

Wichtige Handlungsfelder für den Nationalen Krebsplan

Der Nationale Krebsplan versteht sich als Fortsetzung des früheren „Gesamtprogramms zur Krebsbekämpfung“ und soll eine langjährige Perspektive haben. In der ersten Phase sollen die vier Bereiche Krebsfrüherkennung, onkologische Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung, effiziente onkologische Arzneimittel-Therapie und Patientenorientierung umgesetzt werden. Gerade in diesen Bereichen bietet ein Nationaler Krebsplan derzeit einen echten „Mehrwert“ für die Krebsbekämpfung in Deutschland.

1. Warum brauchen wir einen Nationalen Krebsplan?

Trotz eines hochentwickelten Gesundheitswesens und erheblicher Fortschritte bei der Behandlung von Krebspatienten steht Deutschland bei der Krebsbekämpfung vor wachsenden Herausforderungen.

An erster Stelle steht die demographisch bedingte Zunahme der Krebsneuerkrankungen. Das Risiko an Krebs zu erkranken, nimmt mit höherem Alter zu. Da der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung zunimmt, wird die Zahl der Krebsneuerkrankungen steigen. So rechnen Experten damit, dass die Zahl der altersbedingten Neuerkrankungen in Europa im Jahr 2020 im Vergleich zu 2002 bei Männern um 24 Prozent und Frauen um 15 Prozent steigt.

Krebs ist heute nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Nach den aktuellen Zahlen des Robert Koch-Instituts waren im Jahr 2004 insgesamt 436.500 Neuerkrankungen zu verzeichnen, rund 12.000 mehr im Jahr 2002.

Durch Fortschritte in der Therapie wird sich der typische Verlauf von Krebserkrankungen zunehmend dem einer chronischen Erkrankung angleichen. Immer mehr Menschen, die früher an ihrer Krebserkrankung gestorben wären, werden überleben, selbst wenn der Krebs nicht in allen Fällen vollständig geheilt werden kann. Aufgrund der zu erwartenden Zunahme solcher „chronischer Krebsverläufe“ wird die kontinuierliche medizinische Nachsorge und die sorgfältige onkologische Langzeitbetreuung eine größere Bedeutung gewinnen. Angesichts der demographischen Entwicklung wird es immer mehr alte und hochbetagte krebserkrankte Menschen geben, die zusätzlich an weiteren Erkrankungen

(Multimorbidität) leiden. Diese stellen besondere Anforderungen an die ärztliche und pflegerische Betreuung. Die onkologischen Versorgungsstrukturen bis hin zu einer angemessenen Palliativversorgung müssen dieser Entwicklung Rechnung tragen.

Eine weitere Herausforderung ist die rasante Entwicklung und Zulassung neuer „zielgerichteter“ Krebsarzneimittel, die das bisherige Behandlungsspektrum (Chirurgie, Strahlen- und Chemotherapie) erweitern. Fachleute und Betroffene hoffen, dass die „maßgeschneiderte“, individualisierte onkologische Arzneimitteltherapie die Wirksamkeit, Verträglichkeit und Lebensqualität weiter verbessern wird. Kritische Stimmen warnen hingegen vor den explodierenden Kosten der Krebstherapie bei teilweise marginalem oder ungeklärtem Zusatznutzen dieser Arzneimittel.

Aufgrund der zunehmenden Komplexität und Spezialisierung der Krebstherapie und des immer schnelleren Wissenszuwachses werden die Anforderungen an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und weitere Einrichtungen sowie Versorgungsstrukturen kontinuierlich steigen. Dies gilt insbesondere für die:

- laufende Anpassung der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung an den aktuellen medizinischen Wissensstand,
- Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit trotz der fortschreitenden Spezialisierungs- und Differenzierungstendenzen in der Onkologie,
- Qualitätssicherung der Behandlungsabläufe, die immer komplexer und damit störanfälliger werden.

Dazu gehören auch patientengerechte Informations-, Beratungs- und Hilfsangebote. Der krebserkrankte Mensch mit seinen speziellen psychosozialen Bedürfnissen und seiner besonderen Lebenssituation muss im Mittelpunkt stehen. Bei der zunehmenden Spezialisierung, Fragmentierung und Technisierung der onkologischen Versorgung darf dies nicht aus den Augen verloren werden.

2. Was haben wir bisher in der Krebsbekämpfung erreicht?

Die deutsche Gesundheitspolitik räumt der Krebsbekämpfung seit vielen Jahren einen hohen Stellenwert ein. Das 1979 aufgelegte „Gesamtprogramm zur Krebsbekämpfung“ hat grundlegende Verbesserungen für die Bevölkerung in Deutschland erreicht:

- im Bereich der Primärprävention durch Kampagnen zu den bekannten Krebsrisikofaktoren Tabak, Alkohol, UV-Strahlung und ungesunde Ernährung,
- auf dem Gebiet des umwelt- und arbeitsplatzbezogenen Krebschutzes,

- in der Sekundärprävention durch die Weiterentwicklung der Früherkennungsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen,
- bei der Krebsbehandlung durch die Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen (Modellprogramm der Bundesregierung zur Verbesserung der Versorgung von Krebspatienten: zwischen 1981—1990 Aufbau von 24 Tumorzentren an Universitäten und von 34 Onkologischen Schwerpunkten an größeren Krankenhäusern der alten Bundesländer sowie weiteren 10 Tumorzentren und 12 Onkologischen Schwerpunkten in den neuen Bundesländern von 1991—1996),
- in der Palliativmedizin durch finanzielle Unterstützung der Bundesregierung beim Einrichten von Palliativeinheiten zur umfassenden medizinischen und psychosozialen Betreuung von Krebspatienten,
- im Bereich der Krebsinformation für Betroffene u. a. durch den vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Krebsinformationsdienst (KID) am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg,
- beim Aufbau von Krebsregistern und nicht zuletzt
- in der Krebsforschung.

Im Bereich der Brustkrebsbehandlung wurde mit der Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme – Disease-Management-Programme (DMP) für Frauen mit Brustkrebs ein wichtige Grundlage für die Sicherung einer evidenzbasierten und qualitätsgesicherten Brustkrebsbehandlung und -nachsorge geschaffen. Die DMPs werden von den Versicherten gut angenommen. Inzwischen sind bereits nahezu 100.000 Frauen in ein zugelassenes DMP für Brustkrebs eingeschrieben.

Zusätzlich wurden mit den Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung zahlreiche Maßnahmen beschlossen, die auch Krebskranken zugute kommen. Hierzu zählen z. B. die

- Stärkung der hausärztlichen Versorgung,
- Einführung der integrierten Versorgung,
- Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung,
- Verbesserung des Leistungsanspruchs gesetzlich Versicherter auf zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln in der ambulanten Versorgung (off-Label-Use),
- Stärkung der ambulanten Palliativversorgung,
- Maßnahmen zur Förderung der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich sowie die
- Unterstützung der Versorgungsforschung.

Hinzu kommen die Initiativen von Fachgesellschaften, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen, zum Beispiel die aktuellen Projekte der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe zur Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen oder zur Förderung der Leitlinienentwicklung in der Onkologie.

