

Nationales Krebsprogramm für die Schweiz

2 0 0 5

–

2 0 1 0

Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2005–2010

Dank

Allen kantonalen und nationalen Partnern, die uns in den letzten Monaten ihre Zeit und Ideen zur Verfügung gestellt haben, sei ganz herzlich gedankt. Ohne die konstruktiven und ermutigenden Kommentare zum ersten Entwurf und die wertvollen Vorschläge zur Umsetzung des Nationalen Krebsprogramms hätte das jetzt vorliegende Dokument nicht entstehen können.

Zu grossem Dank sind wir auch den Mitgliedern der Steuergruppe und der technischen Arbeitsgruppe verpflichtet, die die Entwicklung des Nationalen Krebsprogramms tatkräftig begleitet und mit ihrem Fachwissen unterstützt haben.

Besondere Beachtung verdienen auch die wissenschaftlichen Beiträge des Krebsregisters Genf (Christine Bouchardey und Luc Raymond), des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin Zürich (Matthias Bopp), von Prof. Tomas Poledna und des Institut du droit à la santé (Dominique Sprumont), die oft unter viel Zeitdruck erstellt wurden.

Ganz spezieller Dank gebührt Prof. Giorgio Nosedà, Präsident von Oncosuisse, für seine fortwährende, enthusiastische Unterstützung während dieses ganzen Prozesses.

Impressum

Autoren: Doris Schopper, Reto Obrist

Gesamtkoordination: Reto Obrist

Lektorat: Thomas Pfluger, 4223 Blauen

Herausgeber: Oncosuisse, Effingerstrasse 40,
3008 Bern, Telefon 031 389 93 33,

E-Mail: info@oncosuisse.ch

Gestaltung: Leibundgut Visuelle Gestaltung Bern

Um die Lesbarkeit des Texts zu erhöhen, wird in diesem Bericht nur die männliche Form benutzt (z.B. Arzt, Patient), die aber sowohl die männliche als auch die weibliche Person beinhaltet.

Inhaltsverzeichnis

6 **Das Wichtigste in Kürze**

12 **Die Ziele des Nationalen Krebsprogramms**

15 **Einführung**
Krebs – eine Herausforderung für die Schweiz

19 Krebs in der Schweiz: Wo stehen wir?

22 Ungleichheit vor dem Krebs

27 Ein Nationales Krebsprogramm – wirksam und machbar

31 **Teil 1: Die Zielsetzungen**

32 Eine klare Gesamtstrategie

36 Die Entstehung von Krebs wirksamer verhindern

45 Die Krebsfrüherkennung verbessern

54 Eine qualitativ hochstehende Behandlung und Pflege, die sich am Patienten orientiert

66 Die Herausforderung einer evidenzbasierten Krebspolitik

71 Hoffnungsträger Forschung

75 **Teil 2: Die Umsetzung**

77 Rahmenbedingungen für die Umsetzung des Nationalen Krebsprogramms

82 Gesundheitsförderung und Prävention

87 Krebsfrüherkennung

94 Behandlung und Pflege

101 Surveillance

106 Forschung

109 **Anhänge**

109 Bericht über die Stellungnahme der Kantone
zum ersten Entwurf des Nationalen Krebsprogramms

116 Partner für die Umsetzung

117 Steuerungsgruppe des Nationalen Krebsprogramms

118 Technische Arbeitsgruppe des Nationalen Krebsprogramms

120 Glossar

Das Wichtigste in Kürze

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit und der Gesundheitsdirektorenkonferenz hat OncoSuisse das Nationale Krebsprogramm 2005–2010 entwickelt. Während des Jahres 2004 fand ein intensiver Konsultationsprozess statt, sowohl auf nationaler als auch auf kantonaler Ebene. Vertreter aller Kantone wurden persönlich zu den Zielsetzungen des Programms befragt und um Vorschläge zur Umsetzung gebeten. Hieraus entstand ein Entwurf für das Nationale Krebsprogramm, der mit allen Partnern an einem nationalen Workshop im Oktober 2004 diskutiert und daraufhin überarbeitet wurde.

Das nun vorliegende Nationale Krebsprogramm 2005–2010 ist in drei Hauptteile gegliedert.

- › In der **Einführung** wird die Bedeutung von Krebs für die Schweiz aufgezeigt.
- › **Teil 1** erläutert die Grundwerte des Nationalen Krebsprogramms und seine Zielsetzungen für Prävention, Früherkennung, Behandlung und Pflege, Krebs epidemiologie und Forschung. Ein Entwurf von Teil 1 wurde mit den kantonalen und nationalen Verantwortungsträgern eingehend diskutiert und für das vorliegende Dokument entsprechend angepasst. Eine Zusammenfassung der kantonalen Konsultation ist im Anhang zu finden.
- › **Teil 2** ist aus dem konsultativen Prozess entstanden und macht Vorschläge, wie die Ziele umgesetzt werden können. Die Akteure und Partner in den verschiedenen Bereichen werden vorgestellt, die gesetzlichen Rahmenbedingungen erläutert und Finanzierungsmöglichkeiten untersucht. Schliesslich werden konkrete erste Schritte beschrieben.

Alle aufgeführten Zahlen und Fakten stammen aus wissenschaftlichen Studien, zur besseren Lesbarkeit wird im Text aber nicht auf die Quellen hingewiesen. Die wichtigsten Literaturhinweise finden sich jeweils am Ende der Kapitel.

Rund 40 Prozent der Schweizer Einwohner – vom Kleinkind zum alten Menschen – erkranken irgendwann in ihrem Leben an Krebs. Die Krankheit ist damit eine der wichtigsten Todesursachen unseres Landes; bezüglich verlorener Lebensjahre und Lebensqualität ist Krebs sogar das schwerste Leiden überhaupt. Dies und die Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahre 1994, den Kampf gegen Krebs zu verstärken, hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) dazu bewogen, Onco-suisse im Oktober 2001 den Auftrag für die Entwicklung eines Nationalen Krebsprogramms zu erteilen. Die Vision dieses Programms: Eine Schweiz, in der weniger Menschen an Krebs erkranken, weniger Menschen an den Folgen von Krebs leiden und sterben, mehr Menschen von Krebs geheilt werden und Betroffene und ihre Angehörigen in allen Phasen der Krankheit aktiv mit einbezogen werden und die nötige Zuwendung und Hilfe erfahren. Im Rahmen des Programms sollen Wissenslücken zum Krebs gefüllt und Massnahmen getroffen werden, die allen Menschen in der Schweiz die bestmöglichen Chancen im Kampf gegen Krebs ermöglichen. Das vorliegende Dokument fasst den Wissensstand zu Krebs in der Schweiz zusammen, legt die Zielsetzungen dar, macht Vorschläge zur Umsetzung und definiert mögliche Zuständigkeiten.

Generelle Zielsetzungen

Das Krebsprogramm soll die Zahl der Krebskranken und -toten senken und die Lebensqualität der Erkrankten verbessern. Generell kann es zur besseren Gesundheit der Schweizer Bevölkerung beitragen.

Eine grosse Zahl von Menschen und Organisationen engagiert sich in der Schweiz im Kampf gegen Krebs, und sowohl von privater wie von staatlicher Seite werden wesentliche Beiträge aufgewendet. Ein Gefäss, das diese Aktivitäten sammelt und koordiniert, fehlt aber, ebenso wie eine gemeinsame Strategie. Das Nationale Krebsprogramm macht Vorschläge, wie diese Mängel behoben werden können. Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung, Therapie und palliative Nachsorge müssen – bei beschränkten finanziellen Ressourcen – verbessert und koordiniert werden, die finanziellen Mittel effizient genutzt werden. Das vorhandene, auf wissenschaftlicher Evidenz basierende Fachwissen soll zusammengefasst und in Form von Leitlinien für die oben erwähnten Gebiete zur Verfügung gestellt werden. Ziele und Zuständigkeiten sollen klar definiert werden, auf allen Gebieten und für alle Akteure.

Idealerweise soll das BAG die Steuerungskompetenz auf Bundesebene wahrnehmen. Denkbar wäre auch, dass es diese Funktion an eine schweizweit tätige Organisation abgibt.

Wo steht die Schweiz?

Jährlich werden in der Schweiz 31 000 neue Krebsfälle diagnostiziert, und 15 000 Personen sterben an der Krankheit (zweithäufigste Todesursache). Beim Mann sind Prostata-, Lungen- und Darmkrebs die wichtigsten Formen, bei der Frau Brust-, Darm- und Lungenkrebs. In den kommenden Jahren wird die Bedeutung der Krankheit noch zunehmen, wenn keine Gegenmassnahmen ergriffen werden.

Ein Grossteil der Schweizer Bevölkerung weiss nur wenig über Krebs, und sogar Wissenschaftlern und Entscheidungsträgern fehlen entscheidende Daten. Dabei gibt es noch keine Chancengleichheit: Die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken oder mit Krebs diagnostiziert zu werden, ist je nach Region, Kanton und sozialer Schicht verschieden hoch. Dafür können Unterschiede im Lebensstil verantwortlich sein, sicher spielen aber auch unterschiedliche Ansätze in der Gesundheitspolitik eine wesentliche Rolle, zum Beispiel in der Prävention und Früherkennung. Besonders frappant sind die Unterschiede beim Brustkrebs. Zahlreiche Studien zeigen zudem, dass bestimmte Berufe ein erhöhtes Krebsrisiko mit sich bringen.

Die gesetzlichen Grundlagen für die Krebsbekämpfung sind in der Schweiz sehr weit gefasst. Soweit nicht ausdrücklich anders vorgesehen, liegt die entsprechende Kompetenz bei den Kantonen. Im Nationalrat ist jedoch ein Postulat zur Schaffung eines Gesetzes zur Bekämpfung von Krebs eingereicht worden.

Die finanzielle Lage ist angespannt. Auf kantonaler Ebene stehen wenig Mittel für neue Aktivitäten zur Verfügung. Dem Einsparen bisheriger Ausgaben kommt deshalb eine wichtige Rolle zu. Die Kantone signalisieren zudem, dass der Bund und die Krankenkassen sich an der Finanzierung des Nationalen Krebsprogramms beteiligen müssen.

Die Entstehung von Krebs wirksamer verhindern

Die weitaus grösste Rolle bei der Krebsentstehung wird äusseren, beeinflussbaren Risikofaktoren zugeschrieben. Besonders wichtig sind Tabakkonsum, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Alkoholkonsum, Belastungen durch Schadstoffe am Arbeitsplatz und aus der Umwelt (zum Beispiel Radon oder Ultraviolett-Strahlung). Tabakkonsum alleine verursacht ein Drittel aller Krebsfälle. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, wie diese Ursachen wirksam bekämpft werden können. Gleichzeitig würden so auch andere nicht-übertragbare Krankheiten seltener. Deshalb sollte das Krebspräventionsprogramm Teil eines integrierten Vorgehens sein, das in ein umfassendes Programm zur Gesundheitsförderung und Prävention mündet.

Wenn präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen heute nur ungenügende Wirkung zeigen, so liegt das zum wesentlichen Teil am Mangel an Ressourcen. Gross ist aber auch der Bedarf nach einer besseren Vernetzung und Koordination. Neben den nationalen Institutionen gibt es eine Vielzahl von Organisationen auf kantonaler und kommunaler Ebene. Auf Bundesebene sind das BAG und Gesundheitsförderung Schweiz hauptverantwortlich für die Koordination, auf Kantonsebene die Gesundheitsdirektionen.

Die Krebsfrüherkennung verbessern

Je früher ein Krebs diagnostiziert wird, desto besser die Heilungschancen. Nachgewiesenermassen wirksam sind Früherkennungstests für Brust-, Muttermund- und Darmkrebs und für das Melanom (schwarzer Hautkrebs). Noch bestehen wesentliche kantonale Unterschiede im Zugang zur Früherkennung, bestimmte Bevölkerungsschichten sind über- und andere unterversorgt. Zudem mangelt es teilweise an Qualitätsrichtlinien.

Man unterscheidet zwischen opportunistischer und organisierter Früherkennung. Die organisierte Früherkennung richtet sich im Gegensatz zum individuellen, opportunistischen Vorgehen an spezifische Bevölkerungsgruppen, deren Mitglieder regelmässig zu einer Untersuchung eingeladen werden. Dabei sind die Untersuchungen normiert und qualitätskontrolliert, Kosten und Nutzen werden systematisch erhoben. Organisierte Früherkennungsprogramme sollen unter festgelegten Bedingungen durchgeführt werden. Sie werden von der kantonalen Gesundheitsdirektion ins Leben gerufen und unterstützt. Die ersten, auf kantonaler Ebene organisierten Programme sollen sorgfältig evaluiert werden. Es braucht eine Institution auf nationaler Ebene, die die gewonnenen Daten zusammenführt und wissenschaftlich fundierte Empfehlungen für den Schweizer Kontext formuliert. Zudem soll diese Institution befähigt sein, mit den Versicherern über eine mögliche Kostenübernahme zu verhandeln.

Wichtig für den Erfolg wären gesetzliche Grundlagen. Eine Gesetzgebung auf Bundesebene würde eine gemeinsame Grundlage für alle Kantone schaffen und es ermöglichen, die heutigen Ungleichheiten im Zugang und in der Benutzung von Früherkennungsmassnahmen zu reduzieren.

Die Schweizer Bevölkerung weiss noch zu wenig über Krebsfrüherkennungstests. Die umfassende, faktische und gut verständliche Information muss vorangetrieben werden, zum Beispiel auch im Rahmen der genetischen Beratung.

Eine qualitativ hochstehende Behandlung und Pflege, die sich am Patienten orientiert

Das Netz onkologischer Institutionen ist in der Schweiz im Vergleich zu anderen europäischen Ländern dicht, die Grösse der einzelnen Institutionen eher klein. Die Schweizer Behandlungsergebnisse gehören nach heutigem Wissensstand im internationalen Vergleich zu den besten. Andererseits bestehen zum Teil beträchtliche regionale und interkantonale Unterschiede. Diese sollen behoben werden, ebenso wie Unter- und Überversorgung. Nationale Qualitätsstandards für die klinische Krebsbehandlung spielen dabei eine zentrale Rolle. Regionale Krebsnetzwerke sollen fehlende Massnahmen zur Krebsbekämpfung einleiten, bereits existierende Massnahmen koordinieren und verbessern. Darüber hinaus sollen sie mit einem Krebsregister zusammenarbeiten und Forschung betreiben.

Die psychosoziale Versorgung von Krebspatienten leidet unter starkem finanziellem Druck. Vermutlich wird es ab 2010 keine Subventionen nach IVG mehr geben, und es ist unklar, wer künftig dieses notwendige Unterstützungsangebot finanzieren wird. Die grössten Defizite der psychosozialen Versorgung sollen durch eine Bündelung der Ressourcen behoben werden. Dies soll durch die bessere Vernetzung, Förderung und Weiterentwicklung bewährter Angebote und Leistungen sowie durch die Entwicklung von Pilotprojekten zur Sicherung des Mindestangebots geschehen.

Palliative Care soll die Lebensqualität unheilbar erkrankter Menschen verbessern. Sie hat sich in den letzten Jahren international entwickelt und etabliert, in der Schweiz fehlen aber noch einheitliche Definitionen und Leistungen. Palliative Care ist bis auf wenige Ausnahmen weder fester Bestandteil der nationalen oder kantonalen Gesundheitspolitik, noch werden die Pflegekosten von den Krankenkassen in genügendem Ausmass übernommen. Das kantonale Angebot variiert erheblich. Es ist ein Ziel des Nationalen Krebsprogramms, dass alle Krebspatienten in der Schweiz nach Bedarf und ohne finanzielle Zusatzleistungen Zugang zu Palliative Care haben.

Patienten und Angehörige kommen immer noch wenig zu Wort, und weder ihre Zufriedenheit noch ihre Lebensqualität sind klar definierte Ziele im Gesundheitssystem. Die von den Patienten am häufigsten erwähnten Probleme sind mangelnde Erklärung von Seiten der Ärzte bei der Ankündigung der Krankheit, mangelndes Beachten und Zuhören, mangelnde psychologische und praktische Unterstützung, und viel zu oft noch mangelnde Koordination von Pflege und medizinischer Betreuung. Der Patient muss sich als gleichberechtigter Partner etablieren, die Mitsprache soll gefördert werden.

Eine Vielfalt von Institutionen ist an der Therapie von Krebs beteiligt. Jeder dieser Partner muss klar formulieren, welche Aufgaben und Verantwortung innerhalb der vorgeschlagenen Zielsetzungen er bereit wäre zu übernehmen. Es geht einerseits darum, sehr unterschiedliche Projekte und Aktivitäten zu finanzieren, andererseits können mittels Harmonisierung und Zentralisierung Einsparungen erreicht werden. Die Finanzierung wird dabei wesentlich durch die kantonalen und nationalen gesetzlichen Grundlagen bedingt.

Die Herausforderung einer evidenzbasierten Krebspolitik

Um im Krebsbereich Handlungsbedarf zu identifizieren und die nötigen Massnahmen zu evaluieren, sind fundierte Bevölkerungsdaten aus der Krebs Epidemiologie unabdingbar. Die Finanzierung der dafür zuständigen Krebsregister wird hauptsächlich von den Kantonen und kantonalen Krebsligen sicher gestellt, der Bund spricht zusätzliche Subventionen. In der Schweiz wird aber nur ein Teil der Bevölkerung erfasst: In vielen Kantonen wird keine Krebs Epidemiologie betrieben, und selbst existierende Krebsregister kämpfen mit finanziellen Schwierigkeiten.

Angesichts der äusserst unbefriedigenden Lage ist es für das Nationale Krebsprogramm von zentraler Bedeutung, eine valide epidemiologische Erfassung zu garantieren, die einen möglichst grossen Teil der Bevölkerung in der Schweiz einbezieht. Zu diesem Zweck muss eine langfristige Finanzierung der kantonalen Krebsregister sicher gestellt werden. Auf dem Gebiet der Krebs Epidemiologie könnte mit den heute vorhandenen Ressourcen sehr viel erreicht werden, wenn die gesetzliche Grundlage verbessert würde. Um über gültige, für das Nationale Krebsprogramm informative Daten zu verfügen, müssen zudem die Normen für die Datenerfassung vereinheitlicht werden. Die Krebsregister müssen durch eine nationale Institution im Bereich Krebs Epidemiologie ergänzt werden, die die erfassten Daten analysiert und veröffentlicht.

Hoffnungsträger Forschung

Der Überbegriff Krebsforschung beinhaltet neben der Grundlagenforschung, der angewandten und der klinischen Forschung auch Forschungsaspekte von Public Health, Prävention, Palliative Care, Pflege, psychosozialer Betreuung, Gesundheitsförderung sowie die *outcome research*, die erforscht, wie verschiedene Therapiemöglichkeiten die Lebensqualität und Überlebenschancen von Patienten beeinflussen. Es ist die Aufgabe des Bundes, krebsbezogene Forschung in allen Bereichen weiterhin finanziell und strukturell zu unterstützen. Die folgenden Bereiche sollen aus Sicht des Nationalen Krebsprogramms speziell gefördert werden: die im Aufbau begriffenen Netzwerke für *translational research* (sie erforscht die Umsetzung der Grundlagenforschung in die Praxis) und *outcome research*, die Public-Health-Forschung (inklusive der Krebsregister) und die psychosoziale Krebsforschung.

Die Public-Health-Forschung soll gezielt gefördert werden, insbesondere Projekte zu Gesundheitsförderung, Prävention und Krebspidemiologie. Da solche Vorhaben oft gross, teuer und langfristig ausgerichtet sind, braucht es Anpassungen in der Finanzierung und wissenschaftlichen Beurteilung.

Es gibt in der Schweiz keine forschungsbezogenen Strukturen im klinischen Setting, was die Karriereplanung für Mediziner in der Forschung stark erschwert. Hinzu kommen die steigenden formalen und gesetzlichen Ansprüche, die es praktizierenden Ärzten und zum Teil sogar Spitälern unmöglich machen, klinische Forschung zu betreiben. Die klinische Forschung muss deshalb sowohl im administrativen Bereich als auch in finanzieller Hinsicht Unterstützung erhalten. Strukturen und Formen der Zusammenarbeit zwischen Universitäten, Industrie, regionalen und kantonalen Zentren sind zu optimieren.

Wie weiter mit dem Nationalen Krebsprogramm?

Die föderalistisch begründete Vielfalt der Schweiz ist zugleich eine Stärke und eine Schwäche unseres Landes. In allen vom Krebsprogramm erfassten Bereichen hat sie eine grosse Zahl fruchtbarer Aktivitäten hervorgebracht. Andererseits erschwert sie ein koordiniertes Vorgehen im Kampf gegen Krebs und führt zu beträchtlichen Mehrkosten. Der Wille, das Fachwissen und die finanziellen Mittel sind grösstenteils vorhanden und könnten durch verstärkte Koordination und Vernetzung besser eingesetzt werden. In verschiedenen Bereichen braucht es die Bereitschaft, althergebrachte Strukturen zu verändern und rechtliche Grundlagen anzupassen. Dafür ist politischer Wille und teilweise eine nicht unbeträchtliche Anstossfinanzierung notwendig. Ziel des Nationalen Krebsprogramms ist es, durch die vorgeschlagenen Massnahmen mittel- und langfristig Synergien zu schaffen und die Gegebenheiten so zu verbessern, dass letztendlich Geld gespart bzw. am richtigen Ort eingesetzt werden kann.

Dem nun vorliegenden Nationalen Krebsprogramm liegt ein breit abgestützter konsultativer Prozess zu Grunde. Die Zielsetzungen sind anerkannt, Vorschläge zur Umsetzung sind von nationalen und kantonalen Partnern gemeinsam erarbeitet worden. Nun gilt es, die ersten Schritte zu tun; dazu wird es in den kommenden Monaten besonders wichtig sein, die *leaders* im Kampf gegen Krebs zu bestimmen und ihnen die Kompetenz zu erteilen, mit der sie ihre Aufgabe erfüllen können.

Die Ziele des Nationalen Krebsprogramms

Drei übergeordnete Ziele:

- > Krebs soll seltener auftreten.
- > Eine Krebserkrankung soll seltener tödlich enden.
- > Die Lebensqualität von Krebskranken und ihren Angehörigen soll besser werden.

Die Ziele in den einzelnen Bereichen:

Die Entstehung von Krebs wirksamer verhindern

Ziel 1: Die Zahl der Menschen, die Krebs durch Tabakkonsum oder passives Rauchen entwickeln, wird vermindert

Ziel 2: Weniger Menschen erkranken an den Folgen von Übergewicht, Bewegungsmangel und ungesunder Ernährung

Ziel 3: Der Anteil der Menschen mit risikoreichem Alkoholkonsum sinkt

Ziel 4: Weniger Menschen leiden an Krebs wegen Ultraviolett-Strahlung

Ziel 5: Weniger Menschen erkranken an berufsbedingtem Krebs

Ziel 6: Weniger Menschen erkranken durch Umweltschadstoffe an Krebs

Ziel 7: Die Zahl der Menschen, die gesund leben, nimmt wahrnehmbar zu

Die Krebsfrüherkennung verbessern

Ziel 1: Die Bevölkerung wird objektiv und detailliert informiert, so dass jeder Einzelne über die Berechtigung eines Früherkennungstests entscheiden kann

Ziel 2: Allen Frauen über 50 Jahren wird ein regelmäßiger, bewusst gewählter Zugang zu einer Mammographie mit Qualitätskontrolle ermöglicht

Ziel 3: Die Früherkennung von Muttermundkrebs wird verbessert

Ziel 4: Eine angemessene, qualitätsgesicherte Früherkennung von Darmkrebs wird ermöglicht

Ziel 5: Die Früherfassung von Melanomen wird verbessert

Ziel 6: Die Beratung über genetische Tests für familiäre Krebsarten wird sicher gestellt

Ziel 7: Die verschiedenen Früherkennungsprogramme werden evaluiert und entsprechend angepasst

Eine qualitativ hochstehende Behandlung und Pflege, die sich am Patienten orientiert

Ziel 1: Der Patient wird ein Hauptakteur der integrierten Behandlung

Ziel 2: Nationale Qualitätsstandards für die klinische Krebsbehandlung

Ziel 3: Eine bessere Koordination und Kohärenz der Behandlung dank regionaler Krebsnetzwerke

Ziel 4: Die psychosoziale Versorgung wird verbessert

Ziel 5: Die palliative Behandlung und Betreuung wird verbessert und für alle gewährleistet

Die Herausforderung einer evidenzbasierten Krebspolitik

Ziel 1: Das epidemiologische Krebsmonitoring wird verbessert

Ziel 2: Ein nationales Krebs-Informationssystem, das den Bedürfnissen des Gesundheitswesens entspricht, wird geschaffen

Hoffnungsträger Forschung

Ziel 1: Die Koordination und Vernetzung wird optimiert

Ziel 2: Klinische Forschung und Public-Health-Forschung werden gestärkt

Ziel 3: Junge Forschertalente werden gefördert

Einführung

Krebs – eine Herausforderung für die Schweiz

19 Krebs in der Schweiz: Wo stehen wir?

22 Ungleichheit vor dem Krebs

27 Ein Nationales Krebsprogramm – wirksam und machbar

Krebs betrifft uns alle

Jährlich werden in der Schweiz 31 000 neue Krebsfälle diagnostiziert. 15 000 Menschen sterben an der Krankheit, was einem Viertel aller Todesfälle entspricht und Krebs zur zweithäufigsten Todesursache macht. Rund 40 Prozent der Menschen in der Schweiz erkranken irgendwann in ihrem Leben an Krebs. Praktisch jeder ist davon betroffen, wenn nicht direkt, so doch durch Leid und Sterben von Familienangehörigen, Freunden und Arbeitskollegen.

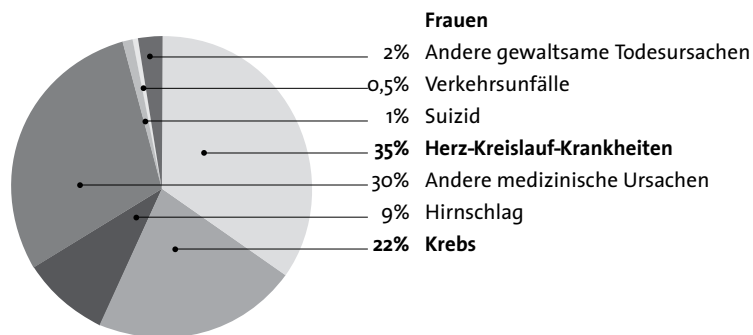
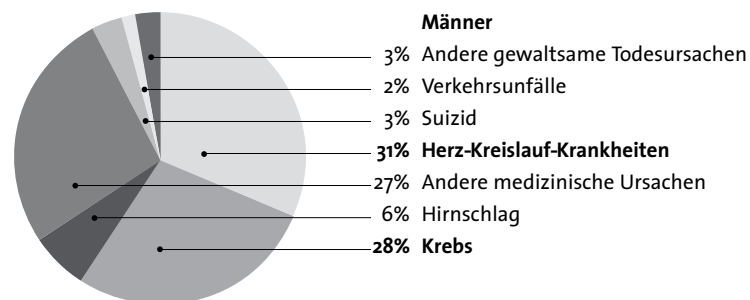
Krebs ist nach den Herz-Kreislauf-Krankheiten die zweithäufigste Todesursache in der Schweiz und verursacht bei den Männern 28 Prozent der Todesfälle, bei den Frauen 22 Prozent (Abbildung 1). Seine tatsächliche Bedeutung für die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung ist aber noch viel grösser, als diese Zahlen erahnen lassen. Denn jüngere Menschen sterben viel eher an Krebs als an einer Herz-Kreislauf-Krankheit. Keine andere Erkrankung raubt mehr Lebensjahre als Krebs. Besonders eindrücklich ist der Unterschied bei den Frauen (Abbildung 1): 38 Prozent der verlorenen Lebensjahre gehen bei ihnen aufs Konto von Krebskrankheiten (Herz-Kreislauf-Krankheiten: 13 Prozent).

Dank medizinischen Fortschritten sind einige Formen heil- oder zumindest beherrschbar geworden, und die Enttabuisierung von Krankheit in unserer Gesellschaft hat dafür gesorgt, dass ein Krebs nicht mehr geheim gehalten und still ertragen werden muss. Viele Menschen empfinden Krebs dennoch als besonders heimtückische, bedrohliche Erkrankung, unter anderem weil er jederzeit im Leben auftreten kann und auch Kinder trifft. Ausserdem bedeuten Krankheit und Behandlung – Chirurgie, Bestrahlung und Chemotherapie – nach wie vor eine grosse psychische und körperliche Belastung, ebenso wie die teilweise notwendigen Nachbehandlungen und langjährigen Kontrollen. Krebs gilt deshalb zu Recht immer noch als schwerwiegendes Gesundheitsproblem, als Einschnitt ins Leben und in die Lebensqualität.

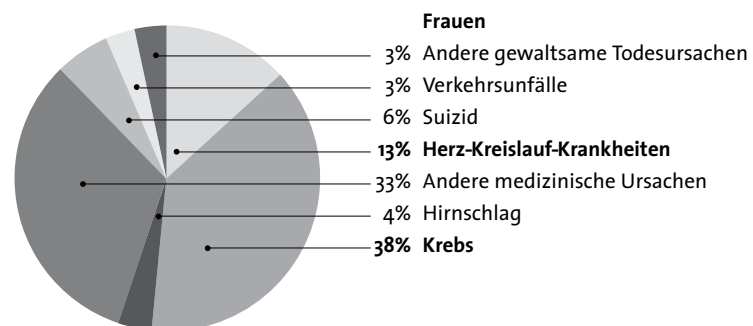
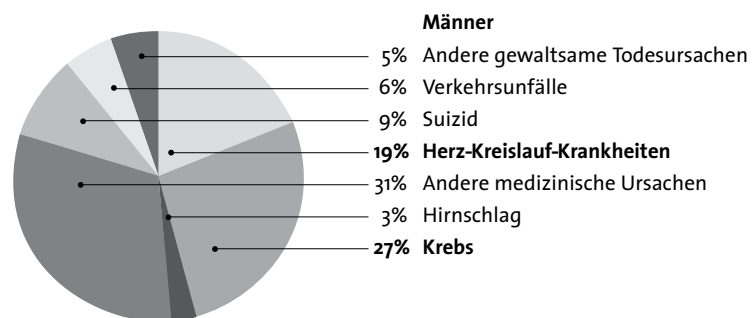
Zudem weiss ein wesentlicher Teil der Schweizer Bevölkerung immer noch wenig über Ursachen, Häufigkeit, Gefährlichkeit, Prävention und Behandlungsmöglichkeiten, was zum Mythos von Krebs als Schicksal beiträgt. Dabei wäre ein wesentlicher Teil der Fälle vermeidbar, nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Drittel, bei gewissen Formen noch deutlich mehr. Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung werden dabei als besonders wichtig eingeschätzt, finden in der Schweiz (wie auch in anderen Ländern) aber nicht genügend Beachtung. Die gesetzlichen Grundlagen sind minimal, grössere, kooperative Projekte die Ausnahme. Weniger als drei Prozent des Schweizer Gesundheitsbudgets wird für Gesundheitsförderung und Prävention ausgegeben. Im Vergleich dazu ist die Prävention bei den Herz-Kreislauf-Krankheiten heute weiter fortgeschritten (vor allem jene mit Medikamenten, die über das Krankenversicherungsgesetz finanziert werden kann), und die Zahl der durch Herz-Kreislauf-Krankheiten bedingten Todesfälle nimmt nach jahrelangem Anstieg wieder ab.

Abbildung 1:
Krebs, Herz-Kreislauf-Krankheiten
und andere Todesursachen

Krebs als Todesursache im Vergleich
mit anderen Krankheiten



Durch Krebs und andere Krankheiten
verlorene Lebensjahre



Die hier verwendeten Daten sind unter Berücksichtigung des Alters, in dem der Krebsauftritt, geschätzt worden und bezeichnen das kumulierte Krebsrisiko im Alter von 80 Jahren. Daten der Vereinigung der Schweizer Krebsregister (VSKR), 1995–1999, www.asrt.ch

Leider wissen wir immer noch erstaunlich wenig über Krebs in der Schweiz, unter anderem weil für die epidemiologische Krebsforschung, die Angaben zu Verbreitung und Ursachen eruiert und damit Grundlagen für Prävention und Früherkennung schafft, nur wenig Geld ausgegeben wird. Bei weitem nicht alle Kantone sammeln entsprechende Daten, und ein nationales Krebsregister existiert nicht. Ähnliche Probleme kennt man auch in anderen Bereichen der Krebsforschung. Die palliative Medizin soll die Lebensqualität unheilbar erkrankter Menschen verbessern und hat deshalb für die Krebsbehandlung grosse Bedeutung. Trotzdem wird sie nur ungenügend erforscht und gefördert. Für die Krebstherapie wiederum sind spezielle, teure Infrastrukturen und besonderes Know-how notwendig, die nur durch gute Koordination und Vernetzung von Fachpersonen und Kliniken zur Verfügung stehen. Dies gilt insbesondere für seltenere Formen, die unter anderem einen wesentlichen Teil der Krebserkrankungen bei Kindern ausmachen. Zudem werden die langfristigen Nebenwirkungen der Krebstherapien zu wenig untersucht.

Eine grosse Zahl von Menschen und Organisationen engagiert sich in der Schweiz im Kampf gegen Krebs, und sowohl von privater wie von staatlicher Seite werden wesentliche Beträge dafür aufgewendet. Ein Gefäss, das diese Aktivitäten sammelt und koordiniert, fehlt aber, ebenso wie eine gemeinsame Strategie. Deshalb wissen wir nicht mit Sicherheit, ob die eingesetzten Mittel effizient genutzt werden. Sicher ist hingegen, dass nicht alle Krebspatienten gleichermassen davon profitieren. Wo eine Person wohnt, welcher Art von Arbeit sie nachgeht, welcher sozialen Schicht sie angehört, wie gut sie über Gesundheit und Krankheit informiert ist – solche Faktoren beeinflussen die Überlebenschancen nach wie vor, wie wir in der Folge aufzeigen werden. Diese Tatsache ist den hohen Ansprüchen, die wir an unser Gesundheitswesen stellen, nicht angemessen.

Der Anteil älterer und alter Menschen wird in den kommenden Jahrzehnten weiter zunehmen. Schon alleine deshalb wird Krebs an Bedeutung gewinnen, die Zahl der erkrankten Personen und die Last für das Gesundheitswesen zweifellos zunehmen, wenn keine Gegenmassnahmen ergriffen werden. Geht man davon aus, dass sich die Entwicklung der letzten fünf Jahre im kommenden Jahrzehnt fortsetzt, und rechnet man (wie das Szenario «Trend» des Bundesamtes für Statistik) mit einem leichten Bevölkerungswachstum, steigt die Zahl der jährlich neu diagnostizierten Fälle von 16 700 auf 17 000 bei den Männern und von 14 500 auf 16 000 bei den Frauen. Der Alterungsprozess der Bevölkerung ist bei dieser Schätzung noch nicht berücksichtigt, so dass die realen Zahlen wohl höher ausfallen werden. Wir brauchen deshalb ein auf gesichertem Fachwissen beruhendes Nationales Krebsprogramm, das die Anstrengungen im Kampf gegen Krebs koordiniert, Ziele definiert und damit Chancengleichheit und Effizienz möglich macht.

Krebs in der Schweiz: Wo stehen wir?

Wie bereits erwähnt, fehlen exakte Daten zum Vorkommen von Krebs in der Schweiz. Auf der Grundlage der Angaben aus den neun regionalen Schweizer Krebsregistern, die etwa 55 Prozent der gesamten Bevölkerung erfassen, lässt sich schätzen, dass jedes Jahr 31 000 Personen mit der Diagnose Krebs konfrontiert werden. Beim Mann ist der Prostatakrebs mit mehr als 25 Prozent der Fälle am häufigsten und steht vor dem Lungenkrebs, der 15 Prozent der Fälle ausmacht. Bei der Frau ist der Brustkrebs mit mehr als 30 Prozent der neu auftretenden Fälle mit Abstand die häufigste Krebsart. Darmkrebs macht bei beiden Geschlechtern 10 bis 15 Prozent der Fälle aus (Tabelle 1).

Jährlich sterben 15 000 Menschen an Krebs, was ein Viertel der gesamten Todesfälle ausmacht, bei Personen zwischen 15 und 64 Jahren sogar ein Drittel. Krebs hat aber auch grosse Bedeutung als chronische Krankheit und langjährige Belastung. Dies sieht man an der Anzahl der Personen, die eine Krebserkrankung überleben. Das Internationale Krebsforschungszentrum der WHO (International Agency for Research on Cancer, IARC) hat kürzlich Schätzungen für alle europäischen Länder errechnet, die in Tabelle 1 dargestellt sind. Danach leben 85 000 Personen in unserem Land, die an einer Krebserkrankung leiden (Prävalenz). Es wurden dabei nur Patienten berücksichtigt, die in den zurückliegenden fünf Jahren erkrankt waren, weil in dieser Zeitspanne die Therapien am intensivsten und die Kosten für das Gesundheitswesen am grössten sind. Zudem bezeichnen Ärzte eine krebskranke Person, die seit mehr als fünf Jahren symptomfrei ist, als geheilt. Die Zahl wäre bedeutend höher, wenn auch jene Personen berücksichtigt würden, deren Krebsdiagnose mehr als fünf Jahre zurück liegt.

Die Tabelle zeigt für die verschiedenen Krebsformen auch, wie viele neue Fälle in der Schweiz jedes Jahr auftreten (Inzidenz). Inzidenz und Prävalenz unterscheiden sich bei manchen Krebsarten stark, was sich mit den unterschiedlichen Überlebensfristen erklären lässt: Viele Menschen leben nach einer Brust- oder Prostatakrebsdiagnose noch lange, so dass die Prävalenz dieser Krankheiten hoch ist; mit einem Lungenkrebs dagegen überleben nur wenige Menschen mehr als ein bis zwei Jahre. Diese Angaben lassen erahnen, wie hoch das Risiko ist, irgendwann im Leben an einem Krebs zu erkranken. Die letzte Spalte in Tabelle 1 zeigt (ausgehend von einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 80 Jahren) eine konservative Schätzung dieses Risikos. Über die gesamte Lebenszeit leiden zum Beispiel 6,0 Prozent der Männer und 3,7 Prozent der Frauen an einem Darmkrebs, 7,9 Prozent der Männer und 2,1 Prozent der Frauen an einem Lungenkrebs. Für Männer liegt das allgemeine Risiko, an Krebs zu erkranken, bei 50 Prozent, für Frauen bei 32 Prozent.

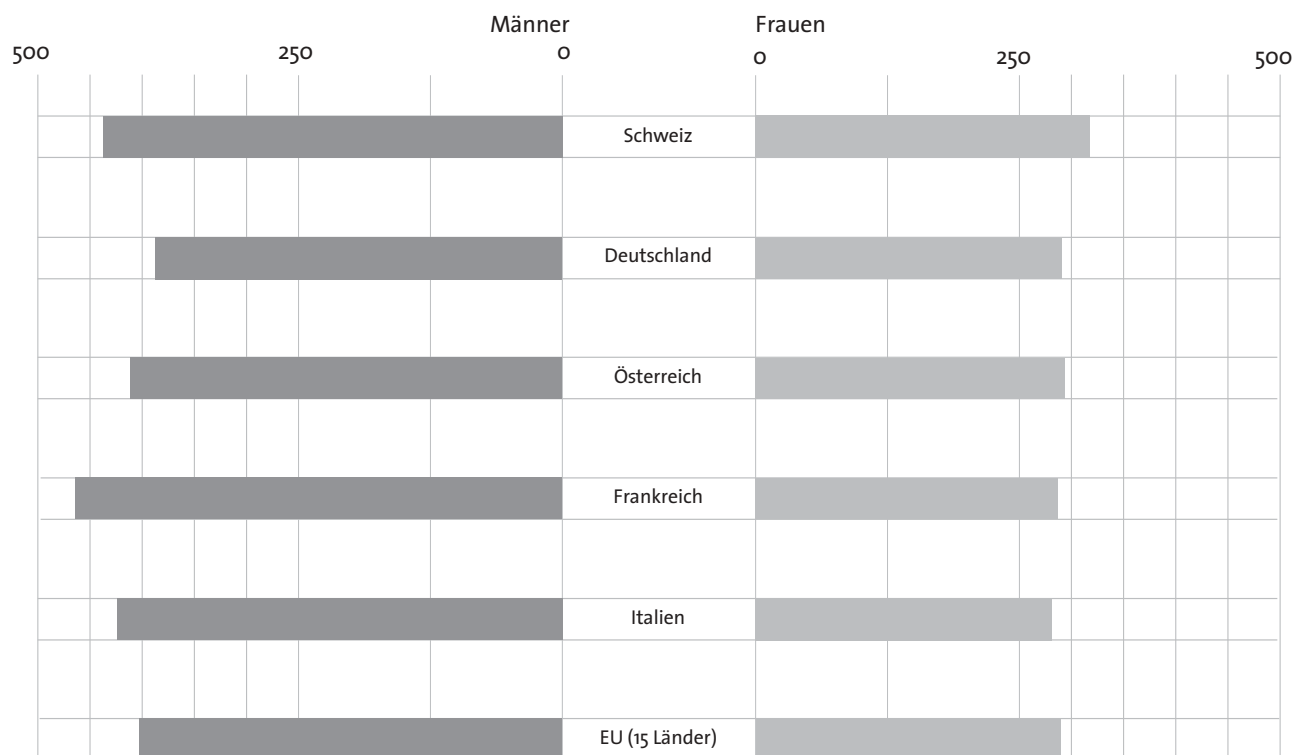
Auch Kinder sind von Krebs betroffen. Die kantonalen Krebsregister erfassen jedoch nur Erwachsene. Nach Angaben der Schweizerischen Pädiatrischen Onkologie-Gruppe (SPOG) sind in der Schweiz im Jahr 2003 rund 2000 an Krebs erkrankte Kinder behandelt worden, 232 Fälle sind neu aufgetreten.

**Tabelle 1:
Krebs in der Schweiz –
Inzidenz, Prävalenz,
kumuliertes Lebensrisiko**

	Anzahl jährlich neu diagnostizierte Fälle (Inzidenz)	Prozentualer Anteil am Total der neuen Krebsfälle	Anzahl Personen mit Krebs (Prävalenz)	Kumuliertes Risiko, im Lauf des Lebens an Krebs zu erkranken (Prozentualer Anteil, der an Krebs erkrankt)
Männer				
Alle Krebsarten	16 600	100	42 189	50,1
Mundhöhle, Kehlkopf	880	5,3	2 078	2,5
Magen	600	3,6	1205	1,7
Darm	1 960	11,8	5 490	6,0
Lunge	2 430	14,7	3 909	7,9
Melanom	660	4,0	1 959	1,8
Prostata	4 200	26,0	12 726	13,5
Frauen				
Alle Krebsarten	14 500	100	42 069	32,3
Magen	390	2,7	667	0,8
Darm	1 780	12,3	5 114	3,7
Lunge	840	5,8	1 088	2,1
Melanom	700	4,8	2 555	1,5
Brust	4 690	32,3	17 452	10,7
Gebärmutter, Eierstöcke	1 860	12,8	6 187	4,5

Schätzungen des Internationalen Krebsforschungszentrums (IARC) auf Basis der Daten der Vereinigung der Schweizer Krebsregister (VSKR) für die letzte Zeitperiode, in der komplette Daten zur Verfügung stehen (1995-1999). Prävalenz: Anzahl der lebenden Personen, die seit weniger als fünf Jahren an Krebs erkrankt sind. Kumuliertes Risiko: berechnet auf der Grundlage von 80 Lebensjahren.

**Abbildung 2:
Krebsinzidenz in der Schweiz und
der Europäischen Union**



Jährliche Fallzahlen pro 100 000 Personen
(unter Berücksichtigung der Altersstruktur),
alle Krebsformen.

Daten von 1995 aus der EUCAN-Datenbank der IARC, Ferlay J et al, 1999, www.iarc.fr

Die Schweiz im internationalen Vergleich

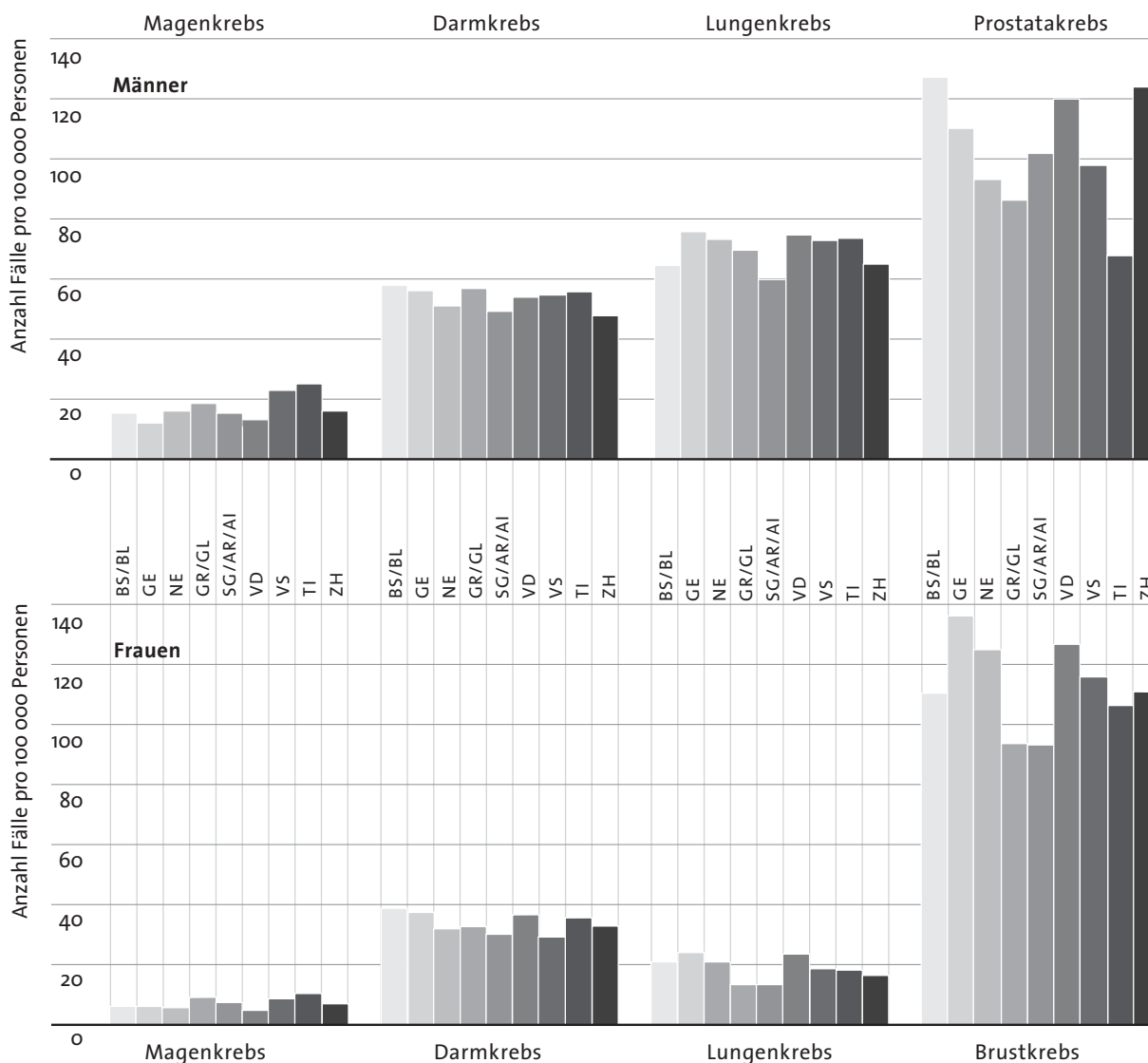
Das Risiko, an einem Krebs zu erkranken, ist in der Schweiz höher als in unseren Nachbarstaaten (Abbildung 2). Einzige Ausnahme ist die männliche Bevölkerung Frankreichs. Das Risiko, an einer Krebskrankheit zu sterben, ist jedoch in unseren Nachbarländern höher, besonders bei den Männern (Zahlen aus Parkin DM, 2002), und auch verglichen mit der Europäischen Union (Durchschnitt der 15

Mitgliedsländer) schneidet die Schweiz gut ab. Daraus kann geschlossen werden, dass die Krebstherapie hierzulande gut ist, Prävention und Gesundheitsförderung dagegen noch ungenügend sind. Beim häufigen Prostatakrebs ist allerdings auch die Sterblichkeit überdurchschnittlich hoch: Während in den Ländern der EU 25,6 Männer pro 100 000 Einwohner jedes Jahr daran sterben, sind es in der Schweiz 32,2.

