



ES TUT SICH WAS

Klinische Krebsregister aus politischer Sicht

WINFRID ALBER, POTSDAM

Klinische Krebsregister sind wesentliche Instrumente der Qualitätsförderung. Sie dienen der auf den einzelnen Patienten bezogenen Steuerung von Behandlung und Nachsorge, dem auf Kliniken und Regionen bezogenen Nachweis der Versorgungsqualität und dem auf Basis von Leistungsvergleichen organisierten Dialog zur Optimierung der Versorgung.

Neu ist die Erkenntnis vom Nutzen klinischer Krebsregister für die Verbesserung der Versorgung Krebskranker nicht. Bereits 1982 hat Mildred Scheel den „zügigen Ausbau von klinischen und flächendeckenden regionalen Krebsregistern“ zur Sicherstellung guter Qualität der Versorgung von Krebskranken gefordert und Mittel der Deutschen Krebshilfe für diesen Zweck zur Verfügung gestellt. Auch der Bund, eine Reihe von Bundesländern und Krankenkassen haben den Aufbau klinischer Krebsregister tatkräftig gefördert. Dadurch sind in mehreren Bundesländern hervorragende Beispiele klinischer Krebsregister entstanden. Zu einem flächendeckenden Einsatz klinischer Krebsregister, die im Unterschied zu den epidemiologischen Registern gesetzlich nicht vorgeschrieben sind, ist es bis heute jedoch leider noch nicht gekommen.

Allerdings gibt es Entwicklungen, die zeigen, dass das Interesse an klinischen Krebsregistern als Werkzeuge zur Optimierung der onkologischen Versorgung in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat.

Eine dieser Entwicklungen ist eng mit dem Deutschen Krebskongress verbunden. Auf dem 24. Deutschen Krebskongress im Jahre 2000 wurde heftige Kritik an Tumorzentren geübt, die „ins Abseits geraten sind, da sie keine Lösung gefunden haben, um klinische Krebsregister ins Leben zu rufen und die Experten der beteiligten Fachgebiete zu integrieren“. Auch wenn dabei Tumorzentren übersehen wurden, die mit gut vorzeigbaren klinischen Krebsregistern gute Arbeit leisteten, hat diese Kritik einen wichtigen Punkt getroffen und eine positive Entwicklung angestoßen. Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und Deutsche Krebshilfe (DKH) haben mit einem im Jahre 2001 gestarteten Evaluationsprojekt auf die Kritik an den Tumorzentren reagiert. Seit 2005 liegen der Evaluationsbericht und ein aus ihm abgeleitetes Konzept zur Weiterentwicklung und Neuausrichtung der Tumorzentren vor.

Tumorzentren werden zu regionalen Qualitätssicherungszentren

Nach diesem Konzept sind Tumorzentren ohne klinische Krebsregister in Zukunft undenkbar. Klinische Krebsregister sollen die für ein Tumorzentrum unverzichtbare Aufgabe wahrnehmen, aus einer Zusammenführung der Daten der Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzte einer definierten Region Aussagen über die Qualität der erbrachten Leistungen abzuleiten und dadurch die Versorgungsqualität in der Region über ein kollegiales Benchmarking zu verbessern. Damit werden Tumorzentren zu regionalen Qualitätssicherungszentren. Ohne klinische Krebsregister, so der Präsident der DKG im Jahr 2002, sei interdisziplinäre onkologische Versorgung wie ein Tanker im Nebel ohne Radar. Ohne dieses Radargerät fehlen Ärzten, Krankenkassen und der Politik Erkenntnisse, die für rationale Entscheidungen zur Optimierung der onkologischen Versorgung benötigt werden.

Es macht viel Sinn, dass die Deutsche Krebsgesellschaft das Ergebnis der durch die Kritik auf dem Krebskongress im Jahre 2000 ausgelösten Untersuchungen und konzeptionellen Überlegungen auf die Tagesordnung des 27. Deutschen Krebskongresses gesetzt hat. Im Rahmen eines wissenschaftlichen Symposiums „Gesundheitspolitik/Strukturen“ werden am 22. März 2006 auf dem Deutschen Krebskongress in Berlin Ärzte mit Politikern, Wissenschaftlern, Vertretern von Krankenkassen und Fachleuten für Datenverarbeitung darüber diskutieren, wie Tumorzentren der Zukunft aussehen sollten und was klinische Krebsregister zur Qualitätsförderung onkologischer Versorgung beitragen können.

Eine zweite Entwicklung, die das in den letzten Jahren gewachsene Interesse an einer Optimierung der Qualität onkologischer Versorgung durch klinische Krebsregister zum Ausdruck bringt, geht auf einen Beschluss der



Winfrid Alber
Staatssekretär

77. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) und auf positive Erfahrungen mit klinischen Krebsregistern in Ostdeutschland, insbesondere im Land Brandenburg, zurück.

