

# Neue Versorgungskonzepte erforderlich



Auch in ländlichen Gebieten sind die Patienten auf eine gute Zusammenarbeit zwischen Onkologen, Klinik- und Hausärzten angewiesen. Modellprojekte zeigen vielversprechende Ansätze und Verbesserungsmöglichkeiten auf.

**D**ie Versorgung von Krebspatienten in Bal-lungszentren ist durch die Verfügbarkeit von Universitätskliniken oder großen städtischen Häusern, niedergelassenen Fach- und Hausärzten sowie ausreichenden Verkehrsanbindungen meist gut abgesichert. Wie sieht aber die Versorgung von Krebspatienten im ländlichen Raum aus?

Die heimatnahe Versorgung von Tumorpatienten in ländlichen Regionen wird zurzeit in der Regel von onkologischen Schwerpunktpraxen in Zusammenarbeit mit den betreuenden Hausärzten übernommen (1). Allerdings zeigen sich gerade für diese Gruppe der Patienten bezüglich einer ausreichenden, sicheren Betreuung zunehmende Probleme:

**Demographie:** Aufgrund multimodaler, moderner Therapiekonzepte in der Medizin und rückläufiger Geburtenzahlen (1,36 Kinder pro Frau im geburtsfähigen Alter) kommt es zu einer zunehmenden Überalterung der Gesellschaft. Der Altersquotient 65 (das Verhältnis von über 65-Jährigen je 100 Personen zu Personen von 15–64 Jahren) lag im Jahr 2011 bei 34,1. Man erwartet bis zum Jahr 2025 einen Anstieg auf 41, bis 2050 sogar auf 60. Gleichzeitig ist gerade im höheren Alter mit einem gehäuften Auftreten von Krebserkrankungen zu rechnen (2, 3, 4).

Parallel hierzu zeigte eine im Februar 2013 aufgelegte Versorgungsstudie des Instituts für Community Medicine der Universität Greifswald, dass bis 2020 mit einem deutlichen Zuwachs an Neuerkrankungen und entsprechend zunehmendem Versorgungsbedarf vor allem im ländlichen Bereich zu rechnen ist (5).

**Abnehmende Versorgungskapazität:** Die Zahl der versorgenden Hausärzte und niedergelassenen Onkologen nimmt gerade im ländlichen Bereich kon-

tinuierlich ab. Bis 2020 wird voraussichtlich jeder 4. Onkologe aus Altersgründen für die Versorgung von Tumorpatienten nicht mehr zur Verfügung stehen: Das heißt: Allein auf dem Gebiet Onkologie steht 25 % weniger Versorgungskapazität den wachsenden Patientenzahlen gegenüber (5). Hinzu kommen noch die durch den demographischen Wandel bedingten rückläufigen Arztzahlen im ländlichen Bereich (4).

**Komplexere Therapieformen:** Der Anteil neuer antiproliferativer Medikamente wie Tyrosinkinaseinhibitoren und immunonkologische Therapien nimmt kontinuierlich zu. Der Anteil oraler Tumortherapien an der Gesamtheit antiproliferativer Medikamente beträgt heute bereits 25 % und wird voraussichtlich weiter ansteigen. Die Nebenwirkungen der neuen oralen Therapien sind vielfältig und erfordern detaillierte Kenntnisse der einzelnen Substanzklassen und des jeweiligen Nebenwirkungsmanagements. Hinzu kommt noch die Kontrolle der Patientenadhärenz, um einen entsprechenden Therapieerfolg zu erreichen. Ähnlich komplex ist die Betreuung und Kontrolle von Patienten, die eine immunonkologische Therapie erhalten (6).

## Auswirkungen auf die Patienten im ländlichen Bereich

Betrachten wir zunächst die soziale Struktur unserer Patienten. Viele Patienten leben in Dörfern, die nur über schlechte Verkehrsanbindungen zu größeren Städten, in denen sich in der Regel onkologische Praxen befinden, verfügen. Lange Anfahrtsstrecken sind keine Seltenheit, sondern oft die Regel. Besonders ältere, komorbide Patienten, die keine eigene Fahrmöglichkeit besitzen, sind hiervon betroffen (7).



