

Sehr geehrte Damen und Herren,
Liebe Kolleginnen und Kollegen,

derzeit leben in Deutschland rund 5 Millionen Menschen, die an Krebs erkrankt sind oder waren. Jedes Jahr bekommen 435.000 weitere Menschen die Diagnose Krebs gestellt. Schon im Jahr 2010 erwartet die WHO, dass Krebs die Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Todesursache Nummer eins abgelöst haben wird. Krebs ist eine Volkskrankheit und unsere Gesellschaft ist derzeit nicht adäquat auf die Herausforderungen, die mit der weiteren Alters bedingten Zunahme an Krebserkrankungen verbunden sind, vorbereitet. Die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. möchte Krebs deshalb jetzt zum zentralen Thema in unserer Gesellschaft machen.



Krebsbekämpfung ist zweifelsfrei eine gewaltige Aufgabe: Dabei geht es sowohl um die Intensivierung von Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung von Neuerkrankungen als auch um strukturelle Verbesserungen der Versorgung, damit im Erkrankungsfall jedem Menschen unabhängig von Wohnort und persönlichen Möglichkeiten aktuell erwiesenermaßen als optimal geltende Behandlungsmöglichkeiten angeboten werden. Optimierung der Krebstherapie heißt, Spitzenleistungen der onkologischen Behandlung dringend Bedürftigen zur Verfügung zu stellen und diese so intelligent abzustufen, damit Krebsbekämpfung über die gesamte Fläche des Landes hinweg effizient wirken kann. Dies setzt eine flächendeckend bessere Struktur voraus, aber eben auch den zielgerechteren Einsatz von Ergebnissen aus der Grundlagenforschung. Vor allem bei der Verzahnung des stationären mit dem ambulanten Sektor haben wir in Deutschland noch Nachholbedarf.

Unser Ziel ist eine flächendeckende, qualitätsgesicherte Versorgung und die Sicherstellung von Innovation und Finanzierung in der modernen Krebsmedizin. Wichtige Säulen sind dabei Organ- und Tumorzentren und die Onkologischen Zentren, die die beteiligten Fachdisziplinen zu einer engen Kooperation verpflichten. Der Operateur, die Experten für Strahlen- und medikamentöse Therapie diskutieren tagtäglich in regelmäßigen Konferenzen die Krankheitsverläufe und die erhobenen Befunde mit den Pathologen und Radiologen. Sie ringen dabei um die bestmögliche Therapie für die Patienten, um ihnen optimale

Heilungschancen zu eröffnen, aber auch um Ihnen eine zusätzlich belastende Therapie mit deutlicher Minderung der Lebensqualität zu ersparen, wenn das Tumorstadium bereits weit fortgeschritten ist.

Die Deutsche Krebsgesellschaft als unabhängige und größte onkologische Fachgesellschaft hat es sich mit ihren mehr als 6000 Mitgliedern zur Aufgabe gemacht, durch Zertifizierung vor Ort die Qualität zu überprüfen, damit die Betroffenen sicher sein können, dass drinnen die Qualität vorgehalten wird, die draußen auf dem Türschild versprochen wird.

Inzwischen gibt es 104 Darmkrebszentren in Deutschland, 30 Prostatakrebszentren, 12 Gynäkologische Krebszentren und 3 Hautkrebszentren denen zukünftig auch Zentren für Lungenkrebs mit entsprechendem Gütesiegel folgen werden. Diese organbezogenen Tumorzentren bilden die Säulen für die Etablierung onkologischer Zentren als gemeinsames Dach, welches weitere wichtige Aufgabenbereiche wie z.B. die Etablierung von Tumorregistern, den Aufbau von Gewebebanken, die Fort- und Weiterbildung ebenso enthält wie eine fachübergreifende psychoonkologische Organisationsstruktur, Palliativstationen und enge Verbindungen zu Rehabilitationskliniken. Die übergreifende Organisation der einzelnen Bereiche führt aber auch zu organisatorischen und ökonomischen Synergieeffekten bei der Betreuung der Tumorpatienten, die angesichts der begrenzten finanziellen Mittel im deutschen Gesundheitswesen dringend geboten sind.

Seit Oktober 2008 werden Onkologische Zentren durch die Krebsgesellschaft zertifiziert und somit eine neue Stufe bei der Verbesserung der Krebsversorgung in Deutschland erreicht. Hier profitieren nun alle Krebspatienten – auch die seltener Entitäten – von der Expertise der Fachdisziplinen.

Beide Versorgungsstufen sollen als regionale Anlaufstellen für die Betroffenen dienen, die in diesen Zentren qualitätsgesichert beraten und behandelt werden, selbst wenn sie dafür eine längere Anfahrt in Kauf nehmen müssen.

Mit der zunehmenden Anzahl der anerkannten Onkologischen Zentren gelingt es, die dafür erforderlichen Standards weiter zu verbreiten, somit Forschung und Therapie bundesweit auf hohem Niveau zu versammeln und vergleichbar zu machen. Auf diese Weise entstehen Vertrauen und Kooperation ebenso wie Bündelungen und Synergien. Nicht zuletzt erzielen wir damit auch einen enormen Gewinn bei der Auswertung von Daten für weitere Forschungen und gesundheitspolitische Maßnahmen. Durch den Willen zur Harmonisierung der Behandlungsdaten sind wir nun erstmals in der Lage in Deutschland ein funktionierendes klinisches Krebsregister aufzubauen, um unser Wissen über Krebserkrankungen zu vertiefen und die notwendigen Konsequenzen zu ziehen.

Die Deutsche Krebsgesellschaft wird von nun an in Form eines Strategieplanes regelmäßig Vorschläge erarbeiten, um Krebs in Deutschland wirkungsvoll zu bekämpfen und vor allem Krebspatienten langfristig optimal zu versorgen. Wir leisten damit unseren Beitrag als Mediziner und Experten zur gesamtgesellschaftlichen Herausforderung Krebs.

Prof. Dr. Dr. h.c. Werner Hohenberger



Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft

Berlin, 9. Juni 2009



	Seiten
VORWORT	3
1. EINFÜHRUNG	8
1.1. Krankheitslast und Trends	8
1.2. Pläne gegen Krebs	8
1.2.1. Krebspläne anderer Länder	9
1.2.2. Der nationale Krebsplan in Deutschland	11
1.2.3. Der Strategieplan der DKG	12
2. FORSCHUNG	13
2.1. Rahmenbedingungen	14
2.2. Grundlagen	17
2.3. Prävention	20
2.3.1. Primärprävention	20
2.3.2. Sekundärprävention	20
2.4. Therapie	22
3. VERSORGUNG	25
3.1. Rahmenbedingungen	27
3.2. Grundlagen	29
3.3. Prävention	30
3.3.1. Primärprävention	31
3.3.2. Sekundärprävention	33
3.4. Therapie	37
4. AUSBLICK	39
IMPRESSUM	45

1.1. Krankheitslast und Trends

Krebs ist die zweithäufigste Todesursache in der westlichen Welt. Jährlich sterben in Deutschland 200.000 Menschen an Krebs, bei 450.000 Menschen wird ein Tumor diagnostiziert. Seit 1980 nehmen die Raten an Tumordiagnosen zu, während die Raten an Todesfällen abnehmen. Die 5-Jahresüberlebensraten stiegen im selben Zeitraum bei den Männern auf 53% und bei den Frauen auf 60%. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland ungefähr im Mittelfeld, allerdings beziehen sich diese Daten nicht auf das Bundesgebiet insgesamt.

Gemessen an anderen Krankheiten ist die Krankheitslast durch Krebs besonders hoch: Krebs macht 26% aller Todesfälle aus und liegt damit hinter den Herz-Kreislaufkrankheiten an zweiter Stelle. 38% aller Menschen, die an Krebs sterben, sind jünger als 70 Jahre. Damit sind die Menschen, die an Krebs sterben, überdurchschnittlich jung und so liegt Krebs unter den Todesursachen unter 70 Jahren an erster Stelle. Hinsichtlich der verlorenen Lebensjahre liegt Krebs mit 18,9% aller verlorenen Lebensjahre hinter den Krankheiten des Kreislaufsystems mit 20,1% an zweiter Stelle. Ein etwas anderes Bild ergibt sich bei den verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren: Hier rangieren die Tumorleiden bei den Frauen an vierter Stelle hinter Verletzungen und Vergiftungen, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und der Psyche und bei den Männern an fünfter Stelle hinter Krankheiten des Kreislaufsystems. Ähnlich verhält es sich mit den direkten Kosten, die anfallen, um eine Krankheit zu behandeln oder zu verhindern: Mit 14,7 Milliarden Euro für Tumorpatienten gegenüber 253 Milliarden Euro für alle Krankheiten liegt Krebs an fünfter Stelle hinter Krankheiten des Kreislaufsystems, des Verdauungssystems, des Muskel-Skelett-Systems und der Psyche.

Da mehr und frühere Tumoren erkannt und die Behandlungsoptionen vielfältiger und besser werden, können gegenwärtig etwa 50% aller neu erkrankten Patienten geheilt werden. Moderne Therapien können nicht mehr heilbaren Patienten zumindest eine Lebensverlängerung ermöglichen: So stieg die mittlere Überlebenszeit von Patienten mit metastasiertem Darmkrebs innerhalb von 10 Jahren von etwa 12 Monaten auf 24 bis 30 Monate. Aus akut lebensbedrohlichen Erkrankungen werden solche mit chronischem Verlauf und Langzeitüberleben, was vor allem für CML, Lymphome und GIST gelten könnte.

1.2. Pläne gegen Krebs

Um den Veränderungen, die mit früheren Diagnosen, längeren Überlebenszeiten und chronischen Verläufen einhergehen, zu begegnen, wird ein bloßes Ausweiten

der bisherigen Versorgungsstrategien in Zukunft nicht mehr möglich sein, da die finanziellen Ressourcen für Leistungsausweitungen nicht zur Verfügung stehen werden. Damit stehen Gesellschaft und Medizin vor großen Herausforderungen für die Zukunft. Ein möglicher Ansatz, sich diesen Herausforderungen als Nation zu stellen, sind sogenannte Krebs- oder Strategiepläne, wie sie die Weltgesundheitsorganisation WHO in ihrer Resolution 58.22 „Cancer Prevention and Control“ im Frühjahr 2005 anregte. Auch das EU-Parlament hat die herausragende Bedeutung der Behandlung von Krebserkrankungen und der Vorsorge betont. Slowenien sah die Krebsbekämpfung als Priorität für seine EU-Präsidentschaft 2008 an. In Deutschland hat das Bundesministerium für Gesundheit bereits in der Vergangenheit Pläne vorgelegt, wie etwa 1979 das „Gesamtprogramm zur Krebsbekämpfung“. Das Parlament stimmte auch der WHO-Resolution zu. Nationale Pläne können auch dazu dienen, die verschiedenen Aktivitäten zum Thema Krebs zu kanalisieren. Das ist insofern wichtig, als seit Jahrzehnten Aufklärungskampagnen, Prominentenschicksale, persönliche Erfahrungen sowie Berichte über Fortschritte und Rückschläge in der Therapie bei der Bevölkerung ein besonders hohes Bewusstsein für Krebs geschaffen haben und sich zahlreiche Initiativen, Verbände und Fachkreise für Forschung, Prävention und Versorgung engagieren.