Ungleichheit vor dem Krebs

Die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken oder mit Krebs diagnostiziert zu werden, ist in der Schweiz nicht überall gleich hoch, zwischen Regionen und selbst zwischen einzelnen Kantonen gibt es erhebliche Unterschiede (Abbildung 3). Magenkrebs etwa wird im Tessin und Wallis häufiger gefunden als in den städtisch geprägten Kantonen Genf, Zürich und Basel-Stadt.

Abbildung 3:
Unterschiede in der Krebsinzidenz
zwischen den Kantonen



Daten der Vereinigung der Schweizer Krebsregister (VSKR) 1995–1999, www.asrt.ch (unter Berücksichtigung der Altersstruktur)

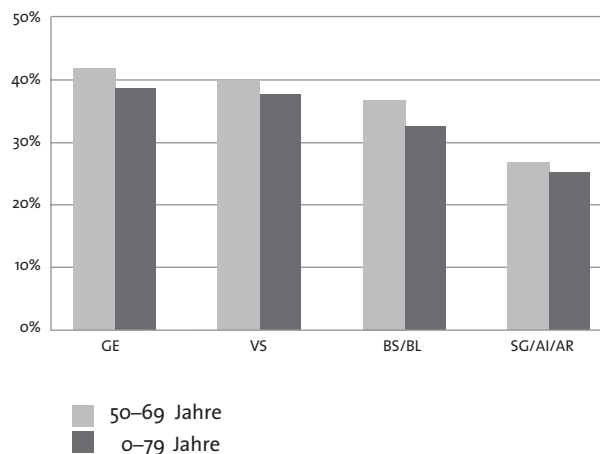
Einführung

Krebs – eine Herausforderung für die Schweiz

Für solche regionalen und kantonalen Muster können Unterschiede im Lebensstil verantwortlich sein (Tabak- und Alkoholkonsum, Ernährungsverhalten, Bewegungsfrequenz). Sicher spielen aber auch unterschiedliche Ansätze in der Gesundheitspolitik eine wesentliche Rolle. Beim Brust- und Prostatakrebs liegt die Prävalenz dort höher, wo häufiger Früherkennungstests gemacht werden – der Krebs wird früher entdeckt. Da es kein nationales Programm zur Früherkennung von Brustkrebs gibt, variiert der Anteil der frühzeitigen Diagnosestellungen je nach Kanton und Region stark. So ist der Anteil der in einem frühen Stadium entdeckten Brusttumore in St. Gallen viel geringer als in der Westschweiz (Abbildung 4). Ähnliches gilt für den Prostatakrebs: Im Kanton Tessin werden nur halb so viele Fälle diagnostiziert wie im Kanton Zürich, wahrscheinlich weil die Tessiner weniger eifrige Arztbesucher sind. Für die anderen hier genannten Krebsarten ist die Früherkennung von weitaus geringerer Bedeutung.

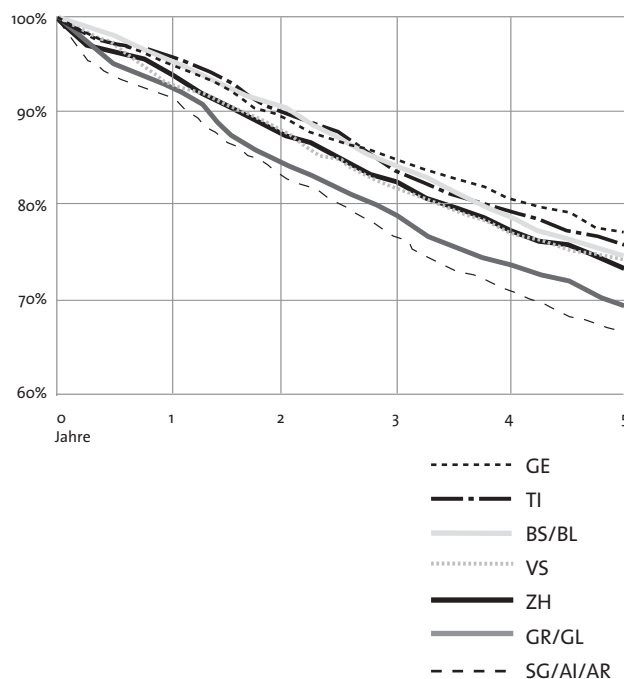
In fortgeschrittenen Stadien sind die Überlebenschancen bei Brustkrebs deutlich schlechter. Deshalb überrascht es nicht, dass die Sterblichkeitsrate in den Kantonen, in denen sich die Brustkrebsfrüherkennung seit Beginn der neunziger Jahre stark verbreitete, früher abzunehmen begann. Die Überlebenszeit in den Kantonen St. Gallen und Graubünden ist immer noch tiefer als in Basel (Stadt und Land) oder Genf (Abbildung 5).

Abbildung 4:
Anteil der früh entdeckten Brusttumoren in verschiedenen Kantonen



Daten der Vereinigung der Schweizer Krebsregister (VSKR), 1995–2000, nicht publiziert

Abbildung 5:
Überlebenszeit nach Brustkrebs in verschiedenen Kantonen



Inzidenz 1993–1997 (nur Tessin: 1996–1998)
Daten der Vereinigung der Schweizer Krebsregister (VSKR), nicht publiziert

Beruf und Krebs

Zahlreiche Studien zeigen, dass bestimmte Berufe ein erhöhtes Krebsrisiko mit sich bringen. Unter der Leitung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) und der kantonalen Arbeitsämter sind vor mehreren Jahrzehnten entsprechende Massnahmen entwickelt worden, zum Beispiel das Verbot der Herstellung und Verwendung von Asbest in der Industrie. Die Vereinigung der Schweizer Krebsregister (VSKR) hat kürzlich eine systematische Studie über die Auswirkungen der Berufstätigkeit auf das Auftreten einer Krebserkrankung erstellt (Auswahl der Resultate in Tabelle 2). Nur wenig ist bisher über die Ursachen solcher Unterschiede bekannt. Bei Personen, die sich beruflich viel draussen aufhalten, kann Krebs an Lippen und Haut als Folge von zu viel Ultraviolett-Strahlung auftreten. Das überhöhte Risiko für Schilddrüsenkrebs bei Landwirten könnte auf Jodmangel zurückzuführen sein; allerdings ist dann die Tatsache erstaunlich, dass es auch für Ärzte besteht. Im Gastgewerbe sind Alkoholkonsum und Belastung mit Zigarettenrauch überdurchschnittlich hoch, und vermutlich deshalb auch die damit zusammenhängenden Krebsformen.

Der sozioökonomische Hintergrund

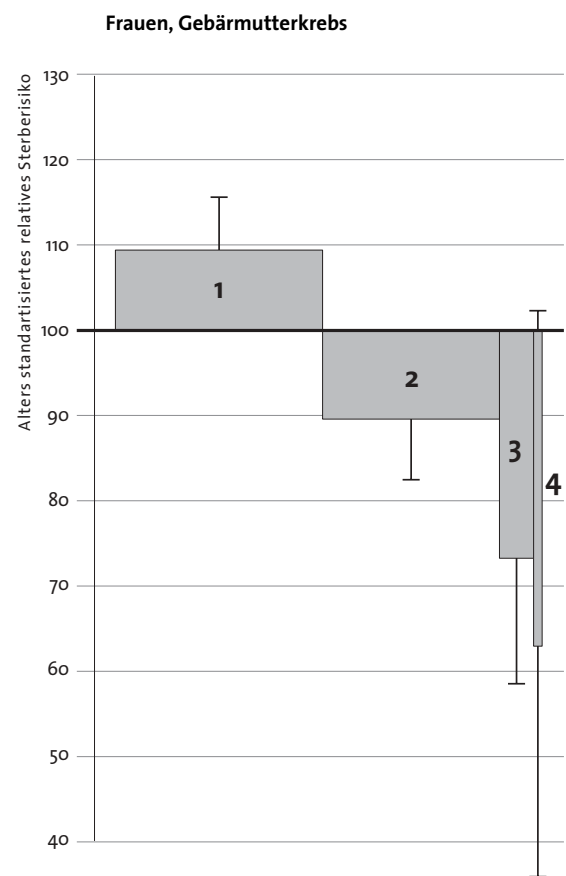
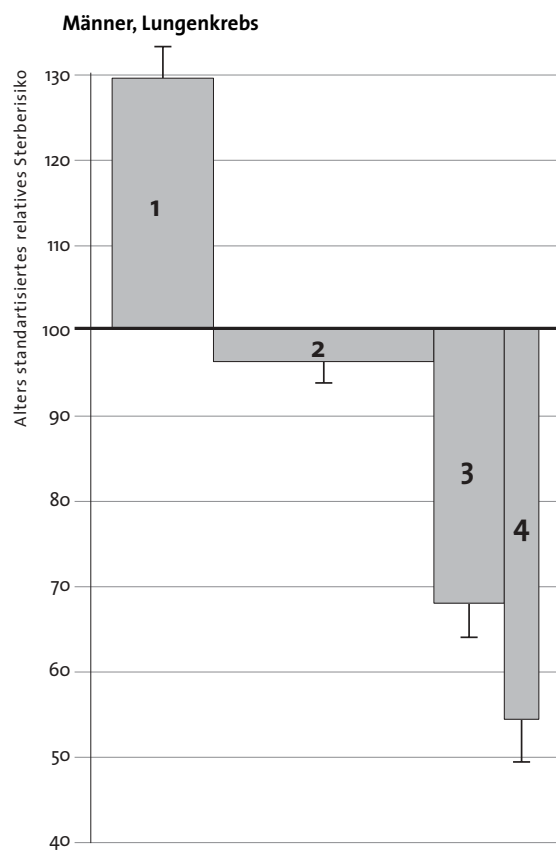
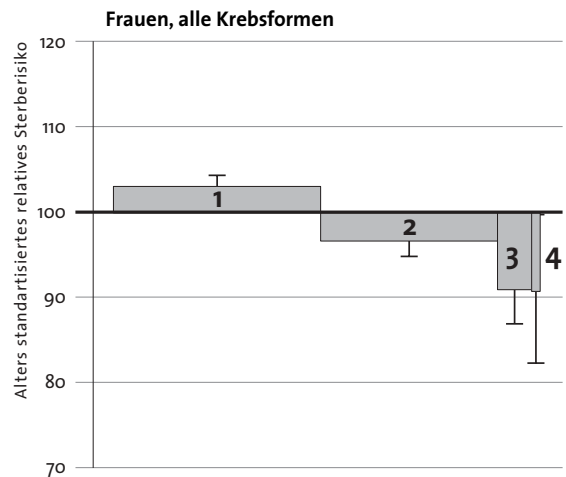
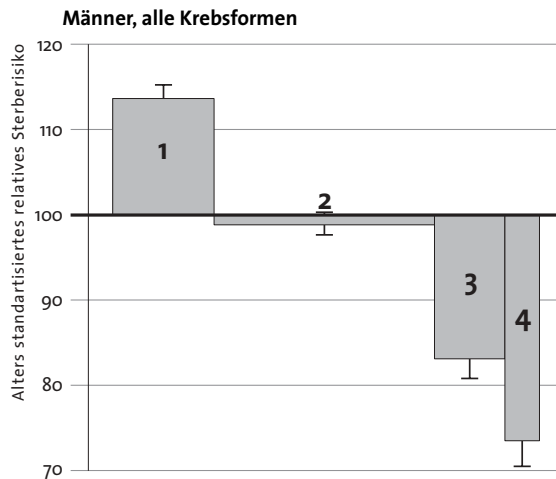
Wir wissen in der Schweiz recht wenig über die Ungleichheit der Menschen angesichts von Krankheit und Tod. Seit den achtziger Jahren ist gesichert, dass sozial schlechter gestellte Menschen öfter an Herz- und Kreislaufleiden und Krebs erkranken und häufiger Unfälle erleiden. Eine für diesen Bericht erstellte Analyse zeigt uns denn auch klar, dass die Schulbildung das Lungen- und Gebärmutterkrebsrisiko stark beeinflusst (Abbildung 6). Die Daten erfassen Personen im Alter von 40 bis 84 Jahren. Männer mit minimaler Schulbildung haben ein um 55 Prozent höheres Risiko als Akademiker, an Krebs zu sterben; in den jüngeren Altersklassen ist dieser Risikounterschied besonders ausgeprägt. Bei den Frauen sind die relativen Unterschiede deutlich geringer (14 Prozent), und die zahlenmässig kleine Gruppe der Akademikerinnen erfährt gegenüber den übrigen höher ausgebildeten Frauen keinen Vorteil. Bei den jüngeren Frauen sind die Risikounterschiede jedoch ebenfalls grösser.

Tabelle 2:
Erhöhtes Krebsrisiko nach Beruf (nur Männer)

Beruf	Krebsart	Erhöhung des Krebsrisikos (Prozent)
Landwirte	Schilddrüse	170
	Lippen	120
	Haut (epidermal)	60
	Melanom (Kopf oder Hals)	100
Giessereiarbeiter	Lunge	100
	Mesotheliom	190
Gastgewerbe	Leber	100
	Mundhöhle	70
	Kehlkopf	60
	Speiseröhre	50
Ärzte	Melanom	70
	Schilddrüse	160

**Abbildung 6:
Ausbildung und Krebsmortalität**

- Ausbildungskategorie**
- 1 höchstens obligatorische Schulbildung
 - 2 Berufslehre
 - 3 Maturitäts-, höhere Berufs- oder Fachschule
 - 4 Akademiker



Dargestellt ist die relative Abweichung der Sterblichkeit vom Schweizer Durchschnitt (dieser ist als 100 Prozent gesetzt). Datengrundlage: Swiss National Cohort / Bundesamt für Statistik, Volkszählung 1990 und Statistik der Todesfälle und Todesursachen 1990–1997.

Grafiken: Matthias Bopp, ISPM Zürich. Analyse beschränkt auf 40- bis 84-jährige Personen sowie auf Personen mit Schweizer Nationalität. Die Breite der Balken stellt die relative Anzahl Personen in jeder Ausbildungskategorie dar.

Besonders deutlich sind die Unterschiede beim Lungenkrebs der Männer, das Sterberisiko von Männern mit minimaler Schulbildung ist dabei fast 2,5 Mal so hoch wie bei Akademikern. Auch beim Gebärmutterkrebs zeigen sich deutliche Unterschiede: Frauen mit minimaler Schulbildung haben fast 50 Prozent höhere Sterberisiken als Absolventinnen von Maturitäts-, höheren Berufs- oder Fachschulen.

Umwelt und Lebensgewohnheiten sind die wichtigsten Ursachen dieser Ungleichheiten. Neue Studien aus Genf zeigen jedoch, dass auch das Gesundheitswesen eine wichtige Rolle spielt.

- Brustkrebs wird in den verschiedenen sozialen Schichten nicht gleich früh entdeckt. Bei mehr als einem Viertel der Arbeiterinnen erfolgt die Entdeckung durch Zufall oder anlässlich eines Arztbesuchs wegen Beschwerden. Dies ist nur bei 15 Prozent der führenden Angestellten der Fall: Sie entdecken einen Tumor meist durch Selbstabtastung oder anlässlich einer Mammographie-Voruntersuchung.
- Fast ein Drittel der Frauen mit niedrigem Einkommen geben an, in den letzten vier Jahren keine Mammographie gemacht zu haben, bei den gut gestellten Frauen sind es nur 14 Prozent.
- Frauen in leitender Stellung entdecken einen Brusttumor eher im Frühstadium (weniger als 2 cm Durchmesser, keine Metastasen in den Lymphknoten) als Arbeiterinnen (40 vs. 33 Prozent).
- Frauen in leitender Stellung werden häufiger im ersten Monat nach der Diagnose behandelt als Arbeiterinnen (60 vs. 40 Prozent), und sie werden öfter einer Teiloperation unterzogen, wodurch die totale Entfernung der Brust vermieden werden kann (87 vs. 72 Prozent).

Brustkrebs wird bei Frauen aus benachteiligten Schichten also im Durchschnitt später entdeckt, unter anderem weil sie sich seltener Früherkennungsmassnahmen unterziehen. Je später ein Krebs entdeckt wird, desto geringer ist die Überlebenschance. Zudem werden sie weniger häufig optimal behandelt. Die Folge: Das Risiko, an Brustkrebs zu sterben, ist bei Frauen aus den unteren Schichten weitaus höher, die Überlebensrate (nach fünf Jahren) beträgt bei ihnen 81 Prozent, während 91 Prozent der besser gestellten Frauen überleben.

Ein Nationales Krebsprogramm – wirksam und machbar

Angesichts der weltweit starken Ausbreitung von Krebserkrankungen hat die WHO 1994 empfohlen, nationale Programme gegen Krebs zu erarbeiten. Richtlinien, die 1993 erstellt und 2002 dem neusten Stand der Wissenschaft angepasst wurden, sollen den Mitgliedstaaten dabei helfen. Verschiedene Länder Europas haben bereits Krebsprogramme entwickelt, zum Beispiel Frankreich und England. In der Schweiz werden die WHO-Richtlinien zwar seit 1995 teilweise umgesetzt, eine landesweite Krebspolitik ist jedoch nicht etabliert worden. Nachdem die Grenzen dieser Vorgehensweise erkannt wurden, beschlossen Bund und Kantone im Herbst 2001, ein Nationales Krebsprogramm zu entwickeln.

Krebsbekämpfung auf wissenschaftlicher Basis

Wie wir gezeigt haben, herrscht in der Schweiz Handlungsbedarf. Was kann ein Krebsprogramm erreichen? Wir wissen aus internationalen wissenschaftlichen Studien, dass Krebs wirksam bekämpft werden kann - viele Instrumente sind vorhanden, sie müssen nur richtig eingesetzt werden. Veröffentlichungen der WHO, des Internationalen Krebsforschungszentrums und des «European Code Against Cancer» zeigen unter anderem Folgendes:

- Gesundheitsfördernde und präventive Massnahmen können das Auftreten von Krebs verringern. Ein Beispiel: Aktives und passives Rauchen tragen wesentlich zum Lungenkrebsrisiko bei, und Tabakprävention kann dieses Risiko reduzieren, wie etwa die Programme in skandinavischen Ländern zeigen.
- Krebsfrüherkennung trägt dazu bei, die Sterblichkeit durch Krebs zu senken. Dies ist in Studien zur Mammographie (Brustkrebs-Früherkennung), zum Screening für Gebärmutterhalskrebs und zur Früherkennung von Darmkrebs nachgewiesen worden.
- Forschung in allen Bereichen – Grundlagenforschung, Epidemiologie, Verhaltensforschung, klinische Forschung, psychosoziale und palliative Medizin - ist nötig, um erfolgreich gegen Krebs zu kämpfen. Der stetige Fortschritt der letzten Jahre zeigt, dass viele Verbesserungen erreicht werden können.
- Die Vernetzung und Koordinierung von therapeutisch tätigen Personen und Institutionen ist in unseren Nachbarländern zum verbreiteten Erfolgsmodell geworden, ebenso wie Kompetenzzentren.

Details zu diesen Punkten finden sich in den nachfolgenden Kapiteln.

Ein föderalistisches und heterogenes Land

Das Schweizer Gesundheitssystem ist liberal und föderalistisch aufgebaut, die Kompetenz für das Gesundheitswesen liegt weitgehend bei den Kantonen, und private Organisationen spielen eine wesentliche Rolle. Der Bund hat keine gesetzliche Grundlage, die es ihm erlauben würde, eine übergreifende Steuerungs- und Regelfunktion zu übernehmen. Diese Ausgangslage ermöglicht zwar eine Vielfalt von fruchtbaren Aktivitäten, begünstigt aber Koordination und Zusammenarbeit nicht.

Die Vielfalt im Gesundheitswesen entspricht dem Selbstverständnis unseres Landes und seiner Bewohner. Kantonale und regionale Unterschiede sind tief verwurzelt und werden teilweise aktiv kultiviert. Kulturelle Grenzen durchziehen die Schweiz, nicht nur entlang des «Röschtigabens», sondern auch zwischen Stadt und Land, grossen und kleinen Kantonen und zwischen verschiedenen Regionen. Einige Beispiele:

- Die Arztdichte und die Zahl der Arztkonsultationen ist in Städten viel höher als «auf der Landschaft» und in der Westschweiz höher als in anderen Landesteilen.
- Kleine Kantone können sich oft keine eigenen Programme für Gesundheitsförderung, Früherkennung oder Palliative Care leisten und betreiben natürlich keine eigenen Universitätskliniken, was das Selbstverständnis ebenso beeinflusst wie den Erfolg im Kampf gegen Krebs.
- Die Bedeutung staatlicher und privater Aktivitäten im Gesundheitswesen wird in verschiedenen Teilen der Schweiz unterschiedlich bewertet. So spielt in den Regionen Genf und Basel der Staat eine grössere Rolle, in der Ostschweiz und Zürich die Privatinitiative.
- Die Beiträge der Kantone an die Krankenkassenprämien variieren stark, ebenso wie die totalen finanziellen Aufwendungen im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes, die bei den Innerschweizer Kantonen und in Appenzell Innerrhoden und Ausserrhoden halb so hoch wie in Genf und Basel-Stadt sind.

Angesichts der bereits grossen Komplexität des Schweizer Gesundheitswesens ist es wenig wünschenswert, neue Strukturen einzuführen. Vielmehr bietet es sich an, die bereits vorhandenen Aktivitäten durch verstärkte Zusammenarbeit optimal zu nutzen. Kooperationen zwischen Kantonen oder Gemeinden, zwischen Bund und Kantonen, zwischen staatlichen und privaten Akteuren könnten dazu beitragen. Das Impf- und das HIV/Aids-Programm des Bundesamtes für Gesundheit zeigen, dass solche Projekte funktionieren, ebenso wie die bereits bestehenden interkantonalen Zusammenarbeiten (zum Beispiel das von allen französischsprachigen Kantonen und dem Tessin gemeinsam geführte «Dispositif intercantonal de Prévention et de Promotion de la Santé», DiPPS). Ein nationales Programm soll die Vielfalt im schweizerischen Gesundheitswesen nicht leugnen oder abzuschaffen versuchen, sondern ihre Vorteile nutzen und die Nachteile abfedern.

Finanzielle Knappheit

Koordination und zielgerichtete Arbeit sind in Zeiten finanzieller Knappheit besonders wichtig. Aktuell werden Mittel im Gesundheitswesen gestrichen, und zwar überproportional in der für die Krebsbekämpfung besonders wichtigen Prävention, die bereits unterdotiert ist, obwohl sie grundsätzlich viel kostengünstiger als die Krebsbehandlung arbeiten kann. Verschiedene Kantone haben Stellenprozente in diesem Bereich gestrichen, so dass nun nicht mehr überall eine Ansprechperson zur Verfügung steht, andere haben Beiträge an private Organisationen gekürzt. Auch im Bereich der Palliative Care wird gekürzt, zum Beispiel durch die Streichung der kantonalen Beiträge an die onkologische Spitex.

Das Nationale Krebsprogramm wird unter anderem aufzeigen, wo und wie die Mittel zur Krebsbekämpfung in der Schweiz eingesetzt werden und wie sie besser verteilt werden könnten. Die dafür notwendige Basisarbeit wird anfangs zweifellos zusätzliche Aufwände generieren. In manchen Bereichen, besonders bei Epidemiologie und Forschung, sind Mittel nötig, um die Basis für eine wirksame Umsetzung zu schaffen. Dabei handelt es sich aber um echte Investitionen in die Zukunft, die kommenden Generationen beträchtliche Ausgaben ersparen, vom Leid gar nicht zu sprechen.

Nutzen des Nationalen Krebsprogramms

Über Krebs in der Schweiz wissen wir noch zu wenig. Prävention, Behandlung und palliative Nachsorge sind komplex, und echte Chancengleichheit ist noch nicht hergestellt. Da anzunehmen ist, dass die Belastung unseres Gesundheitswesens durch Krebs in den nächsten Jahren weiter zunimmt, die finanziellen Ressourcen dagegen limitiert bleiben, muss die Krebsbekämpfung verbessert werden. Ein Nationales Krebsprogramm muss folgende Ansprüche erfüllen:

- Prävention, Früherkennung, Therapie und palliative Nachsorge werden wo nötig verbessert und koordiniert, die Aktivitäten und Akteure enger vernetzt, um allen in der Schweiz lebenden Menschen Chancengleichheit zu ermöglichen und die finanziellen Mittel effizient zu nutzen.
- Das vorhandene, auf wissenschaftlicher Evidenz basierende Fachwissen wird wo nötig und sinnvoll zusammengefasst und in Form von Leitlinien für die oben erwähnten Gebiete zur Verfügung gestellt.
- Ziele und Zuständigkeiten werden klar definiert, auf allen Gebieten und für alle Akteure.
- Das Krebsprogramm soll speziell die Zahl der Krebskranken und -toten senken und die Lebensqualität der Erkrankten verbessern. Generell kann es aber auch zur besseren Gesundheit der Schweizer Bevölkerung beitragen und andere Programme für Prävention und Gesundheitsförderung unterstützen.

Literaturhinweise

Bouchardy C et al., Cancer risk by occupation and socioeconomic group among males. A study by the Association of Swiss Cancer Registries. *Scand J Work Environ and Health* 2002. 28 (suppl.1).

Bouchardy C et al., Impact of socioeconomic status on incidence and mortality of breast cancer. a population-based study. *Eingereicht* 2004.

Boyle P et al., European Code against Cancer and scientific justification: third version (2003). *Ann Oncol* 2003. 14(7):973–1005.

European Observatory on Health Care Systems: Health Care Systems in Transition – Switzerland. 2000: European Observatory on Health Care Systems.

Ferlay J et al., EUCAN: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the European Union 1995, version 2.0. IARC CancerBase No. 4. 1999: IARC Press, Lyon.

Lutz JM et al., Cancer prevalence in Central Europe: the EUROPREVAL Study. *Ann Oncol* 2003. 14(2):313–323.

Parkin DM et al. (eds.), *Cancer in Five Continents*, Vol. VIII. 2002: International Agency for Research on Cancer (IARC).

WHO, *National Cancer Programmes - policies and managerial guidelines*. 2nd edition, 2002: World Health Organization.

Teil 1

Die Zielsetzungen

32 Eine klare Gesamtstrategie

36 Die Entstehung von Krebs wirksamer verhindern

45 Die Krebsfrüherkennung verbessern

54 Eine qualitativ hochstehende Behandlung und Pflege, die sich am Patienten orientiert

66 Die Herausforderung einer evidenzbasierten Krebspolitik

71 Hoffnungsträger Forschung

Unsere Vision:

Eine Schweiz, in der weniger Menschen an Krebs erkranken, weniger Menschen an den Folgen von Krebs leiden und sterben, mehr Menschen von Krebs geheilt werden und Betroffene und ihre Angehörigen in allen Phasen der Krankheit aktiv mit einbezogen werden und die nötige Zuwendung und Hilfe erfahren.

Eine klare Gesamtstrategie

Die Grundwerte

Ein landesweites Programm gegen Krebs muss auf den Grundwerten der schweizerischen Gesellschaft aufbauen, die in unserer Verfassung verankert sind und mit der Europäischen Menschenrechtskonvention und der UNO-Charta der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte übereinstimmen: Achtung der Menschenwürde, Solidarität zwischen Gesunden und Kranken und das Recht auf Zugang zu medizinischer Versorgung.

MENSCHENWÜRDE: Jeder Mensch hat Anrecht darauf, dass seine Würde, seine Intelligenz, seine Ansichten und sein freier Wille geachtet werden. Das heisst unter anderem, dass jedermann Zugang zu Informationen haben soll, die es ihm erlauben, sich eine eigene Meinung über die verschiedenen Möglichkeiten in der präventiven oder therapeutischen Krebsbekämpfung zu bilden. Dies schliesst auch das Recht auf Einsicht in das eigene Patientendossier ein. Entscheidungen, die vom Patienten in Kenntnis der Sache getroffen werden, müssen respektiert werden, auch wenn sie der Meinung einer Mehrheit der Fachleute im Gesundheitswesen oder mehrheitlich akzeptierten wissenschaftlichen Erkenntnissen widersprechen.

SOLIDARITÄT: Solidarität zwischen Gesunden und Kranken bedeutet, dass krebskranke Personen akzeptiert und unterstützt werden, dass sie einen Platz in unserer Gesellschaft haben, und dass Präventions- und Behandlungskosten im Rahmen der allgemeinen Zahlungsfähigkeit kollektiv getragen werden. Solidarität bedingt auch, dass jede institutionelle, soziale oder individuelle Diskriminierung gegenüber krebskranken Menschen nach Möglichkeit identifiziert und verringert wird.

ZUGANG FÜR ALLE: Alle Einwohner der Schweiz müssen gleichermassen Zugang zu Prävention, Früherkennung und Behandlung haben, unabhängig von ihren finanziellen Mitteln oder ihrer sozialen Stellung. Da dem Krebs gegenüber grosse soziale Ungleichheit herrscht, kann dies nur erreicht werden, wenn Menschen, die über wenig Bildung und finanzielle Mittel verfügen oder in Randgebieten leben, speziell beachtet und gefördert werden.

Drei übergeordnete Ziele

KREBS SOLL SELTENER AUFTRETEN: Wenn mehr Menschen in der Schweiz die Ursachen von Krebs kennen, befähigt werden, krebsfördernde Einflüsse auf ihre Gesundheit zu mindern und einen gesundheitsförderlichen Lebensstil anzunehmen, werden weniger Menschen an Krebs erkranken. Um dieses Ziel zu erreichen, muss einerseits die Bevölkerung ihre eigenen Lebensumstände beeinflussen können, und andererseits müssen auf politischer Ebene gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen geschaffen werden.

EINE KREBSERKRANKUNG SOLL SELTENER TÖDLICH ENDEN: Die Krebssterblichkeit ist dank verbesserter Therapie und Früherkennung in den letzten Jahrzehnten zurückgegangen. Diese Tendenz soll fortgesetzt werden. Um die Heilungschancen zu optimieren, muss Krebs wo immer möglich früher erkannt werden, und der Zugang zu qualitativ hochstehender medizinischer Versorgung und Pflege muss für alle Krebspatienten gewährleistet sein. Diese Ziele können erreicht werden, indem national gültige Qualitätskriterien angewandt werden, Überversorgung abgebaut und Unterversorgung ausgeglichen wird. Zudem sollen neue Erkenntnisse aus der Forschung in nützlicher Frist zum Nutzen der Patienten umgesetzt werden.

DIE LEBENSQUALITÄT VON KREBSKRANKEN UND IHREN ANGEHÖRIGEN SOLL BESSER WERDEN: Die Bedürfnisse der Krebspatienten und ihrer Angehörigen verdienen ausreichende Beachtung. Ihre Lebensqualität kann verbessert werden, indem die Wiedereingliederung von Krebspatienten in das berufliche und gesellschaftliche Leben den Möglichkeiten entsprechend gefördert wird und allen Personen mit eingeschränkter Gesundheit ausreichende finanzielle Mittel und geeignete Dienstleistungen zur Verfügung stehen, die ihnen einen annehmbaren Lebensstandard ermöglichen. Die vorhandenen medizinischen Möglichkeiten, insbesondere in der Schmerzbekämpfung, sollen besser bekannt gemacht und genutzt werden. Gleichzeitig soll die Forschung zur Lebensqualität krebskranker Menschen intensiviert werden.

Voraussetzungen

Um die drei Ziele des Nationalen Krebsprogramms zu erreichen, braucht es Anstrengungen in allen beteiligten Bereichen: in der Gesundheitsförderung und der Prävention, in der Früherkennung, der medizinischen Behandlung und Pflege und in der psychosozialen und palliativen Betreuung. Das Fundament des Krebsprogramms besteht aus allem, was die notwendigen Aktivitäten und Prozesse in diesen Bereichen unterstützt, zum Beispiel Forschung, Institutionen und Fachpersonen im Gesundheitsbereich, aber auch Qualitätsstandards und Partnerschaften.

Das zyklische Zusammenspiel der Handlungsfelder ist in Abbildung 7 grafisch dargestellt. Richtungweisend ist dabei die Krebs Epidemiologie, die sowohl die Forschung als auch die Umsetzung der Massnahmen in allen Bereichen beeinflusst.

Die Zielgruppen der Aktivitäten sind dabei sehr unterschiedlich. Gesundheitsförderung und Prävention sind auf die gesamte Bevölkerung – Junge und Alte, Gesunde und Kranke – ausgerichtet, die Früherkennung auf spezifische Zielgruppen, Behandlung und Betreuung ausschliesslich auf bereits erkrankte Menschen (Abbildung 8).

Die Forschung (Grundlagenforschung und angewandte Wissenschaft) spielt in allen Bereichen zwei Rollen: Einerseits zeigt sie neue Wege auf, andererseits erhebt sie relevante Daten zur Ausbreitung von Krebs, den Überlebenschancen und der Wirksamkeit von Massnahmen und erlaubt es damit, alle Elemente des Krebsprogramms zu steuern und wenn nötig Kursänderungen vorzunehmen.

Prinzipien bei der Umsetzung

Alle Partner in der Krebsbekämpfung sollten sich darauf einigen, nach folgenden Prinzipien zu handeln.

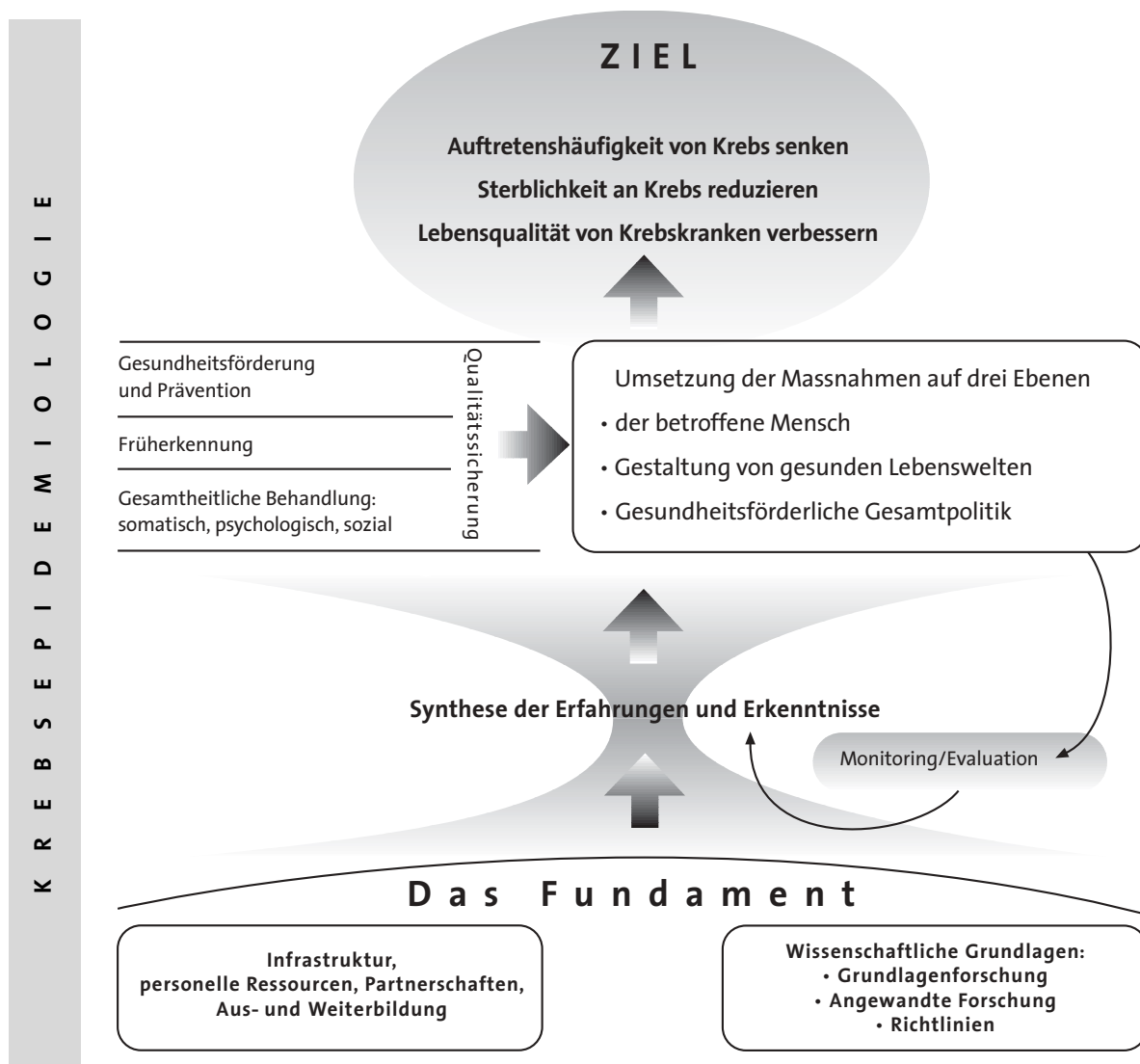
DER MENSCH STEHT IM ZENTRUM: In der Diskussion um die besten Methoden und um strukturelle Notwendigkeiten darf nie vergessen werden, dass das ganze Programm Menschen helfen und auf Menschen zugeschnitten sein soll. Jeder Mensch soll so informiert und unterstützt werden, dass er im Rahmen seiner Möglichkeiten Verantwortung übernehmen kann – sei es bei der Prävention und Früherkennung von Krebs, sei es beim Mitbestimmen seiner Behandlung. Dies bedeutet auch, dass Menschen, die eine Krebserkrankung durchmachen oder überlebt haben, aktiv in die Gestaltung und Umsetzung des Nationalen Krebsprogramms mit einbezogen werden, ebenso wie ihre Familienmitglieder.

WISSENSCHAFTLICHE EVIDENZ ALS GRUNDLAGE: Handlungsbedarf und Prioritäten werden anhand von wissenschaftlich erhobenen Daten definiert, mit denen die Effizienz und Qualität der existierenden Aktivitäten gesichert und eventuelle Defizite aufgezeigt werden. Alle Massnahmen in den erwähnten Bereichen sind auf Resultate aus Forschung, Epidemiologie, Evaluation und Qualitätsmanagement abgestützt. Existierendes soll auf dieser Basis effizienter genutzt werden, um so mit weniger Ressourcen gleich bleibende oder wo nötig bessere Qualität zu erzielen. Auf Grund neuer Erkenntnisse werden Handlungsbedarf und Prioritäten regelmässig revidiert und weiter entwickelt, um wechselnden Umständen und neuen Herausforderungen gerecht zu werden.

PARTNERSCHAFT: Gegen Krebs kommt keine Organisation oder Regierung alleine an. Wie in Abbildung 7 gezeigt, ist das Zusammenspiel zwischen den verschiedenen Handlungsbereichen komplex. Interprofessionelle, intersektorielle, interdisziplinäre und interkantonale Kooperation sind deshalb unabdingbar. Dies bedeutet zum Beispiel Kooperation zwischen der öffentlichen Hand (Bund, Kantone, Gemeinden) und privaten Organisationen (in-

klusive Krankenversicherern) oder Kooperation verschiedener Partner in den Regionen, Spitälern, ärztlichen Grundversorgern, Gesundheits- und Patientenorganisationen. Zudem muss ein aktiver Austausch und Erfahrungstransfer zwischen den Kantonen und zwischen nationalen und kantonalen Institutionen stattfinden, ebenso wie mit internationalen Organisationen.

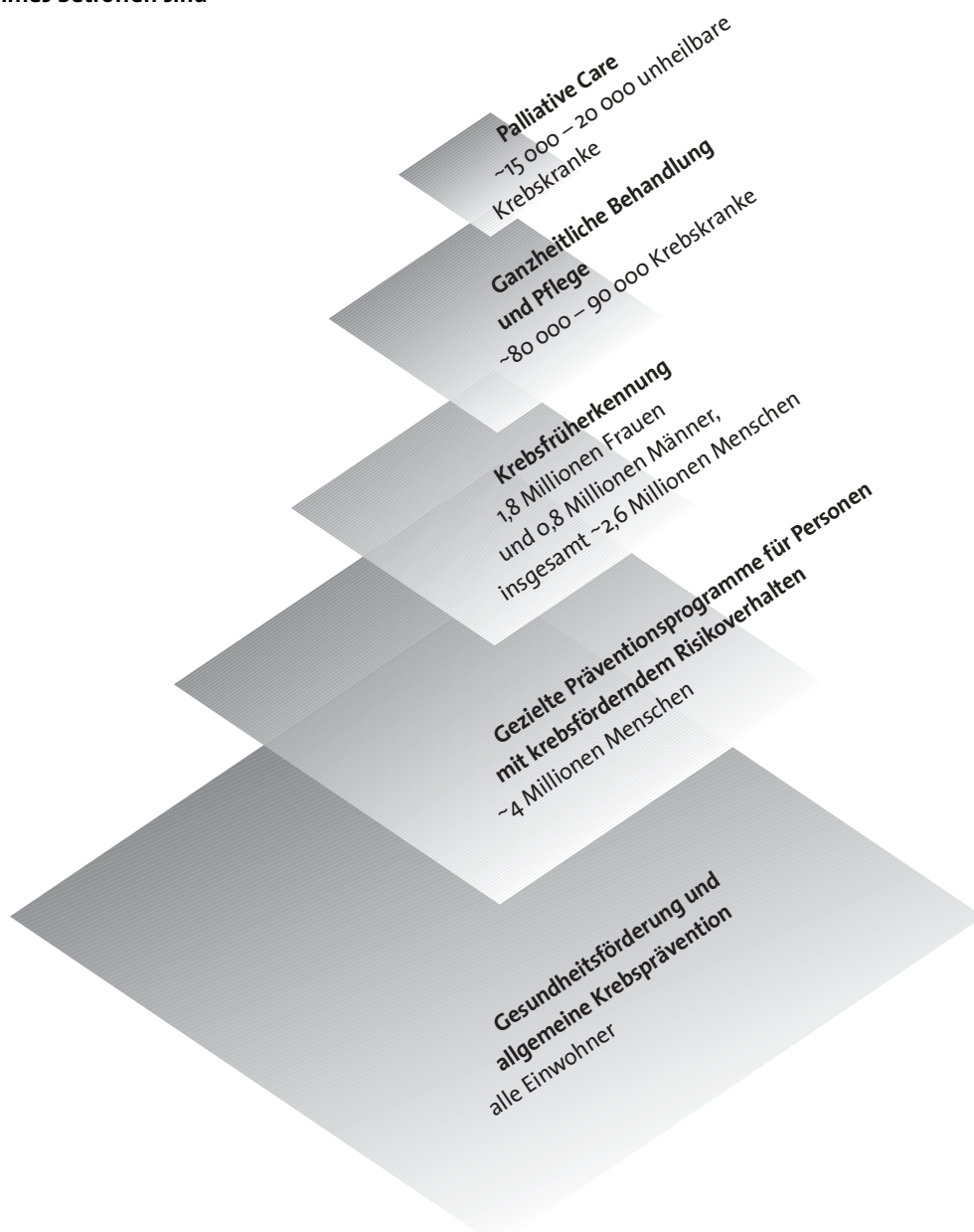
Abbildung 7:
Das Zusammenspiel der verschiedenen Bereiche im Nationalen Krebsprogramm



LEADERSHIP: Krebsbekämpfung ist ein langwieriger Prozess, der mit viel Engagement und klaren Zielsetzungen durchgeführt werden muss. Eine maximale Beteiligung aller Partner auf allen Ebenen und in allen Bereichen muss gewährleistet werden. Hierzu bedarf es einerseits einer verantwortungsvollen Führung und Koordination auf nationaler Ebene durch eine einzige Instanz. Andererseits

sollte in jedem Zielbereich jeweils ein Partner für die Führung einer Koordinationsplattform verantwortlich sein und für die planmässige Umsetzung des Programms bürgen.

Abbildung 8:
Zielgruppen – Menschen, die von den verschiedenen Zielbereichen des Nationalen Krebsprogrammes betroffen sind



Die Entstehung von Krebs wirksamer verhindern

Die Ursachen von Krebs sind heutzutage für mehr als die Hälfte der Erkrankungen bekannt, und wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, wie diese Ursachen wirksam bekämpft werden können. Mindestens ein Drittel der Krebserkrankungen könnte durch Verhaltensänderungen und das Vermeiden spezifischer Risikofaktoren – Tabakkonsum, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, übermässiger Alkoholkonsum und Belastungen durch UV-Strahlung – verhindert werden. Gleichzeitig würden so auch andere nicht-übertragbare Krankheiten seltener (nationales Gesundheitsziel 8).