Dank der genannten Aktivitäten in den Bereichen Vorbeugung, Früherkennung, Diagnostik und Therapie haben sich die Überlebenschancen und die Lebensqualität krebserkrankter Menschen seit den 70er Jahren deutlich verbessert. So betragen nach der aktuellen Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts für den derzeitigen Berichtszeitraum (Daten 2000 bis 2004) die relativen 5-Jahres-Überlebensraten für alle erfassten Krebserkrankungen bei Frauen 60 Prozent und bei Männern 53 Prozent. Bei Frauen bedeutet dies eine Steigerung um zwei und bei Männern sogar eine um fünf Prozentpunkte im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum (1994 bis 1998). Für einige Krebsarten sind die Überlebenschancen inzwischen sehr gut. So liegen beispielsweise die relativen 5-Jahres-Überlebensraten von Brustkrebspatientinnen mittlerweile bei 81 Prozent und bei Männern mit Hodenkrebs bei nahezu 100 Prozent. Erfreulicherweise haben sich auch die Überlebensraten bei krebserkrankten Kindern in den letzten 30 Jahren ganz erheblich verbessert.

3. Was sind die Handlungsfelder und Ziele des Nationalen Krebsplans?

Trotz der erreichten Fortschritte in der Krebsbekämpfung bestehen noch Verbesserungspotenziale. Die Problembereiche, die es anzupacken gilt, liegen vor allem im Bereich der Krebsfrüherkennung und der Krebsversorgung. Der Schwerpunkt des Nationalen Krebsplans wird daher zunächst bei **vier Handlungsfeldern** liegen:

- 1. Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung**
- 2. Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung**
- 3. Sicherstellung einer effizienten onkologischen Arzneimittel-Therapie**
- 4. Stärkung der Patientenorientierung**

1. Handlungsfeld: Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung

In diesem Handlungsfeld stehen folgende Ziele im Vordergrund:

- **Höhere Teilnehmerate an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen**
- **Organisatorische Weiterentwicklung der bestehenden Krebsfrüherkennungsprogramme für Gebärmutterhals- und Darmkrebs**
- **Evaluation der Krebsfrüherkennungsprogramme hinsichtlich ihres Nutzens**

• **Höhere Teilnehmerate an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen**

Im Bereich der Krebsbekämpfung spielt die Krebsfrüherkennung eine sehr wichtige Rolle. Durch die Krebsfrüherkennung können bestimmte Krebserkrankungen in einem Frühstadium bei noch symptom- und beschwerdefreien Personen erkannt und damit erfolgreicher und schonender behandelt werden. Dadurch sollen Sterblichkeit und Krankheitshäufigkeit gesenkt sowie die Lebensqualität verbessert werden.

In Deutschland wird bereits seit 1971 allen gesetzlich Versicherten ein umfassendes Krebsfrüherkennungsprogramm angeboten. Weitere wichtige Meilensteine waren die Aufnahme der Früherkennungs-Koloskopie (Darmspiegelung) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen im Jahre 2002 und die flächendeckende Einführung eines qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings nach den Europäischen Leitlinien in den Jahren 2004 bis 2008. Ferner wird ab dem 1. Juli 2008 allen gesetzlich versicherten Frauen und Männern ab 35 Jahren ein zweijährliches standardisiertes Hautkrebs-Screening angeboten. Hiermit nimmt Deutschland international eine Vorreiterrolle ein.

Allerdings wird das Früherkennungsangebot von den Versicherten nur unzureichend wahrgenommen. So nahmen im Jahr 2006 weniger als die Hälfte der Frauen (48 Prozent) und deutlich weniger Männer (21 Prozent) die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch.

Ein wichtiges Ziel des Nationalen Krebsplans ist, die Inanspruchnahme des Krebsfrüherkennungsangebots der gesetzlichen Krankenkassen zu verbessern. So sind z.B. mit der Gesundheitsreform 2007 die Krankenkassen verpflichtet worden, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf Früherkennungsuntersuchungen hinzuweisen. Darüber hinaus bereitet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein Projekt vor, das zu einer höheren Teilnahme führen soll.

Trotz dieser Maßnahmen bedarf es zusätzlicher Anstrengungen zur Verbesserung der Wahrnehmung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Mangelndes Wissen, Angst, Scham, Unsicherheit und Verdrängung sind mögliche Gründe für die zögerliche Nutzung der Krebsfrüherkennungsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen. Hier muss die Kommunikation mit der Bevölkerung hinterfragt und verbessert werden. Zunehmend fordern die Bürger differenzierte Informationen ein und wollen sich aktiv an der Entscheidung für oder gegen eine diagnostische Maßnahme beteiligen. Der so genannte „informed consent“, also die bewusste Einwilligung, ist wichtigstes Ziel aller Aufklärungsmaßnahmen. Besonders wichtig sind hierbei zielgruppengerechte Informationsangebote für Bevölkerungsgruppen, die üblicherweise selten zur Früherkennung gehen (Männer, ältere Frauen, bildungsfernere Schichten, Migranten). Eine Schlüsselrolle bei der Information der Bevölkerung haben die behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

Als ergänzende Maßnahmen zur Verbesserung der Teilnahmerate bieten sich folgende Aktivitäten an: Eine intensive und kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit mit Themen-Peaks (Brustkrebs- und Darmkrebsmonat, Hautkrebsswoche etc.), Informationen für Multiplikatoren, Setting-Ansätze in den Bereichen Arbeitsplatz, Schule und Wellness, besondere Ansprache von Risikogruppen (z. B. Hochrisiko-Familien). Bonus-Systeme, nicht nur für Versicherte, sondern auch für Anbieter von Früherkennungsmaßnahmen, könnten motivierend wirken. Daneben könnten Recall- und Erinnerungssysteme der Leistungserbringer zusätzlich zu der bestehenden Verpflichtung der Krankenkassen, ihre Versicherten auf die für sie maßgeblichen Früherkennungsuntersuchungen hinzuweisen, die Teilnahmeraten steigern. Ferner könnten Früherkennungs- und Gesundheitsuntersuchungen verstärkt als „One Stop Shopping“ etabliert werden, also den Versicherten so angeboten werden, dass innerhalb eines Konsultationstermins möglichst viele Untersuchungen durchgeführt werden können.

• Weiterentwicklung der bestehenden Krebsfrüherkennungsprogramme

Zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen und effektiven Krebsfrüherkennung wird international empfohlen, Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen organisierter Screening-Programme zu erbringen. Wesentliche Bestandteile eines solchen Programms sind:

- ein Aufforderungs- bzw. Einladungssystem,
- strukturierte Qualitätssicherung auf allen Ebenen,
- zentrale Datenerfassung,
- eine angemessene Evaluation.