Foto: Albrechtstock.adobe.com

deutlich von dem der Zytostatikatherapien. Vor allem schwere Nebenwirkungen im Bereich des gastrointestinalen, pulmonalen und endokrinen Systems sowie der Haut können schnell zu lebensbedrohlichen Komplikationen führen.

Eine engmaschige Kontrolle dieser Patienten ist also ebenso erforderlich wie detailliertes Spezialwissen zu den neuen onkologischen Therapeutika. Allerdings ist zu erwarten, dass der zeitliche Aufwand und die erforderlichen Fortbildungsmaßnahmen das Zeitfenster der meisten Hausärzte sprengen wird.

Aber auch im Facharztbereich führen Aufklärung, Nebenwirkungsscreening und Adhärenzkontrolle – die alle für die Patientensicherheit und das Gelingen der Therapie unbedingte Voraussetzungen sind – zur Überlastung der Sprechstunden und zu Zeitproblemen (10). Deshalb sind gerade im ländlichen Raum neue Versorgungsstrukturen erforderlich, die den Bedürfnissen sowohl der Tumorpatienten als auch der betreuenden Fachärzte und Hausärzte entgegenkommen.

Hinzu kommt, dass Fahrkosten zum Onkologen zwar für intravenöse Chemotherapien von den Krankenkassen übernommen werden, Fahrkosten zu oralen Tumortherapien, Bluttransfusionen, Ascites- oder Pleurapunktionen sowie Kontrolluntersuchungen aber in der Regel von den Krankenkassen nicht erstattet werden.

Während die Kontrollen nach Chemotherapie, die sich vor allem auf eine Bestimmung des Blutbildes beziehen, häufig von kooperierenden Hausärzten übernommen werden, können Kontrollen moderner Therapieformen aufgrund ihrer Komplexität nicht mehr einfach auf Hausärzte übertragen werden, sondern bleiben in der Hand des verordnenden Onkologen/Fachonkologen. Hiervon sind in erster Linie Patienten betroffen, die eine Behandlung mit „small molecules“ oder eine immunonkologische Therapie erhalten.

Seit Einführung der Therapie mit „small molecules“ im Jahr 2002 nahm die Entwicklung von Tyrosinkinaseinhibitoren (TKI) einen geradezu exponentiellen Verlauf. Dies führt – im Vergleich zur klassischen intravenösen Chemotherapie – zu einer Reihe neuer Herausforderungen an die betreuenden Mediziner: Seit Publikation der Adagio-Studie in 2009 (8) ist bekannt, dass das Adhärenzproblem nicht nur existiert – in der genannten Studie nahmen nur 14 % der Patienten ihre Medikamente korrekt ein – sondern auch direkten Einfluss auf den Therapieerfolg hat (9).

Hinzu kommen ein buntes Spektrum verschiedenster und zum Teil neuartiger Nebenwirkungen, die Voraussetzung einer guten Patientenaufklärung zu den oft komplexen Einnahmemodalitäten sowie Kenntnisse über Interaktionen zwischen TKIs, Nahrungsmitteln, Komedikamenten und Substanzen aus dem komplementären Bereich.

Auch das Nebenwirkungsspektrum der neuen immunonkologischen Substanzen unterscheidet sich

## Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege

Eine Lösungsmöglichkeit begründet sich auf der Delegation bestimmter Aufgaben an besonders geschultes nichtärztliches Personal. Hierfür kommen in erster Linie Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus dem Bereich der Pflege und medizinische Facharzhelferinnen und -helfer infrage. Vor allem die Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK) setzt sich für diese Entwicklung ein. Seit einigen Jahren wird von der KOK ein Weiterbildungskurs zum/zur Fachassistenten/-in für orale und subkutane Tumortherapie angeboten.

