

# Der Nationale Krebsplan

7

The background is a dark blue field with a complex, low-poly geometric pattern. White lines and circles are scattered across the page. In the upper left, a line connects a point to a circle. In the upper right, a point in a circle is the origin of a fan of lines. In the lower left and lower right, there are concentric circles connected to lines.

# 7 Der Nationale Krebsplan

## KERNAUSSAGEN

Im Jahr 2008 wurde der Nationale Krebsplan (NKP) als Koordinierungs- und Kooperationsprogramm zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung krebskranker Menschen und der Krebsfrüherkennung in Deutschland initiiert.

Beteiligt sind neben den Initiatoren (Bundesministerium für Gesundheit, Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe und Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren) mehr als 20 Organisationen und 100 Expertinnen und Experten.

In vier Handlungsfeldern wurden zwischen 2008 und 2011 13 Ziele mit etwa 40 Teilzielen und bisher etwa 100 Umsetzungsempfehlungen erarbeitet. Seit Ende 2011 läuft die Phase der Umsetzung eigenverantwortlich durch die jeweils zuständigen Akteure.

Ein zentraler Aspekt des NKP ist, Entscheidungsträger und Expertinnen und Experten aus den für die onkologische Versorgung relevanten Institutionen und Verbänden im Gesundheitswesen zusammenzubringen, um die Kräfte in der Krebsbekämpfung zu bündeln und gezielt wirksam werden zu lassen.

Der Nationale Krebsplan war unter anderem Ausgangspunkt für das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz. Dieses lieferte den Rahmen für wesentliche Veränderungen in der Früherkennung

Der Nationale Krebsplan (NKP) soll die Früherkennung von Krebs und die Versorgung von krebskranken Menschen in Deutschland weiterentwickeln und verbessern. Ziel ist

von Gebärmutterhals- und Darmkrebs und den bundesweiten Aufbau klinischer Krebsregister in Deutschland.

Klinische Krebsregister sollen künftig den gesamten Verlauf und die Therapie der Erkrankung von allen Patientinnen und Patienten standardisiert erfassen, auswerten und an die Leistungserbringer zurückmelden. In Ergänzung zu Zertifizierungs- und Leitlinienprogrammen sollen die Register so zu einem wichtigen Instrument der Qualitätssicherung in der Versorgung werden.

Weitere wichtige Themen des NKP sind insbesondere die Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung, die Stärkung der Patientensorientierung, unter anderem durch Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen der an der Versorgung Krebskranker beteiligten Berufsgruppen, die Harmonisierung der Tumordokumentation und die Vergabe von (Versorgungs-)Forschungsprojekten zu zentralen Forschungsanliegen, die für die weitere praktische Umsetzung des NKP relevant sind.

Auch auf europäischer Ebene wurden diverse Programme und Aktivitäten zur Bekämpfung und Kontrolle von Krebserkrankungen initiiert. Fast alle Mitgliedsstaaten der Europäischen Union haben inzwischen inhaltlich ähnliche Programme oder Pläne zur Krebsbekämpfung ins Leben gerufen.

es, die Krebssterblichkeit (Mortalität) weiter zu senken und die Lebensqualität betroffener Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

## 7.1 Einleitung und Hintergrundinformationen

Die Gesundheitspolitik in Deutschland räumt der Krebsbekämpfung seit vielen Jahren einen hohen Stellenwert ein. Seit den 1970er Jahren haben sich aufgrund des Fortschritts bei der Vorbeugung, Früherkennung, Diagnostik und Therapie von Krebserkrankungen die Überlebenschancen und die Lebensqualität krebskranker Menschen deutlich verbessert. So betragen derzeit für alle insgesamt neu aufgetretenen Krebserkrankungen die relativen Fünf-Jahres-Überlebensraten bei Frauen 66% und bei Männern 61%. Positive Entwicklungen gibt es auch beim Langzeitüberleben krebskranker Kinder: Mittlerweile überleben 81% der Betroffenen ihre Erkrankung mindestens 15 Jahre, bei in den 1980er Jahren erkrankten Kindern waren es nur etwa 65% [1]. Solche Fortschritte sind das Ergebnis von langjährigen, gemeinsamen

Aktivitäten auf wissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Ebene. Dennoch steht Deutschland angesichts seiner demographischen Entwicklung mit einem steigenden Anteil älterer Menschen vor wachsenden Herausforderungen, da das Risiko, an Krebs zu erkranken, mit dem Lebensalter zunimmt. Dies spiegelt sich unter anderem in der weiter ansteigenden Zahl der Krebsneuerkrankungen wider. Im Jahr 2013 erkrankten rund 483.000 Menschen in Deutschland neu an Krebs. Damit ist die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen seit dem Jahr 2000 um rund 77.000 (19%) gestiegen. Eine möglichst effektive Bekämpfung von Krebserkrankungen ist somit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und Herausforderung.

## 7.2 Initiatoren des Nationalen Krebsplans

Am 16. Juni 2008 wurde deshalb der Nationale Krebsplan vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), der Deutschen Krebshilfe (DKH) und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) initiiert, mit dem Ziel, eine qualitativ hochwertige Versorgung der an Krebs erkrankten Menschen in Deutschland zu organisieren. Damit setzt Deutschland auch entsprechende Empfehlungen der Europäischen Union (EU) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) um [2, 3]. Unter der Koordination und Moderation des BMG erfolgt im Nationalen Krebsplan in einem gleichberechtigten Miteinander aller maßgeblich an der Bekämpfung

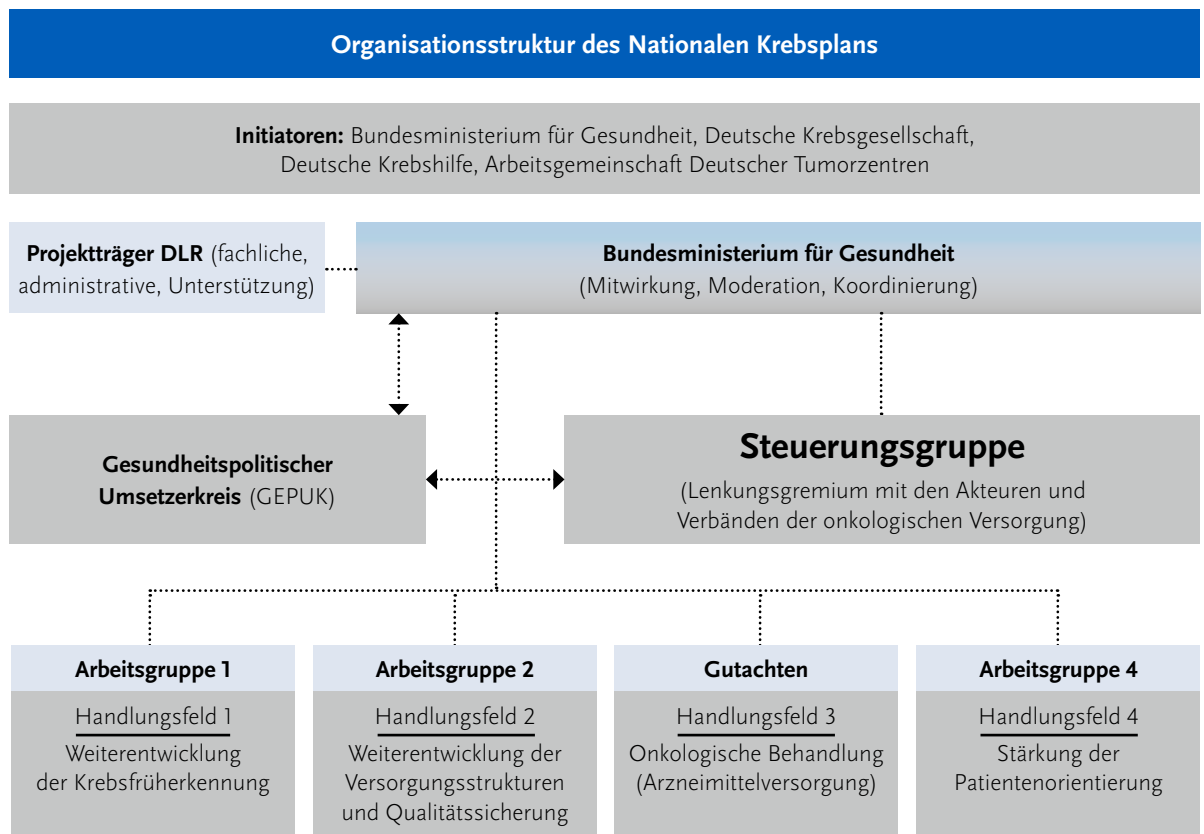
von Krebserkrankungen Beteiligten die Abstimmung von gemeinsam entwickelten Maßnahmen. Auf der ersten Nationalen Krebskonferenz am 23. Juni 2009 wurde eine erste Zwischenbilanz zum Nationalen Krebsplan gezogen [4]. Bis Ende 2011 (Phase 1) erfolgte im NKP die fachliche Erarbeitung und Abstimmung von rund 100 Empfehlungen, wie sich die Ziele dieses Plans erreichen lassen, in verschiedenen Arbeits- und Unterarbeitsgruppen. Seitdem läuft die fachliche und politische Umsetzungsphase der bisher erarbeiteten und konsentierten Empfehlungen durch die jeweils verantwortlichen Akteure (Phase 2).