Krebs entsteht auf der Basis einer genetischen Prädisposition und unter Einwirkung einer Vielzahl von Faktoren aus der Umwelt und dem Lebensstil. Nur etwa fünf Prozent der Krebserkrankungen werden allein auf Veränderungen am Erbmateriale zurückgeführt; die weitaus grösste Rolle in der Krebsentstehung wird beeinflussbaren Risikofaktoren zugeschrieben. Besonders wichtig sind Tabakkonsum, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Alkoholkonsum, Belastungen durch Schadstoffe am Arbeitsplatz und aus der Umwelt (zum Beispiel Radon oder Ultraviolett-Strahlung). Diese Risikofaktoren sind nicht nur die Hauptverantwortlichen für die häufigsten Krebsarten, sie sind gleichzeitig auch die wichtigsten vermeidbaren Ursachen für verschiedene andere nicht-übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Leiden, Diabetes, Atemwegserkrankungen und Beschwerden des Bewegungsapparates.

Tabakkonsum verursacht ein Drittel aller Krebsfälle. Bis heute konnten mindestens 40 der 4000 Substanzen, die im Tabakrauch enthalten sind, einwandfrei als krebserregend identifiziert werden. Er ist der Hauptauslöser von Lungenkrebs und von Krebs des Mundes, des Rachenraums, der Speiseröhre, der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) und der Blase. Zudem trägt er zu anderen Krebsarten bei: Magen-, Nieren-, Leber-, Nasenhöhlen-, Lippen- und Brustkrebs sowie Leukämie. In der Schweiz rauchen rund zwei Millionen Menschen. Es ist zwar sehr erfreulich, dass heute weniger Männer rauchen als noch vor zwanzig Jahren und dass sich dies in einem Abwärtstrend der Häufigkeit von Lungenkrebs bei Männern über 40 niederschlägt; gleichzeitig ist es aber besonders besorgniserregend, dass in der gleichen Zeit der Tabakkonsum bei Frauen und jungen Menschen zugenommen hat (Box «Lungenkrebs und Tabakkonsum bei Frauen in der Schweiz»). Das durchschnittliche Einstiegsalter sinkt seit längerem und liegt heute bei ungefähr 16 Jahren. Zudem bestehen weiterhin grosse Unterschiede zwischen sozialen Gruppen: Rauchen und Lungenkrebs sind in ärmeren Bevölkerungsschichten wesentlich stärker verbreitet als in wohlhabenden Gruppen.

Teil 1: Die Zielsetzungen

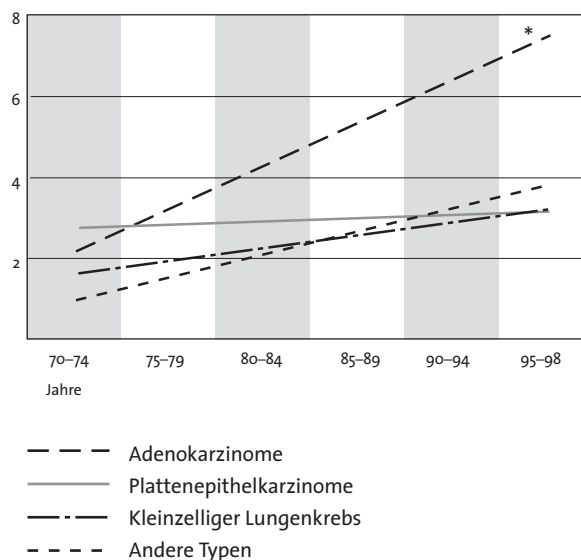
Die Entstehung von Krebs wirksamer verhindern

Nach dem Tabak trägt wahrscheinlich die ungesunde Ernährung am meisten zu Krebserkrankungen bei. Bis zu einem Drittel der Krebstodesfälle könnten darauf zurückzuführen sein, dass die Schweizer Bevölkerung nicht genug frisches Obst und Gemüse und zu viel Fett, Alkohol und rotes Fleisch isst. Hinzu kommt, dass Fettleibigkeit und mangelnde körperliche Bewegung die Entwicklung verschiedener Krebsarten beschleunigen. Ein Drittel der Menschen in der Schweiz ist übergewichtig, und ein Drittel bewegt sich kaum oder gar nicht. Die Zahl der Übergewichtigen steigt, und auch jene der Inaktiven nimmt zu, besonders unter Frauen, älteren Menschen und Personen mit tiefem Einkommen. Rund zehn Prozent der Bevölkerung leiden zudem an den Folgen von Alkoholmissbrauch¹. Dabei könnten eine gesunde Ernährung, wenig oder kein Alkoholkonsum und regelmässige Bewegung das Risiko von Krebs senken, insbesondere in Brust, Prostata, Gebärmutter und Eierstock sowie im Darm und auch sonst im Verdauungsapparat.

Lungenkrebs und Tabakkonsum bei Frauen in der Schweiz

In den letzten 30 Jahren hat der Lungenkrebs bei den Frauen stark zugenommen (Abbildung 9). Im Wesentlichen finden sich gehäuft Adenokarzinome, die typischerweise Tumoren des peripheren (von der Luftröhre weiter entfernten) Teils der Atemwege sind, während Plattenepithelkarzinome nur wenig angestiegen sind. Als Ursache wird der höhere Konsum von «leichten» Zigaretten und die Verwendung von Filtern verdächtigt: Sie zwingen die Raucher, tiefer einzuatmen, um die gleiche Nikotindosis zu erhalten.

Abbildung 9:
Entwicklung der verschiedenen Lungenkrebstypen bei Frauen



Neu auftretende Fälle pro 100 000 Frauen.
Altersstandardisierte Inzidenz (geglättete Daten).
* Statistisch signifikanter Anstieg.
Genfer Krebsregister, 1970-1998.

Es ist schwierig, das gesellschaftliche Umfeld und das menschliche Verhalten so zu verändern, dass das individuelle Krebsrisiko sinkt. Zudem sind die finanziellen Mittel für diese Anstrengungen in der Regel knapp. Deshalb ist es um so wichtiger, dass die ergriffenen Massnahmen eine grösstmögliche Wirkung zeigen und kosteneffizient sind. Den hier vorgeschlagenen Zielsetzungen und Massnahmen liegen die Erkenntnisse aus einer breiten Analyse zur Wirksamkeit solcher Massnahmen zu Grunde, die unter anderem von der Internationalen Union zur Krebsbekämpfung (UICC) und dem US-amerikanischen Center for Disease Control (CDC) zusammengefasst wurden.

Weil fünf der wichtigen Risikofaktoren für Krebs – Tabakkonsum, übermässiger Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht – auch für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Atemwegserkrankungen von zentraler Bedeutung sind, sollte das Krebspräventionsprogramm Teil eines integrierten Vorgehens zur Gesundheitsförderung und zur Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten sein. Bei Planung, Umsetzung und Monitoring können viele Synergien geschaffen werden: Auf den verschiedenen Fachgebieten sind vielfach die gleichen Akteure involviert, die gleichen Methoden und Strategien gelangen zur Anwendung. Eine breite Koalition mit einem konzertierten Vorgehen kann den politischen Rückhalt stärken, die Reichweite und letztlich die Wirkung der Anstrengungen verbessern. Das Europäische Regionalbüro der WHO in Kopenhagen hat denn auch mit CINDI (Countrywide Integrated Non-communicable Disease Intervention) eine Initiative gestartet, um diesen umfassenden Ansatz zu unterstützen. Aus dem selben Grund haben sich in den USA vor kurzem die American Cancer Society, die Diabetes Association und die Heart Association zusammengetan, um gemeinsam eine Präventionsstrategie zu entwickeln.

In der Schweiz gibt es viele Akteure², die sich mit den Risikofaktoren für Krebs und andere chronische Krankheiten beschäftigen, aber keine nationale Präventionsstrategie. Daraus entstehen viele, oft unkoordinierte Aktivitäten mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene. Unglücklicherweise können Prävention und Gesundheitsförderung gerade bei chronischen Krankheiten, deren Entstehung meist Jahrzehnte dauert, selten rasche Erfolge aufweisen. Wirkung kann nur mit langfristig angelegten und gut ausgestatteten Programmen erzielt werden, die fortlaufend evaluiert und verbessert werden.

Mittelfristig sollen die Massnahmen zur Krebsverhinderung Teil eines umfassenden Programms zur Gesundheitsförderung und Prävention von chronischen Krankheiten werden. Das Nationale Krebsprogramm soll dazu beitragen, diesen Prozess anzuregen.

Gesundheitsförderung und Prävention

Da verschiedene riskante Verhaltensweisen häufig zusammen auftreten, spricht man auch von einem «krankheitsverursachenden Lebensstil». Um diesem entgegen zu wirken, geht die **Gesundheitsförderung** von den vorhandenen Ressourcen und Stärken aus, um gesunde Lebensweisen und Lebenswelten zu propagieren und zu erleichtern. Die Menschen sollen informiert, fähig und motiviert sein, die eigene Lebensweise so zu gestalten, dass sie der Gesundheit und dem Wohlbefinden förderlich ist und zu einer erhöhten Lebensqualität führt. Dabei wird nicht zwischen gesund und krank, zwischen risikoreich und risikoarm unterschieden, sondern auf Ressourcen aufgebaut, die alle Personen zum Wohle der Gesundheit verbessern können. Möglichst optimale gesellschaftliche Rahmenbedingungen (Sicherung der Grundbedürfnisse, Bekämpfung von sozialer Benachteiligung, Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer sicheren Umwelt) unterstützen diesen Prozess. Die **Prävention** hat zum Ziel, die Häufigkeit oder den Schweregrad von spezifischen Krankheiten zu vermindern. Dies geschieht, indem bestimmte Risikofaktoren allgemein (zum Beispiel Luftverschmutzung) oder individuell (zum Beispiel Tabakkonsum) vermieden oder reduziert werden. Prävention ist problemspezifisch, wird anhand von potenziellen Risiken definiert und richtet sich an definierte Zielgruppen oder an die ganze Bevölkerung. Sowohl bei der Gesundheitsförderung als auch bei der Prävention spielt das soziale Umfeld (Familie, Freundeskreis, Schule, Arbeitsplatz und Gesellschaft) eine grosse Rolle.

Gesundheitsförderung und Prävention haben das gleiche Ziel: Mit Hilfe von Verbesserungen beim Individuum soll der durchschnittliche Gesundheitszustand der Bevölkerung auf ein höheres Niveau gebracht werden. Die beiden Interventionsformen sollen sich ergänzen, wobei je nach Ausgangslage die eine oder die andere angemessener sein und mehr Erfolg versprechen kann.

Damit in der Schweiz weniger Menschen an Krebs erkranken, müssen einerseits spezifische Krebsrisiken vermindert und andererseits Massnahmen getroffen werden, um die Gesundheit allgemein zu fördern³.

ZIEL 1: DIE ZAHL DER MENSCHEN, DIE KREBS DURCH TABAKKONSUM ODER PASSIVES RAUCHEN ENTWICKELN, WIRD VERMINDERT

Wie oben beschrieben ist Tabakkonsum eine der wichtigsten Ursachen von Krebs in der Schweiz. Deswegen spielt die Tabakprävention eine zentrale Rolle bei der wirksamen Verhinderung von neuen Krebserkrankungen. Die Schaffung günstiger gesellschaftlicher und gesetzlicher Rahmenbedingungen ist sehr wichtig, um es dem Einzelnen zu ermöglichen, nicht zu rauchen oder das Rauchen aufzugeben. Nur so können Massnahmen zur Tabakentwöhnung, zum Vermeiden des Passivrauchens und zur Stärkung des Nichtrauchens bei Jugendlichen wirksam eingesetzt werden. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat im Rahmen des Nationalen Tabakpräventionsprogramms spezifische Ziele und Massnahmen festgelegt⁴.

> Übergeordnete Rahmenbedingungen schaffen die Grundlagen für eine wirkungsvolle und effiziente Tabakprävention

Die **Besteuerung der Tabakprodukte** wird laufend erhöht. Die Wirkung einer Preiserhöhung auf den Konsum ist beachtlich und zeichnet sich innert kurzer Zeit ab. Ausserdem ist diese Massnahme einfach einzuführen und für den Staat mit finanziellen Vorteilen verbunden.

Die **Deklaration von Tabakprodukten** soll Konsumierende sachlich und neutral informieren. Transparenz muss insbesondere bezüglich der Verwendung von Zusatzstoffen gewährleistet sein. Die Verwendung von missverständlichen oder irreführenden Zusatzbezeichnungen wird unterbunden.

Ein allgemeines **Werbeverbot für Tabakprodukte**, Logos und Markennamen wird landesweit eingeführt und umgesetzt. Kantonale Verbote sind kaum wirksam, wenn regionale und nationale Medien weiterhin Werbung betreiben können.

Dank breit angelegter, langfristiger und zielgruppengerechter **Öffentlichkeitsarbeit** kennt die Bevölkerung die Tragweite des Tabakkonsums für die Gesundheit. Die Massenkommunikation über die Gefahren des Tabakkonsums wird mit der Öffentlichkeitsarbeit zu anderen Risikofaktoren koordiniert, um so Synergien zu nutzen und die Kohärenz der Botschaften sicher zu stellen.

› **Die Rahmenbedingungen erleichtern Jugendlichen den Verzicht auf das Rauchen und motivieren sie zum Nichtrauchen**

Ein **Verkaufsverbot für Minderjährige** und die Einschränkung von Verkaufspunkten verhindert, dass Zigaretten leichter erhältlich sind als Grundnahrungsmittel. Jugendlichen könnte zum Beispiel der Zugang zu Zigarettenautomaten verwehrt werden. Solche Massnahmen tragen dazu bei, der Verharmlosung von Tabakprodukten entgegen zu wirken.

Das Umfeld, in dem Kinder und Jugendliche aufwachsen, ist weitestgehend rauchfrei. Dies beginnt damit, dass die Eltern auf geeignete Weise informiert und dazu angeregt werden, das häusliche Umfeld rauchfrei zu machen, und wird fortgesetzt mit systematischen Massnahmen zur Verhinderung des Tabakkonsums in der Schule. Die für Freizeitaktivitäten zuständigen Stellen und Organisationen engagieren sich mit Unterstützung des Bundes dafür, dass beim Sport, in Jugendzentren, in Diskotheken etc. der Tabakkonsum ausgeschlossen oder zumindest reduziert und die Jugendlichen für die Gefahren des Rauchens sensibilisiert werden.

Institutionalisierte Schulprogramme sollen Jugendliche befähigen, die für die primäre Suchtprävention nötigen sozialen Kompetenzen zu entwickeln. Die Programme stärken das Selbstbewusstsein und vermitteln Instrumente zur konstruktiven Bewältigung von Konflikten und zur Stärkung der Widerstandskraft gegenüber Gruppenzwängen. Tabakspezifische Informationsmodule klären über die Schäden des Rauchens auf und fördern die individuelle Motivation zum Nichtrauchen.

› **Die Rauchenden werden motiviert, mit dem Rauchen aufzuhören, und es werden ihnen geeignete Entwöhnungshilfen zur Verfügung gestellt**

Primäre Zielgruppe sind Rauchende unter 45 Jahren, und hier ganz besonders Frauen und sozial benachteiligte Gruppen. So soll der Anteil rauchender Personen, der einen festen Vorsatz fasst, mit dem Rauchen aufzuhören, erhöht werden. Mehr Aufhörwillige unternehmen konkrete Rauchstopp-Versuche, und dank dem Gebrauch wissenschaftlich bewährter Raucherentwöhnungsmethoden werden weniger Personen, die mit Rauchen aufgehört haben, rückfällig. Zu diesem Zweck muss sicher gestellt werden, dass Rauchende systematisch von motivierten und gut ausgebildeten Ärzten auf das Thema Rauchstopp angesprochen werden.

› **Nichtrauchende haben jederzeit und überall die Möglichkeit, rauchfreie Luft zu atmen**

An Orten, wo man sich notwendigerweise aufhalten muss (Ausbildungs- und Arbeitsplatz, öffentliche Verwaltung, Spitäler etc.), muss das Nichtrauchen zur Norm werden. Die Verantwortlichen werden angehalten, die notwendigen Massnahmen zu ergreifen. In Gebäuden, wo sich die Bevölkerung freiwillig aufhält (Restaurants, Bars, Diskotheken etc.), wird eine dem Ort angepasste, pragmatische Lösung gewählt. Die Kantone und die Präventionsorganisationen haben in diesem Bereich eine zentrale Rolle zu übernehmen.

ZIEL 2: WENIGER MENSCHEN ERKRANKEN AN DEN FOLGEN VON ÜBERGEWICHT, BEWEGUNGSMANGEL UND UNGESUNDE ERNÄHRUNG

› **Immer mehr Menschen besitzen ein gesundes Körpergewicht**

Die «sitzende Fast-Food-Gesellschaft» hat eine Epidemie des Übergewichts hervorgebracht. Dieser soll mit strukturellen Ansätzen, Information und spezifischen Angeboten für Betroffene begegnet werden. Die Gesellschaft und insbesondere die politischen Entscheidungsträger müssen sensibilisiert und motiviert werden, die nötigen Massnahmen zu ergreifen.

Teil 1: Die Zielsetzungen

Die Entstehung von Krebs wirksamer verhindern

Das Wissen um die Folgen von Übergewicht und Fettleibigkeit muss in der Bevölkerung mit **Informationskampagnen**, Interventionen in Schulen, an Arbeitsplätzen etc. verbessert werden. Solche Kampagnen werden immer auch Informationen über gesundes Bewegungsverhalten und Ernährung einschliessen.

Mit geeigneten Anreizen soll die Motivation zur Veränderung des Lebensstils erhöht werden. Niederschwellige **Beratungs- und Therapieangebote**, die Individuen in ihren Anstrengungen bei Verhaltensänderungen unterstützen, sind zur Verfügung zu stellen.

> **Der Anteil der Menschen mit einem gesundheitsförderlichen Bewegungsverhalten steigt**

Der Anteil der bewegungsaktiven Bevölkerung («täglich mindestens eine halbe Stunde etwas ausser Atem») soll jährlich um ein Prozent steigen. Dies soll durch vermehrte Sport- und Bewegungsanreize und -angebote erreicht werden.

Alltagsbewegung wird durch innovative Projekte gefördert, zum Beispiel am Arbeitsplatz, auf dem Arbeitsweg, in der Schule oder im Bereich Langsamverkehr (Fortbewegung zu Fuss und per Velo).

Besonders **Kinder** müssen die für ihre Entwicklung notwendige Gelegenheit haben, sich zu bewegen, Spiel und Sport in Sicherheit zu treiben. Dazu müssen in den Quartieren genügend Spielmöglichkeiten geschaffen werden. Schulwege müssen kindersicher sein. Die vorgeschriebenen Angebote im Schul- und Berufsschulsport sind aus gesundheitlicher Sicht als Minimalstandard anzusehen, der konsequent umgesetzt und wo möglich weiter ausgebaut werden soll.

Mit geeigneten, koordinierten Massnahmen sind das Wissen und die Motivation der Bevölkerung zur gesunden Bewegung zu fördern.

> **Die Menschen ernähren sich zunehmend gesund**

Das Angebot und die Verfügbarkeit von gesunden Nahrungsmitteln und Mahlzeiten wird mit Hilfe strukturierter Massnahmen verbessert. Beispiele hierfür sind eine gesunde Verpflegung in Betriebs- und Schulkantinen, die Verpflichtung von Restaurateuren, ausgewogene Menus anzubieten, die Etikettierung von Lebensmitteln und eine geeignete Preispolitik.

Die **Kenntnisse der Bevölkerung** über die Bedeutung des Gemüse- und Fruchtekonsums und über die ernährungsphysiologisch günstigen Kohlenhydrate und Fette werden verbessert. Eine nationale «Fünf am Tag»-Kampagne zur Förderung des Früchte- und Gemüsekonsums soll hierbei eine wichtige Rolle spielen.

Bei **Kindern und Jugendlichen** ist ein besonderes Engagement gefordert. Grundkenntnisse für eine gesunde Ernährung sollen frühzeitig vermittelt werden. Lehrpläne und Lehrmittel sind entsprechend anzupassen, die Lehrer auszubilden.

ZIEL 3: DER ANTEIL DER MENSCHEN MIT RISIKOREICHEM ALKOHOLKONSUM SINKT

Zur Erreichung dieses Ziels sind in einem umfassenden, längerfristig angelegten und kohärenten Programm⁵ folgende Massnahmen vorzusehen.

> Die Preisgestaltung bzw. **Besteuerung alkoholischer Getränke**, angepasst ans jeweilige Schädigungspotenzial, hat die grösste Wirkung auf den Alkoholmissbrauch. Sie ist insbesondere auch bei Getränken, die von Jugendlichen bevorzugt werden, von grosser Bedeutung.

> Weitere wirkungsvolle **gesetzliche Massnahmen** sind unter anderem die Beschränkung des Zugangs zu alkoholischen Getränken, zum Beispiel durch die Limitierung von Verkaufszeiten oder Verkaufsstellen, eine Altersbeschränkung sowie Grenzwerte für den Blutalkoholgehalt von Autofahrern.

- > Die **Information der Bevölkerung** über die Gesundheitsrisiken des Alkoholkonsums und dessen soziale Folgen muss verstärkt werden. Dabei wird zu berücksichtigen sein, dass verschiedene Gruppen der Gesellschaft unterschiedlich auf solche Botschaften ansprechen.
- > Durch die **Früherkennung von Problemkonsumenten**, zum Beispiel durch eine medizinische Kurzintervention beim ärztlichen Grundversorger, kann der Alkoholabhängigkeit vorgebeugt werden, und Suchtkranke können frühzeitig einer Therapie zugeführt werden.

ZIEL 4: WENIGER MENSCHEN LEIDEN AN KREBS WEGEN ULTRAVIOLETT-STRAHLUNG

- > Eine langfristig angelegte **Öffentlichkeitsarbeit** (unter Mitwirkung von Rollenmodellen) führt dazu, dass eine sonnengebräunte Haut nicht mehr positiv bewertet wird. Mehr Menschen sollen wirksame Sonnenschutzmassnahmen kennen und sich selbst und ihre Kinder vor starker Sonnen- und künstlicher UV-Strahlung schützen.
- > Dank systematischer und flächendeckender Information werden die Menschen in die Lage versetzt, ihr **individuelles Risiko** für Hautkrebs kennen zu lernen. Sie lernen, auf Hautveränderungen zu achten, die Anzeichen einer bösartigen Entartung sein könnten, und rasch darauf zu reagieren.
- > In **Schulen** wird der Sonnenschutz systematisch und stufengerecht thematisiert.
- > Um **ungewollte UV-Exposition** zu verringern, werden in risikoreichen Umgebungen wie Schulhöfen, Kindergärten oder Baustellen Sonnenschutzvorrichtungen installiert. Bei Bedarf werden zusätzlich Sonnenschutzprodukte wie Hüte, Brillen, Sonnencremes leichter verfügbar gemacht.
- > Die gesundheitsschädliche Wirkung von künstlicher UV-Strahlung wird der Bevölkerung deutlich gemacht und in **Solarien** signalisiert. Richtlinien für den Betrieb von Solarien sollen erarbeitet werden.

ZIEL 5: WENIGER MENSCHEN ERKRANKEN AN BERUFSBEDINGTEM KREBS

Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) hat eine führende Rolle zur Verhinderung von Krebs als Berufskrankheit, der Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz hingegen ist Domäne des Staatssekretariats für Wirtschaft (seco) und der von den Kantonen bestimmten Durchführungsorgane des Arbeitsgesetzes (Arbeitsämter). In welchen Branchen und Betrieben die Suva in Zukunft ihre Aufsichtsfunktion prioritär wahrnehmen wird, ist vom jeweils aktuellen Wissensstand abhängig. Zur Zeit stehen die Auswirkungen von Asbest, aromatischen Aminen, Benzol, polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen, Ethylenoxid, Zytostatika, Nitrosaminen, Hartholzstaub sowie UV-Strahlung im Vordergrund.

- > Krebserkrankungen, welche durch chemische, biologische und physikalische Einwirkungen am Arbeitsplatz entstehen können, werden verringert oder verhindert. Dies geschieht durch den Ersatz gefährdender Stoffe und Verfahren, technische, organisatorische und personenbezogene Massnahmen und durch Untersuchungen im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge.
- > Die Suva legt im Einvernehmen mit der Grenzwertkommission der Schweizerischen Vereinigung für Arbeitssicherheit, Arbeitshygiene und Arbeitsmedizin (SuissePro) Grenzwerte für krebserzeugende Arbeitsstoffe fest. Die Einstufung von Arbeitsstoffen mit gesicherter, wahrscheinlicher und möglicher krebserzeugender Wirkung wird in der Publikation der Grenzwertliste ab 2005 den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst.
- > Je nach Risikobeurteilung wird ein Konzept mit den involvierten Branchen erstellt, das die zu ergreifenden Massnahmen im Bereich Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit enthält. Darunter fallen auch Massnahmen für den Nichtraucherschutz.

ZIEL 6: WENIGER MENSCHEN ERKRANKEN DURCH UMWELTSCHADSTOFFE AN KREBS

- › **Durch die Vermeidung von hohen Radon-Konzentrationen in Innenräumen sinkt die Zahl der durch Radon bedingten Krebserkrankungen**

Die gesundheitsschädliche Wirkung von Radon wird der Bevölkerung mit einer effizienten, zielgruppengerechten Öffentlichkeitsarbeit vermittelt. Dies führt dazu, dass mehr Menschen sich ihres Risikos für Lungenkrebs durch Radon im Wohnbereich bewusst sind. Information und Beratung führen dazu, dass sich mehr Menschen vor Radon schützen, indem sie selber einfache bauliche Massnahmen ergreifen oder Baufachleute hierfür aufbieten. Durch Information, Aus- und Weiterbildung wird in der Baubranche das Wissen zur Radonproblematik und über erfolgreiche Schutzmassnahmen verbessert. Dadurch soll der Radonschutz im Bau zur *good practice* werden. Kantone und Gemeinden erlassen Bauvorschriften, damit der Gefährdung durch Radon bei Neu- und Umbauten Rechnung getragen wird, und sorgen dafür, dass ihre öffentlichen Bauten (zum Beispiel Schulen und Kindergärten) möglichst arm an Radon sind.

- › **Die Belastung der Atemluft mit krebserzeugenden Luftschadstoffen und das damit verbundene Krebsrisiko nehmen ab**

Im Jahr 2000 wurden in der Schweiz aus verschiedenen Quellen rund 4500 Tonnen feine krebserzeugende Russpartikel und rund 1500 Tonnen krebserzeugendes Benzol emittiert.

Bis 2010 sollen alle Lastwagen, Diesel-Personenwagen, Baumaschinen und Traktoren mit einem Partikelfilter ausgerüstet sein. Dieser eliminiert feine Dieselpartikel zu 99 Prozent.

Basierend auf entsprechenden gesetzlichen Grundlagen und vollzugsfördernden Massnahmen sollen die Benzol-Emissionen bis ins Jahr 2010 auf höchstens 300 Tonnen reduziert werden.

- › Zuletzt muss noch erwähnt werden, dass auch **spezifische Virusinfektionen** das Krebsrisiko erhöhen. Hierzu gehören vor allem HIV, Hepatitis B und C, HPV

(Human Papilloma Virus) und EBV (Epstein-Barr Virus). Virale Krebsrisiken spielen vor allem in Entwicklungsländern eine wichtige Rolle, können aber durch Migrationsbewegungen auch in der Schweiz relevant werden. Als wirksame Massnahmen kommen (wo möglich) Impfungen in Frage sowie die Benutzung von Präservativen, um eine Übertragung beim Sexualverkehr zu verhindern.

ZIEL 7: DIE ZAHL DER MENSCHEN, DIE GESUND LEBEN, NIMMT WAHRNEHMBAR ZU

Ein gesunder Lebensstil (tägliche Bewegung, ausgewogene Ernährung, Entspannungsmöglichkeiten im Alltag, kein Tabak, kein oder wenig Alkohol, Schutz vor intensiver Sonnenstrahlung) verbessert das allgemeine Wohlbefinden und bietet einen gewissen Schutz vor chronischen Krankheiten, insbesondere vor Krebs. Ein gesunder Lebensstil ist abhängig von einer gesunden Lebenswelt.

- › Um die Bemühungen von Menschen, die vermehrt gesund leben wollen, zu unterstützen, werden die bestehenden Strukturen und Angebote systematisch verstärkt und vernetzt. Dies betrifft insbesondere auch gesundheitsfördernde Massnahmen in der Arbeitsumgebung.
- › Eine gemeinsame Dachkampagne von verschiedenen Gesundheitsligen und öffentlichen Stellen zeigt auf, was jeder Mensch zur Erhaltung und Veränderung des eigenen Lebensstils beitragen kann.
- › Zur Unterstützung des Individuums wird eine Lebensstilberatung durch Hausärzte, Mitarbeiter kantonaler Ligen, Gesundheitsfachleute und weitere Partner institutionalisiert.

Literaturhinweise

Abed J et al., Developing a framework for comprehensive cancer prevention and control in the United States: an initiative of the Centers for Disease Control and Prevention. *J Public Health Manag Pract* 2000. 6(2):67–78.

Ackermann-Liebrich U et al., Gesundheitsziele für die Schweiz. 2002: Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen.

Boyle P et al., European Code against Cancer and scientific justification: third version. *Ann Oncol* 2003. 14(7):973–1005. European Code against Cancer: <http://www.cancercode.org/code.htm>

CDC, Guidance for Comprehensive Cancer Control Planning. 2002: Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta.

Colditz GA et al., Harvard report on cancer prevention, vol. 5: Fulfilling the potential for cancer prevention: policy approaches. *Cancer Causes Control* 2002. 13(3):199–212.

Czene K et al., Environmental and heritable causes of cancer among 9.6 million individuals in the Swedish Family-Cancer Database. *Int J Cancer* 2002. 99(2):260–266.

Eyre H et al., Preventing cancer, cardiovascular disease and Diabetes: a common agenda for the American Cancer Society, the American Diabetes Association and the American Heart Association. *CA Cancer J Clin* 2004. 54(4):190–207.

IUHPE, The Evidence of Health Promotion Effectiveness. 2000: International Union for Health Promotion and Education, Brussels.

UICC, Evidence-based Cancer Prevention: Strategies for NGOs. A UICC Handbook for Europe. 2004: Union Internationale Contre le Cancer, Geneva.

- ¹ Im Gegensatz zum starken Anstieg des Tabakkonsums ist der Alkoholmissbrauch seit Beginn des 20. Jahrhunderts in der Schweiz stark zurückgegangen.
- ² Information über die Schweizer Akteure in Gesundheitsförderung und Prävention steht seit 2004 im Internet zu Verfügung unter www.healthorg.ch
- ³ Da das Durchschnittsalter der Schweizer Bevölkerung steigt, muss man davon ausgehen, dass die Zahl der Krebserkrankungen auch bei gleichbleibenden Risikofaktoren in den nächsten Jahrzehnten zunehmen wird. Wenn vom Ziel gesprochen wird, dass weniger Menschen an Krebs erkranken sollen, bedeutet dies, dass die altersstandardisierten Inzidenzen abnehmen sollen und nicht unbedingt die absoluten Zahlen.
- ⁴ Nationales Programm zur Tabakprävention 2001–2005, Bundesamt für Gesundheit, Juni 2001.
- ⁵ Nationaler Alkoholaktionsplan 2000, Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen.

Die Krebsfrüherkennung verbessern

Je früher ein Krebs diagnostiziert wird, desto besser die Heilungschancen. Durch Früherkennungstests soll ein Tumor vor dem Auftreten von Symptomen erkannt werden. Die allgemeine Anwendung dieser Tests zielt darauf ab, die auf die Krankheit zurückzuführende Sterblichkeitsrate zu senken. Durch einen Muttermundabstrich kann der Krebs dieses Organs in situ diagnostiziert werden, das heisst, bevor er eine invasive Form annimmt und Metastasen bilden kann. Bei Brustkrebs erlaubt es die Mammographie, Tumore von weniger als einem Zentimeter Durchmesser zu diagnostizieren, bevor sie durch Abtasten zu erkennen sind und in den meisten Fällen bevor sie auf die Lymphknoten übergreifen können. Darmkrebs kann anhand von Blutuntersuchungen im Stuhl und/oder Koloskopie frühzeitig erkannt oder durch das Entdecken und Entfernen von adenomatösen Polypen sogar verhindert werden. Wird Darmkrebs im Frühstadium entdeckt und operiert, verbessern sich die Überlebenschancen stark.

Mehrere internationale Expertengruppen (WHO, EU, IARC) empfehlen heute folgende Massnahmen:

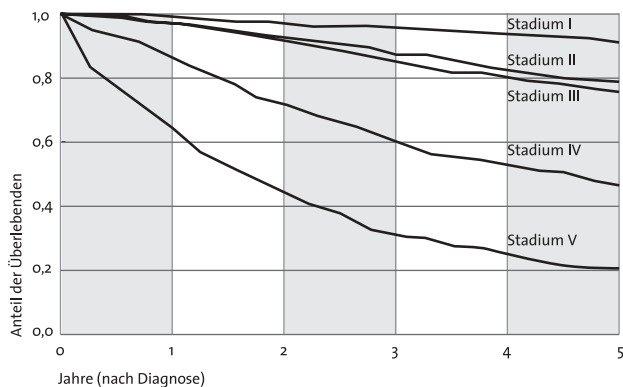
- › Früherkennung von Brustkrebs anhand von zweijährlich durchgeführten Mammographien für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren;
- › Früherkennung von Muttermund-Anomalien anhand eines für Frauen ab 25 während zwei Jahren jährlich, danach drei- bis fünfjährlich durchgeführten Abstrichs;
- › Früherkennung von Darmkrebs anhand von zweijährlich durchgeführten Untersuchungen auf nicht sichtbare Blutspuren im Stuhl für Personen über 50 Jahren.

Wissenschaftliche Studien zeigen zudem, dass diese Massnahmen in organisierten Früherkennungsprogrammen angeboten werden sollten.

Die Zahl der Krebspatienten, deren Diagnose erst spät gestellt wird, ist in der Schweiz immer noch zu hoch. Diese Personen hätten bessere Überlebenschancen, wenn ihre Erkrankung früher diagnostiziert würde, und müssten weniger beschwerliche und einschränkende Behandlungen erleiden. So sind zum Beispiel die Überlebenschancen bei Brustkrebs bedeutend besser, wenn dieser in einem frühen Stadium entdeckt wird (Abbildung 10).

Bei der Früherkennung werden Personen untersucht, die keine Symptome aufweisen. Es geht darum, Informationen zu einer eventuell vorhandenen, aber noch nicht sichtbaren Krankheit zu erhalten oder Veränderungen zu finden, die als Vorläufer einer Krankheit gelten. Man unterscheidet zwischen opportunistischer und organisierter Früherkennung. Opportunistisch bedeutet, dass eine Person sich aus eigenem Antrieb einem Früherkennungstest unterzieht oder von ihrem persönlichen Arzt dazu aufgefordert wird. Eine organisierte Früherkennung richtet sich dagegen an spezifische Bevölkerungsgruppen, deren Mitglieder in regelmässigen Abständen zu einer Untersuchung eingeladen werden. In einem solchen Früherkennungsprogramm sind die Untersuchungen normiert und qualitätskontrolliert. Zudem werden Kosten und Nutzen systematisch erhoben. Ein Früherkennungsprogramm sollte effizienter sein als eine auf Anfrage durchgeführte, individuelle Früherkennung.

Abbildung 10:
Überlebenschance nach Brustkrebs, abhängig vom Krebsstadium bei der Diagnose



Daten aus dem Krebsregister Genf, 1990–2000
 (Bouchardy C et al., 2003)
 Eurocare TNM Stadien für Brustkrebsüberlebensstudien nach
 Sant et al., 2003

Organisierte Früherkennungsprogramme für Krebs sollen nur durchgeführt werden, wenn

- die betroffene Krebsart häufig vorkommt und ihre natürliche Entwicklung bekannt ist;
- eine wirksame Behandlungsmöglichkeit vorhanden ist;
- ein wirksamer, verträglicher Test zur Verfügung steht;
- Vor- und Nachteile dieses Tests bekannt und abgewogen worden sind;
- das Kosten-Nutzen-Verhältnis gut ist.

Unter diesen Voraussetzungen kann die Früherkennung für eine ganze Bevölkerungsgruppe vorgeschlagen werden. Dabei müssen aber auch mögliche negative Auswirkungen (wie der psychologische Effekt bei einem falsch positiven Befund und eventuelle unnötige Interventionen) berücksichtigt werden. Ein Früherkennungsprogramm sollte von psychologischen Stützmassnahmen begleitet sein, die dabei helfen, unerwünschte Nebenwirkungen zu erklären oder die Konsequenzen falsch positiver bzw. falsch negativer Befunde zu bewältigen.

Gemäss dem neusten Stand der wissenschaftlichen Kenntnisse ist die Früherkennung von Brust-, Muttermund- und Darmkrebs effizient. Da die Wirksamkeit von Früherkennungsmassnahmen für Prostatakrebs zur Zeit wissenschaftlich noch nicht nachgewiesen ist, wird diese Krebsart in den unten stehenden Zielsetzungen nicht erwähnt.

ZIEL 1: DIE BEVÖLKERUNG WIRD OBJEKTIV UND DETAILLIERT INFORMIERT, SO DASS JEDER EINZELNE ÜBER DIE BERECHTIGUNG EINES FRÜHERKENNUNGSTESTS ENTSCHEIDEN KANN

Neuste Daten lassen vermuten, dass die Schweizer Bevölkerung über Nutzen und Nachteile eines Krebsfrüherkennungstests viel zu wenig weiss. So hat eine 1999 durchgeführte Umfrage bei über 1000 Frauen in der Schweiz gezeigt, dass 65 Prozent glauben, eine Mammographie könne Brustkrebs verhindern oder das Brustkrebsrisiko senken. Auch die Anzahl der Todesfälle, die damit verhindert werden könnten, wurde überschätzt. Um diese Situation zu verbessern, muss die Schweizer Bevölkerung umfassend, faktisch und gut verständlich über die Vor- und Nachteile von Früherkennungstests informiert werden.

- > Dies umfasst einerseits eine **allgemeine Informationskampagne** zur Früherkennung der verbreitetsten Krebsarten. Die Bevölkerung muss angeregt werden, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil anzunehmen, auf eventuelle Hinweise für eine Krebsentstehung zu achten und im Zweifelsfalle möglichst rasch einen Arzt zu konsultieren. Andererseits muss die Bevölkerung über die Möglichkeiten und Grenzen der Früherkennung informiert werden. Dazu gehören auch die damit verbundenen Risiken einer Überbehandlung.
- > Ausserdem müssen **spezifische Zielgruppen** detaillierte Informationen über einzelne Krebsformen erhalten, Frauen über 50 Jahre zum Beispiel über Brustkrebs, junge Frauen über Muttermundkrebs und alle über 50-jährigen Männer und Frauen über Darmkrebs. Grundversorgern und entsprechenden Spezialisten kommt dabei eine zentrale Rolle zu.

Teil 1: Die Zielsetzungen

Die Krebsfrüherkennung verbessern

Sowohl die Informationskampagne als auch die Beratung durch Fachleute muss es den betroffenen Personen ermöglichen, frei über die Berechtigung eines Früherkennungstests zu entscheiden (bewusster Entscheid) und gegebenenfalls der Durchführung aus eigenem Willen zuzustimmen (bewusste Zustimmung). Die Fachperson, meistens ein behandelnder Arzt, hat dabei die Rolle eines Partners zu übernehmen, damit es zu einer Entscheidung in gemeinsamer Übereinkunft kommt.

ZIEL 2: ALLEN FRAUEN ÜBER 50 JAHREN WIRD EIN REGELMÄSSIGER, BEWUSST GEWÄHLTER ZUGANG ZU EINER MAMMOGRAPHIE MIT QUALITÄTSKONTROLLE ERMÖGLICHT

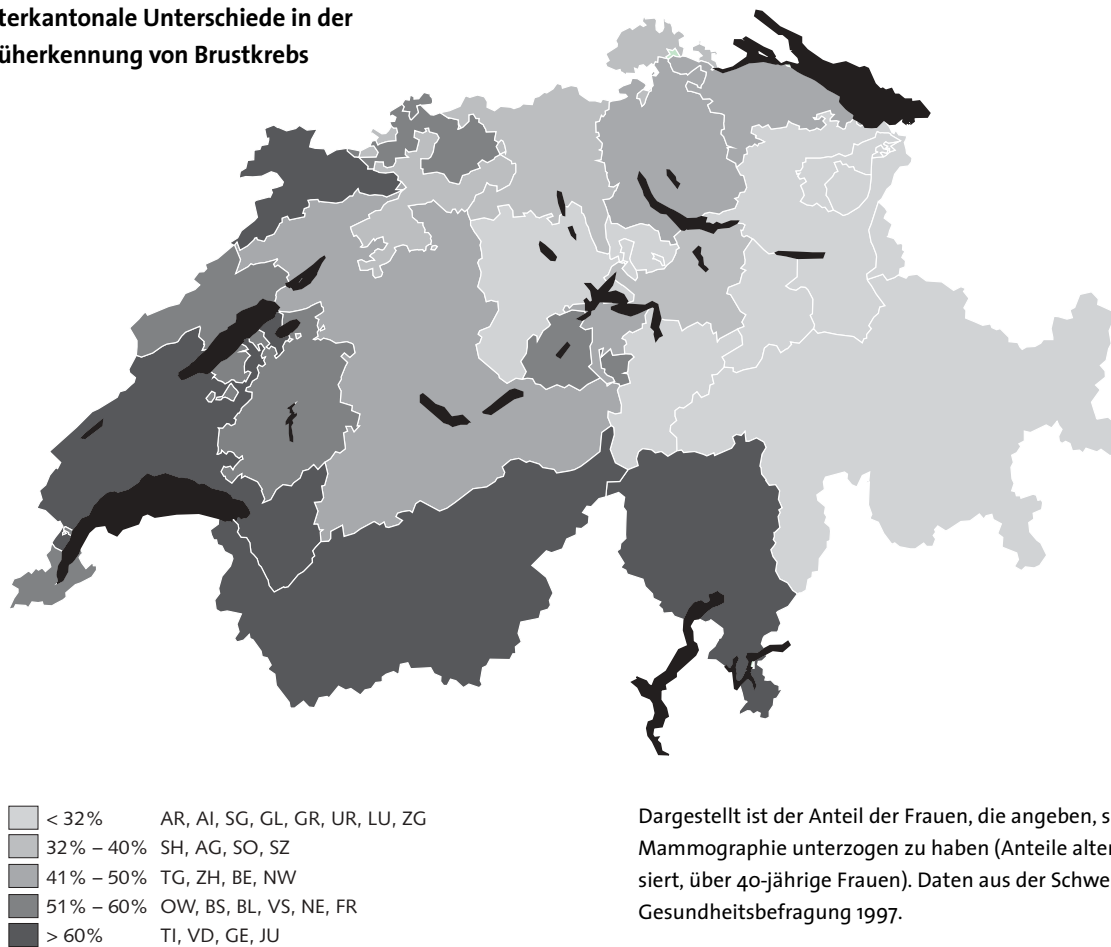
Die Brustkrebsinzidenz in der Schweiz ist mit 105 neuen Fällen auf 100 000 Frauen im Vergleich zum Durchschnitt der EU-Länder mit 95 neuen Fällen relativ hoch. Jedes Jahr kommen in der Schweiz schätzungsweise 5000 Neufälle dazu; 60 Prozent davon sind Frauen über 60 Jahre; 1600 Frauen sterben daran. Brustkrebs macht einen Drittel aller Krebserkrankungen bei den Frauen aus und bleibt die wichtigste Todesursache bei Frauen zwischen 45 und 55 Jahren. Etwa jede zehnte Frau wird während ihrem Leben davon betroffen sein.

Je früher ein Brustkrebs erfasst wird, desto grösser sind die Heilungschancen. Bei einer Früherkennung mit Mammographie werden die meisten Fälle aufgedeckt, bevor der Krebs zwei Zentimeter Durchmesser hat. Die Wirksamkeit von Programmen zur Brustkrebsfrüherkennung, in deren Rahmen Frauen zwischen 50 und 69 Jahren systematisch aufgefordert werden, sich einer qualitätskontrollierten Mammographie zu unterziehen, wurde umfassend und detailliert untersucht. Es ist heute erwiesen, dass dank ihnen die Mortalität durch Brustkrebs für diese Altersgruppe um bis zu 25 Prozent gesenkt werden kann. Viele Länder in Westeuropa führen inzwischen solche Programme durch.

Ein erster Versuch, ein Mammographieprogramm mit einem so genannten Doppelleseverfahren (Double-reading¹) landesweit einzuführen, scheiterte an Zweifeln am Nutzen, Befürchtungen über mögliche negative Auswirkungen (falsch positive bzw. falsch negative Befunde, unnötige Eingriffe) und Uneinigkeit über die Finanzierung der medizinischen Dienstleistungen und des admi-

nistrativen Aufwands². Im Jahr 2004 sieht die Lage wie folgt aus: Drei Kantone (Genf, Waadt, Wallis) führen seit 1999 ein Früherkennungsprogramm für Brustkrebs durch. Diese Programme erfassen ungefähr 18 Prozent der Schweizer Bevölkerung und ermöglichen jedes Jahr die frühzeitige Entdeckung von 200 Brustkrebserkrankungen. Im Kanton Fribourg wird solch ein Programm derzeit eingeführt, im Jura und in Neuchâtel entwickelt. In den übrigen Kantonen scheint sich eine spontane Früherkennung zu verbreiten, dies jedoch auf uneinheitliche Weise, ohne Richtlinien und Qualitätskontrolle. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung belegt grosse Unterschiede zwischen den Kantonen hinsichtlich der Früherkennung durch Mammographie. Abbildung 11 zeigt, dass sie in den Westschweizer Kantonen und im Tessin weitaus häufiger als in den deutschsprachigen Kantonen und insbesondere in der Zentral- und Ostschweiz angewandt wird.

Abbildung 11:
Interkantonale Unterschiede in der
Früherkennung von Brustkrebs



Dargestellt ist der Anteil der Frauen, die angeben, sich je einer Mammographie unterzogen zu haben (Anteile altersstandardisiert, über 40-jährige Frauen). Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997.

