



Onkologische Versorgungsstrukturen: Optimierung beginnt mit Transparenz

Interview mit Dr. med. Johannes Bruns, Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)

Die onkologischen Versorgungsstrukturen in Deutschland bedürfen einer Optimierung, vor allem was den Zugang der Patientinnen und Patienten zur personalisierten Therapie betrifft. Seit vielen Jahren schon hat Dr. med. Johannes Bruns als Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) die onkologische Landschaft mitgestaltet. Grundlegend für jede sinnvolle Veränderung ist für ihn die Transparenz auf allen Ebenen.

best practice onkologie: *Herr Dr. Bruns, wie ist es dazu gekommen, dass Sie als Facharzt der Chirurgie eine politische Laufbahn eingeschlagen haben?*

J. Bruns: Vor meinem Leben als Mediziner und Facharzt für Chirurgie war ich Lehrer für Mathematik und Sport mit Abschluss – ein Beruf, den ich aber nie ausgeübt habe. Da ich aber immer schon Medizin studieren wollte, musste ich nach der Zuweisung des Studienplatzes für Medizin einen Weg finden, dieses zweite Stu-

dium zu finanzieren. Zum Glück hatte ich Kontakte zum Bundestag, die mir eine Stelle als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bereich Sportpolitik vermitteln konnten. In diesem Umfeld habe ich dann meine Affinität zu Politik und Gesetzgebung entwickelt. Nach meiner Approbation habe ich im Universitätsklinikum Bonn meinen Facharzt absolviert. Ich war als Assistent aber bereits so alt wie die meisten Oberärzte. Nach dem Facharzt habe ich noch weiter an der Uni Bonn gearbeitet, mich dann aber spontan beim Verband der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (VdAK/AEK) beworben und bin dort auch angenommen worden. Mein damaliger Vorgesetzter war etwa gleich alt und ging bereits kurz nach meinem Eintritt als Vorstand zur Techniker Krankenkasse. Ich bin dann mit zitternden Beinen zu Herrn Prof. Dr. rer. pol. h. c. Herbert Rebscher gegangen, der damals Vorstandsvorsitzender des VdAK/AEK war, und habe gesagt, dass

ich gern den freigewordenen Job übernehmen möchte. Daraufhin hat er zweimal überlegt und hat dann geantwortet: „Dann lassen Sie uns das mal probieren.“ Anschließend bin ich fast sieben Jahre für den VdAK/AEK durch alle Gremien der Selbstverwaltung gewandert und habe unter anderem die Bildung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie des Koordinierungsausschusses als Vorgänger des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und alles, was in der Zeit an strukturpolitischen Maßnahmen gelaufen ist, begleitet. Ich habe mich schon ganz frühzeitig mit dem Thema Qualitätssicherung in der Medizin beschäftigt, damals jedoch noch über alle Indikationen hinweg – so z. B. mit der damals neu geschaffenen Qualitätsrichtlinie Niere, die in ihrem Aufbau sehr revolutionär war. Dies war letztendlich auch ein Verdienst der Arbeitsgruppe, in der ich den Vorsitz hatte. Es sind über die Zeit in meinem

Umfeld viele Einzeldinge entstanden, die aber immer etwas mit Versorgungsqualität und -transparenz zu tun hatten.

So habe ich mir in meiner Zeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bundestag und im VdAK/AEK das politische Handwerkzeug aneignen können, zum Beispiel wie Gesetze entstehen, wie man Stellungnahmen herausgibt, wo man nachfragen muss oder wen man informieren muss. Solche Dinge lernt man nicht in der Klinik. 2006 bin ich dann von Herrn Prof. Dr. med. Michael Bamberg, dem damaligen Präsidenten der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), gefragt worden, ob ich nicht Lust hätte, Generalsekretär der DKG zu sein.

best practice onkologie: *Seit über 15 Jahren setzen Sie sich nun schon als Generalsekretär der DKG für die Verbesserung der Krebsmedizin ein. Welche Errungenschaften in dieser Zeit waren für Sie besonders wichtig?*

J. Bruns: Schon als Außenstehender und vor meiner Zeit bei der DKG hat mich die damals noch sehr kühle Atmosphäre und Distanz der DKG zur Deutschen Krebshilfe (DKH) gewundert. Denn Krebs ist zwar sehr präsent und eine relevante Erkrankung, ist aber zahlenmäßig im Vergleich zu Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen überschaubarer. Deshalb war mir klar, dass sich, um einflussreich zu sein, mehrere Organisationen in diesem Feld zusammenschließen müssen. Als ich bei der DKG anfang, haben wir folglich versucht, mit der DKH ein Kooperations- und Vertrauensverhältnis aufzubauen. Im Jahr 2012 wurde in diesem Sinne ein Grundlagenvertrag abgeschlossen. Die DKH kümmert sich primär um die Themen Patienten, Betroffene sowie Spendenakquise, und wir kümmern uns um das Thema Wissenschaft, Versorgung und damit zusammenhängende Bereiche. Das ist eine sehr gute Arbeitsteilung und da, wo wir politisch gemeinsam handeln können, tun wir das auch. Die große Nähe mit der DKH ist sicherlich eines der wesentlichen Erfolge der Arbeit bei der DKG in den letzten 16 Jahren. Darüber hinaus war ich an der Etablierung des Nationalen Krebsplans beteiligt. Diesen haben wir als DKG 2008 gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) initiiert. Entstanden ist die kon-