## 7.3 Organisationsstrukturen

In den Arbeitsgruppen, welche die Handlungsfelder des NKP begleiten, arbeiten mehr als 100 Expertinnen und Experten mit, um den Plan auszugestalten und umzusetzen. Darin vertreten sind die Bundesländer, die Krankenkassen, die Rentenversicherung, die Verbände der Leistungserbringer, an der onkologischen Versorgung beteiligte Berufsgruppen und Patientenverbände sowie die Wissenschaft. Eine Steuerungsgruppe, der Vertreterinnen und Vertreter von 20 Organisationen und Verbänden angehören, hat die Aufgabe, zu den Empfehlungen der Arbeitsgruppen Stellung zu nehmen und diese bei Zustimmung anzunehmen. Diese

Umsetzungsempfehlungen richten sich, je nach Charakter, an die Gesetz- und Normgeber (Bund, Länder, Selbstverwaltung der Ärzteschaft und Krankenkassen beziehungsweise Gemeinsamer Bundesausschuss), an die Wissenschaft und an die Vertretungen der Leistungserbringer im Gesundheitswesen wie Berufsorganisationen und Fachgesellschaften. Ein sogenannter Gesundheitspolitischer Umsetzerkreis auf Spitzenebene der beteiligten maßgeblichen Institutionen unterstützt insbesondere die zeitnahe Umsetzung von Empfehlungen zu normsetzenden Maßnahmen (Abbildung 7.3.a1).

Abbildung 7.3.a1  
Organisationsstruktur des  
Nationalen Krebsplans  
(Quelle: [5])



## 7.4 Handlungsfelder, Ziele und Empfehlungen

Trotz vieler Fortschritte in der Krebsbekämpfung besteht in Deutschland noch Verbesserungspotenzial, vor allem in den Bereichen der Früherkennung und der Versorgung. Die Schwerpunkte im Nationalen Krebsplan liegen derzeit auf den folgenden vier Handlungsfeldern (siehe Infobox 14):

- **Handlungsfeld 1:** Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung
- **Handlungsfeld 2:** Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung
- **Handlungsfeld 3:** Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung (hier zunächst Schwerpunkt auf der onkologischen Arzneimitteltherapie)
- **Handlungsfeld 4:** Stärkung der Patientenorientierung.

### 7.4.1 Zum Handlungsfeld 1: Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung

Mit dem am 9. April 2013 in Kraft getretenen Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister, dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz, wurden zwei zentrale Bereiche der Empfehlungen des Nationalen Krebsplans aufgegriffen und der bundesgesetzliche Handlungsbedarf umgesetzt [10, 11].

Mit dem KFRG wurden wesentliche Weichen sowohl für den Aus- und Aufbau der klinischen Krebsregistrierung (§65c SGB V) als auch für die Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung (§§25, 25a SGB V) in Deutschland gestellt.

### Die Ziele des Nationalen Krebsplans

Für die Bearbeitung der vier Handlungsfelder wurden insgesamt 13 Ziele mit 40 Teilzielen formuliert und entsprechende Arbeitsgruppen etabliert [6].

#### Handlungsfeld 1: Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung

1. Verbesserung der »informierten Inanspruchnahme« der Krebsfrüherkennungsangebote der gesetzlichen Krankenkassen
  2. Weiterentwicklung der Früherkennungsmaßnahmen für Gebärmutterhals- und für Darmkrebs zu organisierten Krebsfrüherkennungsprogrammen
  3. Evaluation der Krebsfrüherkennungsprogramme
- Querschnittsthema: Entwicklung von strategischen Maßnahmen im Bereich der risikoadaptierten Krebsfrüherkennung

#### Handlungsfeld 2: Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung

4. Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung, unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, Wohnort und Versichertenstatus
5. Vereinheitlichung von Konzepten und Bezeichnungen für die Qualitätssicherung, Qualitätsanforderung und Zertifizierung onkologischer Behandlungseinrichtungen
6. Entwicklung evidenzbasierter Behandlungsleitlinien der höchsten methodischen Entwicklungsstufe (S3-Leitlinien) für alle häufigen Tumorarten
7. Gewährleistung einer sektorenübergreifenden, integrierten onkologischen Versorgung
8. Implementierung einer flächendeckenden, aussage-

kräftigen onkologischen Qualitätsberichterstattung für Leistungserbringer, Entscheidungsträger und Patienten (klinische Krebsregister)

9. Sicherstellung einer angemessenen und bedarfsgerechten psychoonkologischen Versorgung für alle an Krebs Erkrankten

Querschnittsthema: Entwicklung von Maßnahmen für eine datensparsame, einheitliche Tumordokumentation

#### Handlungsfeld 3: Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung (hier zunächst Schwerpunkt auf der onkologischen Arzneimitteltherapie)

10. Gewährleistung eines fairen und schnellen Zugangs zu innovativen Krebstherapien

#### Handlungsfeld 4: Stärkung der Patientenorientierung

11. Bereitstellung niedrigschwelliger, zielgruppengerechter, qualitätsgesicherter Informations-, Beratungs- und Hilfsangebote für alle Krebskranken und ihre Angehörigen
12. Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen der Leistungserbringer sowie Stärkung der Patientenkompetenz
13. Aktive Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in die Entscheidungen über medizinische Maßnahmen

Zu den Handlungsfeldern 1, 2 und 4 wurden von den Expertinnen und Experten der einzelnen Arbeitsgruppen seit Herbst 2008 nach einheitlicher Methodik entsprechende »Ziele-Papiere« erarbeitet und zu fast allen Zielen insgesamt bisher etwa 100 Umsetzungsempfehlungen formuliert. Die von der Steuerungsgruppe zwischenzeitlich angenommenen Umsetzungsempfehlungen wurden in einem Informationspapier zusammengestellt [7, 8]. Zum Handlungsfeld 3 wurde 2010 zunächst ein Experten-Gutachten erstellt [9].

Der folgende Abschnitt beschreibt einzelne Ziele und den derzeitigen Stand ihrer Umsetzung.

Im Bereich der Krebsfrüherkennung sollen die Strukturen, Reichweite, Wirksamkeit und Qualität der bestehenden Angebote zur Krebsfrüherkennung in Deutschland nachhaltig verbessert und insbesondere die bisherigen Untersuchungen zur Früherkennung von Darm- und Gebärmutterhalskrebs in organisierte Programme (Screening-Programme) überführt werden.

Demnach werden künftig in Deutschland alle Krebsfrüherkennungsuntersuchungen als organisierte Programme angeboten, für die von der Europäischen Kommission veröffentlichte Europäische Leitlinien vorliegen.

### INFOBOX 14



Solche Screening-Programme beinhalten nach dem KFRG insbesondere:

- eine regelmäßige Einladung der Versicherten zur Früherkennungsuntersuchung,
- die mit der Einladung erfolgende umfassende und verständliche Information der Versicherten über Nutzen und Risiken der jeweiligen Untersuchung, die Erfassung und Nutzung der personenbezogenen Daten sowie deren Schutz, sowie über bestehende Widerspruchsrechte,
- die Bestimmung der Zielgruppen, der Untersuchungsmethoden, der Abstände zwischen den Untersuchungen, der Altersgrenzen, des Vorgehens zur Abklärung auffälliger Befunde und der Maßnahmen zur Qualitätssicherung,
- eine systematische Erfassung, Überwachung und Verbesserung der Qualität der Krebsfrüherkennungsprogramme unter besonderer Berücksichtigung der Teilnahmeraten, des Auftretens von Intervallkarzinomen (durch Datenabgleich mit epidemiologischen oder klinischen Krebsregistern), falsch positiver Diagnosen und der Sterblichkeit an der betreffenden Krebserkrankung unter den Programmteilnehmenden.

