

Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung mit Antwort

Anfrage der Abgeordneten Maximilian Schmidt, Uwe Schwarz, Sylvia Bruns, Dr. Thela Wernstedt, Immacolata Glosemeyer, Holger Ansmann, Dr. Christos Pantazis und Andrea Schröder-Ehlers (SPD), eingegangen am 03.04.2014

Stand der psychoonkologischen Krebsversorgung in Niedersachsen im Rahmen des „Nationalen Krebsplans“

Laut dem Robert-Koch-Institut sind in Deutschland ca. 447 300 Menschen an Krebs erkrankt, davon 252 400 Männer und 224 900 Frauen. Im letzten Jahr sind 47 961 Menschen neu an einem bösartigen Tumor erkrankt. Nach den vorliegenden Daten liegen die Erkrankungs- sowie Neuerkrankungsraten für Krebs in Niedersachsen etwas höher als im bundesdeutschen Durchschnitt. Auch die Sterberate liegt in Niedersachsen mit ca. 21 606 Menschen etwas höher als im Bundesdurchschnitt.

Krebspatienten sind neben der dauernden Sorge um ihre Gesundheit von Beeinträchtigungen bei ihrer alltäglichen Lebensqualität und im konkreten Familien- und Arbeitsleben betroffen. Die Gedanken an die Krankheit stellen sich in den Vordergrund und bestimmen das Leben. Diese Ängste und Gedanken können zu Depressionen führen. Dabei können Angebote der psychoonkologischen Krebsversorgung helfen, solche Beeinträchtigungen abzumildern. Jedoch sind Angebote für Krebspatienten keine Selbstverständlichkeit, da nicht jeder Betroffene die Möglichkeit der wohnortnahen Krebsberatung bzw. Krebsversorgung hat oder mit langen Wartezeiten aufgrund von Unterversorgung rechnen muss.

Eine angemessene psychologische und psychoonkologische Beratung von Krebspatienten ist Ziel des „Nationalen Krebsplans“ aus dem Jahr 2008. Dort lautet es u. a.: „Alle Krebspatienten erhalten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung.“ Das Ziel umfasst die Verbesserung der Erkennung des Unterstützungsbedarfs und die konkrete Sicherstellung der psychoonkologischen Versorgung. In Niedersachsen gibt es rund 30 psychoonkologische Krebsberatungsstellen in unterschiedlichen Trägerschaften. Dabei ist vor allem eine ausreichende Krebsversorgung in der Fläche von großer Bedeutung, da Therapeuten in strukturschwachen Regionen im Durchschnitt mit je 23 000 Menschen arbeiten, in Kernstädten mit je 2 600. Das Handlungsfeld 3 des „Nationalen Krebsplans“ soll eine effiziente onkologische Behandlung von Krebskranken gewährleisten.

Darüber hinaus sieht der „Nationale Krebsplan“ vor, dass eine aussagekräftige, onkologische Qualitätsberichtserstattung für Leistungsbringer, Entscheidungsträger und Patienten eingerichtet werden soll. Dazu gehören der flächendeckende Ausbau der klinischen Krebsregister zur Erfassung der Qualität der Versorgung aller Krebskranken sowie die Stärkung der Vernetzung regionaler klinischer Krebsregister. Zudem soll es eine Rückmeldung der Daten an alle beteiligten Leistungserbringer in Form einer strukturierten, kritischen Ergebnisbewertung geben. Die Datensätze sollen dann in eine einheitliche Tumordokumentation aufgenommen werden. In Niedersachsen gibt es für diese Daten das epidemiologische Krebsregister Niedersachsen (EKN), mit dem eine Meldepflicht festgesetzt worden ist. Anhand des EKN kann der Behandlungsbedarf der psychoonkologischen Krebsversorgung ermittelt werden.

Vor diesem Hintergrund fragen wir die Landesregierung:

1. Wie steht die Landesregierung zum „Nationalen Krebsplan“, und wie sieht sie dessen Umsetzung in Niedersachsen vor?
2. Inwieweit wird dabei seitens der Landesregierung besonders auf die Handlungsfelder der onkologischen Versorgungsstruktur und Qualitätssicherung sowie auf die Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung eingegangen?

3. Welche Maßnahmen verfolgt die Landesregierung zur Verbesserung der psychoonkologischen Krebsversorgung, und welche weiteren Vorhaben befinden sich in der Planung?

(An die Staatskanzlei übersandt am 09.04.2014 - II/725 - 684)

Antwort der Landesregierung

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
- 01-01 425/01 (684) -

Hannover, den 19.06.2014

Ausgehend vom demografischen Wandel und der damit verbundenen älter werdenden Gesellschaft wird die Rate der Neuerkrankungen an Krebs in den nächsten Jahren weiter ansteigen. Krebs löst bei Betroffenen und ihren Angehörigen großes Leid aus - ungeachtet der Erfolge neuer Verfahren zur Diagnostik und Therapie - und wird zunehmend zu einer chronischen Krankheit, mit der sich Menschen lange im Arbeits- und Privatleben auseinandersetzen müssen. Krebserkrankungen sind weiterhin die zweithäufigste Todesursache in Deutschland.

In Niedersachsen wurden für das Jahr 2011 rund 48 000 Neuerkrankungen erfasst. Das Epidemiologische Krebsregister Niedersachsen (EKN) hat anhand des Datenstandes vom Januar 2013 eine Hochrechnung der Neuerkrankungszahlen für Krebs für die Jahre 2020 und 2030 durchgeführt. Als Grundlagen dienten die regionale Bevölkerungsvorausberechnung der Landesstatistikbehörde (Basis 1. Januar 2009) für Niedersachsen und die einzelnen Landkreise sowie die gemittelten alters- und geschlechtsspezifischen Inzidenzraten der Jahre 2006 bis 2010 des EKN (inklusive der sogenannten DCO-Fälle¹, die nur aus den Angaben in den Todesbescheinigungen bekannt wurden). Demnach werden die Krebsneuerkrankungszahlen von 49 600 (berechnet für 2010) auf fast 55 000 im Jahr 2020 und 60 000 im Jahr 2030 allein aufgrund des demografischen Wandels ansteigen. Bezogen auf 2010 entspricht dies einem Anstieg der Krebsneuerkrankungszahlen von 12 % bzw. 21 %. Die Veränderungen fallen in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten unterschiedlich aus und sind abhängig von der jeweiligen Entwicklung der Einwohnerzahlen und der Altersstruktur. Die größten relativen Anstiege der Neuerkrankungszahlen sind in den Landkreisen mit einer derzeit noch vergleichsweise jungen Bevölkerung zu erwarten, die geringsten dort, wo der Anteil der älteren Menschen heute bereits vergleichsweise hoch liegt und zudem ein Bevölkerungsrückgang zu erwarten ist.