Die grossen kantonalen Unterschiede im Zugang zur Mammographie sollen vermindert werden, und die Qualität der Tests soll in jedem Fall gesichert werden, ob es sich nun um opportunistisches oder organisiertes Screening handelt. Um dies zu erreichen, sollen folgende Massnahmen umgesetzt werden:

- > **Systematische Daten** zu Frequenz und Qualität der zur Zeit durchgeführten opportunistischen Brustkrebsfrüherkennung mit Mammographie werden erhoben.
- > Um die **Qualität** der Mammographien zu garantieren, werden diese gemäss den europäischen Richtlinien³ durchgeführt. Dies bedeutet insbesondere, dass ein Doppelseitverfahren eingeführt werden muss.
- > **Programme zur Früherkennung von Brustkrebs** mit Mammographie werden dort, wo sie schon existieren, weitergeführt und kontinuierlich evaluiert. In Kantonen, wo es noch keine solchen Programme gibt, werden sie baldmöglichst eingeführt, so dass
 - für alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren der Zugang zu dieser Leistung sicher gestellt ist;
 - eine qualitativ hoch stehende Mammographie garantiert ist;
 - die für eine Evaluation der Programmeffizienz nötigen Bedingungen geschaffen werden.
- > Fehlt ein Früherkennungsprogramm für Brustkrebs und erscheint dessen Einführung als verfrüht, werden die nötigen Vorkehrungen getroffen, um für alle Frauen, die eine Früherkennung mit Mammographie wünschen, den Zugang dazu sicher zu stellen und die Testqualität zu sichern.

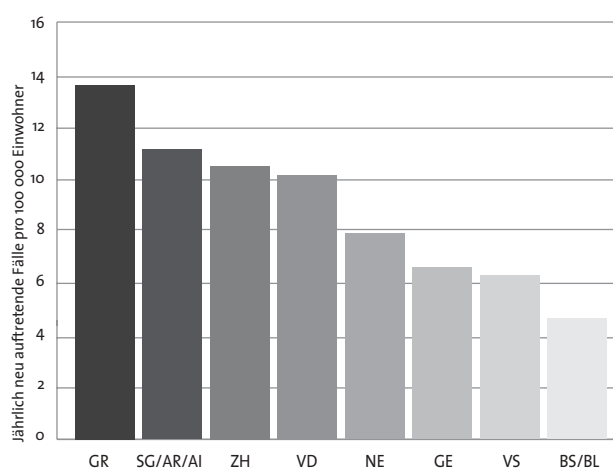
ZIEL 3: DIE FRÜHERKENNUNG VON MUTTERMUNDKREBS WIRD VERBESSERT

In der Schweiz leben ungefähr 1500 Frauen, die von einer invasiven Form des Muttermundkrebses (Zervixkarzinoms) betroffen sind oder waren. Rund 70 Prozent der Frauen überleben die Diagnose um mindestens fünf Jahre, rund 50 Prozent um 20 Jahre. Jährlich werden ungefähr 400 Neufälle von Muttermundkrebs diagnostiziert. Zudem schätzt man, dass auf jeden invasiven Muttermundkrebs ungefähr zehn Fälle von Zervixkarzinomen kommen, die *in situ* (lokal begrenzt) sind. Die bekannten Risikofaktoren sind mit dem Papillomavirus (HPV) verbunden, der vor allem bei Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten vorkommt.

Eine Früherkennung mit Abstrich ermöglicht es, ein *in situ*-Zervixkarzinom zu erfassen und zu behandeln, was die Entstehung der invasiven Form verhindert. In der Schweiz, hat sich die Früherkennung des Muttermundkrebses seit den siebziger Jahren verallgemeinert, jedoch auf uneinheitliche Weise. Sie ist einzig der Initiative der Ärzte und der Frauen überlassen. Einerseits wird der Abstrich zum Teil jährlich statt dreijährlich (also zu häufig) durchgeführt, andererseits deutet die Tatsache, dass auch heute noch invasive Formen von Muttermundkrebs im Spätstadium entdeckt werden, darauf hin, dass einige Frauen nicht von einer regelmässigen Früherkennung profitieren (Abbildung 12). In der Gesundheitsbefragung 1997 sagten 80 Prozent der Frauen, dass sie mindestens schon einmal einen Abstrich zwecks Früherkennung gemacht hätten. Aber auch hier gibt es grosse interkantonale Unterschiede: Während es in Basel-Landschaft und im Thurgau 90 Prozent der Frauen sind, liegt der Anteil im Jura und in Neuenburg nur bei 60 Prozent. Zudem hängt der Zugang zur Früherkennung von der sozialen Schicht und der Nationalität ab. Die Schweizerischen Gesundheitsbefragungen haben deutlich gezeigt, dass die Deckungsrate bei den Früherkennungsmassnahmen (auch von Muttermundkrebs) bei Arbeiterinnen und Ausländerinnen tiefer als bei Führungskräften und Schweizerinnen liegt. Wir befinden uns somit in einer Situation, in der bestimmte Bevölkerungsschichten über- und andere unterversorgt sind. Mit einer gleichen Gesamtzahl von Abstrichen könnte man folglich erwachsene Frauen insgesamt wirksamer schützen. Als Versuch, diese Situation zu verbessern, wurde im Rahmen des Krankenversi-

cherungsgesetzes beschlossen, die Untersuchung nur noch alle drei Jahre zu erstatten. Dieser Beschluss wurde jedoch weder von einem Aufrufsystem noch von einer Qualitätsgarantie begleitet und gehorcht deshalb eher kurzfristigen wirtschaftlichen Gesichtspunkten als Erfordernissen der Volksgesundheit.

Abbildung 12:
Interkantonale Unterschiede beim
invasiven Muttermundkrebs



Altersstandardisierte Inzidenz (neu auftretende Fälle). Daten der Vereinigung der Schweizer Krebsregister (VSKR), 1993–1996 (Bouchardy C et al., 2000).

Um allen Frauen in der Schweiz im Alter zwischen 25 und 60 Jahren den Zugang zum Früherkennungstest für Muttermundkrebs zu ermöglichen und dessen Qualität zu garantieren, sollen folgende Massnahmen getroffen werden.

- > Systematische Daten zu Frequenz und Qualität der individuellen Früherkennungstests für Muttermundkrebs werden gesammelt.
- > Gruppen, die zurzeit noch keinen regelmässigen Früherkennungstest machen, werden erfasst. Dies betrifft vor allem Frauen, die nicht ohne weiteres Zugang zu einer gynäkologischen Untersuchung haben (abgelegener Wohnort und/oder benachteiligte soziale Stellung) und junge Frauen, die sich noch keiner regelmässigen gynäkologischen Untersuchung unterziehen.

- > Es ist zu eruieren, ob der Muttermundabstrich an leichter zugänglichen Orten angeboten werden könnte (zum Beispiel Familienplanungsstellen, Hausarzt, Arbeitsarzt), um so die Frauen besser zu erreichen, die keinen Gynäkologen konsultieren.
- > Die verbreitetste Methode zur Früherfassung von Muttermundkrebs ist zur Zeit der Pap-Test. Die Wirksamkeit anderer Methoden soll evaluiert werden: *liquid based cytology* (LBC), Test auf Antikörper gegen das Papillomavirus (HPV), Jod- und Essigsäuretests. Gegebenenfalls wird deren Verwendung erleichtert.
- > Da individuelle Früherkennung zu Über- und Unterversorgung führt, wird geprüft, ob eine organisierte Früherkennung diese Defekte verbessern könnte, ob sie kostengünstiger wäre und wie sie gegebenenfalls umgesetzt werden könnte.

ZIEL 4: EINE ANGEMESSENE, QUALITÄTS-ORIENTIERTE FRÜHERKENNUNG VON DARMKREBS WIRD ERMÖGLICHT

Darmkrebs ist in der Schweiz der zweithäufigste Krebs bei Frauen und der dritthäufigste bei Männern. Jedes Jahr entwickeln ungefähr 4300 Personen einen Darmkrebs. Trotz verbesserter Therapie sind die Überlebenschancen kaum gestiegen. Hingegen kann die Sterblichkeit reduziert werden, wenn Polypen (Krebsvorläufer) oder ein Krebs frühzeitig erkannt und entfernt werden. In diesem Sinne ist die Darmkrebsvorsorge gleichzeitig eine präventive Massnahme (operative Entfernung von Polypen) und eine Form der Früherkennung. Internationale Studien haben gezeigt, dass die jährliche oder zweijährliche Untersuchung des Stuhls auf Blut (gefolgt von einer Koloskopie, falls Blut gefunden wird) eine wirksame Massnahme ist.

Ein nationales Programm zur Darmkrebsfrüherkennung gibt es zur Zeit in keinem europäischen Land. Verschiedene Aktivitäten finden aber in Deutschland, Frankreich, Grossbritannien und Schottland regional oder national statt. In der Schweiz gibt es weder auf kantonaler noch auf nationaler Ebene Richtlinien oder gar Umsetzungsversuche eines organisierten Darmkrebs-Screenings. Es geht also in erster Linie darum, die entsprechenden Ärzte und die Bevölkerung aufzuklären, die Finanzierung des Tests sowie die Wünschbarkeit und Machbarkeit eines Früherkennungsprogramms zu untersuchen.

- > Anhand internationaler Erfahrungen wird abgeklärt, **welche Früherkennungsmassnahmen** im Schweizer Kontext am wirksamsten und annehmbarsten wären, und wie diese in einem Programm umgesetzt werden könnten (*health technology assessment*).
- > **Programme für Vorsorgeuntersuchungen** gegen Darmkrebs werden in einigen Kantonen mit dem Ziel entwickelt und evaluiert, eine Strategie für ein nationales Früherkennungsprogramm zu definieren.
- > Die **Fachleute** werden aufgeklärt; qualitätsgesicherte Untersuchungen auf Blutspuren im Stuhl und Koloskopie werden – entsprechend den Erkenntnissen zur Angemessenheit – gefördert.

Eine Pilotstudie in den Kantonen Glarus, Uri und im Vallée de Joux

In den Kantonen Glarus und Uri und im Vallée de Joux wurden alle 50- bis 80-Jährigen (19 000 Personen) breit informiert und innerhalb eines Jahres persönlich zu einem Darmkrebs-Screening eingeladen⁴. Ein Fünftel hatte während der letzten zehn Jahre schon eine Kolonoskopie gemacht. 2641 Personen meldeten sich zum unentgeltlichen Screening, etwa gleich viele Frauen wie Männer. Davon wählte eine grosse Mehrheit (79 Prozent) die Kolonoskopie als Früherkennungsmassnahme. Weitere 10 Prozent wählten die Blutuntersuchung im Stuhl und 11 Prozent die Sigmoidoskopie (gepaart mit einer Blutuntersuchung). 91 Prozent der Personen, die eine Kolonoskopie gemacht hatten, würden diese wieder wählen, 7 Prozent empfanden sie aber als sehr schmerzhaft. Dank der Kolonoskopie wurden bei 645 Patienten (31 Prozent) Polypen abgetragen. 380 Patienten (18,3 Prozent) hatten Adenome, und bei 156 Patienten (7,5 Prozent) wurden fortgeschrittene Läsionen (Adenome mit einem Durchmesser von mehr als zehn Millimeter, schwere Dysplasien, Karzinome) gefunden.

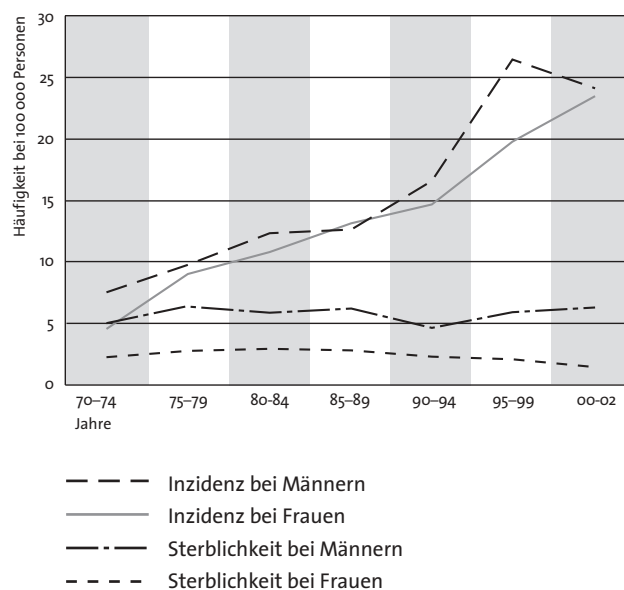
Fazit: Innerhalb eines Jahres konnte nur eine relativ niedrige Teilnehmerate erreicht werden (rund 17 Prozent). Dabei war die Akzeptanz der Kolonoskopie gut. Da 20 Prozent der Zielgruppe schon vor der Studie eine solche Vorsorgeuntersuchung gemacht hatte, hatten sich insgesamt 37 Prozent der betroffenen Bevölkerung einem Darmkrebs-Screening mittels Kolonoskopie unterzogen. Würde ein Ziel von mindestens 50 Prozent anvisiert, wären die endoskopierenden Ärzte wahrscheinlich überfordert.

ZIEL 5: DIE FRÜHERFASSUNG VON MELANOMEN WIRD VERBESSERT

In den letzten 15 Jahren hat sich die Zahl der von einem malignen Melanom der Haut betroffenen Personen in der Schweiz verdoppelt; zur Zeit entwickeln jedes Jahr 1600 Personen einen schwarzen Hautkrebs. Ungefähr jede fünfte betroffene Person stirbt. Dabei könnten alle Patienten geheilt werden, wenn ihr Melanom rechtzeitig erkannt würde. Hierbei geht es hauptsächlich darum, die Bevölkerung zu sensibilisieren, um dank regelmässiger Selbstuntersuchung eine frühzeitige Diagnose zu ermöglichen.

Eine landesweite Früherkennungskampagne für das Melanom wurde gegen Ende der achtziger Jahre eingeführt. In den Kantonen, die über ein Krebsregister verfügen, konnte man eine stetige Verbesserung der frühzeitigen Diagnose nachweisen, besonders bei Frauen unter 65 Jahren. Die Zahl der neuen Fälle stieg unterdessen weiter an (Abbildung 13). Die angestrebten Zielsetzungen sind noch lange nicht erreicht, da die Kampagne bei den Männern nicht sehr wirksam war und praktisch keine Auswirkungen auf Personen über 60 Jahre hatte.

Abbildung 13:
Auftreten neuer Fälle und Sterblichkeit beim Melanom



(Bouchardy C et al., 2004)

- > Die an die breite Öffentlichkeit gerichteten **Informationskampagnen** zum Melanom werden weitergeführt und mit dem Ziel intensiviert, dass jede Person die eigene Haut regelmässig untersucht, die Anzeichen für Hautkrebs zu erkennen weiss und im Zweifelsfalle schnell medizinischen Rat einholt.
- > **Berufsgruppen**, die mit der Haut zu tun haben, werden für eine Früherkennung sensibilisiert (zum Beispiel Physiotherapeuten, Kosmetikerinnen, Coiffeure).

ZIEL 6: DIE BERATUNG ÜBER GENETISCHE TESTS FÜR FAMILIÄRE KREBSARTEN WIRD SICHER GESTELLT

Nach unserem heutigen Kenntnisstand sind ungefähr fünf Prozent der krebsartigen Krankheiten auf eine starke Veranlagung, welche die Entwicklung eines Tumors begünstigt, zurück zu führen. Gerade Personen, die gehäufte Krebsfälle in der Familie haben, sollen deshalb Zugang zu Beratung bezüglich einer genetischen Veranlagung haben. Es gibt zwar immer mehr Verfahren aus der Molekulargenetik, die individuelle, prädiktive Tests ermöglichen, ihr Wert ist aber oft noch unklar. Zudem fehlen wirksame Therapien für einige der getesteten Krebsarten. Personen, die einen Test machen wollen, sollten sich deshalb bewusst sein, dass sie danach vielleicht mit dem Wissen um ein hohes Risiko leben müssen, ohne dass eine Behandlung möglich ist. Besonders schwierig kann es auch sein, mit dem Risiko für die eigenen Nachkommen umzugehen. Deshalb ist es unerlässlich, dass die betroffenen Person mit ihrer Familie über Möglichkeiten, Grenzen und Konsequenzen solcher Tests informiert wird. Hierzu bedarf es einer ausführlichen Beratung.

- > Die **Beratung über genetische Tests für familiäre Krebsarten** wird verbessert. Zu diesem Zweck werden Ärzte (insbesondere Grundversorger) gut darüber informiert, wann eine Beratung und ein Test sinnvoll sind und wo eine vertiefte Beratung angeboten werden muss.
- > Eine limitierte Anzahl **spezialisierte, öffentlicher Beratungsstellen** steht der Bevölkerung zur Verfügung.

ZIEL 7: DIE VERSCHIEDENEN FRÜHERKENNUNGSPROGRAMME WERDEN EVALUIERT UND ENTSPRECHEND ANGEPASST

Zur Zeit wird kein einziges nationales Früherkennungsprogramm durchgeführt. Die ersten, auf kantonaler oder regionaler Ebene organisierten Programme müssen deshalb besonders sorgfältig bezüglich Effizienz, Kosten, positiven und negativen Folgen und sozialen Konsequenzen evaluiert werden.

- > Die Evaluation von Früherkennungsprogrammen wird interkantonal nach wissenschaftlich anerkannten, gemeinsam etablierten Indikatoren und Qualitätskriterien durchgeführt.
- > Die spezifischen Zielsetzungen für die Früherfassung basieren auf dem neusten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Neue Erfahrungen aus der Schweiz betreffend Zuverlässigkeit, Wirksamkeit und Akzeptanz von Tests werden baldmöglichst öffentlich gemacht.
- > Die Ergebnisse der Evaluationen in der Schweiz und die Entwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse bestimmen die Zielsetzungen der Strategie bei der Früherkennung. Diese Zielsetzungen werden in den kommenden Jahren regelmässig angepasst.

Früherkennungstests werden heute schon für Brustkrebs, Muttermundkrebs und in geringerem Mass für Darmkrebs durchgeführt. Bis auf wenige Ausnahmen geschieht dies ohne jegliche Kontrolle von Häufigkeit und Qualität. Dadurch entstehen grosse intra- und interkantonale Unterschiede, oft zu Lasten von Personen, die weder die Information noch die Mittel haben, sich für einen Früherkennungstest zu entscheiden. Einheitliche Strategien und Qualitätskontrollen könnten – im Rahmen einer landesweiten Umsetzung – den allgemeinen Zugang zu angemessenen Früherkennungsmaßnahmen garantieren, deren Wirksamkeit erhöhen und die Kosten insgesamt senken (siehe dazu auch Teil 2).

Teil 1: Die Zielsetzungen

Die Krebsfrüherkennung verbessern

Literaturhinweise

Advisory Committee on Cancer Prevention of the European Union, Recommendations on cancer screening in the European Union. *Eur J Cancer* 2000. 36(12):1473–1478.

Bouchardy C et al., Epidemiology of cervix cancer. SIAK report for OFAS. Krebsregister des Kantons Genf, 2000.

Bouchardy C et al., Undertreatment strongly decreases prognosis of breast cancer in elderly women. *J Clin Oncol* 2003. 21(19):3580–3587.

Bouchardy C, Fioretta G, Neyroud I, Le mélanome à Genève. Note pour le groupe de travail Mélanome. Nicht publiziert. 2004.

Boyle P et al., European Code against Cancer and scientific justification: third version. *Ann Oncol* 2003. 14(7):973–1005.

Domenighetti G et al., Women's perception of the benefits of mammography screening: population-based survey in four countries. *Int J Epidemiol* 2003. 32:816–821.

European Union: Council recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening. *Official Journal of the European Union L 327/34 (2003/878/EC)*. http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/genetics/legal_genetics_en.htm

IARC: Breast Cancer Screening. Volume 7 of «Handbooks on Cancer Prevention», IARC.

Pignone M et al., Cost-effectiveness analyses of colorectal cancer screening: a systematic review for the U.S. preventive services task force. *Ann Intern. Med* 2002. 137(2):96–104.

Sager F, Rüefli C., Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog: politische Analyse auf der Grundlage von drei Fallbeispielen. Forschungsbericht Nr. 10/01. 2001: Bundesamt für Sozialversicherung, Bern.

Sant M, Allemani C, Capocaccia R et al. EURO CARE Working Group. Stage at diagnosis is a key explanation of differences in breast cancer survival across Europe. *Int J Cancer* 2003. 106(3):416–422.

Wanner P et al., Geographical disparities in self-reported use of mammography and breast self-examination according to the Swiss Health Survey. *Ann Oncol* 2001. 12:573–575.

Wanner P et al., Taux de participation au dépistage du cancer du col utérin d'après l'Enquête suisse de santé conduite en 1997. *Bulletin Suisse du Cancer* 2000. 2:86–89.

Zwahlen M et al., Mammography screening in Switzerland: limited evidence from limited data. *Swiss Med Wkly* 2004. 134:295–306.

Zwahlen M et al., Positionspapier zur Brustkrebsfrüherkennung durch Mammografie der Krebsliga Schweiz. 2002: Krebsliga Schweiz. (<http://www.swisscancer.ch>)

¹ Dies bedeutet, dass die Mammographie von zwei Radiologen unabhängig beurteilt wird. Fallen die zwei Beurteilungen unterschiedlich aus, wird die Mammographie von einem dritten unabhängigen Radiologen beurteilt. Dieses Verfahren wird auch als doppelt Blindlesen bezeichnet.

² In der Schweiz werden die Kosten der Mammographie für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren durch die obligatorische Grundversicherung gedeckt, sofern die von der EU festgelegten Qualitätsnormen eingehalten werden. Die Rückerstattung dieser Leistung ist bis zum 31. Dezember 2007 limitiert worden. Anhand der bis dahin durchgeführten Evaluationen wird entschieden werden, ob die Leistung weiterhin rückerstattet wird.

³ European guidelines for quality assurance in mammography screening, 3rd edition. 2001: European Commission.

⁴ Mehrere Abstracts wurden im *Schweiz Med Forum, Suppl.* 14, 3. September 2003 publiziert. Vollständige Publikationen mit weiteren Daten werden in Kürze folgen.

Eine qualitativ hochstehende Behandlung und Pflege, die sich am Patienten orientiert

Die Diagnose Krebs ist ein massiver Einschnitt ins bisherige Leben und beeinträchtigt den ganzen Menschen in seiner physischen, psychischen und sozialen Situation. Um dabei zu bestehen, müssen Patienten die Gelegenheit haben, aktiv und als gleichberechtigte Partner im Kampf gegen ihre Erkrankung mit zu arbeiten. Dazu müssen sie alle Informationen bekommen, um über die für sie beste Behandlung zu entscheiden und sich im komplexen Gesundheitssystem zu orientieren. Auf der anderen Seite müssen die Bedürfnisse der Patienten bezüglich Pflege und Unterstützung gehört werden. Der Patient sollte nach bestem Wissen behandelt und unterstützt werden. Dies erfordert den Zugang zu qualitativ hochstehenden Therapien, eine optimale Koordination unter den Behandelnden und Pflegenden und eine den Bedürfnissen des Patienten entsprechende psychosoziale Unterstützung.

Das **Netz onkologischer Institutionen** ist in der Schweiz im Vergleich zu anderen europäischen Ländern dicht, die Grösse der einzelnen Institutionen (wie in anderen Bereichen der Medizin auch) eher klein. Diagnostik und Therapie von Krebspatienten sind pluridisziplinäre Aufgaben. Die primäre Diagnose wird meistens auf Zuweisung eines Grundversorgers durch einen Radiologen oder Organspezialisten gestellt, operative Therapien werden von Chirurgen aller Disziplinen und Gynäkologen durchgeführt, und eigentliche Krebspezialisten übernehmen medikamentöse Behandlungen und Bestrahlungen (medizinische Onkologen und Radioonkologen). Nur durch eine optimale Koordination dieser verschiedenen Massnahmen gelangen gute Therapieresultate. Es gibt zur Zeit in der Schweiz etwa 200 medizinische Onkologen mit abgeschlossener Ausbildung (je zur Hälfte in privater Praxis und in Spitälern) und ungefähr 40 Radioonkologen, die in den Universitätskliniken und grösseren öffentlichen Spitälern aktiv sind. Hier sind auch die ungefähr 600 spezialisierten Onkologie-Pflegefachfrauen zu erwähnen, die eine entscheidende Rolle an der Schnittstelle zwischen Spital und ambulanter Behandlung spielen. Es ist zu betonen, dass wenige Bereiche der Medizin in der Schweiz über so gut ausgebildete Netzwerke und Verbindungen verfügen wie die Onkologie. Es gibt heute schon neun regionale Zentren der Schweizerischen Arbeitsgruppe für klinische Krebsforschung (SAKK), die in einem Universitäts- oder grossen Kantonsspital beheimatet sind, sich hauptsächlich auf Forschungsfragen in den klinischen Disziplinen und der Pflege konzentrieren und damit eine wichtige Rolle in der Qualitätssicherung spielen. Jedes dieser Zentren hat zugewandte Orte, die meist informell vernetzt sind, zum Beispiel andere Spitälern oder Institutionen der palliativen Pflege. Auch Netzwerke privater Onkologen und Kliniken beginnen sich zu bilden. Speziell zu erwähnen, weil exemplarisch, ist die schweizerische pädiatrischen Onkologiegruppe (SPOG), die in neun Zentren mit einem Minimum an Aufwand die Behandlung krebskranker Kinder auf höchstem Niveau sicher stellt.

Epidemiologische Daten, die allerdings nur einen kleinen Teil der Bevölkerung (Basel-Stadt und -Landschaft sowie Genf) erfassen, zeigen, dass die Schweizer **Behandlungsergebnisse** im internationalen Vergleich zu den besten gehören. So überlebt hierzulande ungefähr die Hälfte aller Krebspatienten fünf Jahre, und viele davon dürfen als geheilt gelten. Andererseits bestehen zum Teil beträchtliche regionale und interkantonale Unterschiede. Unter- und Überversorgung sind keine Seltenheit (Box «Unterschiedliche Behandlungsstandards für Brustkrebs»). Umfassende klinische Qualitätsdaten fehlen, da kein systematisches «Benchmarking» zwischen verschiedenen Kantonen, Spitälern oder einzelnen Ärzten stattfindet. Ansätze zur Konzentration teurer und komplexer Leistungen sind unter dem zunehmenden Finanzdruck insbesondere im Bereich der Spitzenmedizin auszumachen (zum Beispiel Knochenmarkstransplantation). Es fehlen akzeptierte Standards für krebspezifische Strukturen im Gesundheitswesen, insbesondere in den Spitälern. Hingegen existiert eine Vielzahl von nationalen und internationalen therapeutischen Richtlinien (Guidelines).

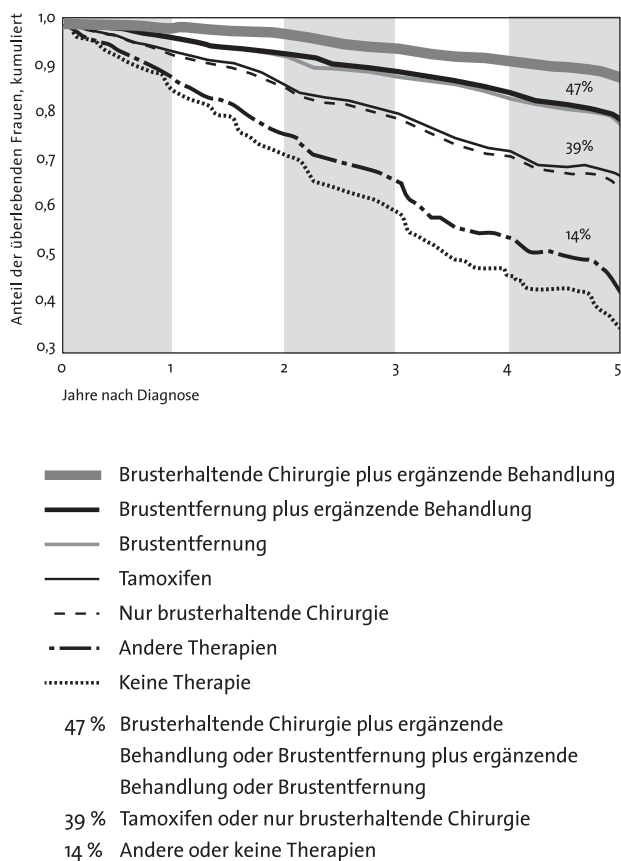
Unterschiedliche Behandlungsstandards für Brustkrebs: ein Beispiel aus Genf

Allein im Kanton Genf können mehr als 13 verschiedene Behandlungsarten für den entzündlichen Brustkrebs, die schwerste Form der Krankheit, festgestellt werden. Einige davon können entweder als zu schwach oder im Gegenteil als zu stark bezeichnet werden.

Eine kürzlich durchgeführte Studie über die Behandlung der lokalisierten Form des Brustkrebs hat gezeigt, dass die Anzahl Frauen, bei denen eine Entfernung der Lymphknoten vorgenommen wird, immer noch sehr hoch ist (etwa 16 Prozent), vor allem weil die nicht-invasive Biopsie noch nicht ausreichend verbreitet sind, die es erlaubt, eine Invasion der Lymphknoten vor einem chirurgischen Eingriff auszuschliessen. Man weiss, dass die Entfernung der Lymphknoten bei einem lokal begrenzten Krebs unnötig ist und mittel- oder langfristig gravierende Folgen haben kann. In der genannten Studie erhielten zudem 2 Prozent der Frauen unnötigerweise eine Chemotherapie.

Andere Brustkrebspatientinnen, insbesondere ältere Frauen, erhalten hingegen eine ungenügende Behandlung (Abbildung 14). Ein grosser Prozentsatz von betagten Frauen wird überhaupt nicht oder nur durch eine Hormongabe behandelt, was die Sterblichkeitsrate überhöht. Der dem Tod vorhergehende schwere und oft schmerzhaftes Krankheitszustand könnte vermieden werden, wenn die Frauen eine standardisierte Behandlung erhielten. Angesichts der gestiegenen Lebensdauer muss auch betagten Patientinnen und Patienten eine standardisierte Krebstherapie angeboten werden.

Abbildung 14:
Überlebenszeit bei über 80-jährigen Brustkrebs-
patientinnen, nach Behandlungsmethode



Daten aus dem Krebsregister Genf, 1989–1999
 Bouchardy C et al, 2003

Eine **psychosoziale Versorgung** von Krebspatienten wird in der Schweiz vor allem durch die kantonalen Krebsligen, öffentliche und private Spitäler (Onkologiepflege), kantonale Institutionen (medizinisch-soziale Dienste), selbstständige Psychiater und Psychotherapeuten, Allgemeinpraktiker sowie durch Selbsthilfegruppen angeboten. Das Angebot erstreckt sich von Information und Kurzberatung über praktische Hilfen, finanzielle Unterstützung bis zur längeren psychotherapeutischen Behandlung von Depressionen und Angststörungen. Ein Teil der durch die kantonalen Krebsligen erbrachten psychosozialen Beratung wird zur Zeit noch vom Bundesamt für Sozialversicherung (Artikel 74 Invalidenversicherungsgesetz, IVG) gezahlt. Im Vergleich zum Jahr 2003 sind diese Mittel aber bereits linear gekürzt worden, und ein weiterer Abbau ist in Aussicht gestellt. Vermutlich wird es ab 2010 keine Subventionen nach IVG mehr geben, und es ist unklar, wer künftig dieses notwendige Unterstützungsangebot finanzieren wird.

Bestandesaufnahme zur psychosozialen Onkologie

Vor dem Hintergrund der ungenügenden Datenlage führt die Krebsliga Schweiz seit 2002 im Auftrag von Oncosuisse eine Bestandesaufnahme der psychosozialen Onkologie in der Schweiz durch¹. Um der Komplexität des Themas gerecht zu werden, werden dabei drei Perspektiven eingenommen:

- die Sichtweise von Patienten und deren Angehörigen;
- die Sicht von Fachpersonen, die täglich mit Krebspatienten arbeiten;
- und der Blick auf Institutionen, die Krebspatienten behandeln oder betreuen.

Laut einer ersten Auswertung bezeichnet etwas mehr als die Hälfte der befragten 641 Fachpersonen aus Ärzteschaft, Pflege, Psychologie, Sozialarbeit und Seelsorge folgende Dienstleistungen für Patienten und Angehörige als zur Zeit «nicht ausreichend angeboten»: die systematische Erfassung des psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs, die psychologische und psychotherapeutische Betreuung, Informationen über bestehende psychosoziale Angebote und über komplementäre Therapien. Zudem werden die Unterstützung für

Behandelnde (zum Beispiel Supervision) ebenfalls von mehr als der Hälfte der Befragten als nicht ausreichend bezeichnet.

Auf die offene Frage «was sind Ihrer Meinung nach die grössten Schwächen der aktuellen psychosozialen Versorgung?» werden von denselben Fachpersonen am häufigsten genannt: die mangelnde Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit, das Thema Information und der Mangel an Zeit und Personal.

Palliative Care soll die Lebensqualität unheilbar erkrankter Menschen verbessern. Sie hat sich in den letzten Jahren international entwickelt und etabliert, nicht nur, aber besonders im Bereich der Krebsbehandlung. Von den wichtigsten internationalen onkologischen Gesellschaften wird sie als notwendiger Bestandteil der Behandlung und Betreuung von Krebspatienten angesehen. Dabei konnte in verschiedenen Studien neben der Angemessenheit auch der ökonomische Nutzen festgestellt werden. Ein wesentliches Problem für die Entwicklung der Palliative Care in der Schweiz ist die uneinheitliche Verwendung des Begriffs und damit des Leistungsprofils. Palliative Care ist deshalb bis auf wenige Ausnahmen weder fester Bestandteil der nationalen oder kantonalen Gesundheitspolitik, noch werden die Pflegekosten von den Krankenkassen in genügendem Ausmass übernommen. Das kantonale Angebot variiert erheblich. Nur in den Kantonen Tessin, St. Gallen, Waadt, Zürich und Genf gibt es fixe Kooperationen zwischen Einrichtungen der Palliative Care und der Onkologie bzw. Radioonkologie. Die fehlende Verankerung betrifft auch den akademischen Bereich: Es gibt in der Schweiz nur vereinzelte Lehraufträge für Palliative Care. Eine echte Kooperation im Bereich der Aus- und Weiterbildung ist selten, ebenso wie in der Forschung.

Die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP) hat seit 1999 gemeinsam mit Partnern ihre Anstrengungen verstärkt, Palliative Care klar zu definieren. Als Eckpunkte dienen dabei das Freiburger Manifest², Qualitätsstandards, Empfehlungen zur Aus- und Weiterbildung und koordinierte Forschungsanstrengungen. Die SGPMP, die Krebsliga Schweiz (KLS) und die kantonalen Krebsligen haben gemeinsam so genannte Palliative Care Promotours durchgeführt, um in Fachkreisen und bei den kantonalen Verantwortlichen das Thema zu verankern.

Patienten und Angehörige kommen immer noch wenig zu Wort, und weder ihre Zufriedenheit noch ihre Lebensqualität sind klar definierte Ziele im Gesundheitssystem. Die von den Patienten am häufigsten erwähnten Probleme sind mangelnde Erklärung von Seiten der Ärzte bei der Ankündigung der Krankheit, mangelndes Beachten und Zuhören, mangelnde psychologische und praktische Unterstützung, und viel zu oft noch mangelnde Koordination von Pflege und medizinischer Betreuung. Mehrere partizipative Ansätze mit Patienten und Angehörigen sind in den vergangenen Jahren insbesondere im Tessin und in der Westschweiz entwickelt worden, zum Beispiel Patientenorganisationen («Lebensqualität mit Brustkrebs/Prostatakrebs/Hals-Nasen-Ohren-Krebs»), eine Kampagne zum Brustkrebs mit der Wanderausstellung «Cancer du sein: témoignages», Europa Donna Suisse (ein Netzwerk, das die Interessen von Brustkrebspatientinnen vertritt) und der Einbezug von Patienten in verschiedene Schulungen für Pflegepersonal, Sozialfachpersonen und Ärzte. Diese Ansätze haben gezeigt, dass die Patienten aufgrund ihrer Erfahrungen ganzheitliche Experten und deshalb ebenbürtige Partner sind, die Ärzten und Pflegepersonal helfen können, die Betreuung zukünftiger Patienten zu verbessern.

ZIEL 1: DER PATIENT WIRD EIN HAUPTAKTEUR DER INTEGRIERTEN BEHANDLUNG

Damit die Patienten aktiv an der Behandlung³ ihrer Krankheit teilnehmen können, müssen sie einerseits zu Wort kommen und angehört werden und andererseits vollständige, verständliche Informationen über Krebs erhalten. Es gibt inzwischen Beweise, dass ein aktiver Einbezug des Patienten positive Auswirkungen auf seine Lebensqualität und seine sozioökonomische Reintegration haben kann. Ebenso gibt es Hinweise, dass die Überlebensdauer positiv beeinflusst wird.

> Den Patienten die Möglichkeit geben, die Krebsbehandlung massgeblich mit zu bestimmen

Krebsspezifische **Patientengruppen** (Selbsthilfegruppen, *groupes de paroles* etc.) sollen mit dem Ziel gefördert werden, die Patienten zu unterstützen, sie zumindest teilweise zu befähigen, ihre Krankheit selbst in die Hand zu nehmen und Erwartungen und Bedürfnisse bezüglich Behandlung, Pflege und Unterstützung zu formulieren.

Als nächster Schritt sollen **Dialog-Plattformen** für die häufigsten Krebsarten geschaffen werden, aufbauend auf Vorschlägen von mit Krebs konfrontierten Personen. Diese Plattformen sind pluridisziplinäre Netzwerke für Krebspatienten, Angehörige, Fachleute aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, Vertreter entsprechender Organisationen und Entscheidungsträger. Sie setzen gemeinsam organisierte Aktionen um, mit denen die medizinisch-soziale Betreuung verbessert und der psychologische und sozioökonomische Stress der Krebserkrankung reduziert werden soll.

Auf kantonaler und nationaler Ebene sollen öffentliche Veranstaltungen organisiert werden, die Kranke, Angehörige und Krebsfachleute einbinden (*états généraux du cancer*). Diese sollen die Bewusstseinsbildung und den Austausch von Erfahrungen und Kritik fördern.

Zudem sollen Krebspatienten und ihre Angehörigen in die **Aus- und Weiterbildung von Fachleuten** des Gesundheits- und Sozialwesens integriert werden. Insbesondere sollen Schulungsmaterialien entwickelt werden, die Aussagen und Vorschläge betroffener Personen aufnehmen.

> Den Krebspatienten und ihren Angehörigen Zugang zu allen nötigen Informationen geben

Krebspatienten und ihre Angehörigen brauchen Informationen über die Krebserkrankungen, Behandlungen, Nebenwirkungen und entsprechenden Gegenmassnahmen und über ihre Rechte. Diese sollen zum Beispiel mit spezifischen Kampagnen, Websites, Ausstellungen, Broschüren, Videos, öffentlichen Konferenzen und Rundfunksendungen zur Verfügung gestellt werden. Dabei soll das Wissen der Fachleute und Forscher mit demjenigen der Patienten und ihrer Angehörigen kombiniert werden. Zudem soll die automatische Aushändigung einer Kopie des Dossiers an den Patienten gefördert werden.

ZIEL 2: NATIONALE QUALITÄTSSTANDARDS FÜR DIE KLINISCHE KREBSBEHANDLUNG

Auch im schweizerischen Gesundheitswesen mit seiner anerkannt hohen Behandlungsqualität finden sich Mängel:

- geographische Unterschiede in der Behandlung,
- Unterversorgung mit wirksamen und zweckmässigen Massnahmen,
- Überversorgung mit nicht indizierten, nur marginal oder gar nicht wirksamen Massnahmen.

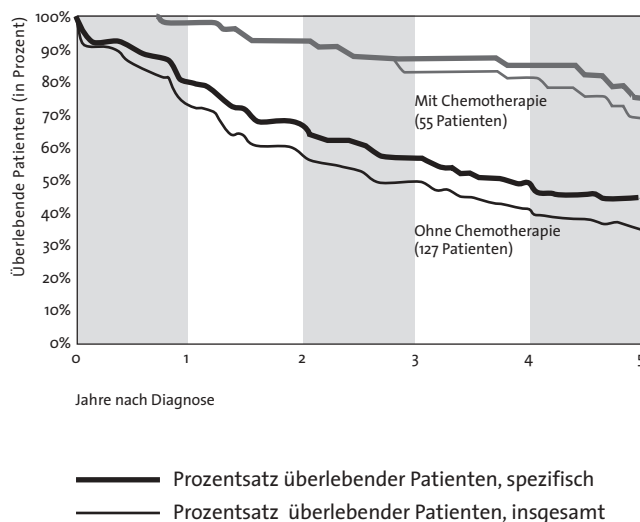
Diese Mängel sind anhand von Beispielen aus verschiedenen Disziplinen belegt worden, vor allem in Kantonen mit Krebsregistern, die auch klinische Daten erheben (Box «Warum nationale Qualitätsstandards?»). Mangels systematisch erhobener, nationaler Daten lassen sich die Beispiele zwar nicht einfach generalisieren, bis zum Beweis des Gegenteils muss jedoch angenommen werden, dass ähnliche Probleme auch in anderen Kantonen existieren. Deshalb sind nationale Krebsregister gerade auch zur Beurteilung der klinischen Qualität dringend notwendig.

Warum nationale Qualitätsstandards?

Es ist menschlich und ökonomisch nicht vertretbar, dass sich ärztliche Leistungen (und mit ihnen Lebensqualität und Überlebenschancen) je nach Wohnort unterscheiden, ohne dass offensichtliche medizinische Gründe vorliegen. Werden Leistungen in einem Kanton wesentlich häufiger erbracht als in einem anderen, gibt es nur zwei Möglichkeiten: Entweder werden die Patienten im einen Kanton über- oder im anderen unterversorgt. Im überversorgten Kanton werden medizinisch (und darum auch ökonomisch) nicht vertretbare Leistungen erbracht, im unterversorgten werden medizinisch angebrachte Leistungen nicht erbracht. Welche der beiden Interpretationen richtig ist, lässt sich nur mit Hilfe medizinischer Standards entscheiden.

Einige Register erfassen die verschiedenen Behandlungsmethoden bereits systematisch. Anhand dieser Daten kann untersucht werden, wie sich eine Standardisierung – die Verallgemeinerung der bewährten Praxis unter Berücksichtigung der therapeutischen Fortschritte – bei der Bevölkerung auswirkt. Der positive Effekt einer adjuvanten Chemotherapie bei Dickdarmkrebs mit Lymphknotenbefall ist in internationalen Studien nachgewiesen worden. Wie man am Beispiel von Genf sieht, kommen viele Patienten trotzdem noch nicht in den Genuss dieser Behandlung, was zu deutlich schlechteren Überlebenschancen führt (Abbildung 15). Zudem bestehen Ungleichheiten zwischen den Kantonen: Ende der neunziger Jahre betrug die Zahl der Patienten, die nicht mit Chemotherapie behandelt wurden, in Genf etwa 50, in Basel über 60 Prozent.

Abbildung 15:
Überlebenszeit nach chirurgischem Eingriff bei Dickdarmkrebs (Stadium III)



Daten aus dem Genfer Krebsregister, 1990–1996
Bouchardy C et al, 2001

Die generell geringeren Kosten des Gesundheitswesens in der Ostschweiz werden gerne auf eine weniger ausgeprägte Anspruchshaltung der Bevölkerung zurückgeführt. Dass es aber auch wesentliche Unterschiede in den medizinischen Resultaten gibt, zeigt eine soeben erschienene Studie der Krebsregister. Die zehnjährige Überlebenswahrscheinlichkeit einer Frau nach Brustkrebs liegt je nach Kanton zwischen 72 und 59 Prozent. Betrachtet man nur Frauen im Alter von über 75 Jahren oder Frauen, bei denen der Brustkrebs in fortgeschrittenem Stadium diagnostiziert wird, liegt die Überlebenswahrscheinlichkeit sogar zwischen 75 und 32 Prozent. Die Gründe dafür könnten durch eine Überprüfung relevanter Indikatoren herausgearbeitet werden: Sind die Tumorstadien bei der Entdeckung der Krankheit weiter fortgeschritten, das heisst, werden sie zu spät entdeckt? Werden die Operationen korrekt (mit genügend breiten Resektionsrändern zum Tumor) durchgeführt? Erhalten alle Frauen die für sie empfohlene zusätzliche Hormon- oder Strahlenbehandlung? Werden Nachkontrollen durchgeführt? Für die meisten dieser Punkte gibt es international akzeptierte Empfehlungen, an denen die erhobenen Befunde gemessen werden könnten. Die meisten der hier erwähnten Indikatoren könnten übrigens mit einem relativ geringen Mehraufwand durch die Krebsregister erhoben werden, wie dies zum Beispiel in Genf, im Wallis oder im Tessin zum Teil bereits geschieht. Ohne den Vergleich mit Standards bleibt die Interpretation der Resultate willkürlich, und vor allem können keine gezielten, rationalen Massnahmen getroffen werden, um die Situation zu verbessern.

> **Gemeinsame Standards** sollen erarbeitet werden. Sie sollen auf wissenschaftlicher Evidenz basieren und folglich wirksam sein, aber auch die anderen Bedingungen des Krankenversicherungsgesetzes, nämlich Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit, berücksichtigen. Krankheits- und therapiespezifische Indikatoren sollen periodisch erfasst werden, um Mängel, aber auch Verbesserungen nachzuweisen und transparente Leistungen von definierter Qualität zu garantieren. Beispiele solcher Indikatoren werden hier am Brustkrebs illustriert:

- Anteil der nicht operierten Frauen;
- Anteil der Frauen, die trotz vorhandener Indikation keine Bestrahlung oder medikamentöse Behandlung erhalten;
- Anteil der Frauen, mit denen gar nie über diese Möglichkeiten und ihre Vor- und Nachteile diskutiert wurde;
- Anteil der Fälle, die nie an einer interdisziplinären Tumorfallbesprechung – ein international anerkannter Standard für die Behandlungsplanung – diskutiert wurden.

Solche Indikatoren können, wie das Genfer Beispiel zeigt, durch eine Anpassung der von den Krebsregistern erhobenen Daten an klinische Fragestellungen relativ einfach gewonnen werden (siehe vorangehende Boxen). Die Beantwortung des «Warum?» sollte bei erkannten Abweichungen allerdings auch berücksichtigen, dass nicht immer ein Qualitätsdefizit, sondern zum Beispiel auch die Entscheidung des mündigen Patienten verantwortlich sein kann. Ein solches Instrument dürfte sowohl in markt- wie plangesteuerten Systemen wirksam sein, wenn die Daten transparent an die Leistungserbringer und gegebenenfalls die Öffentlichkeit kommuniziert werden. Bei der existierenden Vielfalt der kantonalen Strukturen ist dies eine wichtige Rahmenbedingung. Eine Organisation, die Daten zu solchen Indikatoren erhebt und verbindliche Standards entwickelt und festlegt, hat darum hohe Priorität.