Innerhalb dieses Kurses werden nicht nur Wissen über orale/subkutane Tumortherapie, sondern auch Nebenwirkungsmanagement, Adhärenzkontrolle und Kommunikationstechniken vermittelt. Ähnliche Ausbildungsziele verfolgen Weiterbildungen der WINHO (Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen). Ziel dieser Weiterbildungsprogramme ist es unter anderem, in Praxen und Kliniken die Voraussetzung für eine Pflegegesprächsstunde für orale und subkutane Tumortherapie zu schaffen, die von einer entsprechend geschulten Mitarbeiterin geleitet wird. Im Rahmen einer solchen Sprechstunde ist es möglich, eine – zusätzlich zur ärztlichen Beratung – ausführliche Aufklärung und Schulung des Patienten bezüglich der erforderlichen Therapie durchzuführen und eine entsprechende Adhärenzkontrolle zu garantieren.

Nebenwirkungen können schnell erfasst und mit dem behandelten Onkologen/Fachonkologen direkt abgesprochen werden. Der Zeitgewinn und die Entlastung der ärztlichen Kollegen durch die Etablierung einer solchen Sprechstunde liegen auf der Hand. Eine Umfrage bei Onkologen/Fachonkologen und ärztlichen Mitarbeiterinnen und -mitarbeitern, die der Arbeitskreis für Patientensicherheit und Patien-

tenadhärenz der DGHO mit Unterstützung der WINHO Mitte 2017 durchführte, zeigte die Notwendigkeit und Akzeptanz einer solchen Sprechstunde (11).

### Mobiler Onkologischer Dienst

Eine weitere Verbesserung der Versorgung von Tumorkranken im ländlichen Bereich, die vor allem das Anfahrtsproblem der Patienten berücksichtigt, ist der Mobile Onkologische Dienst (MOD) (Grafik). Dieser wurde primär als Versorgungsprojekt vom onkologisch-palliativmedizinischen Netzwerk Landshut mit Unterstützung des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern konzipiert und ist inzwischen der Regelversorgung zugänglich. Der MOD dient zur Verbesserung der Versorgung komorbider oder immobiler Patienten, die in erster Linie eine orale Tumorthherapie erhalten und aufgrund ihrer Einschränkungen eine onkologische Praxis nicht oder nur mit großen Mühen regelmäßig aufsuchen können (12–15).

Während die Pflegesprechstunde noch nicht finanziert wird, ist die Finanzierung eines mobilen onkologischen Dienstes im Rahmen der üblichen Kassenabrechnung möglich. Entscheidend ist dabei – analog zu den Hausärzten – die Anstellung beziehungsweise der Einsatz einer nichtärztlichen Praxisassistentin (NÄPA). Die Tätigkeit der onkologischen NÄPA beschränkt sich dabei auf den onkologischen Bereich, die übliche hausärztliche Versorgung bleibt dabei unberührt. Erste Erfahrungen zeigen, dass durch die onkologische NÄPA eine Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Onkologen durchweg vertieft wurde.