1.2.1. Krebspläne anderer Länder

Einige Länder haben bereits nationale Krebs- und Strategiepläne erstellt und darin Prioritätenlisten, Maßnahmenpläne und Zielkriterien entwickelt:

In den USA haben sowohl das National Cancer Institut (NCI) als auch die American Cancer Society (ACS) Krebs- bzw. Strategiepläne erstellt. Der NCI Strategic Plan beschreibt, wie Forschung dazu beitragen kann, die Krebslast zu mindern. Das NCI beansprucht die Führungsrolle in der nationalen Gemeinschaft der Forscher, Leistungserbringer, Patienten und Politiker, die Krebs be-

kämpfen wollen. Der Plan strebt Evidenz-basierte Interventionen an. Er versteht sich als Leitfaden für eine Entscheidungsfindung innerhalb und außerhalb des NCI. Die Vision: bis 2015 die Gesellschaft von Leiden und Tod durch Krebs befreien.

Die Mission: mit der Erforschung der Tumorentstehung und -behandlung die Last und die negativen Effekte der Tumorkrankheiten reduzieren. Der ACS-Plan beschreibt anhand ausführlicher Daten, Grafiken und Diagramme das Tumorge-schehen und leitet daraus ab, wie wahrscheinlich welche Ziele im Jahr 2010 und 2015 erreicht werden. Dabei gewichtet die ACS ihr Engagement für verschiedene Tumoren unterschiedlich. So beansprucht sie eine Führungsrolle bei Darm-, Lun-gen- und Brustkrebs, aber nur eine Teilnehmerrolle bei Prostata- und Hautkrebs. Gebärmutterhalskrebs und andere Tumorarten werden gar nicht erwähnt.

In Frankreich existiert seit 2003 ein nationaler Krebsplan („Cancer – a nationwide mobilization plan“; 42 Seiten). Er benennt 70 umzusetzende Maß-nahmen. Der Maßnahmenkatalog wurde Bestandteil der Gesundheitspolitik der Regierung Chirac und wurde politisch wie auch finanziell gefördert. 2006 zog der Präsident eine Zwischenbilanz und benannte als Herausforderung der zukünftigen Krebsbekämpfung eine Reduktion des Gebrauchs krebsfördernder Genussmittel (Alkohol, Rauchen, Drogen), einen Ausbau der Früherkennung und ein Verstär-ken der Forschung (Nationales Krebsforschungsprogramm). Aus diesem Anlass nahm Le Monde in einer 6-seitigen Sonderbeilage „Spécial Cancer“ das Thema für die breite Öffentlichkeit auf. Im August 2007 ist ein ausführlicher Statusbericht erschienen, der insbesondere auch Aspekte der Finanzierung von Krebsforschung und Krebsbehandlung einschließt.

In England liegt seit September 2000 ein 98-seitiger Plan des National Health Service vor. Im Jahr 2004 wurde das „Manual for Cancer Services“ (Um-fang 548 Seiten) als integraler Bestandteil des Nationalen Krebsplans publiziert. Darüber hinaus entstehen zu allen wichtigen Tumorentitäten die sogenannten „Indication Specific Measures“, die auf insgesamt ca. 700 Seiten nochmals wei-tere Details festschreiben. Im NHS Cancer Plan Progress Report aus dem Jahre 2005/2006 wird betont, dass die Krebsbekämpfung für das NHS Priorität hat. Der Bericht formuliert als Handlungsschwerpunkte für die nächste Zeit die landeswei-te Verbesserung des Betreuungsangebotes für Krebspatienten, die Verbesserung der Zusammenarbeit im Rahmen der Netzwerke sowie die Beseitigung der lan-desweiten Unterschiede in der Krebsversorgung.

In Dänemark erschien ein erster nationaler Krebsplan, erarbeitet vom „National Board of Health“, im Februar 2000. Darin wurde analysiert, warum Dänemark eine höhere Neuerkrankungsrate und eine geringere Überlebensrate als die anderen skandinavischen Länder aufwies. Es zeigte sich, dass Patienten mit Krebsverdacht von den Hausärzten nicht oder zu spät an Spezialinstitutio-nen weiter geleitet werden und dort die Diagnose mit bildgebenden Verfahren zu langsam gestellt wurde. Sofortmaßnahmen verbesserten die Situation bis zum Zwischenbericht 2004 deutlich. Eine erweiterte Fassung des nationalen Krebs-plans formulierte Anfang 2005 als Hauptziele die Verbesserung der Krebsprä-vention, die Förderung der Diagnose- und Therapieangebote über eine nationale Stiftung sowie die Verbesserung des Krebsmonitorings zur frühzeitigen Ermittlung von Trends. Insgesamt listet der Plan 115 Empfehlungen auf.

In der Republik Irland wurde 1996 ein Nationaler Krebsplan veröffent-licht. Die wesentlichen Schwerpunkte waren Prävention und Bewusstsein für Krebs, Patientenaufklärung, Frühdiagnose und Screening, Behandlungszugang und Behandlungsqualität, Koordination und Krankheitsmanagement, Kosteneffektivität sowie Forschung und Lehre. Ziel war es, die Rate der Krebstodesfälle bei unter 65-jährigen um 15% zu senken. Mit zusätzlichen Investitionen von 400 Mio. Euro wurde dieses Ziel bereits 2000 erreicht.

Weitere europäische Staaten haben Pläne aufgelegt, die vor allem für die Früherkennung Ziele formulieren, wie etwa Spanien, Norwegen, Österreich, Belgien, Portugal, Niederlande und Polen. Die schwedische Regierung hat im August 2007 den Auftrag erteilt, sondierende Vorar-beiten für die Erstellung eines nationalen Krebsplans aufzunehmen.

1.2.2. Der Nationale Krebsplan in Deutschland

Am 16.6.08 stellten Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, Michael Bamberg (DKG), Friedrich Carl Janssen (Krebshilfe) und Ferdinand Hofstädter (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren) gemeinsam einen nationalen Krebsplan vor. In dem Papier werden zunächst für die Zeit bis 2010 vier Handlungsfelder (mit 13 Zielen) definiert:

- Weiterentwicklung der Früherkennung
- Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung
- Sicherstellung einer effizienten onkologischen Arzneimittel-Therapie
- Stärkung der Patientenorientierung.

Diverse Gremien arbeiten derzeit die Handlungsfelder weiter aus.

1.2.3. Der Strategieplan Krebs der DKG

Die DKG möchte als größte wissenschaftlich-onkologische Fachgesellschaft in Deutschland mit ihrem Strategieplan Krebs ein eigenes Positionspapier zur Zukunft der Onkologie in Deutschland vorlegen. Da die DKG in ihren drei Sektionen ärztliche, forschende und industrielle Kompetenz bündelt, spricht sie für die Mehrheit der onkologischen Experten in Deutschland. Ein solcher Strategieplan



kann nur dann Erfolg haben, wenn jeder der angesprochenen Akteure sich auf seine Integrationsfähigkeiten besinnt und entsprechend eigene Interessen dem gemeinsamen Ziel unterordnet. Um die Integrationsfähigkeit weiter zu befördern, kann ein Nationales Managementboard oder Nationales Führungsgremium eingerichtet werden, das weniger auf einer inhaltlichen, als vielmehr auf einer Modusebene die Ausgestaltung des Strategieplans organisiert und vorantreibt. Um inhaltlich weiter zu kommen, beruft das Führungsgremium Konsensustreffen ein.

Der Strategieplan Krebs der DKG fühlt sich drei Grundwerten verpflichtet:

■ 1. Evidenzbasierte Medizin bildet die Richtschnur des Handelns.

Forschungs- und Versorgungsstrategien richten sich nach der verfügbaren Evidenz und streben danach, Erkenntnisse mit höherer Evidenz zu gewinnen. Medizinisches Handeln soll den Prinzipien der Evidenzbasierten Medizin folgen, das heißt, bestmögliche wissenschaftliche Erkenntnisse sollen in Kombination mit persönlichen Erfahrungen auf den individuellen Fall angewendet werden.

■ 2. Der Mensch steht im Mittelpunkt.

Jede vorgeschlagene Maßnahme soll das Selbstbestimmungsrecht aller am Gesundheitsgeschehen beteiligten Menschen wahren. Das sind auf der einen Seite tatsächliche und potentielle Leistungsnehmer wie Patienten und Versicherte und auf der anderen Seite Leistungserbringer wie Ärzte und Pflegekräfte. Kommt es dabei zu einem Interessenskonflikt, haben Leistungserbringer das Wohl der ihnen anvertrauten Leistungsnehmer über ihr eigenes Wohl zu stellen.

■ 3. Die finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen sind begrenzt.

Da die Mittel für die Onkologie ebenso begrenzt sind wie für Gesundheitsausgaben im Allgemeinen, wäre es unredlich zu fordern, dass alle vorgeschlagenen Maßnahmen umgesetzt werden sollen, selbst wenn sie wünschenswert sind. Eine Möglichkeit, dennoch gestalten zu können, besteht in einer Priorisierung der Maßnahmen, dies allerdings unter sorgsamer Beachtung unserer ethischen Grundlagen, die Selbstbestimmung und Würde des Individuums berücksichtigen. Priorisierung bedeutet, dass die Maßnahmen nach ihrer Dringlichkeit, Effektivität und ihren Auswirkungen bewertet werden. Damit wird gewährleistet, dass bei Mittelknappheit Maßnahmen mit hoher Priorität vorrangig umgesetzt werden. Der Strategieplan Krebs der DKG formuliert deshalb im Folgenden in den Abschnitten mit der Überschrift „Wohin wollen wir?“ jeweils Perspektivfelder mit hoher Priorität.

2. FORSCHUNG

Krebsforschung generiert neue Erkenntnisse über Krebsentstehung, Krebsprävention und Krebsbehandlung. Die Behandlung von Krebs kann Heilung, Lebensverlängerung oder höhere Lebensqualität zum Ziel haben. Das Methodenspektrum umfasst naturwissenschaftliche Laborverfahren der Biologie, Mikrobiologie und Genetik, epidemiologische und statistische Verfahren sowie klinische Studien und Anwendungsstudien. In der DKG ist die Forschung in den beiden Abteilungen Experimentelle Krebsforschung und Klinische Krebsforschung organisiert.

In den vergangenen zwei Jahrzehnten hat sich die Krebsforschung grundlegend gewandelt. War zuvor die Chemie mit einer Annäherung durch Ausprobieren die Methode der Wahl, erlaubt heute die Biologie ein echtes Verstehen der Krebsmechanismen. So fragt die experimentelle Krebsforschung, auch als Grundlagenforschung bezeichnet, nach den genetischen und molekularen Eigenschaften eines Tumors und den Bedingungen, die zu seiner Entstehung, Ausbreitung und Metastasierung führen. Das hat bereits Auswirkungen auf die Therapie: Während zuvor chemisch erzeugte, kleinmolekulare Substanzen entwickelt wurden, die pauschal die Zellteilung unterbanden, verlassen jetzt zunehmend hochmolekulare, biotechnologisch gewonnene „Biologicals“ die Entwicklungslabors der Pharmaindustrie. Diese Biologicals, wie etwa humanisierte monoklonale Antikörper, greifen gezielt ins Tumorgeschehen ein, um beispielsweise das Neuwachstum von Blutgefäßen zu unterbinden.