Während das deutsche Mammographie-Screening-Programm sich bereits an den Europäischen Leitlinien orientiert, ist mit dem KFRG eine Neuorganisation der bereits etablierten Früherkennung von Darm- und Gebärmutterhalskrebs verbunden. Neu sind dabei unter anderem das regelmäßige Anschreiben in Verbindung mit Informationen über Nutzen und Risiken der Untersuchung. Hinzu kommen verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie die Überprüfung des Nutzens (Evaluation) der Programme. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat grundsätzlich den Auftrag, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten des KFRG Näheres zur Ausgestaltung und Durchführung dieser beiden Screening-Programme zu regeln. Derzeit berät der G-BA intensiv über die inhaltliche Ausgestaltung der Screening-Programme für Darm- und für Gebärmutterhalskrebs. Bei der Überführung der bestehenden Darm- und Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung in organisierte Screening-Programme handelt es sich nicht um eine bloße Übernahme der bisherigen, zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringbaren Früherkennungsuntersuchungen. Vielmehr befasst sich der G-BA neben den Themen Einladungsverfahren, Altersgrenzen, Untersuchungsintervalle, Abklärungsdiagnostik, Dokumentation, Qualitätssicherung und Evaluation auch mit der Bewertung von neuen Untersuchungsmethoden beziehungsweise Testverfahren, die im jeweiligen Krebsfrüherkennungsprogramm erbracht werden sollen, bisher aber noch keine regelhaften Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Vor diesem Hintergrund beabsichtigt der G-BA bei der Beschlussfassung für beide Screening-Programme schrittweise vorzugehen.

Zum Screening auf Gebärmutterhalskrebs hat der G-BA im September 2016 überarbeitete Eckpunkte veröffentlicht, abrufbar über die Homepage [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) [12]. Demnach sollen künftig alle gesetzlich versicherten Frauen im Alter von 20 bis 60 Jahren alle fünf Jahre angesprochen werden und Informationen zur Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung von ihren Krankenkassen erhalten. Eine wesentliche

Neuerung kommt hinzu: Im Rahmen einer über mindestens sechs Jahre laufenden Erprobungsphase soll bei Frauen ab 35 Jahren zusätzlich zum etablierten PAP-Test (Früherkennungsmethode nach Papanicolaou, siehe Kapitel 6.2.1) ein Test auf Humane Papillomviren (HPV-Test) durchgeführt werden. Das bisher jährliche Screeningintervall wird für diese Altersgruppe auf drei Jahre verlängert. Eine dauerhafte Infektion mit den sexuell übertragbaren Hochrisiko-HPV-Typen 16 und 18 ist Hauptrisikofaktor für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs und seiner Vorstufen (siehe Kapitel 5.2.6). Für Frauen zwischen 20 und 35 Jahren bleibt der jährliche PAP-Test zunächst weiter bestehen, da ein positives Testergebnis in diesem Alter noch nicht unbedingt auf eine chronische HPV-Infektion mit erhöhtem Gebärmutterhalskrebsrisiko hinweist: Viele HPV-Infektionen in diesem Alter heilen folgenlos ab. Nach der Erprobungsphase sollen diese Screening-Strategien, inklusive Untersuchungsintervallen und Altersgrenzen überprüft werden. Bis Ende 2017 will der G-BA die Beratungen zu weiteren Details der inhaltlichen und organisatorischen Umsetzung, auch bezüglich der Qualitätssicherung und Evaluation des Programms, abschließen (siehe auch Kapitel 6.2.1).

Parallel laufen die Beratungen des G-BA über die Umstrukturierung der bisherigen Früherkennung von Darmkrebs (derzeit jährlicher chemischer Stuhltest (gFOBT) für Frauen und Männer im Alter von 50 bis 54 Jahren, Früherkennungs-Darmspiegelung ab dem Alter von 55 Jahren zweimalig im Abstand von 10 Jahren oder zweijährlicher Stuhltest) zu einem organisierten Screening-Programm. Eine der Neuerungen ist, dass statt des herkömmlichen chemischen Stuhltests (gFOBT) künftig quantitative immunologische Stuhltests (iFOBT) zur Anwendung kommen werden, da diese noch treffsicherer sind (siehe Kapitel 6.2.5).

Im Verlauf der Beratungen zum Nationalen Krebsplan wurde in einem wesentlichen Punkt ein regelrechter Paradigmenwechsel vollzogen: Zunächst war die Steigerung der Teilnahme an den Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung noch als wesentliches Ziel formuliert. Längst steht jedoch die informierte Entscheidung der Versicherten für oder gegen eine Teilnahme an der Krebsfrüherkennung im Vordergrund. Dies ist auch dem gewachsenen Bewusstsein dafür zuzuschreiben, dass eine Früherkennungsmaßnahme auch mit Nachteilen verbunden sein kann. So können beispielsweise falsch positive Befunde zu unnötigen diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen führen (Überdiagnose, Übertherapie). Diese Nachteile für den Einzelnen gilt es gegenüber den möglichen Vorteilen – bessere Behandlungsmöglichkeiten bei frühzeitiger Diagnose im Erkrankungsfall – abzuwägen [13]. Entsprechend diesem Paradigmenwechsel wurde im KFRG auch der Regelungsmechanismus der verringerten Belastungsgrenze bei Zuzahlungen für chronisch kranke Versicherte verändert [14]. Diese koppelte zuvor die Gewährung einer reduzierten finanziellen Belastungsgrenze im Falle einer Krebserkrankung, für die eine Früherkennungsuntersuchung der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, an deren regelmäßige Inanspruchnahme. Somit sind nun Nicht-Teilnehmende nicht länger gegenüber den Teilnehmenden benachteiligt (Anpassung des §62 SGB V) [10, 11].

Die Krebsfrüherkennungsprogramme sollen laut KFRG künftig hinsichtlich ihres Nutzens unter Einbindung der epidemiologischen oder der klinischen Landeskrebsregister

überprüft werden. Bei dieser Evaluation steht insbesondere die Frage im Mittelpunkt, ob die Früherkennungsprogramme in der Lage sind, die krebsbedingte Sterblichkeit unter den Screening-Programtteilnehmenden zu reduzieren. Dafür müssen in den Ländern teilweise noch die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen werden, um entsprechende Auswertungen zu ermöglichen.

Die bisher etablierten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen richten sich an breite Bevölkerungsgruppen und berücksichtigen bis auf Alter und Geschlecht keine weiteren Risikofaktoren. Für Personen mit einem deutlich erhöhten Erkrankungsrisiko für bestimmte Krebserkrankungen, insbesondere aufgrund einer erblichen Vorbelastung, könnten spezielle, an das bestehende Risiko angepasste Früherkennungsuntersuchungen angezeigt sein. Dieses risikoadaptierte Screening, bei dem sich Früherkennungsprogramme an individuellen Risiken der Teilnehmenden orientieren, wurde im Nationalen Krebsplan als ein Querschnittsthema behandelt. Die zuständige Arbeitsgruppe verwies in ihren Empfehlungen vor allem auf den noch bestehenden hohen Forschungsbedarf und regte internationale Kooperationen zur Klärung der offenen wissenschaftlichen, aber auch ethischen Fragen an. Mit den Vorgaben im KFRG wird gleichwohl eine risikoangepasste Krebsfrüherkennung grundsätzlich ermöglicht.

Vor diesem Hintergrund wurde das Thema der risikoadaptierten Krebsfrüherkennung auf Initiative Deutschlands in die Diskussionen maßgeblicher Krebsbekämpfungsaktivitäten auf EU-Ebene eingebracht, insbesondere in die aktuell laufende gemeinsame Maßnahme, die sogenannte Joint Action »CANCON«, ein zentrales Projekt der Europäischen Kommission im Bereich der Krebsbekämpfung (siehe auch Kapitel 7.7). Zudem ist seit dem letzten Jahr die risikoadaptierte Krebsfrüherkennung Gegenstand eines vom BMG finanzierten Projektes. Im Rahmen dieser Initiative erarbeitet nun eine internationale Expertengruppe, unter deutscher Federführung, ein EU-Positionspapier. Dabei geht es insbesondere um Empfehlungen zur Entwicklung und Validierung von risikoadaptierten Brustkrebsfrüherkennungsmaßnahmen. Das Positionspapier, das voraussichtlich im Frühjahr 2018 vorliegen wird, soll fachliche Basis sein für einen verantwortungsbewussten Umgang mit neuesten molekular-onkologischen Forschungsergebnissen und deren Umsetzung in der Versorgungspraxis.