krete Idee für den Nationalen Krebsplan eigentlich in kleiner Runde während eines Pizzaessens gemeinsam mit Franz Knieps, damals Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit. Die Besonderheit war, dass das BMG mit gemeinnützigen Organisationen zusammen Ziele erarbeiten wollte, wie Menschen mit Krebs in Deutschland zukünftig besser versorgt werden sollten. Als Partner für dieses Vorhaben haben wir bewusst die DKH und die ADT gewählt. Es ist gar nicht so einfach, mehrere solcher Organisationen unter einen Hut zu bekommen: Je mehr Beteiligte, desto schwieriger wird es, mit den institutionseigenen „Eitelkeiten“ – oder sagen wir besser: Besonderheiten – umzugehen. Denn man kommt nur voran, wenn man in solidarischem Gleichschritt die Individualität der einzelnen Organisationen berücksichtigt.

best practice onkologie: *Hilft Ihnen Ihr pädagogischer Hintergrund bei schwierigen Verhandlungen?*

J. Bruns: Für das Eitelkeitsmanagement habe ich sicherlich etwas aus dem Bereich Schule mitgenommen, aber ich kann und konnte nur wenig praktische Erfahrung aus dem Umgang mit Schülern einbringen, da meine Laufbahn als Lehrer bereits mit meinem Examen geendet hat. Mir hilft hier eher meine Erfahrung als Chirurg. Denn die Chirurgie hat mich gelehrt, richtig hinzuschauen und konsequent bei der Sache zu bleiben und dabei nicht hektisch zu sein. Der medizinische Alltag hat mich auch gelehrt, dass man fast immer mindestens 15 s Zeit hat, um nachzudenken, was das richtige Vorgehen ist. Ähnlich konsequent muss man in Verhandlungssituationen unter Adrenalinstress nachdenken. In der Regel habe

ich immer für mein Verhalten beherzigt: nicht hektisch, nicht cholerisch und nicht feindselig. Besser ist es zu fragen: „Was ist am Ende das gemeinsame Ziel? Wo wollen wir hin?“

» Die Chirurgie hat mich gelehrt, richtig hinzuschauen und konsequent bei der Sache zu bleiben

best practice onkologie: *Wie schätzen Sie die Qualität der Versorgung in Deutschland insgesamt ein – wie gut werden Krebspatienten hierzulande betreut?*

J. Bruns: Diese Frage ist nicht so einfach zu beantworten. Wir bemühen uns seit Jahrzehnten, eine gewisse Versorgungstransparenz herzustellen. Wichtige Instrumente hierfür sind einerseits die Zertifizierung von Krebszentren und andererseits klinische Krebsregister. Deshalb waren die flächendeckenden klinischen Krebsregister auch das erste Ziel im Nationalen Krebsplan, das wir erfolgreich umgesetzt haben. Es hat natürlich lange gedauert, bis wir hier die ersten Früchte ernten konnten. An der Auswertung der Daten arbeiten wir bereits.

Im Jahr 2023 feiern wir bereits das 20-jährige Jubiläum der ersten zertifizierten Brustzentren, und wenn man alles betrachtet, was sich in den letzten 20 Jahren entwickelt hat, sind wir sehr gut vorangekommen. So werden fast 90 % der erstmalig Betroffenen mit Mammakarzinom in zertifizierten Brustkrebszentren diagnostiziert und behandelt. Ein Beleg für die gute Versorgung in Krebszentren zeigen



Zur Person

Dr. med. Johannes Bruns bekleidet seit Oktober 2006 das Amt des Generalsekretärs der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und gehört zu den Gründervätern des Nationalen Krebsplans in Deutschland. Zuvor leitete der Facharzt für Chirurgie sieben Jahre lang die Abteilung für medizinische Grundsatzfragen/Leistungen beim Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK). Seine medizinische Erfahrung erlangte Bruns als Arzt erst in der Abteilung für Chirurgie und anschließend in der Abteilung für Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Bonn. Die erste Berührung mit der Politik erfuhr er als Mitarbeiter im Bundestag nach seinem Staatsexamen in Mathematik und Sportwissenschaften parallel zu seinem Medizinstudium.