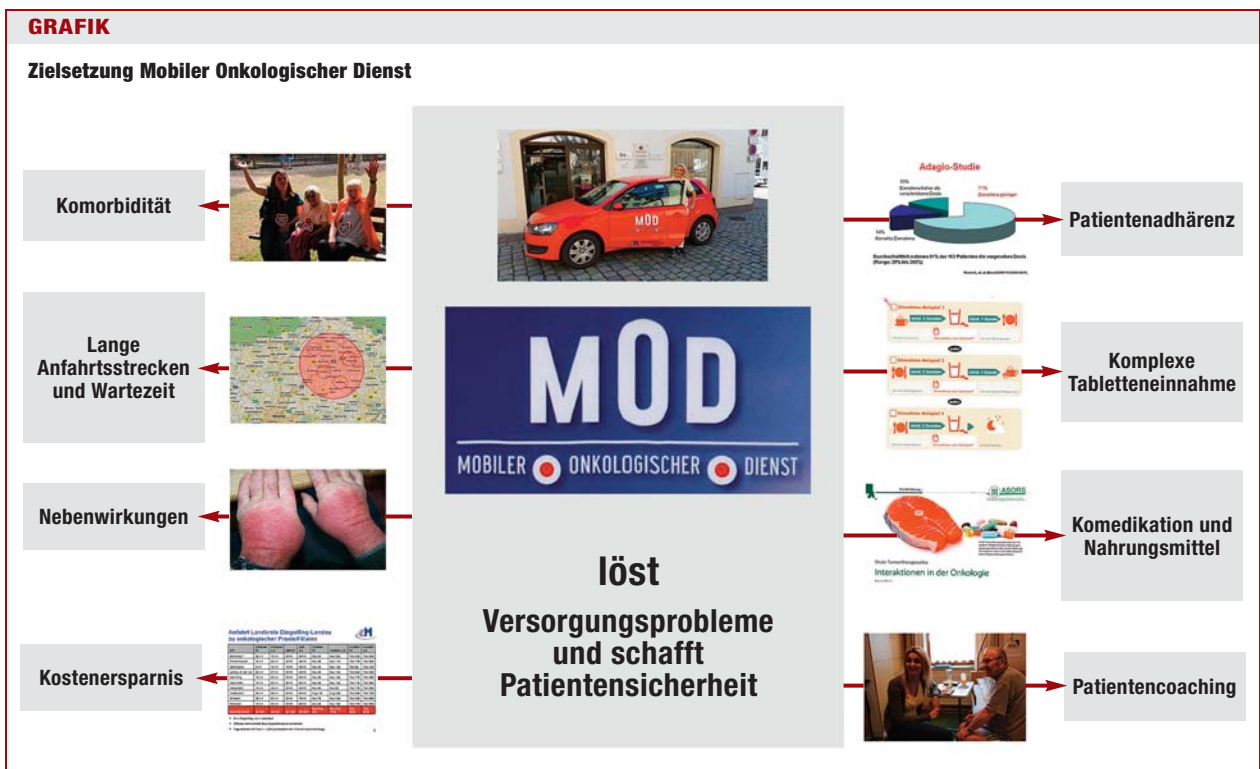
Eine weitere Möglichkeit der Stabilisierung der onkologischen Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Bereich ist die Bildung von Netzwerken zwischen Universitäten beziehungsweise großen städtischen Häusern in Ballungsgebieten mit ländlichen Versorgen. Als Beispiel dienen 2 Modellprojekte aus Bayern:

### Onkonexus: ein bayerisches Kümmererprojekt

Dieses vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit geförderte Projekt (16) zwischen einer onkologischen Praxis und der Medizinischen Klinik III des Klinikums Großhadern der LMU München wurde für Patienten mit komplexen hämatologischen/onkologischen Erkrankungen geschaffen, die eine Therapie an einem hämato-/onkologischen Zentrum benötigen. Das Projekt beruht auf 3 Säulen:

**1. Kümmerinnen:** 2 Kümmerinnen (Praxis/Universität) stehen in ständigem Informationsaustausch bezüglich des erkrankten Patienten: Hierdurch werden unter anderem ein schneller Informationsaustausch der behandelnden Ärzte, kontinuierliche Medikamenteneinnahme und Kontrolluntersuchungen sowie rasche Einweisungstermine garantiert. Spezielle Onko-Taxis sorgen für einen sicheren und schnellen Transport der Patienten.

**2. Austausch von Assistenzärzten:** Assistenzärzte der Universitätsklinik erhalten die Möglichkeit einer einjährigen Praxistätigkeit über eine Anstellung als Weiterbildungsassistent in der kooperierenden Praxis. Auf diese Weise kann der Assistenzarzt Erfahrungen im Bereich der ambulanten Versorgung



von Tumorpatienten erwerben. Hierzu zählt nicht nur Diagnostik und Therapie, sondern schwerpunktmäßig das Erkennen sozialer Probleme und das Erlernen einer ausreichenden Kommunikation und Informationsübermittlung zwischen den behandelnden Institutionen. Vor allem der Zusammenarbeit mit Hausärzten kommt in diesem Zusammenhang große Bedeutung zu.