### 7.4.2 Zum Handlungsfeld 2: Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung

Mit dem KFRG wurde der flächendeckende Aufbau der klinischen Krebsregistrierung in allen Bundesländern bis Ende 2017 gesetzlich verankert und somit ein weiteres wichtiges Ziel des Nationalen Krebsplans auf Bundesebene umgesetzt. Im Unterschied zu den epidemiologischen Krebsregistern, die seit Ende 2009 flächendeckend in jedem Bundesland die Daten zur Häufigkeit von Krebsneuerkrankungen und -todesfällen erfassen, erheben die klinischen Krebsregister die Daten zum gesamten Verlauf einer Krebserkrankung einer Patientin/eines Patienten, einschließlich detaillierter Angaben zur jeweiligen Behandlung. Wesentliches Ziel ist die Verbesserung der Qualität der Versorgung

von Krebspatientinnen und -patienten. Zur Bewertung der Qualität dieser onkologischen Versorgung sollen die klinischen Krebsregister insbesondere überprüfen, ob die in den Leitlinien zur Behandlung bestimmter Krebsformen formulierten Empfehlungen umgesetzt werden. Aufgaben der neuen klinischen Krebsregister sind:

- die personenbezogene Erfassung der Daten aller in einem regional festgelegten Einzugsgebiet stationär und ambulant versorgten Patientinnen und Patienten,
- die Auswertung der erfassten klinischen Daten und die Rückmeldung der Auswertungsergebnisse an die einzelnen Leistungserbringer,
- die Förderung der interdisziplinären, direkt patientenbezogenen Zusammenarbeit bei der Krebsbehandlung,
- die Beteiligung an der Einrichtungs- und darüber hinausgehenden (sektorenübergreifende) Qualitätssicherung des G-BA,
- die Zusammenarbeit mit Zentren in der Onkologie,
- die Erfassung von Daten für die bevölkerungsbezogenen (epidemiologischen) Krebsregister und
- die Bereitstellung notwendiger Daten zur Herstellung von Versorgungstransparenz und zu Zwecken der Versorgungsforschung.

Die Erfassung und Auswertung der klinischen Krebsregisterdaten erfolgen wohnort- und behandlungsortbezogen. Der G-BA kann bundesweite Auswertungen in Auftrag geben, und der GKV-Spitzenverband soll zudem alle fünf Jahre einen Bericht mit Ergebnissen der klinischen Krebsregistrierung in allgemeinverständlicher Form erstellen.

Für den Aufbau und Betrieb der klinischen Krebsregister sind die Länder zuständig, die dafür zunächst die landesgesetzlichen Voraussetzungen schaffen müssen. Den größten Teil (90%) der laufenden Finanzierung übernehmen die Krankenkassen. Der GKV-Spitzenverband hat hierzu mit den Ländern Anfang 2014 Förderkriterien vereinbart, die spätestens bis Ende 2018 von den Registern erfüllt sein müssen. Diese umfassen unter anderem:

- die Verwendung des einheitlichen Basisdatensatzes, inklusive ergänzender Module für bestimmte Krebsentitäten,
- die Möglichkeit der elektronischen Meldung,
- die Erfassung von mindestens 90% aller Neuerkrankungen (wohnortbezogen, Schätzung nach der Methode des Robert Koch-Instituts),
- die Erfüllung festgelegter Mindestkriterien zur Vollständigkeit ergänzender Angaben zur Diagnose (zum Beispiel  $\geq 80\%$  Tumorstadium,  $\geq 95\%$  Histologie),
- die Möglichkeit der Weitergabe und Übernahme von Meldungen aus anderen Registern (wohnort- und behandlungsortbezogen),
- die Weiterleitung der Daten an das zuständige epidemiologische Krebsregister,
- die regelmäßige und vollständige Erfassung von Vitalstatus und Todesursachen,
- die Nachrecherche von initial über Todesbescheinigung identifizierten Fällen (DCN-Fälle) und
- einen Anteil von nur über Todesbescheinigung identifizierten Fällen (DCO-Fälle) von unter 10%.

Variablen für einen einheitlichen Basisdatensatz für die klinische und epidemiologische Krebsregistrierung wurden 2014 von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren

(ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID) auf Basis der bisherigen Ergebnisse der Arbeitsgruppe Datensparsame einheitliche Tumordokumentation (AG DET, siehe unten) beschlossen und vom BMG im Bundesanzeiger veröffentlicht. [15]. Ergänzende Module für Brust- und Darmkrebs wurden ebenfalls erarbeitet und Ende 2015 veröffentlicht. Weitere Module sind noch in Bearbeitung.

Ende 2012 hat die Deutsche Krebshilfe ihre Bereitschaft erklärt, bis zu 90% der mit acht Millionen Euro veranschlagten Investitionskosten für den Aufbau neuer oder den Umbau bestehender Register zu übernehmen.

Ende 2014 wurden in einem Schiedsverfahren die Rahmenbedingungen für die Vergütung von Meldungen an das jeweilige klinische Krebsregister zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vereinbart. Anfang 2015 erfolgte die Festlegung der Vergütungssätze.

Die flächendeckende klinische Krebsregistrierung, mehr noch als die epidemiologische Registrierung, ist auf eine enge Kooperation der Register angewiesen – vor allem für den notwendigen Datenaustausch zwischen Behandlungs- und Wohnortregister. Dementsprechend haben sich die Vertreter der Ländergesundheitsministerien von Anfang an um eine enge Abstimmung bei der Entwicklung der landesgesetzlichen Vorgaben bemüht und zu diesem Zweck eine sogenannte Ad-hoc-Arbeitsgruppe gegründet, um möglichst einheitliche Regelungen zur Erfassung, Rückmeldung und Datennutzung abzustimmen und um Regelungen zu Abrechnungsmodalitäten oder für die gemeinsame Nutzung von Softwarelösungen zu erarbeiten. Aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen, vor allem in Bezug auf bereits bestehende Krebsregister, werden zu einigen Aspekten in den Ländern verschiedene Wege beschritten. So wird nach derzeitigem Stand mehr als die Hälfte der Bundesländer die vorhandenen epidemiologischen Krebsregister zu klinisch-epidemiologischen Krebsregistern erweitern. In anderen Bundesländern, vor allem in solchen mit bereits etablierter klinischer Krebsregistrierung, wird eine Trennung der beiden Registertypen beibehalten.

Eng mit dem Aufbau der klinischen Krebsregistrierung verbunden ist das Ziel der einheitlichen datensparsamen Tumordokumentation, die ebenfalls ein Querschnittsthema im Nationalen Krebsplan ist. Bisher erfolgen für verschiedene Zwecke jeweils separate Erhebungen und Dokumentationen der Daten von Patientinnen und Patienten, so dass vielfach identische Daten ein und derselben Person in unterschiedlichen Dokumentationssystemen vorliegen. Für manche Patientinnen mit Brustkrebs werden beispielsweise mehr als 200 Items erhoben und 65% der Daten mehrfach dokumentiert [16].

Ziel ist es, die Dokumentationspflichten zu reduzieren, indem Datenanforderungen unter dem Gebot der Datensparsamkeit überprüft oder so weit wie möglich vereinheitlicht werden. Von den Expertinnen und Experten des Nationalen Krebsplans wurde daher die Bedeutung der Datenerfassung querschnittsartig über die Handlungsfelder des NKP analysiert. Die auf dieser Basis erarbeiteten Lösungsvorschläge für eine datensparsame einheitliche Tumordokumentation spiegeln die Abwägung des jeweiligen Aufwandes gegen

den zu erwartenden Nutzen wider.

Ein wichtiges Teilziel für eine datensparsame Tumordokumentation ist die Harmonisierung der von verschiedenen Stellen erhobenen Anforderungen an die Dokumentationspraxis. Daneben gilt es, die erhobenen Daten kritisch auf ihre Zweckbestimmung und Erforderlichkeit zu überprüfen. In einer gemeinsamen Willenserklärung verpflichteten sich Anfang 2013 die verantwortlichen Normgeber (darunter neben dem BMG auch der G-BA, der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung), an diesen Zielen mitzuwirken. Mit der Einrichtung der Arbeitsgruppe »Datensparsame einheitliche Tumordokumentation« (AG DET) zur Prüfung der Dokumentationsverpflichtungen zur Qualitätskontrolle wurde eine wesentliche Maßnahme umgesetzt. Unter Moderation des BMG [17] entwickelt diese AG Vorschläge für konkrete Verbesserungen und eine datensparsame Vereinheitlichung der Dokumentation. Die bisherigen Beratungsergebnisse der AG DET waren bereits Grundlage für den 2014 veröffentlichten Basisdatensatz von ADT und GEKID für die klinische und epidemiologische Krebsregistrierung sowie der Module für Brust- und Darmkrebs (siehe oben).

Ein weiterer Schwerpunkt im Handlungsfeld 2 ist die Erstellung von evidenzbasierten Behandlungsleitlinien der höchsten methodischen Entwicklungsstufe, sogenannten S3-Leitlinien, für alle häufigen Tumorarten. Diese sollen von Ärztinnen und Ärzten breit angewendet werden. Ihre Wirksamkeit wird anhand einer kritischen Analyse der Versorgungsdaten evaluiert. Bereits 2008 startete das Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe. Bisher wurden 18 onkologische S3-Leitlinien entwickelt, 15 davon jeweils mit Patientenversionen, die ergänzend zum ärztlichen Gespräch für Betroffene und deren Angehörige zusätzliche Informationen zur jeweiligen Krebserkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten beinhalten.

Die Zertifizierung onkologischer Behandlungseinrichtungen und Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Onkologie sollen nach einheitlichen Konzepten erfolgen. Näheres zu den Themen Leitlinien und Zertifizierung ist im Kapitel 3 »Versorgung von Menschen mit Krebs« beschrieben.