Ein Blick zurück: Bevor Dr. med. Johannes Bruns einen gesundheitspolitischen Pfad eingeschlagen hat, war er Facharzt für Chirurgie

die Ergebnisse der Studie WiZen (Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren). Darin wurden bundesweite AOK-Abrechnungsdaten sowie Daten aus vier regionalen klinischen Krebsregistern analysiert. Die im Juni 2022 präsentierten Daten zeigen, dass Patientinnen und Patienten mit Krebs einen Überlebensvorteil haben, wenn sie in zertifizierten Zentren behandelt wurden. Ihre Sterblichkeitsrate lag bei allen acht untersuchten Krebserkrankungen niedriger als bei nicht von der DKG zertifizierten Krankenhäusern. Im Bereich der Krebszentren wissen wir also relativ gut, wo es hapert und wo man noch etwas besser machen kann, wohingegen uns noch die Transparenz bei nicht zertifizierten Krankenhäusern fehlt. Das ist noch ein blinder Fleck. Ein weiterer ist die hausärztliche Versorgung. Es bleibt demnach die Aufgabe, zu analysieren, wie die onkologische Versorgung dort aufgestellt ist.

best practice onkologie: *Mit welcher Strategie lässt sich die Versorgung verbessern?*

J. Bruns: Transparenz ist glaube ich das Allerwichtigste. Ich sage immer, wenn man intelligenten Menschen transparent zeigt, was sie machen und wie das Ergebnis ist, dann kommen sie schon selbst auf sinnvolle Ideen. Transparenz, Transparenz, Transparenz – das ist das Grundprinzip. Daneben sollte man in der Regel Hilfe anbieten, niemanden direkt sank-

tionieren oder vor den Kopf stoßen und sich bewusst sein, dass wir grundsätzlich jeden onkologisch Tätigen heute und in Zukunft brauchen. Nur bei jenen, die sich widerspenstig notwendigen Neuerungen verschließen, muss man auch mal andere Wege beschreiten.

» Transparenz, Transparenz, Transparenz – das ist das Grundprinzip

best practice onkologie: *Welche Verbesserungen konnten diesbezüglich durch den Nationalen Krebsplan bereits erzielt werden und wo hapert es weiterhin?*

J. Bruns: Der erste wichtige Punkt war, wie gesagt, die Einführung der klinischen Krebsregister. Zudem haben wir mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz die Früherkennung vorangebracht, unter anderem mit dem Einladungssystem zur Früherkennung von Darm- und Gebärmutterhalskrebs. Der nächste Schritt war eine Initiative zur Unterstützung der Krebsberatungsstellen von Landeskrebsgesellschaften und anderen Hilfsorganisationen, die Betroffene mit Krebs zu ihrer besonderen sozialrechtlichen Situation und ihrer psychischen Belastungslage beraten und unterstützen. Diese Beratungsstellen waren bis dahin

nur spendenfinanziert. Im Rahmen des Nationalen Krebsplans haben wir ein flächendeckendes System etabliert und die Finanzierung der Beratung gesetzlich verankert.

Der nächste wesentliche Punkt ist die Auswertung der Daten von klinischen Krebsregistern auf Bundesebene. Hierfür hat das Kabinett im Februar 2021 bereits einen Entwurf beschlossen für das „Gesetz zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten“. Derzeit werden die Daten der Krebsregister der Länder an das Zentrum für Krebsregisterdaten beim Robert Koch-Institut weitergegeben, dieser zu übermittelnde Datensatz soll um Daten zur Therapie und zum Verlauf von Krebserkrankungen erweitert werden. Auch soll eine Verknüpfung von Krebsregisterdaten mit anderen Daten möglich werden. Das ist jetzt aber aufgrund des Regierungswechsels und der COVID-19-Pandemie ein bisschen ins Stocken geraten.

» Der erste wichtige Punkt war die Einführung der klinischen Krebsregister

best practice onkologie: *Der Zugang von Krebskranken zu Präzisions-Therapeutika in Deutschland ist noch holprig, wie Sie und Ihre Kolleg*innen der DKG in einem aktuellen Whitepaper festgestellt haben. Woran liegt das?*

J. Bruns: Der Zugang zu zielgerichteten Medikamenten ist in der Regel im Bereich der zugelassenen Medikamente abhängig von einem vorher gemachten molekularen oder genetischen Test. Im ambulanten Bereich wurde vor einigen Jahren eine Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) erwirkt, sodass die niedergelassenen Pathologen heute in der Lage sind, solche Tests niedergelassenen Kollegen bei Anfrage zur Verfügung zu stellen. Im stationären Bereich ist ein solcher Test immer noch ein Eigeninvestment der Kliniken. Denn hier folgen die Kassen dem Prinzip der DRG (diagnosebezogene Fallgruppen), was bedeutet, wenn die Kliniken diese Tests durchführen und bezahlen, dann werden sie je nach Menge irgendwann auch die Finanzierung dafür bekommen. Das ist eine Etablierung auf