Besonders in den Bereichen Krebsfrüherkennung und Krebsvorsorge besteht daher Handlungsbedarf; zudem steigen die Anforderungen an eine interdisziplinäre und evidenzbasierte Versorgung. Ziel des Nationalen Krebsplans (NKP)² ist es, die Aktivitäten aller an der Krebsbekämpfung Beteiligten wirksamer aufeinander abzustimmen und ein zielorientiertes Vorgehen zu forcieren. Dafür sind insgesamt vier Themenfelder genannt:

- Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung,
- Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung,
- Sicherstellung einer qualifizierten onkologischen Behandlung,
- Stärkung der Patientenorientierung.

¹ death certificate only = Krebsfälle, die dem Krebsregister ausschließlich über Todesbescheinigungen bekannt wurden

² Krebs ist nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Um die Problembereiche in der Krebsfrüherkennung und Krebsversorgung anzupacken, wollen alle an der Krebsbekämpfung Beteiligten ihre Aktivitäten wirksamer aufeinander abstimmen und zielorientierter vorgehen. Diesem Ziel dient der Nationale Krebsplan, den das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), der Deutschen Krebshilfe (DKH) und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) am 16. Juni 2008 initiiert hat.

Die Schwerpunkte liegen auf den ersten beiden Handlungsfeldern, für die eine Vielzahl von Zielen und Handlungsempfehlungen definiert wurde.

Seitens der für das Gesundheitswesen Verantwortlichen besteht großes Interesse an der Verfolgung der im Nationalen Krebsplan definierten Ziele. Häufig werden aber Themen inhaltlich miteinander vermischt, so z. B. die Ziele der bevölkerungsbezogenen Aufgaben des EKN und die Ziele der Qualitätssicherung durch die Dokumentation im Rahmen der klinischen Krebsregistrierung. Der Landesregierung ist es ein Anliegen, den allgemeinen Informationsstand über moderne onkologische Versorgungsstrukturen zu verbessern.

Dies vorausgeschickt, beantworte ich die Fragen namens der Landesregierung wie folgt:

Zu 1 und 2:

Die Landesregierung unterstützt den Nationalen Krebsplan ausdrücklich und setzt sich dafür ein, zur Erreichung der dort formulierten Ziele beizutragen. Das bedeutsamste Vorhaben bei der Umsetzung des Krebsplans ist die Umsetzung des am 9. April 2013 in Kraft getretenen Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz - KFRG)³. Damit wurden wichtige Voraussetzungen zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen geschaffen; diesem Zweck dient der Aufbau der klinischen Krebsregistrierung.

Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung

In § 25 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) wurden spezifische Regelungen für „Organisierte Früherkennungsprogramme“ getroffen. Diese beinhalten mit der Aufnahme von Programmen für Gebärmutterhals- und Darmkrebs u. a. ein Einladungsverfahren für die Versicherten sowie eine umfassende und verständliche Information über Nutzen und Risiken der jeweiligen Untersuchung. Dadurch sollen die Teilnehmerraten an den Screening-Programmen verbessert werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten des KFRG die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der organisierten Früherkennungsprogramme in Form einer detaillierten Verfahrensvorschrift unter Berücksichtigung der einschlägigen europäischen Leitlinien neu zu regeln.

Die Krebsfrüherkennungsprogramme sollen hinsichtlich ihres Nutzens (vor allem der Mortalitäts-senkung) unter Einbindung der epidemiologischen Landeskrebsregister evaluiert werden. Hierzu war eine gesetzliche Grundlage auf Landesebene für die einheitliche Evaluation erforderlich. Eine fortlaufende umfassende vergleichende Mortalitätsevaluation der Krebsfrüherkennungsprogramme soll finanziell und organisatorisch gesichert werden: Daneben sollen Evaluationsergebnisse zeitnah publiziert und Programme auf Grundlage der Evaluationsergebnisse weiter entwickelt werden.

Niedersachsen hat bereits frühzeitig Screening-Programme evaluiert. Zum Modellprojekt Mammographie-Screening Weser-Ems wurden seit 2005 alle erforderlichen Datenflüsse im Rahmen von Forschungsprojekten im EKN erprobt. Erfahrungen aus dem Modellprojekt gingen in die Erstellung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien ein. Eine Vertreterin des EKN hat an der Erstellung des Ziels 3 des NKP („Evaluation der Früherkennung“) mitgearbeitet.

Die derzeit gültige Fassung der Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie [KFE-RL])⁴ sieht sowohl für das Mammographie-Screening als auch für die anderen organisierten Früherkennungsuntersuchungen eine Evaluation vor. Die Voraussetzungen für die Umsetzung dieser Vorgaben wurden in Niedersachsen durch die Neufassung des „Gesetzes über das Epidemiologische Krebsregister Niedersachsen (GEKN)“ vom 7. Dezember 2012 (Nds. GVBl. S. 550) geschaffen, das am 1. Januar 2013 in Kraft getreten ist. Folgende Regelungen wurden damit getroffen:

- Einführung einer allgemeinen Meldepflicht; hierdurch werden die im Screening festgestellten Krebserkrankungen vollzählig erfasst; die Erhöhung der Meldequote soll vor allem für bisher un-

³ Gesetz vom 3. April 2013 - BGBl I S. 617

⁴ in der Fassung vom 18. Juni 2009 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 148 a in Kraft getreten am 3. Oktober 2009, zuletzt geändert am 16. Dezember 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 34 S. 864, in Kraft getreten am 3. März 2011

terefasste Erkrankungen eine statistisch-epidemiologisch verlässlichere Datenlage schaffen als bisher,

- Regelung aller Datenflüsse für den Abgleich der Teilnehmerinnendaten des Mammographie-Screening-Programms mit den Daten des EKN,
- Ausweitung der im EKN zu speichernden Merkmale um Screening-Angaben für Erkrankte und
- gesetzliche Regelung aller erforderlichen Prozesse für die Qualitätssicherung anhand der Feststellung von Intervallkarzinomen.