Bislang erfüllt in Deutschland nur das Mammographie-Screening-Programm die Anforderungen an ein organisiertes Screeningprogramm. Ziel des Nationalen Krebsplans ist, die bestehenden Programme zur Früherkennung des Gebärmutterhals- und Darmkrebses organisatorisch weiterzuentwickeln und an die Europäischen Leitlinien anzupassen. So ist in Deutschland vor über 30 Jahren eine Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung eingeführt worden. Jede Frau ab dem 20. Lebensjahr hat seither Anspruch auf eine Genitaluntersuchung, die auch einen Krebsabstrich beinhaltet. Diese Untersuchung hat zwar zu einer deutlichen Senkung der Neuerkrankungsraten und der Sterblichkeit beigetragen. Sie entspricht aber nicht den aktuellen europäischen Standards. So erhält eine deutsche Frau in ihrem Leben durchschnittlich über 50 Gebärmutterhalsabstriche (Pap-Tests). Das organisierte populationsbasierte Screeningprogramm in Finnland sieht hingegen 5-jährige Untersuchungsintervalle vor. Eine finnische Frau erhält im Durchschnitt nur 7 Pap-Tests in ihrem Leben. Dennoch kann Finnland mit seinem Programm einen stärkeren Rückgang der Sterblichkeit an Gebärmutterhalskrebs vorweisen als Deutschland.

- **Evaluation der Krebsfrüherkennungsprogramme**

Da sich Früherkennungsuntersuchungen an beschwerdefreie, klinisch gesunde Menschen richten, ist es wichtig, dass der Nutzen (Sterblichkeitssenkung), die Qualität (z. B. Zahl der Fehldiagnosen), aber auch mögliche Risiken von Früherkennungsuntersuchungen (z. B. unnötige Abklärung aufgrund eines falsch-positiven Befundes, Überdiagnose und -therapie) regelmäßig wissenschaftlich untersucht werden. Leider wird die Evaluation der Früherkennungsprogramme unter Beteiligung der epidemiologischen Krebsregister derzeit durch hohe datenschutzrechtliche Hürden und uneinheitliche Regelungen in den Landeskrebsregistergesetzen behindert. Hier müssen gemeinsam mit den Ländern Wege gefunden werden, um unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen eine aussagekräftige Evaluation zu ermöglichen.

2. Handlungsfeld: Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung

In diesem Handlungsfeld stehen folgende Ziele im Vordergrund:

- **Flächendeckende Sicherstellung einer hohen onkologischen Versorgungsqualität**
- **Förderung der Entwicklung und Anwendung von qualitativ hochwertigen onkologischen Leitlinien**
- **Bessere Vernetzung der onkologischen Versorgung**
- **Verbesserung der Qualitätstransparenz der onkologischen Versorgung**
- **Sicherstellung einer ausreichenden ambulanten und stationären psychoonkologischen Versorgung**

- **Flächendeckende Sicherstellung einer hohen onkologischen Versorgungsqualität**

Auch wenn die Überlebenschancen erhöht und die Lebensqualität in den letzten Jahren stetig verbessert wurden, ist die Qualität der onkologischen Versorgung noch nicht überall gleich hoch. Nicht alle onkologischen Behandlungseinrichtungen erfüllen die personellen und strukturellen Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Krebsversorgung.

Der Nationale Krebsplan hat zum Ziel, allen Krebspatienten in Deutschland eine qualitativ hochwertige Versorgung zu ermöglichen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, Wohnort und Versichertenstatus. Ein ganz wichtiger Ansatz besteht darin, dass geeignete vorbildhafte und bewährte Versorgungsmodelle, wie sie z. B. von der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe entwickelt wurden, in die Fläche gebracht werden.

Ein Instrument, wie die Qualität der Behandlung wesentlich gestärkt werden kann, ist beispielsweise die Zertifizierung von Brustkrebszentren. So werden mehr als 70 Prozent der in Deutschland auftretenden Brustkrebsneuerkrankungen in den hoch spezialisierten rund 170 Brustkrebszentren behandelt, die von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert wurden. Eine Voraussetzung für die Zertifizierung ist u. a. eine Mindestzahl von 150 primär an Brustkrebs erkrankten Frauen pro Jahr. Kritisch zu bewerten ist in diesem Zusammenhang, dass die restlichen 30 Prozent der Fälle von Brustkrebs in ca. 800 Krankenhäusern versorgt werden, in denen teilweise weniger als fünf Brustkrebsfälle pro Jahr behandelt werden. Für andere häufige Krebsarten (z. B. Darmkrebs und Prostatakrebs) stellt sich die Problemlage ähnlich dar. Es müssen daher Lösungen gefunden werden,

dass alle Krebspatienten eine qualitätsgesicherte Behandlung unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstrukturen erhalten.

Problematisch sind in diesem Zusammenhang aber auch die bestehenden unterschiedlichen Zertifizierungsmodelle und Bezeichnungen für Krebseinrichtungen. Das erschwert vielen Betroffenen die Auswahl einer geeigneten Behandlungseinrichtung. Um diese Unklarheiten in der Definition von Krebszentren zu beseitigen, hat die Deutsche Krebsgesellschaft bereits im Jahre 2002 mit einer standardisierten Zertifizierung von Brustkrebszentren begonnen. Auf der Basis eines interdisziplinär erarbeiteten Anforderungskataloges werden in einem zweistufigen Verfahren sowohl die Prozess- als auch die Strukturqualität ebenso wie die fachlichen Kompetenzen durch externe Experten überprüft. Erst nach Erfüllung aller Kriterien und Vorgaben kann ein Brustkrebszentrum ein offizielles Zertifikat erhalten. Inzwischen gibt es 170 Brustkrebs-, mehr als 50 Darmkrebs- und über 20 Prostatakrebszentren, die eine Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft erhalten haben.

- **Förderung der Entwicklung und Anwendung von qualitativ hochwertigen onkologischen Leitlinien**

Die fachlichen Anforderungen an eine hohe Qualität in der Versorgung verschiedener Krebserkrankungen werden durch Leitlinien definiert. Qualitativ hochwertige, so genannte evidenzbasierte Leitlinien sollen Handlungsempfehlungen im Sinne von „Behandlungskorridoren“ geben, die den aktuell gültigen Stand des medizinischen Wissens definieren und allgemein zugänglich zur Verfügung gestellt werden. Leitlinien sollten auch Aspekte der Patientenzufriedenheit und der Lebensqualität berücksichtigen. Sie können dazu beitragen, die Ressourcen im Gesundheitswesen besser zu nutzen.

Allerdings wird das Qualitätsinstrument der evidenzbasierten Leitlinien bislang in der Onkologie unzureichend genutzt. Derzeit gibt es in Deutschland nur für wenige Krebsarten qualitativ hochwertige Behandlungsleitlinien, die den international etablierten Kriterien wie evidenzbasiert, multidisziplinär und formal abgestimmt, genügen. Derzeit arbeiten die Deutsche Krebsgesellschaft, die Deutsche Krebshilfe und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) daran, die Entwicklung und Anwendung hochwertiger onkologischer Leitlinien zu befördern.