Alleine geht es nicht: Für eine bestmögliche Versorgung von Krebskranken ist für Dr. med. Johannes Bruns entscheidend, alle Behandelnden mit einzubinden, etwa in Form von Tumorboards

Raten. Deshalb werden diese Tests eben nicht problemlos zur Verfügung gestellt. Wenn Betroffene auf die Gutwilligkeit der Klinik angewiesen sind, dann ist das im Sinne des aktuellen Wissenstandes nicht korrekt, zumal nicht bei der Bedeutung, die zielgerichtete Medikamente heute haben. Die Durchführung eines Tests zur Anwendung zugelassener Medikamente sollte nicht davon abhängig sein, wo die Diagnose gestellt wird.

» Wenn Betroffene auf die Gutwilligkeit der Klinik angewiesen sind, dann ist das nicht korrekt

best practice onkologie: *Wie lässt sich diese Situation ändern?*

J. Bruns: Wir hatten bereits auf eine Gesetzesinitiative hingearbeitet, die eine Änderung im §116b zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§116b SGB V) angestrebt hat, sodass der G-BA Institutionen ausloben kann, in denen unabhängig davon, wo der Patient ist und wo der Arzt herkommt, ein solcher Test durchgeführt werden kann. Das ist aber dann dem §64e (§64e SGB V: Modellvorhaben zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung mittels Genomsequenzierung

bei seltenen und bei onkologischen Erkrankungen, Verordnungsermächtigung) zum Opfer gefallen. Dieser neue Paragraph sieht vor, dass Krankenkassen die Aufgabe haben, ein sog. Modellvorhaben zu organisieren, das Zentren für personalisierte Medizin auslobt. Diese können Patienten aufnehmen, für die es keine zugelassenen Therapiemöglichkeiten mehr gibt, und auf Kosten der Krankenkassen deren gesamtes Tumorgenom sequenzieren, um daraus neue therapeutische Ansätze zu generieren. Die Auswahl geeigneter Leistungserbringer auf Bundesebene ist zwar strukturpolitisch toll, aber hierbei geht es um die genetische Testung im Bereich des Off-Label-Use und nicht um molekulare Tests für zugelassene Medikamente. Unser §116b-Vorschlag war damit vom Tisch, denn die Politikerinnen und Politiker haben nicht verstanden, dass der §64e und die Finanzierung von Tests für die zugelassenen Indikationen im klinischen Bereich zwei unterschiedliche Dinge sind. Wir haben jetzt schon so viele Papiere dazu geschrieben, wir haben immer wieder darauf aufmerksam gemacht, wir müssen jetzt erneut eine günstige Minute abwarten und dann diese Papiere wieder aus der Aktentasche herausholen. Im Moment kommen wir bei dem Thema nicht gut weiter.

best practice onkologie: *Können Projekte wie das „nationale Netzwerk Geno-*

mische Medizin“ (nNGM) eine hochwertige Diagnostik und Therapie in der Breite unterstützen?

J. Bruns: Das Netzwerk Genomische Medizin (NGM), spezifisch für Lungenkrebs in Köln, wird ebenfalls durch die Krankenkassen unterstützt und ist einer der Vorgänger für das Modellvorhaben nach §64e SGB V. Ziel des NGM war es, in Nordrhein-Westfalen bei jedem Patienten mit einem fortgeschrittenen oder nicht kurativ behandelbaren Lungenkarzinom eine umfassende molekulare Diagnostik durchzuführen. Damit soll und sollte die personalisierte Therapie in der Routineversorgung von Betroffenen mit Lungenkrebs implementiert werden. Mittlerweile ist dies schon ein nationales Netzwerk Genomische Medizin (nNGM) Lungenkrebs, in dem sich ca. 20 Netzwerkzentren bundesweit zusammengeschlossen haben. Es hat aber fast 15 Jahre gedauert, um an dieser Stelle ansatzweise eine Flächendeckung zu erreichen, auch was die Abdeckung bei den Kassen angeht, die bei über 80 % liegt. Nicht alle Kassen haben sich angeschlossen, denn es ist eine Vertragslösung und immer noch keine Regelversorgung. Die Frage ist: Ist personalisierte Medizin für jeden Patienten zugänglich, der es bräuchte? Und da muss man heute noch sagen, die entscheidendste und innovativste Entwicklung der letzten Jahre ist an dieser Stelle strukturpolitisch noch nicht komplett umgesetzt. Es ist immer noch nicht nachvollziehbar, wieviel Prozent der Patientinnen und Patienten zum Beispiel mit Lungenkrebs, die auf bestimmte Mutationen getestet werden müssten, in Deutschland auch wirklich getestet werden. Im Moment prüfen wir, ob man das mittelfristig auch über die Krebsregister erfassen kann. Allerdings laufen diese der Versorgung immer ein Stück weit hinterher. Man müsste Instrumente haben, die anzeigen, wenn jemand noch nicht getestet wurde. Die beste Kontrolle wäre es, so transparent zu sein, dass sogar die Patientinnen und Patienten über nötige Tests Bescheid wissen und diese einfordern. Davon sind wir aber noch weit entfernt.