Darüber hinaus fragt die experimentelle Krebsforschung auch nach den genetischen und molekularen Wechselwirkungen zwischen Patient, Tumor und Medikament. Die experimentelle Krebsforschung hilft demnach zu verstehen, warum

Therapien individuell verschieden wirken und sie gibt Hinweise darauf, wie man die Therapien an einzelne Patienten anpassen kann. Dieser auf Verständnis aufbauende, individualisierte Therapieansatz wird auch die weitere Zukunft der Krebsforschung bestimmen.

Aufgabe der klinischen Krebsforschung – im Folgenden in den Kapiteln Prävention und Therapie behandelt – dagegen ist es, neue Präventions- und Therapiekonzepte aus der experimentellen Krebsforschung auf ihre Wirksamkeit in der Praxis hin zu überprüfen. Denn individuelle Unterschiede der Patienten, Probleme beim Transport der Substanzen von der Blutbahn oder dem Magendarmtrakt zur zellulären Zielstruktur oder Interaktionen mit dem Stoffwechsel des menschlichen Organismus können Hürden in der Praxis aufbauen, die die Wirksamkeit einer Therapie mindern.



2.1. Rahmenbedingungen

■ Wo stehen wir?

Krebsforschung wird in verschiedenen Einrichtungen betrieben: in den naturwissenschaftlichen und medizinischen Fakultäten der Universitäten, in außeruniversitären Forschungseinrichtungen wie zum Beispiel den Max-Planck-Gesellschaften, in engagierten Kliniken und Praxen niedergelassener Ärzte, in Krebsregistern sowie in der Pharma- und Medizingeräteindustrie. Der sektorenübergreifenden Forschung und Versorgung in Netzwerken unterschiedlicher Organisationsstruktur kommt dabei eine herausragende Rolle zu. Die Teilhabe am Erkenntnisgewinn

durch Teilnahme an klinischen Studien ist unabdingbar. Dabei sollen administrative Regularien die lege artis-Durchführung von klinischen Studien unterstützen und dürfen sie keinesfalls behindern.

Die Krebsforschung wird der Krankheitslast entsprechend angemessen gefördert. Das Volumen der Projekte, die sich mit Krebsforschung beschäftigen, belief sich in den Jahren 2000 bis 2005 auf insgesamt etwa 366,9 Millionen Euro, wovon 147,7 vom BMBF aufgebracht wurden, 76,2 von der DFG, 69,6 von der EU, 56,7 von Stiftungen und vor allem von der Deutschen Krebshilfe und 16,7 von den Ländern. Mit diesem Volumen, das 2,5% der Ausgaben für die Krebsbehandlung entspricht, rangieren die Krebserkrankungen nur knapp hinter den neurologischen und psychischen Erkrankungen auf Platz zwei. Die Industrie investiert in Europa 2,3 Milliarden Euro in die Krebsforschung.

Derzeit gibt es kein bundesweites Krebsregister, mit Ausnahme des 1980 in Mainz angesiedelten Kinderkrebsregisters. Die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister müht sich zwar, bestmögliche Zahlen aus den unterschiedlichen Länderkrebsregistern – sofern vorhanden – zu generieren, doch sind Daten, etwa aus dem Krebsregister des bevölkerungsschwachen Saarlandes, nur mit großen Unsicherheiten auf Gesamtdeutschland extrapolierbar.

Eine Initiative von Anfang 2009 zur Verabschiedung eines nationalen Krebsregistergesetzes bis zum Ende der Legislaturperiode (9/09) kann die im Augenblick bestehenden Hürden der Datenzusammenführung aus den epidemiologischen Länderkrebsregistern wegen Unterschieden beim Datenschutz überwinden. Das Vorhaben ist deshalb sehr zu begrüßen und uneingeschränkt zu unterstützen. Unabhängig davon sind Defizite bei der Vollständigkeit der Datenerhebung zu beseitigen und bei der Meldedisziplin auf Landesebene weiter zu verbessern.

■ Wohin wollen wir?

Der größte Handlungsbedarf bei den Rahmenbedingungen der Krebsforschung besteht nach Ansicht der DKG im bundesweiten Ausbau und in der Harmonisierung der epidemiologischen sowie klinischen Krebsregister. Erst mit den Daten aus den Krebsregistern lässt sich die Wirksamkeit von präventiven und therapeutischen Maßnahmen realistisch einschätzen.

Das bedeutet, dass ohne verlässliche Daten, unwirksame, nutzlose oder sogar schädliche Maßnahmen nicht als solche erkannt und Patienten wie Budgets unnötig belastet werden. Ein zweites Handlungsfeld betrifft die Durchführung unab-

hängiger klinischer Forschung. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass die Durchführung nicht durch übermäßige formale und administrative Regularien behindert wird.

■ **Wie kommen wir dorthin?**

Die Arbeitsgemeinschaften innerhalb der Deutschen Krebsgesellschaft könnte bei den Vorbereitungen und dem Planen weiterer Schritte eine Führungsrolle übernehmen. Zunächst sind folgende Fragen zu beantworten:

- Kann ein flächendeckendes, bundesweites Krebsregister von der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland und der Arbeitsgruppe zur Koordination klinischer Krebsregister (AKKK) umgesetzt werden?
- Welche Rolle spielen dabei weitere Organisationen und die Arbeitsgemeinschaften wie Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V., die Gesellschaft der epidemiologischer Krebsregister Deutschlands e.V., das Forum Klinischer Krebsregister AG, das Robert Koch Institut (RKI), das Statistisches Bundesamt Wiesbaden, die Landeskrebsregister und andere?
- Kann das gesteckte Ziel mit den vorhandenen Strukturen und Ressourcen erreicht werden oder müssen neue Strukturen geschaffen und weitere Ressourcen erschlossen werden?
- Wie kann die bundespolitische Initiative für ein nationales Krebsregistergesetzes wirksam durch die DKG unterstützt werden ?
- Können alle individuellen Daten auf der Chipkarte des Erkrankten gespeichert, durch Ärzte oder Krankenkassen dort ausgelesen und zur Auswertung direkt an eine Institution überspielt werden?
- Welche Rolle kann die geplante flächendeckende Einführung der elektronischen Patientenakte zukünftig spielen?
- Welche Rolle spielt die gesetzlich geregelte sektorübergreifende Qualitätssicherung?
- Wie kann sichergestellt werden, dass die erfassten Daten für eine Nutzen-Schadens-Bewertung der Präventionsmaßnahmen geeignet sind?

2.2. Grundlagen

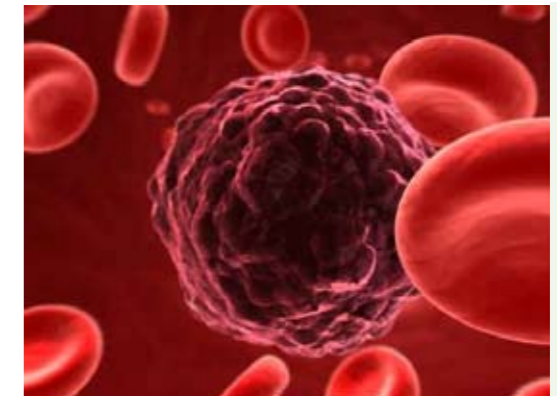
■ **Wo stehen wir?**

Die Grundlagenforschung, oder experimentelle Krebsforschung, hat in den vergangenen Jahren mit ihrem molekularbiologischen Instrumentarium enorme Fortschritte gebracht. Die molekularen Prinzipien der Tumorentstehung und Verbreitung sind sehr weitgehend verstanden. Mit diesem Wissen wurden inzwischen Diagnostikverfahren sowie zielgerichtete Arzneimittel entwickelt, die an unterschiedlichen Stellen im Tumorgeschehen angreifen. Die Vielfalt der Tumorarten und -charakteristika bringt es mit sich, dass im Detail noch Wissenslücken bestehen, die eventuell zu weiteren neuen Arzneimitteln und Verfahren führen können.

Forschungsschwerpunkte bilden derzeit folgende Themen:

Tumor-Stroma Interaktionen: Die bisherige Vorstellung, dass allein die entsprechenden Fehler im Erbgut einer Tumorzelle für die Entstehung, Verbreitung und Metastasierung des Tumors verantwortlich sind, weicht inzwischen der Erkenntnis, dass auch andere Zellen, mit denen der Tumor im Patientenorganismus in Kontakt kommt, eine entscheidende Rolle spielen und zwar hemmend wie unterstützend. Dies gilt vor allem für Tumor-assoziierte Fibroblasten, Makrophagen und andere Immunzellen.

Tumor-Stammzellen: Wie sehen die Vorläuferzellen eines Tumors aus, das heißt, welche entscheidenden Veränderungen treten wann auf, um Kontrollmechanismen in einer Zelle so auszuschalten, dass die Zelle entarten und sich den Verteidigungsmechanismen des Organismus entziehen kann?



Zielgerichtete Therapien: Der Vorteil von Therapien, die sich gegen eine Tumorspezifische molekulare Struktur richten, liegt nicht allein in ihrer höheren Spezifität gegenüber den klassischen Zytostatika, sondern auch in der Möglichkeit, das Ansprechen der Therapie vorherzusagen und zu verfolgen. So lässt sich etwa das erfolgreiche Blockieren eines Rezeptors, an den ein Wachstumsfaktor andocken soll, über die Konzentration einzelner Faktoren der nachfolgenden Signalketten bestimmen.

Personalisierte Medizin und Pharmacogenomics: Da sich individuelle Unterschiede generell auch auf der Ebene molekularer Strukturen im Organismus manifes-

tieren, sprechen Patienten unterschiedlich auf bestimmte Therapien an. Patient, Tumor und Medikament interagieren auf Molekül- und Genomebene teilweise sehr individuell. Je spezifischer eine Therapie gegen eine molekulare Struktur gerichtet ist, desto stärker wirken sich solche individuellen Unterschiede aus. So lässt sich mithilfe passender Marker vorhersagen, ob ein Patient auf die Therapie ansprechen wird.

Medizinische Systembiologie: Statt einzelne Stoffwechselprozesse zu beschreiben, versucht die Systembiologie, alle Prozesse, die in einer Zelle, einem Organ oder einem Organismus ablaufen, in einen qualitativen, quantitativen und zeitlichen Zusammenhang zu stellen. Dieser Ansatz verspricht auch für die Tumorbiologie wichtige neue Erkenntnisse.