**ZIEL 3: EINE BESSERE KOORDINATION
UND KOHÄRENZ DER BEHANDLUNG
DANK REGIONALER KREBSNETZWERKE**

Regionale Krebsnetzwerke sollen als Katalysatoren wirken. Sie sollen dazu beitragen, dass fehlende Massnahmen zur Krebsbekämpfung eingeleitet und bereits existierende Massnahmen koordiniert und wo nötig verbessert werden. Informell existieren solche Netzwerke bereits: multiple Kontakte zwischen Ärzten, Spitälern und anderen Institutionen, mit entsprechenden Patientenflüssen von der Peripherie in die (Kompetenz-)Zentren und umgekehrt. Sie sollen aber über klare Leistungsaufträge formalisiert werden, die auch den bestens bekannten Zusammenhängen zwischen Anzahl behandelter Patienten (*case load*) und Qualität Rechnung tragen, vor allem – aber nicht nur – in den chirurgischen Disziplinen. Dies ist eine vorwiegend überkantonale, also regionale Aufgabe, die wohl auf der politischen Ebene angegangen werden muss.

Warum regionale Krebsnetzwerke?

Die Koordination der Krebsbehandlung ist eine grosse und schwierige Aufgabe. Multiple Disziplinen vom peripheren Allgemeinpraktiker bis zum hoch spezialisierten Zentrumschirurgen sind involviert, Onkologen, Radiotherapeuten, Pflegefachleute, Psychoonkologen, Sozialarbeiter und weitere, nicht zuletzt auch der Patient selbst. Die verschiedenen medizinischen Aktivitäten werden bereits heute an vielen Orten mit Hilfe so genannter *Tumor boards* (Tumorfallbesprechungen) verknüpft, meist unter Federführung von Onkologen und unter Teilnahme von Pathologen, Radiologen, operativen, chemotherapeutisch-medikamentösen und radiotherapeutischen Spezialisten.

Solche koordinierenden Besprechungen finden jedoch noch lange nicht überall statt, obwohl sie eine anerkannte Voraussetzung für eine gute Tumorbehandlung sind. Die Behandlungswege werden vielfach eher vom Zufall bestimmt – zu welchem Arzt ging der Patient zuerst? – als von einer angepassten und adäquaten Behandlungsplanung. Dazu kommt, dass Infrastrukturen und Know-how an einigen Orten gut sind, an anderen aber trotz grossem Bedarf überhaupt nicht vorhanden. Ein Beispiel dafür ist die psychoonkologische Betreuung. Andere Leistungen werden zwar dezentral erbracht, aber zu selten, um eine akzeptable Qualität zu garantieren. Wer möchte schon eine schwierige Operation von einem Chirurgen oder Gynäkologen vornehmen lassen, der diesen Eingriff nur ein bis zwei Mal im Jahr durchführt? Diese Zusammenhänge sind für viele Eingriffe und Behandlungen gut dokumentiert, haben aber bis jetzt zu keinen Konsequenzen im schweizerischen System geführt.

Regionale Krebsnetzwerke können helfen, Schwächen in der Behandlung zu eliminieren und gleichzeitig die Ressourcen für die klinische Forschung besser einzusetzen. Die Hälfte der Krebspatienten stirbt an ihrer Krankheit. Es gibt also grossen Forschungsbedarf. Trotzdem nehmen weniger als fünf Prozent an klinischen Studien teil, die doch die Voraussetzung für weitere Verbesserungen der Therapie sind. Um diese Mängel zu beheben,

braucht es eine regionale Bedarfsplanung durch die betroffenen Kantone, je nach Region auch kantonsübergreifend, zum Beispiel nach den regionalen Gruppierungen der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) oder von santésuisse. Leistungsaufträge an die Spitäler müssen die Leistungen so konzentrieren, dass überall dort, wo der Zusammenhang zwischen Quantität und Qualität nachgewiesen ist, die nötigen Behandlungsfrequenzen für eine gute Qualität erreicht werden. Damit werden nicht nur qualitative Verbesserungen möglich, sondern auch finanzielle Einsparungen. Die Investition der frei werdenden Beträge in die Überwachung der Resultate durch regional (überkantonal) tätige Krebsregister ist für das Controlling sinnvoll und notwendig.

Regionale Netzwerke müssen aber auch die minimal zu erbringenden Leistungen definieren. An Spitälern mit erweiterter Grundversorgung gehören dazu Tumorfallbesprechungen bei Behandlungsbeginn und Angebote für die psychosoziale Betreuung von Patienten und Angehörigen.

Regionale Krebsnetzwerke sollen über Krebsregister verfügen, welche die notwendigen Daten zur Qualitätsverbesserung liefern. Sie betreiben translationelle und klinische Forschung zur Umsetzung neuer Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung in die Praxis und zur ständigen Verbesserung der Behandlung. Sie bilden zukünftige Spezialisten aller relevanten Disziplinen aus. Sie informieren zusammen mit anderen regionalen und kantonalen Institutionen über Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention und unterstützen wirksame Früherkennungsprogramme. Sie bilden regional und national koordinierte Kompetenzzentren für komplexe, teure und seltene Krankheiten und überwachen die Qualität und Effizienz des Netzwerks für diese Leistungen. Die Netzwerke verbinden periphere Spitäler, Praxen und Kliniken mit den Kompetenzzentren. Nicht zuletzt integrieren sie die palliative und psychosoziale Betreuung in ihr Dienstleistungsangebot.

- › Dieser anspruchsvolle, vielschichtige und langfristige Prozess soll in **regionalen Projekten** und einzelnen Teilbereichen gestartet bzw. weiter entwickelt werden. Beispiele für solche Teilbereiche sind die klinische Qualitätsförderung in einem pluridisziplinären Umfeld, die Erfassung der psychosozialen und palliativen Massnahmen und ihre Integration in das Netzwerk, die Erfassung und Integration der gesundheitsfördernden und präventiven Massnahmen in das Netzwerk.
- › Die beim Aufbau gesammelten Erfahrungen sollen **national wirksam** werden, indem die erhaltenen Informationen kommuniziert und in Qualitätsvorgaben eingebaut werden. So soll die zur Zeit noch heterogene Qualität des Angebots standardisiert und transparent gemacht werden. Längerfristig werden die regionalen Krebsnetzwerke wiederum von den Erfahrungen profitieren, die bei der Definition von notwendigen oder überflüssigen Infrastrukturen, etablierten Prozessen für die häufigsten Diagnosen und akzeptierten Regeln für die Zentralisierung seltener oder teurer Leistungen gemacht werden. Dies sollte eine Verminderung der grossen Behandlungsvariabilität zur Folge haben.

- > **Kompetenzzentren** entwickeln spezifisches Know-how für seltene Krebsarten, hoch spezialisierte Behandlungsmethoden, besondere Rehabilitationsformen und psychosoziale Betreuung. Dies ist zum Teil schon heute der Fall, soll aber verstärkt und durch entsprechende Leistungsaufträge formalisiert werden. Die vermehrte Spezialisierung und Zentralisierung in Bereichen der onkologischen Spitzenmedizin – im Sinne von tumorspezifischen Kompetenzzentren – ist für die Qualitätssicherung sinnvoll und wird auch international vermehrt gefordert. In der Schweiz wird in vielen Fällen das Kompetenzzentrum mit dem regionalen Zentrumsspital identisch sein. Dies ist jedoch nicht zwingend notwendig, denn Know-how zu bestimmten Krankheiten oder Interventionen kann auch in grossen Regionalspitälern gepflegt und entwickelt werden. Er sollte aber auch in diesem Fall regional oder national koordiniert werden. Die Patienten wissen dann, dass sie in einem bestimmten Zentrum die bestmögliche, integrierte Behandlung für ihre Krebserkrankung erwarten können.

ZIEL 4: DIE PSYCHOSOZIALE VERSORGUNG WIRD VERBESSERT

Die grössten Defizite der psychosozialen Versorgung sollen durch eine Bündelung der Ressourcen behoben werden. Dies soll durch die bessere Vernetzung, Förderung und Weiterentwicklung bewährter Angebote und Leistungen sowie durch die Entwicklung von Pilotprojekten zur Sicherung des Mindestangebots geschehen. Die Basis für solche Kooperationen müssen immer die Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen sein. Zukünftige regionale Krebsnetzwerke können bei der Gewährleistung eines notwendigen Mindestangebots an psychosozialer Versorgung eine zentrale Rolle spielen. Die grösste Herausforderung dürfte – nebst den beschränkten finanziellen Mitteln – die Heterogenität der aktuellen Versorgungslage sein. Es gilt, kulturelle, persönliche, politische und ressourcenabhängige Differenzen zu überwinden, gemeinsame Entwicklungsziele zu definieren und sinnvolle Kooperationen einzugehen.

- > Die psychosozialen Bedürfnisse von Krebspatienten und Angehörigen werden systematisch erfasst.
- > Allen in der Schweiz lebenden Menschen mit einer Krebserkrankung und ihren Angehörigen steht ein professionelles und bedarfsgerechtes Angebot an psychosozialer Beratung und Betreuung zur Verfügung, und sie werden über das Angebot informiert.
- > Für Berufsgruppen, die mit Krebspatienten konfrontiert sind, gibt es spezifische, adäquate Aus-, Weiter- und Fortbildungsangebote.
- > Die Angebote der verschiedenen Akteure (inklusive der Krebsligen) für die psychosoziale Beratung und Begleitung onkologischer Patienten und ihrer Angehörigen sind allen behandelnden Ärzten bekannt.

ZIEL 5: DIE PALLIATIVE BEHANDLUNG UND BETREUUNG WIRD VERBESSERT UND FÜR ALLE GEWÄHRLEISTET

Bei allem Fortschritt in der Behandlung bleibt Krebs leider eine sehr schwere Krankheit. Die Hälfte der Patienten stirbt immer noch daran. Die Betreuung von Personen am Lebensende ist deshalb äusserst wichtig. Ihre Schmerzen müssen so weit als möglich gelindert, ihre Lebensqualität verbessert werden. Dabei darf der Ort, wo die letzte Lebenszeit verbracht wird, keine Rolle spielen, denn es ist bekannt, dass eine nicht zu vernachlässigende Zahl von Patienten in Alters- und Pflegeheimen, in nicht spezialisierten Pflegeeinrichtungen oder auch zu Hause stirbt. Auch hier ist auf die sozialen Ungleichheiten hinzuweisen. Eine Studie in Genf zeigt deutlich, dass Patienten mit niedrigem sozialen Niveau häufiger im Spital sterben als Führungskräfte und freiberuflich Tätige. Tatsache ist aber, dass die Mehrzahl der Krebspatienten zu Hause und nicht im Spital sterben will, wenn dies möglich ist.

Alle Krebspatienten, unabhängig von Wohnort, sozialer Stellung und Alter, müssen nach Bedarf und ohne finanzielle Zusatzleistungen Zugang zu Palliative Care haben. Dies bezieht sich besonders auf die Betreuung zu Hause. Die umfassende Betreuung der kranken Menschen integriert körperliche, psychische, soziale und spirituelle Aspekte.

Um die palliative Behandlung und Betreuung zu verbessern, müssen folgende Massnahmen ergriffen werden.

- > Krebspatienten und ihre Angehörigen werden **über das Angebot von Palliative Care informiert**. Dies kann sowohl individuell durch den behandelnden Arzt als auch über öffentliche Informationsarbeit (Websites, nationale und regionale Veranstaltungen) geschehen.
- > Alle **betroffenen Berufsgruppen** werden in Palliative Care ausgebildet, damit die Bedürfnisse der Patienten besser identifiziert und adäquate Hilfeleistungen angeboten werden können. Dies betrifft insbesondere die Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegepersonal, aber auch Physiotherapeuten und Sozialarbeiter.
- > Die **Finanzierung** von Palliative Care, insbesondere durch Spitexdienste, muss gesichert werden.
- > Palliative Care wird **Teil des gesamtheitlichen Angebots regionaler Krebsnetzwerke**. Durch eine erhöhte Kollaboration und Vernetzung soll das Hilfsangebot erweitert werden, damit auch schwierige und komplexe Situationen kompetent angegangen werden können.
- > Der Auf- und Ausbau von Palliative Care soll von Bedarfs- und Wirksamkeitsanalysen begleitet sein, mit für Palliative Care spezifischen Studienzielen. **Forschung** ist somit ein wesentlicher Teil der Integration von Palliative Care in das Regelangebot der Krebsbehandlung.

Teil 1: Die Zielsetzungen

Eine qualitativ hochstehende Behandlung und Pflege

Literaturhinweise

Berrino F et al. (eds.), *Survival of Cancer Patients in Europe: the EURO CARE-2 Study*. Scientific publications No. 151. 1999: IARC, Lyon.

Bouchardy C et al., *Undertreatment strongly decreases prognosis of breast cancer in elderly women*. *J Clin Oncol* 2003. 21(19):3580–3587.

Bouchardy C et al., *Adjuvant chemotherapy for colon carcinoma with positive lymph nodes: use and benefit in routine health care practice*. *Br J Cancer* 2001. 85:1251–1257.

Institute of Medicine of the National Academies. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. 1999: Washington, DC.

Institute of Medicine of the National Academies. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. 2001: Washington, DC.

Lutz JM, Francisci S, Mugno E et al., *Cancer prevalence in Central Europe: the EUROPREVAL Study*. *Ann Oncol* 2003. 14:313–322.

National Cancer Policy Board, *Interpreting the volume-outcome relationship in the context of cancer care*. 1999: Institute of Medicine of the National Academies, Washington, DC.

National Cancer Policy Board, *Ensuring Cancer Quality Care*. 1999: Institute of Medicine of the National Academies, Washington, DC.

Raemy-Bass C et al., *Palliative Care in der Schweiz. Bestandesaufnahme 1999–2000*. 2001: Krebsliga Schweiz und Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung.

Rutgers EJ, *Quality control in the locoregional treatment of breast cancer. Guideline of the European Society of Mastology (EUSOMA)*. *Eur J Cancer* 2001. 37:447–453.

- ¹ Die Abschlussberichte liegen Ende 2004 vor und können bei der Krebsliga Schweiz bestellt werden: Sascha Navarra, Effingerstr. 40, 3001 Bern, navarra@swisscancer.ch
- ² Dieses Manifest wurde 2001 entwickelt und in die Vernehmlassung geschickt, mit dem Ziel, die Entwicklung von Palliative Care in der gesamten Schweiz zu fördern.
- ³ Im weiteren Verlauf des Textes bedeutet Behandlung immer Behandlung und Pflege im Sinne des englischen Wortes *care*.

Die Herausforderung einer evidenzbasierten Krebspolitik

Das nationale Krebsprogramm verfolgt die Hauptziele, die Auftretenshäufigkeit zu senken, die Sterblichkeit zu reduzieren und die Lebensqualität zu verbessern. Um den Handlungsbedarf zu identifizieren und die nötigen Massnahmen evaluieren zu können, sind jedoch fundierte Bevölkerungsdaten aus der Krebsepidemiologie unabdingbar. Ohne ein Untersuchungs- und Monitoringsystem auf nationaler Ebene, das solche Daten erfasst, ist es den Fachleuten aus dem Gesundheitswesen, den Klinikern und Verantwortlichen aus der Politik unmöglich, Prioritäten besser zu definieren, die Wirksamkeit der Präventivmassnahmen und des Pflegesystems zu evaluieren, die bewährte Praxis zu verallgemeinern, Ungleichheiten und unerwünschte Wirkungen in der Behandlung aufzudecken, Auswirkungen von Umwelt- und Berufsrisiken zu verfolgen und soziale Ungleichheiten zu erfassen.

In der Schweiz haben bis vor kurzem neun Krebsregister in 13 von 26 Kantonen und Halbkantonen (SG, AI, AR, BS, BL, GR, GL, ZH, GE, VD, NE, VS, TI) neue Krebsfälle bei Erwachsenen erfasst. Damit wurden 4,2 Millionen Einwohner (56 Prozent der Schweizer Gesamtbevölkerung) erfasst. Die Finanzierung wird hauptsächlich von den Kantonen und kantonalen Krebsligen sicher gestellt. Zudem standen jährlich rund 720 000 Franken in Form von Bundessubventionen zur Verfügung. Seit Beginn des Jahres 2004 wurden diese Subventionen auf 920 000 Franken erhöht.

Die juristischen, organisatorischen und finanziellen Grundlagen der regionalen Register sehen sehr verschieden aus, so dass sich letztlich auch Zielsetzungen, Methodik und Forschungsaktivitäten unterscheiden. Die vorhandenen Daten sind für die Krebsbekämpfung deshalb nur beschränkt verwendbar. Verschiedene Krebsregister kämpfen mit finanziellen Schwierigkeiten und erhalten zu wenig Unterstützung aus der Politik, obwohl die Arbeitsbelastung beträchtlich angestiegen ist: Die Anzahl der jährlich erfassten Fälle hat sich seit den siebziger Jahren mehr als verdoppelt. Ausserdem nehmen die medizinischen Dossiers und die für die Krebserfassung relevanten Informationsquellen auf eindruckliche Weise zu, weil die Behandlungsmöglichkeiten und damit auch die Fragestellungen immer umfassender und spezialisierter werden, die Behandlungszentren sich erweitern, die privaten Praxen sich entwickeln und die Mobilität der Patienten und somit auch die Konsultation mehrerer Stellen durch die gleiche Person zunimmt.

Über 90 Prozent aller Krebserkrankungen bei Kindern unter 16 Jahren werden seit 1976 durch die SPOG gesamtschweizerisch erfasst. Innerhalb der nächsten drei Jahre soll ein nationales epidemiologisches Krebsregister für Kinder geschaffen werden, das klinische Daten integriert, um so auch Überlebensdauer und Behandlungsqualität bestimmen zu können. Die Finanzierung erfolgt durch die SPOG, ist aber langfristig nicht gesichert.

Die Vereinigung schweizerischer Krebsregister (VSKR) wurde 1978 mit dem Ziel gegründet, das Erfassen der Daten zu vereinheitlichen, eine interkantonale Datenbank zu schaffen und die epidemiologische Krebsforschung auf nationaler Ebene zu fördern. In der Folge wurde die VSKR dem Schweizerischen Institut für angewandte Krebsforschung (SIK) angegliedert. Die Vereini-

gung erhält jährlich eine Subvention vom Bund, wobei die Finanzierung zum wesentlichen Teil von den kantonalen Departementen des Gesundheitswesens sowie den Krebsligen sicher gestellt wird. Aufgrund der gestiegenen Anzahl Fälle und der Entwicklung der Register wurde die Bundessubvention an die VSKR leicht erhöht, doch hinkt die Anpassung dieses Beitrages dem Anstieg der Fälle und der erweiterten Zielsetzung der Vereinigung nach.

Der Bericht einer im Dezember 2000 von den Direktoren der Gruppe für Wissenschaft und Forschung des Bundesamtes für Bildung und Wissenschaft (GWF/BBW), des Bundesamtes für Statistik (BFS) und des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) ins Leben gerufenen Arbeitsgruppe, die sich mit der Früherkennung, Prävention und Forschung im Bereich Krebs beschäftigte und der auch der Präsident der VSKR angehörte, kommt zum Schluss, dass die Krebsregister für die Erfassung verschiedener Aspekte im Bereich Gesundheitsplanung, Prävention und Evaluation der Pflege unerlässlich sind. Er stellt jedoch auch fest, dass die Krebsregister für die Gesundheitspolitik nur beschränkten Nutzen haben, weil ihre Datenerfassung aufgrund der mangelnden Mittel zu rudimentär ist. Der Schlussbericht sieht deshalb auf folgenden Ebenen Handlungsbedarf:

- Die Sammlung der erfassten Daten muss erweitert und vereinheitlicht werden;
- die gesetzliche Grundlage zur Krebserfassung muss angepasst werden;
- ein verantwortlicher Organismus, der von Bund und Kantonen gemeinsam getragen wird, muss geschaffen werden;
- die Finanzierungsstrukturen für die Krebserfassung und epidemiologische Krebsforschung müssen erweitert und neu organisiert werden.

Richtlinien zur Vereinheitlichung der Datensammlung wurden 2003 erarbeitet. Aufgrund der beschränkten Ressourcen und des nötigen Aufwands können aber gewisse Register – insbesondere das Krebsregister des Kantons Zürich, das grösste der Schweiz – nicht alle notwendigen Daten rechtzeitig und vollständig erfassen und verwer-

Fazit von zwei Evaluierungen der VSKR

Zu Ende der neunziger Jahre hat die VSKR eine aus schweizerischen und internationalen Experten bestehende Kommission beauftragt, ihre Ziele, ihre interne Funktionsweise und die zur Verfügung stehenden Mittel zu evaluieren. Eine weitere internationale Wissenschaftskommission hat die VSKR im Rahmen einer Gesamtevaluation des SIAK unter die Lupe genommen. Aus diesen beiden Untersuchungen geht klar hervor, dass die Krebsepidemiologie in der Schweiz ein tristes Dasein fristet. Im Bericht *Additional funding for the Swiss cancer registries' network and populational epidemiology* wurden die Kosten der Erfassung von Krebsfällen festgelegt, und es wurde gezeigt, dass eine kontinuierliche und valide Datenerfassung, die den Bedürfnissen von Forschung und Bildung entspricht, einzig mit regelmässigen und adäquaten Ressourcen sicher gestellt werden kann. Aus dieser Einschätzung ergibt sich auch, dass die VSKR besser integriert werden sollte und enger mit den Behörden und Institutionen zusammen arbeiten muss, insbesondere mit dem BAG, dem BFS und dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium. Die Experten kamen ausserdem zum Schluss, dass die Epidemiologie als eigenständige Disziplin innerhalb der mit der Koordination der Forschung beauftragten Institutionen, insbesondere Onco-suisse, gelten muss. Eine gesetzliche Grundlage ist nach ihrer Einschätzung zudem unerlässlich für die Weiterentwicklung der Krebserfassung.

ZIEL 1: DAS EPIDEMIOLOGISCHE KREBS-MONITORING WIRD VERBESSERT

Angesichts der äusserst unbefriedigenden Lage ist es für das nationale Krebsprogramm von zentraler Bedeutung, eine valide epidemiologische Erfassung zu garantieren, die einen möglichst grossen Teil der Bevölkerung in der Schweiz einbezieht. Hierzu gehört auch, die Erfassung der Krebsfälle bei Kindern sicher zu stellen. Für eine effiziente Krebspolitik gilt es, so schnell als möglich folgende Massnahmen umzusetzen.

› Die rechtliche Stellung der kantonalen Krebsregister wird verbessert

Der Zugang zu den demografischen und medizinischen Daten jedes Krebspatienten muss den Krebsregistern unter Garantie der vertraulichen Behandlung gewährleistet werden. Der Zugang muss gesetzlich verankert werden, damit eine effiziente, rasche Erhebung der Daten bei der Bevölkerung langfristig garantiert ist.

› Den kantonalen Krebsregistern werden die Mittel zum Handeln gegeben

Aufgrund der erhöhten Lebenserwartung und der Bestrebungen, ein nationales Krebsprogramm zu entwickeln, sehen sich die Krebsregister mit einer wachsenden Anzahl zu erfassender Daten konfrontiert. Nebst den Hauptmerkmalen der verschiedenen Krebsarten müssen folgende Angaben erfasst werden:

- Beruf (Feststellung arbeitsbedingter Krebserkrankungen), soziale Schicht (Evaluation von Ungleichheiten), Risikofaktoren und Zugang zu Pflege;
- Art der Entdeckung und Krebsstadium (Einschätzung der Wirksamkeit von Früherkennung und Behandlung);
- Art der Behandlung (Erkennen von Ungleichheiten in der Pflege und Verallgemeinerung der bewährten Praxis);
- Überleben (Evaluation der Prognosen und der allgemeinen Wirksamkeit der Pflege);
- Sekundärtumoren (Erkennen möglicher iatrogener, das heisst durch die Behandlung verursachter Effekte).

Die Daten zur Entdeckung, zur Behandlung und zum Überleben ermöglichen es, Wirkung und Qualität der Pflege zu überprüfen. Zu diesem Zweck muss eine langfristige Finanzierung der kantonalen Krebsregister sicher gestellt und eine solide gesetzliche Grundlage geschaffen werden. Bei der Klärung der finanziellen Bedürfnisse müssen folgende Aspekte in Betracht gezogen werden:

- Ein effizienterer Zugang zu den Daten kann die Kosten senken.
- Die Prioritäten zur Datenerfassung müssen gemeinsam und den finanziellen Gegebenheiten entsprechend festgelegt werden.
- Kantone ohne eigenes Register unterstützen die Finanzierung der Krebserfassung im Rahmen des Nationalen Krebsprogramms.

› Die Effizienz bei der Krebserfassung muss verbessert werden

Um über gültige, für das Nationale Krebsprogramm informative Daten zu verfügen, müssen die Normen für die Datenerfassung vereinheitlicht werden, und zwar nicht nur bezüglich der Krebsinzidenz, sondern auch bezüglich des aktuellen Standes von Diagnose, Therapie und Überlebenschance. Kohärenz ist jedoch nur mittels Richtlinien möglich, die mit international geltenden Normen kompatibel sind (unter anderem Definition, Kodifikation, Erfassung und Validierung der Variablen sowie Zeitplan) und den auf nationaler Ebene festgelegten Prioritäten entsprechen. Ausserdem sollen in Zukunft Statistiken zur Krebsinzidenz nicht mehr als 18 Monate Verzug aufweisen (unter der Bedingung, dass rechtzeitig Mortalitätsdaten verfügbar sind). Diese Ziele wurden von der VSKR bereits explizit formuliert, konnten jedoch aufgrund von Problemen einiger Register, insbesondere jenes des Kantons Zürich, nicht erreicht werden.

Oberste Priorität hat die Stärkung der bestehenden Register unter Befolgung der oben genannten Zielmassnahmen. In der Tat muss eine Qualitätsüberwachung bei der Krebserfassung durch die bereits existierenden Register gewährleistet sein, bevor eine Erhöhung der Bezugsbevölkerung und die Schaffung weiterer kantonalen Register bzw. eines Registers für mehrere Kantone in Betracht gezogen werden kann.

ZIEL 2: EIN NATIONALES KREBS-INFORMATIONSSYSTEM, DAS DEN BEDÜRFNISSEN DES GESUNDHEITSWESENS ENTSPRICHT, WIRD GESCHAFFEN

Die Krebsregister müssen durch eine nationale Institution im Bereich Krebsepidemiologie ergänzt werden, damit die erfassten Daten so evaluiert und veröffentlicht werden können, dass sie auf gesundheitspolitischer und wissenschaftlicher Ebene genutzt werden können. Verschiedene Gründe sprechen dringend für die Schaffung einer solchen Institution.

- › Die auf kantonaler Ebene erfassten Daten müssen unbedingt auf **nationaler Ebene analysiert** und danach regelmässig in einer leicht zugänglichen und interpretierbaren Form veröffentlicht werden. Dabei kann nur eine zentrale Stelle die Vergleichbarkeit und Qualität der Daten sicher stellen und eine Hochrechnung für die Gesamtbevölkerung vornehmen, wenn diese nötig wird.
- › Eine bessere **Koordination der Expertise** im Bereich der Krebsepidemiologie mit anderen in Epidemiologie und Gesundheitsstatistik tätigen Institutionen ist notwendig. Einzig eine nationale Institution kann eng mit solchen Instanzen zusammen arbeiten. Es wären dies insbesondere das BFS, das Schweizerische Gesundheitsobservatorium, die Verantwortlichen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, das BAG sowie die Institute für Sozial- und Präventivmedizin, aber auch die Krebsliga Schweiz, Forschungsinstitutionen und internationale Partnerorganisationen (zum Beispiel die WHO oder europäische Zentren).

- › Die Evaluation des Nationalen Krebsprogramms muss auf einer epidemiologischen Datensammlung basieren. So können anhand der Informationen aus den Krebsregistern und anderen Quellen (Schweizerische Gesundheitsbefragung, CaMon-Projekt, EUROCHIP, Eurocare-Studie etc.) verschiedene Indikatoren regelmässig gemessen werden. Die Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung, Therapie und Pflege können damit eng begleitet werden. Längerfristig gesehen kann mit diesen Daten – insbesondere der Inzidenz, Morbidität und Mortalität bestimmter Krebsarten – die Gesamtwirkung des nationalen Krebsprogrammes evaluiert werden. Zahlreiche Fragen, die sich Behörden, Ärzte, Patienten und Bevölkerung stellen, können so beantwortet werden.

Diese nationale Institution, nachstehend **nationales Zentrum für Krebsepidemiologie** genannt, sollte administrativ und finanziell unabhängig sein. Die von ihm gelieferten Informationen werden den Bedürfnissen und nationalen Interessen angepasst, wobei das Hauptkriterium, nämlich die internationale Vergleichbarkeit, respektiert wird. Das nationale Zentrum kann die verschiedensten Themen behandeln, von der Beschreibung ätiologischer Faktoren bis hin zur Evaluation der Pflegewirksamkeit, und in enger Zusammenarbeit mit anderen Institutionen zur Entwicklung von zukunftssträchtiger Forschung in Bereichen wie molekulare und genetische Epidemiologie beitragen.

Das nationale Zentrum für Krebsepidemiologie soll eng mit der Dachgesellschaft zusammenarbeiten, die für die Koordination der Krebsbekämpfung verantwortlich ist, und dabei die Gebiete Epidemiologie und Public Health übernehmen. Es wird auch in enger Verbindung mit den Instituten für Sozial- und Präventivmedizin stehen, insbesondere für die Evaluation der Massnahmen im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung. Zur Sicherstellung einer echten Zusammenarbeit und der Entwicklung multidisziplinärer Forschung sollte es ausserdem mit der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Krebsforschung (SAKK), der SPOG und dem SIAK verknüpft sein (Netzwerk für *outcome research*).

Der Schweizerische Nationalfonds (SNF) kann dieses nationale Zentrum über die Schaffung eines Forschungsschwerpunktes mitfinanzieren. Zudem kann es Aufträge vom Bund sowie Zuschüsse von OncoSuisse oder den Krebsligen zur Finanzierung spezifischer Forschungsprojekte erhalten. Seine Aktivitäten werden von einer internationalen Wissenschaftskommission überwacht, die aus Experten in Statistik, Epidemiologie, Krebsforschung und Gesundheitswesen besteht.

Das Zentrum unterstützt die kantonalen Register auf dem Gebiet der Ausbildung (Praktika, Kurse, Stipendien), der Methodologie und der Infrastruktur (Informatikprogramme, Statistiksoftware etc.). Zudem baut es eine Zusammenarbeit mit der im Entstehen begriffenen «Bio-bank Suisse» auf. Die Datenbank zu den Krebspatienten wird so durch eine Sammlung von biologischem, nach Pathologie oder Personengruppe sortiertem Material ergänzt. Ziel dieser Bemühung ist die Schaffung eines strategischen Hilfsmittels für die Grundlagenforschung einerseits und die genetische Epidemiologie andererseits.

Literaturhinweise

Bouchardy C et al., L, Le registre des tumeurs: un instrument de santé publique et de recherche. *Médecine & Hygiène* 2002. 60(2378):290-295.

Bouchardy C et al., Towards the creation of a National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER). 2003: Schweizer Krebsbulletin.

Parkin DM et al., (eds.), The role of the registry in cancer control. IARC Scientific Publications, no. 66. 1985: International Agency for Research on Cancer, Lyon.

Schottenfield D, Fraumeni JF (eds.), *Cancer epidemiology and prevention*. 2. Auflage, 1996: Oxford University Press, New York.

Hoffnungsträger Forschung

Die Ursachen von Krebserkrankungen besser zu verstehen, Krebs früher zu erkennen und wirksamer zu behandeln und die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen sind wichtige Eckpfeiler einer zukunftsorientierten Krebsbekämpfungspolitik. Der Überbegriff Krebsforschung beinhaltet somit neben der Grundlagenforschung, der angewandten und der klinischen Forschung auch Forschungsaspekte von Public Health, Prävention, Palliative Care, Pflege, psychosozialer Betreuung, Gesundheitsförderung sowie die outcome research.

Die **Grundlagenforschung** in den so genannten *life sciences* (Biologie, Pharmazie, Biomedizin etc.) auf dem Forschungsplatz Schweiz geniesst international hohes Ansehen. Die Schweiz ist Standort einiger renommierter Forschungsinstitute im Bereich der Krebsforschung, zum Beispiel des Friedrich-Miescher-Instituts, des Ludwig-Instituts und des Institut Suisse de Recherche Experimentale sur le Cancer (ISREC), das in die Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne integriert werden soll.

Die Life-sciences-Forschung ist gerade in einer tief greifenden Umwälzung, ausgelöst durch die enormen Möglichkeiten der Molekularbiologie. Die Resultate dieser Entwicklung werden in den nächsten Jahrzehnten weit gehende Auswirkungen auf die Diagnostik und Behandlung von Krebskrankheiten haben. Die Therapiemöglichkeiten werden zunehmen, und mit ihnen auch die Kosten.

Die Arbeit der **klinischen Krebsforschung**, insbesondere des Schweizerischen Instituts für angewandte Krebsforschung (SIAC) und der International Breast Cancer Study Group (IBCSG), ist hervorragend und weltweit anerkannt. Diese Organisationen sehen es als ihre Aufgabe an, die klinische und translationelle Krebsforschung in den regionalen Netzwerken zu fördern. Diese sehr kompetitive Forschung wird aber zunehmend durch die im internationalen Vergleich kleinen und dezentralen Strukturen erschwert. Studien sind nur möglich, wenn sich eine grössere Zahl unserer relativ kleinen Institutionen beteiligt. Die administrativen Aufwendungen sind aber inzwischen so umfangreich und kompliziert geworden, dass mittelgrosse und kleine Spitäler diese nicht mehr bewältigen können. Dies ruft nach regionalen Netzwerken mit einer professionellen Studienverwaltung. Durch die föderale Struktur ist zudem bei einer landesweit durchgeführten Studie eine grosse Zahl von Ethikkommissionen um ihre Zustimmung zu fragen, mit allein dadurch ausgelösten Kosten von bis zu 40 000 CHF pro Studie. Eine Korrektur dieser prohibitiven und forschungsfeindlichen Regelung drängt sich auf und ist ohne Einbusse der Qualität der ethischen Beurteilung möglich. Dazu sind die Anforderungen an die Haftpflichtversicherung so hoch, dass exorbitante Versicherungsprämien resultieren. Dies hat nicht zuletzt auch mit dem fehlenden Markt für solche Versicherungsleistungen zu tun, was den wenigen Anbietern monopolistische Positionen sichert. Forschung, die nicht von der Industrie gesponsert ist, wird deshalb immer schwieriger. Die Verlagerung der Forschungsaktivitäten ins Ausland, auch der pharmazeutischen Industrie, schreitet weiter fort.

Sowohl die SAKK als auch die SPOG haben neun regionale Krebszentren, die in einem Universitäts- oder grossen Kantonsspital beheimatet sind. Sie konzentrieren sich hauptsächlich auf Forschungsfragen in den klinischen Disziplinen und in der Pflege. Jedes dieser Zentren hat zugewandte Orte, die untereinander vernetzt sind, zum Beispiel andere Spitäler oder kantonale Programme zur Krebsfrüherkennung. Diese dezentrale Präsenz der Forschung ist auch ein Garant für moderne, dem aktuellen Forschungsstand entsprechende klinische Dienstleistungen.

Die krebsbezogene **Public-Health-Forschung** steckt in der Schweiz noch in den Kinderschuhen. Dieser Forschungsbereich müsste viel stärker entwickelt werden, um Fragen zu Epidemiologie, Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung abklären zu können. Zudem verdient die psychosoziale Forschung besonderes Augenmerk, da ihr in der klinischen Forschung bis jetzt nicht der gebührende Raum zugestanden wird.

Die krebsbezogene Forschung wird in der Schweiz durch den Bund, verschiedene Stiftungen, Oncosuisse und die KLS mit ihren kantonalen Ligen gefördert. Insgesamt stehen ungefähr 25 Millionen Franken im Jahr zur Verfügung. Ausserdem unterstützen viele Kantone die klinische Forschung in ihren Spitälern. Der **Schweizerische Nationalfonds (SNF)** gibt beträchtliche Summen für die krebsbezogene Forschung aus, allerdings nicht in einem krebspezifischen Gefäss. Genaue Zahlen zur Krebsforschung der Industrie – vor allem der Pharmaindustrie – sind nicht bekannt. Schweizer Forscher sind im Rahmen der bilateralen Verträge auch berechtigt, EU-Forschungsgelder zu beantragen.

Die gewichtigsten Institutionen der Forschungsförderung und Wissenschaftspolitik, namentlich der Schweizerische Wissenschafts- und Technologierat (SWTR) und der SNF, haben den Bund mit Nachdruck darauf aufmerksam gemacht, dass der Schweizer Spitzenplatz in Sachen Forschung gefährdet sei, wenn die Beiträge der öffentlichen Hand weiter abnehmen. Die Erfahrung zeigt, dass bedeutende Resultate der Krebsforschung in der freien Grundlagenarbeit erzielt werden. Diese Innovationen sind in den wenigsten Fällen planbar. Um das hohe Niveau halten zu können, müssen genügend Mittel für innovative Forschungsprojekte zur Verfügung gestellt werden, verbunden mit entsprechenden Anreizen.

Die Förderung von Bildung, Forschung und Technologie in den Jahren 2004 bis 2007 soll mit einer jährlichen Zunahme von zirka fünf Prozent unterstützt werden. Ein Teil davon dürfte der Krebsforschung zukommen. Ausserdem soll die klinische Forschung mit einem Programm des SNF von 50 Millionen Franken gezielt gefördert werden. Auch dies ist für die Krebsforschung in der Schweiz ein ermutigendes Zeichen. Die folgenden Bereiche sollen speziell gefördert werden:

- die im Aufbau begriffenen Netzwerke für *translational research* und *outcome research*,
- die Public-Health-Forschung (inklusive der Krebsregister),
- die psychosoziale Krebsforschung.

ZIEL 1: DIE KOORDINATION UND VERNETZUNG WIRD OPTIMIERT

Um eine optimale Vernetzung zu erreichen, sind Strukturen und Formen der Zusammenarbeit zwischen Universitäten, Industrie, regionalen und kantonalen Zentren zu optimieren, Schwerpunkte zu setzen und kritische Grössen anzustreben. Diese Aufgabe wird vorwiegend vom SNF und der Gruppe für Wissenschaft und Forschung respektive dem Staatssekretariat für Bildung und Forschung (dem früheren Bundesamt für Bildung und Wissenschaft) in Zusammenarbeit mit den Universitäten wahrgenommen.

Aktuellen Forschungsfragen und den damit verbundenen, neuen methodischen Ansätzen gebührt im Hinblick auf eine möglicherweise notwendige, spezifische Unterstützung besondere Aufmerksamkeit. Meist müssen solche Fragen im Rahmen trans- und interdisziplinärer Forschungsprojekte angegangen werden, für die aber noch keine institutionelle Verankerung besteht. Es handelt sich um Forschung in den Bereichen Gesundheitswesen, Gesundheitsökonomie, Pflegeforschung, Verhaltensforschung, Psychosozialogie und Systembiologie. Sogar epidemiologische Projekte passen häufig nicht in den üblichen Förderungsrahmen des SNF. Dasselbe gilt auch für die *translational research*, die den Übergang von der Grundlagenforschung zur klinischen Umsetzung ermöglicht.

ZIEL 2: KLINISCHE FORSCHUNG UND PUBLIC-HEALTH-FORSCHUNG WERDEND GESTÄRKT

Die Schwächen der klinischen Forschung in der Schweiz sind bekannt. Es gibt keine forschungsbezogenen Strukturen im klinischen Setting, da die Spitäler auf Dienstleistungen und nicht auf Forschung ausgerichtet sind. Dadurch wird die Karriereplanung für Mediziner in der Forschung stark erschwert. Hinzu kommen die steigen-

den formalen und gesetzlichen Ansprüche, die es praktizierenden Ärzten und zum Teil sogar Spitälern unmöglich machen, klinische Forschung zu betreiben. Die klinische Forschung muss deshalb sowohl im (immer aufwändigeren) administrativen Bereich als auch in finanzieller Hinsicht Unterstützung erhalten. Die neuen Anstrengungen des SNF werden dabei durch die Aktivitäten der KLS und von Oncosuisse ergänzt, die relevante Forschungsprojekte unterstützen.

Innerhalb der klinischen Forschung sollen besonders Projekte gefördert werden, welche die Anwendung evidenzbasierter Therapien und das Kosten-Nutzen-Verhältnis von immer teureren Interventionen untersuchen, insbesondere von Dritt- oder gar Viertlinientherapien im palliativen Bereich.

Die Public-Health-Forschung soll gezielt gefördert werden, indem ein Teil der Forschungsbudgets ausdrücklich für diesen Bereich reserviert wird, themenspezifische Ausschreibungen stattfinden und die Eingabe relevanter Forschungsprojekte unterstützt wird. Dies beinhaltet insbesondere auch die in der Schweiz noch rudimentäre Forschung im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention. Zudem sollen Forschungsprojekte im Bereich der Krebsepidemiologie gefördert werden. Sie sind gross, teuer und langfristig ausgerichtet. Hierhin gehören unter anderem Projekte vom Typ Biobank, die Material für die molekularbiologische Grundlagenforschung und für die genetische Epidemiologie liefern. Es braucht Anpassungen in der Finanzierung und wissenschaftlichen Beurteilung solcher Vorhaben, und Gelder für Informatik, Logistik und rechtliche Aspekte müssen gesprochen werden.

ZIEL 3: JUNGE FORSCHERTALENTE WERDEN GEFÖRDERT

Mit der Schaffung von langfristig gesicherten, klinikbezogenen Forschungsstellen sollen junge wissenschaftliche Karrieren in der akademisch-universitär ausgerichteten Krebsforschung stabilisiert werden. Mit den Fortschritten im Bereich der Genomik braucht es zudem in der Epidemiologie zunehmend interdisziplinär ausgebildete Akademiker. Entsprechende postgraduierte Ausbildungen sollen gefördert werden.

Literaturhinweise

Centre d'études de la science et de la technologie de la confédération (CEST), Scientometrics scoreboard – July 2004. Schlüsselindikatoren zum Forschungsplatz Schweiz (1991–2002). 2004: CEST, Bern.

CEST, Swiss Science and Innovation Policies; Recent Developments 2002–2003. 2004: CEST, Bern.

International Breast Cancer Study Group (IBCSG), A history of research and friendship across borders. 1997–2003. 2004: IBCSG, Bern.

Schweizerischer Bundesrat, Botschaft über die Förderung von Bildung, Forschung und Technologie in den Jahren 2004–2007. 2002: Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, Bern.

Schweizerisches Institut für Angewandte Krebsforschung (SIAK), Jahresbericht 2003–2004. 2004: SIAK, Bern.

Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat (SWTR), Klinische Forschung in der Schweiz. Empfehlungen des Schweizerischen Wissenschafts- und Technologierates. 2002: SWTR, Bern.

¹ *Translational research* untersucht, wie neue Erkenntnisse zur Therapie in die Praxis umgesetzt werden können, während *Outcome research* erforscht, wie verschiedene Therapiemöglichkeiten die Lebensqualität und Überlebenschancen von Patienten beeinflussen.

Teil 2:

Die Umsetzung

77 Rahmenbedingungen für die Umsetzung des Nationalen Krebsprogramms

82 Gesundheitsförderung und Prävention

87 Krebsfrüherkennung

94 Behandlung und Pflege

101 Surveillance

106 Forschung

Während der konsultativen Diskussionen in den Kantonen wurde der Entwurf für ein Nationales Krebsprogramm insgesamt gut aufgenommen und sein globaler Ansatz gelobt.

Das Nationale Krebsprogramm kann sich insofern positiv auswirken, als dass eine einheitliche Doktrin ähnlich der nationalen Drogenpolitik oder des nationalen Aidsprogramms geschaffen wird und dass andere Departemente – insbesondere die Bildungsdepartemente – dazu angeregt werden, sich im Kampf gegen Krebs vermehrt zu engagieren. Die Ansichten über den Nutzen des Programms beim Kampf gegen die sozialen und regionalen Ungleichheiten gingen auseinander: Manche Personen wünschen, dass dieses Ziel stärker betont wird, andere sind der Ansicht, solche Ungleichheiten seien unvermeidlich.

Um einen Schritt weiter in Richtung Umsetzung des Nationalen Krebsprogramms zu gehen, werden in diesem zweiten Teil allgemein und für jeden Zielbereich die wichtigsten Partner festgehalten und ihre Verantwortlichkeiten grob skizziert, die gesetzlichen Rahmenbedingungen beschrieben, Finanzierungsmöglichkeiten erwogen und schliesslich konkrete Aktivitäten für 2005 vorgeschlagen. Hier fliessen viele der Ideen und Anregungen der kantonalen und nationalen Diskussionspartner mit ein. Die Vorschläge für die ersten Schritte zur Umsetzung sind an einem nationalen Workshop im Oktober 2004 erarbeitet worden und sind somit breit abgestützt. Trotzdem soll die Nennung von Verantwortlichen und finanziellen Trägern noch nicht als formelle Zusage der jeweiligen Organisationen verstanden werden.

Rahmenbedingungen für die Umsetzung des Nationalen Krebsprogramms

Die vorgeschlagenen Zielsetzungen des Nationalen Krebsprogramms wurden von nationalen und kantonalen Partnern im Allgemeinen nicht in Frage gestellt (siehe aber Anhang 1 zu strittigen Punkten). Hauptproblem war jedoch die Frage, wie ein solches Programm in einer finanziell schwierigen Zeit realisiert werden kann und welche Organisation es auf nationaler Ebene führen und koordinieren könnte.

Führung und Koordination

Für die meisten Kantone ist es wichtig, dass das Nationale Krebsprogramm ein leitendes Organ besitzt und auf nationaler Ebene koordiniert wird. Es scheint sich jedoch keine Organisation zu profilieren, die die Führung übernehmen könnte. Weder OncoSuisse noch die Krebsliga Schweiz (KLS) noch Gesundheitsförderung Schweiz wären angesichts ihrer augenblicklichen Struktur, Legitimität und/oder Arbeitsweise akzeptabel. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) wurde erwähnt, scheint aber nicht über den erforderlichen Einfluss und die Mittel zu verfügen. Die Idee, neue «Superstrukturen» zu schaffen, wurde ebenfalls heftig zurückgewiesen.