Darüber hinaus wurden die zu dokumentierenden Erkrankungen um gutartige Neubildungen des Zentralnervensystems erweitert. Die Verzahnung und Kommunikation mit den Krebsregistern anderer Länder, dem Kinderkrebsregister in Mainz und dem Zentrum für Krebsregisterdaten beim Robert Koch-Institut wird noch enger gefasst. Außerdem wird eine zielgerichtete und zeitnahe kleinräumige Analyse bei Verdacht auf Krebshäufungen ermöglicht (Cluster-Analyse). Weiter werden der Datenabgleich und die Datenübermittlung für Auswertungen bezüglich eines Vitalstatusabgleichs für klinische Studien, des Qualitätsmanagements der Onkologischen (Organkrebs-)Zentren und deren (Re-)Zertifizierung geregelt.

Niedersachsen hat mit der Neufassung des GEKN als erstes Bundesland die Empfehlungen des G-BA vollständig umgesetzt und eine gesetzliche Befugnis geschaffen, nach der Ärztinnen und Ärzte, die bei einer Mammographie-Screening-Teilnehmerin ein Intervallkarzinom befunden, verpflichtet werden, die diagnostischen Befunde an die Stelle zu übermitteln, die die Screeninguntersuchung durchgeführt hat. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass falsch-negative Diagnosen des Screenings ermittelt werden können. Von der dadurch ermöglichten Qualitätsverbesserung werden alle zukünftigen Teilnehmerinnen profitieren.

Vertreterinnen und Vertreter des EKN wirken in nationalen Arbeitsgruppen mit, so z. B. an einer Unterarbeitsgruppe der AG Krebsepidemiologie der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) und der Gesellschaft für medizinische Information, Biometrie und Epidemiologie (gmids). Diese befasst sich zurzeit mit dem Schwerpunkt „Umsetzung des KFRG im Bereich der Krebsfrüherkennung“. Hier werden Empfehlungen sowie eine Stellungnahme für den G-BA hinsichtlich eines befundgesteuerten Einladungsbesens für Gebärmutterhals- und Darmkrebs-Screening entwickelt. Der Leiter der Registerstelle des EKN koordiniert diese Arbeit als Sprecher der AG Krebsepidemiologie.

Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung: Aufbau der klinischen Krebsregistrierung

Die Empfehlungen des Nationalen Krebsplans zielen auf eine Vereinheitlichung der Zertifizierung von Behandlungseinrichtungen und in besonderem Maße auf die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der onkologischen Diagnostik und Therapie.

Für alle häufigen Tumorarten sollen nach dem NKP evidenzbasierte Behandlungsleitlinien der höchsten methodischen Entwicklungsstufe (sogenannte S3-Leitlinien)⁵ formuliert sein bzw. werden, die von den onkologischen Behandlungseinrichtungen umzusetzen sind. In den vergangenen Jahren wurden viele onkologische Leitlinien weiterentwickelt; die Anzahl der S3-Leitlinien steigt. Eine Übersicht von erstellten und geplanten Leitlinien ist auf der Homepage der Deutschen Krebsgesellschaft unter der Adresse www.krebsgesellschaft.de in tabellarischer Form veröffentlicht.

Das KFRG stärkt neben der Krebsfrüherkennung auch die onkologischen Versorgungsstrukturen, die Qualitätssicherung und die effiziente Behandlung und ihre Weiterentwicklung. Insofern unterscheidet sich die klinische Krebsregistrierung erheblich von der oben beschriebenen bevölkerungsbezogenen Registrierung (EKN); letzteres unterstützt zwar die Bewertung von Maßnahmen und die Versorgungsplanung, ist aber nicht geeignet, den Behandlungs- und Versorgungsbedarf zu ermitteln.

⁵ Nach dem System der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) werden Leitlinien in vier Entwicklungsstufen von S1 bis S3 entwickelt und klassifiziert, wobei S3 die höchste Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik ist. S3 = Leitlinie mit zusätzlichen/alle Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und „Outcome“-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung).

Zur Erfassung der Qualität der onkologischen Versorgung wird eine flächendeckende klinische Krebsregistrierung etabliert (Umsetzung des KFRG für Niedersachsen). Alle Länder müssen dafür eigene rechtliche Regelungen schaffen. Durch das KFRG entstehen neue Anforderungen an die Dokumentation von Prävention, Diagnostik, Behandlung und Qualitätssicherung der Prozesse. Dies erfordert neue Kooperationsstrukturen und die Entwicklung neuer bzw. erheblich erweiterter Datenströme. Das KFRG schafft mittels seiner Umsetzung in den Ländern die Voraussetzungen dafür, dass auch die leitliniengerechte Behandlung durch die Leistungserbringer dokumentiert und überprüfbar wird.

Durch die im Februar 2012 von allen Akteuren im Bereich der Krebsversorgung unterzeichnete „Absichtserklärung zur Tumordokumentation“ und die Einrichtung der Arbeitsgruppe „Datensparsame einheitliche Tumordokumentation“ wurde das Querschnittsthema des NKP umgesetzt. Ein umfangreicher Basisdatensatz wurde von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und der Gesellschaft Epidemiologischer Krebsregister in Deutschland herausgegeben (ADT/GEKID-Basisdatensatz) und am 28. April 2014 im Bundesanzeiger veröffentlicht. Er wird Grundlage der gesamten klinischen Krebsregistrierung sein. Ergänzende Module zu organspezifischen Besonderheiten werden folgen.