Regulation der zellulären Proliferation und Differenzierung: Das Wesen einer Krebszelle liegt in ihrer Eigenschaft begründet, auf interne und externe Kontrollmechanismen nicht mehr anzusprechen. Wie die Prozesse des Wachstums und Veränderung reguliert beziehungsweise nicht mehr reguliert werden, ist daher ein wichtiger Forschungszweig der Experimentellen Krebsforschung. Ein neuer Parameter der Regulation sind beispielsweise nicht-kodierende RNA-Moleküle. Zudem gibt es erste Ansätze, bekannte und neue Verfahren für eine „molekulare“ Bildgebung zu nutzen, die dazu dienen könnten, biologische Vorgänge sichtbar zu machen. Damit ließen sich unter Umständen Tumoren frühstadien erkennen. Krankheitsverläufe vorhersagen, Therapieerfolge dokumentieren und die Wirksamkeit von Substanzen in der Arzneientwicklung messen. Auf dem Gebiet der Prävention, speziell der Vorbeugung und Nachsorge, rückt die Bedeutung der Lebensführung in den Vordergrund. Daten aus der epidemiologischen Forschung, der präventiven Phase III – Studien der Grundlagenforschung, der Bewegung und Ernährung nachhaltig zu Gunsten des Kranken modulieren lässt.



■ Wohin wollen wir?

Hier sind zwei Schwerpunkte zu nennen:

Zum einen soll die Forschung auf dem Gebiet der Pharmakogenomics besonders vorangetrieben werden, da sie den Schlüssel zu individuellen und damit gezielteren und effektiveren Therapien bereit hält.

Zum zweiten besteht aus Sicht der DKG Verbesserungspotential vor allem hinsichtlich der translationalen Umsetzung, also der Umsetzung der Erkenntnisse aus der Forschung in die klinische Anwendung, da alle Fortschritte der Forschung akademischer Natur bleiben, wenn sie keinen Eingang in die Praxis finden.



■ Wie kommen wir dorthin?

Neben einer besonderen Förderung der Pharmakogenomics-Forschung wird es Aufgabe sein, Anreizsysteme zu schaffen, die Institutionen und experimentelle Krebsforscher dazu bewegen, ihre Erkenntnisse der weiteren Entwicklung zugänglich zu machen.

Anreize, die translationale Umsetzung zu intensivieren, könnten bestehen in:

- finanziellen Zuwendungen
- logistischer Unterstützung
- Etablieren von Kontaktforen
- Freistellen der Forscher von anderen Aufgaben
- Intensivierung der Zusammenarbeit mit kommerziellen forschenden Institutionen / Industrie
- Etablierung neuer Forschungsstrukturen (Public / Private Partnership Modelle)
- Erschließung von Forschungskapital (Venture Capital)

2.3. Prävention

2.3.1. Primärprävention

■ Wo stehen wir?

Forschung, wie sich Krebs verhindern lässt, hat bislang auf zwei Ebenen stattgefunden: auf der Ebene des individuellen Verhaltens und auf der Ebene der medizinischen Intervention. Rauchen ist als massiver Risikofaktor mittlerweile unumstritten. Als schwächere Risikofaktoren für bestimmte Tumorarten gelten Alkohol, Übergewicht, Bewegungsmangel, UV-Licht, Mangelernährung und andere Faktoren. Der latente Verdacht, dass Elektromog ein Risikofaktor sein könnte, hat sich nicht bestätigt.

Auf der Ebene der medizinischen Intervention hat in den vergangenen Jahren die Erkenntnis, dass eine anhaltende Infektion mit bestimmten Humanen Papillomviren eine Voraussetzung für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs darstellt, zu der Entwicklung von Impfstoffen geführt, die mittlerweile im Markt etabliert sind. Versuche, das individuelle Krebsrisiko mit Medikamenten zu senken, verliefen dagegen bislang wenig Erfolg versprechend.

■ Wohin wollen wir?

Die DKG hält es für lohnenswert, der Frage weiter nachzugehen, ob bei anderen Tumorarten ähnlich klare Zusammenhänge mit einer Infektion bestehen wie beim Gebärmutterhalskrebs.

■ Wie kommen wir dort hin?

Eine spezielle Förderung ist notwendig, um die angestrebten Ziele zu erreichen.

2.3.2. Sekundärprävention

■ Wo stehen wir?

Verschiedene Verfahren werden erforscht, um Tumoren vor einer Metastasierung in einem therapierbaren Stadium zu erkennen:

- der Nachweis von Krebsmarkern im Blut, Urin und Stuhl,
- verschiedene bildgebende Verfahren,
- zytologische Techniken.

Bislang konnten nur der Pap-Abstrich, die Mammographie und die Koloskopie sowie der Stuhltest auf okkultes Blut eine aus medizinischer Sicht positive Schaden-Nutzen-Bilanz als Screening-Verfahren nachweisen oder zumindest plausibel begründen. Es werden jedoch auch andere Verfahren propagiert und

teilweise auch von den Kassen übernommen. Es sind aber auch Entwicklungen zu erkennen, dass beispielsweise die Einführung der HPV-Impfung und das damit ausgelöste Bewusstsein in der betroffenen Bevölkerung, zu einer Steigerung der Nutzung der bereits etablierten Verfahren führt.

Der Forschung stellen sich folgende Aufgaben:

- Entwicklung neuer Verfahren für die Früherkennung weiterer Tumorarten,
- die Erhöhung von Sensibilität und Spezifität bestehender Verfahren,
- die Verbesserung der Prognostizierbarkeit entdeckter Tumoren,
- die Identifizierung von Risikopopulationen,
- die Evaluierung neuer und bestehender Verfahren,
- die Qualitätssicherung bestehender Verfahren,
- die Evaluierung von Informationsangeboten zur informierten Entscheidungsfindung (Informed Decision Making).



■ Wohin wollen wir?

Die Forschung soll nach Ansicht der DKG vorrangig dazu beitragen, Risikogruppen etwa über genetische Muster zu identifizieren, neue und bestehende Verfahren zu evaluieren.

■ Wie kommen wir dorthin?

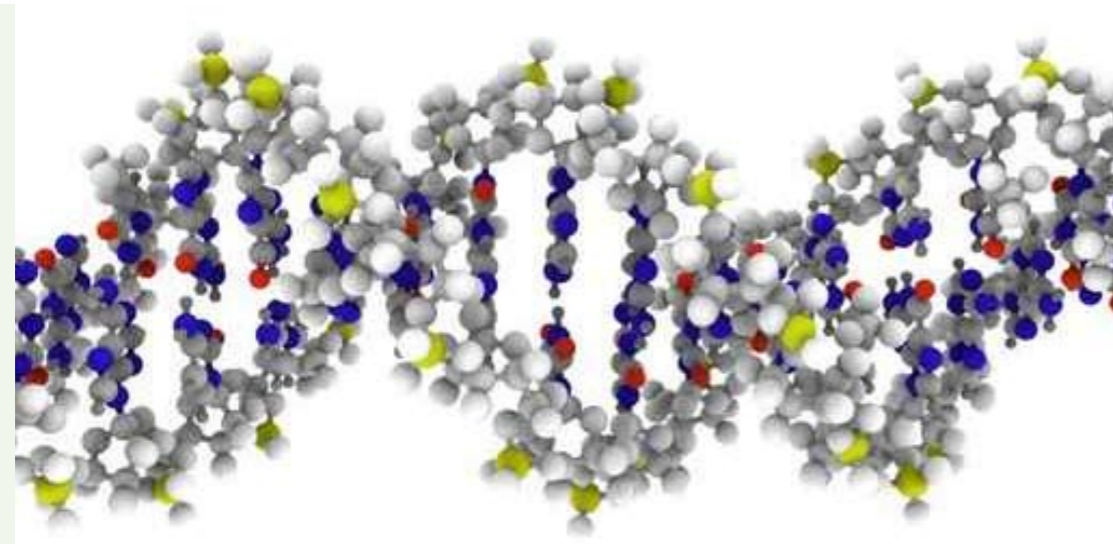
Entsprechende Projekte sollen gezielt gefördert, die bundesweite Entwicklung kompatibler klinischer Krebsregister und deren Zusammenarbeit verbessert werden (siehe Rahmenbedingungen).

2.4. Therapie

■ Wo stehen wir?

Die Therapie früher sowie fortgeschrittener Tumoren zu verbessern, indem neue Arzneimittel und neue Verfahren entwickelt werden, ist das übergeordnete Ziel der Krebsforschung. Erfolge der jüngeren Vergangenheit haben gezeigt, dass der Weg mühsam, aber Erfolg versprechend ist. Derzeit stehen folgende Themen im Fokus der Forscher: Etablieren molekularer Marker und Parameter für neue und effektivere Therapien: Sind in der experimentellen Krebsforschung gefundene Moleküle, die eine Schlüsselstellung im Tumorgeschehen einnehmen, prinzipiell zugänglich, lassen sich unter Umständen passende Wirkstoffe konstruieren, die dann in das Tumorgeschehen eingreifen können.

■ Etablieren molekularer Marker und Parameter für individualisierte Therapien: In der genetischen und molekularen Ausstattung sowohl des Immunsystems als auch des Tumors bestehen von Patient zu Patient individuelle Unterschiede. Der Forschungszweig der Pharmacogenomics versucht diese Unterschiede



als so genannte Marker zu erkennen und in Beziehung zu der individuellen Wirkung von Arzneien zu setzen. Mithilfe relevanter Marker lassen sich existierende Therapien gezielter anwenden und neue Therapien gezielter entwickeln.

Verwenden der „Omics“-Technologien für die raschere Entwicklung von Arzneimitteln und Verfahren: Wenn potenzielle Wirksubstanzen mit den Zellen eines Organismus interagieren, hinterlassen sie Spuren, die auf verschiedenen Ebenen und entsprechend mit verschiedenen Techniken nachweisbar sind – die Methode der so genannten Transcriptomics sucht nach mRNA-Molekülen, die der Metabonomics nach Stoffwechselprodukten und die der Proteomics nach Proteinmustern. An diesen Spuren lässt sich früher und besser abschätzen, wie wirksam und wie toxisch eine Substanz ist.

■ Ausloten der Nanotechnologie als Transportvehikel für Arzneimittel: Eine Substanz wirkt umso spezifischer, je genauer sie zu ihrem Zielort gelangt. Gerade in der Onkologie sind die Zielorte meist schwer zugänglich und nicht nur an einer Stelle lokalisiert. Um Wirkstoffe gezielt zu den Tumorzellen zu bringen, könnten Nanopartikel als Verpackung und zum Transport dienen.

■ Neue Behandlungsmöglichkeiten mithilfe der Immun- und Gentherapie: Auch wenn die Gentherapie die großen Erwartungen, die in sie gesteckt wurden, auf breiter Basis nicht erfüllen konnte, ist sie dennoch in Teilbereichen hilfreich. Auch eine gezielte Aktivierung des Immunsystems zur Bekämpfung der Krebszellen bietet potenziell große Möglichkeiten.

■ Nebenwirkungsärmere Therapien: Der Nutzen einer Tumorthherapie bemisst sich nicht allein nach ihrer zerstörenden Wirkung auf den Tumor, sondern viel mehr nach der Bilanz aus erwünschter Wirkung und unerwünschten Nebenwirkung. Deshalb lässt sich der Nutzen einer Therapie auch dadurch erhöhen, dass die Nebenwirkungen und Spätfolgen reduziert werden.