Die fehlende Koordination zwischen einer Vielzahl von Partnern wurde sehr bedauert. Sie ist auf dreierlei Ebenen nicht zufrieden stellend: zwischen den nationalen Organisationen und den Kantonen, zwischen den Kantonen und innerhalb der Kantone. Hier muss ein Nationales Krebsprogramm Abhilfe schaffen.

Es wurde viel über Entscheidungen geklagt, die auf nationaler Ebene getroffen werden, ohne dass die kantonalen Partner zu Rate gezogen werden. Das Ergebnis sind unangemessene «nationale» Projekte (zu kostspielig, zu umfangreich, nicht auf die Bedürfnisse der Bevölkerung zugeschnitten), die in den Kantonen nicht realisiert werden können. Andererseits wurde bemerkt, dass der schweizerische Föderalismus der wichtigste Hinderungsgrund der Koordination ist: «Häufig ist es teurer, mit anderen Kantonen zusammen zu arbeiten, als die Dinge für uns alleine zu machen.»

Bei der Umsetzung des Nationalen Krebsprogramms stellt sich also als erstes die Frage, wer die allgemeine Führungsrolle übernehmen kann. Die führende Organisation soll

- einheitliche Leitplanken und Standards setzen;
- die Dynamisierung und Steuerung des Programms übernehmen, besonders in Fragen der allgemeinen Planung und Koordination, der Gesundheitsförderung und Prävention und der Früherkennung;
- Daten zusammenführen;
- Information aufbereiten und den Informationsaustausch fördern;
- und schliesslich auch mit den Krankenversicherern Verhandlungen führen.

Wer die Führungsverantwortung übernimmt, sollte die entsprechende legale und fachliche Kompetenz und auch die nötigen finanziellen Ressourcen haben.

In anderen europäischen Ländern wird diese Rolle vom Gesundheitsministerium wahrgenommen und manchmal auch teilweise an eine krebspezifische nationale Organisation delegiert. In der Schweiz soll idealerweise das BAG die Steuerungskompetenz auf Bundesebene erhalten und wahrnehmen. Sollte das BAG selbst dazu nicht in der Lage oder der Bundesrat dazu nicht willens sein, wäre es denkbar, dass es diese zentrale Steuerungsfunktion an eine schweizweit tätige Organisation abgibt. Wahrscheinlich hat aber keine der existierenden Organisationen in ihrer jetzigen Struktur und Arbeitsweise dazu die Kompetenz.

Partner und Verantwortlichkeiten

Sowohl auf nationaler Ebene als auch in jedem Kanton gibt es eine Vielzahl von Organisationen, die in für das Krebsprogramm relevanten Bereichen arbeiten. Diese Partner sollen so weit als möglich an der Entwicklung des Krebsprogramms beteiligt sein.

In der Umsetzung sind Koordination und eine klare Aufgabenteilung zwischen den Partnern extrem wichtig. Daher muss für jeden Handlungsbereich und auch für das Gesamtprogramm der Einbezug aller Partner gewährleistet und die Verantwortung für deren Koordination klar zugeteilt werden. Hier sollen nur einige der möglichen Verantwortlichkeiten nationaler Partner beschrieben werden. Eine Liste der wichtigen Partner ist in Anhang 2 zu finden.

Bund und Kantone haben eine besondere Verantwortung, da sie von Gesetzes wegen die Träger des Gesundheitswesens sind. In vielen Fällen sind aber die Verantwortlichkeiten nicht klar abgegrenzt. Hinzu kommt, dass in einigen Bereichen die Gemeinden zuständig sind (zum Beispiel bei Palliative Care im Rahmen der Spitex). Es ist unumgänglich, hier die Verantwortlichkeiten und Finanzierungsmechanismen zu klären und festzulegen.

Zudem wird in der Schweiz viel Verantwortung vom Staat an **private Organisationen** und Vereine delegiert. Diese sind heute aber in einer sehr prekären Situation, da sie von Bund, Kantonen und Gemeinden nur noch über Mandate finanziert werden und kaum staatliche Unterstützung für ihre Struktur erhalten.

Die **Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)** sorgt als überkantonale Vereinigung für den Informationsaustausch und fungiert als Bindeglied zwischen Bund und Kantonen, auch in der Unterstützung spezifischer Projekte. Bis jetzt hat ihre Tätigkeit keinen Schwerpunkt im Krebs- oder Präventionsbereich.

Die **regionalen Konferenzen der GDK** könnten eine Schlüsselrolle spielen. Es wurde in den Gesprächen mit den Kantonen immer wieder betont, dass man bei der Umsetzung des Nationalen Krebsprogramms an die Grenzen des «Kantönligeists» stossen werde. Um die Wirksamkeit zu steigern und auf lange Sicht die Kosten zu senken, soll

das Nationale Krebsprogramm nicht ausschliesslich in jedem Kanton einzeln, sondern (wo sinnvoll und möglich) regional, das heisst von mehreren Kantonen gemeinsam umgesetzt werden. Unter Leitung und mit Hilfe der regionalen Konferenzen – dies schliesst auch die regionalen Vereinigungen der Kantonsärzte und der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung mit ein – sollen in verschiedenen Zielbereichen regionale Projekte initiiert und getestet werden.

Oncosuisse fördert Forschungsprojekte in allen Bereichen, kann bei Teilprojekten eine Führungsrolle übernehmen und gewisse Projekte gezielt finanzieren (*seed money*).

Die **Krebsliga Schweiz** mit ihrem Netz von 20 kantonalen Krebsligen spielt eine besonders wichtige Rolle im Bereich der psychosozialen Versorgung von Krebspatienten und ihren Angehörigen. Zudem informiert sie Bevölkerung und Patienten über Krebsprävention, Früherkennung und Behandlung, hilft finanziell und tatkräftig bei der Umsetzung von Präventionsaktivitäten und fördert Forschung.

Die **Vereinigung der Schweizer Krebsregister (VSKR)** hat als Dachorganisation der kantonalen Krebsregister die Aufgabe, gemeinsame Standards für die Datenerhebung und -analyse zu erarbeiten, Daten aller Register zusammen zu führen und auszuwerten. Sie nimmt in diesem Sinne die Funktion eines nationalen Zentrums für Krebs-epidemiologie wahr, so weit dies mit ihren beschränkten Mitteln überhaupt möglich ist.

Die Stiftung **Gesundheitsförderung Schweiz** führt zur Zeit ein Schwerpunktprogramm «Bewegung, Ernährung, Entspannung» durch, das für die Krebsprävention direkt relevant ist. Zudem unterstützt sie kantonal und interkantonale gesundheitsfördernde und präventive Projekte. Im Gesetz (Art. 19 KVG) ist vorgesehen, dass die Stiftung eine noch stärkere Führungsrolle im gesamten Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung übernehmen kann.

Ärztliche und pflegerische Fachgesellschaften sind für die Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder verantwortlich. Dies beinhaltet auch die Ausarbeitung von Richtlinien und anderen qualitätssichernde Massnahmen. Dies betrifft sowohl die Behandlung und Pflege als auch die Prävention und Früherkennung von Krebs. Gerade in letzte-

ren Bereichen können sie vermehrt aktiv werden, um den spezifischen Beitrag von Ärzten und Pflegepersonal zu fördern und zu stimulieren.

Patientenorganisationen unterstützen im persönlichen Austausch und durch das Weitergeben von Erfahrungen hauptsächlich Patienten und ihre Angehörigen bei der Krebsbehandlung und beim Leben mit Krebs. Potenziell haben sie auch eine wichtige Funktion in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegenden. Sie sollen zudem in die Konzeption von Behandlungsmethoden und Forschungsprojekten eingebunden werden.

Es gibt mehrere **krebsspezifische Forschungsorganisationen**, die jede ihr Spezialgebiet hat, sei es Grundlagenforschung (ISREC) oder klinische und epidemiologische Forschung (SIAK). Zudem gibt es viele Forschungsinstitutionen, die nicht ausschliesslich, aber auch für Krebs relevante Forschung betreiben. Der Schweizerische Nationalfonds (SNF) unterstützt kompetitiv ausgewählte Projekte finanziell. Er muss insbesondere dafür verantwortlich sein, vernachlässigte Bereiche der Krebsforschung gezielt und stärker zu fördern.

santésuisse hat als Dachorganisation aller Krankenversicherer Aufgaben bei der Qualitätssicherung von Leistungen, die im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) erbracht werden, und bei der Beurteilung der Effizienz medizinischer Massnahmen.

Gesetzliche Grundlagen

Artikel 118 der Bundesverfassung¹ gibt dem Bund einen ausgesprochen weit gefassten Auftrag zum Schutz der Gesundheit. Einerseits kann der eidgenössische Gesetzgeber auf dieser Grundlage im Rahmen seiner legislativen Kompetenz allgemeine Bestimmungen erlassen, die auf den Schutz der Gesundheit ausgerichtet sind². Andererseits ist damit der Auftrag verbunden, in gewissen Bereichen Gesetze zu erlassen, die dem Schutz der Gesundheit dienen.

Der Bund ist insbesondere im Bereich der Bekämpfung «übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten» zur Gesetzgebung verpflichtet. Bis heute hat sich der eidgenössische Gesetzgeber aber ausschliesslich mit

den übertragbaren Krankheiten beschäftigt, zum Beispiel im Rahmen des Epidemiengesetzes oder des Bundesgesetzes betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose. Eine Legislation, die sich spezifisch mit Krebs befasst, der zweifellos eine «stark verbreitete» und «bösartige» Krankheit ist, gibt es bisher noch nicht. Es braucht einen (bisher noch nicht gefällten) politischen Entscheid, um diesen Verfassungsauftrag in einem Gesetz zur Krebsbekämpfung zu konkretisieren.

Der Bund hat auch in anderen Bereichen, die Berührungspunkte mit dem Gesundheitsschutz aufweisen, legislative Kompetenz erhalten und angewendet: Sozialversicherungen, Alkohol und Tabak, Schutz von Konsumenten und Arbeitnehmenden sowie Forschung.

Soweit die Gesetzgebungskompetenz nicht ausdrücklich dem Bund vorbehalten ist, liegt sie bei den Kantonen. Für das Gesundheitswesen sind deshalb zum wesentlichen Teil die Kantone zuständig.

Zusammenfassend kann Folgendes festgestellt werden: Es gibt keine umfassende, globale Gesetzgebung auf eidgenössischer Ebene im Gesundheitsbereich. Eben so wenig gibt es ein eidgenössisches Gesetz, das die spezifische Problematik von Krebs und/oder die Krankheitsprävention im weitesten Sinne regelt.

Nationalrat Remo Gysin hat am 2. Oktober 2002 eine Motion eingereicht, die den Bundesrat auffordert, ein Gesetz zur Bekämpfung von Krebs zu entwerfen. Der Bundesrat hat dem Parlament vorgeschlagen, diese Motion in ein Postulat zu wandeln, was den zwingenden Charakter dieses parlamentarischen Vorstosses abgeschwächt hat. Um seine Position zu rechtfertigen, hält der Bundesrat fest: «Ohne zusätzliche finanzielle und personelle Mittel kann ein Gesetzgebungsprozess betreffend Krebs nicht unverzüglich in Angriff genommen werden. Der Bundesrat plant jedoch, Anfang 2005 dem Parlament den Bericht des unter Federführung von Onco-suisse erarbeiteten Krebsprogramms (Motion Joder 02.3534) zusammen mit einem Vorschlag zum Vorgehen in der Gesetzgebung vorzulegen.»³ Im November 2004 wurden die Motion Gysin und Joder wegen Ablauf ihres Verfalldatums abgeschlossen. Ein Nationales Krebsprogramm könnte in Zukunft entweder Teil eines nationalen Gesundheitsgesetzes werden oder aber in mehreren

Gesetzen, die einzelne Zielbereiche abdecken, verankert werden, zum Beispiel in einem Präventions- oder einem Früherkennungsgesetz.

Finanzierung

Es braucht nicht ein einziges Finanzierungssystem für die Umsetzung des Nationalen Krebsprogramms, sondern vielmehr spezifische Finanzierungsmodi und -quellen für jeden der Zielbereiche. Diese sollen aber innerhalb eines Gesamtkonzepts definiert werden, das allen Partnern als Grundlage dient.

Die Frage der Finanzierung wurde mit den kantonalen und nationalen Partnern diskutiert. Dabei wurden gerne andere Verantwortungsträger als mögliche Finanzierer genannt, während nur sehr selten Bereitschaft signalisiert wurde, «eigene» Mittel zur Verfügung zu stellen. Die wichtigsten Aussagen:

- Es stehen kaum Mittel für neue Aktivitäten auf kantonalen Ebene zur Verfügung.
- Neue Aktivitäten sind nur dann möglich, wenn an anderer Stelle Einsparungen vorgenommen werden.
- Der Bund muss sein Engagement und seinen politischen Willen unter Beweis stellen, indem er das Nationale Krebsprogramm wenigstens teilweise finanziert.
- Die Krankenkassen müssen sich an der Finanzierung des Nationalen Krebsprogramms beteiligen, beispielsweise via santésuisse.

Könnte mehr erreicht werden, wenn das Geld anders eingesetzt würde?

Wir wissen, dass mindestens 95 Prozent der gesamten Ausgaben des Gesundheitswesens für Behandlung und Pflege eingesetzt werden. Wir wissen auch, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung hauptsächlich durch gesundheitsfördernde Massnahmen, die Verminderung von Risikofaktoren und -verhalten und durch Früherkennung von Krankheiten erreicht werden kann. Die Diskrepanz in der Finanzierung der verschiedenen Aktivitäten im Gesundheitswesen ist umso frappanter. So werden zum Beispiel in der Schweiz für die Behandlung von Patienten mit Lungenkrebs nach Schätzungen jedes Jahr 360 Millionen Franken ausgegeben, ohne dass dies ihr Überleben wesentlich beeinflusste. Dem stehen das gesamte jährliche Budget von Gesundheitsförderung Schweiz mit 17 Millionen Franken und seit neuestem der Tabakpräventionsfonds mit 18 Millionen Franken gegenüber.

Wie im ersten Teil dieses Dokuments schon angedeutet und in den folgenden Kapiteln genauer beschrieben, gibt es beträchtliches Sparpotenzial, besonders im Bereich der Früherkennung und der Behandlung. Das Problem ist aber, dass im Schweizer Gesundheitswesen solche Einsparungen nicht in einem anderen Bereich, zum Beispiel bei Präventionsaktivitäten, eingesetzt werden. Die Zersplitterung der Finanzierungsmodi und die Tatsache, dass es keine Verbindungen zwischen verschiedenen Geldquellen gibt, macht es schier unmöglich, sinnvolle Einsparungen in sinnvolle Ausgaben umzupolen. Hier besteht allgemeiner Handlungsbedarf, um einerseits Anreize zur Einsparung zu schaffen und andererseits die Mittelverteilung transparenter und durchlässiger zu machen.

Da Gesundheitsförderung und Prävention weitaus am wenigsten Mittel erhalten, relativ gesehen am meisten unter dem Spardruck leiden, und doch gerade in diesen Bereichen sehr viel mehr bewirkt werden könnte, muss überlegt werden, wie hier zusätzliche finanzielle Mittel bereit gestellt werden könnten. Wenn alle Partner dies als wichtig erachten, insbesondere Bund, Kantone und Krankenversicherer, wäre es dringend, baldmöglichst kreative Lösungen für Mischfinanzierungen zu suchen.

ERSTE SCHRITTE

- > Die politische Diskussion über eine bessere gesetzliche Grundlage für das Nationale Krebsprogramm wird intensiviert. Diese muss nicht unbedingt ein eigenständiges Krebsgesetz sein, sondern kann entweder im Rahmen eines nationalen Gesundheitsgesetzes behandelt werden oder in Gesetzen, die Teilbereiche abdecken (zum Beispiel Präventionsgesetz, Früherkennungsgesetz).
 - > Für jeden Zielbereich werden gemeinsam mit allen wichtigen Partnern konkrete Aktionspläne entwickelt.
 - > Eine Studie über die wegen mangelnder Krebsprävention im Gesundheitswesen anfallenden Kosten und das vorhandene Sparpotenzial wird durchgeführt.
 - > Die Kultur der Zusammenarbeit zwischen Partnern in den Regionen wird durch die gemeinsame Entwicklung und Umsetzung von Teilprojekten verbessert.
- ¹ Der Bund trifft im Rahmen seiner Zuständigkeiten Massnahmen zum Schutz der Gesundheit.
Er erlässt Vorschriften über:
- a. den Umgang mit Lebensmitteln sowie mit Heilmitteln, Betäubungsmitteln, Organismen, Chemikalien und Gegenständen, welche die Gesundheit gefährden können;
 - b. die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren;
 - c. den Schutz vor ionisierenden Strahlen.»
- ² Es kann sich hierbei um Bereiche handeln, die nicht direkt oder offensichtlich mit der Gesundheit zu tun haben.
- ³ Motion Gysin 02.3531

Gesundheitsförderung und Prävention

In den Gesprächen in den Kantonen wurde häufig das Fehlen koordinierter Aktion bemängelt und der dringende Bedarf nach einem Führungsorgan auf nationaler Ebene betont. Die wichtigsten Fragen: Wie können wirksame Synergien zwischen den Kantonen geschaffen werden? Wie können echte Partnerschaften zwischen nationalen Organisationen und jenen, die auf kantonaler Ebene tätig sind, entstehen? Um diese Fragen angehen zu können, braucht es ein umfassendes, multisektorielles und partizipatives Vorgehen, auf Bundesebene, auf Kantonesebene und auch zwischen Bund und Kantonen.

Partner und Verantwortlichkeiten

Das föderalistische System der Schweiz bietet schwierige strukturelle Voraussetzungen für die Prävention. Es gibt kein nationales Gremium, das die wichtigsten Akteure umfasst, Entscheide treffen, Prioritäten festlegen und dafür sorgen kann, dass beschlossene Massnahmen verbindlich und qualitativ korrekt umgesetzt werden.

Auf Bundesebene sind das BAG und Gesundheitsförderung Schweiz hauptverantwortlich für eine effiziente und transparente Koordination aller Akteure. Doppelspurigkeiten müssen vermieden, Aufgaben klar zugeteilt und nötige zusätzliche Massnahmen ergriffen werden. Zudem muss ein kontinuierlicher und sinnvoller Erfahrungsaustausch garantiert werden. Andere wichtige nationale Akteure sind die Krebsliga Schweiz, die Lungenliga Schweiz, die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention (AT), die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung, das Bundesamt für Sport, Pro Senectute, die Suva, das seco und schliesslich die Verbände der medizinischen Grundversorger (Kollegium für Hausarztmedizin, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin, Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie), sowie die medizinischen Fakultäten. Zudem muss die Erziehungsdirektorenkonferenz (EDK) eingebunden werden, da viele Massnahmen Kinder und Jugendliche betreffen und eine Umsetzung im schulischen Bereich erfordern.

Zusätzlich zu den nationalen Institutionen gibt es eine Vielzahl von Akteuren auf kantonaler und kommunaler Ebene. Bei den Kantonen ist der Bedarf nach einem vernetzten Vorgehen innerhalb des Kantons, mit anderen Kantonen und mit den nationalen Akteuren besonders gross. Wie verschiedene Evaluationsberichte zeigen, gibt es Verbesserungspotenzial. Auch ohne übergeordnete Steuerung und trotz Geldmangel kann die strategische Planung und professionelle Umsetzung vielerorts zweifellos noch optimiert werden: Die wichtigsten Akteure können pro Risikofaktor gemeinsam einen verbindlichen Umsetzungsplan festlegen oder in den verschiedenen Settings (Schule, Arbeitsplatz etc.) die Massnahmen besser koordinieren. Noch lange wird nicht überall evidenzbasiert gearbeitet, und zu selten werden Projekte in Bezug auf ihre Wirkung (und nicht nur bezüglich Akzeptanz und Reichweite) evaluiert.

Im Prinzip obliegt die Koordination aller betroffenen Akteure dem kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Gesundheitsdirektion. Es ist die Verantwortung jedes Kantons, die nötigen personellen Ressourcen zur Erfüllung dieser Aufgabe bereit zu stellen. Dies ist in manchen Kantonen heute sehr schwierig. Gerade in diesem Bereich sind Stellen gekürzt oder gar ganz abgeschafft worden.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

In der Schweiz fehlen offizielle nationale Gesundheitsziele, wie sie viele europäische Länder und auch die USA mit «Healthy People 2010» festgelegt haben. Die von der Schweizerischen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen formulierten Ziele haben keinen offiziellen Stellenwert. Es gibt in der Schweiz somit keine klaren gesundheitspolitischen Vorgaben. Prioritäten werden vor allem aufgrund von politischen Gegebenheiten und Opportunitäten und weniger nach epidemiologischen und soziologischen Kriterien gesetzt. Weil eine nationale Gesundheitspolitik weitgehend fehlt, haben der Bund und die Kantone 2003 im Rahmen der Vereinbarung zur Nationalen Gesundheitspolitik einen institutionalisierten Dialog begonnen, der helfen soll, die dringendsten Probleme des schweizerischen Gesundheitswesens zu lösen.

Auf Bundesebene wird das Gebiet der primären Prävention nicht speziell geregelt, doch verschiedene eidgenössische Gesetze und Verordnungen greifen in diesen Bereich ein:

- Die Gesetzgebung im Bereich Lebensmittel (Tabak und Alkohol sind mit enthalten) zielt im Wesentlichen darauf ab, die Konsumenten vor Substanzen und Gebrauchsgegenständen zu schützen, welche die Gesundheit gefährden können. Sie soll insbesondere die Produktionsbedingungen und den Verkauf der Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände sowie die Bestimmungen zur Werbung festlegen.
- Daneben bildet die ziemlich ausführliche Gesetzgebung auf dem Gebiet der Tabakbesteuerung unter anderem seit 2004 die Grundlage für die Finanzierung des Tabakpräventionsfonds. Das Bundesgesetz über die Tabakbesteuerung² sieht in Art. 28 Abs. 2 lit. c vor, dass der Bundesrat den Herstellern und Importeuren

von Zigaretten eine Steuer auferlegen kann, die in diesen Fonds fließt. Er wird vom BAG und vom Bundesamt für Sport verwaltet. Zwei Verordnungen vervollständigen das Gesetz: Die Verordnung über den Tabakpräventionsfonds³ regelt Bildung, Ziel und Funktionsweise des Fonds, die Verordnung über die Tabakbesteuerung⁴ vor allem die Finanzierung durch die Erhebung einer Abgabe pro Zigarette seitens der Hersteller und Importeure.

- Art. 19 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherungen (KVG)⁵ gibt den Versicherungen den Auftrag, die Gesundheitsförderung und Verhütung von Krankheiten in Zusammenarbeit mit einer Stiftung zu fördern, die gemeinsam mit Repräsentanten der Kantone, der Suva, des Bundes, der Ärzte, der Wissenschaft und der auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung tätigen Fachverbänden verwaltet wird. Ziel dieser Institution – Gesundheitsförderung Schweiz – ist es, «Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten anzuregen, zu koordinieren und deren Wirkung zu evaluieren». Der Auftrag ist allgemein ausgerichtet⁶. Die Stiftung wird mit einem Beitrag aller Versicherten finanziert.
- Die Gesetzgebung im Bereich der Arbeits- und Unfallversicherung enthält mehrere Bestimmungen zum Gesundheitsschutz der Arbeitnehmenden (beispielsweise zur Tabakrauch-Exposition) und zur Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten. Das Bundesgesetz über Unfallversicherung präzisiert, wie die notwendigen Massnahmen zu finanzieren sind.

Aufgrund der von der Bundesverfassung vorgesehenen Trennung der Gesetzgebungskompetenzen obliegt der Gesundheitsschutz im Wesentlichen den Kantonen. Da diese aber unabhängig voneinander und je nach Bedarf legislieren, gibt es sehr grosse interkantonale Unterschiede⁷. Von den 26 kantonalen Gesundheitsgesetzen erwähnten im Jahr 2001 nur 15 die Prävention (AI, AG, BE, FR, GE, JU, LU, NE, SG, SZ, SO, TI, VS, VD, ZH). In 18 Kantonen wird die Schulgesundheit aufgeführt, und 14 kantonale Gesetze enthalten Bestimmungen zur Gesundheits-erziehung.

Auch ohne spezielle Erwähnung in einem kantonalen Gesetz können die Kantone jedoch Dispositionen erlassen, die jene auf Bundesebene ergänzen. So können sie zum Beispiel strengere Beschränkungen der Tabakwerbung durchsetzen, wie etwa das Genfer Gesetz vom 9. Juni 2000 über das «Verfahren in Sachen Werbung»⁸. Art. 9 Abs. 2 sieht Folgendes vor: «Jede Form der Plakatwerbung für Tabak oder Alkohol von mehr als 15 Volumenprozenten auf öffentlichem Grund und auf von öffentlichem Grund aus sichtbarem privatem Grund ist verboten.»⁹ Ebenfalls erwähnenswert ist das geplante Alkohol- und Tabakgesetz des Halbkantons Basel-Landschaft, das im Sommer 2004 in die Vernehmlassung ging. Art. 2 dieses Gesetzes soll zum Schutz Minderjähriger die Verteilerautomaten für Zigaretten verbieten.

Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Kantone oft Schwierigkeiten haben, solche Gesetze umzusetzen. Ihre Reichweite bleibt entsprechend beschränkt. Soll die Prävention auf diesem Gebiet wirksam verstärkt werden, ist eine Lösung auf Bundesebene anzustreben.

Ein erster Schritt zum nationalen Verbot von Tabakwerbung

Im Juni 2004 hat der Bundesrat die WHO-Rahmenkonvention zur Eindämmung des Tabakmissbrauchs unterzeichnet. Weltweit wurde die Konvention bis anhin von 135 Staaten und der EU unterzeichnet und von 21 Staaten ratifiziert. Das Abkommen verlangt von den Mitgliedstaaten verbindliche Massnahmen zur Tabakprävention, unter anderem auch gesetzliche Einschränkungen der Werbung und des Sponsorings. Mit der Unterzeichnung der Rahmenkonvention drückt der Bundesrat seinen politischen Willen aus, das Vorhaben der WHO auch in der Schweiz umzusetzen. Für die Ratifikation werden einige gesetzliche Anpassungen notwendig sein. Gemäss Legislaturplanung 2003–2007 ist vorgesehen, eine Ratifikationsbotschaft zu erarbeiten, die in die Vernehmlassung geschickt werden soll.

Das Lebensmittelgesetz des Bundes enthält – ausser einer Übergangsbestimmung, die es dem Bundesrat erlaubt, auf Jugendliche ausgerichtete Werbung für alkoholische Getränke und Tabak einzuschränken – keine spezifischen Bestimmungen zur Werbung. Der Bundesrat hat in Art. 15 der Tabakverordnung ein Verbot jeglicher an Jugendliche unter 18 Jahren gerichteter Tabakwerbung vorgesehen. Das Bundesgesetz über Radio und Fernsehen¹⁰ sieht ausserdem ein Werbeverbot für Tabak und Alkohol in den betreffenden Medien vor (Art. 18 Abs. 5). Es wäre zweifelsohne nützlich, noch strengere Vorschriften in Betracht zu ziehen, sei dies im Rahmen des Lebensmittelgesetzes oder in einem zukünftigen Präventionsgesetz.

Finanzierungsmöglichkeiten

Wenn präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen heute nur ungenügende Wirkung zeigen, so liegt das zum wesentlichen Teil an den mangelnden Ressourcen. Um den verlockenden Werberufen der Tabak-, Alkohol- und Fast-Food-Industrie eine gleichwertige Reaktion entgegensetzen zu können, braucht es die entsprechenden finanziellen Mittel und/oder gesetzliche Regelungen. Diese werden in der Schweiz meist nicht zur Verfügung gestellt, unter anderem wegen des generellen Spardrucks und weil Prävention nicht als wichtig genug oder nicht als Aufgabe des Staates angesehen wird. Zudem fallen Kosten und Nutzen der Prävention zu unterschiedlichen Zeiten und an unterschiedlichen Orten an (die Kosten zum Beispiel auf Bundesebene, der Nutzen aber bei den privaten Krankenversicherern oder Arbeitgebern).

Gesundheitsförderung und Prävention werden vor allem vom BAG, den Kantonen, den Gemeinden und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziert. Letztere hat wegen ihrer beschränkten finanziellen Mittel in den letzten Jahren hauptsächlich Programme und Projekte im Bereich Gesundheitsförderung finanziert. Ihr Schwerpunktprogramm «Bewegung, Ernährung, Entspannung» dient auch der Krebsprävention. Sie könnte aber auch vermehrt kantonale und interkantonale Präventionsprogramme und gesundheitsfördernde Projekte unterstützen, unter anderem mit dem Ziel, Krebs zu verhindern. Wenn sie diesen Auftrag wie gesetzlich vorgesehen wahrnehmen soll, muss eine Zusatzfinanzierung ins Auge gefasst werden.

In den meisten Kantonen ist die Tabakprävention als erste Priorität im Kampf gegen Krebs genannt worden. In diesem Sinne ist der mit 18 Millionen Franken pro Jahr dotierte Tabakfonds sehr zu begrüßen.

Als zweite Priorität wurden meistens gesundheitsfördernde Massnahmen bei Kindern und Jugendlichen genannt, besonders in den Schulen. Hierzu bedarf es einer engen Zusammenarbeit mit den kantonalen Erziehungsdirektionen und einer nationalen Koordination zwischen GDK und EDK. Gesundheitsfördernde Aktivitäten an den Schulen müssen von beiden Departementen gemeinsam finanziert werden.

Die personellen Ressourcen für Gesundheitsförderung und Prävention bei den Kantonen sind eher ungenügend, bei den kantonalen Krebsligen sind sie sehr knapp. Hier könnte Gesundheitsförderung Schweiz einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie kantonale und/oder regionale, themen- und institutionsübergreifende Projekte mitfinanziert, insbesondere die Kosten für Projektentwicklung, Planung und Koordination bei der Umsetzung.

ERSTE SCHRITTE

Viele der schon existierenden Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme leisten einen Beitrag zur Verhinderung von Krebs und sollen weitergeführt bzw. wo nötig ausgebaut werden. Da in den meisten Kantonen der Wunsch nach besserer Koordination und Vernetzung besteht und zudem sehr klar eine nationale Präventionsstrategie verlangt wird, werden hier zwei zusätzliche Massnahmen vorgeschlagen.

Regionale (Krebs-)Präventionsprojekte

Die Krebsliga Schweiz wird bis Ende 2004 eine detaillierte Strategie für die Krebsprävention und ein Dokument, das die wissenschaftlichen Grundlagen einer solchen Strategie darlegt, ausarbeiten.

Die Strategie wird dann im ersten Trimester 2005 in einem Workshop mit nationalen und kantonalen Partnern) diskutiert. Hierbei sollen

- die mögliche Umsetzung eines koordinierten, integrativen und umfassenden Ansatzes in der Gesundheitsförderung und Prävention in drei Regionen der Deutschschweiz skizziert werden;
- die Ziele und Massnahmen für spezifische Zielgruppen definiert werden;
- die Koordination mit schon existierenden Aktivitäten im Bereich Krebsprävention festgelegt werden;
- die mögliche Kooperation mit anderen Organisationen im Bereich der chronischen Krankheiten skizziert werden.

Im Laufe des Jahres sollen dann zwei bis drei interkantonale Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte lanciert werden. Sowohl bei der Planung als auch bei der Umsetzung werden alle Partner einbezogen.

Verantwortlich und finanzieller Träger: KLS und Gesundheitsförderung Schweiz

Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie

Der Vorschlag, eine spezifisch auf Krebs ausgerichtete Präventionsstrategie auszuarbeiten, rief in allen Kantonen deutliches Unbehagen hervor. Wiederholt wurde

darauf hingewiesen, dass sich im Laufe der letzten Jahre die Aktivitäten von Gesundheitsförderung und Primärprävention unkoordiniert entwickelten. Viele Programme verfolgen die gleichen Ziele bezüglich Aktivität, Körpergewicht und Ernährung. Einige davon sind auf bestimmte Krankheiten (Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs) ausgerichtet. Die Bevölkerung soll aber eine einzige, klare Botschaft und nicht mehrere voneinander abweichende hören. Dazu müssen Gesundheitsförderung und Prävention unbedingt ausserhalb von krankheitsbezogenen Ansätzen koordiniert werden. Hierzu braucht es ein einziges nationales Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramm, das auch einige krebspezifische Elemente enthält. Das Nationale Krebsprogramm kann zur Entwicklung einer solchen Strategie beitragen.

In diesem Sinne soll die oben genannte, von der KLS erarbeitete Krebspräventionsstrategie unter Mitarbeit aller Partner in eine nationale Präventionsstrategie integriert werden.

*Verantwortlich und finanzielle Träger:
KLS, BAG, Gesundheitsförderung Schweiz*

Entwicklung eines Evaluations- und Monitoringsystems

Es gibt nur wenige gute Evaluationen von Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention. Dies wird als grosses Hindernis bei der Planung, Umsetzung und Mittelbeschaffung für weitere Projekte angesehen. Es ist wichtig, Trends im Lebensstil zu erfassen und regelmässig Indikatoren zu messen, die durch gesundheitsförderliche oder präventive Massnahmen positiv beeinflusst werden sollten. Zu diesem Zweck sollen in einem ersten Schritt am Beispiel von Darmkrebs die relevanten Parameter, ein Set von Indikatoren und die nötige Erhebungsfrequenz bestimmt werden. Die bereits vorhandenen Daten werden auf ihre Eignung geprüft, ein detailliertes Konzept für ein Indikatorenset zu erstellen. In Anlehnung an die europäischen Bestrebungen (im Rahmen des Programms EUROCHIP) soll dann mit relevanten Partnern ein solches Konzept erarbeitet werden. Schliesslich wird diese Arbeit an einem Expertenworkshop inhaltlich revidiert und abgeschlossen.

*Verantwortlich: Institute für Sozial- und Präventivmedizin der Universitäten Bern und Basel, VSKR
Finanzielle Träger: BAG und KLS*

¹ Bundesgesetz über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (SR 817.0) und die verschiedenen dazu gehörenden Verordnungen. In Art. 3 werden Alkohol und Tabak dem Gesetz unterstellt. Das Gesetz wird ergänzt durch die Tabakverordnung (SR 817.06).

² SR 641.31.

³ SR 641.316.

⁴ SR 641.311.

⁵ SR 832.10.

⁶ Genaueres über die Aktivitäten der Versicherungen im Bereich Gesundheitsförderung Schweiz findet sich im Magazin Focus, Nr. 19 (erhältlich auf der Internetseite von Gesundheitsförderung Schweiz: www.promotiondelasante.ch/de/about/news/news_detail.asp?id=89).

⁷ Türk AV et al., Analyse comparée et synthèse des lois sanitaires cantonales suisses. 2001: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

⁸ Keine offizielle Übersetzung. Im Original: «Procédé de réclame».

⁹ Keine offizielle Übersetzung. Im Original: «L'affichage, sous quelque forme que ce soit, de publicité en faveur du tabac et des alcools de plus de 15 volumes pour 100 sur le domaine public et sur le domaine privé, visible du domaine public, est interdit.»

¹⁰ SR 784.40.

Krebsfrüherkennung

In den meisten Kantonen, jedoch nicht in allen, gab es Einverständnis mit den Zielsetzungen zur Krebsfrüherkennung. Einige Kantone finden es schwierig, eine systematische Früherkennung zu organisieren und die Bevölkerung über die Vorteile und die damit zusammenhängenden Probleme zu informieren. Dabei steht die Frage nach der Finanzierung der Früherkennungsmassnahmen im Zentrum. Drei Kantone lehnen eine systematische Früherkennung prinzipiell ab. Nachstehend die Kommentare, die von einer Mehrzahl der Kantone vorgebracht wurden.

- > Es ist sehr wichtig, den Informationsstand der Bevölkerung über die Krebsfrüherkennung zu verbessern. Eine kürzlich durchgeführte Studie belegt, dass der Wissensstand tief und wenig untersucht ist. Die kantonalen Gesundheitsbehörden sind aufgerufen im Bereich der Information eine aktive Rolle zu übernehmen, um einen Ausgleich gegenüber privaten Interessen zu schaffen.
- > Die Haltung der Bevölkerung zur Früherkennung variiert stark nach Region und Wohnort (Stadt/Land). Vor der konkreten Organisation einer Früherkennungskampagne sollte man untersuchen, was die Menschen selbst denken und wie sie sich ihre Meinung bilden.
- > Auf nationaler Ebene müsste eine Organisation klar über die Früherkennung orientieren. Sie sollte unter anderem die neusten Informationen über die Wirksamkeit von Früherkennungsmassnahmen und Vorschläge, wie diese Programme im schweizerischen Kontext realisiert werden könnten, vermitteln.

Partner und Verantwortlichkeiten

Den Grundversorgern und vielen Spezialärzten kommt sowohl bei der Information der Patienten als auch der Durchführung der Früherkennungsmassnahmen eine zentrale Rolle zu. Sie sind dafür verantwortlich, dass der Patient zum richtigen Zeitpunkt ausführlich, objektiv und verständlich über die Möglichkeiten der Krebsfrüherkennung informiert wird und so einen gut fundierten Entscheid treffen kann. Sie sind gegebenenfalls für die zeitgemässe und qualitativ bestmögliche Untersuchung zuständig.

Die entsprechenden medizinischen Fachgesellschaften sind für die Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder zum Thema Krebsfrüherkennung verantwortlich. Sie sind auch gefordert, Indikatoren für das Qualitätsmonitoring zu entwickeln.

Die Krebsliga Schweiz und zum Teil auch kantonale Krebsligen tragen zur Information der Bevölkerung bei, indem sie Broschüren produzieren, die zum Beispiel bei Ärzten ausgelegt werden, oder die Entwicklung solcher Broschüren unterstützen.

Früherkennungsprogramme werden von der kantonalen Gesundheitsdirektion ins Leben gerufen und unterstützt. In der Regel vergibt die Gesundheitsdirektion dazu einen öffentlich abgesicherten Auftrag an eine private Institution. Ausführend sind zuletzt die privaten Ärzte. Die Gesundheitsdirektion überwacht die Qualitätssicherung und Evaluation des Früherkennungsprogramms. Um es besonders kleineren Kantonen zu ermöglichen, solche Programme umzusetzen, ist eine interkantonale Zusammenarbeit nötig.

Es braucht eine Institution auf nationaler Ebene, die die internationalen Daten über die Effizienz von organisierten Früherkennungsmassnahmen, die Resultate der Erfahrungen mit Früherkennungsprogrammen in verschiedenen Kantonen und sonstige Erkenntnisse zur Nutzung von Früherkennungsmassnahmen in der Schweiz zusammenführt und wissenschaftlich fundierte Empfehlungen für den Schweizer Kontext formuliert. Zudem soll diese Institution befähigt sein, mit den Versicherern über eine mögliche Kostenübernahme zu verhandeln, damit eine für alle Kantone einheitliche Ausgangslage geschaffen

wird. Idealerweise sollte das BAG diese Rolle spielen. Ist dies nicht möglich, muss geprüft werden, ob die Stiftung zur Früherkennung von Krebs reaktiviert werden soll. Diese 1999 ins Leben gerufene Stiftung musste im März 2000 aus Mangel an politischem Willen und finanzieller Unterstützung ihre Arbeiten unterbrechen.

Die Früherkennung von Muttermundkrebs verbessern und Geld sparen!

Geht man davon aus, dass alle Frauen in der Schweiz zwischen dem 25. und 60. Lebensjahr zuerst jährlich und ab dem dritten Jahr alle drei Jahre einen Abstrich machen sollten, müssten pro Jahr rund 520 000 Untersuchungen durchgeführt werden¹. Dies wäre bei einer 100-prozentigen Erfassung aller Frauen die maximale Zahl, in Wirklichkeit dürften es etwas weniger sein, da ja einige Frauen bereits in diesem Lebensabschnitt keine Gebärmutter mehr haben. Nach Angaben des BAG und des Bundesamts für Statistik (BFS) werden aber 1 bis 1,2 Millionen Untersuchungen pro Jahr gemacht. Leider gibt es keine Zahlen über den Anteil der Frauen, die wegen der Franchise oder aus Gründen der Vertraulichkeit selbst bezahlen.

Die Untersuchungskosten (inklusive Laborkosten) betragen zwischen 100 und 200 CHF. So werden heute jährlich mindestens 150 Millionen CHF für die Früherkennung von Muttermundkrebs ausgegeben (Angaben santésuisse). Wenn die Überversorgung abgebaut (und die Unterversorgung behoben) würde, würden für die maximal 520 000 notwendigen Abstriche ungefähr 78 Millionen CHF ausgegeben – also ein Sparpotenzial von mindestens 70 Millionen CHF!

Aus Sicht einer rationalen Gesundheitsversorgung müsste diese Untersuchung von der Franchise befreit werden. Der Bundesrat hat dazu die Kompetenz. Auf der Basis der Verordnung und dank Tarmed (genau definierte Position im Tarif) könnten die Versicherer oder eine andere Instanz mit einem Recall-System jene Frauen kontaktieren, die diese Untersuchung nie, zu häufig oder zu selten durchführen lassen. Das würde die Zweckmässigkeit deutlich verbessern. Die Kosten für die Versicherer würden sehr wahrscheinlich abnehmen, jene für die Frauen sicher deutlich.

In einem Früherkennungsprogramm müssen gewisse Tätigkeitsbereiche kantonal abgedeckt werden (Aufforderung der Zielgruppen, Einbindung der Fachärzte, Evaluation, Information der Bevölkerung), während andere sinnvollerweise regional oder national ausgeführt werden (gemeinsames Informatikprogramm, Qualitätsstandards und -kontrolle, nationale Kommunikationsstrategie). Auch hierfür bedarf es einer nationalen Institution, die diese Tätigkeiten koordinieren und zum Teil ausführen kann.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die Massnahmen zur Diagnose und Behandlung einer Krankheit werden im Wesentlichen durch das KVG² geregelt. Die KVG-Versicherung übernimmt in einem engen Rahmen auch Massnahmen der medizinischen Prävention (vgl. Art. 26 KVG). Der Bundesrat muss die einzelnen Massnahmen in einer Verordnung bezeichnen. Er hat dies in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)³ getan. Dabei handelt es sich bisher ausschliesslich um individuelle Massnahmen. Nur das eidgenössische Departement des Innern kann (auf der Grundlage vorgängiger Gutachten der Kommission für allgemeine Leistungen) diese Liste verändern. Für eine Kostenübernahme für ein ganzes Präventionsprogramm und der damit verbundenen Verwaltungskosten, müssten die Regeln angepasst und allenfalls die allgemeinen Programmkosten auf Individualleistungen verteilt werden. Der Bundesrat hat die Kompetenz, die Franchise für einzelne, im Rahmen von kantonalen und nationalen Programmen durchgeführte Präventivmassnahmen zu streichen.

Die Verordnung über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie⁴ sieht vor, dass nur Ärzte, die festgelegten Bedingungen genügen, solche Programme durchführen können.

Die Bundesgesetze über die Unfallversicherung und die Invalidenversicherung enthalten mehrere Bestimmungen, die für die Früherkennung von berufsbedingten Krebserkrankungen wichtig sind, dies sowohl im Bereich der Prävention als auch der Behandlung.

Ein Programm zur Früherkennung von Krebs hat nur dann längerfristige Erfolgchancen, wenn es auf kantonaler

Ebene gesetzliche Grundlagen erhält und zum Beispiel im Sanitätsgesetz verankert wird. Eine Gesetzgebung auf Bundesebene würde eine gemeinsame Grundlage für alle Kantone schaffen und es ermöglichen, die heutigen interkantonalen Ungleichheiten im Zugang und in der Benutzung von Früherkennungsmassnahmen zu reduzieren.

Finanzierungsmöglichkeiten

Wie schon erwähnt, deckt Artikel 26 des KVG die Kosten für gewisse Massnahmen zur Früherfassung von Krankheiten. Die Verwaltungskosten für die Umsetzung eines Früherkennungsprogramms müssen bis jetzt aber von den Kantonen übernommen werden. Zudem sind nach wie vor nicht alle wissenschaftlich anerkannten Früherkennungsmassnahmen von der Franchise befreit. Um die Krebsfrüherkennung in der Schweizer Bevölkerung wirtschaftlicher zu gestalten, Überversorgung abzubauen und Unterversorgung zu beheben, sollen folgende Schritte unternommen werden:

- > Früherkennungsmassnahmen, deren Nutzen wissenschaftlich erwiesen und deren Kosten-Nutzen-Verhältnis annehmbar ist, werden von der Franchise befreit, unter der Bedingung, dass sie unter Qualitätskontrolle und nicht öfter als nötig durchgeführt werden. Der Entscheid dazu liegt in der Kompetenz des Bundesrats.
- > In jedem Fall wird überprüft, ob eine organisierte Früherkennung machbar und wirtschaftlicher wäre. Ist dies der Fall, müssen sich die relevanten Partner (BAG, santésuisse, GDK) über die Finanzierung der administrativen Kosten eines solchen Programms einigen. Wie das Beispiel der Früherkennung von Muttermundkrebs zeigt, kann daraus eine Win-Win-Situation für alle Beteiligten entstehen (Box «Die Früherkennung von Muttermundkrebs verbessern und Geld sparen!»). Erste Daten aus den Kantonen Genf und Waadtland zeigen auch, dass eine organisierte Brustkrebsfrüherkennung billiger ist als die individuelle Früherfassung (Box «Warum die Krankenversicherer an einem Früherkennungsprogramm für Brustkrebs interessiert sein sollten»). Dies soll Anlass genug sein, erneut die Finanzierung der administrativen Kosten solcher Programme durch die Krankenversicherungen zu erwägen.

Warum die Krankenversicherer an einem Früherkennungsprogramm für Brustkrebs interessiert sein sollten

Der Anteil notwendiger Zusatzuntersuchungen ist bei der individuellen Früherkennung viel höher als bei organisierten Programmen, die diesen Anteil durch mehrfache Auswertung im Doppelblindverfahren reduzieren. So zeigt eine im Kanton Waadt durchgeführte Studie, wo seit 1999 ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs läuft, dass bei 8,8 Prozent der Mammographien, die nur ein Mal betrachtet worden waren, zusätzliche Nachforschungen nötig waren. Nach zwei (manchmal drei) Auswertungen sank dieser Anteil auf 5,0 Prozent. Die Kosten für die zusätzlichen Untersuchungen bei diesen 5 Prozent der Frauen betragen 2,3 Millionen CHF (Grundlage: die vor Inkrafttreten von Tarmed gültigen Tarife im Kanton Waadt; Wert eines Berechnungspunkts = 1 CHF). Hätte man die gleichen Nachforschungen bei 8,8 Prozent der Frauen angestellt, wären Kosten in Höhe von 4,025 Millionen CHF angefallen, das heisst Mehrkosten von 1,725 Millionen CHF. Die Mehrkosten pro Mammographie für die Krankenversicherer im Kanton Waadt hätten dann nahezu 45 CHF betragen (zwischen April 1999 und Dezember 2002 sind 38 500 Mammographien im Rahmen des Programms durchgeführt worden).

