



Die Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Tumorzentren trifft sich regelmäßig in Berlin im Haus der Deutschen Krebsgesellschaft: Hier der Blick vom Balkon.

Interview mit Privatdozentin Dr. Monika Klinkhammer-Schalke
Geschäftsführerin der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren Regensburg e.V.

Alles registriert

Mit dem neuen Krebsregistergesetz, das im April 2013 verabschiedet wurde, werden erstmals klinische Krebsregister auf eine gesetzliche Grundlage gestellt, und auch der Früherkennung wird eine besondere Bedeutung beigemessen. Doch was bringt das Gesetz an Neuerungen? Best practice sprach mit Privatdozentin Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, Geschäftsführerin der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V. (ADT) und geschäftsführender Vorstand im Kooperationsverbund Qualitätssicherung durch Klinische Krebsregister (KoQK) sowie in der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT).

best practice: Das Krebsregistergesetz aus dem letzten Jahr soll die klinischen Krebsregister auf eine gesetzliche Grundlage stellen. Was bringt es an Neuerungen?

Das Gesetz wurde am 9. April 2013 verabschiedet, und zwar relativ schnell und mit Zustimmung aller Fraktionen. Ich finde, das muss man betonen. Die Neuerungen, die es bringt, sind sehr vielfältig, und ich hoffe, dass die Umsetzung möglichst schnell gelingt. Ein wichtiger Aspekt ist die Früherkennung. Wir werden dann für das kolorektale und das Zervixkarzinom Früherkennungsmaßnahmen haben ähnlich wie aktuell beim Mammakarzinom. Wir nehmen also mehr Karzinome in die Früherkennung hinein mit dem Wissen, dass die Heilungschancen umso höher sind, je früher der Tumor entdeckt wird. Bis das endgültig so sein wird, haben wir allerdings noch ein ganzes Stück Arbeit vor uns. Dennoch glaube ich, dass wir damit den Patienten, die an einem solchen Karzinom erkranken, deutlich bessere Überlebenschancen bieten können.

best practice: Warum beschränkt man sich nur auf diese zwei Tumorarten, anstatt die Vorsorge noch weiter auszuweiten?

Das Mammakarzinom, für das es ja bereits ein erprobtes Früherkennungsprogramm gibt, ist das häufigste Karzinom bei der Frau. Das kolorektale Karzinom ist bei beiden Geschlechtern die zweithäufigste Krebsart, also erkranken die meisten Krebspatienten an einem dieser beiden Tumoren. Das Zervixkarzinom wiederum gehört bei der Frau ebenfalls zu den häufigeren Tumoren und man kann es auch noch sehr früh erkennen. Beim Mann ist zwar das Prostatakarzinom das häufigste Malignom, aber hier sind die Früherkennungsmaßnahmen noch nicht wirklich ausgereift. Es ist natürlich durchaus möglich, dass auch dieser Tumor ins Programm aufgenommen wird, wenn sich hier zukünftig bei der Früherkennung Wesentliches tut. Man muss dazu auch sagen, dass dieses Gesetz nicht in Blei gegossen und für die nächsten Jahrzehnte unveränderlich, sondern vielmehr dynamisch angelegt ist. Auch der Teil der klinischen Register wird sich verändern in Abhängigkeit von den Erfahrungen in der Anfangszeit und im Verlauf.

best practice: Warum integriert man Früherkennungsmassnahmen ausgehend in ein Krebsregistergesetz?

Dieses Gesetz stammt aus der Arbeit des Nationalen Krebsplans, den es seit 2008 gibt, und der über vier Handlungsfelder verfügt. Und das erste Handlungsfeld ist hier eben die Früherkennung. Darüber hinaus gibt es als weitere Handlungsfelder die Qualitätssicherung, die Arzneimittelforschung und die Patienteneinbindung. Die Früherkennung ist also ein ganz prominentes Ziel des Nationalen Krebsplans, ebenso wie die Implementierung klinischer Krebsregister ein vorrangiges Ziel im Handlungsfeld Qualitätssicherung ist. Beide Ziele sind frühzeitig von vielen Experten weiter entwickelt, strukturiert und mit Empfehlungen versehen worden. Der Nationale Krebsplan hat dabei eine Besonderheit, denn das Bundesgesundheitsministerium hat ein Schema vorgegeben, nach dem die Ziele bearbeitet werden müssen. Konkret heißt das: zunächst einmal muss man den aktuellen Stand zu den einzelnen Zielen auflisten, dann angeben, was notwendig für die Qualitätssicherung ist und schließlich Umsetzungsempfehlungen mit konkreten Maßnahmen nennen. Das ist für alle Ziele so gewesen und sowohl bezüglich der Ziele Krebsfrüherkennung als auch klinische Krebsregister sehr zügig und mit großer Übereinstimmung aller Beteiligten geschehen. Aber warum musste das alles ein Gesetz werden? Nun es ist so, dass bereits viele Jahre auch vom Bundesministerium für Gesundheit versucht worden ist, solche klinischen Register beispielhaft aufzubauen. Es gab in den 1980er und 1990er Jahren ein vom Ministerium gefördertes Projekt Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister, aus dem einige Register hervorgegangen sind. Es sind aber manche von ihnen auch wieder untergegangen, weil es keine Verpflichtung gab. Ein zweiter Punkt ist, dass wir bereits ein epidemiologisches Krebsregistergesetz haben. Alle Krebserkrankungen müssen in jedem Bundesland gemeldet werden, gesammelt werden die Daten dann letztlich zentral beim Robert-Koch-Institut in Berlin. Da lag es nahe, auch den Teil der verlaufs begleitenden Dokumentation von Therapien krebserkrankter Menschen im Rahmen eines Gesetzes verbindlich einzuführen. Die Früherkennung ist in diesem Gesetz enthalten, weil man mehr Zusammenhalt zwischen ihr und der Weiterbehandlung