■ Neue, schonendere Operationsmethoden: Der Chirurgie kommt eine herausragende Bedeutung in der Behandlung vor allem früher Tumoren zu. Immer weiter verfeinerte Verfahren lassen möglichst gründliche, dabei aber möglichst schonende Operationen zu, um die Patienten einerseits zu heilen, sie aber gleichzeitig möglichst wenig zu belasten.

■ Neue radiologische Therapien: Wie für die medikamentöse und operative Behandlung gilt auch für die Strahlenbehandlung, dass sie möglichst gezielt den Tumor effektiv bekämpfen und gesundes Gewebe möglichst schonen soll.

■ Die Förderung der Palliativmedizin, speziell der Symptomkontrolle wie z.B. einer effektiven Behandlung von Tumorschmerzen und der terminalen Krankenbetreuung: Angesichts der gesundheitspolitischen Zwänge zur Priorisierung im

Gesundheitswesen kommt einer umfassenden und kompetenten Betreuung Krebskranker in ihrer letzten Lebensphase eine besondere Bedeutung zu. Es gilt, in jeder Phase der Erkrankung Lebensqualität zu erhalten.

■ Psychoonkologie zur umfassenden Betreuung von Krebspatienten: Ein Krebsleiden belastet die Patienten nicht nur körperlich, sondern auch psychisch. Eine spezifische psychoonkologische Betreuung verbessert nicht nur die Lebensqualität der Patienten, sondern sie kann ihnen auch helfen, die Therapien besser durchzustehen.

■ Versorgungsforschung zur Evaluierung und Verbesserung der Therapien: Mit dem Etablieren einer Therapie erlischt der Forschungsauftrag nicht, da auch die größten klinischen Studien mit Schwächen behaftet und nur bedingt auf das gesamte Patientenkollektiv übertragbar sind. Der Nutzen einer Therapie muss deshalb in der Praxis mit einer größeren Anzahl an Patienten und über einen längeren Zeitraum überprüft werden. Nur so können sie gegebenenfalls auch verbessert werden.

■ Die besonderen Bedürfnisse von Langzeitüberleben: Frühere und effektivere Therapien führen nicht nur dazu, dass Patienten geheilt werden können, sondern auch dazu, dass sie mit ihrer Krankheit länger leben. Diese Patientengruppe stellt besondere Anforderungen an Kontrolle, Langzeittherapie, Anfälligkeit für andere Krankheiten und anderes.

■ Wohin wollen wir?

Nach Ansicht der DKG wird eines der Hauptziele im Kampf gegen Krebs sein, die Heilungschancen sowie Überlebenszeiten mit Hilfe neuer und individualisierter Therapien weiter zu erhöhen. Vorrangig soll die Klinische Krebsforschung molekulare Marker etablieren und operative wie radiologische Verfahren weiter entwickeln.

Ein weiteres Hauptziel ist die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten. Somatische und psychoonkologische Bedürfnisse intensiver erforscht, Neben- und Spätwirkungen reduziert und schonendere Verfahren entwickelt werden.

■ Wie kommen wir dort hin?

Neben der weiteren Förderung der Entwicklung neuer Therapien muss die Versorgungsforschung, die die individuelle Behandlung in einem allgemeinen Rahmen evaluiert, gestärkt werden. Hierzu bedarf es einer engen Kooperation von onkologischen Zentren und assoziierten onkologischen Schwerpunktpraxen.

3. VERSORGUNG

Den besten Schutz vor dem Tod durch Krebs bietet die Prävention, die eine Entstehung von Krebs aus Vorstufen verhindert oder ihn in frühen, heilbaren Stadien erkennt. Die Versorgung von Tumorpatienten hat zunächst die Heilung des Patienten zum Ziel, ist dies nicht mehr möglich, die Lebensverlängerung, und ist auch dies nicht mehr möglich, die Erhaltung der Lebensqualität bis zum Lebensende. In allen Bereichen wurden in den vergangenen Jahren Fortschritt erzielt.

Dabei hat die Versorgung von Krebspatienten eine tief greifende Umwälzung erfahren. Bislang wurden Patienten in den entsprechenden klinischen Abteilungen behandelt, die für das vom Tumor betroffene Organ zuständig sind. Die heutigen Methoden zwingen dagegen zunehmend zum interdisziplinären und interprofes-



sionellen Handeln. Verstärkt wird diese Tendenz durch die Einsicht, dass auch die Wahl der Behandlungsmethode – Operation, Bestrahlung und medikamentöse Therapie – nicht nach den Präferenzen der Abteilungen, in die die Patienten eingewiesen wurde, erfolgen sollte, sondern ebenfalls im interdisziplinären Austausch, erarbeitet in gemeinsamen Tumorkonferenzen.

Seit einigen Jahren ermitteln Expertengremien nach wissenschaftlichen Kriterien den bestmöglichen Standard der jeweiligen Behandlung und schreiben ihn in interdisziplinär erarbeiteten Leitlinien fest. Diese Leitlinien ermöglichen eine durchgehend hohe Versorgungsqualität. Deshalb haben sich die DKG, die Deutsche

Krebshilfe (DKH) und die Arbeitsgemeinschaft Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) gemeinsam dazu entschlossen, weitere Leitlinien für die verschiedenen Tumorentitäten zu erarbeiten und zu etablieren. Die koordinierende Begleitung wird durch das onkologische Leitlinienprogramm übernommen, in dem DKG, DKH und AWMF zusammenarbeiten.

Um die Leitlinien mit kontrollierter Qualität umsetzen zu können, wird eine flächendeckende, also bundesweite, inhaltlich möglichst einheitliche Dokumentation benötigt. Dazu dienen die bereits beim Thema Forschung erwähnten epidemiologischen und klinischen Krebsregister.

Zur hohen Versorgungsqualität trägt außerdem bei, dass die Behandlung mehr und mehr von eng kooperierenden klinischen und ambulanten vertragsärztlichen Schwerpunkten bzw. Zentren organisiert wird, die Zertifikate der DKG erwerben können. Die Zertifizierung stellt einen einheitlich hohen Standard sicher.



Zu einer umfassenden Versorgung gehört auch die professionelle Unterstützung von Krebsbetroffenen und ihrer Angehörigen bei psychosozialen Problemstellungen, die vor, während und nach der medizinischen Behandlung auftreten können. Notwendig ist vielfach der Abbau von krankheitsbedingten psychischen Belastungen oder die Hilfestellung bei sozialrechtlichen Sachverhalten, um schließlich eine Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen. Die fachgerechte medizinische Basisinformation zur Verbesserung des Verständnisses der Krankheit und der diagnostischen und therapeutischen Optionen hilft krebserkrankten

Menschen, eine informierte Entscheidung zu treffen. Hier leisten ambulante Krebsberatungsstellen, die unbürokratisch und kostenlos von allen Ratsuchenden genutzt werden können, wichtige Arbeit.

3.1. Rahmenbedingungen

■ Wo stehen wir?

Bereits 1976 wurde ein neues Versorgungskonzept für Krebspatienten in Deutschland etabliert: An mehreren Universitätskliniken, z.B. in Hamburg, Essen, Ulm, Köln und München, entstanden die ersten Zentren in der Onkologie. Ihre Tätigkeit konzentrierte sich neben der vordringlichen Verbesserung der klinischen und ambulanten Versorgung Krebskranker auf ärztliche, pflegerische und psychosoziale Fortbildung und die Erstellung klinischer Register. Eine Evaluation im Jahr 2000 zeigte, dass diese Zentren mehrheitlich nicht den internationalen Anforderungen an eine überregionale klinische Krebsregistrierung genügten.

Daraufhin hat die Deutsche Krebsgesellschaft ein Konzept für neue Versorgungsstrukturen in der Onkologie erarbeitet, das besonders die interdisziplinären Kooperationen aller beteiligten Fachgruppen und Institutionen einfordert. Die neue Struktur sieht drei Versorgungsstufen vor, die in enger Kooperation mit ambulanten Versorgungseinheiten die Behandlung der Patienten optimieren und durch die Nutzung von Synergien auch die finanziellen Ressourcen besser nutzen sollen. Die drei Stufen lassen sich folgendermaßen charakterisieren:

1. Organkrebszentren

Die Organkrebszentren bilden einen strukturellen Rahmen für das Zusammenwirken von Fachexperten vor Ort. In ihnen können die Fachdisziplinen in den Krankenhäusern sowie die Kliniken mit den niedergelassenen Ärzten eng kooperieren. Die Kooperation schlägt sich etwa in gemeinsamen Tumorkonferenzen vor Beginn einer Therapie nieder, wobei sich die Therapieempfehlung an den aktuellen Leitlinien orientiert. Die nötige Qualität in Diagnostik und Therapie wird in einem Zertifizierungsverfahren durch externe Fachexperten vor Ort überprüft. So haben sich (Stand 4/2009) 215 Brustkrebszentren erfolgreich diesen intensiven Prüfungsverfahren unterzogen, sowie 114 Darmkrebszentren, 30 Prostatakrebszentren und 12 Gynäkologische Krebszentren. Im Jahr 2009 wurde mit der Zertifizierung von Hautkrebs- und Lungenkrebszentren begonnen.

2. Onkologische Zentren

Die Onkologischen (Klinischen) Zentren verbessern als zusätzliche regionale Anlaufstellen die Qualität der Versorgung – und zwar flächendeckend in ganz

Deutschland. In diesen Zentren findet in Kooperation mit vertragsärztlichen onkologischen Schwerpunktpraxen die Krankenversorgung inklusive der psychosozialen Versorgung und der Einsatz supportiver und palliativmedizinischer Maßnahmen auf höchstem Niveau statt. Die Forschung steht hier nicht im Vordergrund der Zertifizierung. In den Onkologischen Zentren werden auch organübergreifend zentrale Aufgabenbereiche gebündelt wie Tumordokumentation, Krebsregister, Studienmanagement sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung. Im Herbst 2008 wurden die ersten Onkologischen Zentren fachübergreifend zertifiziert.

3. Onkologische Spitzenzentren oder Comprehensive Cancer Center

Diese Zentren etablieren neue Standards in der Diagnostik, Behandlung und Betreuung von Krebserkrankungen, versorgen Krebspatienten nach weitgehend einheitlichen Prozessen und bringen die Krebsforschung voran, vor allem auch die translationale sowie die Versorgungsforschung. In den Spitzenzentren werden auch die Standards für eine optimale onkologische Versorgung inklusive der Versorgungsprozesse erarbeitet. Diese Kriterien gelten ebenso für die Organkrebszentren und Onkologischen Zentren. Die Deutsche Krebshilfe plant, bis zum Jahr 2009 insgesamt 11 Onkologische Spitzenzentren in Deutschland zu etablieren und zu fördern. Dieses Programm sieht die Deutsche Krebshilfe als eine Langzeitinitiative.

4. Ambulante psychosoziale Beratung

Ambulante Krebsberatung findet in Beratungsstellen verschiedener Träger statt. Den überwiegenden Teil der Beratungsstellen im gesamten Bundesgebiet halten die Landeskrebsgesellschaften vor, die ihr Angebot an den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO) der DKG ausrichten. Insgesamt können die Beratungsstellen aller Träger den vorhandenen Beratungsbedarf derzeit nicht auffangen. Zudem ist die Leistungs- und Strukturqualität der Stellen heterogen.

■ Wohin wollen wir?