Qualitätssicherung in der onkologischen Versorgung durch klinische Krebsregister weiter ausbauen

In ihrem Beschluss aus dem Jahre 2004 über den Ausbau der Krebsregister zur besseren Versorgung von

Krebskranken stellt die GMK fest, dass klinische Krebsregister noch nicht in allen Bundesländern als feste Bestandteile der regionalen onkologischen Versorgung etabliert sind, und appelliert an die Landesverbände der Krankenkassen, die bestehenden positiven Ansätze der Qualitätssicherung in der onkologischen Versorgung durch klinische Krebsregister weiter auszubauen. Die GMK betont, dass ohne klinische Krebsregister notwendige Informationen und Anreize zur Leistungs-optimierung in der Versorgung von Krebskranken nicht zur Verfügung stehen.

Wenige Monate nach der GMK des Jahres 2004 kam es auf einer Veranstaltung zum 10-jährigen Bestehen eines flächendeckenden klinischen Krebsregisters im Land Brandenburg zu einer spontanen Initiative für einen bundesweiten Ausbau klinischer Krebsregister im Sinne der GMK. Aus dieser Initiative ist inzwischen ein Kooperationsverbund geworden, in dem sich Vertreterinnen und Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der zuständigen Ressorts aus derzeit neun Bundesländern, von Krankenkassenverbänden, Fachgesellschaften, der Wissenschaft, der Deutschen Krebshilfe und zahlreichen Tumorzentren zusammengefunden haben, um eine Verbesserung der Versorgung von Krebskranken durch einen flächendeckenden Ausbau klinischer Krebsregister zu erreichen.

Man sieht, – es tut sich was. Der Beschluss der 77. GMK über den Ausbau der Krebsregister und das gemeinsame Konzept von DKH, DKG und ADT zur Zukunft der