Die Krankenversicherungsträger unterstützen die klinische Krebsregistrierung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (SpäBu) hat umfangreiche Kriterien entwickelt, nach denen die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) den laufenden Betrieb der klinischen Krebsregister mit einer fallbezogenen Krebsregisterpauschale fördern. Hierbei handelt es sich um Festlegungen zur sachgerechten Organisation und Ausstattung, Anforderungen an Erfassung und Vollständigkeit der Daten sowie die Datenvalidierung, Verfahren zur Rückmeldung an die Leistungserbringer, Verfahren zur Qualitätsverbesserung der Krebsbehandlung, Unterstützung der interdisziplinären Zusammenarbeit, länderübergreifende Vergleichbarkeit und Modalitäten für die Abrechnung den Krankenkassen. Die Einrichtung der Klinischen Krebsregister soll unter Erfüllung der vorgegebenen Kriterien bis Ende 2017 erfolgen, eine Nachbesserung ist jedoch im Laufe des Jahres 2018 möglich.

Die Deutsche Krebshilfe hat eine Förderung der Investitionskosten der klinischen Krebsregister zugesagt. Gemäß Beschluss der 31. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) am 20./21. März 2013 entfallen auf Niedersachsen rund 483 000 Euro (von insgesamt 7,2 Mio. Euro Fördermitteln). Der Investitionskostenzuschuss bei der Deutschen Krebshilfe ist zum 15. Oktober 2014 zu beantragen und wird grundsätzlich - unter einem Rückforderungsvorbehalt - nur unter Erfüllung der von der Krebshilfe in einem detaillierten Katalog festgelegten Förderkriterien gewährt.

Auch die Ärztekammer Niedersachsen verspricht sich von der Einrichtung der flächendeckenden klinischen Krebsregistrierung wichtige Impulse für eine noch stärkere sektorenübergreifende Versorgung und für zielgerichtete ärztliche Fortbildungsmaßnahmen.

Zur Umsetzung der KFRG-Vorgaben wurde im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die ein Konzept zur Organisation und Struktur der einzurichtenden klinischen Krebsregistrierung entwickelt und einen Gesetzentwurf erarbeiten wird. Die bestehenden bewährten Dokumentationssysteme im Rahmen der bevölkerungsbezogenen Krebsregistrierung sollen in sinnvoller Form in die neuen niedersächsischen Strukturen eingebracht werden. Dazu zählen neben dem EKN und dem Tumordokumentationssystem ONkeyLINE der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) auch die langjährigen Erfahrungen der Tumorzentren an den Universitätskliniken Göttingen und Hannover sowie des Tumorzentrums in Oldenburg (bzw. neue Möglichkeiten der European Medical School, EMS, in Oldenburg).

Zu 3:

Psychoonkologische Versorgung kann die Bewältigung der Krebserkrankung unterstützen, psychische und psychosomatische Symptome lindern und die Lebensqualität, die soziale Integration sowie die Therapietreue verbessern.

Die Begleitung während und nach einer Krebserkrankung umfasst die medizinische Betreuung und Nachsorge im engeren Sinne wie auch die psychoonkologische Betreuung. Wichtig ist die Unterscheidung zwischen dem Erkennen und Behandeln von psychischen Erkrankungen, die in zeitlichem und/oder ursächlichem Zusammenhang mit der Krebserkrankung stehen und andererseits

den beratenden und begleitenden Tätigkeiten, allgemeinen Gesprächs- und/oder Informationsangeboten für Einzelne und/oder Gruppen. Ersteres ist die Aufgabe der (ärztlichen) Psychotherapie, Letztgenanntes betrifft eher die Arbeit von Krebsberatungsstellen (KBS) und Krankenhaussozialdiensten.

Die KBS stellen seit Jahren komplexe professionelle Leistungen für die mehrdimensionalen Belastungen der an Krebs Erkrankten und ihrer Angehörigen zur Verfügung. Betroffene benötigen je nach Tumorart, Krankheitsphase und -stadium sowie entsprechend ihrer individuellen sozialen, psychischen und medizinischen Belastungen ein professionelles qualitätsgesichertes Vorgehen. Gleichzeitig soll das Angebot niedrigschwellig sein und bleiben - kostenfrei, barrierefrei und leicht erreichbar.

Die psychoonkologische bzw. psychosoziale Beratung umfasst auch Fragen zu onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen. Im weiteren Sinne zählen zu solchen Beratungen auch spezifische Angebote für Kinder von Krebskranken Eltern oder z. B. die Übernahme einer Lotsenfunktion zu anderen Unterstützungsmöglichkeiten.

Um die psychoonkologische Nachsorge - soweit sie nicht im Rahmen der medizinischen Nachsorge, bei onkologischen Zentren oder Organkrebszentren geleistet wird - kümmern sich in Niedersachsen derzeit etwa 30 „ambulante“ Krebsberatungsstellen und im weiteren Sinne auch die rund 200 Krebselbsthilfegruppen. Damit verfügt Niedersachsen über ein relativ gut funktionierendes „Nachsorgesystem“ in diesem Bereich.

Die Landesregierung unterstützt die Krebsberatungsstellen und -selbsthilfegruppen durch Landesmittel in Höhe von 83 200 Euro pro Jahr, die von der Niedersächsischen Krebsgesellschaft bewirtschaftet und verteilt werden. Die gewährten Förderbeträge orientieren sich nach einem ausgewogenen Schlüssel an den tatsächlichen Aktivitäten der Selbsthilfegruppen und am Leistungsangebot der Beratungsstellen, um eine möglichst gerechte und effiziente Verteilung sicherzustellen. Für Krebsberatungsstellen liegt der Höchstbetrag bei 4 000 Euro, für Krebselbsthilfegruppen bei 800 Euro.

In der Regel ist die psychosoziale Unterstützung durch Krebsberatungsstellen psychoonkologisch ausgerichtet, aber der Begriff „Psychoonkologie“ enthält keine Festlegung der Berufsgruppe oder Einrichtung, die eine solche Beratungsleistung erbringt. Mit dem Begriff „Psychoonkologische Versorgung“ ist nicht nur die psychotherapeutische Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte oder psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemeint. Der Begriff beinhaltet vielmehr auch die Information, Beratung und Begleitung zur Bewältigung der Krebserkrankung und ihrer sozialen Folgen.