**3. Spezialsprechstunde vor Ort:** Ein im Bereich der Hämatologie besonders ausgebildeter Facharzt der Universitätsklinik hält Spezialsprechstunden in der Praxis vor Ort ab, um so Patienten lange Anfahrtswege zu ersparen und spezielle komplexe hämatologische Probleme vor Ort zu klären.

### Regionales Netzwerk des CCCO Regensburg

Das Universitätsklinikum Regensburg und das Caritas-Krankenhaus St. Josef (Regensburg) gründeten am 1. Juli 2016 das Comprehensive Cancer Center Ostbayern (CCCO). Gleichzeitig entstand das regionale Netzwerk des CCCO, dem neben dem Universitätsklinikum unter anderem auch kleinere städtische Häuser, Rehabilitationskliniken und onkologische Praxen angehören. Diese Kooperationsgemeinschaft dient in erster Linie der Verbesserung der Versorgung

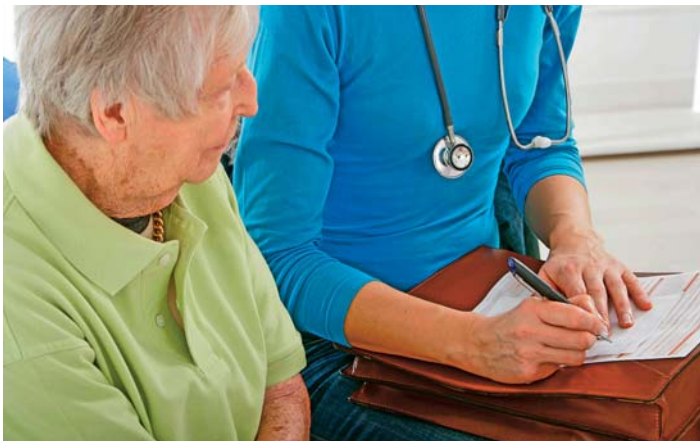


Foto: Your Photo Today

#### Der mobile onkologische Dienst

versorgt in erster Linie Patienten, die zwar ambulant behandelt werden, die aber aus unterschiedlichen Gründen nicht oder nur sehr schwer in der Lage sind, regelmäßig eine Praxis aufzusuchen.

onkologischer Patienten im ländlichen Bereich. Gemeinsame Therapieansätze und schneller unbürokratischer Informationsaustausch sind einige der Netzwerkziele und dienen zur Sicherung einer heimatnahen Versorgung krebserkrankter Menschen, die sich über die Diagnose und Therapie bis zur Nachsorge erstreckt.

Insbesondere soll über das Netzwerk den Patienten die Teilnahme an Studien ermöglicht und im Rahmen der geplanten Versorgungsforschung Versorgungsengpässe erkannt und beseitigt werden. Hierzu gehört vor allem auch die Verbesserung der Kommunikation zwischen allen in der Therapie involvierten Institutionen, insbesondere auch den betreuenden Hausärzten.

Neben der onkologischen Versorgung spielt auch die palliativmedizinische Versorgung, deren frühzei-

tiger Einsatz bereits in der Temel-Studie (17) nachgewiesen wurde, in der Betreuung gerade der ländlichen Bevölkerung eine große Rolle. Obwohl sich circa 76 % der Deutschen wünschen, zu Hause sterben zu können, ist dieses nur bei etwa 20 % der Fall (18, 19). Die vor einigen Jahren eingeführte spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) hat zwar zur deutlichen Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung geführt, ist aber nur für etwa 10 % der Patienten eingeplant. Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) soll zwar – wie auch die Einführung neuer Abrechnungsmöglichkeiten zeigt – gestärkt werden, steckt aber weiterhin noch in den Kinderschuhen.

Sowohl Haus- als auch Fachärzten fehlt oft die Zeit zur palliativmedizinischen Weiterbildung, da die angebotenen Kurse oft mehrere Tage beanspruchen. Eine Lösungsmöglichkeit bieten internetbasierte Fortbildungen, die zum Beispiel der Hausärzterverband Bayern in Zusammenarbeit mit der KV-Bayern entwickelte und die gerade im Bereich der Hausärzte große Akzeptanz finden. Das Fortbildungskonzept – bestehend aus wenigen Präsenztagen, gekoppelt mit internetbasierten Lernmodulen und einer Hospitation in einer SAPV – ermöglicht eine praxisfreundliche Weiterbildung (20).