- **Bessere Vernetzung der onkologischen Versorgung**

Qualitäts- und Abstimmungsprobleme treten erfahrungsgemäß an den sektoralen Schnittstellen (z. B. Hausarzt / Facharzt, niedergelassener Arzt / Krankenhaus) auf. Bei der Weiterentwicklung onkologischer Versorgungsstrukturen muss die sektorenübergreifende

Zusammenarbeit besonders beachtet werden. Die Gesundheitspolitik hat die integrierte Versorgung gefördert und gestärkt, doch werden die verfügbaren Angebote im Rahmen der onkologischen Versorgung noch nicht ausreichend genutzt. Aber gerade die komplexe onkologische Versorgung erfordert eine enge Abstimmung zwischen den Versorgungsektoren. Ein weiteres Ziel der Entwicklung onkologischer Versorgungskonzepte ist die stärkere Einbindung der Betroffenen, insbesondere der Selbsthilfe.

- **Verbesserung der Leistungsqualität und Qualitätstransparenz der onkologischen Versorgung**

Entscheidungsträger, Leistungserbringer, Kostenträger und natürlich Patientinnen und Patienten benötigen zuverlässige und aussagekräftige Daten zur Qualität der onkologischen Versorgung. Nur auf der Grundlage einer gesicherten Datenlage können bestehende Defizite in der onkologischen Versorgung identifiziert und geeignete Maßnahmen zu deren Beseitigung ergriffen werden. Patienten und ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte brauchen zudem zuverlässige Auskünfte darüber, welche onkologischen Behandlungseinrichtungen bei welchen Tumorerkrankungen eine besonders gute Versorgungsqualität bieten.

Im Rahmen des Nationalen Krebsplans soll die onkologische Qualitätsberichterstattung für Leistungserbringer, Entscheidungsträger und Patienten verbessert werden. Das Maßnahmenpaket umfasst:

- den flächendeckenden Ausbau der klinischen Krebsregister zur Erfassung und Verbesserung der Qualität der Versorgung aller Krebskranken,
- die stärkere Vernetzung regionaler klinischer Krebsregister,
- die stärkere Vernetzung von klinischen und epidemiologischen Krebsregistern sowie die Einbindung der klinischen Krebsregister in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V,
- die Rückmeldung der Daten an alle beteiligte Leistungserbringer in Form einer strukturierten, kritischen Ergebnisbewertung,
- die transparente Darstellung der Versorgungsergebnisse für Kliniken, Ärztinnen und Ärzte, Betroffene und Öffentlichkeit, z. B. in Form von frei zugänglichen Berichten (Internet, Printmedien).

- **Sicherstellung einer ausreichenden ambulanten und stationären psychoonkologischen Versorgung**

Bei vielen Krebspatienten liegt eine schwere behandlungsbedürftige psychische Erkrankung vor, die häufig nicht erkannt und adäquat behandelt wird. In der ambulanten psychoonkologischen Versorgung gibt es noch Defizite. Daher muss eine angemessene psychoonkologische Versorgung regelhaft in die onkologische Versorgung integriert werden.

3. Handlungsfeld: Sicherstellung einer effizienten onkologischen Arzneimittel-Therapie

In diesem Handlungsfeld stehen folgende Ziele im Vordergrund:

- **Langfristige Sicherstellung eines fairen und schnellen Zugangs aller Krebskranken zu nachweislich wirksamen innovativen Krebstherapien**
- **Zuverlässige anbieterunabhängige und zeitnahe Nutzen-Bewertung neuer Krebsarzneimittel nach der Zulassung**
- **Sicherstellung einer evidenzbasierten und wirtschaftlichen Verordnungspraxis**
- **Nachhaltige Sicherung der Finanzierbarkeit medizinisch notwendiger hochpreisiger Krebsarzneimittel**

In unserem solidarisch finanzierten System haben alle Versicherten einen Anspruch auf eine medizinisch notwendige Krebsbehandlung. Jede Patientin und jeder Patient soll auch in Zukunft – unabhängig von seinem Einkommen und Versichertenstatus – einen zeitnahen Zugang zu wirksamen innovativen Krebstherapien erhalten.

In den letzten Jahren zeichnet sich die Entwicklung ab, dass zunehmend so genannte zielgerichtete, sehr teure Krebsarzneimittel zum Einsatz kommen, in die große Hoffnungen hinsichtlich Wirksamkeit, Verträglichkeit und Lebensqualität gesetzt werden. In den kommenden Jahren wird eine Reihe weiterer Arzneimittel auf dem Markt kommen, was mit einer erheblichen Kostenzunahme der onkologischen Therapie verbunden sein wird.

Die geltenden Vorschriften in Deutschland ermöglichen grundsätzlich eine zeitnahe Einführung innovativer Arzneimittel in die Versorgung. Die Herausforderung besteht darin, bereits frühzeitig nach Zulassung der Arzneimittel den Nutzen bei den betroffenen Patien-

tengruppen unter Berücksichtigung der vernetzten Versorgungsstrukturen nachzuweisen. Vor diesem Hintergrund ist eine rasche und herstellerunabhängige Nutzenbewertung nach der Zulassung sowie die Sicherung einer evidenzbasierten und wirtschaftlichen Versorgungspraxis von hoher Bedeutung.

4. Handlungsfeld: Stärkung der Patientenorientierung

In diesem Handlungsfeld stehen folgende Ziele im Vordergrund:

- **Verbesserung der Informations-, Beratungs- und Hilfsangebote**
- **Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten von Ärztinnen und Ärzten**

- **Verbesserung der Informations-, Beratungs- und Hilfsangebote**

Viele Krebspatienten und ihre Angehörigen sind nach Mitteilung der Diagnose emotional und organisatorisch oft überfordert. Viele finden sich trotz der vorhandenen Informations- und Hilfsangebote in dem ihnen unübersichtlich erscheinenden Gesundheitssystem nicht zurecht. Hinzu kommt, dass die Seriosität und Qualität der angebotenen Informationen nicht selten zu wünschen übrig lassen.

Zwar gibt es inzwischen vielfältige, qualitativ hochwertige Informations- und Beratungsangebote, z. B. den vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Krebsinformationsdienst (KID) am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg (www.krebsinformationsdienst.de) oder die vielfältigen Informationsangebote der Deutschen Krebshilfe (www.krebshilfe.de) und der Deutschen Krebsgesellschaft (www.krebsgesellschaft.de). Allerdings besteht ein wachsender Informationsbedarf für die zunehmende Zahl von Krebskranken und deren Angehörige. Hier muss geprüft werden, wie die vorhandenen Informationsangebote unter Einbindung der Betroffenen weiterentwickelt, vernetzt und verbreitet werden können.

- **Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten von Ärztinnen und Ärzten**

Die Diagnose Krebs ist für die Betroffenen und ihre Angehörigen ein Schock. Hierdurch wird die dringend notwendige Fähigkeit zur aktiven Mitwirkung an der Therapie oft stark beeinträchtigt. Das emotionale Trauma einer Krebsdiagnose kann so belastend sein wie die Krebserkrankung selbst.

