

## **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 krebskranke 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 Brustkrebserkrankten 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 Teilnahme rate an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen**
- **Organisatorische Weiterentwicklung der bestehenden Krebsfrüherkennungsprogramme für Gebärmutterhals- und Darmkrebs**
- **Evaluation der Krebsfrüherkennungsprogramme hinsichtlich ihres Nutzens**

### • **Höhere Teilnahme rate 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, Hautkrebswoche 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](http://www.krebsinformationsdienst.de)) oder die vielfältigen Informationsangebote der Deutschen Krebshilfe ([www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de)) und der Deutschen Krebsgesellschaft ([www.krebsgesellschaft.de](http://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.