Eine intensiviertere Zusammenarbeit zwischen SAPV, Hausärzten, Pflegediensten, Pflegeheimen und Hospizen wäre im Rahmen von Netzwerkbildungen wünschenswert. Besonders wichtig erscheinen vor allem für den ländlichen Bereich Ansätze zur Weiterbildung der Bevölkerung. Hierzu zählen die sogenannten Letzte-Hilfe-Kurse und das „advanced care planning“.

#### Fazit

- Die Probleme der Versorgung von Tumorpatienten im ländlichen Raum sind bekannt und waren absehbar.
- Leider existieren bisher nur wenige finanzierbare Lösungswege.
- Allerdings zeigen Modellprojekte vielversprechende Ansätze und Verbesserungsmöglichkeiten.
- Deshalb sollte Versorgungsforschung und Projektentwicklung mit ähnlichem Interesse verfolgt werden wie die Entwicklung neuer antiproliferativer Substanzen, um im ländlichen Bereich eine adäquate und sichere Versorgung krebserkrankter Menschen zu erreichen. ■

DOI: 10.3238/PersOnko.2018.02.16.01

Dr. med. Ursula Vehling-Kaiser<sup>1</sup>,  
Daniela Utke<sup>1</sup>,  
Dr. med. Florian Kaiser<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Onkologisch-Palliativmedizinisches Netzwerk Landshut

<sup>2</sup>Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Hämatologie und Onkologie

**Interessenkonflikt:** Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Literatur im Internet:**  
[www.aerzteblatt.de/lit0718](http://www.aerzteblatt.de/lit0718)

# Neue Versorgungskonzepte erforderlich

Auch in ländlichen Gebieten sind die Patienten auf eine gute Zusammenarbeit zwischen Onkologen, Klinik- und Hausärzten angewiesen. Modellprojekte zeigen vielversprechende Ansätze und Verbesserungsmöglichkeiten auf.