Die Mitteilung der Krebsdiagnose und die angemessene psychologische Begleitung des Patienten und seiner Angehörigen stellen sehr hohe Anforderungen an die kommunikativen Fähigkeiten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Gute Kommunikationsfähigkeiten sind eine Basiskompetenz für alle Leistungserbringer, die gelehrt bzw. systematisch trainiert werden muss. Dieser Bereich wird in der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung immer noch vernachlässigt. Es muss sicher gestellt werden, dass in den medizinischen Curricula die Vermittlung adäquater Kommunikationskompetenzen die gleiche Bedeutung erhält wie die „klassischen“ Lehrinhalte. Dies gilt nicht nur für Ärztinnen und Ärzte, sondern auch für andere Gesundheitsberufe, in der onkologischen Versorgung.

4. Was sind die nächsten Schritte?

In der ersten Phase werden die vier Bereiche Krebsfrüherkennung, onkologischen Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung, effiziente onkologische Arzneimittel-Therapie und Patientenorientierung umgesetzt. Diese erstreckt sich über den Zeitraum 2009/2010.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird in Kürze an die zuständigen Vertreter der Länder, der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungsbringer, der Wissenschaft sowie an Patientenorganisationen herantreten, um mit ihnen gemeinsam umsetzungsfähige Maßnahmen zu entwickeln.

In den weiteren Phasen werden zusätzliche Handlungsfelder, z. B. die Primärprävention, die Krebsforschung oder der umwelt- und arbeitsplatzbezogene Krebschutz berücksichtigt werden.



Bundesministerium
für Gesundheit

DEUTSCHE
KREBSGESELLSCHAFT E.V.



Helfen.
Forschen.
Informieren.



Gemeinsame Pressemitteilung

Berlin, 16. Juni 2008

Nationaler Krebsplan vorgestellt – eine bessere Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten ist das Ziel

Heute hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt den Nationalen Krebsplan gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren vorgestellt.

Bundesgesundheitsministerin **Ulla Schmidt**: „Mehr als 430.000 Menschen erkranken jährlich neu an Krebs. Jeder von uns kennt jemanden mit dieser Diagnose. Viele Krebsarten können dank verbesserter Diagnostik und Therapie gut behandelt werden, dennoch stehen wir bei der Krebsbekämpfung vor wachsenden Herausforderungen. So wird die Zahl der Neuerkrankungen weiter zunehmen, weil die Menschen länger leben werden und das Krebsrisiko mit höherem Alter steigt. Mit dem Nationalen Krebsplan wollen wir die Versorgung der Patientinnen und Patienten weiter verbessern, die Früherkennung stärken und die Zusammenarbeit aller Akteure voranbringen.“

Der Nationale Krebsplan versteht sich als Fortsetzung des früheren „Gesamtprogramms zur Krebsbekämpfung“ und hat eine langjährige Perspektive. In der ersten Phase (2009/2010) sollen vier Bereiche umgesetzt werden:

1. Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung;
2. Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung;

3. Sicherstellung einer effizienten onkologischen Arzneimittel-Therapie;
4. Stärkung der Patientenorientierung.

Prof. Dr. med. Michael Bamberg, Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft: „Es ist soweit! Mit dem Nationalen Krebsplan ist nun eine Grundlage geschaffen, alle Aktivitäten auf dem Gebiet der Krebsmedizin zum Wohle der Patienten zu bündeln. Das ist ein hoffnungsvolles Zeichen für alle von Krebs betroffenen Menschen in diesem Land.“

Ein Schwerpunkt des Nationalen Krebsplanes ist die Früherkennung, die weiterentwickelt wird. Bereits ab 1. Juli übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) für alle Versicherten ab 35 Jahre das Hautkrebs-Screening. Noch wird das breite Krebs-Früherkennungsangebot der GKV nur unzureichend wahrgenommen. So nahmen im Jahr 2006 weniger als die Hälfte der Frauen (48 Prozent) und deutlich weniger Männer (21 Prozent) die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch. Um das zu verbessern, gehören zu den Maßnahmen des Nationalen Krebsplanes Informationsangebote, stärkere Anreize und ein gut organisiertes Einlade- und Erinnerungssystem.

Friedrich Carl Janssen, Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Krebshilfe: „Die Früherkennung von Krankheiten ist sehr wichtig. Für fast alle Tumoren gilt: Früh erkannt, sind die Heilungschancen sehr hoch. Das Anliegen mit dem Nationalen Krebsplan verstärkt aufzugreifen, liegt im zentralen Interesse der Deutschen Krebshilfe. Darüber hinaus erscheint es uns wichtig, Krebskranken eine noch bessere, individuell zugeschnittene Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu ermöglichen. Mit den von uns initiierten und geförderten Onkologischen Spitzenzentren tragen wir mit dazu bei, die Krankenversorgung auf höchstes Niveau zu bringen.“

Weiterer zentraler Punkt des Nationalen Krebsplanes ist die Weiterentwicklung und Sicherung der Versorgungsqualität. Ein Instrument, wie die Qualität der Behandlung wesentlich gestärkt werden kann, ist beispielsweise die Zertifizierung von Brustkrebszentren. Zwar werden mehr als 70 Prozent der in Deutschland auftretenden Brustkrebsneuerkrankungen in den hoch spezialisierten rund 170 Brustkrebszentren behandelt, die von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert wurden. Die restlichen 30 Prozent der Fälle von Brustkrebs aber werden in ca. 800 Krankenhäusern

versorgt, in denen teilweise weniger als fünf Brustkrebsfälle pro Jahr behandelt werden. Klinische Krebsregister können dazu beitragen, das beste Krankenhaus für die Betroffenen zu finden und Schwachstellen in der Versorgung aufzudecken.

Prof. Dr. Ferdinand Hofstädter, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren „Entscheidungsträger, Leistungserbringer, Kostenträger und natürlich Patientinnen und Patienten benötigen zuverlässige und aussagekräftige Daten zur Qualität der onkologischen Versorgung. Nur auf der Grundlage einer gesicherten Datenlage können bestehende Defizite identifiziert und geeignete Maßnahmen ergriffen werden. Es ist gut, dass der Nationale Krebsplan den Ausbau sowie eine bessere Vernetzung von klinischen und epidemiologischen Krebsregistern voranbringen wird.“

Der Nationale Krebsplan wurde zusammen mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren initiiert. Weitere Partner kommen bei Ausgestaltung und Umsetzung hinzu. Das Bundesministerium für Gesundheit wird in Kürze an die zuständigen Vertreter der Länder, der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungsbringer, der Wissenschaft sowie an Patientenorganisationen herantreten, um mit ihnen gemeinsam umsetzungsfähige Maßnahmen zu entwickeln.

In den nächsten Phasen werden zusätzliche Handlungsfelder, z. B. die Primärprävention, die Krebsforschung oder der umwelt- und arbeitsplatzbezogene Krebschutz, zusammen mit den Beteiligten erarbeitet.