Das dreistufige Zentrenmodell mit seinen allgemeinen und Stufenspezifischen Anforderungen soll ausgebaut werden. Dieses Vorhaben kann nur umgesetzt werden, wenn die Finanzierung der Versorgung gesichert ist. Deshalb sieht die DKG ein gesichertes Vertragsverhältnis zu den Leistungserbringern als Kernpunkt aller Reformvorhaben an. Dies trifft auch für die qualitätsgesicherte ambulante psychosoziale Krebsberatung zu, die derzeit nicht langfristig finanziell gesichert werden kann, da sie keinerlei vertragliche Einbindung in das Leistungssystem besitzt.

■ Wie kommen wir dorthin?

Die Beteiligten müssen die entsprechenden Vertragsverhältnisse schaffen. Im Falle der psychosozialen Krebsberatung der Landeskrebsgesellschaften wird die DKG moderierend tätig und unterstützt darüber hinaus die Gewinnung langfristiger Sponsoren.

3.2. Grundlagen

■ Wo stehen wir?

Alle Einrichtungen des dreistufigen Zentrenmodells sollen ein einheitliches klinisches Krebsregister vorhalten, die Patientendaten auch in ein epidemiologisches Krebsregister einbringen und mit den Landeskrebsgesellschaften sowie mit Krebs-Selbsthilfeorganisationen zusammenarbeiten. Die einheitlich hohe Qualität der Versorgung soll unter anderem über Zertifizierungsverfahren sichergestellt werden. Derzeit gibt es mehrere Anbieter von Zertifizierungen, was zu einer unübersichtlichen Situation führt. Als zunehmend wichtiger Aspekt der Versorgung wird die Information der Bevölkerung über Präventionsmaßnahmen sowie die Information der Patienten über Behandlungsmöglichkeiten angesehen. Die Information soll ausgewogen sein und den Patienten eine gemeinsame Entscheidungsfindung ermöglichen. Hierbei besitzen die Landeskrebsgesellschaften als Ansprechpartner der Bevölkerung und Akteur vor Ort eine wichtige Funktion. Ergänzend ist der vom Bundesforschungsministerium maßgeblich mitfinanzierte Krebsinformationsdienst am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg (KID), tätig. Den Krebsinformationsdienst zu einem Nationalen Referenzzentrum für Krebsinformationen auszubauen, wäre hierzu eine wichtige Ergänzung.



■ Wohin wollen wir?

In mehreren Bereichen besteht Handlungsbedarf. Um die Patienten in Zukunft optimal versorgen zu können, müssen folgende Grundlagen weiterentwickelt werden: die flächendeckende interdisziplinäre und interprofessionelle Versorgung in den Institutionen der verschiedenen Versorgungsstufen, die Zertifizierung, die Leitlinien, die Krebsregister, die Patienteninformationen und die Pressearbeit.

Bei den Krebsregistern ist besonders darauf zu achten, dass auch die Behandlungsergebnisse sowie die nähere Charakterisierung des Tumorstatus erfasst werden, da sie für die Ermittlung therapiespezifischer und patientenspezifischer Behandlungserfolge notwendig sind.

■ Wie kommen wir dort hin?

Als Gegenleistung für die sicheren Vertragsverhältnisse muss die Qualität der Versorgung überprüft werden können. Bei der Behandlung von Brustkrebs ist dies bereits mit erkennbarem Fortschritt erfolgt. Nach diesem Vorbild lassen sich interdisziplinäre Versorgungsstrukturen aufbauen und dokumentieren. Die Qualität sollte dann in vorgegebenem Rhythmus immer wieder von externen Gutachtern überprüft werden. Die DKG setzt sich deshalb für ein glaubhaftes Zertifizierungsverfahren ein.

Zur Sicherung und Vereinheitlichung der Beratungsqualität ihrer Beratungsstellen arbeiten die Landeskrebsgesellschaften sowohl in einer eigenen Kommission als auch mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Ambulante Krebsberatung (BAK) eng zusammen.

3.3. Prävention

Prävention dient dazu, Krebstodesfälle zu verhindern.

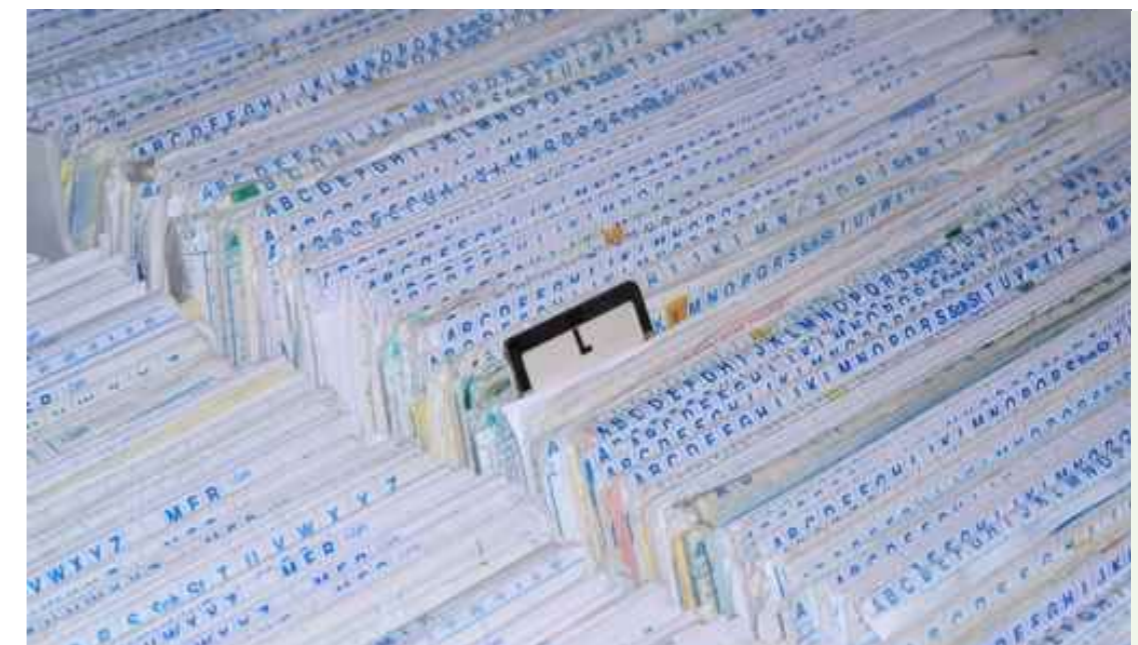
Die Meinungen darüber, in welchem Umfang dies möglich ist, gehen weit auseinander. Betrachtet man die Potenziale der einzelnen Maßnahmen realistisch, erscheint die immer wieder erwähnte mögliche Halbierung der Todesfälle als zu hoch gegriffen. Alleine den Trend der Zunahme von Krebserkrankungen umzudrehen, wäre angesichts der demographischen Entwicklung hin zu einer alternden Bevölkerung ein Erfolg.

Prävention lässt sich in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterteilen. Ziel der Primärprävention, auch als Vorsorge oder Vorbeugung bezeichnet, ist es, das Entstehen einer Krankheit oder bereits deren Vorstufen zu verhindern. Sekundärprävention oder Früherkennung zielt darauf ab, eine Krankheit in einem noch heilbaren Stadium zu erkennen. Tertiärprävention, auf die hier nicht näher eingegangen wird, möchte ein Wiederkehren der Krankheit nach einer Therapie verhindern. Manche Präventionsangebote lassen sich nicht eindeutig zuordnen: Die Gebärmutterhalskrebsvorsorge mittels Pap-Abstrich sowie die Darmkrebsvorsorge mittels FOBT und vor allem mittels Darmspiegelung suchen nach Tumorstadien, finden aber auch Frühkarzinome. Diese beiden Fälle werden hier unter Sekundärprävention behandelt, da die Maßnahmen den Charakter von

Früherkennungsuntersuchungen haben.

Im Juni 2007 veranstalteten die Deutsche Krebsgesellschaft, die Medizinische Gesellschaft Essen und die Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen in Essen eine Nationale Onkologische Präventionskonferenz. Arbeitsgruppen formulierten zu den einzelnen Tumorarten Statements mit weit reichenden Forderungen, Zielen und Zeitplänen. Die Konferenz mündete auch in einer „Essener Erklärung“, aus der Anregungen für den Strategieplan Krebs der DKG übernommen werden.

Präventionsmaßnahmen sind hochwertigen klinischen Studien kaum zugänglich, da zwischen der Maßnahme und dem Ziel, nämlich der Verhinderung von Krebstodesfällen, meist Jahrzehnte liegen. Um dennoch belastbare Evidenzen über Nutzen und Schaden bereits etablierter oder noch bevorstehender Maßnahmen zu schaffen, sind solide epidemiologische Daten notwendig. Nur mit ihnen lassen sich die Wirkung von Maßnahmen zumindest in zeitliche Zusammenhänge bringen und von da aus auf kausale Zusammenhänge schließen. Die Problematik der Situation der Krebsregister in Deutschland wurde bereits bei den Themen Forschung und Versorgung angesprochen.



3.3.1. Primärprävention (Vorsorge)

■ Wo stehen wir?

Vermeidet man die Faktoren, die zu Veränderungen im Erbgut führen, kann man auch die Entstehung von Tumoren verhindern. Dies ist das Ziel der Primärprävention. Der World Cancer Research Fund hat in seinem Werk „Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer“ das aktuelle Wissen zur Primärprävention zusammengestellt und acht Empfehlungen für den Public Health- so-

wie den persönlichen Bereich formuliert. Der Report kommt zu dem Schluss, dass „zumindest prinzipiell die meisten Tumoren vermeidbar sind, auch wenn es noch Diskussionen über die relative Wichtigkeit verschiedener Umweltfaktoren gibt“. Die „Essener Erklärung“ geht davon aus, dass in Deutschland ein Drittel der Krebserkrankungen mit vermeidbaren Risikofaktoren verbunden ist.

Den größten präventiven Effekt auf die Krebssterblichkeit in Deutschland hatte bislang die Einführung des Kühlschranks, weil er Konservierung von Lebensmitteln weitgehend überflüssig machte. Dadurch sank die Magenkrebssterblichkeit in Deutschland innerhalb von 50 Jahren um vier Fünftel auf heute rund 13.000 Opfer. Ausgehend von der Mortalitätsrate um 1955 verhindert der Kühlschrank demnach jährlich etwa 50.000 Krebstote. Vermutlich hat auch die Verwendung von Kondomen zur AIDS-Verhütung zu einer geringeren Verbreitung von Papillomviren und damit zur Reduzierung der Zervixkarzinomrate geführt.

Einen weiteren positiven Effekt hatte die Erhöhung der Tabaksteuer vor einigen Jahren, die unmittelbar zu einem Rückgang des Zigarettenkonsums führte. Der weitgehende Nichtraucherschutz, der jüngst in Deutschland eingeführt wurde, wird vermutlich zu einem weiteren Rückgang des aktiven, auf jedem Fall aber zu einem Rückgang des passiven Tabakkonsums führen.