Die Krankenversicherer müssen sich im Klaren darüber sein, dass die Zahl der verschriebenen Mammographien unweigerlich ansteigen wird. Vom medizinischen Gesichtspunkt aus ist der Nutzen dieser Massnahme erwiesen, und angesichts der zunehmenden Kenntnisse bei den Frauen wird sie immer häufiger verlangt werden. Die Versicherer verfügen über kein wirksames Mittel, um diesem Trend entgegen zu wirken. Die Wahl heisst also: organisiertes Früherkennungsprogramm oder individuell durchgeführte Mammographie. Vor diese Alternative gestellt, müssten sich die Versicherer zugunsten organisierter Programme entscheiden und dessen Kosten finanzieren. Nur auf diese Weise können sie die Zahl der Mammographien in Grenzen halten, und zwar durch Beschränkung innerhalb des Programms (ab 50 Jahre und alle zwei Jahre). Wird die Früherkennung dagegen

individuell durchgeführt, werden viele Frauen die Mammographie schon vor dem Alter von 50 Jahren beginnen und sie nicht nur alle zwei Jahre, sondern jährlich durchführen lassen.

ERSTE SCHRITTE

Die höchste Priorität im Bereich Früherkennung haben folgende Massnahmen:

- das Bestehende zu erhalten und dafür die finanziellen Mittel zu sichern,
- die Erkenntnisse aus den bereits bestehenden Aktivitäten besser zu disseminieren,
- und aufzuzeigen, ob organisiertes Screening insgesamt günstiger ist als opportunistisches Screening.

Hierzu ist es besonders wichtig, einen Prozess in Gang zu bringen, mit dem die Früherkennung von Krebs langfristig als Public-Health-Massnahme (und nicht als Einzelleistung) verankert wird.

Die ersten Schritte zur Umsetzung ab 2005 können in vier Bereiche gegliedert werden.

Übergeordnete Aktivitäten

- > Mitte 2004 wurde im Rahmen eines Oncosuisse-Projekts eine **Früherkennungskommission** ins Leben gerufen, die die nationalen Partner – BAG, GDK, Kollegium für Hausarztmedizin (KMH), santésuisse, FMH – vereint. Dieser Kommission wird so bald als möglich offizieller Status verliehen, damit sie ihre Arbeit zu Brust-, Muttermund- und Darmkrebs weiterführen und in Zukunft auch die Relevanz neuer Früherkennungsmethoden abklären kann. Es ist besonders wichtig, in diesem Rahmen konkrete Vorschläge für Finanzierungsmöglichkeiten von Früherkennungsprogrammen und nötige gesetzliche Grundlagen zu erarbeiten. (Ziele 2, 3, 4)

Verantwortlich: alle Partner

- > Um in der Schweiz eine *unité de doctrine* im Bereich der Früherkennung zu schaffen, wird eine **nationale Strategie** erarbeitet, ähnlich der Strategie für Prävention. Diese enthält eine Zusammenfassung der aktuellen, internationalen Erkenntnisse und realistische Vorschläge zu deren landesweiten Umsetzung. Sie zeigt aber auch Finanzierungsmodelle auf und entwirft Richtlinien zur Qualitätskontrolle von Früherkennungsmassnahmen, auch für opportunistisches Screening. Es werden zudem Vorschläge gemacht, wie mit weniger Ressourcen mehr erreicht werden kann.

Im Augenblick betrifft dies insbesondere Brust-, Muttermund-, Darm- und in gewissem Masse Hautkrebs. Im Hinblick darauf, dass bald Resultate von neuen Studien zu Prostatakrebsfrüherkennung vorliegen werden, sollte auch dieser Krebs nicht vergessen werden. Die nötige Gesamtschau und -planung wird durch einen Prozess, der zum Beispiel *health technology assessment* und *stake holder appraisal* kombiniert, erarbeitet und legitimiert sowie finanziert. Dabei werden unter allen verfügbaren Früherkennungsmassnahmen Prioritäten gesetzt und spezifische Ziele definiert.

- > Ein längerfristiges Ziel ist eine nationale Strategie zur Früherkennung von Krankheiten (zusätzlich zu einer nationalen Präventionsstrategie, oder in Kombination als Strategie für Primär- und Sekundärprävention, zum Beispiel wie in Australien).

Information und Kommunikation

> **Zielgruppe Politiker und Entscheidungsträger**

Bei den Entscheidungsträgern (Parlamentariern, Bundesräten, Versicherern, Gesundheitsdirektoren) wird ein besseres Verständnis für die Bedeutung der Früherkennung von Krebs geschaffen. Die negativen Konsequenzen der gegenwärtigen Situation (Ressourcenverschleuderung, mangelnde oder fehlende Qualität, interkantonale Unterschiede) werden ihnen vor Augen geführt. Zudem wird klar gesagt, dass Früherkennung eine Investition in die Zukunft ist und nicht kurzfristig oder gar kurzfristig angelegt werden darf. Hierzu bedarf es systematischer Aktivitäten im Bereich Advocacy und Lobbying. Informationen werden verständlich aufbereitet, um den Meinungsbildungsprozess zu unterstützen.

> **Zielgruppe Partner/Akteure (Ziele 1 bis 6)**

Die Grundversorger spielen eine zentrale Rolle: Sie informieren den Patienten über die Krebsfrüherkennung, sind an seinem Entscheid zur Durchführung eines Früherkennungstests beteiligt und nehmen den Test vor bzw. überweisen den Patienten an eine kompetente Stelle. Um die Rolle der Grundversorger in diesem Prozess zu stärken, werden regionale Fortbildungen durchgeführt und Anreize zur Umsetzung ent-

wickelt. Die Grundversorger-Organisationen und die betreffenden ärztlichen Fachgesellschaften (zum Beispiel Gynäkologen, Gastroenterologen, Dermatologen) erarbeiten Regeln, wie die Patienten über Früherkennung informiert werden sollen. Ziel ist eine einheitlichere und kohärentere Information. Da Ärzte mit ihren Patienten nicht nur über Krebsfrüherkennung reden, sondern auch über viele andere Früherkennungsmassnahmen, sollen allgemeine Richtlinien zur Information, Beratung und Entscheidungsfindung über Früherkennung formuliert werden. Da die grosse Zahl der möglichen Früherkennungsmassnahmen aus grundsätzlichen, finanziellen und logistischen Gründen nicht alle bei allen Patienten durchgeführt werden kann, ist die vorherige Erarbeitung von Empfehlungen zur Auswahl wichtig (vgl. obigen Hinweis zu einer nationalen Strategie).

Verantwortlich: KHM und Fachgesellschaften der Hausarztmedizin (SGAM, SGIM, SGP), zusammen mit den jeweiligen spezifischen Fachgesellschaften
Finanzieller Träger: Ärzteschaft

› **Zielgruppe Bevölkerung (Ziel 1)**

Die Bevölkerung soll Zugang zu guter, aktueller Information über Früherkennung haben, um Früherkennungsmassnahmen sinnvoll zu nutzen. Eine gut informierte Bevölkerung kann zudem auf die Politik Druck ausüben und den Zugang zu einer qualitätsgesicherten Früherkennung verlangen (pressure groups). Mit dem Ziel, den Wissensstand der Bevölkerung zu erhöhen, werden existierende Informationsbroschüren analysiert, getestet und verbessert. Zum Beispiel werden zur Zeit in der welschen Schweiz zwei neue Broschüren zu Brustkrebs und organisierter Früherkennung entworfen, die für die deutsche Schweiz adaptiert werden können. Patientenorganisationen werden befähigt, eine aktivere Rolle in der Advocacy und im Lobbying zu übernehmen.

Verantwortlich und finanzieller Träger: KLS

Spezifische Aktivitäten zur Förderung und Verbesserung der Früherkennung von Brustkrebs

› Die drei existierenden Programme zur Früherkennung von Brustkrebs (GE, VD, VS) werden nach gemeinsamen Indikatoren und Qualitätskriterien evaluiert. Hierbei geht es hauptsächlich darum, die Akzeptanz und die Machbarkeit dieser Programme und die direkten und indirekten Kosten für die Umsetzung eines Früherkennungsprogramms zu evaluieren. Zusätzlich sollte langfristig die Senkung der krebspezifischen Mortalität gezeigt werden, wie dies in den grossen prospektiven Studien in anderen Ländern gemacht wurde. Die Resultate dieser Evaluation werden allen interessierten Kantonen und Institutionen zugänglich gemacht. (Ziel 2 und 7)

Verantwortlich und finanzieller Träger: Gesundheitsdirektionen der betroffenen Kantone

› Ein Workshop im Wallis zum Thema «Organisierte Früherkennung von Brustkrebs» wird angeboten, damit sich interessierte Kantone, die noch kein Programm haben, über die bisherigen Erfahrungen des Wallis direkt informieren und darüber diskutieren können. (Ziel 2)

Verantwortlich: Gesundheitsdirektion des Kantons Wallis
Finanzieller Träger: Oncosuisse

› In Kantonen, wo die politische und soziale Akzeptanz für Programme zur Früherkennung von Brustkrebs gering ist, wird untersucht, was die Bevölkerung über Früherkennung weiss, wie sie dazu steht und wie ihr jetziges Verhalten ist, um so besser die Vorbedingungen für ein Programm definieren zu können. (Ziel 2)

Verantwortlich: Früherkennungskommission
Finanzieller Träger: Santésuisse, Technology Assessment Suisse

Forschung und Entwicklung

- > Die **Vergütung des Mammographie-Screenings** im Rahmen des KVG soll im Jahr 2007 anhand neuer Daten neu beschlossen werden. Solche Daten existieren aber noch nicht. Es wird deshalb eine Arbeitsgruppe gegründet, die entscheidet, welche Daten notwendig sind. Dabei werden sowohl Kantone mit als auch solche ohne organisiertes Programm einbezogen, denn solide Angaben über individuelles Screening und die damit verbundenen Kosten sind sehr wichtig. Untersucht wird auch, wie viele Mammographien in der Schweiz gemacht werden, was dies kostet und wie es um die Qualität steht. Obwohl das BAG diese Daten bis 2007 dringend benötigt, kann es weder eine solche Studie noch Evaluationen existierender Programme finanzieren. (Ziel 2)

*Verantwortlich: Krebsregister, Institute für Sozial- und Präventivmedizin
Finanzieller Träger: Oncosuisse, SNF*

- > Eine Studie über die **Früherkennung des Zervixkarzinoms** wird gemacht. Dabei wird der Frage nachgegangen, warum es invasive Zervixkarzinome noch gibt, warum also der Krebs nicht immer im in-situ-Stadium erfasst wird. Untersucht wird auch, wann und wie Frauen einem Screening unterzogen werden, ob Unter- oder Überversorgung besteht und von welcher Qualität die Früherkennungsmassnahmen sind. Aufgrund der Studienresultate wird ein Modell für ein organisiertes Screening entwickelt und in einem Pilotprojekt getestet.

*Verantwortlich: Krebsregister, Institute für Sozial- und Präventivmedizin
Finanzieller Träger: Oncosuisse, SNF*

- > Die **Früherkennung von Darmkrebs** ist in der Bevölkerung noch relativ wenig verbreitet, und es gibt bisher in keinem Kanton ein Früherkennungsprogramm. Die Nachfrage nach dieser Vorsorgeuntersuchung wird in den kommenden Jahren aber mit grösster Wahrscheinlichkeit steigen. Um Wissenslücken in diesem Bereich zu schliessen, wird als erster Schritt eine Befragung zu Wissensstand, Einstellung und «Gebrauch» von Darmkrebs-Früherkennungsmethoden

bei der allgemeinen Bevölkerung und bei den Erstversorgern im Gesundheitswesen (insbesondere bei Allgemeinmedizinerinnen) durchgeführt. (Ziel 4)

Verantwortlich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Bern, KLS

Finanzieller Träger: BAG

- > Mögliche Varianten, wie Programme zur Früherkennung von Krebs regional umgesetzt werden könnten, werden erarbeitet. Ziel ist es, Synergien zu nutzen und es auch kleineren Kantonen zu ermöglichen, Programme anzubieten (Skaleneffekte). Hierbei muss berücksichtigt werden, dass Früherkennungsprogramme und Krebsregister Hand in Hand gehen: Es braucht ein Krebsregister, um ein Früherkennungsprogramm evaluieren zu können. So werden jetzt in den Kantonen Jura und Fribourg Krebsregister entwickelt, weil man ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs ins Leben rufen möchte. Da viele Kantone weder das eine noch das andere allein machen können, müssen in beiden Bereichen Synergien geschaffen werden.

Verantwortlich: GDK und regionale Konferenzen

Finanzieller Träger: zum Teil Oncosuisse

Alle aufgeführten Aktivitäten sind wichtig und sollen so bald als möglich in Angriff genommen werden. Höchste Priorität haben:

- **Nationale Früherkennungsstrategie**
- **Advocacy und Lobbying bei Entscheidungsträgern**
- **Studie zum Mammographiescreening für den KVG-Entscheid 2007**

¹ Ein Frauenjahrgang in der CH zählt etwa 40 000 Frauen; Abstrich am Anfang jährlich, nach zwei Jahren alle drei Jahre, gibt pro Jahr 13 Mal 40 000 = 520 000 Untersuchungen.

² SR 832.10.

³ SR 832.112.31

⁴ SR 832.102.4.

Behandlung und Pflege

Es wird als wichtig empfunden, überall in der Schweiz eine qualitativ hochstehende Pflege zu gewährleisten. Dass dabei die Patienten im Mittelpunkt stehen sollen und sich die Organisation von Behandlung und Pflege an ihren Bedürfnissen orientieren muss, wurde während der Vernehmlassung oft als positives Element hervorgehoben. Zur Verbesserung von Behandlung und Pflege wären regionale Netzwerke mit krankheitsspezifischen Kompetenzzentren wahrscheinlich zweckmässig. Die Durchführung der dabei oft notwendigen Zentralisierung muss evidenzbasiert geschehen. Mängel und Schwächen der gegenwärtigen onkologischen Behandlung müssen aufgedeckt werden, um gezielt Abhilfe zu schaffen, zum Beispiel durch die Definition und Anwendung von Qualitätsnormen. Auch hier stellte sich vorrangig die Frage, wer diese Aufgaben wahrnehmen könnte.

Partner und Verantwortlichkeiten

Die wichtigsten Partner auf dem Weg zu einer patientengerechten, ganzheitlichen Behandlung und Pflege sind ohne Zweifel all jene, die Krebspatienten und ihren Angehörigen direkt helfen. Dazu gehören in erster Linie die Grundversorger, die Onkologen, viele andere Fachärzte, das Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten und Psychoonkologen. Besonders den Grundversorgern kommt eine wichtige Rolle zu: Sie garantieren eine kohärente Vorgehensweise, in deren Zentrum der Patient steht.

Auf der institutionellen Ebene in den Kantonen gehören zu den Partnern die Gesundheitsdirektionen, die Spitäler, die kantonalen Krebsligen, die Krebsregister sowie krankheitsspezifische Patientenorganisationen. National sind das BAG, die GDK, ärztliche und pflegerische Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten, die FMH, die Versicherer (santésuisse), die KLS, Oncosuisse mit ihren Trägerorganisationen, Gesundheitsförderung Schweiz sowie die VSKR und/oder das Gesundheitsobservatorium notwendige Mitträger.

Jeder dieser institutionellen Partner muss klar formulieren, welche Aufgaben und Verantwortung innerhalb der vorgeschlagenen Zielsetzungen er bereit wäre zu übernehmen. Die folgende Box zeigt als Beispiel eine mögliche Abgrenzung der Verantwortlichkeiten von Bund und Kantonen im Bereich der Palliative Care (Ziel 5).

Verantwortlichkeiten von Bund und Kantonen am Beispiel der Palliative Care

Im Verantwortungsbereich des Bundes liegt es,

- in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften die Aufnahme von Palliative Care in die Lehrinhalte der medizinischen und pflegerischen Ausbildung zu fördern;
- Palliative Care in die nationalen Forschungsprogramme des Schweizerischen Nationalfonds aufzunehmen.
- die spezifischen Leistungen von Palliative Care, vor allem im Spitex-Bereich, in den Leistungskatalog des KVG zu integrieren.

Im Verantwortungsbereich der Kantone liegt es,

- eine Standortbestimmung und Bedarfsabklärung bezüglich Palliative Care durchzuführen;
- je nach Bedarf bestehende Strukturen in Versorgungseinheiten für Palliative Care umzuwandeln und Palliative Care im Spitex-Bereich zu fördern;
- die gesetzliche Verankerung von Palliative Care zu prüfen und sie in den kantonalen Gesundheitsausgaben zu budgetieren.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Hier werden insbesondere die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Qualitätskontrolle von medizinischen Leistungen untersucht, da dies ein zentrales Anliegen des Nationalen Krebsprogramms ist.

Die medizinische Behandlung einer Krankheit wird im Wesentlichen im KVG¹ geregelt. Die entsprechenden Bestimmungen im KVG und den ergänzenden Verordnungen sind zu zahlreich, als dass eine Aufzählung sinnvoll wäre. Prinzipiell werden die Kosten medizinischer Behandlungen unter der Bedingung übernommen, dass sie die Kriterien der Wirtschaftlichkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirksamkeit erfüllen. Die Kosten von Behandlungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, weil sie zum Beispiel neue Technologien beanspruchen oder zu hohe Kosten verursachen, werden nicht bezahlt. Die Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) zählt jedoch gewisse Behandlungen auf, die von den Krankenversicherern übernommen werden, obwohl sich ihre Wirksamkeit und/oder Zweckmässigkeit noch in Evaluation befindet². Gewisse Behandlungen werden nur erstattet, wenn sie an Universitätsspitalern durchgeführt oder von Personen angeboten werden, die eine spezifische Ausbildung haben, oder wenn sie ausdrücklich in der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV)³ erwähnt werden. Bestimmte Leistungen werden für eine begrenzte Zeit einem Evaluationsprogramm unterstellt, was einerseits dem Patientenschutz und andererseits der Kostenkontrolle dient. Auch onkologische Behandlungen können solchen Beschränkungen unterliegen.

Das KVG sieht auf verschiedenen Ebenen Normen zur Qualitätssicherung vor. Einerseits dürfen Leistungserbringer nur auf Kosten des KVG arbeiten, wenn sie bestimmten allgemeinen Bedingungen genügen (Art. 36 bis 40 KVG)³. Die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)⁴ gibt diese Bedingungen detaillierter und verfeinert in Art. 38 bis 58 wieder⁵. Ergänzend garantiert die KLV die Kostenrückerstattung verschiedener Leistungen, die durch Berufspersonen erbracht werden, welche die dazu notwendigen zusätzlichen Bedingungen erfüllen können⁶.

Andererseits müssen durch das KVG gedeckte Leistungen die allgemeinen Bedingungen erfüllen, die in Art. 32 vorgesehen sind, das heisst, sie müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss durch wissenschaftliche Methoden nachgewiesen sein. Eine periodische Überprüfung ist vorgeschrieben. Art. 58, der die Qualitätsgarantie behandelt, legt ausserdem fest: «Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Organisationen systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen vorsehen. Er kann die Durchführung der Kontrollen den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen. Er regelt, mit welchen Massnahmen die Qualität oder der zweckmässige Einsatz der Leistungen zu sichern oder wiederherzustellen ist. Er kann insbesondere vorsehen, dass vor der Durchführung bestimmter, namentlich besonders kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin eingeholt wird; oder besonders kostspielige oder schwierige Untersuchungen oder Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur vergütet werden, wenn sie von dafür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden. Er kann die Leistungserbringer näher bezeichnen.»

Art. 77 KVV präzisiert, dass es den Leistungserbringern oder ihren Verbänden vorbehalten ist, Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität zu erarbeiten.

Zudem hat der Bundesrat eine spezielle Verordnung über die Qualitätssicherung der Programme zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie erlassen. Sie legt die Minimalbedingungen fest, welche die Früherkennungsprogramme für Brustkrebs erfüllen müssen, die in der KLV vorgesehen sind⁷.

Die Qualität der Leistungen wird auch durch die Gesetzgebung zur Ausübung beruflicher Tätigkeit im Gesundheitswesen geregelt:

- Die Reglementierung der Berufe im Gesundheitswesen, die auf eine Bewilligung zur Ausübung ihrer Tätigkeit angewiesen sind, erfolgt durch die Kantone. Zweckmässige Erfahrung und Ausbildung sind eine wesentliche Bedingung, um einen Beruf im Gesundheitswesen auszuüben. Die kantonalen Gesetze sind heute tendenziell darauf ausgerichtet, von den Berufstätigen im Gesundheitswesen kontinuierliche Weiterbildung und Teilnahme an Qualitätssicherungsprogrammen zu verlangen. Diese Anforderungen genügen gleichzeitig der neuen Regelung der beruflichen Ausbildung im Gesundheitswesen, die eine «kontinuierliche Weiterbildung» verlangt⁸.
- Die Regeln im Auftragsvertrag⁹ finden Anwendung in den Beziehungen zwischen Patient und Therapeut. Sie verbieten dem Therapeuten, eine Behandlung anzusetzen, die seine Kompetenzen überschreitet. Des weiteren hat der Therapeut die Pflicht, alles zu unternehmen, was den Interessen des Mandanten dienen kann. Er gibt sich dazu die nötigen Mittel. Folglich kann man von allen im Gesundheitswesen berufstätigen Fachpersonen erwarten, dass sie sich über die Entwicklung auf ihrem Gebiet auf dem Laufenden halten.

Die Bemühungen, eine qualitativ hochstehende Patientenpflege gesetzlich zu garantieren, sind in den Regelwerken der Kantone und des Bundes in verschiedenem Masse schon erkennbar. Die gesetzlichen Grundlagen für qualitätssichernde Programme im Bereich der Krebsbekämpfung sind also vorhanden. Sie müssen Zielsetzungen genügen, die den verschiedenen Dienstleistungen entsprechen. Es wäre zweifelsohne nützlich, die verschiedenen Programme miteinander zu koordinieren und damit in der Praxis besser einzubinden.

Finanzierungsmöglichkeiten

In diesem Zielbereich geht es einerseits darum, sehr unterschiedliche Projekte und Aktivitäten zu finanzieren. Andererseits können mittels Harmonisierung und Zentralisierung Einsparungen erreicht werden. Zum Teil bedarf es kurzfristiger Anstossfinanzierungen (zum Beispiel zur Entwicklung regionaler Krebsnetzwerke unter Einbezug aller Partner), zum Teil muss die langfristige Finanzierung fortlaufender Leistungen gesichert werden (zum Beispiel die psychosoziale Unterstützung von Krebspatienten oder Palliative Care im Spitex-Bereich). Die Finanzierung wird dabei wesentlich durch die kantonalen und nationalen gesetzlichen Grundlagen bedingt.

Sowohl für die zeitlich begrenzten Projekte als auch für die langfristigen Leistungen kann gesagt werden, dass eine Finanzierung nur durch die gemeinsame Kostenübernahme durch verschiedene Instanzen möglich sein wird. In Frage kommen dabei nationale und kantonale Behörden, zum Beispiel BAG, Oncosuisse, KLS, SNF, private Stiftungen, santésuisse, die kantonalen Gesundheitsdepartemente und die kantonalen Krebsligen.

Punktuelle Finanzierungen sind über Projektbeiträge von Oncosuisse, KLS oder andere Institutionen möglich, sie dienen allerdings nur als *seed money*, denn diese Organisationen können keine strukturellen Finanzierungsaufgaben übernehmen.

Die Erteilung definierter Leistungsaufträge im Rahmen der regionalen Krebsnetzwerke führt mit grösster Wahrscheinlichkeit zu finanziellen Einsparungen, falls effektiv eine entsprechende Zentralisation und ein peripherer Leistungsabbau stattfindet. Diese Strukturanpassung kann allerdings Jahre dauern. In der jetzigen Situation werden Einsparungen zudem kaum in andere Gebiete umgelenkt, sondern als relativer «Sparerfolg» gewertet. Es ist aber offensichtlich, dass weitere ökonomische Verbesserungen nur durch ein Controlling erzielt werden können, das die Finanzen und die Resultate erfasst. Insbesondere Investitionen in Krebsregister, die nötige Daten zur Qualitätskontrolle liefern können, werden sich bald auszahlen. Ein weiteres Grundproblem wird dadurch allerdings nicht behoben: die verschiedenen Finanzierungsmodi, die nicht kommunizieren.

ERSTE SCHRITTE

Der Patient als aktiver Partner (siehe Ziel 1)

- > Eine **schweizweite Webseite** für Krebsdiagnostik, Behandlung, Früherkennung usw. wird geschaffen, um in drei Landessprachen Information für Laien und Ärzte anzubieten. Dies soll insbesondere den Zugang zu relevanter Information für Krebskranke und ihre Angehörigen verbessern und die Position des Patienten stärken, der so in Kenntnis akzeptierter Standards gegenüber Ärzten und Versicherungen auftreten kann. Ein Vorbild für solch eine Webseite könnte die *physician-desk-query site* (PDQ) des National Institute of Health/National Cancer Institute (USA) sein. Standards wie in der PDQ sollen auf nationaler Ebene etabliert werden, und wichtige Verweise auf Schweizer Ressourcen und Institutionen sollen eingebaut werden.

Verantwortlich und finanzielle Träger: KLS, eventuell Oncosuisse

- > **Multidisziplinäre Gruppen** mit Ärzten verschiedener Disziplinen, Pflegepersonal, Sozialarbeitern und Patienten werden gebildet. Letztere sollen dort als volle Partner akzeptiert werden. Es gibt verschiedene Modelle einer solchen Partizipation, zum Beispiel aus Australien (Pilotstudie) oder Genf (*suivi structuré*). Dank dieser Gruppen werden Patienten bei der Definition von Qualitätskriterien und der Messung der Qualität aus Patientensicht eingebunden. Zudem werden die Auswirkungen der Krankheit und Nebenwirkungen der Therapie auf die Lebensqualität der Patienten und Angehörigen gemeinsam mit diesen erfasst. Die Aus-, Weiter- und Fortbildung der professionellen Partner wird von den Ergebnissen beeinflusst. Diese Einbindung soll vorrangig auf regionaler Ebene stattfinden. Die Evaluation dieser multidisziplinären Gruppen soll kantonal und/oder regional stattfinden.

Verantwortlich und finanzielle Träger: kantonale Krebsligen, Gesundheitsdirektionen, Patienten

- > Patienten treten auch als politische Kraft auf, sowohl regional als auch national. Das mittelfristige Ziel ist es, **öffentliche Foren** zum Thema Krebs zu organisieren, in denen Patienten eine prominente Stimme haben.

Verantwortlich und finanzielle Träger: KLS, Oncosuisse

Qualitätsverbesserung (Ziel 2)

- > Die GDK bildet eine **Taskforce**, die erarbeitet, wie die Zahl der durchgeführten Eingriffe die Qualität beeinflusst, und daraus Grundlagen für Leistungsaufträge erstellt. Diese Aufgabe ist nicht krebspezifisch, aber zum Beispiel für die Krebschirurgie höchst relevant.

Verantwortlich und finanzielle Träger: GDK oder ihre regionalen Gruppierungen

- > **Klinische Patientenpfade** vom Grundversorger bis zum Zentrumsspital werden für die wichtigsten Krebskrankheiten erstellt und getestet (Brust, Darm, Lunge, Prostata). Solche Patientenpfade sollen alle Massnahmen von der Gesundheitsförderung über die Prävention und Früherkennung bis hin zur Behandlung und psychosozialen Hilfe integrieren und jeder Struktur im Gesundheitswesen Aufgaben/Prozesse zuweisen respektive entziehen. Diese Aufgabe soll unter Einbezug aller beteiligten Stufen, der Spezialisten und der Patienten im Rahmen gezielter Projekte in einigen Regionen angegangen werden.

Verantwortlich und finanzielle Träger: Gesundheitsdirektionen, santésuisse, Gesundheitsförderung Schweiz, zum Teil Oncosuisse

- > **Qualitätsstandards und Indikatoren** für jeden Schritt in diesen Patientenpfaden werden durch die beteiligten *health professionals* definiert. Dazu gehören insbesondere die Grundversorger sowie die praktizierenden Onkologen. Zudem sind die Patienten massgeblich an der Definition der Qualitätsparameter beteiligt. Diese Aufgabe wird in denselben Regionen und ebenfalls über gezielte Projekte durchgeführt.

Verantwortlich und finanzielle Träger: ärztliche und pflegerische Fachgesellschaften, evt. SAKK-Arbeitsgruppen, zum Teil Oncosuisse

- > Die erarbeiteten Indikatoren – diese können objektive, biologisch-medizinische Daten umfassen, wie das Tumorstadium, den Resektionsgrad, die Therapie, aber auch mehr psychosoziale Daten wie die Qualität der Beratung, oder Prozessdaten, zum Beispiel pluridisziplinäre Tumorboards – werden durch die Krebsregister in den ausgewählten Projekten und Regionen erfasst und analysiert. Individuelle Qualitätsdaten von Ärzten sollen nur an diese persönlich zurückgegeben werden. Statistische, anonymisierte Qualitätsdaten sollen im Vergleich von Kantonen und/oder Regionen kommuniziert und publiziert werden.

Verantwortlich: VSKR

Finanzielle Träger: Oncosuisse, BFS, SNF

Regionale Krebsnetzwerke (Ziel 3)

Netzwerke sind ein Qualitätsinstrument. Sie sollten aber auch umfassend sein und neben der Behandlung und der Pflege alle Gebiete von der Prävention bis zur Palliation umfassen. Sie sind auch eine Plattform für Patienten und eine Möglichkeit der Kommunikation mit der Öffentlichkeit.

- > Die existierenden Strukturen werden anhand von aufeinander abgestimmten Leistungsaufträgen auf regionaler Ebene über das ganze Spektrum der Behandlung miteinander vernetzt. Das heisst, dass konkret Aufgaben definiert und an Berufe, Institutionen oder einzelne Akteure zugeteilt werden. Dies beinhaltet auch die Festlegung von obligaten Tumorfallbesprechungen für alle Krebspatienten. Eine entsprechende Planung wird für jede Region entwickelt.

Verantwortlich: regionale Gruppierungen der GDK

Finanzielle Träger: Kantone, santésuisse

- > Die existierenden gesundheitsfördernden Massnahmen zur Erhaltung der Lebensqualität und zur gesellschaftlichen Integration von Krebskranken und Angehörigen werden erfasst, ergänzt und in das regionale Netzwerk integriert.

Verantwortlich: Gesundheitsdirektionen (kantonale Beauftragte für Gesundheitsförderung)

Finanzielle Träger: KLS, Gesundheitsförderung Schweiz, Oncosuisse

- > Die existierende psychoonkologische, palliative und rehabilitative Betreuung in der Region wird erfasst und über gezielte Projekte in das regionale Netzwerk integriert.

Verantwortlich: Gesundheitsdirektionen, kantonale Krebsligen

Finanzielle Träger: KLS, Oncosuisse

- > Die klinische und translationelle Forschung wird in einem gegebenen Netzwerk strukturiert. Ziel ist die bessere Teilnahme an Studienprotokollen im gesamten Netzwerk und die Schaffung von klinischen Forschungseinheiten an den onkologischen Schwerpunktzentren. Dies würde auch die Ausbildung von zukünftigen klinischen Forschern fördern, Karrierestrukturen schaffen und als Anreiz für junge Ärzte (bzw. MD, PhD) wirken.

Verantwortlich: Onkologien der regionalen Schwerpunktspitäler, SAKK, SPOG

Finanzielle Träger: hauptsächlich SNF via PaKliF; zudem können einzelne Projekte von KLS und Oncosuisse finanziert werden.

Psychosoziale Versorgung (Ziel 4)

In allen Kantonen wurde auf einen beträchtlichen Bedarf an psychosozialen Leistungen hingewiesen. Da aber die Beiträge des Bundesamts für Sozialversicherungen abnehmen, sind die kantonalen Anbieter nicht mehr in der Lage, ihr Niveau an Dienstleistungen in diesem Bereich aufrecht zu halten. Die Gesundheitsdepartemente verfügen selten über ausreichende Mittel, um ihre Beiträge zu erhöhen. Es fehlen viele Daten, es droht Abbau und der Bedarf nimmt eher zu. Dies ruft nach Lobbying, Vernetzung, besserer Nutzung von Synergien und neuen Finanzierungslösungen.

- > Der personelle und finanzielle Bedarf für psychosoziale Leistungen wird erhoben, und konkrete Vorschläge zur strukturellen Finanzierung werden gemacht. Diese Diskussion muss gemeinsam von den wichtigsten institutionellen Partnern geführt werden: KLS, SGPMP, BAG/KUV (Geschäftsfeld Kranken- und Unfallversicherung), GDK, santésuisse.

Verantwortlich und finanzieller Träger: KLS

- > Folgende Publikationen werden erarbeitet und breit zugänglich gemacht:

- Prioritäten für die Entwicklung der psychosozialen Onkologie in der Schweiz;
- nationale Mindeststandards und notwendiges Mindestangebot für die psychosoziale Versorgung von Krebspatienten und deren Angehörigen;
- Übersicht über die verschiedenen psychosozialen Dienstleistungen und Versorgungsmodelle für Krebspatienten und deren Angehörige in der Schweiz.

Verantwortlich und finanzieller Träger: KLS

Palliative Care (Ziel 5)

Palliative Care wird mit der Onkologie, aber auch mit anderen fachlichen Anbietern, zum Beispiel der Physiotherapie, integriert. Das Ziel ist eine so genannte *shared care*. Die Abgrenzung der palliativen Pflege von der *terminal care* muss über klare Aufgabentrennungen und Definitionen geschehen. Es müssen im Alltag bewusste Entscheide gefällt werden, wer in den verschiedenen möglichen Situationen welche Aufgaben hat (Onkologe, Palliativmediziner, Pflegefachperson, Physiotherapeutin).

Die Verbesserung des Zugangs zu Palliative Care, deren Qualität und Integration in alle medizinischen Bereiche wurden in vielen Kantonen als Prioritäten erwähnt. Die wichtigsten Herausforderungen sind,

- Ärzte und Pflegenden in Palliative Care auszubilden;
- Palliative Care im Hause des Patienten zu gewährleisten und sicher zu stellen, dass auch Pflegeleistungen von den Krankenkassen erstattet werden (Tar-med);
- neue Modelle, die die Familie des Patienten mit einbeziehen, zu erarbeiten.

Um dies zu erreichen, werden folgende erste Schritte vorgeschlagen.

- > Erfahrungen, wie Palliative Care im Hause des Patienten erbracht werden kann und wie Brücken zwischen Spital und Spitex gebaut werden können, werden gesammelt. Hier soll auf spezifischen Erfahrungen, wie sie schon in einigen Kantonen gemacht worden sind, aufgebaut werden (zum Beispiel beide Basel, Tessin, St. Gallen, Waadtland, Zürich und Genf). *Verantwortlich und finanzielle Träger: kantonale Krebsligen, andere kantonale und regionale Trägervereine, Gemeinden*
- > Die Beteiligung der Krankenkassen an der Finanzierung von Palliative Care im Spitex-Bereich wird anhand neuer Grundlagen revidiert. Heute werden nur rund 25 Prozent der Palliative Care im Spitex-Bereich durch KVG-Leistungen abgedeckt. Neben Einzelleistungen soll aber auch eine Finanzierungslösung für das Training für Palliative Care im Rahmen der Spitex gefunden werden. *Verantwortlich und finanzielle Träger: BAG/KUV*
- > Unabhängig von den speziellen Entwicklungen rund um das Nationale Krebsprogramm wird von der SGPM der Aufbau regionaler Sektionen unterstützt. So entstehen mancherorts lokale Netzwerke, die eine qualitativ hochstehende Betreuung von Schwerkranken auch ausserhalb des Spitals ermöglichen sollen. Dies soll im Jahr 2005 weiter vorangetrieben werden. *Verantwortlich und finanzielle Träger: SGPM, kantonale Ärztesellschaften*

¹ SR 832.10.

² SR 832.112.31.

³ Zum Beispiel müssen Ärzte im Besitz des eidgenössischen Diploms sein und über eine vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung verfügen (Art. 36 Abs. 1 KVG).

⁴ 832.102.

⁵ Zum Beispiel müssen Ärzte eine praktische Weiterbildung von mindestens zwei Jahren absolviert haben. Die Weiterbildung wird durch Art. 7 bis 11 des Bundesgesetzes betreffend die Freizügigkeit des Medizinalpersonals geregelt (Art. 38 KVV).

⁶ Zum Beispiel wird eine isolierte Extremitäten-Perfusion in Hyperthermie mit Tumor-Necrosis-Factor (TNF) von der Versicherung nur vergütet, wenn bestimmte Pathologien vorhanden sind und die Therapie praktiziert wird «in spezialisierten Zentren mit Erfahrung in der interdisziplinären Behandlung von ausgedehnten Melanomen und Sarkomen mit dieser Methode. Das behandelnde Team setzt sich zusammen aus Fachärzten und Fachärztinnen für onkologische Chirurgie, vaskuläre Chirurgie, Orthopädie, Anästhesie und Intensivmedizin.» (Anhang 1 KLV Kap. 2.5).

⁷ Verordnung über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie (SR 832.102.4).

⁸ Daher sieht Art. 18 des Bundesgesetzes betreffend die Freizügigkeit des Medizinalpersonals in der Schweizerischen Eidgenossenschaft (SR 811.11) vor: «Inhaberinnen und Inhaber eidgenössischer Diplome und Weiterbildungstitel sind verpflichtet, ihre beruflichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten durch kontinuierliche Fortbildung zu vertiefen, zu erweitern und zu verbessern».

⁹ Artikel 394 ff. des Obligationenrechts.

Surveillance

In allen Kantonen wurde die Wichtigkeit einer einheitlichen, national gültigen und qualitativ einwandfreien Datenerhebung betont und die Gründung einer nationalen Institution befürwortet. In vielen Gesprächen wurde dies sogar als die erste Priorität des Nationalen Krebsprogramms genannt.

Partner und Verantwortlichkeiten

Die kantonalen Krebsregister sammeln Daten bei Erwachsenen im Kanton oder in den Kantonen, für den/die sie zuständig sind, und machen die lokale Auswertung. Die VSKR als Dachorganisation aller Krebsregister setzt gemeinsame Standards, führt die kantonalen Daten zusammen, wertet sie gemeinsam mit den regionalen Registern aus, erstellt gesamtschweizerische Schätzungen und nimmt an der epidemiologischen Krebsforschung teil. Das Kinderkrebsregister der SPOG, sammelt Daten bei Kindern und Jugendlichen.

Der Bund, d.h. das Bundesamt für Bildung und Wissenschaft (BBW), subventioniert kantonale Krebsregister sowie das Kinderkrebsregister der SPOG über das Forschungsförderungsgesetz. Zudem finanziert das BBW die Forschungsarbeiten der VSKR. Diese Finanzierung wird in Zukunft wahrscheinlich über den SNF laufen.

Das BFS/Gesundheitsobservatorium liefert bevölkerungsbezogene Mortalitätsdaten, aus denen die Krebssterblichkeit nach Krebsart, Alter und sozialer Schicht berechnet werden kann. Es erfasst auch Daten über Gesundheitsverhalten, Prävention und Früherkennung. In Zukunft könnte ein nationales Zentrum für Krebs-epidemiologie ans Gesundheitsobservatorium angegliedert werden.

Die eidgenössische Datenschutzkommission muss unter den üblichen Auflagen die Verwendung von nicht anonymisierten Daten genehmigen.

Die Ärzte verschiedener Disziplinen (Pathologen, Grundversorger, Spezialisten) liefern den kantonalen Krebsregistern die Daten.

Die kantonalen Gesundheitsdirektionen sind für die Finanzierung ihrer Krebsregister zuständig. Zudem sollten sie die gesetzlichen Grundlagen schaffen, die es dem Krebsregister ermöglichen, die nötigen Daten effizient zu erheben.

Die SAKK kann einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie sich an *outcome*- und *pattern-of-care*-Studien beteiligt.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

In den Kantonen wurde immer wieder betont, wie extrem wichtig eine gesetzliche Grundlage für die Krebsregister und eventuell auch eine nationale Organisation wäre. Es wurde auch bemerkt, dass auf dem Gebiet der Krebsepidemiologie sehr viel mit den heute vorhandenen Ressourcen erreicht werden könnte, wenn die gesetzliche Grundlage verbessert würde.

Nach Art. 118 Abs. 1 lit. b der Bundesverfassung (BV) ist der Bund zuständig, bösartige Krankheiten zu bekämpfen. Darunter fällt auch Krebs. Solange der Bund von dieser Kompetenz nicht Gebrauch macht, liegt die Zuständigkeit bei den Kantonen.

Nur wenn die eigene Gesetzgebung es vorschreibt, wie es im Kanton Tessin der Fall ist, gibt es eine gesetzliche Pflicht zur Führung eines Krebsregisters. Die neun bereits vorhandenen kantonalen Register sind entweder einer Universität, einem Spital oder einer spezifischen Struktur, zum Beispiel einem Observatorium für Gesundheit, angegliedert.

Ein wissenschaftlichen Standards genügendes Krebsregister muss auf einer vollständigen Datenbasis beruhen. Dies bedingt, dass für die entsprechenden Stellen (Ärzte, Spitäler, Einwohnerregister etc.) entsprechende Pflichten zur Meldung und Weitergabe von Daten bestehen. Diese Pflichten bedürfen ganz klar einer gesetzlichen Grundlage (zumindest im kantonalen Gesetz, eine Verordnung dürfte nicht genügen).

Etwas unklar ist die Lage im Datenschutzrecht. Sowohl für Privatpersonen wie auch für die Bundesverwaltung bzw. die kantonalen Verwaltungen bestehen Forschungsprivilegien. Diese gehen dahin, dass es nicht als persönlichkeitsverletzend angesehen wird, wenn Personendaten zu nicht personenbezogenen Zwecken (insbesondere in Forschung, Planung und Statistik) bearbeitet und die Ergebnisse so veröffentlicht werden, dass die betroffenen Personen nicht bestimmbar sind. Nicht strafbar ist auf jeden Fall die Forschung mit den Daten «eigener» Patienten, wozu auch Spitalpatienten zählen, für die Weitergabe dieser Daten bedarf es dagegen einer Bewilligung nach Art. 321^{bis} des Strafgesetzbuchs (StGB). Die Rechtslage ist aber nicht so klar, wie die vorstehenden Ausführungen dies annehmen liessen. Im Kommentar

zum eidgenössischen Datenschutzgesetz wird gesagt, dass die entsprechenden Bestimmungen (Art. 13 Abs. 2 lit. e und Art. 22 d-g des Datenschutzgesetzes des Bundes) sich nicht auf die Weitergabe geheimer Daten beziehen, und dass also Daten, welche unter Berufs- bzw. Patientengeheimnis beschafft worden sind, nicht weitergegeben werden dürfen.

Schaffung eines nationalen Krebsregisters

Der Bundesrat hat sich im Rahmen seiner Antwort vom 5. März 2004 auf eine Anfrage von Nationalrat Remo Gysin schon zur Schaffung eines nationalen Krebsregisters geäußert:

«In der Botschaft vom 29. November 2002 über die Förderung von Bildung, Forschung und Technologie in den Jahren 2004–2007 (BBl 2003 2363) unterstrich der Bundesrat die Notwendigkeit qualitativ hoch stehender Krebsregister, welche auch eine wesentliche Grundlage für die Konzipierung, die Überwachung und die Evaluation nationaler Krebsprogramme darstellen.

Die Zielsetzungen des Bundes sind Gegenstand einer Leistungsvereinbarung zwischen dem Bundesamt für Bildung und Wissenschaft (BBW) und dem Schweizerischen Institut für angewandte Krebsforschung, dem die Vereinigung Schweizerischer Krebsregister (VSKR) als Mitgliedorganisation angehört. Die Konsolidierung der Tätigkeiten der VSKR ist Teil der in der Leistungsvereinbarung festgehaltenen Ziele. Zu diesem Zweck werden der VSKR wesentliche höhere Mittel als in der vorausgegangenen Beitragsperiode gewährt (3,7 Millionen Franken gegenüber 2,5 Millionen Franken). Der Betrieb ist damit für die laufende Beitragsperiode gesichert.

Eine vom EDI im Jahr 2002 in Auftrag gegebene Untersuchung über die Zukunft der epidemiologischen Krebsforschung in der Schweiz (auf der Webseite des BBW verfügbar) empfahl die Schaffung einer vom Bundesamt für Statistik (BFS) zu führenden zentralen Datenbank sowie als Folge die gezielte Stärkung der epidemiologischen Forschung an den Hochschulen. In diesem Rahmen ist der Schweizerische Nationalfonds zurzeit

mit einer Neuordnung der Förderung der klinischen Forschung befasst.

Die erwähnte Untersuchung empfahl ausserdem folgende Massnahmen:

- Mit einer Revision der Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes (SR 431.012.1) sollte das BFS zusammen mit dem Bundesamt für Gesundheit erweiterte Kompetenzen im Bereich Organisation der Datenerhebung mittels der kantonalen Krebsregister erhalten.
- Die Verantwortung für die Qualitätssicherung und die Aufbereitung der Daten sollte dem BFS übertragen werden.
- Das dem BFS angegliederte und gemeinsam von Bund und Kantonen getragene Gesundheitsobservatorium sollte in direkter Zusammenarbeit mit den im Bereich epidemiologische Forschung tätigen Forschungsinstituten der Hochschulen eine wichtige Rolle bei der Datenauswertung übernehmen.