Weitere Informationen unter:

www.bmg.bund.de

www.krebs-informationsdienst.de

www.krebsgesellschaft.de

www.krebshilfe.de

www.tumorzentren.de

Friedrich Carl Janssen
Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Krebshilfe
Statement im Rahmen der Vorstellung des „Nationalen Krebsplans“
16. Juni 2008, Berlin

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

die Deutsche Krebshilfe ist die größte Bürgerinitiative im Kampf gegen den Krebs. Unsere Organisation wurde 1974 von Frau Dr. Mildred Scheel gegründet mit dem Ziel, die Krebskrankheiten in allen Erscheinungsformen zu bekämpfen. Unter dem Motto „Helfen. Fördern. Informieren.“ fördert unsere Organisation jedes Jahr innovative Projekte und setzt sich auf allen Ebenen dafür ein, dass die Versorgung krebserkrankter Menschen verbessert wird. Außerdem ist es uns ein Anliegen, die Bevölkerung über Krebs aufzuklären und insbesondere auch darüber, wie jeder von uns sein persönliches Krebsrisiko senken beziehungsweise die Heilungschancen einer möglichen Krebserkrankung verbessern kann.

Jedes Jahr erkranken in Deutschland mehr als 436.000 Menschen neu an Krebs, 210.000 sterben daran. Experten schätzen, dass rund zwei Drittel aller Krebskrankheiten durch Änderungen des Lebensstils vermieden werden könnten. Zu einer „gesunden Lebensweise“ gehören das Nichtrauchen, eine ausgewogene Ernährung, regelmäßige körperliche Bewegung sowie ein vorsichtiger Umgang mit der UV-Strahlung und krebserregenden Substanzen in der Umwelt. Die Prävention, also Vermeidung von Krebs, ist uns daher ein großes Anliegen. Ebenso wichtig ist aber auch die so genannte Sekundärprävention, also die Früherkennung von Krankheiten. Für fast alle Tumoren gilt: Früh erkannt, sind die Heilungschancen sehr hoch. Darm-, Brust-, Haut- oder Prostatakrebs haben eine Heilungschance von 90 Prozent, wenn sie in einem Frühstadium entdeckt werden.

Wie Sie von der Ministerin gehört haben, ist die Krebs-Früherkennung ein elementarer Baustein des Nationalen Krebsplans. Das Anliegen verstärkt aufzugreifen liegt im zentralen Interesse der Deutschen Krebshilfe. Die Deutsche Krebshilfe wird mit definierten Fördervorhaben dazu beitragen, die Datenlage zum Thema Früherkennung zu verbessern und die Diskussion um die Krebs-Früherkennung zu versachlichen. Gerade auf dem Gebiet der Früherkennung des Prostatakarzinoms sehen wir beispielsweise großen Handlungsbedarf. Doch auch die wissenschaftliche Begleitung der neu eingeführten Früherkennungsmaßnahmen, wie die Darmspiegelung und Mammographie, hat einen hohen Stellenwert. Darüber hinaus ist die Forschung gefordert, und zwar für diejenigen Tumoren neue Konzepte der Diagnostik zu entwickeln, die bei nach wie vor hohen Erkrankungszahlen eine hohe Sterblichkeit aufweisen (z.B. Eierstock- oder Lungenkrebs).

Ein großes Problemfeld stellt die seit über 35 Jahren niedrige Teilnehmerate an den gesetzlichen Krebs-Früherkennungsmaßnahmen dar. Hier muss die Kommunikation mit der Bevölkerung hinterfragt und verbessert werden. Zunehmend fordern die Bürger differenzierte Informationen ein und wollen sich aktiv an der Entscheidung für oder gegen eine diagnostische Maßnahme beteiligen. Der so genannte „informed consent“, also die bewusste Einwilligung, ist wichtigstes Ziel aller Aufklärungsmaßnahmen. Jeder Bürger hat auch das Recht, sich bewusst gegen eine Maßnahme zu entscheiden, von deren Nutzen er nicht überzeugt ist. Die Argumente für die Krebs-Früherkennung müssen also überzeugend genug und vor allem zielgruppengerecht sein.

Im Sinne von Kooperationsabsprachen und Vernetzung würden wir es daher sehr begrüßen, wenn es im Rahmen des „Nationalen Krebsplanes“ zu einer verstärkten Zusammenarbeit

aller Beteiligten, insbesondere aber der Gesundheitspolitik, den medizinischen Fachgesellschaften, den ärztlichen Standesorganisationen, den Kostenträgern und unserer Organisation käme.

Meine Damen und Herren, die Diagnose „Krebs“ ist nach wie vor eine potentiell tödliche Erkrankung. Daher muss die optimale Versorgung krebserkrankter Menschen im Vordergrund stehen. „Optimal“ bedeutet: auf höchstem Stand des medizinischen Wissens, individuell angepasst, interdisziplinär und ganzheitlich, also auch unter Berücksichtigung der seelischen Nöte der Betroffenen.

Um die Strukturen der onkologischen Versorgung zu verbessern, hat die Deutsche Krebshilfe im Jahr 2006 die Initiative 'Onkologische Spitzenzentren' gestartet. Diesem Vorhaben ging eine Evaluation der deutschen Tumorzentren voraus. Ergebnis dieser Evaluation war die Erkenntnis, dass die derzeit bestehenden Tumorzentren sehr heterogen sind und den Ansprüchen einer modernen onkologischen Versorgung nicht mehr gerecht werden. Die von den Experten im Auftrag der Deutschen Krebshilfe erarbeiteten Kriterien für 'Onkologische Spitzenzentren' sehen vor, dass diese Zentren künftig neue Standards in der Diagnostik, Behandlung und Betreuung von Krebserkrankungen etablieren, Krebs-Patienten nach weitgehend einheitlichen Prozessen versorgen und die Krebsforschung, insbesondere die translationale Forschung, voran bringen sollen. Die Zentren müssen

- für Tumorpatienten lokal, regional und zentral als wichtige Anlaufstelle dienen,
- den Behandlungsablauf für jeden Tumorpatienten in einem interdisziplinären „Tumor Board“ definieren,
- leitliniengerechte bzw. evidenzbasierte Behandlungskonzepte anbieten,
- die Krankenhäuser sowie die niedergelassene Ärzteschaft in der Region einbinden,
- die klinische Forschung eng mit der Krankenversorgung verzahnen,
- ein klinisches Krebsregister vorhalten und die Patientendaten auch in ein epidemiologisches Krebsregister einbringen,
- psychosozial-onkologische und palliativmedizinische Strukturen vorhalten bzw. aufbauen und
- mit Krebs-Selbsthilfeorganisationen zusammenarbeiten.

Seit dem Frühjahr 2007 fördert die Deutsche Krebshilfe für zunächst drei Jahre folgende universitäre Zentren mit einer Million Euro pro Jahr und Zentrum:

- das Universitäts KrebsCentrum Dresden,
- das Tumorzentrum Ludwig Heilmeyer – Comprehensive Cancer Center Freiburg,
- das Centrum für Integrierte Onkologie Köln/Bonn und
- das Südwestdeutsche Tumorzentrum / Comprehensive Cancer Center Tübingen.