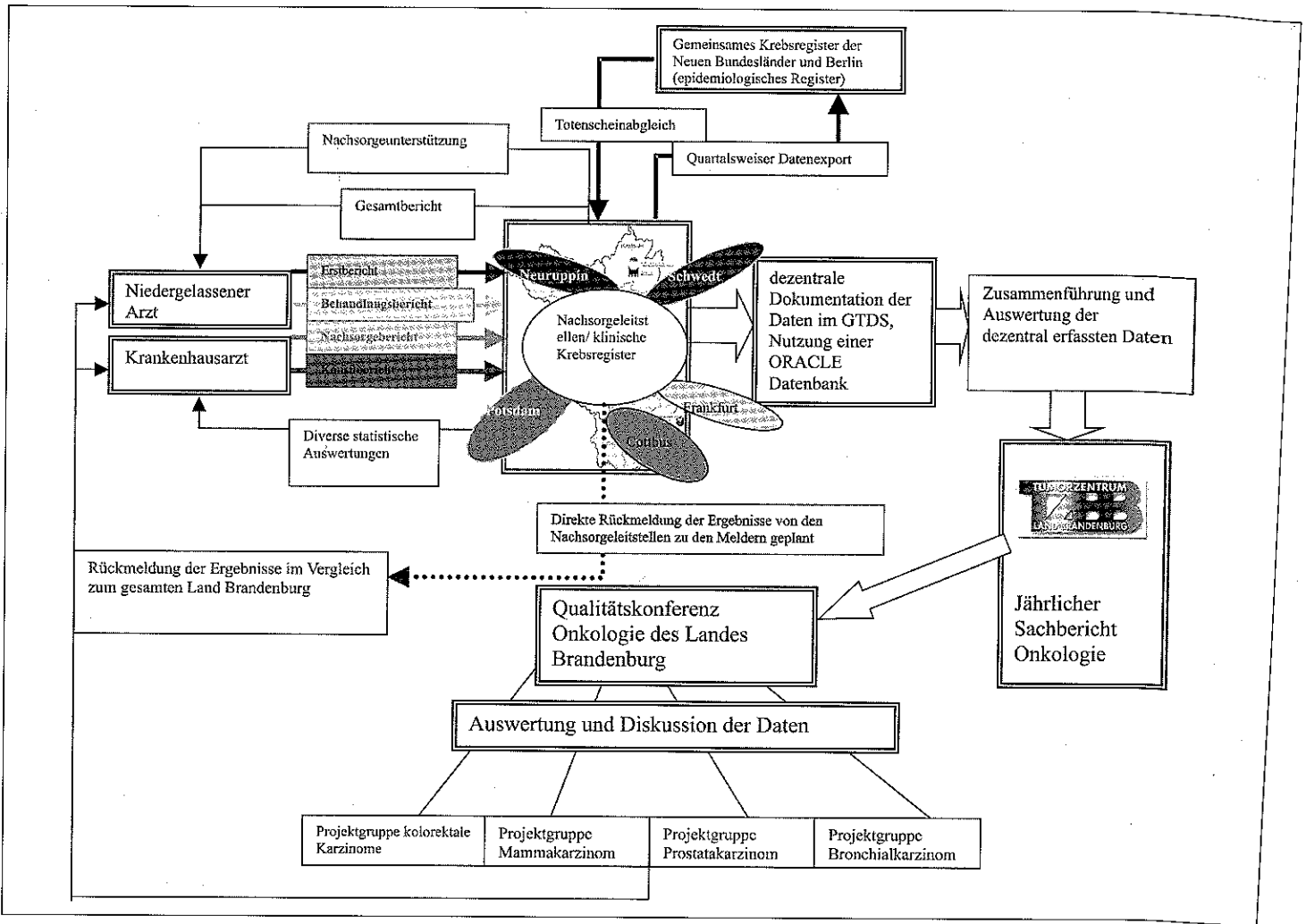


Abb.: Datenflussschema des Tumorzentrums Land Brandenburg

Tumorzentren haben den klinischen Krebsregistern neue Impulse gegeben. Auch einige Ländergesetze wie z. B. in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und in Brandenburg, in denen klinische Krebsregister eine landesgesetzliche Verankerung erhalten haben, sind in diesem Zusammenhang zu nennen.

Wichtige Aufgaben für klinische Krebsregister

Diese Impulse gilt es zu nutzen. An wichtigen Aufgaben für gut funktionierende klinische Krebsregister sehe ich keinen Mangel. Ich nenne nur einige Beispiele: Die für Primärtherapie und Nachsorge relevanten Daten den beteiligten Ärzten schnell und unbürokratisch zu Verfügung stellen; den Erfolg von Therapieformen oder Vorsorgeleistungen (z. B. der Vorsorgekoloskopie) belegen; Daten über Befunde, Behandlungen und Langzeitergebnisse aller Versorgungsträger in einer Region zusammenführen, Leistungsvergleiche anstellen und sie den Versorgungsträgern mitteilen; unter den Versorgungsträgern einer Region datengestützte strukturierte Dialoge über Möglichkeiten zur Optimierung der Versorgung organisieren (Benchmarking); die Datengrundlage für Gesundheitszieleprozesse bereitstellen; zur Information der Öffentlichkeit geeignete Daten über Leistungsergebnisse von Versorgungsträgern bereitstellen; die Zusammenarbeit mit den epidemiologischen Registern

optimieren.

Die klinischen Krebsregister müssen zeigen, dass sie diese anspruchsvollen Aufgaben erfolgreich erledigen können. Um sich dabei gegenseitig zu unterstützen, haben sich im November 2005 praktisch alle klinischen Krebsregister bundesweit zu einem Forum unter dem Dach der ADT zusammengeschlossen, bei dem es um die Entwicklung einheitlicher Leistungsstandards und um einen Prozess des Lernens an best-practice-Beispielen geht.

Es versteht sich allerdings von selbst, dass klinische Krebsregister bei aller fachlichen Kompetenz ohne die Unterstützung ihrer unmittelbaren Kooperationspartner, der Ärzte, ohne politischen Rückhalt und ohne die notwendigen finanziellen Ressourcen nicht erfolgreich sein können.

Gut angelegt – ein Euro pro Einwohner und Jahr

Ein positives Beispiel für erfolgreiches Zusammenwirken von Tumorzentrum, klinischen Krebsregistern, Selbstverwaltung und Politik hat sich im Land Brandenburg entwickelt. Hier sind klinische Krebsregister seit über 10 Jahren als feste Bestandteile der Versorgung von Krebskranken etabliert (s. Abbildung). Grundlage ist eine vierseitige Vereinbarung zwischen Krankenkassen, Landeskrankenhausesellschaft, Kassenärztlicher Vereinigung und dem Gesundheitsministerium. Die Krankenkassen

bezahlen für die laufenden Kosten der klinischen Krebsregister ungefähr einen Euro pro Einwohner und Jahr und sind sich darüber einig, dass dieses Geld im Interesse ihrer Versicherten gut angelegt ist. Alle Partner der Vereinbarung beobachten auf der Grundlage regelmäßiger Auswertungen der von den klinischen Registern erhobenen Daten die Versorgungssituation im Land und verständigen sich im Rahmen einer Qualitätskonferenz Onkologie über gemeinsame Ziele und Maßnahmen von der Prävention bis zur Palliativversorgung.

Ich denke, ein ähnliches Zusammenwirken wäre auch auf Bundesebene von Nutzen. Vielleicht kann der Kooperationsverbund Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister, der Kompetenzen und Sichtweisen von Politik, Selbstverwaltung, wissenschaftlichen Fachgesellschaften und anderen für Krebskranke engagierten Institutionen in sich vereinigt, ein solches Zusammenwirken befördern. Der Deutsche Krebskongress wäre für eine solche Qualitätskonferenz Onkologie auf Bundesebene möglicherweise sehr geeignet.

Korrespondenzadresse:
Winfrid Alber
 Staatssekretär
 Ministerium für Arbeit, Soziales,
 Gesundheit und Familie
 Heinrich-Mann-Allee 103
 14473 Potsdam