Ein weiterer Schwerpunkt des Nationalen Krebsplans im Handlungsfeld 2 betrifft die Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung beziehungsweise der psychologischen und psychosozialen Betreuung von Krebspatientinnen und Krebspatienten. Im Nationalen Krebsplan haben sich die Beteiligten auf folgende Definition für die psychoonkologische Versorgung verständigt:

*»Psychoonkologische Versorgung umfasst gestufte psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen für Krebskranke und ihre Angehörigen. Psychosoziale Versorgung beinhaltet insbesondere Information, Beratung, Psychoedukation, Krisenintervention und supportive Begleitung. Psychotherapeutische Versorgung beinhaltet insbesondere Diagnostik, Krisenintervention und psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit ausgeprägten psychischen Beeinträchtigungen oder komorbiden psychischen Störungen.« [18].*

Da nach derzeitiger Studienlage etwa 25 bis 30% aller

Krebspatientinnen und -patienten im Laufe ihrer Erkrankung behandlungsbedürftige psychische Störungen oder ausgeprägte psychosoziale Beeinträchtigungen entwickeln, werden psychoonkologische Maßnahmen in nationalen und internationalen Leitlinien als integraler Bestandteil der Versorgung Krebskranker empfohlen. Sie sollten wohnortnah zur Verfügung stehen und qualitätsgesichert sein. Da es in Deutschland auf diesem Gebiet Hinweise auf Versorgungsdefizite gibt (vermutetes Stadt-Land-Gefälle), ist dieses Thema ein Schwerpunkt des Nationalen Krebsplans [8].

Die psychoonkologische Versorgung bietet Menschen mit Krebs und deren Angehörigen psychologische Diagnostik, Psychotherapie und Unterstützung bei der Bewältigung von Krisensituationen an. Außerdem beinhaltet diese Versorgung psychosoziale Beratung und unterstützende Begleitung im Krankheits- und Heilungsverlauf. Diese Leistungen werden von verschiedenen Berufsgruppen angeboten und durch unterschiedliche Kostenträger vergütet. Daneben gibt es Unterstützungsangebote von Selbsthilfeverbänden und Selbsthilfegruppen.

Folgende Maßnahmen der psychoonkologischen Versorgung werden als notwendig erachtet und im NKP empfohlen:

- Definition und Operationalisierung psychoonkologischer Kernvariablen zum Zwecke einer einheitlichen Dokumentation,
- bundesweite Erhebung des vorhandenen psychoonkologischen Versorgungsangebots (Bestandsaufnahme und Analyse der ambulanten und stationären psychoonkologischen Versorgungsangebote),
- Verbesserung der außerstationären psychoonkologischen Versorgung, zum einen durch eine festgelegte Qualitätssicherung und Empfehlung für eine einheitliche Finanzierung von Krebsberatungsstellen, zum anderen durch eine Flexibilisierung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen.

Die Arbeitsgruppe hat empfohlen, prioritär die drei vorgenannten Maßnahmen schrittweise umzusetzen und sich erst danach den folgenden vier Maßnahmen anzunehmen:

- Verbesserung der stationären psychoonkologischen Versorgung, etwa die Festlegung psychoonkologischer Leistungen sowie die Bereitstellung patientenorientierter Informationen zum psychoonkologischen Leistungsangebot eines Krankenhauses,
- Verbesserung und Verbreitung von Informationen über psychoonkologische Versorgungsangebote,
- Organisation eines bedarfsorientierten und strukturierten Zugangs zu den psychoonkologischen Versorgungsangeboten auf der Basis bestehender oder gegebenenfalls neu zu entwickelnder Modelle,
- Erstellung von Konzepten zur berufsspezifischen Qualifizierung, wie die Entwicklung entsprechender Fort- und Weiterbildungsprogramme.

Die empfohlene bundesweite Bestandsaufnahme und Analyse des bestehenden psychoonkologischen Versorgungsangebotes wurde inzwischen vom BMG in Auftrag gegeben und soll bis Ende 2018 Ergebnisse liefern, auf der weitere Entscheidungen und Maßnahmen zur Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung aufbauen können. Das Vorhaben wird durch einen Fachbeirat begleitet.

Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung – unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft,

Wohnort und Versichertenstatus – sowie einer einrichtungsübergreifenden (sektorenübergreifenden), integrierten onkologischen Versorgung sind übergeordnete Ziele, die alle Handlungsfelder des NKP betreffen. Sie wurden daher in der Beratung zunächst zurückgestellt. Aufgrund einer Analyse kam die Steuerungsgruppe des NKP zu der Auffassung, dass in den erarbeiteten und abgestimmten Ziele-Papieren zu Handlungsfeld 2 die Aspekte einer qualitativ hochwertigen und einer sektorenübergreifenden integrierten onkologischen Versorgung weitgehend berücksichtigt und die empfohlenen Maßnahmen geeignet sind, den übergeordneten Ansatz dieser beiden Ziele zu erreichen. Eine bessere Vernetzung in der onkologischen Versorgung sollte insbesondere in den Bereichen Rehabilitation und Palliativmedizin angestrebt werden. Diese beiden Themen wurden daher im Nationalen Krebsplan mit aufgegriffen.

### **7.4.3 Zum Handlungsfeld 3: Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung**

Ziel dieses Handlungsfeldes ist es, allen Krebspatientinnen und -patienten gleichermaßen einen schnellen Zugang zu wirksamen, innovativen Krebstherapien zu verschaffen. Der Schwerpunkt liegt hier zunächst auf der Sicherstellung einer effizienten onkologischen Arzneimittelversorgung. Um dieses Thema unter medizinischen, gesundheitsökonomischen und sozialrechtlichen Aspekten aufzuarbeiten, gab das BMG hierzu ein wissenschaftliches Gutachten in Auftrag. Die Autoren präsentierten die Ergebnisse ihres Gutachtens [9] der Steuerungsgruppe des Nationalen Krebsplans im Februar 2011. Es wurde Einigkeit dahingehend erzielt, zunächst die Erfahrungen und Folgen aus dem am 1. Januar 2011 in Kraft getretenen Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) abzuwarten [6]. Seit diesem Zeitpunkt müssen Arzneimittelhersteller für alle Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen bei der Markteinführung Nachweise über den therapeutischen Zusatznutzen vorlegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt auf Grundlage einer wissenschaftlichen Bewertung der vom Hersteller eingereichten Unterlagen fest, ob ein Zusatznutzen für das neue Arzneimittel belegt wurde. Der Beschluss über die Nutzenbewertung dient als Grundlage für die anschließende Preisverhandlung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Hersteller. Der Preis eines Arzneimittels richtet sich damit nach seinem therapeutischen Zusatznutzen und wird nicht mehr durch das pharmazeutische Unternehmen nach eigenem Ermessen festgelegt. Dieses Verfahren hat sich inzwischen bewährt und zu einem allgemein akzeptierten Bestandteil der Arzneimittelversorgung entwickelt. Es trägt entscheidend dazu bei, die rasant steigenden Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung einzudämmen und eine Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit von Medikamenten zu schaffen.

### **7.4.4 Zum Handlungsfeld 4: Stärkung der Patientenorientierung**

Schwerpunkte dieses Handlungsfeldes sind eine stärkere Ausrichtung der onkologischen Versorgung an den Bedürfnissen der Betroffenen und eine Verbesserung von Angeboten zur Patienteninformation. Qualitätsgesicherte und gleichzeitig verständliche Informationen zu Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten sind wichtige Vorausset-



zungen, um die Patientenkompetenz zu stärken und krebskranke Menschen darin zu unterstützen, gemeinsam mit der Ärztin oder dem Arzt die für sie am besten passenden therapeutischen Entscheidungen zu treffen (partizipative Entscheidungsfindung, shared decision-making). Mediziner und Therapeuten sollten ihre Fähigkeiten weiterentwickeln, einfühlsam und möglichst auf Augenhöhe mit den Patientinnen und Patienten zu kommunizieren. Hintergrund ist eine zunehmende Abkehr von der traditionellen Vorstellung, nach der therapeutische Entscheidungen alleine von der Ärztin oder vom Arzt getroffen werden. Berücksichtigung finden sollten immer auch die konkrete Lebenssituation sowie die individuellen Werte und Präferenzen der Betroffenen. Dies ist auch mit der sich zunehmend abzeichnenden Erkenntnis begründet, dass Patientinnen und Patienten eine belastende Behandlung umso besser durchhalten und seltener abbrechen, je besser sie informiert und je aktiver sie in die Entscheidung für diese Behandlung eingebunden waren. Daher kann sich ein solches Vorgehen letztlich positiv auf den Behandlungsverlauf und die Patientenzufriedenheit auswirken.