best practice onkologie: *Wie kann bundesweit eine hochwertige Versorgung gewährleistet werden?*

J. Bruns: Die Leistungsplanung, also die Festlegung, wer welche Therapien und diagnostische Methoden durchführen darf,



In guter Gesellschaft: Für Dr. med. Johannes Bruns war es wichtig, die Zusammenarbeit von DKG und der Deutschen Krebshilfe zu fördern. Seit 2012 kooperieren beide Gesellschaften auf Basis eines Grundlagenvertrages

muss überarbeitet werden. Denn heute wird die Onkologie immer noch im Rahmen der inneren Medizin geplant. Das bedeutet, dass nicht das Land, sondern die Klinik entscheidet, ob sie Onkologie anbietet oder nicht. In Nordrhein-Westfalen ist man da momentan auf dem Weg, solche Planungsprozesse ein Stück weit so aufzusetzen, dass man sehr selektiv plant nach Qualitätsindikatoren, nach Leistungsvermögen und letztendlich auch nach Strukturvorgaben, so wie wir es in unseren zertifizierten Krebszentren machen. Ganz einfach gesagt, kann also keiner ein Zentrum für Gynäkologie führen, wenn kein Gynäkologe zur Verfügung steht. Im Moment sind circa 460 Kliniken bei der DKG mit zertifizierten Organzentren registriert. Das sind die Kliniken, von denen wir behaupten würden, dass sie die Onkologie beherrschen und durchführen sollten. Zudem wird in den Zentren darauf Wert gelegt, dass ambulant und stationär zusammengearbeitet wird, trotz der Finanzierungshürden.

best practice onkologie: *Wie lässt sich die sektorenübergreifende Versorgung leichter meistern?*

J. Bruns: Die Übergänge zwischen stationär und ambulant sollten mehr oder weniger für die Behandelten weder finanziell noch in der Versorgung merkbar sein. Das ist möglich und das ist auch der Grund, warum wir verlangen, dass

uns ein Zentrum, das bei uns zertifiziert werden möchte, Kooperationsvereinbarungen nachweisen muss. Außerhalb der zertifizierten Zentren besteht aber weiterhin keine Transparenznotwendigkeit, was die Erfahrung der Behandelnden und die Patientenzufriedenheit angeht.

best practice onkologie: *Wie trägt die DKG noch dazu bei, die Qualität der onkologischen Versorgung zu erhalten bzw. zu verbessern?*

J. Bruns: Unser Ansinnen ist es, dass für all die Ideen einer verbesserten onkologischen Versorgung die politischen Rahmenbedingungen geschaffen werden: also Initiativen zur Etablierung klinischer Krebsregister, zur Finanzierung von Krebsberatungsstellen und zur Bildung einer Auswertungsstelle von Krebsregisterdaten auf Bundesebene. Jetzt wird die elektronische Patientenakte ein Riesenthema werden. Hier geht es nicht nur darum, dass alle Beteiligten auf die Patientendaten zugreifen können, sondern es gilt noch die spannende Frage zu klären, welche Daten in der Akte stehen sollen. Steht alles drin, was die Klinik und was der Niedergelassene braucht? Wir müssen also mit der Politik darüber diskutieren, dass man nicht nur die Infrastruktur braucht, sondern auch eine wirklich durchdeklinierte Feldertafel und einen Abstimmungsprozess mit Kliniken und niedergelassen onkologisch Tätigen. Es

kann ja nicht sein, dass man dort nur ein PDF von einem Arztbrief hinterlegt. Dann brauche ich keine elektronische Patientenakte. Die Daten sollen ja zeitnah verarbeitbar sein, und da ist noch viel zu tun. Wir müssen uns nicht allein um die onkologisch Tätigen bemühen, sondern uns für die Patientinnen und Patienten um die onkologische Versorgung im Bundestag, in Ministerien und an vielen anderen Stellen kümmern. Das ist unsere Aufgabe.

» Wir müssen uns für die Patientinnen und Patienten um die onkologische Versorgung kümmern

best practice onkologie: *Ein wichtiges Ziel der DKG, um eine qualitativ hochwertige Krebsmedizin zu erreichen, ist die Entwicklung evidenzbasierter, unabhängiger Behandlungsleitlinien. Wie lässt sich die Umsetzung der Empfehlungen im Alltag beschleunigen?*

J. Bruns: Jedes Zertifizierungsverfahren für ein Krebszentrum fußt auf der aktuellen Leitlinie und wird auch entsprechend aktualisiert. Davon profitieren auch die Niedergelassenen, die mit den Zentren zusammenarbeiten. Die große Lücke ist, was bei den Hausärztinnen und Hausärzten passiert. Da ist die spannende Frage, ob diese zum Beispiel wissen, wie man bei einem Rezidiv vorgehen muss. Da geht es noch nicht einmal darum, ob sie leitliniengerecht behandeln, sondern ob sie ihre Patientinnen und Patienten dorthin schicken, wo leitliniengerecht therapiert wird.