Parallel dazu und mit der gleichen Philosophie und Zielsetzung entstand in Heidelberg das „Nationale Centrum für Tumorerkrankungen“, das ebenfalls von der Deutschen Krebshilfe unterstützt wird. Mittlerweile läuft der „Second Call“ für weitere Spitzenzentren. Die Deutsche Krebshilfe plant, bis zum Jahr 2009 insgesamt 11 Onkologische Spitzenzentren in Deutschland (einschließlich des Standortes Heidelberg) zu etablieren und zu fördern. Dieses Programm sehen wir als eine Langzeitinitiative, die wir mit großem Nachdruck verfolgen werden. Als gemeinnützige Organisation ist die Deutsche Krebshilfe völlig frei bei der Schwerpunktsetzung ihrer Aktivitäten und unabhängig in ihrer Mittelvergabe. Sie kann Förderschwerpunkte immer dort setzen, wo es ihr im Sinne der Krebs-Patienten am sinnvollsten erscheint. Die Etablierung der Spitzenzentren ist aus unserer Sicht derzeit eine der wich-

tigsten Strategien, um die Situation und die Versorgung Krebskranker nachhaltig zu verbessern.

Zwingend erscheint uns, dass das in den Spitzenzentren entwickelte und erarbeitete hohe Versorgungsniveau auch in die Fläche gebracht wird. Denn Spitzenzentren allein werden in Deutschland keine flächendeckende Versorgung auf höchstem Niveau gewährleisten können. Unser Förderprogramm 'Onkologische Spitzenzentren' kann daher nur ein Modul neuer Versorgungsstrukturen sein. Das von der Deutschen Krebsgesellschaft erarbeitete Konzept zu Organkrebszentren – auf das Herr Professor Bamberg noch näher eingehen wird – ergänzt unsere Strukturmaßnahme in idealer Weise.

Komplettiert werden sollten die Strukturen in der Fläche durch die Etablierung so genannter 'Klinischer Krebszentren' – unterhalb der Ebene der 'Spitzenzentren'. In diesen Zentren soll grundsätzlich die Krankenversorgung auf höchstem Niveau stattfinden, und beispielsweise nicht die Forschung im Vordergrund stehen. Versorgungsrelevante Kriterien, die von Experten der Onkologie für die Spitzenzentren erarbeitet wurden, sollen auch für die Organkrebszentren und 'Klinischen Krebszentren' gelten.

Die Deutsche Krebshilfe beabsichtigt, in Abstimmung mit der Deutschen Krebsgesellschaft, ein gezieltes Förderprogramm für zertifizierte 'Klinische Krebszentren' aufzulegen. Mit diesem Programm sollen wichtige und innovative Module der Zentren unterstützt werden. Ein Feld der Förderung könnte zum Beispiel die klinische Krebsregistrierung sein.

Meine Damen und Herren, mit der Initiative für Onkologische Spitzenzentren hat die Deutsche Krebshilfe die Krebsmedizin in unserem Lande bewegt. Damit - sowie mit den sich ergänzenden und abgestimmten Strukturmaßnahmen der Deutschen Krebsgesellschaft - werden wir – da bin ich mir sicher – eine deutliche Verbesserung in der Versorgung von Krebspatienten erreichen. In der weiteren Entwicklung dieser Strukturen liegt die Chance, Krebskranken eine noch bessere, individuell zugeschnittene Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu ermöglichen. Daher begrüßt die Deutsche Krebshilfe die Initiative der Bundesregierung sehr: Der Nationale Krebsplan wird dazu beitragen, die Versorgung krebskranker Menschen nachhaltig zu verbessern.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Deutsche Krebshilfe e.V.
Buschstr. 32
53113 Bonn
Tel. 0228-7299096
www.krebshilfe.de



Pressestelle

Telefon: +49 (3643) 74 37 49
Telefax: +49 (3643) 74 35 36

e-Mail:
presse@krebsgesellschaft.de

URL:
www.krebsgesellschaft.de

Statement
Prof. Dr. med. Michael Bamberg
Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
Auftaktveranstaltung zum Nationalen Krebsplan
Berlin, 16. Juni 2008

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

im Mittelpunkt aller Bemühungen der verschiedenen onkologischen Fachgruppen steht der Krebspatient. Ihm müssen wir uns zuwenden, um seine Angst um sein Leben und seine Gesundheit sowie seine Besorgnis um die Zukunft seiner Familie sowie sein soziales Umfeld aufzufangen. Dies erfordert nicht nur ein hohes Maß an Sensibilität und Einfühlungsvermögen, sondern auch medizinisch- fachliche Kompetenz, um die Betroffenen individuell ausgerichtet zu beraten, behutsam zu begleiten und möglichst erfolgreich zu behandeln.

Die Deutsche Krebsgesellschaft mit ihren mehr als 6.000 Fachexperten begrüßt und unterstützt den nationalen Krebsplan der Bundesregierung, der die Aktivitäten aller beteiligten Organisationen bündelt und die Strukturen für die von Krebs betroffenen Menschen in Deutschland effizienter gestalten soll.

Die Krebspatienten erwarten von uns, dass wir unsere Expertise über die eigenen Fachgrenzen hinaus gemeinsam mit denen anderer Fachdisziplinen zu ihrem Wohle einsetzen. Den strukturellen Rahmen für solch ein erfolgreiches Zusammenwirken von Fachexperten bilden die Organkrebszentren, die eine enge Kooperation zwischen den beteiligten Fachdisziplinen in den Krankenhäusern untereinander und den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen ermöglichen. Dazu gehören gemeinsame Tumorkonferenzen vor Beginn der Therapie ebenso wie die Ausrichtung der Therapieempfehlungen für den einzelnen Patienten aufgrund bestehender Leitlinien, die den aktuellen Wissensstand für eine erfolgreiche Behandlung beinhalten.

Diese eingeforderte Qualität in Diagnostik und Therapie wird in einem Zertifizierungsverfahren durch externe Fachexperten vor Ort streng überprüft. Dann können die Tumorkrankpatienten in einem hohen Maße auch davon ausgehen, dass tatsächlich die erwünschte Qualität zur Betreuung und Behandlung in diesem Zentrum vorgehalten wird. Beispiel gebend sind hier die Brustkrebszentren zu nennen, von denen sich bereits 170 erfolgreich diesem intensiven Prüfungsverfahren unterzogen haben. Über 50 Darmkrebszentren und mehr als 20 Prostatakrebszentren sind ebenfalls bereits zertifiziert, denen dieses Jahr noch die ersten Hautkrebs- und Lungenkrebszentren folgen werden.

Statement

Diese Organkrebszentren bilden wichtige Säulen für die Etablierung der zweiten Versorgungsstufe, den Onkologischen Zentren, die als regionale Anlaufstellen zusätzlich flächendeckend in Deutschland die Qualität in der Versorgung verbessern sollen. Hier werden organübergreifend zentrale Aufgabenbereiche wie Tumordokumentation, Krebsregister, psychosoziale Versorgung ebenso gebündelt wie der Einsatz der supportiven Therapie, ein entsprechendes Studienmanagement und qualifizierte Aus- und Weiterbildung. Werden neben der klinischen Versorgung zusätzlich wissenschaftliche Projekte, insbesondere der molekularen bzw. translationalen Forschung, verfolgt, entsprechen solche Verbünde dem nach amerikanischem Vorbild ausgerichteten Comprehensive Cancer Center. Dankenswerterweise wurden einige dieser sogenannten CCCs bereits von der Deutschen Krebshilfe angestoßen und finanziell gefördert. Mit dieser qualitätsgesicherten dreistufigen Organisationsstruktur ergeben sich Synergien, die zu einer Optimierung der Versorgung von Tumorpatienten, auch unter ökonomischen Gesichtspunkten, führen werden.