Für den Bereich der Krebsfrüherkennung gelten ähnliche Prinzipien, auch wenn der Begriff »der Patientin/des Patienten« hier nicht zutreffend ist und durch »Bürgerin/Bürger« oder »Versicherte« ersetzt werden muss. Diese Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme an einer solchen Krebsfrüherkennungsuntersuchung ist zwar nicht mit jener von Kranken zwischen verschiedenen Therapie-Optionen gleichzusetzen. Dennoch gilt auch hier, dass Entscheidungen auf der Basis der besten verfügbaren Information und in Abwägung möglicher Vor- und Nachteile individuell getroffen werden sollten.

Bereits vorhandene Informationsangebote für Krebskranke, Angehörige und Versicherte weisen eine unterschiedliche Qualität auf und sind nicht immer verständlich und hilfreich. Ein wichtiges Ziel ist daher, zielgruppengerechte und qualitätsgesicherte Informationsangebote zur Verfügung zu stellen und zugänglich zu machen.

Zahlreiche von den Arbeitsgruppen empfohlene Maßnahmen zu den Zielen im Handlungsfeld 4 sowie zum Thema Krebsfrüherkennung und Information im Handlungsfeld 1 waren Ausgangspunkt für einen praxisbezogenen, wissenschaftlichen Workshop zur informierten und partizipativen Entscheidungsfindung von Bürgerinnen und Bürgern, Patientinnen und Patienten und Leistungserbringern im Februar 2015 in Berlin.

In Bezug auf die Krebsfrüherkennung hat der G-BA – auch mit Blick auf die Umsetzung des KFRG – das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Überarbeitung beziehungsweise der Erstellung von Einladungsschreiben und Versicherteninformationen zum Mammographie-Screening sowie zu den künftigen Darm- und Gebärmutterhalskrebs-Screening-Programmen beauftragt. Nutzen und Risiken der Krebsfrüherkennung sollen umfassend und verständlich dargestellt werden. Bestandteil der Versicherteninformation sind auch Angaben darüber, wie die personenbezogenen Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden, ebenso die zum Schutz dieser Daten getroffenen Maßnahmen und bestehende Widerspruchsrechte [19]. Die Überarbeitung des Einladungsschreibens und des Merkblatts zum Mammographie-Screening wurde 2015

abgeschlossen [20]. Diese Materialien werden vom IQWiG unter Einbeziehung externer Sachverständiger derzeit zu einer Entscheidungshilfe für oder gegen eine Teilnahme am Mammographie-Screening weiterentwickelt [21]. Außerdem entwickelt das IQWiG Einladungsschreiben und Versicherteninformationen für die künftigen organisierten Darmkrebs- und Gebärmutterhalskrebs-Screening-Programme.

Die Versorgung und Betreuung krebskranker Menschen und ihrer Angehörigen stellen hohe Ansprüche an die Kompetenz der behandelnden Ärztinnen und Ärzte in der Kommunikation mit den Betroffenen. Daher wurde das Thema der Verbesserung der kommunikativen Kompetenz der in der Onkologie tätigen Leistungserbringer als eigenständiges Ziel in das Handlungsfeld 4 aufgenommen. Eine im Rahmen des NKP vom BMG geförderte Studie zur ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung zeigte, dass in diesem wichtigen Bereich ein erheblicher Handlungsbedarf besteht. Um die ärztliche Gesprächsführung im Bereich der Onkologie weiter zu verbessern, wurde in dem vom BMG geförderten Vorhaben »Kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten in der Onkologie – Entwicklung eines longitudinalen onkologischen Mustercurriculums Kommunikation auf Basis der Umsetzungsempfehlungen des NKP« ein Mustercurriculum »Kommunikation« für das Medizinstudium entwickelt. Die Ergebnisse dieses Projektes wurden Ende Februar 2016 auf einem Abschluss-Symposium in Heidelberg vorgestellt und konkrete Vorschläge zur Implementierung des onkologischen Mustercurriculums in die medizinische Ausbildung diskutiert. In einer gemeinsamen »Heidelberger Erklärung« verpflichteten sich die Unterzeichnenden, in erster Linie die unmittelbar für die Umsetzung der ärztlichen Ausbildung zuständigen Akteure, die kommunikativen Kompetenzen in der ärztlichen Ausbildung zu fördern.

Darüber hinaus fördert das BMG seit Anfang 2016 ein Projekt zur Entwicklung eines Mustercurriculums »Kommunikative Kompetenzen in der Pflege«. Ziel ist es, die Kompetenzen von Pflegenden durch die Entwicklung und modellhafte Implementierung eines einheitlichen Mustercurriculums »Kommunikation« für die generalistische Pflegeausbildung zu stärken.

## 7.5 Forschung im Nationalen Krebsplan

Mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung, einem Partner des Nationalen Krebsplans, wurde vereinbart, dass die Krebsforschung, insbesondere die Versorgungsforschung, als Querschnittsthema in den einzelnen Handlungsfeldern des NKP berücksichtigt werden soll. Zu den in den einzelnen Ziele-Papieren empfohlenen zentralen Forschungsanliegen wurde vom Bundesministerium für Gesundheit Mitte 2011 ein Förderschwerpunkt »Forschung im Nationalen Krebsplan« ausgeschrieben. Angelehnt an die Handlungsfelder des Nationalen Krebsplans wurde der Förderschwerpunkt in drei Themenbereiche gegliedert:

- Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung (Handlungsfeld 1),
- psychosoziale/psychoonkologische Unterstützung von Krebspatientinnen und Krebspatienten (Handlungsfeld 2) und

- Patientenorientierung in der Onkologie: informierte Entscheidung und Patientenkompetenz (Handlungsfelder 4 und 1).

Im Jahr 2012 begann die Förderung von 13 im Rahmen eines Gutachterverfahrens ausgewählten Projekten (siehe Infobox 15) mit einem Fördervolumen von rund fünf Millionen Euro. Die Laufzeit der Projekte erstreckte sich in der Regel über drei Jahre [22-25]. Die Ergebnisse dieser Forschungsprojekte sollen die weitere Umsetzung des Nationalen Krebsplans unterstützen. Sie wurden im Rahmen einer Abschlussveranstaltung im Mai 2016 in Berlin erstmals vorgestellt und werden nachfolgend in den Gremien des NKP beraten [26].

### Geförderte Projekte im Förderschwerpunkt »Forschung im Nationalen Krebsplan«

- SAMS. Saarland gegen Darmkrebs – machen Sie mit! (Modellprojekt zur Darmkrebsfrüherkennung, H. Brenner, DKFZ, Heidelberg)
- More-risk-study. Modellierung der ökonomischen, rechtlichen, ethischen und risikokommunikativen Auswirkungen einer risikoadaptierten Früherkennung beim familiären Mamma-, Ovarial- und Kolonkarzinom (R. Schmutzler, Uni Köln)
- FAMKOL. Transdisziplinäre Förderung der Screening-Teilnahme bei Personen mit familiär erhöhtem Risiko für kolorektale Karzinome – eine prospektive cluster-randomisierte kontrollierte Multi-Center Studie (M. Landenberger/A. Bauer, Uni Halle-Wittenberg)
- TeKQuaZ. Fall-Kontroll-Studie zur Häufigkeit der Teilnahme an der Krebsfrüherkennung und zur Qualität der Zytologie (S. Klug, TU München)
- STEPPED CARE. Optimierung psychoonkologischer Versorgung durch gestufte Vermittlung (S. Singer, Uni Leipzig)
- P-OLand. Psychoonkologische Versorgung im ländlichen Raum: Vergleich zweier Regionen mit unterschiedlichen Versorgungsmodellen (W. Herzog, Uni Heidelberg)
- EPAS. Evaluation eines elektronischen psychoonkologischen adaptiven Screeningprogramms zur Erfassung psychischer Belastungen und psychosozialer Unterstützungsbedürfnisse bei Krebspatienten (U. Koch, Uni Hamburg)
- InEMa. Informierte Entscheidung deutscher und türkischer Frauen bei der Teilnahme am Mammographie-Screening-Programm (J. Spallek, Uni Bielefeld)
- EFFEKTIV. Effektive Informationsvermittlung bei der Einladung zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungsmaßnahmen (W. Gaissmaier, Uni Konstanz)
- PACOCT. Patientenkompetenz in der oralen antineoplastischen Therapie (W. Baumann, Köln)
- DIPEXOnkologie. Patientenerfahrungen zur Erhöhung der Patientenkompetenz – Entwicklung und Evaluation von Modulen zu Brustkrebs, Darmkrebs und Prostatakrebs auf der Webseite [www.krankheitserfahrungen.de](http://www.krankheitserfahrungen.de) (C. Holmberg, Berlin)
- PIAT. Informations- und Schulungsmaßnahmen zur Stärkung der Patientenkompetenz – eine Analyse des Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom (H. Pfaff, Uni Köln)
- SPUPEO. Spezialisierte Pflegefachpersonen zur Unterstützung informierter partizipativer Entscheidungsfindung in der Onkologie (A. Gerlach/A. Steckelberg, Uni Hamburg)

### INFOBOX 15



## 7.6 Aufgaben und Ausblick auf die nächsten Jahre

Wichtige Schwerpunkte in der laufenden Umsetzung der bisherigen Empfehlungen des Nationalen Krebsplans sind der weitere Auf- und Ausbau der klinischen Krebsregistrierung durch die Länder und die Überführung der bestehenden Früherkennungsangebote zu Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs in organisierte Screening-Programme. Beides wird noch einige Zeit in Anspruch nehmen. Ferner werden die Themen psychoonkologische Versorgung, kommunikative Kompetenz in Heil- und Pflegeberufen sowie die Patientenorientierung und informierte Entscheidung auch in den kommenden Jahren einen breiten Raum einnehmen.