In der Krebsberatung sind heute vorwiegend Fachkräfte der Richtung Psychologie, Diplom-Pädagogik und Sozialarbeit, aber auch kirchliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig, die oftmals eine Fortbildung in der Psychoonkologie absolviert haben, aber nicht zwingend medizinisch ausgebildet sind. Psychologische und (ärztliche) psychotherapeutische Kompetenz in den Beratungsstellen ist erforderlich, weil eine Krebserkrankung eine erhebliche psychische Belastung darstellt. Nicht alle Krebspatientinnen und -patienten sind psychisch krank, aber in vielen Fällen treffen Krebs und psychische Erkrankung zusammen („Komorbidität“).

Eine patientenorientierte Behandlung setzt psychosoziale Kompetenzen des ärztlichen und pflegenden Personals voraus. Psychosoziale Inhalte und Fertigkeiten gehören in die studentische Ausbildung. In einzelnen Kliniken sind bereits Supervisions- und Coachingangebote für das Personal etabliert, um die mitunter erheblichen berufsbedingten psychosozialen Belastungen besser bewältigen zu können.

Fort- und Weiterbildung des bereits tätigen Personals mit Inhalten wie Psychoonkologie, Kommunikationstraining oder Hilfen zum Überbringen schlechter Nachrichten sind in Ansätzen verwirklicht, bedürfen aber noch des Ausbaus und der systematischen Implementierung.

So hat z. B. der 114. Deutsche Ärztetag 2011 betont, dass Ärztinnen und Ärzten die Qualifikation für bestimmte Bereiche nicht rundweg abgesprochen werden darf, sondern dass Medizinstudium, ärztliche Weiterbildung und ärztliche Fortbildung ausreichen, um sich für alle Felder ärztlicher Tätigkeit zu qualifizieren.

Bei der „Psychoonkologie“ handelt es sich nicht um einen Begriff aus der ärztlichen Weiterbildungsordnung; vielmehr besteht dafür eine berufsgruppenunabhängige Fort- und Weiterbildung. Es wird diskutiert, ob eine Stufung je nach bestehender Ausbildung ermöglicht werden kann. Die Qualität der Weiterbildung wird u. a. durch Zertifizierungen gewährleistet (aktiv sind auf diesem Gebiet die Deutsche Krebsgesellschaft e. V., die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie der DKG, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e. V. sowie die Weiterbildung Psychosoziale Onkologie e. V.).

Expertinnen und Experten haben sich im Rahmen der Erarbeitung des NKP (Ziel 9: Psychoonkologische Versorgung) für ein zweistufiges Vorgehen ausgesprochen und im ersten Schritt folgende Maßnahmen empfohlen, die auch von der Landesregierung befürwortet werden:

- Eine psychoonkologisch ausgerichtete einheitliche Dokumentation soll spezifische Variablen erfassen (z. B. individuelle Belastung und Erfordernisse, laufende Interventionen und deren Ergebnisse) und in Leitlinien oder Zertifizierungskriterien eingehen.
- Nach umfassender bundesweiter Erhebung sollen strukturelle und regionale Versorgungsdefizite identifiziert und behoben werden.
- Für Krebsberatungsstellen soll es ein einheitliches Qualitätssicherungskonzept mit Leistungskatalog und Zertifizierung geben. Darüber hinaus wird eine einheitliche Finanzierung der Krebsberatungsstellen empfohlen, um insbesondere im ambulanten Bereich Versorgungslücken zu schließen. Außerdem wird eine Erweiterung des Anwendungsbereichs der Psychotherapie-Richtlinie (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie)⁶ für spezifische psychosoziale Belastungen empfohlen.

In einem zweiten Schritt sollen weitere vier Maßnahmen umgesetzt werden:

- Bedarfsgerechte psychoonkologische Leistungen sollen fester Bestandteil des Versorgungsangebots aller onkologisch arbeitenden stationären Einrichtungen werden und Berücksichtigung im Vergütungssystem finden. Patientenorientierte Informationen über die Leistungen eines Krankenhauses sollen solche Angebote umfassen (z. B. im Rahmen strukturierter Qualitätsberichte der Krankenhäuser).
- Qualitätsgesicherte Informationen sollen adressatengerecht erarbeitet werden und aufzeigen, wie und wo psychoonkologische Versorgungsangebote die Betroffenen und deren Angehörige unterstützen können.
- Die Steuerung der psychoonkologischen Versorgung soll regional optimiert werden.
- Es sollte ein Konzept entwickelt werden, welcher Personenkreis mit welcher Qualifikation welche psychotherapeutische bzw. psychosoziale Leistung erbringen darf.

Die 85. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 2012 hatte die AOLG gebeten, eine bundesweite Erhebung zum bestehenden psychoonkologischen Versorgungsangebot durchzuführen. Im März 2013 sprach sich die AOLG-AG Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin (AOLG-AG GPRS) für eine auf ca. drei Jahre angelegte multizentrische Studie mit Beteiligung einschlägig bekannter Forschungseinrichtungen auf dem Gebiet der Psychoonkologie aus. Die Auswertung sollte über ein unabhängiges sozialwissenschaftliches Institut in Hessen erfolgen; die hierfür benötigten finanziellen Mittel sollte ein Förderantrag bei der Deutschen Krebshilfe (DKH) sichern.

Die DKH hat jedoch vielmehr großes Interesse daran, bundesweit die sozialversicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen für ein qualitätsgesichertes, bedarfsgerechtes psychosoziales Beratungsangebot zu schaffen, weil diese die Voraussetzung dafür sind, dass Kostenträger das Angebot künftig finanzieren. Für dieses Vorhaben bedarf es einer wissenschaftlich ausgerichteten Studie im Bereich der Versorgungsforschung, die belastbare Ergebnisse im Hinblick auf den Bedarf und die Darstellung der Qualität der Angebote liefert. Eine solche umfangreiche Maßnahme kann jedoch von den Ländervertretungen der AOLG-AG GPRS nicht geleistet werden. Deswegen haben die Länder ihre oben beschriebene Bestandsaufnahme zurückgestellt.