Die Leitlinie ist zwar eine sehr wichtige Orientierung, aber der Qualitätsschub in der Onkologie ist dadurch entstanden, dass wir die Behandler untereinander in interdisziplinären und intersektoralen Tumorboards vernetzt haben. Ich sage immer: Wer einen Patienten oder eine Patientin allein behandelt – mit oder ohne Leitlinie – begeht einen Behandlungsfehler. Deshalb ist ein Kernpunkt der zertifizierten Zentren die prospektive Besprechung von Patientenfällen in den Tumorboards. Denn jedes Tumorboard muss die aktuelle Forschungssituation so gut wie möglich erfassen und auch neue

Studien mit einbeziehen, die in der Leitlinie noch keine Rolle spielen. Den Stoff liefert die Leitlinie, den Anzug müssen die Teilnehmenden des Tumorboards schneiden. Das Tumorboard ist eine der wesentlichen Erfindungen, auch besonders wegen der Beteiligung von Niedergelassenen; denn dadurch wird versucht, die Sektorengrenzen abzubauen oder zumindest zu überbrücken. Wir überlegen uns jetzt, wie man die Qualität der Tumorboards untereinander vergleichbar machen kann, also sozusagen eine Qualitätssicherung der Qualitätssicherung.

» Den Stoff liefert die Leitlinie, den Anzug müssen die Teilnehmenden des Tumorboards schneiden

best practice onkologie: Bei der „Nationalen Dekade gegen Krebs“ gehört die DKG zum Strategiekreis und hat den Mitvorsitz in der Arbeitsgruppe „Wissen generieren durch Vernetzung von Forschung und Versorgung“. Welche Ansätze werden hier verfolgt?

J. Bruns: Onkologie, das merkt man schon an dem Thema personalisierte Medizin, lebt immer davon, dass man sich an der Grenze des schon Bekannten hin zum Neuen bewegt. Und das sollte strukturiert erfolgen. Wir haben früher immer gesagt, dass eigentlich alle Patientinnen und Patienten mit Krebs in Studien behandelt werden sollten, denn dann hätte man diese Versorgungs- und Auswertungskontrolle. Einer der wesentlichen Punkte ist, dass man die Intelligenz, die in der Versorgung onkologischer Patientinnen und Patienten zur Anwendung kommt, auswertbar machen muss und damit Wissen generiert. Deshalb adressiert die Arbeitsgruppe die Vernetzung und systematische Auswertung von Forschungs- und Versorgungsdaten. Insofern ist diese Arbeitsgruppe die spannendste, aus der heraus wir gerade ein Gutachtenauftrag erstellt haben, in dem der gesetzliche Rahmen für das Instrument der wissenschaftsgenerierenden Versorgung angeschaut werden soll, um dann Ideen darzustellen, wie dieser gestaltet sein müsste.

Das ist sozusagen ein Generalangriff gegen die Aussage vieler Krankenkassen, sie seien für Forschung nicht zuständig. Der Vorteil der wissenschaftsgenerierenden Versorgung ist, dass sie nicht nur für die Onkologie funktioniert, sondern dass sie relativ schnell auch zum Beispiel bei Diabetes umsetzbar wäre.

» Der Vorteil der wissenschaftsgenerierenden Versorgung ist, dass sie nicht nur für die Onkologie funktioniert

best practice onkologie: Stichwort *interprofessionelle Versorgung*: Onkologisch versierte Pflegekräfte scheinen eher Mangelware zu werden. Ist das auch Ihr Eindruck?

J. Bruns: Wir werben ja immer dafür, dass die 120-Stunden-Kurse zur onkologischen Fachpflegekraft durchgeführt werden. Nur wenn die jeweilige Klinikleitung das möchte, lässt sie ihre Pflegekräfte entsprechend fortbilden, manche sind allerdings der Meinung das sei „learning on the job“, wofür kein Kurs nötig sei. Also da ist man noch nicht wirklich gut aufgestellt, und es wären viel mehr onkologische Fachpflegekräfte nötig. Wir kämpfen mit dem gesamten Pflegenotstand und sind eher dabei, Arbeitslose zur Pflegekraft zu machen als Pflegenden zu Fachpflegenden.

best practice onkologie: Die DKG repräsentiert Deutschland in internationalen Organisationen, wie der *Union for International Cancer Control (UICC)*, der *Association of European Cancer Leagues (ECL)* und der *Europäischen Union*. Welche Ziele verfolgen Sie in diesen Gremien?