für den Fall eines neu diagnostizierten Karzinoms schaffen möchte. Momentan sind diese beiden Aspekte noch ziemlich separiert, aber in Zukunft will man die Onkologie mehr als Ganzes sehen und die verschiedenen Beteiligten miteinander verbinden.

best practice: Zur Früherkennung sollen alle Patienten in Zukunft schriftlich per Post eingeladen werden. Kann das Ihrer Ansicht nach die Inanspruchnahme derart erhöhen, dass dies die hohen dadurch verursachten Kosten rechtfertigt?

Wir wissen vom Mammographie-Screening, dass ein solches Vorgehen etwas bringt. Seit die Frauen dazu eingeladen werden, ist die Rate an Mammakarzinomen in einem früheren Stadium deutlich gestiegen, und die Frauen nehmen die Früherkennung häufiger in Anspruch. Somit können diese Untersuchungen viel häufiger durchgeführt werden, als dies früher der Fall war. Die Kosten der Einladungsschreiben sind durchaus rechtfertigt, denn wenn eine Frau später an einem Mammakarzinom erkrankt, zieht dies sehr hohe Therapiekosten nach sich. Auch palliative Ansätze kosten viel Geld, so dass sich die Kosten für die Einladungen sicherlich gegenrechnen.

best practice: Lassen Sie uns noch einmal auf das Gesetz und die Krebsregister als solches zurückkommen. Da gibt es epidemiologische und klinische Krebsregister, und diese Begriffe werden häufig durcheinander geworfen. Wie genau unterscheiden sich diese beiden Registerarten?

Ein epidemiologisches Krebsregister erfasst nur ein einziges Mal die Neuerkrankung eines Krebspatienten, was durch die

niedergelassenen oder die Klinikärzte geschieht. Dies kann regional erfolgen oder auch zentral, wenn es für ein einzelnes Bundesland nur ein erfassendes Register gibt. Diese Länderregister geben dann Ihre Daten an das Robert-Koch-Institut weiter, so dass wir bundesweit Zahlen für alle Krebsneuerkrankungen haben. In der Publikation „Krebs in Deutschland“ kann man die Ergebnisse dann nachlesen. Wir wissen dadurch, wie viele Krebserkrankungen es in Deutschland überhaupt gibt und können sehen, ob es in bestimmten Gebieten zur Bildung von Clustern kommt, hinter denen beispielsweise Umweltfaktoren oder andere Faktoren stecken können. Dies ist der Sinn von epidemiologischen Krebsregistern, die

„Mehr Karzinome werden in die Früherkennung aufgenommen, um die Heilungschancen durch Frühentdeckung zu erhöhen.“

aber nicht vom neuen Krebsregistergesetz betroffen sind. Trotzdem werden in einigen Bundesländern diese Daten von bereits existierenden klinischen Krebsregistern selektiert. Das heißt, die Krebserkrankung eines Patienten und der weitere Verlauf werden an ein klinisches Krebsregister gemeldet, das die Neuerkrankungsdaten dann an die landesepidemiologische Stelle oder das gemeinsame Krebsregister in den neuen Bundesländern meldet. Nur dieser Teil der Daten geht an das epidemiologische Krebsregister, alles Weitere verbleibt beim klinischen Krebsregister, das dann damit

Zur Person:

Privatdozentin Dr. Monika Klinkhammer-Schalke schloss zunächst ein Studium der katholischen Theologie an den Universitäten Bonn und Freiburg ab und arbeitete als Psychotherapeutin, bevor sie an der Universität Würzburg Humanmedizin studierte. Sie war zunächst an der Universitäts-Frauenklinik in Würzburg als Ärztin tätig und übernahm dann 1998 die Geschäftsführung des Tumorzentrums Regensburg e.V., die sie bis heute inne hat. Ihre wissenschaftlichen Schwerpunkte bilden unter anderem Tumorzentren und die Lebensqualität von Krebspatienten. Dr. Klinkhammer-Schalke ist geschäftsführendes Mitglied verschiedener Fachgesellschaften sowie Vorstandsmitglied im Kooperationsverbund Qualitätssicherung durch Klinische Krebsregister (KoQK) und in der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT).