Neben den vielfältigen Aktivitäten im NKP wurden zuletzt gesetzliche Maßnahmen auf den Weg gebracht, die eine unmittelbare Auswirkung auf die Versorgung krebskranker Menschen haben. So werden die onkologischen Zentren [27] durch die am 1. Januar 2016 in Kraft getretene Krankenhausreform gestärkt. Mit der Reform sollen bedarfsgerechte Krankenhausstrukturen dadurch geschaffen werden, dass die Qualität als Kriterium bei der Krankenhausplanung der Länder künftig eine größere Rolle spielt. Die Qualität wird sich auch auf die Höhe der Vergütung auswirken können.

Mithilfe der stärkeren Orientierung auf Qualität soll erreicht werden, dass Patientinnen und Patienten sich auf eine hochwertige Versorgung in den Krankenhäusern verlassen können. In diesem Zusammenhang sollen vor allem auch Leistungen für besondere Aufgaben besser vergütet werden. Von der Vereinbarung derartiger Zuschläge können auch onkologische Zentren profitieren. Zudem können durch eine Zertifizierung onkologischer Versorgungseinrichtungen nicht akzeptable Qualitätsunterschiede bei der Behandlung von Krebskranken weiter abgebaut werden.

Fortschritte für die Versorgung unheilbar an Krebs Erkrankter sind auch durch das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland zu erwarten, das am 8. Dezember 2015 in Kraft getreten ist [28]. Mit gezielten Maßnahmen soll die Betreuung, Versorgung und Begleitung von schwerstkranken Menschen in ihrer letzten Lebensphase verbessert werden. Ziel ist, dass in Deutschland ein möglichst flächendeckendes Angebot an Hospiz- und Palliativleistungen zur Verfügung steht, auch in strukturschwachen und ländlichen Regionen.

## 7.7 Initiativen zur Krebsbekämpfung auf europäischer Ebene und in den EU-Mitgliedsstaaten

### INFOBOX 16



#### Europäischer Kodex zur Krebsbekämpfung des Internationalen Krebsforschungszentrums (IARC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [30]

1. Rauchen Sie nicht. Verzichten Sie auf jeglichen Tabakkonsum.
2. Sorgen Sie für ein rauchfreies Zuhause. Unterstützen Sie rauchfreie Arbeitsplätze.
3. Legen Sie Wert auf ein gesundes Körpergewicht.
4. Sorgen Sie für regelmäßige Bewegung im Alltag. Verbringen Sie weniger Zeit im Sitzen.
5. Ernähren Sie sich gesund:
  - a. Essen Sie häufig Vollkornprodukte, Hülsenfrüchte, Obst und Gemüse.
  - b. Schränken Sie Ihre Ernährung mit kalorienreichen Nahrungsmitteln ein (hoher Fett- oder Zuckergehalt) und vermeiden Sie zuckerhaltige Getränke.
  - c. Vermeiden Sie industriell verarbeitetes Fleisch; essen Sie weniger rotes Fleisch und salzreiche Lebensmittel.
6. Reduzieren Sie Ihren Alkoholkonsum. Der völlige Verzicht auf Alkohol ist noch besser für die Verringerung Ihres Krebsrisikos.
7. Vermeiden Sie zu viel Sonnenstrahlung, insbesondere bei Kindern. Achten Sie auf ausreichenden Sonnenschutz. Gehen Sie nicht ins Solarium.
8. Schützen Sie sich am Arbeitsplatz vor krebserregenden Stoffen, indem Sie die Sicherheitsvorschriften befolgen.
9. Finden Sie heraus, ob Sie in Ihrem Zuhause einer erhöhten Strahlenbelastung durch natürlich vorkommendes Radon ausgesetzt sind. Falls ja, ergreifen Sie Maßnahmen zur Senkung dieser hohen Radonwerte.
10. Für Frauen:
  - a. Stillen senkt das Krebsrisiko bei Müttern. Falls möglich, stillen Sie Ihr Kind.
  - b. Hormonersatztherapien erhöhen das Risiko für bestimmte Krebserkrankungen.
  - c. Nehmen Sie Hormonersatztherapien möglichst wenig in Anspruch.
11. Sorgen Sie dafür, dass Ihre Kinder an Impfprogrammen teilnehmen gegen:
  - a. Hepatitis B (Neugeborene)
  - b. Humane Papillomviren (HPV) (Mädchen).
12. Nehmen Sie an bestehenden Krebsfrüherkennungs- und Screening-Programmen teil:
  - a. Darmkrebs (Männer und Frauen)
  - b. Brustkrebs (Frauen)
  - c. Gebärmutterhalskrebs (Frauen).

Die Europäische Kommission misst dem Thema Krebsbekämpfung seit vielen Jahren einen hohen Stellenwert bei. Zwischen 1987 und 2000 förderte die Kommission das Programm »Europe Against Cancer« mit dem übergeordneten Ziel, die Krebssterblichkeit bis zum Jahr 2000 um 15% zu reduzieren. Im Rahmen dieser Initiative entstanden Strukturen für die internationale Zusammenarbeit, beispielsweise das European Network of Cancer Registries (ENCR), das bis heute Bestand hat. Im Jahr 2009 folgte die »European Partnership for Action Against Cancer« (EPAAC), die von 2011 bis 2014 als »Joint Action« fortgeführt wurde. Eines der zentralen Ziele der EPAAC war es, die EU-Mitgliedsstaaten bei der Erstellung von nationalen Krebsplänen zu unterstützen. Bis 2013 sollten alle Mitgliedsländer entsprechende Programme verabschiedet haben. Anfang 2012 existierten in 23 von damals 27 befragten EU-Mitgliedsländern ausformulierte Strategien zur Krebsbekämpfung mit unterschiedlichem Grad der Ausgestaltung. Inzwischen haben mit Luxemburg und Österreich zwei weitere EU-Staaten entsprechende Programme verabschiedet [29].

Weitere Schwerpunkte der EPAAC waren Maßnahmen zur Primär- und Sekundärprävention, zum Beispiel die Aktualisierung des »European Code against Cancer« (siehe Infobox 16 und <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/de>). Andere Projekte betreffen den Ausbau und die Harmonisierung der Krebsregistrierung sowie die Kooperation und Koordination im Bereich der Krebsforschung. Diese Punkte werden auch in vielen nationalen Programmen der EU-Mitgliedsstaaten aufgegriffen.

Seit Februar 2014 führt die Europäische Kommission mit der Nachfolge-Aktion »European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control« (CANCON) die zentralen Themen der EPAAC fort [31]. Schwerpunkt bildet die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Krebs, einschließlich der Früherkennung. Von deutscher Seite wird diese Arbeit fachlich und politisch vom BMG, der Deutschen Krebsgesellschaft sowie weiteren Organisationen begleitet. Der Themenbereich der Krebsregistrierung ist über das europäische Krebsinformationssystem (European Cancer Information System, ECIS) im Joint Research Center der Europäischen Kommission verankert, unter anderem in Zusammenarbeit mit dem ENCR.

Ende 2014 wurde von der Europäischen Kommission eine Expertengruppe zur Krebsbekämpfung einberufen, die »Expert Group on Cancer Control«. Aufgabe dieser Gruppe ist es, die Kommission zu allen Fragen im Bereich der Krebsbekämpfung auf EU-Ebene zu beraten und zu unterstützen – insbesondere bei der Erarbeitung von Leitlinien, Empfehlungen sowie regulatorischen Instrumenten.

Eine wichtige Rolle spielt die EU seit langem bei der Regulierung des europäischen Marktes für Tabakprodukte und damit für die Bekämpfung eines der wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren für Krebs. Erst 2014 wurde im Europäischen Parlament eine neue Tabakprodukt-Direktive verabschiedet, die unter anderem neue Kennzeichnungspflichten und Warnhinweise auf Verpackungen sowie das Verbot bestimmter Aromastoffe vorschreibt. In Deutschland ist das Gesetz zur Umsetzung dieser Direktive am 20. Mai 2016 in Kraft getreten [32] (siehe Kapitel 5.2.1).