J. Bruns: Wir suchen uns immer Organisationen aus, die eine gewisse vergleichbare Repräsentanz haben, und bei der ECL ist das so, auch wenn es nur eine kleine Organisation ist. Zumindest sind wir dort in der Lage mitzuhören, wie die Versorgung in Holland oder Schweden funktioniert, das ist primär eher ein intellektueller Austausch. Es fängt erst langsam an, dass wir gemeinsam Strategien verfolgen. So haben wir jetzt eine Arbeitsgruppe zum Thema Zertifizierung in Europa, da

müssen wir mal schauen, wie die funktioniert. Das Wesentliche am europäischen Austausch ist, spannende Konzepte zu generieren, ohne eine Umsetzungsstrenge zu haben. Der *Europe's Beating Cancer Plan* der Europäischen Kommission soll die Prävention von Krebs sowie die Behandlung und die Versorgung von Patientinnen und Patienten EU-weit verbessern. Der Plan hat allerdings den Nachteil, dass keine Organisation dahintersteht, die die Umsetzung der Maßnahmen in den einzelnen Mitgliedsstaaten durchsetzen kann.

best practice onkologie: *Blick ins Ausland: Gibt es Ihrer Ansicht nach ein Land, das die Versorgung von Krebspatienten besser organisiert als Deutschland? Was könnten wir uns von dort abschauen?*

J. Bruns: Dänemark, Finnland und Schweden haben sich schon von Anfang an darauf fokussiert, onkologische Zentren zuzulassen, das machen die sehr viel besser als wir. In diesen Staaten, die zum Teil so viele Einwohner haben wie Berlin, gibt es deshalb nur ein oder zwei Kliniken, die Onkologie anbieten. Denn sie müssen mit dem verfügbaren Personal haushalten. Da sind wir noch ein bisschen in einer Überversorgungssituation. Auch in der Krebsregistrierung sind diese Staaten ganz gut, und in der Digitalisierung sind sie sehr viel besser. Zudem fassen sie die staatliche Forschungsorganisation wie bei uns das Deutsche Krebsforschungszentrum, die Spendenorganisation wie bei uns die DKH und die Wissenschaftsorganisation wie bei uns die DKG in einer Organisation zusammen. So eine Organisation, die in der Onkologie auf alles schaut, hat einen ganz anderen politischen Impact. Also wenn in Dänemark der CEO der dortigen Krebsorganisation etwas sagt, dann hört die amtierende Regierungschefin zu, und insofern funktionieren die Sachen dort sehr viel schneller. Wir haben es insgesamt nicht schlecht, aber im Gegensatz zu diesen Staaten haben wir in Deutschland mit dem Föderalismus ein grundsätzliches Gewicht am Fuß.

best practice onkologie: *Was wollen Sie in Ihrer Amtszeit noch erreichen?*

J. Bruns: Mein Hauptziel ist noch nicht mal von großer onkologischer Spurweite, ich möchte meine Ideen so übergeben, dass sie auch nachhaltig umgesetzt werden. Deshalb bin ich dabei, mich an man-

chen Stellen entbehrlich zu machen und die Themen Zertifizierung, Leitlinien, Patienteninformation und ähnliche Dinge verantwortlich weiterzugeben. Mir sind noch die Punkte Auswertung und Zentrumsbildung wichtig, also die selektive Planung von onkologischen Versorgern.

best practice onkologie: Herr Dr. Bruns, vielen Dank für das interessante Gespräch.

Das Interview führte: Sabrina Kempe, Dresden

Fotos: Dennis Weinbörner

Fachnachrichten

Krebsinformationen in Leichter Sprache

Zwei neue, kostenfrei erhältliche Bücher in Leichter Sprache klären als Bilder geschichten über Krebs und dessen Vorsorge auf.

Unter Menschen mit geistiger Behinderung ist die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen allgemein und von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen im Speziellen geringer. Erschwerend kommen Kommunikationsschwierigkeiten und fehlende Beteiligungsmöglichkeiten der Betroffenen im deutschen Versorgungssystem dazu, das auf Menschen ohne Beeinträchtigungen ausgelegt ist.

Die Deutsche Krebsgesellschaft und die Bundesvereinigung Lebenshilfe haben sich daher zum Ziel gesetzt, eine verständliche Aufklärung über Früherkennungs- und Therapiemöglichkeiten von Krebs zu leisten und damit die Teilhabe von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung zu verbessern.

Zu diesem Zweck wurde in einem gemeinsamen Projekt zwei französischsprachige Broschüren zur Akutbehandlung und zur Früherkennung – entwickelt von der gemeinnützigen Organisation Oncodéfi – unter Beteiligung von Ärzt*innen und Menschen mit geistiger Behinderung ins Deutsche übersetzt und an die hiesige Versorgungssituation angepasst. Dieses Projekt wird von der Deutschen Krebsstiftung und der Techniker Krankenkasse gefördert.