Mit der für 12- bis 17-jährige Mädchen empfohlenen HPV-Impfung ist die Hoffnung verbunden, zukünftig 70 Prozent der Gebärmutterhals-Tumoren zu verhindern. Der Schutz vor Krebs ist noch nicht endgültig bewiesen, aber er kann aus den bisherigen Studien plausibel abgeleitet werden. Auch für geimpfte Frauen gilt weiter das Angebot, die Früherkennung auf Gebärmutterhalskrebs wahrzunehmen. Die damit verbundene finanzielle Mehrbelastung des Gesundheitssystems, die nicht endgültig geklärte Datenlage, der Vorwurf der zu schnellen Empfehlung durch die Stiko sowie eine grundsätzliche Skepsis gegenüber Impfungen haben zu etlichen kritischen Artikeln in populären Medien geführt, so dass die HPV-Impfung derzeit in der Öffentlichkeit als „umstritten“ wahrgenommen wird. Es ist zu vermuten, dass eher eine unspezifische Verunsicherung als eine informierte Entscheidungsfindung viele Mädchen von der Impfung abhält. Das Argument, Prävention spare der Gemeinschaft Geld, weil die Menschen dadurch länger gesund leben, ist nicht belegt. Die meisten Kosten entstehen am Lebensende, unabhängig davon, wann das Ende eintritt.



■ Wohin wollen wir?

Aufklärungskampagnen für eine medizinisch sinnvolle Lebensführung sowie Bestrafungssysteme für ungesundes Verhalten gehen davon aus, dass alle Menschen ihrer Gesundheit höchste Priorität einräumen wollen – oder zumindest einzuräumen haben. „Erziehungsmaßnahmen“, die zu einem gesunden Lebensstil führen, können nicht Aufgabe der DKG sein. Im Vordergrund der Bemühungen im Rahmen der Primärprävention steht der Schutz von Menschen, die gesundheitsbewusst leben möchten. Das inzwischen weitgehende Rauchverbot in Gaststätten ist hier beispielhaft.

Mit der HPV-Impfung besteht die große Chance, erstmals medizinisch präventiv gegen Krebs vorzugehen. Der verbreiteten Impfkritik sollte deutlich und mit sachlichen Argumenten begegnet werden. Mit der Impfung und dem Pap-Abstrich stehen zwei Verfahren zur Vermeidung von Gebärmutterhalskrebs zur Verfügung, die zurzeit gemeinsam angeboten werden. Dabei addieren sich Aufwand und Nebenwirkungen in etwa, doch der Nutzen nicht: Er kann nur geringfügig höher sein als die ohnehin hohe Wirksamkeit der Einzelverfahren. Wenn sich ein dauerhafter Schutz vor dem Tumor im erhofften Umfang bestätigt, ist deshalb zu überlegen, ob langfristig Frauen nur eines der beiden Verfahren angeboten werden sollte. Hier müssen die Vor- und Nachteile der beiden Verfahren abgewogen werden.

■ Wie kommen wir dort hin?

Die Krebsgesellschaft als medizinisch wissenschaftliche Vereinigung sollte gemeinsam mit den Länderkrebsgesellschaften prüfen und diskutieren, ob Aufklärungskampagnen effektiv und vertretbar sind und ob es andere Möglichkeiten gibt, die allein dadurch effektiver sind, dass sie nicht auf die Endkonsumenten, sondern auf die Anbieter abzielen. Bevor die DKG sich Kampagnen anderer Vereine oder Initiativen anschließt, sollte sie auf die Einhaltung ihrer Grundsätze und Leitlinien bestehen.

Die DKG sollte darauf dringen, dass die HPV-Impfung möglichst bald in kontrollierte Programme überführt wird, die eine Evaluierung von Nutzen und Schaden ermöglichen, um so das Hauptargument der Impfkritik aufzugreifen und gegebenenfalls entkräften zu können.

3.3.2. Sekundärprävention (Früherkennung)

■ Wo stehen wir?

Versicherten werden Untersuchungen zu Früherkennung von Haut-, Gebärmutterhals-, Brust-, Prostata- und Darmkrebs als Kassenleistung angeboten. In jüngster

Zeit kamen die Darmspiegelung, die Mammographie sowie eine verbesserte Hautkrebsuntersuchung dazu. Das deutsche Angebot geht mit dem Abtasten von Brust, Darm, und Prostata und bei der Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung mit dem frühen Beginn sowie der jährlichen Frequenz über die Empfehlungen des European Cancer Code und der US Preventive Services Task Force hinaus. Empfehlungen zur Organisation der Untersuchungen in qualitätskontrollierten Screening-Programmen mit Einladungssystem in speziellen Zentren werden zunehmend realisiert.

Vorbildlich ist hier das Mammographie-Screening-Programm, das mit großem Aufwand nach EU-Leitlinien etabliert wurde und jetzt flächendeckend zur Verfügung steht. Allerdings wird kritisiert, dass das Mammographie-Screeningprogramm auf Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren begrenzt ist.

Seit Jahren werden Nutzen und Schaden von Früherkennungsmaßnahmen in Fachkreisen intensiv diskutiert. Dem möglichen Nutzen, dass Krebspatienten schonender operiert oder vor dem Tumortod bewahrt werden können, stehen mögliche Schäden gegenüber, etwa dass sich gesunde Menschen mit falsch-positiven Diagnosen konfrontiert sehen und manche Menschen mit richtig-positiven Diagnosen unnötig zu Krebspatienten werden, weil ihr Tumor zeitlebens nicht



auffällig geworden wäre. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat deshalb kürzlich die im Gesetz vorgesehene Vorsorgepflicht in eine Beratungspflicht umgewandelt. Diese Beratungspflicht gilt nur für die Untersuchungen FOBT beziehungsweise Koloskopie, Pap-Abstrich und Mammographie. Für alle Tastuntersuchungen und IGe-Leistungen besteht keine Beratungspflicht.

Die meisten Informationsbroschüren wollen Menschen zur Teilnahme an den Untersuchungen motivieren. Das bringt mit sich, dass sie tendenziell den Nutzen überbetonen und mögliche Schäden nicht oder unzureichend erwähnen. Dabei lassen Erfahrungen aus anderen Ländern erwarten, dass gezielt und ausgewogen informierte Menschen durchaus bereit sind, an den Untersuchungen teilzunehmen. So informiert der britische NHS seit Jahren vorbildlich über die Früherkennung auf Gebärmutterhalskrebs und erzielt Teilnahmeraten von 80 Prozent. Erhöhte Teilnahmeraten können demnach als sekundärer Effekt erwartet werden.

Um eine einheitliche, ausgewogene Beratung auf hohem Niveau zu gewährleisten, hat der G-BA Merkblätter erstellt, die dem beratenden Arzt als verbindliche Primärquelle dienen. Das im November 2008 in Kraft getretene Merkblatt zur Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung entspricht den Anforderungen an eine informierte Entscheidungsfindung. Das ÄZQ hat hierzu kürzlich im Auftrag der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Positionspapier „Qualitätsanforderungen für Informationen über Früherkennungsuntersuchungen“ vorgelegt. Auch die neu erstellte Broschüre von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie, die das Screening-Programm organisiert, erfüllt diese Anforderungen. Alle GKV-finanzierten Früherkennungsmaßnahmen richten sich pauschal an alle Männer oder Frauen einer bestimmten Altersgruppe. Diese Strategie lässt den Umstand außer Acht, dass Früherkennungsuntersuchungen für Menschen mit höherem Risiko eine bessere Schaden-Nutzen-Bilanz aufweisen als für Menschen mit niedrigem Risiko.

■ Wohin wollen wir?

Eine grundsätzliche Voraussetzung für eine moderne qualitätsorientierte Krebsfrüherkennung ist laut Essener Erklärung „der gesicherte und permanent neu zu erbringende Nachweis des Nutzens und der Wirkung der einzelnen Untersuchungen“. Das ist nicht nur grundsätzlich sinnvoll, sondern auch deshalb, weil an Maßnahmen festzuhalten, für die eine positive Schaden-Nutzen-Bilanz nicht evident ist, Ressourcen und Aufmerksamkeit bindet und so anerkannt wirksame Maßnahmen schwächt. Das Vorsorgeangebot in Deutschland sollte deshalb internationalen Standards angepasst werden und sich auf die vom G-BA herausgehobenen Untersuchungen beschränken.

Eine Anpassung an internationale Standards bedeutet auch, dass die Angebote in qualitätskontrollierte Programme überführt werden. Dadurch lässt sich vermutlich die Rate an falsch positiven und falsch negativen Diagnosen sowie an Überdiagnosen reduzieren. Deshalb sollten nach Mammographie-Screening auch die Angebote zur Darm- und Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung in

qualitätskontrollierte Programme mit Einladungssystem überführt werden. Die Qualität und Evidenzbasierung des Mammographie-Programms müssen in der Öffentlichkeit stärker wahrgenommen und nicht evidenzbasierte Zusatzangebote deutlicher als solche erkannt werden.

Die Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung ist langfristig vor dem Hintergrund der HPV-Impfung neu zu bewerten.

Auch der Wunsch nach höheren Teilnahmeraten darf die Prinzipien der Informierten Entscheidungsfindung nicht in Frage stellen. Nach Überzeugung der DKG müssen alle Patienteninformationen zeitgemäßen Standards folgen. Das gilt für Materialien der DKG und der Landeskrebsgesellschaften, der einzelnen Fachgesellschaften, der Deutschen Krebshilfe und privater Initiativen wie der Felix Burda Stiftung, aber auch für Infoblätter und Homepages niedergelassener Fachärzte, die für zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen als IGeL werben. Zum einen, weil diese Untersuchungen durchweg eine ungünstige oder unbekannte Schaden-Nutzen-Bilanz aufweisen. Zum anderen, weil diese Untersuchungen indirekt die Ressourcen des Gesundheitswesens belasten, da meist die Allgemeinheit für die Kosten für Abklärungsuntersuchungen falsch positiver Befunde aufkommt.

■ Wie kommen wir dort hin?

Die Sekundärprävention von Krebserkrankungen lässt sich nicht dadurch verbessern, dass mehr Untersuchungen angeboten, sondern bei den Themen Umfang, Qualität und Information evidenzbasierte Prinzipien konsequent angewendet werden.

Das bedeutet im Einzelnen:

- Das Krebsfrüherkennungs-Angebot soll langfristig an internationale Standards angepasst werden. Dem sollte eine breite Konsensfindung vorausgehen.
- Denkbar wäre, am ÄZQ ein Gremium zu etablieren, das die Einhaltung von Qualitätsanforderungen kontrolliert.
- Die Bedeutung des Mammographie-Screeningprogramms soll herausgehoben und sein Ansehen in der Bevölkerung gestärkt werden.
- Teilnahmeberechtigte Menschen lassen sich mit einem Einladungssystem gezielt informieren, wie es in den internationalen Vorgaben für Screeningprogramme empfohlen und beim Mammographie-Screeningprogramm bereits umgesetzt wird.
- Bisherige Kampagnenstrategien sowie Infomaterialien sollen entsprechend den Prinzipien der Informierten Entscheidungsfindung überarbeitet werden.
- Die DKG, die Landeskrebsgesellschaften sowie einzelne Mitglieder sollten

eine Zusammenarbeit mit Initiativen prüfen, die nicht diesen Prinzipien folgen.

