telesprechstunden, z. B. bei der Humangenetischen Beratung, Standard. Auch in der Primärversorgung und den Kliniken hält die KI und Telemedizin Einzug (z. B. www.CORTI.ai) Inwieweit diese im Bereich der onkologischen Versorgung ausgeweitet werden kann, ist schwer abzusehen. KI wird in Kürze erst in der Notfallmedizin, der Radiologie und der Pathologie in der Praxis anzutreffen sein. Auch in der Therapieapplikation unterstützt die KI zeitnah die Behandler. Eine weitere Verbreitung in der Versorgung krebskranker Menschen ist quantitativ und qualitativ schwer abzuschätzen. Von „Wearables“ = Smartwatches etc. ist ein Nutzen zu erwarten.

- Interaktive Apps könnten Patienten bei dem Umgang mit Therapie Nebenwirkungen helfen. Eine gewisse Kontrollinstanz, z. B. für ethische Entscheidungsfindungen sollte bedacht werden. Von einer besseren Verfügbarkeit der Behandlungsdaten (z. B. elektronische Patientenakte), für die interprofessionellen und interdisziplinären Behandlungsteams, würden die Patienten sehr profitieren. Insgesamt muss die Digitalisierung in allen Bereichen der Versorgung Krebskranker zunehmen, da sonst die zunehmenden Anforderungen nicht gestemmt werden können.

6.21 | Fazit

Diese Lücken in der onkologischen Versorgung und Verbesserungsideen können je nach Region und individuellen Patientenbedürfnissen unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Sicher sind in diesem Impulspapier viele „Tatorte“ noch nicht berücksichtigt. Die 43. ATO-Tagung wird vielleicht noch einige Versorgungslücken aufdecken und Lösungsansätze generieren.

Wie können nun Versorgungslücken geschlossen werden und Verbesserungsvorschläge umgesetzt werden? Mögliche Wege sind Gesetze, Verordnungen, Strukturvorgaben (GBA), Anreize, Vorgaben von Fachgesellschaften und Selektivverträge.



7

Neue Versorgungsfelder

Diese sind (teilweise) vorhanden
(meist nicht gegenfinanziert)