Bis 2015 veröffentlichte die Europäische Kommission Leitlinien für die Implementierung und Qualitätssicherung von Programmen zur Früherkennung von Brust-, Gebärmutterhals- und Darmkrebs, die teilweise bereits mehrfach überarbeitet wurden. Im Gegensatz zur Tabakprodukt-Direktive sind diese Leitlinien nicht verpflichtend in den Mitgliedsstaaten umzusetzen. Sie wurden jedoch in Deutschland im Krebsfrüherkennungs- und -registriergesetz aufgegriffen (siehe oben und Kapitel 6). In den Jahren 2008 und 2014 folgten ein erster und zweiter Bericht über den Stand der Implementierung der Programme innerhalb der EU [33]. Ein weiterer Bericht soll noch im Jahr 2016 veröffentlicht werden.

Ein weiteres gesundheitspolitisch bedeutsames Projekt ist die »European Commission Initiative on Breast Cancer« (ECIBC). Deren Ziel ist die Entwicklung eines Akkreditierungsverfahrens für Leistungserbringer in der Brustkrebbsversorgung. Die Deutsche Krebsgesellschaft ist nationaler Ansprechpartner für dieses Projekt, das zudem vom BMG und weiteren deutschen Organisationen begleitet wird. Dies soll die nationalen Interessen wahren und eine inhaltlich-fachliche Verknüpfung der unterschiedlichen Aktivitäten im Bereich der Krebsbekämpfung auf EU-Ebene sicherstellen.

# Literatur

1. Kaatsch P, Spix C, Deutsches Kinderkrebsregister (2015) Jahresbericht 2015. Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Hrsg), Mainz
2. Bundesministerium für Gesundheit (2009) Informationspapier zur Nationalen Krebskonferenz am 23. Juni 2009 in Berlin. [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2009/090623\\_informationspapier\\_zur\\_nationalen\\_krebskonferenz.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2009/090623_informationspapier_zur_nationalen_krebskonferenz.pdf) (Stand: 17.08.2016)
3. European Commission (2009) Action Against Cancer: European Partnership. Meeting organized by DG SANCO on the European Partnership for Action Against Cancer. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/dissemination/diseases/docs/stakeholders\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/docs/stakeholders_en.pdf) (Stand: 17.08.2016)
4. Bundesministerium für Gesundheit (2009) Pressemitteilung: Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt eröffnet Nationale Krebskonferenz. <http://www.bmg.bund.de/presse/pressemitteilungen/2009-02/bundesgesundheitsministerin-ulla-schmidt-eroeffnet-nationale-krebskonferenz.html> (Stand: 17.08.2016)
5. Bundesministerium für Gesundheit (2015) Organisationsstruktur des Nationalen Krebsplans. [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler\\_Krebsplan/Organisationsstruktur\\_des\\_Nationalen\\_Krebsplans.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Organisationsstruktur_des_Nationalen_Krebsplans.pdf) (Stand: 14.06.2016)
6. Bundesministerium für Gesundheit (2015) Organisation des Nationalen Krebsplans. <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/organisation-des-nationalen-krebsplans.html> (Stand: 17.08.2016)
7. Bundesministerium für Gesundheit (2015) Ergebnisse/ Ziele-Papiere/Umsetzungsempfehlungen/Relevante Dokumente. <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/was-haben-wir-bisher-erreicht.html> (Stand: 17.08.2016)
8. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2012) Nationaler Krebsplan - Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen. BMG, Berlin
9. Höffken K, Ludwig W-D, Schrappe M et al. (2010) Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Sicherstellung einer effizienten Arzneimittelversorgung in der Onkologie, Bremen
10. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) vom 20.12.1988, zuletzt geändert am 31.07.2016, Artikel 1 Gesetzliche Krankenversicherung, §65c Klinische Krebsregister
11. Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz - KFRG) vom 03.04.2013
12. Gemeinsamer Bundesausschuss (2016) Pressemitteilung: Eckpunkte für zukünftiges Screening auf Gebärmutterhalskrebs geändert. <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/641/> (Stand: 19.09.2016)
13. Helou A (2014) Krebsfrüherkennung im Nationalen Krebsplan: Gesundheitspolitischer Rahmen und gesetzliche Neuregelungen. Bundesgesundheitsbl 57 (3): 288-293
14. Gemeinsamer Bundesausschuss (2008) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in §62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte (»Chroniker-Richtlinie«). [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-278/Chr-RL\\_2008-06-19.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-278/Chr-RL_2008-06-19.pdf) (Stand: 17.08.2016)
15. Bundesministerium für Gesundheit (2014) Bekanntmachung: Aktualisierter einheitlicher onkologischer Basisdatensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V. (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) vom 27. März 2014. BANZ AT 28.04.2014: 1-28
16. Beckmann MW, Lux MP (2014) Abschlussbericht des Projektes »Dokumentationsaufwand der Patientin mit Mammakarzinom - von der Primärdiagnose bis zur Nachbeobachtung und den damit verbunden Ressourcen«. Universitäts-Brustzentrum Franken, Erlangen
17. Bundesministerium für Gesundheit (2015) Querschnittsthema: Datensparsame einheitliche Tumordokumentation. <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/was-haben-wir-bisher-erreicht/einheitliche-tumordokumentation.html> (Stand: 17.08.2016)
18. Wessels T, Korsukéwitz C, Fischer et al. (2010) Zielepapier zu Ziel 9 des Nationalen Krebsplans: Alle Krebspatienten erhalten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung, Berlin
19. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Hrsg) (2015) Einladungsschreiben und Merkblatt zum Mammographie-Screening. Rapid Report P14-02 Version 1.0 vom 20.03.2015. IQWiG, Köln
20. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2015) Pressemitteilung: Frauen verständlich über Nutzen und Schaden des Mammografie-Screenings informieren. IQWiG publiziert Entwürfe für künftiges Einladungsschreiben und Merkblatt. <https://www.iqwig.de/de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen/frauen-verstaendlich-uber-nutzen-und-schaden-des-mammografie-screenings-informieren.6654.html> (Stand: 17.08.2016)
21. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Hrsg) (2016) Einladungsschreiben und Entscheidungshilfe zum Mammographie-Screening. Vorbericht P14-03 Version 1.0 vom 25.02.2016. IQWiG, Köln
22. Bundesministerium für Gesundheit (2013) Förderschwerpunkt »Forschung im Nationalen Krebsplan«. [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler\\_Krebsplan/Uebersicht\\_BMG\\_gefoerderte\\_Vorhaben\\_Forschung\\_im\\_NKP\\_2015.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Uebersicht_BMG_gefoerderte_Vorhaben_Forschung_im_NKP_2015.pdf) (Stand: 17.08.2016)
23. Bundesministerium für Gesundheit (2015) Handlungsfelder: Wo sehen wir weiteren Handlungsbedarf in der Krebsbekämpfung? <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/handlungsfelder.html> (Stand: 17.08.2016)
24. Bundesministerium für Gesundheit (2015) Forschung im Nationalen Krebsplan. Förderschwerpunkt des Bundesministeriums für Gesundheit. <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/forschung-im-nkp.html> (Stand: 17.08.2016)
25. Hohenberger W (2012) Der Nationale Krebsplan nimmt Fahrt auf. FORUM 2012 (2): 94
26. Bundesministerium für Gesundheit (2016) Meldungen 2016: »Forschung im Nationalen Krebsplan«. <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/Forschung-im-NKP/> (Stand: 17.08.2016)
27. Deutsche Krebsgesellschaft (2015) Das Zentrenmodell der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG). <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/das-zentrenmodell-der-dkg.html> (Stand: 17.08.2016)
28. Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG) vom 01.12.2015
29. Budewig K, Wesselmann S (2014) Die Krebsbekämpfung in der EU - Gesundheitspolitik und der Beitrag Deutschlands. FORUM 2014 (4): 271-274
30. International Agency for Research on Cancer (IARC) (2014) Europäischer Kodex zur Krebsbekämpfung. 12 Möglichkeiten, Ihr Krebsrisiko zu senken. <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/de/> (Stand: 02.08.2016)

31. CANCON Project (2014) Development of the European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control. <https://www.ntnu.edu/prc/cancon> (Stand: 16.08.2016)
32. Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie über Tabakerzeugnisse und verwandte Erzeugnisse vom 04.04.2016, Artikel 1  
Gesetz über Tabakerzeugnisse und verwandte Erzeugnisse (Tabakerzeugnisgesetz - TabakerzG)
33. Kommission der Europäischen Gemeinschaft (2014) Bericht der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Umsetzung der Mitteilung der Kommission »Maßnahmen zur Krebsbekämpfung: Europäische Partnerschaft« vom 24. Juni 2009 [KOM (2009) 291 endg.] und zweiter Bericht über die Umsetzung der Empfehlung des Rates zur Krebsfrüherkennung vom 2. Dezember 2003 (2003/878/EC), COM(2014)584 final: 23.09.2014, Brüssel