⁶ In der Fassung vom 19. Februar 2009, Bundesanzeiger Nr. 58 (S. 1399) vom 17. April 2009 in Kraft getreten am 18. April 2009 zuletzt geändert am 18. April 2013, Bundesanzeiger (BAnz AT 18.06.2013 B6), in Kraft getreten am 19. Juni 2013.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wurde in seiner Funktion als Koordinator und Mitinitiator des Nationalen Krebsplans gebeten, in der AOLG-AG GPRS über den Diskussionsstand zu informieren, damit dann eine entsprechende Anpassungsempfehlung zu den Rahmenbedingungen oder eine Gesetzesinitiative des Bundes angestoßen werden kann.

Auch beim letzten Deutschen Krebskongress im März 2014 machten Fachgesellschaften auf Versorgungslücken in der Psychoonkologie aufmerksam: Sie sahen die größten Lücken in der ambulanten Versorgung, weil die medizinische Therapie aufgrund der verkürzten Liegezeiten zunehmend in die ambulante Versorgung verlagert werde. Dort gebe es aber keine ausreichenden Angebote. Auch die niedrigschwellige psychosoziale Betreuung von Krebspatientinnen und -patienten in speziellen Beratungsstellen sei nicht sichergestellt. Es gebe weder ein flächendeckendes Netz an Beratungsstellen, noch seien diese regelfinanziert. Eine gesicherte psychosoziale Versorgung durch interdisziplinäre Behandlungsteams im stationären Bereich sei einzig bei den zertifizierten Organ-Krebs-Zentren vorhanden. Dort arbeiteten Ärzte, Psychologen, Pflegende, Sozialarbeiter und Physiotherapeuten eng zusammen. Die Zentren kooperierten zudem mit psychotherapeutischen Praxen, die sich auf die Betreuung von Krebspatienten spezialisiert hätten. Unterversorgt seien vor allem die Patienten mit „subsyndromaler“⁷ Symptomatik.

Im Januar 2014 ist eine neue S3-Leitlinie zur „Psychoonkologischen Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ veröffentlicht worden. Sie ist ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der Onkologie. Es wird empfohlen, den individuellen Unterstützungswunsch zu erfragen und Hinweise auf die Informationen und Angebote der Krebsselfhilfe zu geben. Um die Versorgung zu verbessern, fordern die Deutsche Krebshilfe (DKH) und die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) eine geregelte und zuverlässige Vergütung psychoonkologischer Leistungen im stationären und im ambulanten Bereich: Ein möglicher Ansatz dafür sei die bessere Abbildung dieser Leistungen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Bei der ASV von Patienten mit Magen- oder Darmtumoren hat der Gemeinsame Bundesausschuss allerdings gegen eine leitliniengerechte psychoonkologische Versorgung entschieden.

Etwa 23 ambulante Krebsberatungsstellen (KBS) haben sich zur Landesarbeitsgemeinschaft ambulante Krebsberatungsstellen Niedersachsen (LAG KBS) zusammen geschlossen. Die KBS unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Struktur, der Trägerschaft, der personellen Ausstattung und der dort vertretenen Berufsgruppen. Sie finanzieren sich durch Mittel der Kranken- und Rentenversicherungsträger, der Kommunen, des Landes (Landesmittel erhalten KBS je bis zu maximal 4 000 Euro jährlich), Zuwendungen von Stiftungen und einen zum Teil erheblichen Spendenanteil.

Vier KBS in Niedersachsen sind seit 2008 bzw. 2009 im bundesweiten Förderprogramm der Deutschen Krebshilfe e. V. (Barnstorf, Brake, Hannover und Osnabrück). Derzeit werden bundesweit 24 KBS gefördert, um ein Netzwerk qualitätsgesicherter „Kompetenz“-KBS aufzubauen, die als Impulsgeber und beratende Instanzen für weitere Beratungsstellen fungieren sollen. Gesundheitspolitisch wird die Übernahme der ambulanten KBS in die Regelfinanzierung angestrebt. Ein umfangreiches Evaluationsprojekt begleitet den Prozess. Zurzeit wird ein Strategieplan ausgearbeitet, weil das Förderprogramm der DKH im Dezember 2016 endet und die Übernahme in die Regelfinanzierung zu dem Zeitpunkt noch nicht gewährleistet sein dürfte.

Im Februar 2014 hat sich die LAG KBS mit der Bitte um Unterstützung an die Niedersächsische Krebsgesellschaft e. V. gewandt. Diese hat das Schreiben in Abstimmung mit der Fachabteilung des MS an die Sektion A der Deutschen Krebsgesellschaft weitergeleitet mit dem Ziel, dass sich alle Ländergesellschaften in einem gemeinsamen Schreiben an Herrn Bundesminister Gröhe für eine Regelfinanzierung der ambulanten Krebsberatungsleistungen aussprechen mögen.

Situation in Niedersachsen - Regionale Beispiele

Eine Vernetzung psychoonkologisch tätiger Fachkräfte bzw. Einrichtungen ist überaus sinnvoll und ist z. B. in der Region und Stadt Hannover mit 60 hier beteiligten Organisationen erfolgreich realisiert. Vernetzungen decken Handlungsbedarfe auf; so wurde beim „Runden Tisch“ als konkreter Aspekt identifiziert, dass Krebspatientinnen und Krebspatienten, die Metastasen haben, in Selbsthilfegruppen nur unzureichend aufgefangen werden. Nach einem besonderen Konzept wurde für

⁷ Symptome, die nicht stark genug für die Diagnose als klinisch anerkanntes Syndrom sind.

Betroffene eine offene Gruppe unter Leitung einer Ärztin oder eines Arztes und einer Psychoonkologin oder eines Psychoonkologen eingerichtet, an der sie ein Jahr lang alle zwei Wochen teilnehmen können.

Die psychosoziale Versorgung onkologischer Patientinnen und Patienten in den Universitätskliniken (Universitätsmedizin Göttingen, Medizinische Hochschule Hannover) ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich entwickelt worden. So werden die Ziele des NKP und der S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ schrittweise umgesetzt. In der Regel besteht eine unmittelbare Verbindung der psychoonkologischen Dienste zu den Abteilungen Psychosomatik und Psychotherapie.