## LITERATUR

- Dahlhaus A, Güthlin C, Behrend J, Herrler J, Gerlach FM, Siebenhofer A: Onkologie in der Hausarztpraxis: Ist-Analyse und Bedarfserhebung aus der Sicht praktizierender Hausärzte. Poster auf dem 45. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Forum Medizin 21. Salzburg, 22.–24. 9. 2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House 2011. doi: 10.3205/11fom163, urn:nbn:de:0183-11fom1635.
- Bertz J, et al.: Krebs in Deutschland 2005/2006 – Häufigkeiten und Trends. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 2010. <http://www.gbe-bund.de/pdf/KID2010.pdf> (last accessed on 16 January 2018).
- Henkel G: Der ländliche Raum. Gegenwart und Wandlungsprozesse seit dem 19. Jahrhundert in Deutschland. Stuttgart: Teubner 1995; 25–28.
- Weiglein T: Die Uni auf das Land bringen und das Land in die Uni: Das Kümmererprojekt. FAU Nürnberg, 2016.
- Hoffmann W, van den Berg N, et al.: Herausforderung demographischer Wandel. Bestandsaufnahme und künftige Anforderungen an die onkologische Versorgung. Gesundheitspolitische Schriftenreihe der DGHO, Bd 1, 2013. [https://www.dgho.de/informationen/gesundheitspolitische-schriftenreihe/band-1-herausforderung-demografischer-wandel/bd1\\_gesundheitspolitische\\_schriftenreihe\\_der\\_dgho\\_web.pdf](https://www.dgho.de/informationen/gesundheitspolitische-schriftenreihe/band-1-herausforderung-demografischer-wandel/bd1_gesundheitspolitische_schriftenreihe_der_dgho_web.pdf) (last accessed on 16 January 2018).
- Arand M: Neue Krebstherapien fordern den Hausarzt, Medical Tribune, Fokus Onkologie. [https://www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/neue-krebstherapien-fordern-den-hausarzt/?tx\\_mtdata\\_illness%5Bindication%5D=8&cHash=a811b351df7dd0ebfd2c62c831ee421a](https://www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/neue-krebstherapien-fordern-den-hausarzt/?tx_mtdata_illness%5Bindication%5D=8&cHash=a811b351df7dd0ebfd2c62c831ee421a) (last accessed on 16 January 2018).
- Kaiser F, et al.: Das Onkologische und Palliativmedizinische Netzwerk Landshut. MMW – Fortschritte der Medizin 2014; 156 (Suppl 5): 79–83.
- Noens L, et al.: Prevalence, determinants, and outcomes of non-adherence to imatinib therapy in patients with chronic myeloid leukaemia: the Adagio study. Blood 2009; 113 (22): 5401–11. doi: 10.1182/blood-2008-12-196543.
- Hofheinz RD, et al.: Improving Patient Outcomes with Regorafenib for Metastatic Colorectal Cancer-Patient Selection, Dosing, Patient Education, Prophylaxis and Management of Adverse Events. Oncol Res Treat 2015; 38: 300–8. doi: 10.1159/000382067.
- Baumann W, Welslau M: Patientenadhärenz in der oralen medizinischen Onkologie. Der Onkologe 2017; 23 (8): 645–50.
- Kaiser F, et al.: Sprechstunde für orale Tumortherapie – ein neues Leistungsangebot in der Versorgung von Krebspatienten. Ergebnisse einer Befragung der DGHO-Mitglieder. Oncol Res Treat 2017; 40.
- Kaiser F, et al.: 18 Monate Mobiler Onkologischer Dienst (MOD) im Onkologischen und Palliativmedizinischen Netzwerk Landshut. Forum 2016; 31 (4): 282–6. doi: 10.1007/s12312-016-0078-9.
- Vehling-Kaiser U, et al.: Unterstützung für den Hausarzt. Dtsch Ärztebl 2014; 111 (21): A 934–6.
- Kaiser F, et al.: Mobiler Onkologischer Dienst (MOD) – eine neue Versorgungsform zur Verbesserung der Patientenadhärenz und Patientensicherheit: die Ergebnisse nach 24 Monaten. Forum 2017; 32: 80–102. doi: 10.1007/s12312-017-0215-0.
- Stoschek J: Mobiler Dienst entlastet Krebspatienten. Ärzte Zeitung 2015; 12–23D.
- Weiglein T, et al.: The Landshut Network for Oncology and Palliative Care and Department for Oncology and Hematology MEDIII, Munich Großhadern. Berlin: DKK 2016. [http://www.onkologienetzwerk.de/fileadmin/redaktion/Veroeffentlichung\\_des\\_Netzwerk/2016\\_Krebskongress2\\_Berlin.pdf](http://www.onkologienetzwerk.de/fileadmin/redaktion/Veroeffentlichung_des_Netzwerk/2016_Krebskongress2_Berlin.pdf). (last accessed on 16 January 2018).
- Temel J, et al.: Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med 2010; 363 (8): 733–42.
- Bertelsmann Stiftung: Faktencheck Gesundheit. Stand 2015. <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/> (last accessed on 16 January 2018).
- Weisse Liste: Palliativversorgung in der letzten Lebensphase. Stand: 2015. <https://www.weisse-liste.de/de/entscheidungshilfen/startseite-entscheidungshilfen/palliative-versorgung/versorgung-am-lebensende/> (last accessed on 16 January 2018).
- Vehling-Kaiser U, et al.: E-learning Palliativmedizin – eine bayerische Alternative zur Verbesserung der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung. Leipzig: DGHO 2016. [http://www.onkologienetzwerk.de/fileadmin/redaktion/Veroeffentlichung\\_des\\_Netzwerk/2016\\_DGHO\\_Leipzig\\_3.pdf](http://www.onkologienetzwerk.de/fileadmin/redaktion/Veroeffentlichung_des_Netzwerk/2016_DGHO_Leipzig_3.pdf) (last accessed on 16 January 2018).