Ambulante
Painnurse

Ambulante
Stoma-
therapeut:in

Ambulante
Onkologische
Fachpflege

Stationäre
Hospizhelfer

Selbsthilfe

Beratung bei
„finanzieller
Toxizität“

Mobile
Krebsberatung

Onkolotsen

Landlotsen

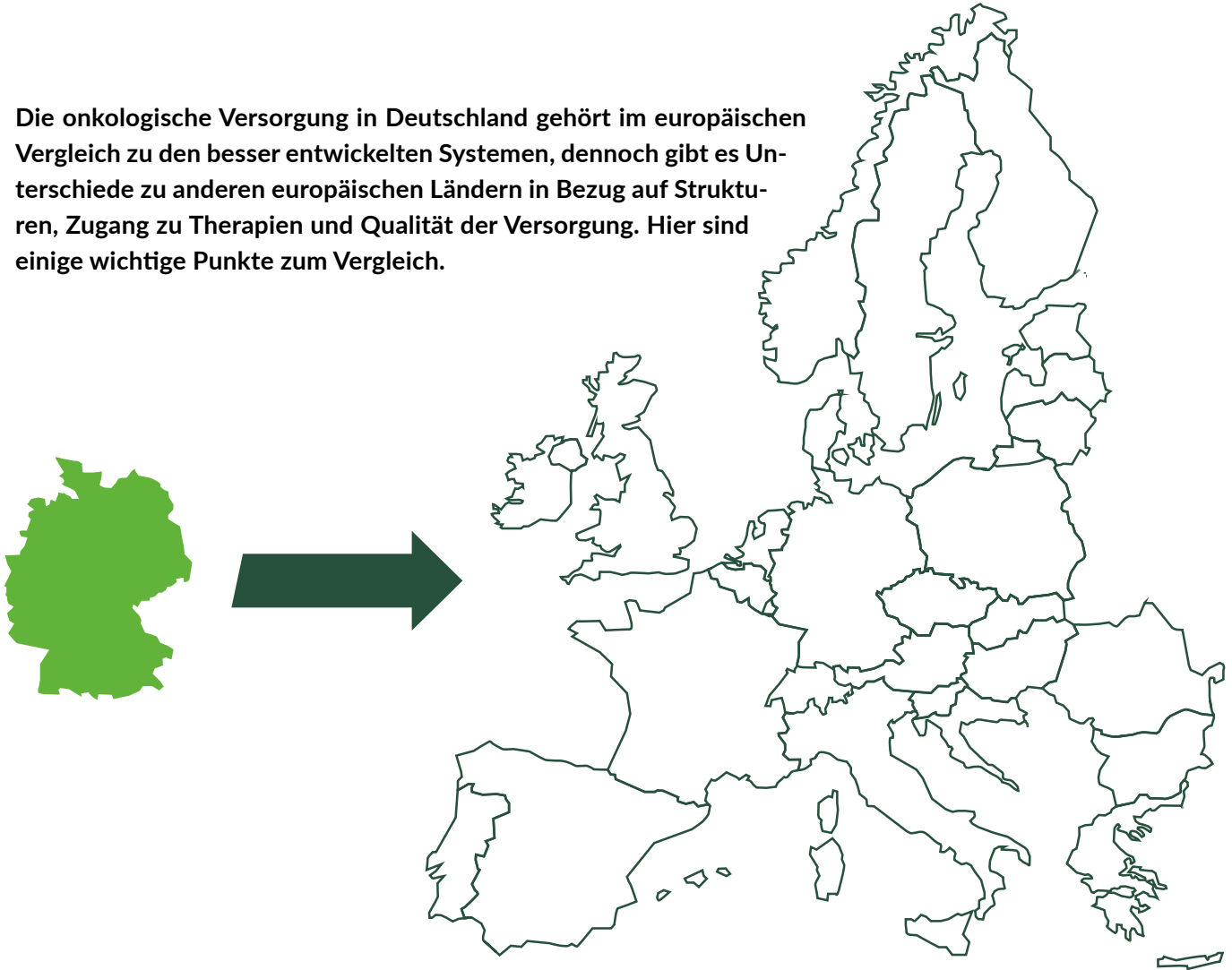
Familienscouts

Spezialisiertes
Fachpersonal
für die Vorsorge
und Nachsorge

8

Versorgung im europäischen Vergleich

Die onkologische Versorgung in Deutschland gehört im europäischen Vergleich zu den besser entwickelten Systemen, dennoch gibt es Unterschiede zu anderen europäischen Ländern in Bezug auf Strukturen, Zugang zu Therapien und Qualität der Versorgung. Hier sind einige wichtige Punkte zum Vergleich.



- Früherkennung und Prävention
- Zugang zu innovativen Therapien
- Regionale Unterschiede
- Palliativversorgung
- Psychosoziale Unterstützung und Rehabilitation
- Onkologische Forschung und klinische Studien
- Überlebensraten und Versorgungsqualität

8.1 | Früherkennung und Prävention



Deutschland

Deutschland hat gut etablierte Krebsfrüherkennungsprogramme (z. B. Mammographie-Screening, Darmkrebsvorsorge, Hautkrebsscreening). Die Teilnahmequote ist jedoch unterschiedlich hoch, insbesondere bei sozial benachteiligten Gruppen. Außerdem könnten bestimmte Bevölkerungsgruppen besser erreicht werden.

Andere Länder

Länder wie Schweden oder die Niederlande haben teilweise effektivere Früherkennungsprogramme, insbesondere durch eine höhere Teilnahmequote. In Skandinavien und den Benelux-Staaten wird mehr in nationale Präventionsprogramme investiert, was zu einer höheren Früherkennungsrate führt. Länder wie Rumänien und Bulgarien hinken in dieser Hinsicht hinterher, sowohl was die Reichweite als auch die Effektivität der Programme betrifft.

8.2 | Zugang zu innovativen Therapien



Deutschland

Deutschland bietet im europäischen Vergleich schnellen Zugang zu innovativen Krebsmedikamenten wie Immun- und zielgerichteten Therapien. Der hohe Stellenwert von Forschung und Pharmaindustrie unterstützt diesen schnellen Zugang.

Andere Länder

In Ländern wie Großbritannien und Frankreich gibt es ebenfalls relativ schnellen Zugang zu neuen Therapien, jedoch kann die bürokratische Zulassung in einigen Ländern wie Spanien oder Italien länger dauern. Osteuropäische Länder haben oft noch größere Verzögerungen beim Zugang zu innovativen Therapien aufgrund finanzieller oder infrastruktureller Engpässe.

8.3 Regionale Unterschiede

Deutschland

Es gibt deutliche regionale Unterschiede in der Versorgung. Während in Großstädten hoch spezialisierte Krebszentren vorhanden sind, fehlen in ländlichen Gebieten häufig solche Angebote, was zu ungleichen Behandlungsmöglichkeiten führt. Durch die dezentrale ambulante Versorgung von Fachärzten (Netzwerk der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen mit ihren Praxen, Medizinische Versorgungszentren und Ermächtigungen von Krankenhäusern und Investoren) wird in Deutschland eine flächendeckende ambulante Versorgung angeboten, mit den kürzesten Wegen in Europa.



Andere Länder

Auch in anderen europäischen Ländern wie Frankreich, Spanien oder Italien gibt es ähnliche Herausforderungen in ländlichen Regionen. In den skandinavischen Ländern wird durch gut organisierte, oft zentralisierte Gesundheitsdienste versucht, regionale Unterschiede zu minimieren. Länder in Osteuropa haben jedoch oft noch größere regionale Diskrepanzen. In all diesen Ländern sind durch Zentralisierungen die Wege für die Patienten deutlich weiter.