Die beiden Bücher (in einem handlichen Format, 90 bzw. 110 Seiten) sind als Bilder geschichten angelegt. Sie vermitteln den Leser*innen beispielhaft, welche Arten von Krebsvorsorgen es gibt und wie eine Krebsbehandlung ablaufen kann. Sie sind sowohl für den privaten Gebrauch als auch für den Einsatz im professionellen Kontext gedacht und werden kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Die Bücher werden im Set abgegeben (Vorsorge & Akutbehandlung) und sind hier kostenfrei bestellbar (solange der Vorrat reicht):

www.lebenshilfe.de/krebsinformationen



Buch zur Krebsvorsorge



Buch zur Krebsbehandlung



QR-Code scannen und online weiter lesen



Galenus von Pergamon Preis

Michael Setzplandt

Galenus-von-Pergamon-Preis 2022 - die Kandidaten

Dostarlimab als erste Immuntherapie

Dostarlimab (Jemperli) von GlaxoSmithKline ist der erste Immuncheckpointinhibitor zur Therapie des schwer behandelbaren, rezidivierten oder fortgeschrittenen Endometriumkarzinoms mit Mismatch-Reparatur-Defizienz (dMMR) und hoher Mikrosatelliten-Instabilität (MSI-H). Es können hohe Ansprechraten induziert werden.

Indiziert ist Dostarlimab als Monotherapie für erwachsene Patientinnen mit rezidiviertem oder fortgeschrittenem Endometriumkarzinom mit dMMR/MSI-H, bei denen es während oder nach einer vorherigen platinbasierten Therapie zu einer Progression der Erkrankung kommt. Aufgrund des sehr hohen medizinischen Bedarfs bei dieser Indikation und der überzeugenden Wirksamkeitsdaten in der GARNET-Studie hat die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) eine bedingte Zulassung erteilt.

Bedingte Zulassung in der EU

In der multizentrischen, offenen Phase-I-Studie wurden Wirksamkeit und Sicherheit von Dostarlimab in mehreren Kohorten mit Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen soliden Tumoren untersucht. Darunter war eine Kohorte mit 129 Patientinnen mit rezidiviertem oder fortgeschrittenem dMMR/MSI-H-Endometriumkarzinom, die während oder nach einer platinbasierten Therapie eine Progression entwickelt hatten.

Diese Patientinnen, von denen 50% älter als 65 Jahre waren, erhielten 500 mg Dostarlimab alle drei Wochen für vier Zyklen, gefolgt

von 1.000 mg alle sechs Wochen in allen nachfolgenden Zyklen. Primäre Endpunkte der Studie waren die objektive Ansprechrate und die Ansprechdauer.

Objektive Ansprechrate von 43,5%

Nach einem medianen Follow-up von 16,3 Monaten betrug die objektive Ansprechrate unter Dostarlimab in der Kohorte mit dMMR/MSI-H 43,5%, wobei 10,2% dieser Patientinnen eine komplette Remission erreichten und 33,3% eine partielle Remission. Die mediane Ansprechdauer war noch nicht erreicht: 89,4% der Responderinnen waren zum Zeitpunkt des Datenschnitts im März 2020 weiter in Remission. 55,6% erzielten eine Krankheitskontrolle (d.h. eine komplette oder partielle Remission oder eine Stabilisierung).

Die Daten zum progressionsfreien Überleben (PFS) waren beim Datenschnitt ebenfalls noch unreif. In einer Subgruppe von 72 Patientinnen, die mindestens 13,5 Monate beobachtet worden waren, betrug das mediane PFS 12,2 Monate.

Therapiebedingte unerwünschte Wirkungen von Dostarlimab waren meist von Schwere-

grad 1 oder 2. Schweregrade ≥ 3 traten bei 13,2% der 129 Patientinnen auf. Dabei am häufigsten waren Anämie (3,9%) und erhöhte Lipasewerte (2,3%).

Infos zum Preis

Mit dem Galenus-von-Pergamon-Preis Deutschland werden seit 1985 jedes Jahr herausragende Arzneimittel-Innovationen ausgezeichnet, die in Deutschland auf den Markt gebracht worden sind. Ziel des von der Springer Medizin Verlag GmbH gestifteten Preises ist es, die pharmakologische Forschung für innovative Arzneimittel zu fördern. Vergeben wird der Galenus-von-Pergamon-Preis in den Kategorien „Primary Care“, „Specialist Care“ und „Orphan Drugs“. Über die Zuerkennung entscheidet eine unabhängige Expertenjury. Die Verleihung findet am 20. Oktober 2022 im Rahmen eines Festaktes in Berlin statt. (spg)