Die Umsetzung einer so komplexen Reorganisation muss schrittweise erfolgen. Vorerst konnte der Vereinigung nationaler Krebsregister für die Jahre 2004–2007 eine nachhaltige finanzielle Unterstützung zugesichert werden. Der zweite Schritt, nämlich die gesamtschweizerische Reorganisation der Datenerhebung, kann jedoch nicht kurzfristig realisiert werden. Die operative Leitung obliegt dem BFS. Dieses ist aber zurzeit wegen fehlender Mittel nicht in der Lage, das Vorhaben sofort auszuführen.»¹

Die Schaffung einer Bundesregelung soll aus praktischen Gründen als mittel- oder langfristiges Ziel anvisiert werden. Die Kantone können Vorarbeiten leisten, doch ein epidemiologisches Krebsregister kann nur vernünftig betrieben werden und den wissenschaftlichen Anforderungen entsprechen, wenn es auf landesweit einheitlichen Grundlagen aufbaut. Diese Grundlagen können allenfalls auch mit einer interkantonalen Vereinbarung geschaffen werden (eventuell auf Verwaltungsebene, unter Umgehung des Konkordatsverfahrens). Dafür braucht es aber auf jeden Fall entsprechende kantonale Gesetzesgrundlagen.

Finanzierungsmöglichkeiten

Die Arbeit der kantonalen Krebsregister wird zu einem wesentlichen Teil durch die kantonalen Behörden finanziert. Eine Unterstützung durch den Bund hängt davon ab, wie viele Fälle registriert werden und wie detailliert die gesammelten Informationen zu Patienten und Krebsarten sind. Um ungefähr 15 Prozent der Gesamtkosten der existierenden kantonalen Krebsregister zu decken, wären Bundessubventionen von jährlich schätzungsweise 1,55 Millionen Franken notwendig. Im Jahr 2004 betrug die Bundessubvention 920 000 Franken.

Die Erstellung eines nationalen Zentrums für Krebsepidemiologie ist mit jährlichen Kosten von 1,4 Millionen Franken zur landesweiten Analyse der Krebsdaten, der Evaluation und eventueller epidemiologischer Forschungen verbunden². Wie im Abschnitt «Gesetzliche Rahmenbedingungen» erwähnt, wurde vor kurzem in einem Abkommen zwischen BBW und SIAK beschlossen, die finanziellen Mittel der VSKR langfristig um 1,2 Millionen CHF pro Budgetperiode zu erhöhen. Mit Hilfe dieser zusätzlichen Mittel kann zwar nicht das ganze Jahresbudget bestritten werden, aber zumindest können damit erste Schritte unternommen werden.

Eine Initialgruppe bilden

- > Eine Initialgruppe für den Bereich Krebsregister/ Surveillance wird mit Schlüsselpersonen folgender Partner gebildet: GDK, BFS (speziell Gesundheitsobservatorium), VSKR, SPOG, BAG, SNF, Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, Staatssekretariat für Bildung und Forschung (bisher GWF und BBW). Die Initialgruppe soll unter anderem folgende Fragen abklären:
 - ob allenfalls auf kantonaler Stufe gesetzliche Grundlagen geschaffen werden können, bis eine Bundeslösung besteht; der Kanton Tessin hat aufgezeigt, wie ein kantonales Gesetz entstehen und aussehen kann, und auch in anderen Kantonen könnten Volksinitiativen zur Gründung eines Krebsregisters lanciert werden;
 - wie mittelfristige Änderungen auf nationaler Ebene vor allem in den Verordnungen zum Bundesgesetz über Statistik vorgenommen werden könnten;
 - wie die Finanzierung der kantonalen Krebsregister gesichert werden kann;
 - wie die Methodik bei der Datensammlung verbessert werden kann;
 - welche Datenschutzprobleme vorhanden sind (etwa bezüglich Meldepflicht der Ärzte) und wie diese gelöst werden können.

Verantwortlich: VSKR

Die weitere Finanzierung existierender

Krebsregister sichern

- > Es ist höchste Priorität, die weitere Finanzierung der existierenden Krebsregister (einschliesslich des Kinderkrebsregisters) mit einer koordinierten Anstrengung langfristig zu sichern. Dies betrifft gegenwärtig ganz besonders das gut funktionierende Krebsregister Glarus-Graubünden, das aus finanziellen Gründen vor der Schliessung steht. Epidemiologie ist nicht nur Forschung, sondern auch Dienstleistung, ein Aspekt, der den Kantonen noch deutlicher kommuniziert werden muss. Ein stärkeres Engagement des Staatssekretariats für Bildung und Forschung bzw. des SNF wäre wünschenswert. Eine kurzfristige Aufstockung über Jahresbudgets läuft im Parlament. Für die langfristige Sicherung der Finanzen muss aber ein Antrag ans BFS gehen, die Verordnungen zum Bundesstatistikgesetz zu ändern.

Verantwortlich und finanzielle Träger: Kantone, BAG oder Staatssekretariat für Bildung und Forschung

Die Methoden zur Datensammlung verbessern

- > Die Methoden zur Datensammlung werden überprüft und wo möglich verbessert, um eine höhere Kosteneffizienz zu erreichen. Statt der mühsamen Einzelsammlung muss ein routinemässiger Datenfluss erreicht werden. Wichtig ist es, den Zugang zu allen notwendigen Daten zu garantieren, der z.T. aus gesetzlichen Gründen, v.a. aber wegen fehlender Kooperation seitens der Ärzteschaft in manchen Kantonen nicht immer gegeben ist. Gegen Vorbehalte hilft eine aktive Publikationstätigkeit; die Register könnten zu eigenständigen Publikationsorganen im Bereich der Gesundheit werden. Zudem soll das gesammelte Datenmaterial vereinheitlicht werden, entsprechend internationaler Richtlinien. Hierzu gehört auch, dass die epidemiologischen Fragestellungen erweitert werden. Die notwendigen theoretischen Vorarbeiten wurden bereits durch die VSKR geleistet.

Verantwortlich und finanzielle Träger: kantonale Krebsregister, Kantone

Machbarkeitsstudien für interessierte Kantone

- > Den interessierten Kantonen (insbesondere FR und LU) wird eine Machbarkeitsstudie angeboten, die mehrere Optionen auslotet: regionales Register, kantonales Register, kantonale Datensammlung mit nationaler Instanz für Analyse. Die dabei auftretenden praktischen Probleme sollen nicht unterschätzt werden. Nicht nur Geld, auch hoch qualifiziertes Personal ist schwierig zu kriegen, und dies braucht es bereits auf der Ebene der Dateneingabe. Für Forschung kann Geld gefunden werden, aber für die Routineprozesse müssen die Kantone zahlen. Die kantonalen/ regionalen Register sollen die Möglichkeit haben, ihre Daten selbst «zum Leben zu bringen», eine Weitergabe der Rohdaten an eine Zentrale ohne eigene Analyse wird nicht funktionieren.

Insgesamt soll ein Modell entstehen, in dem

- kantonale/regionale Register die Datensammlung gemäss den lokalen Gegebenheiten und mit der vorhandenen Erfahrung betreiben und auch eigene Auswertungen vornehmen;
- eine zentrale Institution die Standards festlegt, die Qualität überwacht, koordiniert, Aus- und Weiterbildung sowie Analyse/Forschung betreibt.

Verantwortlich und finanzielle Träger: VSKR, Staatssekretariat für Bildung und Forschung

Lokale Kooperation mit der klinischen und molekularbiologischen Forschung

- > Die lokale Einbindung in klinische und molekularbiologische Forschung zu gewährleisten, ist grundsätzlich Aufgabe der einzelnen Krebsregister. Beim Erarbeiten von Krebsnetzwerken und Kompetenzzentren soll auf den Einbezug der Register geachtet werden, ebenso beim Knüpfen der lokalen/regionalen Netzwerke. Der SNF kann gegenüber Kliniken und Forschern die Kooperation anregen. In diesem Kontext soll auch Verhaltensforschung (sozialwissenschaftliche Aspekte) mitberücksichtigt werden.

Verantwortlich: kantonale /regionale Krebsregister, SNF

¹ Die Anfrage Gysin Remo (03.1143) kann eingesehen werden unter: http://www.parlament.ch/afs/data/d/gesch/2003/d_gesch_20031143.htm

² Eine detaillierte Beschreibung des nationalen Zentrums für Krebsepidemiologie mit einer genauen Kostenaufstellung findet sich in: Bouchardy C, Probst N, The national institute for registration and epidemiology of cancer. 2003: VSKR/SIAK, Genf.

Forschung

In den Kantonen wurde besonders hervorgehoben, dass die Forschung in Public Health und im psychosozialen Bereich sehr vernachlässigt wurde und dass es lohnend wäre, ihr besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Zudem wurde immer wieder erwähnt, dass die klinische Forschung durch eine zu starke Reglementierung behindert wird.

Partner und Verantwortlichkeiten

Es ist die Aufgabe des Bundes, genauer des BBW (via SNF), krebsbezogene Forschung in allen Bereichen weiterhin finanziell und strukturell zu unterstützen. Zur Erhaltung der Konkurrenzfähigkeit muss der sich abzeichnende Rückstand gegenüber den anderen Industrienationen deutlich korrigiert werden. Dabei ist es besonders wichtig, die Durchführung von nicht kommerziell orientierten klinischen Studien, die wegen fehlendem Interesse der Pharmaindustrie sonst nicht stattfinden, zu erleichtern. Solche Studien sind für die Optimierung von Therapien dringend notwendig, aber auch zur unabhängigen Verifizierung klinischer Daten, wie verschiedene Beispiele zeigen (Vioxx, Hormonersatztherapien in der Menopause). Die Kantone sollen klinische Forschung und Public-Health-Forschung, die zum Wohl ihrer eigenen Bevölkerung beiträgt, unterstützen, auch finanziell. Besonders im Bereich der klinischen Forschung sollen die Kantone Rahmenbedingungen in den Spitälern fördern oder schaffen, damit industrieunabhängige klinische Forschung überhaupt noch möglich bleibt.

Forscher und Forscherteams in den universitären und unabhängigen Forschungsinstitutionen sind für die Ausführung qualitativ hochstehender Projekte zuständig. Ihre Vernetzung und die Bildung von Kompetenzzentren mit entsprechender kritischer Masse sind ein wichtiges Ziel, besonders für langfristige und kapitalintensive Forschungsvorhaben, zum Beispiel in der Grundlagenforschung.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Es gibt keine für die Krebsforschung spezifischen gesetzlichen Grundlagen. Die Forschung am Menschen im Allgemeinen und gewisse Teilaspekte (Stammzellen, Transplantation), die auch Bezug zur Krebsforschung haben, sind jedoch in Gesetzen geregelt. Die Entwicklung neuer Therapien ist, vor allem im Bereich therapeutischer Produkte, durch «die anerkannten Regeln der Guten Praxis der klinischen Versuche»¹ strengen Massstäben unterworfen. Eine der grundlegenden Aufgaben der Ethikkommissionen im Bereich der Humanmedizin besteht dementsprechend darin, zu überprüfen, ob geplante Projekte wissenschaftlichen Standards genügen.

Finanzierungsmöglichkeiten

Vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten für die Forschung bestehen über Oncosuisse, KLS, die kantonalen Krebsligen und unzählige Stiftungen, die eigene Akzente setzen können. santésuisse hat ein Interesse an krebsbezogener Forschung zur Qualität und Gesundheitsökonomie und ist, wie einzelne Beispiele zeigen, auch bereit, sie zu finanzieren.

Die direkte, krebsbezogene Forschungsförderung durch das BBW (via SIAK und ISREC) wird mit grösster Wahrscheinlichkeit nach Integration dieser Mittel in den SNF aufhören. So ist zu befürchten, dass in Zukunft auf Bundesebene kein krebspezifisches Forschungsgefäss mehr existieren wird.

Die für die aktuelle Budgetperiode gesprochenen 50 Millionen Franken zur Unterstützung der klinischen Forschung im Allgemeinen (Programm PaKliF des SNF) werden teilweise auch der klinischen Krebsforschung zu Gute kommen, wobei der Verteilmechanismus vorläufig offen bleibt. Es ist vorstellbar, dass über dieses Gefäss auch die ungenügend gesicherte Finanzierung der Infrastruktur geregelt wird.

Grundlagenforschung und epidemiologische Forschung

- > Zur Förderung molekularbiologischer Grundlagenforschung und epidemiologischer Forschung wird die Stiftung biobank.suisse gegründet. Diese verknüpft Sammlungen von biologischem Material in den verschiedenen Zentrumspathologien mit einer zentralen Datenbank, wo zugehörige epidemiologische, klinische und vergleichbare Daten gesammelt werden. Diese Datenbank ermöglicht raschen Zugriff auf gut charakterisierte Materialien. Sie kann aber auch ein wertvolles Instrument zur Beantwortung molekularbiologisch-epidemiologischer Fragestellungen werden, zum Beispiel im Rahmen von repräsentativen Kohortenstudien.

Verantwortlich und finanzielle Träger: Stiftung biobank.suisse, Oncosuisse, Krebsforschung Schweiz (KFS), SNF, weitere Stiftungen, Pharmaindustrie.

Klinische Forschung

- > Bei nicht industriegesponserten Studien, insbesondere bei grossen Kooperationen im Bereich Therapieoptimierung, *orphan drugs* und *orphan indications* (Therapien für seltene Krankheiten), geben Swissmedic und andere Stellen (kantonale ethische Kommissionen) der Unterstützung/Förderung Priorität gegenüber der Verhinderung von Missbrauch. Die kantonalen Ethikkommissionen übertragen zur Vermeidung von Vielfachbeurteilungen ihre Kompetenz für nationale und/oder internationale Studien einer nationalen Ethikkommission oder akzeptieren Entscheidung der erstbeurteilenden Ethikkommission. Dies ist ohne Nachteile für Studienteilnehmer möglich und führt zu einer wesentlichen Vereinfachung, Verbilligung und Beschleunigung der Verfahren.

Verantwortlich und finanzielle Träger: Swissmedic und Ethikkommissionen

- > Es wird eine Lösung für die Haftpflichtversicherung grosser Studien auf Bundesebene gesucht. Am einfachsten wäre eine Übernahme der Haftpflicht durch den Bund. Aber auch eine Öffnung des Versicherungsmarktes wäre hilfreich. Die monopolistische Stellung der wenigen Anbieter würde aufgehoben und die Preise würden in realistische Bereiche fallen.
Verantwortlich und finanzielle Träger: SIAK, Oncosuisse

Public-Health-Forschung

- > Oncosuisse stellt einen gewissen Prozentsatz seines Forschungsbudgets spezifisch zur Förderung von Projekten in den Bereichen Public-Health-Forschung und psychosoziale Forschung zur Verfügung. Spezifische Studien, die im Rahmen des Nationalen Krebsprogramms durchgeführt werden sollen, sind in den Kapiteln Früherkennung und Behandlung erwähnt.
Verantwortlich und finanzieller Träger: Oncosuisse

¹ Vergleiche Art. 53 des Bundesgesetzes über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG, SR 812.21).

Anhänge

Anhang 1: Bericht über die Stellungnahme der Kantone zum ersten Entwurf des Nationalen Krebsprogramms

1. Vorgehen

Im Februar 2004 erhielten die Vorsteher aller kantonalen Gesundheitsdepartemente (Staats- bzw. Regierungsräte) einen Brief, in dem sie aufgefordert wurden, einen Gesprächspartner für die Vernehmlassung über das Nationale Krebsprogramm (NKP) zu bestimmen. Oncosuisse äusserte dabei den Wunsch, eine Gruppe von Personen zu treffen, die vom Kampf gegen den Krebs betroffen sind, beispielsweise Vertreter der Gesundheitsdepartemente, der kantonalen Krebsligen und gegebenenfalls der kantonalen Krebsregister.

Alle Departementsvorsteher und alle Teilnehmer des Treffens erhielten rechtzeitig ein Exemplar (deutsch oder französisch) des ersten Entwurfs des NKP.

Zwischen dem 23. März und dem 21. Juni fanden 20 Besuche bei den Kantonen statt. Einige Kantone beschlossen spontan, sich zusammenzuschliessen; BS und BL; AI und AR; LU mit SZ, UR und OW. Ein Kanton, NW, war zum Zeitpunkt des Treffens verhindert und deshalb nicht vertreten.

Jede Versammlung begann mit einer kurzen Vorstellung des Entwicklungsprozesses des NKP sowie der Ziele dieser Diskussion im jeweiligen Kanton. Sodann wurden alle Teilnehmer gebeten, ihre Meinung über den Vorgang und das Dokument zu äussern. Anschliessend wurden die einzelnen Kapitel durchgesehen und kommentiert und dabei kritische Äusserungen und Verbesserungsvorschläge angebracht.

Die Möglichkeit eines direkten Gedankenaustauschs und einer persönlichen Diskussion über dieses Projekt wurde in den meisten Fällen sehr positiv aufgenommen.

2. Allgemeine Bemerkungen

Insgesamt wurde das Dokument gut aufgenommen und sein globaler Ansatz gelobt. Die Ziele wurden im Allgemeinen nicht in Frage gestellt (siehe Punkte 3 bis 8 bezüglich der strittigen Fragen). Hauptproblem war die Frage, wie ein solches Programm in einer finanziell schwierigen Zeit realisiert werden kann.

In manchen Fällen wurde das NKP als zu ehrgeizig, zuweilen als nicht ausreichend innovativ beurteilt. Es wurde die Frage aufgeworfen, ob der Begriff «Programm» der richtige sei, da es sich doch anscheinend eher um ein politisches oder strategisches Vorgehen handele, aus dem dann spezifischere Aktionspläne hervorgehen sollten.

Die Argumente für die Notwendigkeit eines NKP müssen verstärkt und die Beziehung zwischen Krebs und anderen chronischen Krankheiten besser aufgezeigt werden, und zwar insbesondere in Verbindung mit Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch Palliative Care.

Auf nationaler Ebene und in jedem Kanton müssen Prioritäten gesetzt werden. Es wurde nicht darüber diskutiert, wie dies geschehen könnte. Die im Laufe dieser Gespräche am häufigsten geäußerten Prioritäten waren Prävention, Früherkennung und aussagekräftige epidemiologische Daten (Krebsregister).

Mögliche positive Auswirkungen des NKP

Es würde eine einheitliche Doktrin geschaffen.

Ein solches Programm würde dazu beitragen, andere Departemente – insbesondere die Bildungsdepartemente – dazu anzuregen, sich im Kampf gegen den Krebs zu engagieren.

Die Ansichten über den Nutzen des NKP beim Kampf gegen die sozialen und regionalen Ungleichheiten gehen beträchtlich auseinander: Bestimmte Kreise wünschen, dass dieses Ziel verstärkt wird, andere sind der Ansicht, dass diese Ungleichheiten eine unvermeidbare Tatsache sind.

Hauptschwierigkeiten bei der Umsetzung des NKP

Finanzen

- Die zur Realisierung des NKP benötigten Mittel müssen genauer definiert werden.
- Es stehen keine Mittel für neue Aktivitäten auf kantonaler Ebene zur Verfügung.
- Neue Aktivitäten sind nur dann möglich, wenn an anderer Stelle Einsparungen vorgenommen werden.
- Der Bund muss sein Engagement und seinen politischen Willen unter Beweis stellen, indem er das NKP wenigstens teilweise finanziert.
- Die Krankenkassen, beispielsweise via santésuisse, müssen sich an der Finanzierung des NKP beteiligen.

Koordination

- Die fehlende Koordination zwischen einer Vielzahl von Partnern ist sehr bedauerlich. Besteht der Wille, ein NKP zu realisieren, muss hier Abhilfe geschaffen werden. Die Koordination ist auf dreierlei Ebenen nicht zufrieden stellend: zwischen den nationalen Organisationen und den Kantonen, zwischen den Kantonen und innerhalb der Kantone.
- Es wird viel über Entscheidungen geklagt, die auf nationaler Ebene getroffen wurden, ohne dass die kantonalen Partner zu Rate gezogen worden wären. Das Ergebnis sind unangemessene «nationale» Projekte (zu kostspielig, zu umfangreich, nicht auf die Bedürfnisse der Bevölkerung zugeschnitten), die in den Kantonen nicht realisiert werden können.

- Der schweizerische Föderalismus ist der wichtigste Grund für die Behinderung der Koordination: «Häufig ist es teurer, mit anderen Kantonen zusammenzuarbeiten, als die Dinge für uns alleine zu machen».
- Das zur Diskussion stehende Dokument drückt nicht klar aus, wo die Verantwortlichkeiten liegen und wer die Rolle der Koordination übernehmen könnte.

Leadership

- Ein leitendes Organ sowie die Koordination auf nationaler Ebene waren für die meisten Kantone wichtige Punkte. Es scheint sich jedoch keine Organisation zu profilieren, die die Führung übernehmen könnte. Weder Oncosuisse noch die Krebsliga Schweiz (KLS) noch Gesundheitsförderung Schweiz wären angesichts ihrer augenblicklichen Struktur und/oder Arbeitsweise akzeptabel. Das Bundesamt für Gesundheit wurde für diese Aufgabe erwähnt, scheint aber nicht über den erforderlichen Einfluss und die benötigten Mittel zu verfügen.
- Jede Idee neuer «Superstrukturen» wurde heftig abgewiesen. Für die Realisierung des NKP müssten die vorhandenen nationalen und kantonalen Strukturen benutzt werden.

Gesetzliche Grundlage

- Auf nationaler Ebene existieren keine gesetzlichen Grundlagen für ein NKP. Es gibt kein Gesetz über die Volksgesundheit, und somit wäre es nicht logisch, ein spezifisches Gesetz über Krebs zu erwarten.
- Einige Aspekte des Programms – insbesondere Krebsregister oder Früherkennungsprogramme – könnten in den Kantonen nur auf gesetzlicher Basis realisiert oder dauerhaft garantiert werden.

3. Gesundheitsförderung und Prävention

Die Betonung der Prävention wurde sehr positiv aufgenommen und die diesbezüglichen Zielsetzungen insgesamt begrüsst. Gleichzeitig ruft der Gedanke einer spezifisch auf Krebs ausgerichteten Prävention ein deutliches Unbehagen hervor. Es wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass die Schweiz für die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung unbedingt eine nationale Strategie benötige, und dass diese Strategie einige krebspezifische Elemente enthalten müsse. Das NKP könnte zur Entwicklung einer solchen Strategie beitragen. Aber kein einziger Kanton wäre in der Lage, ein Krebspräventionsprogramm umzusetzen.

Die meisten Kantone betonten das Fehlen einer **koordinierten Aktion** und das dringende Bedürfnis nach einem Führungsorgan auf nationaler Ebene. Diese Problematik beinhaltet verschiedene Aspekte:

- Es fehlt der politische Wille zur Schaffung eines Umfeldes, das die Verhaltensweisen der Menschen ändern könnte. Die Tatsache, dass die Tabakwerbung nicht auf nationaler Ebene verboten wurde, ist das deutlichste Beispiel dafür.
- Die Auswirkungen der bislang durchgeführten Kampagnen sind ausser im HIV-Bereich nicht bekannt; es wurden keine ernsthaften Evaluationen durchgeführt.
- Viele Kantone verfügen über eine zu geringe Bevölkerungszahl, um die Aufstellung, Realisierung und Evaluation von Präventionskampagnen zu rechtfertigen; von mehreren Kantonen gemeinsam durchgeführte Kampagnen sind jedoch sehr selten.
- Auf nationaler Ebene eingeführte Präventivmassnahmen entsprechen nicht dem kantonalen Bedürfnis (insbesondere in den kleinen Kantonen): zu umfangreich, zu kostspielig, nicht auf die Bedürfnisse der Bevölkerung ausgerichtet, Verschwendung von Mitteln. In dieser Hinsicht wurden insbesondere (aber nicht ausschliesslich) Gesundheitsförderung Schweiz und die Krebsliga Schweiz erwähnt.
- Die Mehrheit der Gesundheitsdepartemente, jedoch nicht alle, gab zu, dass es ihnen obliegt, die in ihrem Kanton durchgeführten Präventivmassnahmen zu koordinieren.

Die meisten Kantone räumen dem **Kampf gegen den Tabakmissbrauch** absolute Priorität ein. Viele bedauern die Schwierigkeit, günstige Bedingungen dafür zu schaffen, wie beispielsweise durch ein Werbeverbot und Preiserhöhungen. «Es handelt sich um den Kampf des Liberalismus gegen die Volksgesundheit». Die Einstellungen zu dieser Frage gehen von einem totalen Werbeverbot im Kanton über das Verbot in öffentlichen Räumen bis zu überhaupt keinem Verbot. Die Einstellung gegen ein Verbot ist einerseits auf eine starke Tabak-Lobby (Hersteller) im Kanton zurückzuführen und andererseits auf das Gefühl, dass es unnötig sei, auf kantonaler Ebene zu kämpfen, da das Publikum ja ohnehin der Werbung durch die Medien ausgesetzt sei.

Eine weitere von vielen Kantonen geäußerte Priorität ist die Notwendigkeit, **gezielt die Jugend anzusprechen**, also enger mit den Schulen und den Bildungsdepartementen zusammen zu arbeiten.

Schliesslich wurde angemerkt, das nächste Dokument müsse auf Umweltfaktoren und Infektionserreger als Krebsauslöser hinweisen.

Die grundsätzlichen Fragen sind: Wie kann man echte Synergien zwischen den Kantonen, wie echte Partnerschaften zwischen nationalen und kantonalen Organisationen schaffen?

4. Krebsfrüherkennung

Die Mehrzahl der Kantone ist mit diesen Zielen einverstanden, jedoch nicht alle. Einige Kantone lehnen es ab, eine systematische Früherkennung zu organisieren und die Bevölkerung über ihre Vorteile und die damit zusammenhängenden Probleme zu informieren. Viele stellen die Frage nach der Finanzierung der Früherkennungsmaßnahmen. Nachstehend einige Kommentare, die von einer Mehrzahl der Kantone vorgebracht wurde:

Es ist sehr wichtig, die Information der Bevölkerung über die Krebsfrüherkennung zu verbessern. Eine kürzlich durchgeführte Studie belegt, dass der Wissensstand der Bevölkerung schwach und unklar ist. Das Gesundheitsdepartement muss die Aufgabe des «neutralen Akteurs» übernehmen, um einen Ausgleich gegen die Interessen der Privatwirtschaft zu schaffen.

Die Haltung der Bevölkerung im Hinblick auf die Früherkennung variiert stark nach Region und Wohnform (Stadt/Land). Vor der konkreten Organisation einer Früherkennungskampagne wäre es nützlich, eine Studie zu erstellen, deren Ziel ein besseres Verständnis dessen ist, was die Menschen denken und wodurch ihre Meinung beeinflusst ist.

Auf nationaler Ebene müsste eine klare Orientierung vorhanden sein, beispielsweise neueste Informationen über die Wirksamkeit der Früherkennungsmaßnahmen sowie Vorschläge zur Art und Weise, wie diese Programme im schweizerischen Kontext realisiert werden könnten.

Brustkrebsfrüherkennung

Die Diskussion «organisierte oder opportune Früherkennung» ist allgegenwärtig. Die opportune Früherkennung wird in allen Kantonen praktiziert, ohne dass Daten über die Resultate vorhanden wären (Prävalenz, Angemessenheit, Effizienz, Qualität). Die verschiedenen Ansichten der Kantone können wie folgt zusammengefasst werden:

- Die organisierte Früherkennung ist der richtige Weg. Ein systematisches Früherkennungsprogramm ist schon eingeführt (GE, FR, VD, VS) oder wird demnächst eingeführt (JU, NE).

- Zweifel über den Nutzen der organisierten Früherkennung gab es auch noch nach der wissenschaftlichen Debatte der Jahre 1999–2000. Es ist jedoch der Wille vorhanden, mehr über die Entwicklung der Kenntnisse in diesem Bereich und über die Erfahrungen der Kantone, die ein solches Programm eingeführt haben, zu lernen. Sind diese Erfahrungen positiv und können die finanziellen Probleme gelöst werden, wäre der Kanton geneigt, die Organisation einer systematischen Brustkrebsfrüherkennung ins Auge zu fassen¹ (AG, AI/AR, BS/BL, BE, LU mit SZ, UR, OW, SG, SO, TG) (mit Vorbehalt: GR, SH, TI, ZH).
- Gegen die organisierte Früherkennung sprechen sich aus: GL, ZG.

Finanzierung der Früherkennungsmassnahmen

Die Früherkennungstests, die ihre Wirksamkeit bewiesen haben, müssen von der Krankenkasse ohne Franchise erstattet werden.

Das Beispiel des Kantons Waadt zeigt, dass die organisierte Früherkennung rentabler als die opportune Früherkennung ist, und dass die Krankenkassen somit ein Interesse daran haben, die systematische Früherkennung zu unterstützen.

Zusätzliche Bemerkungen

Früherkennung von Darmkrebs: Warum sollte die Strategie der Untersuchung des Stuhls auf Blutspuren gewählt werden? Die Kolonoskopie scheint wirksamer zu sein und würde akzeptiert werden (Pilotstudie in drei Schweizer Regionen).

Opportune Früherkennung des Mundkrebses: Die zu häufige Inanspruchnahme muss aufgedeckt werden.

Gentests: Das Augenmerk müsste mehr auf die Notwendigkeit umfangreicher und korrekter Beratung gerichtet werden als auf die Gentests. Dem Einfluss der Pharmaindustrie muss entgegen gewirkt werden.

5. Qualitativ hochstehende, ganzheitliche Behandlung

Dieses Ziel ist insgesamt sehr lobenswert und es wäre lohnend, es weiter zu verfolgen.

Den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen, wurde schon mehrmals als positives Element hervorgehoben. Es müsste noch konkreter beschrieben werden, auf welche Weise der Patient einbezogen werden und wie ihm Entscheidungsgewalt gegeben werden kann. Es wurde insbesondere der Bedarf an «Gesprächsgruppen» betont.

Alle Kantone wiesen auf einen beträchtlichen Bedarf an psychosozialen Leistungen hin. Da aber die Beiträge des BSV geringer werden, sind die kantonalen Krebsligen nicht mehr in der Lage, ihr Niveau an Dienstleistungen in diesem Bereich aufrecht zu halten; und die Gesundheitsdepartemente verfügen selten über ausreichende Mittel, um ihre Beiträge zu erhöhen.

Regionale Onkologiezentren

Regionale Onkologiezentren wären wahrscheinlich eine gute Idee, jedoch ist nicht ganz klar, was dieser Begriff beinhaltet, was genau damit verbunden ist und wie die Verantwortlichkeiten zwischen Zentrum und Peripherie verteilt wären. In den meisten Diskussionen wurde vorgezogen, von einem «regionalen Netz» zu sprechen, welches um ein Kompetenzzentrum herum tätig ist. Nachstehende Punkte sind noch eingehender zu behandeln:

- Unter welchen Umständen und auf welche Art und Weise kann eine Zentralisierung qualitätsverbessernd wirken; wie sind überflüssige Arbeiten zu reduzieren und wie können grössenbedingte Kostenvorteile erzielt werden?
- In den Kantonen, die über keine Einrichtungen der tertiären Gesundheitsversorgung verfügen, werden die Onkologiepatienten nicht notwendigerweise in einem einzigen Spital behandelt; es stehen verschiedene Zentren für die Tertiärversorgung zur Verfügung und werden entsprechend der spezifischen Bedürfnisse und der geografischen Nähe benutzt. Somit ist nicht immer selbstverständlich, dass man einem bestimmten Kompetenzzentrum «angehört».
- Der Wettbewerb zwischen den Spitälern bezüglich der Mittelzuweisung verhindert manchmal die Verlegung eines Patienten in einen anderen Kanton, selbst wenn die Behandlung in einer Einrichtung der

Tertiärversorgung besser wäre. Darüber hinaus wünschen die Patienten häufig, unabhängig von der Qualität der Massnahmen in der Nähe ihres Wohnortes behandelt zu werden.

- Es dürften keine neuen Strukturen geschaffen werden! Alle betroffenen Akteure müssten sich an der Entwicklung regionaler Netze beteiligen, insbesondere die privat niedergelassenen Onkologen, die die Regionalzentren im Augenblick als Bedrohung empfinden.
- Die Kompetenzzentren müssten die Bedeutung der an der Peripherie geleisteten Dienste hervorheben anstatt sie zu entmutigen oder ihre Existenz zu gefährden.

Qualitätsnormen und Zertifizierung

Es ist wichtig, eine qualitativ hochstehende Pflege überall in der Schweiz zu gewährleisten. Jedoch wäre es nützlich, die bestehenden Normen anzuwenden, bevor man daran geht, neue Normen zu erarbeiten.

Die Mängel und Schwächen der augenblicklichen onkologischen Behandlung müssten aufgedeckt werden, um hier Abhilfe schaffen zu können, was eine vorrangige Aufgabe wäre.

Wer würde die Qualitätsnormen bestimmen? Wer ist dazu ermächtigt? Wer würde ihre Anwendung kontrollieren? Welche Aufgabe haben die Berufsverbände? In jedem Fall wäre es erforderlich, sich auf internationale Normen zu stützen.

Es besteht Unsicherheit darüber, ob ein Zertifizierungs-/ Akkreditierungssystem nützlich wäre. Ein Teil der befragten Personen lehnen ein solches kategorisch ab und betrachten es als zu umständlich und motivationshemmend.

6. Palliative Care

Der Begriff Palliative Care muss konkreter definiert werden; dabei ist der Unterschied zwischen palliativer onkologischer Behandlung und Pflege am Lebensende deutlich hervorzuheben.

Eine von vielen Kantonen erwähnte Priorität ist die Verbesserung des Zugangs zu Palliative Care sowie deren Qualität; Palliative Care müsste in alle medizinischen Bereiche integriert werden. Wichtigste Anforderungen:

- Ausbildung in Palliative Care für Ärzte und Pflegende;
- Palliative Care zu Hause mit der Zusicherung, dass sie von den Krankenkassen erstattet wird;
- Erarbeitung neuer Modelle, die die Familie des Patienten mit einbeziehen.

7. Epidemiologische Überwachung

Die Notwendigkeit genauer epidemiologischer Daten wurde bei fast allen Gesprächen betont. Teilweise wurden diese auch als erste Priorität des NKP betrachtet.

Die derzeitige Situation hinsichtlich statistischer Daten wurde häufig als bedauerlich bezeichnet: Fehlen von zuverlässigen Daten für das Land insgesamt; keine Information über die Lebensjahre, die durch Prävention (einschliesslich Früherkennung) gerettet werden könnten, oder über die Einsparungen, die durch die Verbesserung der Prävention und Früherkennung erzielt werden könnten.

Die fehlende gesetzliche Grundlage zur Krebsregistrierung wird als ein ernsthaftes Hindernis für eine Datensammlung in den Kantonen betrachtet. Dieses Problem bedarf einer dringenden Klärung.

Es ist nicht notwendig, in jedem Kanton eigenständige Krebsregister zu schaffen. Die Kantone, die über kein Register verfügen und sich nicht an dem eines benachbarten Kantons beteiligen, drückten häufig die Absicht aus, lokale Daten zu sammeln, vorausgesetzt diese Informationen können auf regionaler oder nationaler Ebene analysiert werden und innerhalb einer annehmbaren Frist und in benutzbarer Form an den Kanton zurückgehen. Zwei Kantone (FR, JU) prüfen zurzeit die Durchführbarkeit einer solchen Vereinbarung.

Vertreter der vorhandenen Register äusserten den Wunsch, ihre klinischen Daten sowie deren Analyse auszubauen, um dadurch die Qualität und Wirkungsweisen der verschiedenen Behandlungsmethoden evaluieren zu können. Auch die Benutzung der aktuellen Datensammlungen könnte in einigen Fällen verbessert werden.

Der Gedanke, ein nationales Krebsregister zu schaffen, wurde fast einstimmig gutgeheissen. Es wurde betont, dass nur eine nationale Institution eine den Grossteil der Schweiz abdeckende systematische Erfassung und qualitativ hochstehende Analyse gewährleisten kann. Ein solches nationales Register müsste vom Bund finanziert werden und langfristig dem nationalen Gesundheitsobservatorium angegliedert werden.

8. Forschung

Die Forschung in Public Health und im psychosozialen Bereich wurde sehr vernachlässigt, und es wäre lohnend, ihr besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Die klinische Forschung wird durch eine zu starke Reglementierung behindert.

9. Schlussfolgerung

Die in den Kantonen geführten Diskussionen, die geäusserten Ansichten, die uns zugegangenen Kommentare und kritischen Anmerkungen waren äusserst wertvoll. All dies erlaubte Oncosuisse, den ersten Entwurf des Nationalen Krebsprogramms zu überprüfen und einige Vorschläge zu seiner Konkretisierung zu machen.

Allen Teilnehmern sei ganz herzlich gedankt für die Zeit, die sie der Unterstützung dieses Vorhabens gewidmet haben.

¹ Darüber hinaus müssen einige Kantone die technischen Probleme lösen, die ein mit einer Qualitätskontrolle verbundenes Früherkennungsprogramm aufwirft; denn sie verfügen nicht über die radiologischen Einrichtungen, die das zweifache Ablesen der Mammographien ermöglichen.

Anhang 2: Partner für die Umsetzung

Hier seien nur die Partner auf nationalem Niveau genannt. Besonders bei den nicht krebspezifischen Organisationen mag es noch weitere geben, die sich gerne an der Umsetzung eines Nationalen Krebsprogramms beteiligen würden. So soll diese Liste auch nicht exklusiv verstanden werden, sondern als eine erste Indikation der Vielfalt der Partner.

Bundesbehörden:

- Bundesamt für Gesundheit (inkl. KUV)
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Bundesamt für Bildung und Wissenschaft
- seco

Kantonale Organisationen:

- Gesundheitsdirektorenkonferenz
- Vereinigung der Kantonsärzte
- Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung
- Erziehungsdirektorenkonferenz

Spezifisch im Krebsbereich tätige Organisationen:

- Oncosuisse
- Krebsliga Schweiz
- Schweiz. Institut für angewandte Krebsforschung
- Schweiz. Arbeitsgruppe für Klinische Krebsforschung
- Schweiz. Pädiatrische Onkologiegruppe
- Vereinigung der Schweizer Krebsregister
- Institut Suisse pour la Recherche Experimentale sur le Cancer

Organisationen, die krebsverhindernde Massnahmen durchführen:

- Gesundheitsförderung Schweiz
- Lungenliga Schweiz
- Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention

Ärztliche und pflegerische Fachgesellschaften und Interessenverbände:

- FMH
- Kollegium für Hausarztmedizin
- Schweiz. Gesellschaft für Allgemeinmedizin
- Schweiz. Gesellschaft für Innere Medizin
- Schweiz. Gesellschaft für Pädiatrie
- Schweiz. Gesellschaft für Medizinische Onkologie

- Schweiz. Gesellschaft für Radio-Onkologie
- Schweiz. Gesellschaft für Hämatologie
- Schweiz. Gesellschaft für medizinische Genetik
- Union der schweiz. chirurgischen Fachgesellschaften mit ihren Mitgliedergesellschaften
- Schweiz. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Fachgesellschaft der schweiz. Gastroenterologen
- Schweiz. Gesellschaft für Pathologie
- Schweiz. Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie
- Schweiz. Gesellschaft für Nuklearmedizin
- Schweiz. Gesellschaft für Radiologie
- Schweiz. Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen
- Schweizer Bund für Krankenpflege
- Onkologiepflege Schweiz
- Schweiz. Gesellschaft für Onkologie
- Schweiz. Gesellschaft für Senologie
- Schweiz. Gesellschaft für Palliative Medizin und Pflege
- Scientific Association of Swiss Radiation Oncology
- Schweiz. Gesellschaft für Psychoonkologie
- Schweiz. Gesellschaft zum Studium des Schmerzes

Medizinische Fakultäten

Patientenorganisationen:

- Vivre avec
- Europa Donna
- Leben wie zuvor
- ilco
- Union
- Kinderkrebshilfe

Versicherer:

- santésuisse
- Suva
- Schweiz. Versicherungsverband

Sonstige Forschungsorganisationen:

- Schweiz. Nationalfonds
- Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Anhang 3: Steuerungsgruppe des Nationalen Krebsprogramms

Prof. Dr. Franco Cavalli
Direktor Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI)
Krebsliga Schweiz (KLS)
Ospedale San Giovanni
6500 Bellinzona

Prof. Dr. Thomas Cerny
Präsident Krebsliga Schweiz (KLS)
Kantonsspital
9007 St. Gallen

Dr. Reto Guetg
Vertrauensarzt santésuisse
Monbijoustrasse 39
3011 Bern

Charles Kleiber
Staatssekretär des Bundesamtes für Bildung und
Wissenschaft (BBW)
Hallwylstrasse 4
3003 Bern

Dr. Margrit Leuthold
Generalsekretärin der Schweizerischen Akademie der
Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
Petersplatz 13
4051 Basel

Prof. Dr. Giorgio Nosedà
Präsident der Oncosuisse – Schweizerische Vereinigung
gegen Krebs (USCC)
Ospedale Regionale Lugano
Via Tesserete 46
6903 Lugano

Prof. Dr. Reto Obrist
Direktor Oncosuisse – Schweizerische Vereinigung gegen
Krebs (USCC)
Effingerstrasse 40
3001 Bern

Dr. Marie-Christine Peter-Gattlen
Mitglied des Zentralvorstandes der Verbindung der
Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
Avenue de la Gare 5
1950 Sion

Dr. Bertino Somaini
Direktor Gesundheitsförderung Schweiz
Dufourstrasse 30
Postfach 311
3000 Bern 6

Prof. Dr. Rolf A. Stahel
Präsident des Schweizerischen Instituts für
Angewandte Krebsforschung (SIAK)
Häldeliweg 4
8044 Zürich

Dr. Therese Stutz Steiger
Verantwortliche der Fachstelle für
Öffentliche Gesundheit
Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Schwarztorstrasse 96
3003 Bern

Franz Wyss
Zentralsekretär
Schweizerische Konferenz der kantonalen
Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
Weltpoststrasse 20
Postfach
3000 Bern 15

Anhang 4: Technische Arbeitsgruppe des Nationalen Krebsprogramms

Prof. Dr. Ursula Ackermann-Liebrich
Vorsteherin des Instituts für Sozial- und
Präventivmedizin
Steinengraben 49
4051 Basel

Irène Bachmann-Mettler
Präsidentin der Onkologiepflege Schweiz
Universitätsspital Zürich
Rämistrasse 100
8099 Zürich

Brigitte Baschung
Bereichsleiterin Prävention Krebsliga Schweiz (KLS)
Effingerstrasse 40
3001 Bern

Dr. Jean-Pierre De Landtsheer
Direktor der Stiftung zur Früherkennung
von Brustkrebs
Rue César Roux 19
1005 Lausanne

Dr. Steffen Eychmüller
Chefarzt für Palliative Medizin
Kantonspital St. Gallen
9007 St. Gallen

Angela Grezet-Bento de Carvalho
Koordinatorin des Comité du suivi Qualité
de vie et Cancer du sein
Association Savoir Patient
Chemin de l'Argilière 40
1234 Vessy GE

Dr. Ueli Grüninger
Geschäftsführer Kollegium für Hausarztmedizin
Landhausweg 26
3007 Bern

Prof. Dr. Richard Herrmann
Präsident SAKK
Chefarzt Onkologie
Universitätsspital Basel
Petersgraben 4
4031 Basel

Prof. Dr. Bernhard Hirt
Vorsitzender Wissenschaftliche Kommission
(WIKO) der Krebsliga Schweiz (KLS)
Chemin de la Cure 15
1012 Lausanne

Ruedi Hösli
Projektbeauftragter Krebsliga Schweiz (KLS) und
Gesundheitsförderung Schweiz
Effingerstrasse 40
3001 Bern

Prof. Dr. Serge Leyvraz
Direktor der Stiftung für pluridisziplinäre Onkologie
(CePO)
CHUV / Niveau 10
Rue du Bugnon 46
1011 Lausanne

Dr. Jean-Michel Lutz
Experte Epidemiologe Krebsregister Genf
und Vereinigung Schweizerischer Krebsregister (VSKR)
Boulevard de la Cluse 55
1205 Genf

Dr. Rolf Marti
Bereichsleiter Forschung
Krebsliga Schweiz (KLS)
Effingerstrasse 40
3001 Bern

Prof. Dr. Giorgio Nosedà
Präsident der Oncosuisse –
Schweizerische Vereinigung gegen Krebs (USCC)
Ospedale Regionale Lugano
Via Tesserete 46
6903 Lugano

Prof. Dr. Reto Obrist
Direktor Onco Suisse – Schweizerische
Vereinigung gegen Krebs (USCC)
Effingerstrasse 40
3001 Bern

PD Dr. phil. II et Ph.D. Nicole Probst
Leiterin Molekulare Epidemiologie/Krebsregister Zürich
Institut für Sozial- und Präventivmedizin/Institut für
Klinische Pathologie
Universität Zürich
Sonneggstrasse 6
8091 Zürich

Dr. Cecilia Sepulveda
Coordinator Cancer Control Programme WHO
Avenue Appia 20
1211 Genève 27

Prof. Dr. Fritz Stiefel
Präsident der Schweizerischen Gesellschaft
für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP)
CHUV-Les Allières
1011 Lausanne

Jean-Jacques Thorens
Wissenschaftlicher Berater an der Fachstelle
für öffentliche Gesundheit
Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Schwarztorstrasse 96
3003 Bern

Wiebke Twisselmann
Bereichsleiterin Psychosoziales der
Krebsliga Schweiz (KLS)
Effingerstrasse 40
3001 Bern

Dr. Marcel Zwahlen
Departement für Sozial- und Präventivmedizin
Universität Bern
Finkenhübelweg 11
3012 Bern

Glossar

AT	Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBW	Bundesamt für Bildung und Wissenschaft
BFS	Bundesamt für Statistik
EDK	Erziehungsdirektorenkonferenz
EU	Europäische Union
EUSOMA	European Society of Mastology
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
Grundversorger	Allgemeinpraktiker, Internisten, Kinderärzte und Gynäkologen
GWF	Gruppe für Wissenschaft und Forschung
IARC	International Agenca for Cancer Research
IBCSG	International Breast Cancer Study Group
ISREC	Schweizerisches Institut für experimentelle Krebsforschung (Institut Suisse de Recherche Expérimentale sur le Cancer)
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
KFS	Krebsforschung Schweiz
KLS	Krebsliga Schweiz
KLV	Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen (Krankenversicherungsgesetz)
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
PaKliF	Fachkommission patientenorientierte klinische Forschung des SNF
SAKK	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für klinische Krebsforschung
santésuisse	Branchenverband (Konkordat) der schweizerischen Krankenversicherer
seco	Staatssekretariat für Wirtschaft
SFA	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Suchtprobleme
SGAM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
SGIM	Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
SGPMP	Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung
SIAK	Schweizerisches Institut für angewandte Krebsforschung
SNF	Schweizerischer Nationalfonds
SPOG	Schweizerische pädiatrische Onkologie-Gruppe
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SWTR	Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat
VSKR	Vereinigung der Schweizer Krebsregister
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)