8.4 Palliativversorgung

Deutschland

Die Palliativversorgung hat sich in den letzten Jahren verbessert, bleibt jedoch teilweise unterversorgt, vor allem in ländlichen Regionen. Ambulante Palliativdienste sind nicht überall gleich gut ausgebaut.



Andere Länder

In Ländern wie Großbritannien und Irland ist die Palliativversorgung traditionell stärker ausgeprägt und besser integriert in das Gesundheitssystem. Skandinavische Länder haben ebenfalls einen guten Zugang zu Palliativdiensten. Im Vergleich dazu ist die palliative Versorgung in Ländern wie Polen oder Rumänien weniger gut entwickelt.

8.5 Psychosoziale Unterstützung und Rehabilitation



Deutschland

Es gibt in Deutschland eine zunehmende Anerkennung der Bedeutung psychosozialer Betreuung und onkologischer Rehabilitation. Jedoch gibt es noch Engpässe, insbesondere bei der flächendeckenden Verfügbarkeit von psychoonkologischer Versorgung.

Andere Länder

Skandinavien und die Benelux-Länder legen traditionell einen größeren Fokus auf psychosoziale Unterstützung und Rehabilitation. In Osteuropa gibt es dagegen oft nur begrenzte Angebote für psychosoziale Betreuung nach der Krebsbehandlung.

8.6 Onkologische Forschung und klinische Studien



Deutschland

Deutschland hat eine starke onkologische Forschung mit zahlreichen Studien und einem gut ausgebauten Netzwerk von Universitätskliniken und Krebszentren. Die bürokratischen Hürden bei der Durchführung klinischer Studien in Deutschland sind hoch.

Andere Länder

Großbritannien und Frankreich sind ebenfalls führend in der onkologischen Forschung. Skandinavische Länder, vor allem Schweden, haben durch ihre nationalen Gesundheitsregister einen Vorteil in der klinischen Krebsforschung. In osteuropäischen Ländern wie Ungarn und Bulgarien fehlt oft die Infrastruktur für eine vergleichbare Forschungslandschaft.

8.7 | Überlebensraten und Versorgungsqualität

Deutschland

Die Krebsüberlebensraten in Deutschland liegen im europäischen Vergleich im oberen Bereich. Besonders bei Brust- und Darmkrebs sind die Überlebensraten relativ hoch.



Andere Länder

Skandinavische Länder, die Benelux-Staaten und Großbritannien haben ebenfalls hohe Überlebensraten, während Länder in Osteuropa, wie Polen oder Rumänien, oft schlechter abschneiden. Dies ist auf eine Kombination aus verspäteter Diagnose, schlechterer Versorgung und weniger Zugang zu modernen Therapien zurückzuführen.

8.8 | Fazit

Deutschland liegt im europäischen Vergleich bei der onkologischen Versorgung im oberen Drittel, insbesondere durch den guten Zugang zu innovativen Therapien und spezialisierter Versorgung. Dennoch gibt es Raum für Verbesserungen, insbesondere im Bereich der flächendeckenden Versorgung und psychosozialen Betreuung. Länder wie die skandinavischen Länder oder die Benelux-Staaten zeigen, dass integrierte Ansätze, die Prävention, Behandlung und Nachsorge besser verknüpfen, zu besseren Ergebnissen führen können. Osteuropäische Länder hingegen kämpfen oft mit finanziellen und strukturellen Defiziten, was zu deutlichen Versorgungsunterschieden führt.

9

Qualitätssicherung als Instrument

Ständige Qualitätskontrolle und regelmäßige Rezertifizierungen zur Sicherung der Behandlungsqualität sind notwendig, durch die Messung von:



z. B. Verfügbarkeit
von Fachpersonal
und moderner
Technologie



Behandlungspfade



Behandlungser-
gebnisse, Patienten-
zufriedenheit,
Einhalten der
Leitlinien

10

Schlussbemerkung

Die Gedanken erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie sollen einen Diskussions- und Handlungsanstoß geben und eine Grundlage für einen Dialog zwischen den betroffenen Berufsgruppen, den Leistungsträgern und der Politik bilden.

Die ATO und der Krebsverband danken den Betroffenen und den Selbsthilfegruppen, v.a. Frau Christa Hasenbrink, für Ihren Beitrag zur ATO-Tagung und diesem Impulspapier.

Rückmeldung und neue Ideen bitte unter

- ulrika.gebhardt@drv-bw.de
- jan.harder@glkn.de
- uwe.martens@slk-kliniken.de



Krebsverband Baden-Württemberg e.V.
Adalbert-Stifter-Str. 105
70437 Stuttgart

Tel. 0711 848-10770
info@krebsverband-bw.de
www.krebsverband-bw.de