- Die Medien als Hauptinformationsquelle in medizinischen Fragen der Bevölkerung müssen besonders sorgfältig, ausgewogen und professionell informiert werden.

3.4. Therapie

■ Wo stehen wir?

Die Therapie von Krebspatienten wandelt sich derzeit grundlegend in mehrerlei Hinsicht:

Ärzte entscheiden in interdisziplinären Teams, den Tumorkonferenzen, bereits vor Einleitung jeglicher Therapie gemeinsam über die beste Behandlungsstrategie.



Diese Entscheidung fällt nach den Prinzipien der Evidenz-basierten Medizin, die beste wissenschaftliche Evidenz mit der Erfahrung der Ärzte und den Bedürfnissen der individuellen Patienten kombiniert.

Die beste wissenschaftliche Evidenz wird zum einen durch Therapieleitlinien sicher gestellt. Neue innovative Verfahren und neue, zielgerichtete Medikamente zwingen zu einer regelmäßigen Aktualisierung der Leitlinien. Zum anderen können neueste, auf internationalen Kongressen vorgestellte Therapieoptionen und -erfahrungen, die noch keinen Eingang in die Leitlinien finden konnten, über die Tumorkonferenzen ebenfalls bei der Therapieentscheidung berücksichtigt werden.

Neue zytostatische Medikamente führen derzeit nicht zu einer vermehrten Verschreibung, aber zu einer rapiden Verteuerung der Behandlung. Allein von 2006 zu 2007 stieg der Umsatz mit antineoplastischen Mitteln um 35,3% von 504,9 auf 683,3 Millionen Euro, hält sich aber im Vergleich mit den ca. 4,5 Milliarden € der von der GKV finanzierten Alternativ- und Komplementärmedizin (KAM) in noch vertretbaren Grenzen. Die DKG unterstützt daher evidenz-basierte Überprüfungen von KAM, um gleichermaßen Patienten und das Gesundheitssystem vor Schaden zu bewahren.

Zunehmend rückt auch die stärkere Beteiligung der Patienten ins Blickfeld. Um ihnen die Behandlung verständlich zu erklären und damit eine echte informierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen, werden Patientenleitlinien erstellt.

Derzeit wird eine flächendeckende Versorgung in diesem Sinne angestrebt. Dabei wird unterschieden zwischen einer Behandlung mit kurativem Ziel und einer mit palliativem Ziel.

Die Qualität der kurativen Behandlungen soll vor allem das im Kapitel „Rahmenbedingungen“ erläuterte dreistufige Zentrenmodell flächendeckend sicherstellen.

Die palliative Versorgung deckt sowohl lebensverlängernde medizinische Interventionen als auch die Betreuung in der Präfinal- und Finalphase ab. Sie wird vorzugsweise ebenfalls in interdisziplinär und interprofessionell arbeitenden Institutionen mit dem Ziel der Lebensverlängerung bei guter Lebensqualität durchgeführt.



Die Versorgung unheilbar Kranker ist auch Gegenstand der vor kurzem in Kraft getretenen Regelung des G-BA mit dem Titel „Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)“. Sie soll sicherstellen, dass die Versorgung von Menschen, die nur noch kurze Zeit zu leben haben und bei denen keine Aussicht

auf Heilung mehr besteht, zwischen den Leistungserbringern gut koordiniert wird und vernetzte Strukturen die notwendige palliativmedizinische Versorgung und Pflege und ein Sterben in Würde gewährleisten.

■ Wohin wollen wir?

Kernpunkt der Anstrengungen ist die Erstellung, Aktualisierung und Umsetzung der Therapieleitlinien sowie die Erstellung von Patientenleitlinien. Die Leitlinien alleine ohne die entsprechende Implementierung nützen wenig. Deshalb müssen

Wege gefunden werden, die gewährleisten, dass die Leitlinien auch ihren Weg zu den jeweiligen Adressaten finden und von diesen angewendet werden. Hierbei kommt den Länderkrebsgesellschaften eine wichtige Aufgabe zu. Leitlinien sollen dabei nicht nur als direkte Handlungsempfehlungen Grundlage für Therapieentscheidungen sein, sondern auch verbindlich für die Weiter- und Fortbildung verwendet werden. Ihre konsequente Weiterentwicklung und zeitnahe Aktualisierung ist dabei sicherzustellen.

Es wird angestrebt, die GKV bei der zügigen Umsetzung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Palliativ-Richtlinie zu unterstützen. Die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen sowie deren angemessene Anwendung kann im Rahmen der heutigen Qualitätssicherung und im Rahmen der schon stattfindenden Dokumentation strategisch genutzt und zu Versorgungsforschungsprojekten weiterentwickelt werden. Weitere Ziele sind die Sicherstellung einer flächendeckenden fachonkologischen Versorgung für alle Tumorkrankten. Sie beinhaltet den Zugang zu wirksamen Therapien und deren fortlaufende Weiterentwicklung. Der medizinische Fortschritt bleibt damit für alle Patienten zugänglich.

■ Wie kommen wir dorthin?

Leitlinien dienen der qualitativ hochwertigen Versorgung von Krebspatienten und der Beteiligung der Patienten. Der herausragenden Bedeutung von Leitlinien entsprechend, müssen die Verfahren zu ihrer Erstellung und laufenden Aktualisierung sowie die Finanzierung der Verfahren unbedingt gesichert werden.

4. AUSBLICK

In den vorangegangenen Kapiteln des Strategieplans Krebs bezieht die DKG Position zum onkologischen Forschungs- und Versorgungsalltag der nächsten Jahre. Die Fortschritte in der Krebsmedizin folgen jedoch keinem linearen Verlauf, der sich unbegrenzt fortsetzen lässt. Mittlerweile werden selbst kleine Fortschritte nur noch mit großem Forschungsaufwand erreicht und anschließend mit hohem Versorgungsaufwand zur Verfügung gestellt. Instrumente zur Nutzenbewertung neuer Therapien werden deshalb dringend benötigt. In Deutschland ist das IQWiG mit der Methodenentwicklung und Etablierung zunächst im Rahmen von Nutzenbewertungen, später auch im Rahmen von Kost-Nutzenbewertungen beauftragt. Die Umsetzung stellt sich bislang als sehr kompliziert und die Diskussion als zeit- und kostenaufwändig und kontrovers dar, so dass derzeit nicht absehbar ist, wann entsprechende Instrumente zur Verfügung stehen werden. An ihrer Entwicklung einerseits und ihrer Praxistauglichkeit andererseits gilt es von Seiten der DKG

strategisch mitzuwirken, wobei die wissenschaftliche und ärztliche Expertise der Vertreter der DKG mit einzubeziehen ist.

Deshalb möchte die DKG einen Schritt weiter gehen und aus ihrer gesellschaftlichen Verantwortung heraus Fragen stellen, die sie nicht selbst beantworten sollte: Wird die bislang meist verfolgte Strategie der maximalen Intervention den einzelnen Patienten gerecht? Wird sie der Gesellschaft insgesamt gerecht und wie stellt sich die Gesellschaft zu diesen absehbaren Entwicklungen? Der DKG ist wichtig, dass diese Diskussion explizit und nicht implizit oder nur intern geführt wird.

Die individuellen Bedürfnisse der Patienten werden zunehmend mit den Konzepten der informierten sowie der gemeinsamen Entscheidungsfindung (informed und shared decision making) berücksichtigt. Hier bestehen im Alltag noch große Defizite, weil Ärzte naturgemäß ihrem Heilauftrag Priorität einräumen. Positive wie negative Konsequenzen einer Therapie mit Patienten ergebnisoffen zu diskutieren, schließt die Möglichkeit ein, dass sich Patienten gegen die Therapie entscheiden. Diese Entscheidung darf nicht als Verweigerung verstanden, sondern muss als Ausdruck des freien Patientenwillens akzeptiert werden.

Die Freiheit des einzelnen Patienten, sich gegen das rein medizinisch gebotene Vorgehen zu entscheiden, muss auch für die Gesellschaft als Ganzes gelten.

Doch abgesehen von einzelnen kritischen Anmerkungen Außenstehender wird bislang nicht diskutiert, welchen Stellenwert die Onkologie und die Gesundheit allgemein in der Gesellschaft besitzen und in Zukunft besitzen sollten.

Die DKG möchte eine Diskussion darüber anregen, wie viele Ressourcen für die in den vorangegangenen Kapiteln skizzierten Entwicklungen in der Onkologie aufgewendet und wie viele Ressourcen für andere Bereiche wie Bildung, Freizeit oder Kultur zur Verfügung gestellt werden sollten. Diese Diskussion darf nicht allein auf medizinischer oder auf politischer Ebene, sondern muss auf gesellschaftlicher Ebene geführt werden. Mit welchen Methoden dies bewerkstelligt werden kann, ist offen.

VORSTAND DER DEUTSCHEN KREBSGESELLSCHAFT E.V.

Präsident

Prof. Dr. Dr. h.c. Werner Hohenberger
Direktor der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik
der Friedrich-Alexander-Universität, Erlangen-Nürnberg

Generalsekretär

Dr. Johannes Bruns

Kongresspräsident

Prof. Dr. Wolff Schmiegel
Direktor der Medizinischen Universitätsklinik,
Ruhr-Universität Bochum

Schatzmeister

Prof. Dr. Thomas Wiegel
Direktor der Klinik für Strahlentherapie
und Radioonkologie an der Universität Ulm

Schriftführer

Prof. Dr. Carsten Bokemeyer
Ärztlicher Leiter des Onkologischen Zentrums am
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Vorstandsmitglieder Sektion A

Prof. Dr. Ulrich R. Kleeberg
Hämatol.-onkol. Praxis Altona, HOPA, Vorsitzender
der Krebsgesellschaft Hamburg

Prof. Dr. Ernst Heinrich Schmidt

Ev. Diakoniekrankenhaus GmbH, Chefarzt der Frauenklinik,
Arbeitsgemeinschaft Endoskopie e.V., Bremen, Vorsitzender
der Bremer Krebsgesellschaft e.V.

Vorstandsmitglieder Sektion B

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann, Frauenklinik
Universitätsklinikum Erlangen

Prof. Dr. Reinhold Schäfer

Universitätsklinikum Charité, Medizinische Fakultät,
Institut für Pathologie

Vorstandsmitglieder Sektion C

Dr. Franz Ameismeier, Head of Marketing & Sales
Hospital/Oncology, GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG

Peter Pfuhlmann, Director Business Unit Oncology

Verantwortlich für den Inhalt

Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG)
Geschäftsstelle
TiergartenTower
Straße des 17. Juni 106–108
10623 Berlin

Fon: + 49 (030) 322 93 29 0
Fax: + 49 (030) 322 93 29 66
Email: web@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de



Gestaltung und Realisierung

dkg-web.gmbh
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin

Fon: (030) 21 96 75 58
Fax: (030) 27 90 89 38
Email: web@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de



Spendenkonto

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
Spendenkonto-Nr. 10 10 10
Frankfurter Sparkasse AG
BLZ: 500 502 01

Grafik / Satz: designkanzlei.de, Fotos S. 7-48: fotolia.de