Die Deutsche Krebsgesellschaft wird für die Umsetzung dieser Konzeption zukünftig noch enger mit den politisch Verantwortlichen, den Kostenträgern und insbesondere mit der Deutschen Krebshilfe zusammenarbeiten. Die vertrauensvolle Kooperation mit der Krebshilfe hat bereits dazu geführt, dass wir zu Beginn dieses Jahres zusammen mit der Arbeitsgemeinschaft Medizinisch Wissenschaftlicher Fachgesellschaften, der AWMF, der Öffentlichkeit ein gemeinsames Programm für die Erstellung von S-3-Leitlinien vorstellen konnten. Dieses Programm ergänzt die genannten Strukturinitiativen auf wertvolle Weise, denn auch hier sind grundlegende Veränderungen nur durch eine enge und fachübergreifende Zusammenarbeit der wichtigsten onkologischen Organisationen möglich.

Im Namen der Deutschen Krebsgesellschaft bin ich sehr erfreut, dass die Bundesregierung mit dem Nationalen Krebsplan ein wichtiges und positives Zeichen für alle von Krebs betroffenen Menschen in Deutschland setzt. Liebe Frau Ministerin Schmidt, wir bieten Ihnen an, Sie mit all unserem Engagement, unseren Kenntnissen und mit aller Entschlossenheit bei diesem Plan nach Kräften zu unterstützen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Statemenent

Bundespressekonferenz zum Nationalen Krebsplan

Berlin, 16. Juni 2008, ab 13:00 Uhr

Statement von Prof. Ferdinand Hofstädter
zum Thema:

Verbesserung von Leistungsqualität und Qualitätstransparenz durch Krebsregister

1. Wozu werden Krebsregister gebraucht ?

- Bei den Krebsregistern sind bevölkerungsbezogene (epidemiologische) Krebsregister und Krebsregister an Tumorzentren (klinische Krebsregister) zu unterscheiden. Die bevölkerungsbezogenen Krebsregister geben Auskunft über die Häufigkeit des Auftretens von Krebserkrankungen, die klinischen Krebsregister über die Qualität der Versorgung von Krebskranken. Beide Registertypen sind notwendig und werden sinnvollerweise eng vernetzt.
- Klinische Krebsregister liefern Daten, die zur Darstellung und Verbesserung der Qualität der onkologischen Versorgung gebraucht werden. Nur auf der Grundlage einer gesicherten Datenlage können bestehende Defizite in der onkologischen Versorgung identifiziert und geeignete Maßnahmen zu deren Beseitigung ergriffen werden.
- Klinische Krebsregister dienen einer Stärkung der Patientenorientierung in der onkologischen Versorgung. Patienten brauchen zuverlässige Auskünfte darüber, welche onkologischen Behandlungseinrichtungen bei welchen Tumorerkrankungen eine besonders gute Versorgungsqualität bieten. Deshalb befürworten Patientenorganisationen, wie z.B. die Frauenselbsthilfe nach Krebs, den Ausbau der Krebsregister.
- Krebsregister haben in allen vier Handlungsfeldern des Nationalen Krebsplans eine wesentliche Bedeutung für die Erfolgsbewertung: Epidemiologische Krebsregister sind unerlässlich zur Bewertung der intensivierten Früherkennungsmassnahmen (Handlungsfeld 1). Klinische Krebsregister sind sowohl für die Darstellung der Behandlungsergebnisse von neuartigen Versorgungsstrukturen (Handlungsfeld 2) als auch für die Beurteilung des Nutzens von innovativen Krebstherapien erforderlich (Handlungsfeld 3). Außerdem liefern sie Betroffenen zuverlässige Informationen über die Qualität von Versorgungseinrichtungen (Handlungsfeld 4).

2. Was leisten Krebsregister schon heute ?

- Am 28. Deutschen Krebskongress im Februar dieses Jahres haben klinische Krebsregister Versorgungsdaten von 33 Tumorregistern aus 12 Bundesländern dargestellt und untereinander sowie mit internationalen Daten verglichen. Nur so können zuverlässige Aussagen über regionale und internationale Unterschiede in der Qualität der Versorgung von Krebskranken getroffen werden. Der internationalen Vergleiche - auch mit den USA - attestiert der onkologischen Versorgung in Deutschland insgesamt eine hohe Qualität.
- Einige Bundesländer (z.B. Bayern und Brandenburg) haben auf der Grundlage klinischer Krebsregister so genannte Qualitätskonferenzen Onkologie eingerichtet. In diesen Qualitätskonferenzen werden Versorgungsregionen und Versorgungseinrichtungen fortlaufenden Qualitätsvergleichen unterzogen. Auf diese Weise entsteht ein wirksamer Anreiz für Leistungserbringer, ihre Versorgungsergebnisse zu verbessern. Außerdem wird die Qualität der Versorgung für Politik, Selbstverwaltung und Öffentlichkeit in wünschenswerter Weise transparent.

3. Wie kann der Nationale Krebsplan die Rahmenbedingungen der Krebsregister verbessern ?

- Die Rahmenbedingungen von Krebsregistern sind unzureichend. Hier besteht insbesondere bezüglich der rechtlichen Rahmenbedingungen klinischer Krebsregister Handlungsbedarf. Bund, Länder, Selbstverwaltung, Tumorzentren, Krebsregister und Selbsthilfeorganisationen sollten sich im Rahmen des Nationalen Krebsplans auf Weichenstellungen zur Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen und auf ein Programm zum Ausbau sowie zur besseren Vernetzung von klinischen und epidemiologischen Krebsregistern verständigen.
- Eine gute Möglichkeit zur Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für klinische Krebsregister bietet die im §137 SGB V verankerte Neuregelung zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung. Klinische Krebsregister sind ein bewährtes Instrument sektorübergreifender Qualitätssicherung. Sie sollten durch die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu erlassende Richtlinie nach §137 SGB V in dieses System eingebunden werden. Dadurch würde der dringend erforderliche bundesweite Ausbau klinischer Krebsregister entscheidend gefördert.
- Weitere wichtige Maßnahmen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit von Krebsregistern sind u.a.:
 - Die Festlegung von Einzugsgebieten klinischer Krebsregister auf Landesebene,
 - Vernetzung klinischer und epidemiologischer Krebsregister durch verbindliche Festlegung des in vielen Bundesländern bereits erfolgreich praktizierten Meldeweges über die klinischen an die epidemiologischen Register,
 - Erfüllung des Gebots der Datensparsamkeit durch verbindliche Einführung einheitlicher Datensätze für die Tumordokumentation,
 - Schaffung der datenschutzrechtlichen Möglichkeit eines Abgleichs der Daten der Krebsregister mit den Daten der Sterberegister.