Die Versorgungsstrukturen sind unterschiedlich. So weist z. B. die Universitätsmedizin Göttingen (UMG) darauf hin, dass es psychoonkologisch gut versorgte Bereiche (Hämatologie/Onkologie, Pädiatrie, Gynäkologie, Palliativmedizin) gibt, in denen Stellen für psychoonkologisch tätige Fachkräfte (Medizin, Psychologie) in den letzten Jahren etabliert bzw. ausgebaut wurden. Daneben ist zu beobachten, dass es auch für einige Patientengruppen (z. B. solche mit Lungen-, Darm- und urologischen Tumoren) eine bessere Versorgung als für Betroffene mit anderen Tumorformen gibt. Klinikbereiche ohne eigene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit psychoonkologischer Qualifikation können fallbezogen die psychosomatischen oder psychiatrischen Konsildienste in Anspruch nehmen (auch für Notfallversorgung bei akuten Krisen).

Die UMG verweist auf gute Erfahrungen mit der interdisziplinären „Psychoonkologischen Ambulanz“, die Patientinnen und Patienten parallel zur ambulanten Behandlung bzw. im Rahmen der Tumornachsorge psychoonkologisch mitbehandelt. Zudem sind über eine Ermächtigungsambulanz zur psychoonkologisch-psychotherapeutischen Behandlung Therapien bei akuten Krisen bzw. Kurzzeitherapien möglich, wenn keine ambulante Therapie durch niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zeitnah zur Verfügung steht.

Verbindliche Qualifikationskriterien für niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für die psychoonkologisch-psychotherapeutische Behandlung bestehen jenseits der Approbation nicht. Wenn auch Fachkräfte der Kliniken vielfach in Kontakt und Kooperation mit den entsprechenden organ- bzw. patientengruppenspezifischen Selbsthilfeorganisationen stehen, würde doch eine stärkere Vernetzung der ambulanten Behandlungsangebote die lokalen Möglichkeiten besser nutzbar machen. Der „Runde Tisch Psychoonkologie“ der UMG und die dort geplante Einrichtung einer gemeinsamen Koordinatorenfunktion wie auch der psychoonkologische Arbeitskreis tragen ebenfalls zur Integration und Vernetzung bei.

In ländlich geprägten Regionen ist der Zugang zu psychoonkologischer Versorgung schwieriger als in der Stadt. Darüber hinaus wird beklagt, dass es durch die personelle und zeitliche Knappheit häufig zu langen Wartezeiten vor einer angemessenen Versorgung komme. Mehrere Einrichtungen halten die Einrichtung einer psychoonkologischen Arbeitsgruppe für Niedersachsen zur Umsetzung, Planung und Steuerung der psychoonkologischen Maßnahmen für sinnvoll.

In Krankenhäusern beschäftigte Psychologinnen und Psychologen werden in der Regel über die stationäre Vergütung indirekt durch die Krankenkassen finanziert. Organkrebszentren, onkologische Zentren oder Comprehensive Cancer Centers (CCC), die sich nach den Kriterien der „Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie“ (DGHO) und der „Deutschen Krebsgesellschaft“ (DKG) zertifizieren lassen, müssen regelmäßig nachweisen, dass sie eine psychoonkologische Betreuung sicherstellen können. Dies scheint aber einigen Kliniken aufgrund der hohen Anforderungen (vielfältige qualitätssichernde Maßnahmen) und der unzureichend vorhandenen finanziellen Mittel Probleme zu bereiten. In Niedersachsen gibt es zurzeit 82 zertifizierte Einrichtungen.

Als Problem wird auch benannt, dass niedergelassene ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten häufig durch die Behandlung verbreiteter Krankheitsbilder wie Depressionen, Angststörungen etc. ausgelastet seien und für akut an Krebs Erkrankte nicht zur Verfügung stünden. In Oldenburg finanziert deshalb das Tumorzentrum Weser-Ems durch Mitgliedsbeiträge und Stiftungsmittel eine Psychologin, die ein niedrig schwelliges Angebot für Betroffene vorhält. Eine Regelfinanzierung erfolgt für diese Leistungen nicht.

Ein weiterer Schwerpunkt des NKP ist die Stärkung der Patientenorientierung. Das Fürsorge- und Vorsorgeprinzip in der Medizin entwickelt sich zunehmend zu einem verstärkten Selbstbestim-

mungs- und Mitspracherecht der Patientinnen und Patienten. Diese müssen aktiv in die Entscheidung über medizinische Maßnahmen einbezogen werden. Der Wandel ist auf demografische und epidemiologische Veränderungen (z. B. Zunahme chronischer Krankheiten), aber auch auf ein verändertes Gesundheitsbewusstsein, kritischeserverhalten und weitreichende Veränderungen im Informations- und Kommunikationssektor (z. B. Internet als Informationsquelle) zurückzuführen. Zudem haben die Strukturreformen im Gesundheitswesen, die Charta für die Rechte Pflegebedürftiger, Mitsprache in Entscheidungsgremien wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss, das Pflegeweiterentwicklungsgesetz⁸ und das Patientenrechtegesetz⁹ diesen Wandel mit befördert.

Durch evidenzbasierte Patienteninformationen sollen die Qualität und Seriosität der verfügbaren Informationsangebote gesichert werden. Die vorhandenen Informations-, Beratungs- und Hilfsangebote für von Krebs Betroffene und ihre Angehörigen sollen unter Nutzung von qualitätsorientierten Versorgungsdaten besser vernetzt und vereinheitlicht werden. Die in der onkologischen Versorgung tätigen Leistungserbringer müssen zudem über die notwendigen kommunikativen Fähigkeiten zu einem adäquaten Umgang mit Betroffenen und ihren Angehörigen verfügen. In der Aus-, Weiter- und Fortbildung für Gesundheitsberufe muss die Vermittlung adäquater Kommunikationskompetenzen verbessert und im Rahmen der Qualitätssicherung überprüft und trainiert werden.

Zu den relevanten Akteurinnen und Akteuren in Niedersachsen gehört die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), die unabhängig und kostenfrei berät. Daneben informiert und berät auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientinnen- und Patienten-Stellen und -Initiativen (BAGP). Die Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover nimmt ebenfalls eine wichtige Rolle ein, wie auch das Selbsthilfe-Büro Niedersachsen und die Verbraucherzentrale Niedersachsen.

Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AfS) hat als Fachverband für Gesundheitsförderung, -erziehung und Prävention die Patientenorientierung und die Stärkung der Patientenrechte als Querschnittsthema.

Die Akademie für Sozialmedizin bietet seit 40 Jahren Fortbildungen und wissenschaftliche Veranstaltungen auf dem Gebiet der Sozialmedizin, Prävention und Rehabilitation an, in deren Mittelpunkt interdisziplinäre und aktuelle Themen für Medizin, Pflege, kommunale Gesundheitsdienste und sozialmedizinisch Interessierte stehen. Eine Veranstaltungsreihe in 2012 widmete sich dem Thema Krebserkrankungen.

Neben den Fortbildungsveranstaltungen bildet der seit 1999 bestehende Arbeitskreis Patientinnen- und Patienteninformation der LVG & AfS einen weiteren Schwerpunkt. Beteiligt sind Forschungseinrichtungen, Kostenträger, Leistungserbringer, die Öffentliche Gesundheitsverwaltung und Patienten- bzw. Verbraucherberatungsstellen. Ziel war die Ermittlung des Handlungsbedarfs und der Perspektiven für Niedersachsen im Bereich der Unterstützung und Information von Patientinnen und Patienten.

Die Patientenorientierung ist auch im Bereich der Information zu Früherkennungsuntersuchungen von großer Relevanz. Das Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit, das von der LVG & AfS koordiniert wird, hat Broschüren zum Thema Mammographie-Screening, zur Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung und HPV¹⁰-Impfung herausgegeben. Diese Broschüren informieren umfassend, qualitätsgesichert und evidenzbasiert über Vorteile und Risiken der jeweiligen Untersuchungen. Sie werden regelmäßig aktualisiert (die Mammographie-Screening-Broschüre ist vom Max-Planck-Institut für Bildungsforschung als gute Grundlage für eine informierte Entscheidung hervorgehoben worden). Das Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit hatte unter Verweis auf die widersprüchliche Studienlage kritische Äußerungen zur HPV-Impfung in die Veröffentlichung aufgenommen. Dies kritisieren wiederum Berufsverbände der Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäko-

⁸ Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz ist ein deutsches Artikelgesetz, das die Pflegeversicherung besser auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ausrichten soll (28. Mai 2008, BGBl. I S. 874.).

⁹ Das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten ist ein Artikelgesetz, durch das im Jahr 2013 das Behandlungs- und Arzthaftungsrecht im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) kodifiziert wurde (20. Februar 2013, BGBl. I S. 277).

¹⁰ Humane Papillomviren (HPV)

logie und Pädiatrie. Daran wird sichtbar, dass wissenschaftliche Widersprüche inzwischen auch unmittelbar für Nutzerinnen und Nutzer solcher Information offenkundig werden.

Die Krebsberatungsstellen in Niedersachsen und die psychoonkologischen Dienste in den Krankenhäusern tragen zur Erfüllung des im NKP formulierten Ziels bei. Unbestritten ist dieses Ziel noch nicht erreicht; insbesondere in ländlichen Regionen sind noch Anstrengungen erforderlich, um niedrigschwellige Angebote wohnortnah und ohne lange Wartezeiten verfügbar zu machen. Die Landesregierung befürwortet daher die systematische Abarbeitung der Module zu Ziel 9¹¹ des NKP.

Im Hinblick auf die neue S3-Leitlinie muss neu bewertet werden, welche Maßnahme mit welchem finanziellen Aufwand letztendlich Ziel führend ist. In Zusammenhang damit wird auch die mehrfach betonte Anregung geprüft werden, auf Landesebene eine psychoonkologische Arbeitsgruppe einzurichten, die der Vernetzung dienen und Strategien zur Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung in Niedersachsen entwickeln soll.

Der Landesregierung ist bekannt, dass die Frage der nicht geregelten Finanzierung aller Krebsberatungsstellen in Niedersachsen trifft und viele Einrichtungen befürchten, dass die psychoonkologische Versorgungskette durch finanzielle Deckungslücken unterbrochen wird. Die Landesregierung unterstützt daher die Bemühungen (z. B. der Niedersächsischen Krebsgesellschaft), die Anliegen der KBS zu bündeln und im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz dafür einzutreten. Sie sieht aber keine Möglichkeit, über die in den Haushaltsplan eingestellten Mittel hinaus Landesmittel bereitzustellen.

Der Landesregierung ist bekannt, dass nach aktueller Rechtslage die Finanzierung von Krebsberatungsstellen bzw. der dort erbrachten psychoonkologischen Beratungsleistungen nicht zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) gehört. Wenn Leistungen der Beratungsstellen vonseiten der Fachgesellschaften als Regelleistung implementiert werden sollen, ist es in der Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers, eine entsprechende Regelung für die GKV und/oder in anderen Rechtsgebieten (z. B. für die Rentenversicherungen) zu verankern.

Nach dem derzeitigen Leistungsangebot der GKV ist die Durchführung einer psychosozialen Betreuung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt Bestandteil der ärztlichen Versorgung im Rahmen der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patientinnen und Patienten (Onkologie-Vereinbarung gemäß § 4 Abs. 3 der Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen).

Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung wird nicht vom Staat, sondern von der Selbstverwaltung auf Bundesebene definiert. Dies gilt grundsätzlich auch für den Fall, dass ein Bedarf an psychoonkologischer Beratung festgestellt wird. Zulasten der GKV dürfen nur ambulante Leistungen abgerechnet werden, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bewertet und anerkannt hat. Der G-BA bestimmt als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der GKV. Dieser legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Auf die Entscheidungen des G-BA hat die Landesregierung keinen Einfluss.

Die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN). Dies gilt auch für die Sicherstellung der ambulanten Behandlung psychischer Begleiterkrankungen bei Krebspatienten. Die KVN trägt dafür Sorge, dass in ausreichender Zahl Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur Verfügung stehen und diese ihren Versorgungsauftrag und ihre sonstigen Pflichten erfüllen.

Cornelia Rundt

¹¹ Alle Krebspatienten und -patientinnen erhalten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung.