

**GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH  
GESCHÄFTSBEREICH BIQG**



# **NATIONALE KREBSPROGRAMME IM VERGLEICH**

**IM AUFTRAG DES  
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT**



Gesundheit Österreich GmbH  
Geschäftsbereich BIQG



# **Nationale Krebsprogramme im Vergleich**

## **Grundlagenarbeit zur Entwicklung eines nationalen Krebsprogramms**

Brigitte Domittner

Wolfgang Geißler

Christine Hofer

Wien, im August 2009

Im Auftrag des  
Bundesministeriums für Gesundheit

Gesundheit Österreich GesmbH, Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 51561  
E-Mail: [vorname.nachname@goeg.at](mailto:vorname.nachname@goeg.at), Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Der Umwelt zuliebe: Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

# Kurzfassung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zieht in Erwägung, gemeinsam mit einem Expertengremium ein „Nationales Krebsprogramm“ zu entwickeln. Die Gesundheit Österreich GmbH / Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (GÖG/BIQG) wurde vom BMG mit vorausgehenden Grundlagenarbeiten beauftragt.

Das Ziel der Grundlagenarbeiten ist eine vergleichende Literaturrecherche bereits bestehender nationaler Krebsprogramme in sechs europäischen und zwei nicht-europäischen Ländern (Kanada, England, Irland, die Schweiz, den Niederlanden, Dänemark, Frankreich und Neuseeland). Der Bericht soll als Argumentations- und Diskussionsgrundlage für die Planung und Entwicklung eines nationalen Krebsprogramms in Österreich dienen.

## Entwicklung und Inhalte der nationalen Krebsprogramme

Bereits Anfang der 1990er Jahre begannen die ersten der untersuchten Länder mit der Planung und Entwicklung nationaler Krebsprogramme. In einigen Ländern werden derzeit bereits die zweiten nationalen Krebsprogramme implementiert. Die Entwicklung der Programme beanspruchte in den betrachteten Ländern zwischen etwa einem und zwölf Jahren.

Hauptinitiator und Auftraggeber für die Entwicklung nationaler Krebsprogramme sind die Gesundheitsministerien, wobei in allen Ländern großer Wert auf die Partizipation sämtlicher Stakeholder gelegt wird.

Zu Entwicklungskosten nationaler Krebsprogramme finden sich in der Literatur kaum Daten, auch zusätzliche Recherchen lieferten keine aussagekräftigen Informationen.

Alle Länder setzen in ihren nationalen Krebsprogrammen übergeordnete Ziele, wie beispielsweise die Reduktion der Krebsmortalität und der Krebsinzidenz, fest. Auf operativer Ebene definieren Prioritäten inhaltlich das „gesamte Kontinuum der Krebsversorgung“ d. h. alle Angebote – von der Prävention bis zur palliativen Versorgung. Zusätzliche Themenbereiche in den nationalen Krebsprogrammen sind u. a. Patientenorientierung, Forschung sowie Verbesserung der Datengrundlagen.

Die definierten Prioritäten werden mit Zielen und Umsetzungsmaßnahmen hinterlegt. Zum Teil werden diese auch mit Indikatoren, Zielwerten und Zielerreichungszeitpunkten ausgestattet.

In allen untersuchten Ländern geht die schrittweise Implementierung und Umsetzung der nationalen Krebsprogramme mit einer regelmäßigen Berichterstattung einher. In jenen Ländern, die bereits ein zweites nationales Krebsprogramm entwickelten bzw. entwickeln, bildet die Evaluation des vorangegangenen Krebsprogramms die Basis für die Erarbeitung des darauffolgenden.

## **Rahmenbedingungen und Umsetzungsfaktoren für ein nationales Krebsprogramm**

Die umfassende Unterstützung durch die Regierung und die Beteiligung aller Stakeholder sowie gesundheitspolitischer Entscheidungsträger sind bedeutend für eine erfolgreiche Entwicklung, Implementierung, Umsetzung und Evaluierung eines nationalen Krebsprogramms.

Für die Analyse der Ausgangslage, das Monitoring und die spätere Evaluierung mithilfe von Indikatoren und Zielvorgaben sind aussagekräftige und valide Datengrundlagen erforderlich. Hierfür sind die entsprechenden rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Die für die Entwicklung und Umsetzung eines nationalen Krebsprogramms erforderlichen Ressourcen müssen bereits beim Planungsprozess berücksichtigt werden. Neben dem Aufbau und der Vernetzung regionaler Strukturen sind die übergeordnete Koordination und Steuerung vonnöten. Für alle Beteiligten sind klare Rollen und Verantwortlichkeiten zu definieren.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung</b> .....	1
1.1 Ziel der Grundlagenarbeiten .....	1
1.2 Krebs in Österreich .....	1
<b>2 Literaturrecherche</b> .....	5
2.1 Aufbau und Vorgehen .....	5
2.2 Länderauswahl .....	5
2.3 Zitierweise und Wording im Bericht .....	7
<b>3 Darstellung nationaler Krebsprogramme</b> .....	8
3.1 Historische Entwicklung nationaler Krebsprogramme .....	8
3.2 Implementierung .....	12
3.3 Entwicklungskosten .....	13
3.4 Organisation und Strukturen für Steuerung und Management .....	15
3.5 Konzept und Design der nationalen Krebsprogramme .....	18
3.5.1 Übergeordnete Zielsetzungen .....	18
3.5.2 Prioritäten der Krebsprogramme .....	19
3.5.2.1 Gesundheitsförderung und primäre Prävention .....	19
3.5.2.2 Sekundäre Prävention / Früherkennung / Screening .....	20
3.5.2.3 Behandlung und Betreuung / Leitlinien .....	21
3.5.2.4 Psychoonkologische bzw. psychosoziale Unterstützung und Palliativversorgung .....	22
3.5.2.5 Patientenorientierung .....	22
3.5.2.6 Organisation .....	23
3.5.2.7 Personal .....	23
3.5.2.8 Forschung .....	24
3.5.2.9 Surveillance und Verbesserung der Datenqualität .....	24
3.5.3 Versorgungsstruktur .....	25
3.5.4 Maßnahmen, Zielwerte und Indikatoren .....	27
3.6 Monitoring, Evaluierung und Berichterstattung .....	31
3.7 Zusammenfassung .....	37
<b>4 Rahmenbedingungen und Umsetzungsfaktoren für ein nationales Krebsprogramm</b> .....	40
4.1 Unterstützende Rahmenbedingungen und Umsetzungsfaktoren .....	40
4.1.1 Entwicklung eines nationalen Krebsprogramms .....	40
4.1.2 Implementierung eines nationalen Krebsprogramms .....	41
4.1.3 Steuerung, Management und Umsetzung eines nationalen Krebsprogramms .....	42
4.1.4 Evaluierung eines nationalen Krebsprogramms .....	43

4.2	Hemmende Rahmenbedingungen und Umsetzungsfaktoren.....	44
4.3	Für Österreich speziell zu beachten .....	45
4.4	Zusammenfassung.....	46
<b>5</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>47</b>
	Anhang .....	55

## Tabellen und Abbildungsverzeichnis

### Tabellen:

Abbildung 1.1:	Krebsinzidenz nach Geschlecht (ICD-Codes: C00–C43, C45–C97), Österreich 1996 bis 2006 .....	2
Abbildung 1.2:	Die häufigsten Tumorlokalisationen 2006 nach Geschlecht .....	3
Abbildung 1.3:	An bösartigen Neubildungen Verstorbene (ICD-Codes: C00–C97) seit 1997 .....	4

### Abbildungen

Tabelle 2.1:	Nationale Krebsprogramme der für den Bericht ausgewählten Länder .....	6
--------------	--	---

# Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CAD	Canadian Dollar
CAN	Kanada
CAT	Cancer Action Team (ENG)
CPAC	Canadian Partnership against Cancer
CSCC	Canadian Strategy for Cancer Control
CT	Cancer Taskforce (ENG)
DACEHTA	Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment
DLD	Diagnose- und Leistungsdokumentation der Krankenanstalten
DK	Dänemark
EDM	Evidence-Based Medicine
ENG	England
F	Frankreich
FOKO	Folgekostenanalyse
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
INCa	Institut national du cancer (F)
IRL	Irland
k. A.	keine Angabe
KIS	Krankenanstalteninformationssystem
HSE	Health Service Executive (IRL)
HTA	Health Technology Assessment
NAO	National Audit Office (ENG)
NSE	National Service Executive (ENG)
NHS	National Health Service (ENG)
NIHR	National Institut for Health Research (ENG)
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence (ENG)
NZ	Neuseeland
NZD	New Zealand Dollar
OSR	observed survival rate
PCT	Primary Care Trust (ENG)
PR	Performance Report
QPA-WG	Quality and Performance Assurance Working Group (CAN)
SHA	Strategic Health Authorities (ENG)
u. Ä.	und Ähnliche/s
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation
UICC	International Union against Cancer / Internationale Union gegen Krebs



# 1 Einleitung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zieht in Erwägung, gemeinsam mit einem Expertengremium ein „Nationales Krebsprogramm“ zu entwickeln. Die Gesundheit Österreich GmbH / Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (GÖG/BIQG) wurde vom BMG mit vorausgehenden Grundlagenarbeiten beauftragt.

## 1.1 Ziel der Grundlagenarbeiten

Das Ziel der Grundlagenarbeiten ist eine vergleichende Literaturrecherche bereits bestehender nationaler Krebsprogramme in sechs europäischen und zwei nicht-europäischen Ländern. Die recherchierten Programme aus Kanada, England, Irland, der Schweiz, den Niederlanden, Dänemark, Frankreich und Neuseeland liefern fachlich und argumentatorisch wichtige Informationen für die nachfolgende Erarbeitung eines nationalen Krebsprogramms. Diese Vorarbeiten sind erforderlich, um ein komplexes und von vielen Faktoren abhängiges nationales Krebsprogramm entsprechend planen und auf eine solide wissenschaftliche Basis stellen zu können.

Der Bericht zeigt die unterschiedlichen und auch gemeinsamen Herangehensweisen der ausgewählten nationalen Krebsprogramme auf und stellt für Entscheidungsträger eine Argumentations- und Diskussionsgrundlage hinsichtlich Planung und Entwicklung eines nationalen Krebsprogramms in Österreich zur Verfügung.

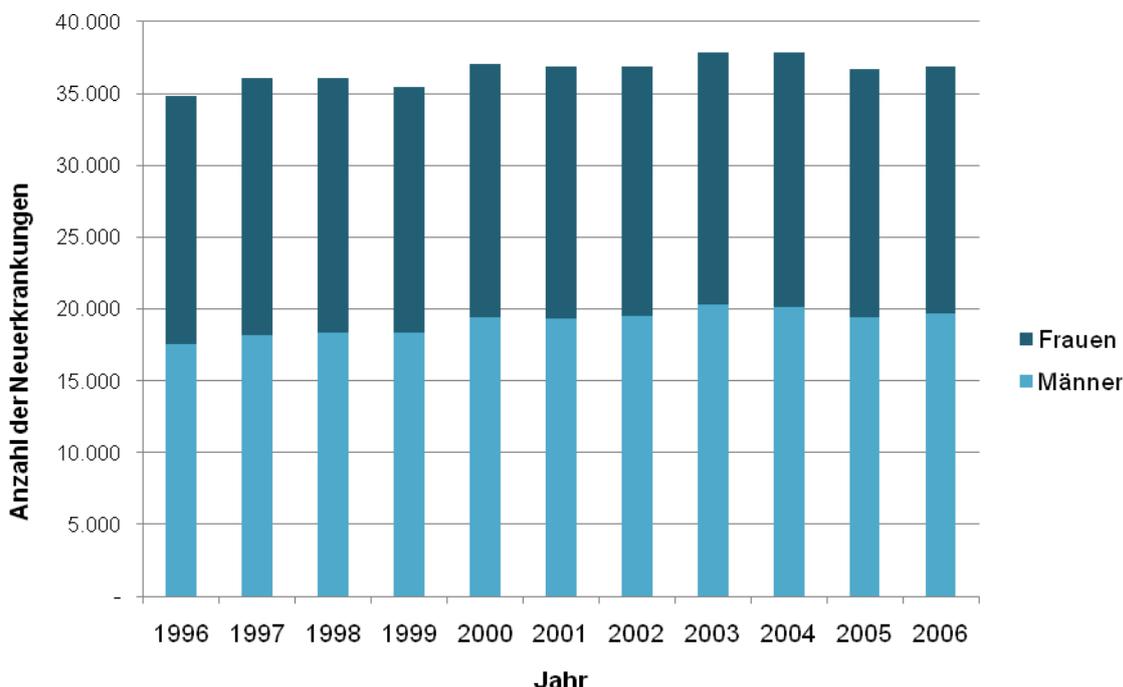
## 1.2 Krebs in Österreich

Nach Herz-Kreislauferkrankungen (mit rund 44 Prozent) stellt Krebs (mit rund 25 Prozent) bei Männern wie Frauen die zweithäufigste Todesursache dar.

### **Krebsinzidenz**

In Österreich erkranken jährlich rund 37.000 Menschen an Krebs. In den zehn Jahren zwischen 1996 und 2006 ist die Krebsinzidenz um sechs Prozent angestiegen. Im Jahr 2006 erkrankten insgesamt 36.919 Personen an bösartigen Tumoren. Davon waren 17.202 Frauen und 19.717 Männer (vgl. Abb. 1.1).

Abbildung 1.1: Krebsinzidenz nach Geschlecht (ICD-Codes: C00–C43, C45–C97), Österreich 1996 bis 2006



Quelle: Statistik Austria – Österreichisches Krebsregister 1996 bis 2006; GÖG/BIQG-eigene Darstellung

## Krebsrisiko

Die Gefahr an Krebs zu erkranken, ist bei Männern etwas höher als bei Frauen. Das Risiko für Männer, bis zu ihrem 75. Lebensjahr an einem bösartigen Tumor zu erkranken, lag 1996 bei 36,7 Prozent, stieg in den folgenden Jahren an und betrug im Jahr 2006 wieder um die 35 Prozent.

Das Risiko für Frauen, bis zu ihrem 75. Lebensjahr an einem bösartigen Tumor zu erkranken, zeigte im gleichen Zeitraum – ebenfalls mit Schwankungen – eine leicht sinkende Tendenz von 24,8 Prozent auf 23,5 Prozent.

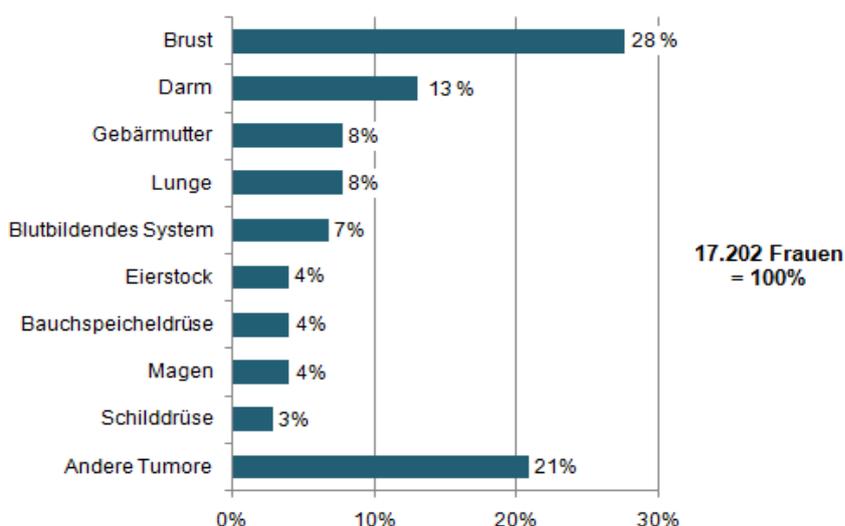
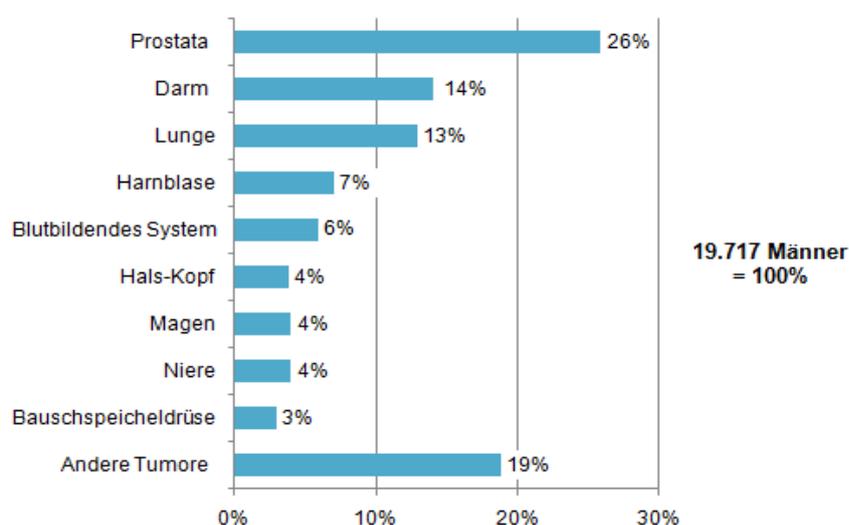
Das Risiko, an Krebs zu erkranken, nimmt mit steigendem Alter zu. In jungen Jahren haben Frauen ein höheres Risiko, in den höheren Altersgruppen ist bei den Männern das Risiko größer. Der Grund dafür liegt vor allem in den geschlechterspezifischen Tumorlokalisationen. Brustkrebs hat eine relativ breite Altersstreuung – ungefähr beginnend mit dem 35. Lebensjahr. Prostatakrebs hingegen tritt vor allem im höheren Lebensalter auf – häufig ab dem 65. Lebensjahr.

## Tumorlokalisation

Im Jahr 2006 war die häufigste Krebserkrankung bei Männern der Prostatakrebs, der rund ein Viertel aller bösartigen Krebserkrankungen ausmachte. Als zweit- und dritthäufigste Krebserkrankung traten bei Männern Darm- und Lungenkrebs auf (mit etwa 14 bzw. 13 Prozent).

Für Frauen stellte im selben Jahr der Brustkrebs mit etwa 28 Prozent die größte Bedrohung dar. Die zeithäufigste Krebslokalisation war der Darm mit rund 13 Prozent und die dritthäufigste die Gebärmutter mit etwa acht Prozent aller Krebserkrankungen (vgl. Abb. 1.2).

Abbildung 1.2: Die häufigsten Tumorlokalisationen 2006 nach Geschlecht

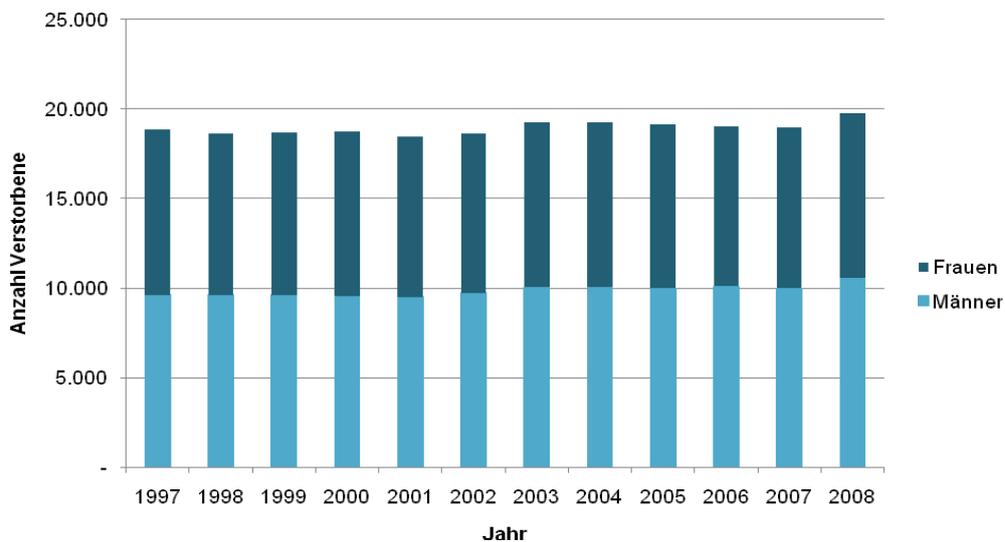


Quelle: Statistik Austria – Österreichisches Krebsregister, 2006; GÖG/BIQG-eigene Darstellung

## Krebsmortalität

In Österreich versterben jährlich rund 19.000 Menschen an Krebs. Im Jahr 2008 waren es insgesamt 10.556 Männer und 9.224 Frauen. Die Abbildung 1.3 stellt die Anzahl der an bösartigen Neubildungen Verstorbenen, getrennt nach Geschlechtern, seit 1997 dar.

Abbildung 1.3: An bösartigen Neubildungen Verstorbene (ICD-Codes: C00–C97) seit 1997



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1997 bis 2008; GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Der Statistik Austria zufolge (Statistische Nachrichten, April 2009) sank im Zeitvergleich (1983 und 2006) das Risiko, an einer Krebserkrankung zu versterben, innerhalb jeder Altersgruppe. Am deutlichsten ist die Sterblichkeit bei den jüngeren Personen zurückgegangen. Dies ist unter anderem auf ein früheres Erkennen der Tumore, verbesserte Untersuchungsmethoden, verstärkte Screeningmaßnahmen und verbesserte Therapien zurückzuführen.

Nähere Details zur Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich finden sich in den Publikationen und auf der Webseite der Statistik Austria <http://www.statistik.at/>.

## 2 Literaturrecherche

### 2.1 Aufbau und Vorgehen

Zu Beginn der Arbeiten wurde eine **systematische Literaturrecherche** nationaler Krebsprogramme durchgeführt. Für die Recherche wurden Literatur-Datenbanken und das Internet herangezogen.

Die Suchstrategie wurde so angelegt, dass zunächst eine systematische Literatursuche in der MEDLINE-Datenbank durchgeführt wurde. Darauf aufbauend wurde eine Handsuche in ausgewählten HTA-, EBM- und allgemeinen Literatur-Datenbanken vorgenommen (siehe HTA-Guide der GÖG/BIQG [www.hta-guide.biigg.at](http://www.hta-guide.biigg.at)). Die verwendeten Suchbegriffe für die Literatursuche lauteten: national, regional, cancer, program, plan, Krebs, Programm.

Bei der Selektion der Artikel in der MEDLINE-Datenbank konnten keine relevanten Studien, systematischen Übersichtsarbeiten, HTA-Berichte oder sonstigen Publikationen identifiziert werden. Die Handsuche lieferte einen Treffer, den HTA-Bericht *Comparative Overview of Cancer Control Strategies in Selected Jurisdictions* aus dem Jahr 2008.

Die Internetrecherche erfolgte unter Eingabe folgender Stichwörter: Krebsprogramm, Krebsplan, Krebsstrategie, national, cancer strategy, cancer plan, cancer program, cancer programme. Unter Beifügung der Ländernamen konnten die jeweiligen nationalen Krebsprogramme und dazugehörigen Dokumente herausgefiltert werden.

Zusätzlich wurde auch nach Meta-Analysen zu Krebsprogrammen gesucht. Diese Suche blieb allerdings erfolglos.

### 2.2 Länderauswahl

Auf Basis der Recherche-Ergebnisse wurde mit dem Auftraggeber vereinbart, folgende aktuelle nationale Krebsprogramme für die Grundlagenarbeiten zum Vergleich heranzuziehen:

Tabelle 2.1: Nationale Krebsprogramme ausgewählter Länder

Land	Aktuelles nationales Krebsprogramm	Zeitraumen
Kanada (CAN)	The Canadian Strategy for Cancer Control: A Cancer Plan for Canada (2006)	5-Jahres-Plan
	Strategic Plan 2008–2012 (2008)	5-Jahres-Plan
England (ENG)	Cancer Reform Strategy 2007–2012 (2007)	6-Jahres-Plan
Irland (IRL)	A Strategy for Cancer Control in Ireland (2006)	10-Jahres-Plan
Schweiz (CH)	Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2005–2010 (2005)	6-Jahres-Plan
Niederlande (NL)	National Cancer Control Programme (2004)	5-Jahres-Plan
Dänemark (DK)	National Cancer Plan II (2005)	nicht erkennbar
Frankreich (F)	The Cancer Plan 2003–2007 (2003) <sup>1, 2</sup>	5-Jahres-Plan
Neuseeland (NZ)	The New Zealand Cancer Control Strategy (2003)	6-Jahres-Plan
	The New Zealand Cancer Control Strategy, Action Plan 2005–2010 (2005)	

Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Der Zeitrahmen der Pläne schwankt zwischen vier und zehn Jahren, wobei am häufigsten Fünf-Jahres-Pläne konzipiert wurden.

England, Irland und Dänemark haben bereits ein zweites nationales Krebsprogramm entwickelt (siehe Abschnitt 3.1). In Frankreich wird derzeit das zweite nationale Krebsprogramm erarbeitet.

Für diesen Grundlagenbericht werden grundsätzlich nur die oben genannten aktuellen Krebsprogramme ausgewertet. Im Abschnitt 3.6 werden ergänzend die Evaluierungsergebnisse aus den ersten Krebsprogrammen kurz vorgestellt.

<sup>1</sup> Die Informationen zum französischen Krebsprogramm wurden aus Lorraine, C. et al. (2008): *Cancer Control Interventions in Selected Jurisdictions: Design, Governance, and Implementation* entnommen, da das Originaldokument nicht ins Englische übersetzt wurde.

<sup>2</sup> Nach Abschluss der Rechercharbeiten wurde das zweite nationale Krebsprogramm „Nouvel Elan Plan Cancer 2009-2013“ auf der Website des *Institut National du Cancer* [http://www.e-cancer.fr/v1/index.php?option=com\\_redaction&Itemid=1190&task=voiritemfo&id=2467](http://www.e-cancer.fr/v1/index.php?option=com_redaction&Itemid=1190&task=voiritemfo&id=2467) veröffentlicht.

## **Deutschland: Nationaler Krebsplan (2008)**

Im Juni 2008 wurde der Nationale Krebsplan für Deutschland vom Bundesministerium für Gesundheit der Öffentlichkeit vorgestellt. Ein umfassendes Dokument zur Strategie wurde bisher noch nicht veröffentlicht, es wurden aber Ziele für die erste Umsetzungsphase 2009/2010 genannt (siehe Anhang 1).

Mangels verfügbarer Informationen zum Nationalen Krebsplan für Deutschland wurde dieser nicht in den vorliegenden Bericht inkludiert.

## **2.3 Zitierweise und Wording im Bericht**

Nach Rücksprache mit dem Auftraggeber wurde vereinbart, aufgrund der umfassenden Literatursammlung und der Kürze des Berichtes auf das Zitieren im Text zu Gunsten der besseren Lesbarkeit zu verzichten. Die verwendete Literatur wird im Literaturverzeichnis länderspezifisch aufgelistet.

Zur besseren Lesbarkeit wird im Bericht einheitlich von „**Nationalen Krebsprogrammen**“ und von „**Gesundheitsministerien**“ gesprochen, selbst wenn die länderspezifischen Bezeichnungen andere Termini vorsehen.

### 3 Darstellung nationaler Krebsprogramme

In den folgenden Abschnitten werden die ausgewählten nationalen Krebsprogramme näher beschrieben.

In einem kurzen historischen Abriss wird die Entwicklung der Programme vorgestellt. Danach folgen – sofern verfügbar – Entwicklungskosten sowie eine Darstellung der Strukturen und Steuerungsorgane der Krebsprogramme.

Im Abschnitt 3.5 „Konzept und Design der nationalen Krebsprogramme“ werden die Inhalte der nationalen Krebsprogramme anhand von übergeordneten Zielsetzungen und Strategien, Prioritäten, Strukturen der Krebsversorgung, Zielwerten sowie Indikatoren erläutert.

Abschließend werden Monitoring, Evaluierung und Berichterstattung zu nationalen Krebsprogrammen beleuchtet.

#### 3.1 Historische Entwicklung nationaler Krebsprogramme

Dieses Kapitel beschreibt die wichtigsten Eckpunkte, die zur Entwicklung der jeweiligen nationalen Krebsprogramme geführt haben.

##### Kanada

- **1992:** Publikation des *Cancer 2000 Report* mit sieben Schwerpunktbereichen und rund 100 Empfehlungen. Die Einigung auf die Empfehlungen erfolgt von rund 700 ausgewählten Personen, die alle Professionen sowie Sektoren des Gesundheitswesens und Patientenvertreter repräsentieren.  
Die Empfehlungen des *Cancer 2000 Report* werden zum damaligen Zeitpunkt jedoch nicht von den verantwortlichen Behörden aufgegriffen.
- **1999:** Bildung eines Lenkungsausschusses mit staatlichen und nicht staatlichen Vertreterinnen und Vertretern, um die Entwicklung eines nationalen Krebsprogramms zu initiieren.
- **2002:** Gründung der Organisation *Canadian Strategy for Cancer Control (CSCC)*, die sich aus ehrenamtlichen Mitgliedern zusammensetzt. Steuerung und Lenkung der Entwicklung des nationalen Krebsprogramms werden von dieser Organisation übernommen, der Lenkungsausschuss wurde aufgelöst.
- **2006:** Veröffentlichung des *Business Plan for the Canadian Strategy for Cancer Control* im April 2006 mit strategischen Prioritäten für den Zeitraum von 2006 bis 2010.  
Im Juli 2006 wird die ***Canadian Strategy for Cancer Control: A Cancer Plan for Canada*** publiziert.

Die CSCC kann die neu gewählte Regierung überzeugen, für die Implementierung des nationalen Krebsprogramms 260 Mio. CAD (ca. 160 Mio. Euro) für einen Zeitraum von fünf Jahren zur Verfügung zu stellen. Die Implementierung steuert die neu gegründete Organisation *Canadian Partnership Against Cancer* (CPAC).

- **2008:** Publikation des *Strategic Plan 2008 bis 2012*, in dem die festgelegten Prioritäten und Ziele des Krebsprogramms präzisiert werden.

## England

- **1994:** Gründung eines onkologischen Expertenrats, um ein politisches Rahmenpaket zur Behandlung von Krebs zu entwickeln. Im Bericht *A Policy Framework for Commissioning Cancer Services* wird eine Neustrukturierung der Krebsversorgung in England und Wales gefordert.
- **1996:** Beginn mit der Erstellung von Standards für die Krebsbehandlung durch das Gesundheitsministerium.
- **1999:** (1) Gründung des *Cancer Action Teams*, um die Einrichtung der *Cancer Networks* zu unterstützen. (2) Nominierung des *National Cancer Director* durch das Gesundheitsministerium, mit dem Auftrag ein nationales Krebsprogramm zu entwickeln und umzusetzen. (3) Gründung der *Cancer services collaborative* (Teil der *NHS Modernisation Agency*), um das Gesundheitsministerium und seine Partnerorganisationen in den Arbeiten zur Umgestaltung effizienterer Serviceleistungen zu unterstützen.
- **2000:** Veröffentlichung eines Handbuchs durch das *National Health Service (NHS)*, mit Standards und Leistungsindikatoren für die Krebsversorgung. Publikation des ersten *NHS Cancer Plan for England* durch das Gesundheitsministerium. Nominierung einer sog. *Cancer Taskforce*, um die Realisierung des Plans zu steuern.
- **2004/2005:** Evaluierung der Umsetzung des nationalen Krebsprogramms und Veröffentlichung von drei Evaluierungsberichten durch das *National Audit Office* (vgl. Abschnitt 3.6).
- **2006:** Aufforderung des *National Cancer Director* einen Reform-Strategie-Ausschuss zu bilden, um zukünftige Strategien zur Krebsbehandlung zu entwickeln.
- **2007:** Publikation des zweiten nationalen Krebsprogramms ***Cancer Reform Strategy*** durch das NHS.

## Irland

- **1995:** Gründung einer *Cancer Strategy Group* durch das Gesundheitsministerium. Zu ihren Aufgaben zählt die Darstellung der Krebs epidemiologie in Irland sowie im internationalen Vergleich, die Darstellung der Auswirkungen von Krebs auf die Bevölkerung und das Gesundheitssystem, die Evaluierung der Krebsbehandlung und -betreuung sowie das Erstellen von Empfehlungen.
- **1996:** Vorstellung von *A National Strategy 1996* (erstes nationales Krebsprogramm) durch das Gesundheitsministerium, das eine Neuorientierung im Bereich der Krebs-

versorgung vorschlägt. Als mittelfristiges Ziel wird eine Senkung der Krebsmortalität um 15 Prozent bei unter 65-jährigen Personen im Zeitraum 1994 bis 2004 festgelegt.

- **2000:** Gründung des *National Cancer Forums*, ein multidisziplinäres Beratungsgremium mit allen Stakeholdern inkl. Patientenvertretern und ehrenamtlichen Organisationen. Aufgabe des Forums ist es, die Implementierung des nationalen Krebsprogramms zu unterstützen.
- **2003:** Publikation des Evaluierungsberichtes zum nationalen Krebsprogramm *A National Strategy 1996*. Darin wird die Reduktion der Krebsmortalität nachgewiesen. Ebenso werden Mängel und Verbesserungspotenziale aufgezeigt und Empfehlungen angeführt (vgl. Abschnitt 3.6).
- **2006:** Veröffentlichung des zweiten nationalen Krebsprogramms ***A Strategy for Cancer Control in Ireland*** durch das *National Cancer Forum*. Das Hauptziel dieses Programms ist die Reduktion der Inzidenz-, Morbidität- und Mortalitätsraten.
- **2007:** *Health Service Executive (HSE)* übernimmt Steuerung und Koordination der Implementierung des nationalen Krebsprogramms.

## Schweiz

- **2000:** Gründung des gemeinnützigen Vereins *Oncosuisse*. Er vereint das *Schweizer Institut für Angewandte Krebsforschung (SIAK)*, das *Schweizer Institut für Experimentelle Krebsforschung (ISREC)* und die *Krebsliga Schweiz*. *Oncosuisse* übernimmt Leitungs- und Koordinationsfunktionen in der Krebsforschung.
- **2001:** Beginn mit den Grundlagenarbeiten zu einem nationalen Krebsprogramm für die Jahre 2005 bis 2010 durch *Oncosuisse*, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit und der Gesundheitsdirektorenkonferenz.
- **2004:** Entwurf zum nationalen Krebsprogramm nach einem intensiven nationalen und kantonalen Konsultationsprozess.
- **2005:** Vorstellung des ***Nationalen Krebsprogramms für die Schweiz 2005 bis 2010*** im Rahmen des „Dialogs zur Nationalen Gesundheitspolitik“. Es erfolgt kein Beschluss zur Umsetzung des gesamten nationalen Krebsprogramms, aber eine Entscheidung, folgende Prioritätsbereiche zu fördern: Prävention, Früherkennung, Qualität der Krebsbehandlung und -pflege und Krebsregister.

## Niederlande

- **2003:** Kooperation von fünf Organisationen (inkl. Gesundheitsministerium und Sozialversicherung) zur Entwicklung eines gemeinsamen nationalen Krebsprogramms und Nominierung einer Steuerungsgruppe für die Entwicklung, Implementierung und Evaluierung des Programms.  
Einrichtung von Expertengruppen für die Bereiche Primärprävention, Sekundärprävention, Krebsbetreuung, Aus- und Fortbildung, Forschung und psychosoziale Betreuung. Aufgabe der Gruppen ist es, die Probleme der jeweiligen Bereiche aufzu-

zeigen und konkrete Verbesserungsmöglichkeiten sowie messbare Ziele vorzuschlagen.

- **2004:** Fertigstellung und Harmonisierung der in den Expertengruppen erarbeiteten Inhalte in einer gemeinsamen Konferenz.  
Nominierung einer eigenen Arbeitsgruppe zur Erarbeitung von Performance- und Qualitätsindikatoren für das Monitoring und Assessment des nationalen Krebsprogramms.  
Vorstellung und Umsetzungsbeginn des **National Cancer Control Programmes**.

## Dänemark

- **1998:** Gründung des *Cancer Steering Committee* durch das Gesundheitsministerium. Das Komitee erhält die Aufgabe, die Effizienz der Krebsbehandlung und -betreuung festzustellen und mögliche Verbesserungspotenziale aufzuzeigen.
- **2000:** Publikation des *National Cancer Action Plan* mit zehn Schwerpunkten (erstes nationales Krebsprogramm) durch das *Cancer Steering Committee*.
- **2004:** Evaluierung der Umsetzung des nationalen Krebsprogramms durch das *Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment (DACEHTA)*. Erstellung eines zweiten nationalen Krebsprogramms mit Berücksichtigung der Evaluierungsergebnisse durch *Sundhedsstyrelsen (National Board of Health)* im Auftrag des Gesundheitsministeriums.
- **2005:** Vorstellung des **National Cancer Plan II**, der 106 Empfehlungen enthält. Der Fokus des zweiten Programms liegt in der Prävention und der Verbesserung der Versorgungspfade für Krebsdiagnostik und -therapie.
- **2007:** Entscheidung der dänischen Regierung und der dänischen Regionen, integrierte klinische Patientenpfade für die wichtigsten Krebsarten zu entwickeln. Ausschlaggebend dafür waren lange Wartezeiten und kürzere Überlebensraten im Vergleich zu anderen skandinavischen Ländern. Einberufung von 14 Arbeitsgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern aller Stakeholder durch das Gesundheitsministerium zur Entwicklung der Patientenpfade.

## Frankreich

- **1998 bis 2001:** Veröffentlichung von Berichten, die aufzeigen, dass bisherige Krebsstrategien und -initiativen nicht erfolgreich sind. Das Gesundheitsministerium publiziert daraufhin das *Programme national de lutte contre le cancer 2000–2005*, das jedoch aufgrund mangelnder Organisation und fehlender finanzieller Mittel nicht umgesetzt wird.
- **2002:** Beauftragung der *Commission d'orientation sur le cancer*, die aktuelle Krebs-situation zu dokumentieren. Der Bericht wird in Zusammenarbeit mit Stakeholdern, Expertinnen/Experten und Patientenvertretern erstellt und zeigt auf, dass Frankreich eine der höchsten Krebs-Mortalitätsraten Europas hat.

- **2003:** Fertigstellung und Publikation des ersten nationalen Krebsprogramms *The Cancer Plan 2003–2007*. Der Plan umfasst 70 Maßnahmen mit einem Umsetzungshorizont bis zum Jahr 2007. Für deren Überprüfung werden Schlüsselindikatoren definiert.  
Umsetzung des Krebsprogramms unter der Leitung der Projekt-Taskforce *Mission interministérielle*.
- **2004:** Gründung des *Institut National du Cancer (INCa)*, das seit 2005 die Aufgaben der *Mission interministérielle* weiterführt.
- **2008/2009:** Evaluierung der Umsetzung des nationalen Krebsprogramms durch den Rechnungshof und den *Public-Health-Rat* (vgl. Abschnitt 3.6).
- **2009:** Beginn mit der Entwicklung des nationalen Krebsprogramms für den Zeitraum 2009 bis 2013.

## Neuseeland

- **2001:** Publikation des Referenzpapiers *Improving Non-Surgical Cancer Treatment Services*, das die Notwendigkeit einer nationalen Krebsstrategie aufzeigt.  
Gründung der Stiftung *NZ Cancer Control Trust* mit allen relevanten Stakeholdern. Die Stiftung erarbeitet im Auftrag des Gesundheitsministeriums zwei Grundlagenberichte, die ausschlaggebend für die Entwicklung des nationalen Krebsprogramms sind. Die Gesundheitsministerin etabliert gemeinsam mit dem *Cancer Control Trust* die *Cancer Control Steering Group* für die Entwicklung des nationalen Krebsprogramms.
- **2002:** Publikation der Entwurfsversion des nationalen Krebsprogramms zur öffentlichen Begutachtung und Konsultation.
- **2003:** Publikation des nationalen Krebsprogramms *The New Zealand Cancer Control Strategy*. Nominierung einer *Cancer Control Taskforce*, bestehend aus Fachexperten, zur Ausarbeitung eines Umsetzungsplans für das nationale Krebsprogramm. Ein Workshop ermöglicht es allen Stakeholdern, bei der Entwicklung mitzuwirken.
- **2005:** Veröffentlichung des Aktionsplans *The New Zealand Cancer Control Action Plan 2005 to 2010*, der klare Umsetzungsschritte des nationalen Krebsprogramms definiert.
- **2006:** Bildung des *Cancer Control Council*, der die Umsetzung des nationalen Krebsprogramms steuert.

## 3.2 Implementierung

Die nationalen Krebsprogramme sind **gesamthaft konzipiert** und teilen sich thematisch und organisatorisch in „Prioritäten“, zu welchen Umsetzungsprojekte definiert wurden. In den meisten untersuchten Ländern wurde bereits mit der **schrittweisen Implementierung aller**

**Prioritätsbereiche** (siehe Punkt 3.5.2) begonnen. Dies bedeutet, dass beispielsweise nicht ausschließlich im Bereich der Primärprävention oder ausschließlich im Bereich der Früherkennung konkrete Projekte umgesetzt werden. Dies ist auch damit begründet, dass viele Einzelprojekte oder Maßnahmen der Krebsvorsorge und -versorgung bereits vor der Initiierung von nationalen Krebsprogrammen gestartet und im weiteren Verlauf in die Programme integriert wurden.

### 3.3 Entwicklungskosten

Dem Auftrag entsprechend wurden auch Entwicklungskosten von nationalen Krebsprogrammen recherchiert, um Hinweise auf den (ungefähren) Aufwand (finanziell bzw. personell) für die Entwicklung eines österreichischen Programms zu erhalten.

In der verfügbaren Literatur gibt es allerdings **kaum Kostenangaben** zu den einzelnen nationalen Krebsprogrammen. Als Ausnahme können Kanada und Neuseeland genannt werden, wo ungefähre Kosten in den Quellen angeführt werden. **Schwierig ist** hier jedoch die **Aufspaltung** der angegebenen Gesamtkosten bzw. Finanzierungspakete **in Entwicklungskosten, Implementierungskosten und laufende Kosten**.

Um auch von den anderen Ländern Auskünfte zu den Entwicklungskosten zu erhalten, wurden diese von den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der GÖG/BIQG per E-Mail und telefonisch kontaktiert. Da die Angabe von Kosten erfahrungsgemäß schwierig ist, wurden alternativ die Vollzeitäquivalente (VZÄ) des ungefähren Personaleinsatzes für die Entwicklung des Krebsprogramms erfragt. Von sechs angeschriebenen Ländern erhielten wir vier Rückmeldungen, konkrete Kostenangaben wurden jedoch nicht mitgeliefert.

Nachstehend sind die Ergebnisse der Recherchen und Erhebungen zusammengefasst:

#### Kanada

Nach Schätzungen aus dem *Business Plan* 2006 bis 2010 zum Kanadischen Krebsprogramm wurden von 1999 bis 2005 rund 40 Millionen CAD (knapp 25 Millionen Euro) von den Provinzen und verschiedenen Krebsorganisationen für Entwicklungs- und Vorarbeiten zum nationalen Krebsprogramm aufgewendet. Dies umfasste z. B. die Steuerung und Leitung der Vernetzung zwischen den Provinzen, Bereitstellung von Expertise im Bereich strategische Planung, Management und Wissenschaft, Etablierung der Expertennetzwerke und Entwicklung von Wissenswerkzeugen und Prototypen.

Im Jahr 2000 wurde zwischen dem Gesundheitsministerium und dem Kanadischen Krebsinstitut eine Finanzierungsvereinbarung für den *Governing Council des CSCC* getroffen. Diese sah eine jährliche Unterstützung seitens des Gesundheitsministeriums von 500.000 CAD (rund 306.000 Euro) und seitens des Kanadischen Krebsinstituts von 150.000 CAD (rund 92.000 Euro) vor. Das Gesundheitsministerium stellte zusätzlich noch administratives Perso-

nal zur Verfügung. Ergänzend wurden durch die *CAPCA (Canadian Association of Provincial Cancer Agencies)* spezielle Projekte finanziert.

Anzumerken ist, dass die oben angeführten Kosten für die Entwicklungs- bzw. Vorarbeiten zum nationalen Krebsprogramm nicht eindeutig von den Implementierungskosten abzugrenzen sind, da Entwicklung und Implementierung fließend ineinander übergehen.

Für die Implementierung des nationalen Krebsprogramms wurde die Organisation *Canadian Partnership Against Cancer* gegründet, der für die Jahre 2006 bis 2010 ein Budget von rund 260 Millionen CAD (rund 160 Millionen Euro) zur Verfügung steht. 83 Prozent der Gelder sind für konkrete Umsetzungsprojekte und Netzwerkarbeit vorgesehen, die restlichen 17 Prozent fließen in das Programm-Management.

### **England**

In England wurde das *Department of Health* kontaktiert. Leider erhielten wir trotz Urgenz keine Rückmeldung auf unsere Anfrage zu den Entwicklungskosten.

### **Irland**

In Irland wurde das *Department of Health and Children* kontaktiert. Leider erhielten wir trotz Urgenz keine Rückmeldung auf unsere Anfrage zu den Entwicklungskosten.

### **Schweiz**

In der Schweiz wurde die Organisation *Oncosuisse* kontaktiert, die keine Auskunft zu den Entwicklungskosten des Krebsprogramms geben konnte. Auch in dem von *Oncosuisse* zur Verfügung gestellten *Report on Evaluation of National Cancer Plans and Contribution to EU 2015 Cancer Target* sind keine Hinweise auf die Entwicklungskosten enthalten.

### **Niederlande**

In den Niederlanden wurde das *Comprehensive Cancer Centre North* kontaktiert, da die relevanten Informationen nicht in der englischsprachigen Literatur zu finden waren.

Die Antwort des *Comprehensive Cancer Centre North* enthielt keine Information zu den Entwicklungskosten. Man wies aber darauf hin, dass im ersten Jahr der Implementierung des Programms 100.000 Euro für die Projektleitung ausgegeben wurden, um den Projektfortschritt zu beschleunigen.

Der jährliche finanzielle Aufwand für das Krebsprogramm beläuft sich derzeit auf 100.000 Euro. Dieser Betrag bezieht sich jedoch nur auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung des Monitor-Tools und nicht auf etwaige Umsetzungsprojekte. Die anfallenden Kosten werden durch die fünf Organisationen, die für die Steuerung und Umsetzung verantwortlich sind, zu je 20 Prozent übernommen.

## Dänemark

In Dänemark wurde *Sundhedsstyrelsen* kontaktiert, um Informationen zu den Entwicklungskosten des nationalen Krebsprogramms zu erhalten. Die Auskünfte lassen jedoch keinen Rückschluss auf den finanziellen Aufwand zu.

Die Angaben von *Sundhedsstyrelsen* beziehen sich nicht auf die Entwicklung des Krebsprogramms, sondern auf die Umsetzung einer Priorität – die Erarbeitung von Patientenpfaden. Hierfür wurde eine sogenannte *Cancer Unit* gegründet, die aus sechs bis acht Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (Vollzeitäquivalente) von *Sundhedsstyrelsen* und aus dem Gesundheitsministerium besteht. Die gesamten Personalkosten für die Entwicklung dieser Pfade können von *Sundhedsstyrelsen* jedoch nicht beziffert werden, da am Entwicklungsprozess zusätzliche Stakeholder beteiligt sind.

## Frankreich

In Frankreich wurde das *Institut National du Cancer (INCa)* kontaktiert, da die relevanten Informationen nicht in der englischsprachigen Literatur enthalten sind. *INCa* antwortete, dass keine Daten zu den Entwicklungs- und Planungskosten für das nationale Krebsprogramm zur Verfügung stehen.

## Neuseeland

Im Entwicklungsplan des *New Zealand Cancer Control Trust 2001* sind Schätzungen der Sachkosten (z. B. Reisekosten, Consulting, Tagungsgebühren etc.) für das erste Entwicklungsjahr des nationalen Krebsprogramms angeführt und mit rund 84.000 NZD (rund 37.000 Euro) plus zusätzlich 16.000 NZD (rund 7.000 Euro) pro Expertensitzung beziffert.

Es wird jedoch angeführt, dass ein Großteil der Entwicklungskosten auf den Personalbereich (Mitglieder des Lenkungsausschusses und der Arbeitsgruppen, administratives Personal, Experten und Stakeholder) entfällt. Für die Personalkosten sind jedoch weder finanzielle Größen noch Angaben zum Personaleinsatz angeführt.

Für das benötigte Sach- und Personalbudget im zweiten Entwicklungsjahr wurde keine Schätzung angegeben.

### 3.4 Organisation und Strukturen für Steuerung und Management

Zur erfolgreichen Implementierung und Umsetzung eines nationalen Krebsprogramms, ist eine klar definierte **Organisationsstruktur** für die Steuerung und das Management vonnöten. Dieser Abschnitt beschreibt die **wichtigsten übergeordneten Institutionen und Akteure**, die diese Aufgabe in den jeweiligen Krebsprogrammen übernehmen.

## Kanada

Die Organisation *Canadian Partnership Against Cancer (CPAC)* steuert die Implementierung des kanadischen Krebsprogramms. Sie besteht aus dem Direktorium, einem wissenschaftlichen Beirat, einem Exekutivausschuss und verschiedenen Aktionsgruppen. Das Gesundheitsministerium ist im Direktorium der Organisation vertreten.

Zu den einzelnen Prioritätsbereichen des Krebsprogramms wurden Aktionsgruppen gebildet, z. B. Gruppen für Prävention, Screening und Forschung. Sie dienen als Informationsdrehscheibe in ihren jeweiligen Themengebieten.

In der Organisation *Canadian Partnership Against Cancer* sind alle Stakeholder vertreten. Die Organisation ist in finanzieller und inhaltlicher Hinsicht dem Gesundheitsministerium, den Territorien und Provinzen wie auch dem für die Evaluierung beauftragten Komitee rechenschaftspflichtig.

## England

Der *National Cancer Director* ist im Gesundheitsministerium angesiedelt und ist für die Zielerreichung der *Cancer Reform Strategy 2007–2012* verantwortlich.

Die *Cancer Taskforce* beaufsichtigt den Umsetzungsfortschritt des nationalen Krebsprogramms und erkennt strategischen Entwicklungsbedarf. Die Taskforce unterliegt dem Vorsitz des *National Cancer Directors*. Die *Cancer Taskforce* agiert auch als Beratungsorgan für den *National Cancer Director* und den Gesundheitsminister.

Parallel dazu unterstützt das *Cancer Action Team* die Entwicklung des *Cancer Services Network* und die Umsetzung des Krebsprogramms auf lokaler Ebene. Es leitet auch die Qualitätssicherung im onkologischen Bereich. Das *Cancer Action Team* wird vom Gesundheitsministerium finanziert, ist dem *National Cancer Director* unterstellt und im *NHS* angesiedelt.

## Irland

Um die komplexen Strukturen für Gesundheitsdienstleistungen in Irland zu vereinfachen, wurde 2004 die Organisation *Health Service Executive (HSE)* gegründet, die als Gesundheits- und Sozialdienstleister und als nationales Planungs- und Steuerungsorgan für ganz Irland agiert.

Im Jahre 2007 erhielt *HSE* vom Gesundheitsministerium die Aufgabe, das irische Krebsprogramm umzusetzen. Die *HSE* ist auch für die Steuerung und Koordination des nationalen Krebsprogramms verantwortlich. In Irland wurde somit keine neue eigenständige Organisation zur Umsetzung des Krebsprogramms gegründet, sondern in bestehende Strukturen integriert.

## Schweiz

Im publizierten nationalen Krebsprogramm ist vermerkt, dass keine existierende Organisation, in ihrer jetzigen Struktur und Arbeitsweise, die erforderliche Kompetenz aufweist, die Umsetzung des nationalen Krebsprogramms zu steuern und zu koordinieren.

Wie bereits in Abschnitt 3.1 angeführt wurde in der Schweiz – unter anderem aus finanziellen Gründen – das Strategiepapier zum nationalen Krebsprogramm hinsichtlich Umsetzung derzeit als nicht verbindlich beschlossen. Auch für die Gründung einer eigenständigen Organisation, die die Umsetzung des nationalen Krebsprogramms steuert und koordiniert, fehlen derzeit die finanziellen Ressourcen.

## Niederlande

Folgende Einrichtungen unterzeichneten 2003 eine Deklaration zur Etablierung und Umsetzung des nationalen Krebsprogramms in den Niederlanden:

- die Vereinigung der Krebszentren
- die Niederländische Krebsgesellschaft
- das Gesundheitsministerium
- die Vereinigung der Krebspatientenorganisationen
- die Gesellschaft der Gesundheits- und Sozialversicherungen

Aus Mitgliedern der genannten Einrichtungen wurde eine eigene Steuerungsgruppe gebildet, die die Entwicklung, Implementierung und Evaluierung des nationalen Krebsprogramms koordiniert. Dabei wird es von einem Projektteam unterstützt. Die Steuerungsgruppe empfahl dem Gesundheitsministerium, für die Umsetzungscoordination einen *National Cancer Director* nach internationalem Vorbild zu nominieren.

## Dänemark

Die Organisationsstrukturen für die Steuerung und das Management des nationalen Krebsprogramms sind aus der englischsprachigen Literatur nicht ersichtlich. Nach Kontaktaufnahme mit dem *Sundhedsstyrelsen (National Board of Health)* wurden der GÖG/BIQG diesbezüglich nur folgende Informationen, betreffend Patientenpfade (vgl. Abschnitt 3.1), übermittelt:

Um die klinischen Patientenpfade zu entwickeln und zu implementieren, wurde eine *Cancer Unit* gegründet, die aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums und der *Sundhedsstyrelsen* besteht (sechs bis acht Vollzeitäquivalente). Gemeinsam mit weiteren Stakeholdern wurden im Jahr 2008 bereits neun der 34 geplanten klinischen Patientenpfade definiert.

Als übergeordnetes Gremium wurde eine *Taskforce* etabliert, die sich aus dem Gesundheitsministerium, *Sundhedsstyrelsen*, regionalen Gesundheitsdirektionen und der Vereinigung der Regionen und Gemeinden zusammensetzt.

## Frankreich

Die Umsetzungssteuerung wird primär vom französischen nationalen Krebsinstitut *Institut National du Cancer (INCa)* getragen. Unterstützt wird es vom Gesundheitsministerium und mehreren nationalen Behörden, wie beispielsweise dem *Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES)*.

Das Gremium des *INCa* setzt sich aus Mitgliedern der Regierung, des Gesundheitsministeriums, des Forschungsministeriums sowie Fachexpertinnen und -experten zusammen. Ergänzend wurden ein internationaler Wissenschaftsbeirat, ein Patientenkomitee und eine Ethikkommission eingerichtet.

## Neuseeland

Der *Cancer Control Council* besteht aus acht Fachexpertinnen und -experten, die vom Gesundheitsminister ernannt wurden. Er steuert und überwacht als übergeordnetes Gremium die Umsetzung des nationalen Krebsprogramms.

Zusätzlich dient der *Cancer Control Council* als unabhängiges Beratungsorgan für das Gesundheitsministerium und andere Gesundheitsorganisationen, unterstützt die nationale Kooperation und Zusammenarbeit der Stakeholder, fördert Best-Practice-Modelle und einen evidenz-basierten Ansatz im Bereich der Krebsversorgung und baut internationale Verbindungen auf.

## 3.5 Konzept und Design der nationalen Krebsprogramme

### 3.5.1 Übergeordnete Zielsetzungen

Meist liefern Ergebnisse epidemiologischer Auswertungen und Defizite im Bereich der Krebsversorgung den Anstoß zu nationalen Krebsprogrammen. Dies zeigt sich auch in den übergeordneten Zielsetzungen. Die untersuchten Länder setzen durchwegs sehr ähnliche übergeordnete Ziele in ihren Programmen.

Allen analysierten nationalen Krebsprogrammen sind folgende übergeordnete Zielsetzungen gemeinsam:

- Reduktion der **Krebsneuerkrankungen und -häufigkeit** (Krebsinzidenz und -prävalenz)
- Reduktion der Anzahl an **Krebstoten** (Krebsmortalität) bzw. Erhöhung der **Überlebensrate** bei Krebserkrankungen

Einige Länder nannten zusätzliche übergeordnete Ziele in ihren nationalen Krebsprogrammen:

- Verbesserung des **krebsvorbeugenden Verhaltens** von Einzelpersonen bzw. eine Erhöhung der **allgemeinen Gesundheit** der Gesamtbevölkerung
- Verbesserung und Steigerung von **Qualität, Effizienz und Effektivität** (beispielsweise bei Prävention, Screening, Diagnostik, Krebsbehandlung und -betreuung oder beim sektorenübergreifenden Versorgungssystem)
- Erhöhen der **Lebensqualität** von Erkrankten und deren Angehörigen bzw. Bezugspersonen
- Reduktion von **Ungleichheiten** in der Bevölkerung bezogen auf Krebsversorgung (beispielsweise geografische Ungleichheiten beim Zugang zur Betreuung)
- Förderung und Verbesserung des **Patientenempowerments**

Auch wenn nicht in allen nationalen Krebsprogrammen diese Vorsätze als eigenständige, übergeordnete Ziele aufgelistet sind, werden diese jedoch überall mehr oder weniger stark in Form von Prioritäten festgeschrieben.

### 3.5.2 Prioritäten der Krebsprogramme

Die Prioritäten werden in den nationalen Krebsprogrammen unter verschiedenen Bezeichnungen, z. B. Ziele, Prioritäten, *goals*, *aims*, *purposes*, *recommendations* u. Ä. angeführt, die trotz variierender Bezeichnungen einander in der inhaltlichen Ausrichtung weitestgehend ähneln.

Allen gemeinsam ist beispielsweise das „**Kontinuum der Krebsversorgung**“ – von der Prävention bis zur palliativen Versorgung – prioritär einzustufen.

Ebenfalls prioritär behandelt werden die Themen **Forschung, Versorgungsstrukturen und Personal**, wobei dies in den Programmen in unterschiedlichem Ausmaß geschieht.

Die inhaltlichen Prioritäten der Krebsprogramme werden nun anhand von Themenblöcken vorgestellt und dabei ausgewählte länderspezifische Zielsetzungen hervorgehoben.

#### 3.5.2.1 Gesundheitsförderung und primäre Prävention

Alle Länder definieren Gesundheitsförderung und primäre Krebsprävention als Schwerpunkt in ihren nationalen Krebsprogrammen. Grundsätzlich geht es dabei immer um Gesundheitsförderung und Krebsverhütung durch Beseitigung krebsfördernder Faktoren. Meist ist die Zielgruppe die gesamte Bevölkerung eines Landes oder aber auch eine bestimmte Bevölkerungsgruppe, wie beispielsweise Angehörige einer bestimmten Alterskategorie.

Folgende **Krebsrisiken** werden in den Krebsprogrammen häufig aufgegriffen:

- Rauchen
- Übergewicht
- Alkoholkonsum
- UV-Bestrahlung
- Berufsbedingte Krebsrisiken
- Umweltbedingte Krebsrisiken

Die Maßnahmen in den Krebsprogrammen ähneln einander zwar, sind aber auch den länderspezifischen Herausforderungen angepasst. Beispiele für Maßnahmen, die in den Programmen angeführt sind:

- Verbesserung der Aufklärung und Information der Bevölkerung über Krebs, seine Risikofaktoren und gesunden Lebensstil
- Schaffung von übergeordneten Rahmenbedingungen, beispielsweise Altersbegrenzung für Alkoholkonsum
- Vermehrte Gesundheitsförderung, beispielsweise in Schulen und an Arbeitsplätzen
- Reduktion der Belastung der Atemluft mit krebserregenden Luftschadstoffen

### 3.5.2.2 Sekundäre Prävention / Früherkennung / Screening

Ziel aller nationalen Krebsprogramme ist es, die Bevölkerung über **erste Symptome** von Krebserkrankungen **besser aufzuklären**, damit die medizinische Abklärung frühzeitig erfolgen kann. Information und Aufklärung zielen einerseits auf die Gesamtbevölkerung und andererseits auf eine ausgewählte Bevölkerungsgruppe.

**Screenings** dienen zur Früherkennung von Krankheiten. In allen untersuchten Ländern wurden bereits vor der Umsetzung der nationalen Krebsprogramme krebsbezogene Screenings (organisierte und/oder opportunistische) durchgeführt. Unabhängig davon wird das „Screening“ in allen nationalen Krebsprogrammen als Priorität definiert.

Da die Implementierung von Screeningprogrammen häufig durch verschiedene Institutionen und bereits vor der Entwicklung nationaler Krebsprogramme erfolgte, fehlt in vielen Ländern dazu ein nationaler strategischer Ansatz. Einige nationale Krebsprogramme sehen daher die Entwicklung einer übergeordneten nationalen Strategie für Screeningprogramme vor. Gleichzeitig soll durch eine einheitliche Vorgehensweise und Koordination von Screeningprogrammen der Ressourcenaufwand verringert und die Qualität verbessert werden.

Einige Krebsprogramme sehen in diesem Zusammenhang auch konkrete organisatorische Maßnahmen vor. So sollen in den Niederlanden die zwei derzeit separaten Screeningorganisationen durch *eine* Einrichtung ersetzt werden. Diese Aufgabe soll der dafür eigens nominierte „nationale Screeningdirektor“ übernehmen. Ziel ist, durch eine gebündelte Organisation eine bessere Überwachung, Koordination und Beurteilung von existierenden und potenziellen Screeningprogrammen zu erreichen. In Neuseeland wurde zur Erfüllung ähnlicher Aufgaben das *National Screening Advising Committee* gegründet.

Ein weiteres übereinstimmendes Ziel in den Krebsprogrammen ist die Teilnahmezahl an Screeningprogrammen durch Informationsstrategien zu erhöhen.

Nicht alle Länder benennen *konkrete* Screenings in ihren nationalen Krebsprogrammen, wenn doch, dann sind dies **Brustkrebs-Screenings, Zervix-Karzinom-Screenings oder Darmkrebs-Screenings**. England behandelt Screenings im nationalen Krebsprogramm sehr ausführlich und hat dazu unter anderem folgende Ziele festgelegt:

- Im Screeningprogramm zur Vorsorge von Gebärmutterhalskrebs sollen alle Frauen die Resultate ihrer Screeningtests innerhalb von zwei Wochen erhalten. Dieses Ziel soll spätestens 2010 erreicht werden.
- Das Brustkrebs-Screeningprogramm soll von sieben auf neun Screeningrunden für Frauen im Alter von 47 bis 73 Jahren ausgeweitet werden. Dieses Programm startet im Jahr 2008 und soll mit 2012 abgeschlossen sein. Im gleichen Zeitraum soll die digitale Mammographie eingeführt werden.
- Das Darmkrebs-Screeningprogramm wurde 2006 als eines der ersten nationalen Darmkrebs-Screeningprogramme der Welt eingeführt. Ende 2009 soll die flächendeckende Ausweitung des Programms auf Männer und Frauen zwischen 60 und 69 Jahren erreicht sein. Ab 2010 soll es auf Männer und Frauen zwischen 70 und 75 Jahren ausgeweitet werden.

Das irische Krebsprogramm sieht neben der Ausweitung des Mammographie-Screenings für Frauen zwischen 47 und 73 Jahren (bislang von 50 bis 70 Jahre) und der vollständigen Einführung des nationalen Zervixkrebs-Screenings auch die Etablierung eines Darmkrebs-Screeningprogramms vor. Dazu soll das Gesundheitsministerium eine eigene Arbeitsgruppe gründen, die dem *National Cancer Forum* untergeordnet ist und offene Fragestellungen zur Programmimplementierung bearbeiten.

Ein von vielen Ländern genanntes **Problem** im Zusammenhang mit Screenings sind die regional **unterschiedliche Krebsdatenerhebung bzw. die unterschiedliche Datenqualität**, die eine evidenz-basierte Evaluierung der Wirksamkeit von konkreten Screeningprogrammen nur bedingt zulassen. Alle nationalen Krebsprogramme streben in diesem Zusammenhang eine Verbesserung der bestehenden Datenerhebung und Datenqualität an (Verbesserung der Krebsstatistik, siehe auch Punkt 3.5.2.9).

Eine Übersicht über die derzeit laufenden organisierten Screeningprogramme zu Brust-, Gebärmutterhals- und Darmkrebs in den analysierten Ländern ist in Anhang 2 dargestellt.

### 3.5.2.3 Behandlung und Betreuung / Leitlinien

**Leitlinien und Standards** sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete, praxisorientierte Handlungsempfehlungen. Ihr Zweck ist die Darstellung des „State of the Art“ und soll dadurch den behandelnden und betreuenden Professionen im Sinne von Entscheidungs- und Handlungsoptionen Orientierung geben. In allen nationalen Krebsprogrammen wird die Erstellung von Leitlinien und Standards als Ziel festgelegt.

Als Beispiel ist hier das irische Krebsprogramm zu nennen, das das multidisziplinäre Erarbeiten von Qualitätsleitlinien (evidenz-basiert mit Indikatoren und definiertem Monitoring) für die häufigsten Krebsarten vorsieht. Zusätzlich sollen mithilfe von Health Technology

Assessments die rasche Implementierung von evidenz-basierten Technologien sowie die Überwachung der Effektivität sichergestellt werden.

Alle Länder sind bestrebt, einen multiprofessionellen und interdisziplinären Ansatz in der Krebsbehandlung und -betreuung zu realisieren. Der Aufbau von **regionalen Krebszentren und Krebsnetzwerken**, wie beispielsweise in Irland, soll zu diesem Ansatz beitragen (siehe auch Punkt 3.5.3 Versorgungsstruktur).

In Dänemark wurde beschlossen, für die wichtigsten Krebsarten integrierte klinische Patientenpfade, basierend auf organisatorischen und klinischen Standards für die Diagnose und Behandlung, zu entwickeln. Außerdem wird im dänischen Krebsprogramm empfohlen, einen verstärkten Fokus auf Alternativmedizin zu legen. Neben der Einarbeitung alternativer Heilmethoden in klinische Patientenpfade sollen zusätzlich evidenz-basierte Erkenntnisse durch Forschung erlangt werden.

In Neuseeland ist die Sicherstellung eines koordinierten Patientenbetreuungswegs als eigenes Ziel definiert. Dabei sollen im ersten Schritt bekannte Koordinationsmodelle (z. B. *Breast Care Nurses Model*) auf deren Umsetzbarkeit evaluiert werden.

#### **3.5.2.4 Psychoonkologische bzw. psychosoziale Unterstützung und Palliativversorgung**

Der Ausbau und die **Verbesserung der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Unterstützung** der Krebskranken wie auch ihrer Bezugspersonen werden in allen nationalen Krebsprogrammen als Priorität definiert.

In den Niederlanden soll bis zum Jahr 2010 landesweit ein „Screeninginstrument“ implementiert werden, um krebserkrankte Menschen mit psychosozialen Problemen zu erkennen und frühzeitig Hilfe und Unterstützung anbieten zu können. Gleichzeitig wird die Verbesserung und Intensivierung der Zusammenarbeit mit Freiwilligenorganisationen angestrebt. Dazu gehört beispielsweise die Schaffung einer „Grundausbildung“ für alle ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Eine weitere von allen Ländern definierte Priorität ist der Ausbau der **Palliativversorgung** von Krebskranken. Ziel ist, eine qualitativ hochwertige Versorgung in der letzten Lebensphase mit der Erfüllung möglichst aller physischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse sicherzustellen.

Als konkretes Beispiel kann hier das französische Krebsprogramm genannt werden, das als Maßnahme vorsieht, die Beurlaubung zur Betreuung von Krebskranken durch Familienangehörige und Vertrauenspersonen zu vereinfachen.

#### **3.5.2.5 Patientenorientierung**

In allen nationalen Krebsprogrammen werden eine Verbesserung von **Patientenorientierung, Patientenempowerment und -involvement** und eine Erhöhung der **Lebensqualität**

für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige und Bezugspersonen als Priorität angeführt.

Das irische Krebsprogramm sieht im Zusammenhang mit Patientenempowerment die Entwicklung eines **Informationsmodells** vor, das die Vermittlung krebsspezifischen Wissens für Patientinnen und Patienten sicherstellen soll. Als weitere Zielgruppen in diesem Modell sind Dienstleistungserbringer und Entscheidungsträger berücksichtigt.

In Frankreich wurde auf Basis des nationalen Krebsprogramms die Initiative „*breaking the bad news consultation*“ ins Leben gerufen. Ziel ist die verbesserte Aufklärung und Information der Patientinnen und Patienten bei der Diagnose Krebs sowie die Bereitstellung psychologischer Unterstützung.

### 3.5.2.6 Organisation

Die optimale Koordination der Dienstleistungen und die Vernetzung der Versorgungseinrichtungen sind Schwerpunkte aller nationalen Krebsprogramme. In England, Irland, Frankreich und Neuseeland übernehmen diese Aufgaben **regionale Krebszentren und Krebsnetzwerke** (vgl. Punkt 3.5.3).

Im irischen Krebsprogramm ist festgelegt, dass ein eigenes Lizenzierungs- bzw. Akkreditierungssystem für Krebszentren und Dienstleister im Rahmen der Krebsversorgung entwickelt und umgesetzt werden soll. Die Prüfkriterien sollen sich an internationalen Best-Practice-Modellen orientieren.

Die **Verbesserung des Zugangs** zu Leistungen der Krebsversorgung (z. B. diagnostische Tests, chirurgische Eingriffe, Strahlentherapien, medikamentöse Behandlungen, unterstützende Versorgung etc.) wird in allen Krebsprogrammen angestrebt. Vor allem sollen Ungleichheiten aufgrund der geografischen Lage, Einkommen, Geschlecht, ethnischen Zugehörigkeit u. Ä. durch gezielte Maßnahmen verringert werden.

Vor allem Neuseeland legt in seinem nationalen Krebsprogramm besonderen Wert auf den **Abbau von Ungleichheiten** aufgrund der Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit. Dies erfolgt durch die konsequente und permanente Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertreter dieser Minderheiten in alle Belange des Krebsprogramms.

### 3.5.2.7 Personal

Alle nationalen Krebsprogramme zielen prioritär auf die Ausweitung und Optimierung der **Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen** für onkologisches Behandlungs- und Betreuungspersonal ab. Spezieller Fokus wird vor allem auf jene Fortbildungsbereiche gelegt, die in der Vergangenheit wenig gefördert wurden. Dazu zählen beispielsweise die Bereiche der palliativen oder psychosozialen Versorgung.

In den Niederlanden soll ein eigenes Registrierungssystem Auskunft über onkologische Spezialausbildungen des ärztlichen und pflegerischen Personals geben.

Neuseeland erstellt im Rahmen seines Krebsprogramms einen Personalentwicklungsplan, der sich mit Themen, wie beispielsweise dem zukünftigen Personal- und Ausbildungsbedarf, der Organisation der Freiwilligenarbeit u. Ä., auseinandersetzt.

### 3.5.2.8 Forschung

Krebsforschung ist in allen nationalen Krebsprogrammen ein Schwerpunkt. Um die Forschungsaktivitäten zu optimieren, streben alle Länder eine verbesserte Vernetzung und Kooperation der Forschungsaktivitäten an. Dies umfasst auch die (finanzielle) Förderung von prioritären Forschungsbereichen, wie beispielsweise Krebsprävention oder palliative Krebsversorgung.

Das kanadische Krebsprogramm zielt außerdem auf eine **raschere Implementierung von Forschungsergebnissen** in die onkologische Versorgung ab. Zusätzlich sollen die Karrieremöglichkeiten für das Forschungspersonal verbessert werden.

Das englische Krebsprogramm führt in diesem Zusammenhang das Ziel an, die Anzahl der Krebsstudien wie auch der teilnehmenden Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

### 3.5.2.9 Surveillance und Verbesserung der Datenqualität

Unter Surveillance wird die systematische und kontinuierliche Dokumentation von Inzidenz, Prävalenz, Mortalität, Überlebensrate, Behandlungsmethoden und ähnliche Daten verstanden. Allen nationalen Krebsprogrammen ist es ein wichtiges Anliegen, **einheitliche und standardisierte Daten in hoher Qualität** zu erfassen. Einer der Gründe liegt darin, dass diese Daten notwendig sind, um eine **Evaluierung und Qualitätssicherung** von Maßnahmen im Bereich der Krebsversorgung durchführen zu können. Für eine umfassende Datensammlung ist neben der Definition von einheitlichen Datensätzen und der funktionierenden Kooperation zwischen den einzelnen Institutionen auch eine gesetzliche Basis (z. B. für den Datenschutz) erforderlich.

Um die Zusammenführung regionaler Daten zu vereinfachen, ist in einigen nationalen Krebsprogrammen die Einrichtung einer übergeordneten Organisation vorgesehen.

Das Schweizer Krebsprogramm schlägt vor, die kantonalen Krebsregister mit einer nationalen Institution zu ergänzen. Dadurch sollen auf einer übergeordneten Ebene die erfassten Daten evaluiert, veröffentlicht und in weiterer Folge für wissenschaftliche und gesundheitspolitische Zwecke verwendet werden können.

Das englische Krebsprogramm sieht vor, dass das *National Cancer Intelligence Network* die Daten von Krebsregistern, Forschungsergebnissen und anderen krebsrelevanten Daten unterschiedlicher Einrichtungen im Gesundheitswesen zusammenführt und publiziert.

Im kanadischen Krebsprogramm übernimmt die *Surveillance Action Group* unter anderem die Standardisierung und Qualitätssicherung von epidemiologischen Daten.

### 3.5.3 Versorgungsstruktur

Die Krebsbehandlung und -betreuung erfolgt in allen Ländern in den primären, sekundären und tertiären Versorgungsebenen.

Folgende Grobstruktur der Versorgung lässt sich erkennen:

- Regionale Krebszentren und Krebsnetzwerke
- Universitätskliniken, spezialisierte Krebszentren, Krebskliniken
- Krebszentren in regionalen Krankenhäusern
- Hospize und palliative Betreuungsteams
- Multidisziplinäre Krebsbetreuungsteams
- Niedergelasse Fachärztinnen und Fachärzte
- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin
- Div. Dienstleister, wie beispielsweise psychoonkologischer Dienst, Hauskrankenpflege etc.

In allen nationalen Krebsprogrammen werden organisatorische Veränderungen angestrebt, um Krebsversorgungsprozesse (siehe auch Punkt 3.5.2.6) zu optimieren. Eine prägende organisatorische Umstrukturierung ist der Aufbau von **regionalen Krebszentren / Krebsnetzwerken zur Koordination der onkologischen Versorgung**.

Grundlegende Ziele dieser regionalen Krebszentren und Krebsnetzwerke sind die

- Sicherstellung des angemessenen und gut erreichbaren Zugangs zu qualitativ hochwertiger Krebsbehandlung und -betreuung und die
- Koordination und Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung bzw. die Verbesserung der Schnittstellenproblematik.

Nachstehend ist kurz dargestellt, wie regionale Krebszentren und Krebsnetzwerke in den untersuchten Ländern konzipiert sind.

#### Kanada

Im kanadischen Krebsprogramm ist die Einrichtung von **Krebsnetzwerken/Krebszentren nicht gesondert erwähnt**. Auch auf der Website der *Canadian Partnership Against Cancer* gibt es keine Hinweise auf bestehende oder geplante regionale Krebsnetzwerke.

#### England

Zu Beginn des Jahres 2000 wurde in England auf Basis des *ersten* nationalen Krebsprogramms mit der Entwicklung von Krebsnetzwerken begonnen. Bereits ein Jahr später erfolgte die Krebsversorgung über die 34 neu geschaffenen **NHS Cancer Networks**. Die *Cancer Networks* sind geografisch über ganz England verteilt und decken jeweils den Versorgungsbedarf einer Region mit etwa 700.000 bis drei Millionen Menschen ab.

Die *NHS Cancer Networks* unterstützen die Zusammenarbeit von Dienstleistungserbringern über alle Versorgungsebenen hinweg. Zusätzlich sollen Leistungsplanung und -koordination nach nationalen Leitlinien wie auch ein Qualitätsmonitoring der lokalen Dienstleistungen ermöglicht werden.

## Irland

In Irland wurden im Rahmen der Umsetzung des nationalen Krebsprogramms vier *Managed Cancer Control Networks* eingerichtet, die die Aufgabe haben, die gesamte Krebsversorgung zu übernehmen und zu koordinieren. Sie sind geografisch so angeordnet, dass sie den Versorgungsbedarf von etwa einer Million Menschen decken können. Innerhalb dieser Krebsnetzwerke sind je zwei *Specialist Cancer Centres* angesiedelt, die wiederum jeweils für eine Bevölkerungsanzahl von rund 500.000 Personen zuständig sind.

Folgende Krebsversorgungsbereiche werden durch die Krebsnetzwerke und Krebszentren übernommen bzw. koordiniert:

- Primäre Versorgung
- Versorgung im Krankenhaus
- Palliative Versorgung
- Psychoonkologische Versorgung
- Unterstützende Versorgung, wie beispielsweise Selbsthilfegruppen

## Schweiz

Auch die Schweiz sieht in ihrem nationalen Krebsprogramm den Aufbau von regionalen Krebsnetzwerken vor. Sie sollen periphere Spitäler, Praxen und Kliniken mit Kompetenzzentren verbinden. Die **regionalen (überkantonalen) Krebsnetzwerke** sollen dazu beitragen, fehlende Maßnahmen zur Krebsbekämpfung einzuleiten und bereits existierende Maßnahmen zu koordinieren, und wo nötig, zu verbessern. Neben der Behandlung und der Pflege, sollen alle Gebiete der Krebsversorgung – von der Prävention bis zur Palliation – abgedeckt werden. Als weitere Aufgaben der regionalen Krebsnetzwerke werden unter anderem das Führen von Krebsregistern und das Ausbilden von Spezialisten aller relevanten Disziplinen genannt.

## Niederlande

In den Niederlanden bestanden bereits vor der Etablierung des nationalen Krebsprogramms acht **integrale kankercentra**, um Krebspatientinnen und -patienten und deren Familien eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Betreuung zu ermöglichen.

*Integrale kankercentra* verbinden Gesundheitsprofessionen, Krebs- und Palliativeinrichtungen. Durch das Netzwerk unterstützen sie fachliche und multidisziplinäre Zusammenarbeit in der Krebsbetreuung und -versorgung.

## Dänemark

Nach Angabe von *Sundhedsstyrelsen* erfolgt die Koordination der Krebsversorgung in Dänemark **nicht über regionale Krebszentren und Krebsnetzwerke**, sondern über die Dienstleistungserbringer der primären, sekundären bzw. tertiären Versorgungsstufen, wie beispielsweise Krankenhäuser oder niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.

## Frankreich

Im französischen Krebsprogramm ist die Koordination der Krebsversorgungsdienstleistungen wie auch der Leistungserbringer über **regionale Krebsbetreuungsnetzwerke (*Réseaux régionaux de cancérologie*)** vorgesehen. **Regionale Krebszentren (*Poles régionaux de cancérologie*)** sollen den Zugang zu spezialisierter Betreuung und innovativer Technologie sicherstellen.

Bis 2008 wurden in Frankreich sieben regionale Krebszentren und 26 regionale Krebsnetzwerke eingerichtet.

## Neuseeland

Um die Kooperation und Zusammenarbeit im Bereich der Krebsversorgung zu stärken, wurde in Neuseeland im *Action Plan* des nationalen Krebsprogramms der Aufbau von **Regional Cancer Networks** prioritär definiert.

Die mittlerweile vier existierenden Krebsnetzwerke sind geografisch so angesiedelt, dass eine landesweite Versorgung sichergestellt ist. Einerseits unterstützen und koordinieren die Netzwerke die Leistungen über Dienstleistungserbringer und Versorgungsebenen hinweg, andererseits dienen sie als Verbindungstelle zwischen den Leistungserbringern und Patientenorganisationen. Zusätzlich sollen durch eine gemeinsame Leistungsplanung und –koordination nationale Behandlungsstandards eingehalten werden.

### 3.5.4 Maßnahmen, Zielwerte und Indikatoren

**Zur Konkretisierung** der übergeordneten Ziele und Prioritäten in den nationalen Krebsprogrammen werden diese größtenteils mit **Maßnahmen** und zum Teil auch mit **Indikatoren** und **Messgrößen** bzw. **konkreten Zielwerten** hinterlegt.

Nachstehend wird dargestellt, inwieweit und in welcher Form die einzelnen Krebsprogramme (bzw. auch Begleitdokumente) Maßnahmen, Indikatoren und Zielwerte definieren.

## Kanada

Folgende gesundheitsrelevante Ergebnisse sollen laut nationalem Krebsprogramm bis 2033 erreicht werden:

- 45-prozentige Reduktion der prognostizierten Inzidenz

- 51-prozentige Reduktion der prognostizierten Mortalität
- 1,24 Millionen verhinderte Krebserkrankungen
- 423.000 gerettete Menschenleben
- Vermeidung von 7,3 Millionen verlorenen potenziellen Lebensjahren<sup>3</sup>

Folgende wirtschaftspolitischen Ziele sollen über einen Zeitraum von 30 Jahren erreicht werden:

- Einsparungen direkter Gesundheitsausgaben von mehr als 39 Milliarden CAD (rund 24 Milliarden Euro)
- Vermeidung staatlicher Steuereinbußen von über 34 Milliarden CAD (rund 21 Milliarden Euro)
- Verhinderung einkommensbasierter Produktivitätseinbußen von über 101 Milliarden CAD (rund 62 Milliarden Euro)

Ergänzend wurden im kanadischen Krebsprogramm zu allen Prioritätsbereichen sogenannte *Business Goals 2006–2010* definiert. Im *Strategic Plan 2008–2012* wurden diese überarbeitet und mit groben Umsetzungsschritten hinterlegt (*Action Plan 2008–2012*). Beispielsweise wird für die Priorität „Forschung“ im *Action Plan* die Einrichtung eines nationalen Forschungsnetzwerks festgelegt.

## England

Im ersten nationalen Krebsprogramm wurden für die verschiedenen Prioritäten Indikatoren und zum Teil auch Zielvorgaben festgelegt. Die jeweiligen Zielerreichungsgrade wurden in regelmäßig erstellten Fortschrittsberichten dokumentiert (siehe auch Abschnitt 3.6).

Auch im aktuellen Krebsprogramm sind alle Prioritätsbereiche mit Umsetzungszielen hinterlegt. In verschiedenen Teilbereichen sind konkrete Zielvorgaben definiert, z. B. bei der Krebsbehandlung. Eine konkrete Zielvorgabe ist hier beispielsweise die Reduktion von Wartezeiten mithilfe von standardisierten Zeitfenstern (*14 days, 31 days and 62 days targets for cancer*). Teilweise wird im Krebsprogramm auch auf Zielvorgaben von anderen Organisationen verwiesen. Hier können die Ziele von *Cancer Research UK* angeführt werden, die bis 2020 erreicht werden sollen. Eines dieser zehn Ziele ist die Erhöhung der Überlebensrate von Krebserkrankten. Konkret ausgedrückt sollen zwei Drittel der neu diagnostizierten Krebspatientinnen und -patienten nach der Diagnose mindestens fünf Jahre weiterleben.

In beiden Krebsprogrammen wird auf das Ziel der Reduktion der Krebsmortalität um 20 Prozent bei Personen unter 75 Jahren im Zeitraum von 1995 bis 2010 hingewiesen. Laut Aussagen im aktuellen Krebsprogramm dürfte diese Zielvorgabe vorzeitig erfüllt werden.

---

<sup>3</sup> „Verlorene potenzielle Lebensjahre“ (Potential Life Years Lost) erfasst die frühzeitige Sterblichkeit in der Bevölkerung gemessen in Lebensjahren.

## **Irland**

In Irland wurden im ersten nationalen Krebsprogramm konkrete Indikatoren und zum Teil auch Zielvorgaben festgelegt (z. B. als übergeordnetes Ziel die Senkung der Krebsmortalität um 15 Prozent bei unter 65-Jährigen innerhalb von zehn Jahren).

Im derzeit gültigen irischen Krebsprogramm wurden für die verschiedenen Prioritäten zwar Indikatoren definiert, wie beispielsweise die Reduzierung des Raucheranteils oder des Anteils übergewichtiger Kinder, allerdings nicht mit konkreten Zielvorgaben hinterlegt.

Die für die Steuerung und Umsetzung des irischen Krebsprogramms verantwortliche Organisation National Health Executive gibt jährlich im Zuge des National Service Plan Schlüsselindikatoren vor, die den Umsetzungsfortschritt des nationalen Krebsprogramms darstellen und dokumentieren sollen (siehe auch Abschnitt 3.6). So ist z. B. im Plan für das Jahr 2009 vorgesehen, dass bis Ende 2009 alle Brustkrebs-Operationen in einem der Specialist Cancer Centres (vgl. Punkt 3.5.3) durchgeführt werden (2008 waren es 80 Prozent).

## **Schweiz**

Im nationalen Krebsprogramm der Schweiz sind alle definierten Prioritäten mit Umsetzungsstrategien und Vorschlägen für „erste Schritte“ hinterlegt, wobei auf konkrete Zielerreichungsindikatoren bzw. Zielerreichungszeitpunkte verzichtet wurde.

So wurde z. B. zum strategischen Ziel „Der Patient wird ein Hauptakteur der integrierten Behandlung“, als konkreter erster Schritt der Aufbau einer schweizweiten Webseite für Krebsdiagnostik, Behandlung und Früherkennung durch die Krebsliga Schweiz mit Unterstützung von Oncosuisse empfohlen.

## **Niederlande**

Im niederländischen Krebsprogramm sind für einen Großteil der Prioritäten Problemstellungen, Ziele, Umsetzungsschritte und durchführende Akteure dargestellt.

Teilweise sind die Ziele mit Messzahlen hinterlegt, wie beispielsweise:

- Bis 2010 soll sich die Fünf-Jahres-Überlebensrate bei Krebserkrankten um 20 Prozent erhöhen (im Vergleich zu 2000).
- Bis 2010 soll eine 20-prozentige Verbesserung bei der Patientenzufriedenheit in Bezug auf Aufklärung, Behandlung und Betreuung erreicht werden (im Vergleich zu 2005).
- Bis 2010 sollen die unterschiedlichen Behandlungsformen der praktischen Ärztinnen und Ärzte durch den Einsatz von Leitlinien und Standards um 20 Prozent reduziert werden (im Vergleich zu 2007).
- Ab 2005 sollen Institutionen sicherstellen, dass die für sie ehrenamtlich tätigen Personen, Trainings bzw. Schulungen erhalten.

## Dänemark

In Dänemark wird im nationalen Krebsprogramm National Cancer Plan II auf eine Darstellung von messbaren Zielen verzichtet, mit der Begründung, dass diese sehr schwer evaluierbar sind. Es wird in diesem Zusammenhang aber hervorgehoben, dass ein kontinuierliches Monitoring unbedingt erforderlich ist. Erst damit kann sichergestellt werden, dass das Krebsprogramm an gegenwärtige und zukünftige Anforderungen angepasst werden kann.

Maßnahmen werden im dänischen Krebsprogramm zu allen Prioritätsbereichen empfohlen. Beispielsweise sollen im Bereich „Krebsbetreuung“ Kompetenzebenen für Spezialisten, die chirurgische Eingriffe an Krebspatienten vornehmen, spezifisch für jede Krebsart festgelegt werden.

## Frankreich

Frankreich strebt eine Reduzierung der Mortalität bei Krebs um 20 Prozent in der fünfjährigen Laufzeit des Krebsprogramms an. Dies soll durch die Ausweitung der sekundären Prävention (Früherkennung) und des Zugangs zu innovativen Behandlungsmöglichkeiten erreicht werden. Gleichzeitig wird auch die primäre Prävention (Gesundheitsförderung) ausgeweitet und die Forschungstätigkeit intensiviert.

Insgesamt sind im nationalen Krebsprogramm 70 Ziele zu den Prioritätsbereichen definiert. Folgende Messgrößen wurden unter anderem festgeschrieben:

- Reduktion der rauchenden Personen (um 30 Prozent bei Jugendlichen und um 20 Prozent bei Erwachsenen)
- 20-prozentige Reduktion der alkoholabhängigen Personen
- Brustkrebs-Screening bei 80 Prozent aller Frauen zwischen 50 und 74 Jahren
- Gebärmutterhals-Screening bei 80 Prozent aller Frauen zwischen 25 und 69 Jahren
- Zugang für alle Krebspatientinnen und -patienten zu „*breaking the bad news consultation*“ und zu Informationen über unterstützende Betreuung
- Teilnahme an klinischen Studien von mindestens zehn Prozent aller Patientinnen und Patienten

## Neuseeland

Das neuseeländische Krebsprogramm selbst sieht keine konkreten Zielwerte vor. Im *Action Plan 2005–2010* zum neuseeländischen Krebsprogramm werden jedoch zu allen Prioritäten insgesamt 112 Ziele, zu setzende Maßnahmen mit konkreten Umsetzungsschritten und verantwortliche Stakeholder genannt. Jeder Umsetzungsschritt ist mit einem Umsetzungszeitraum hinterlegt, der sich entweder auf die erste Phase (innerhalb der ersten zwei Jahre der Laufzeit des nationalen Krebsprogramms) bzw. auf die zweite Phase (innerhalb der fünfjährigen Laufzeit) bezieht.

Als Beispiel kann hier das Ziel zur Senkung der Hautkrebsmortalität angeführt werden. Als Maßnahme dazu soll eine Strategie zur Früherkennung von Hautkrebs entwickelt werden.

In der ersten Phase wurde hierfür einschlägige Literatur recherchiert und in der zweiten Phase ist ein Experten-Workshop zur Erarbeitung der Strategie vorgesehen.

Vereinzelt werden im Action Plan ganz konkrete Zielgrößen definiert, wie beispielsweise die 20-prozentige Verringerung der rauchenden Erwachsenen bis zum Ende der zweiten Phase (2010).

### 3.6 Monitoring, Evaluierung und Berichterstattung

Um den Ablauf bzw. den Prozess der Umsetzung der nationalen Krebsprogramme laufend zu überwachen, wird in allen Ländern ein **Monitoring** vorgeschlagen bzw. realisiert. Dadurch soll nicht nur überprüft werden, ob die gesetzten Schritte den gewünschten Erfolg bringen, sondern auch, ob aufgrund von Abweichungen steuernd eingegriffen werden soll.

In allen Ländern werden **Berichte zum nationalen Krebsprogramm** publiziert (annual reports, progress reports u. Ä.), um Stakeholder, gesundheitspolitische Entscheidungsträger und die interessierte Öffentlichkeit über Umsetzungsschritte und Ergebnisse zu informieren.

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass **häufig gesonderte Berichte oder Webinformationen** zu den verschiedenen Prioritätsbereichen bzw. zu konkreten Umsetzungspaketen der nationalen Krebsprogramme veröffentlicht werden. Beispielhaft können hier die Berichte über Brust- oder Darmkrebs-Screening in England genannt werden. Da sich diese Publikationen jedoch nicht auf die nationalen Krebsprogramme beziehen, sondern immer nur ausgesuchte Bereiche oder Aktivitäten betreffen, wird in diesem Bericht nicht näher darauf eingegangen.

Nachstehend wird für jedes Land kurz beschrieben, wie die Strukturen für das Monitoring bzw. für die Berichterstattung aufgebaut sind und welche Berichte veröffentlicht werden (sollen).

#### Kanada

Das Direktorium des *Canadian Partnership Against Cancer (CPAC)* ist für das Monitoring der Umsetzung des nationalen Krebsprogramms verantwortlich.

Das nationale Krebsprogramm sieht dafür eine eigene *Quality and Performance Assurance Working Group (QPA-WG)* vor, die Ziele und evidenz-basierte Analysen erarbeitet und dem wissenschaftlichen Beirat (*Council*) zur Verfügung stellt. Die *QPA-WG* überwacht die Auswirkungen der gesetzten Maßnahmen hinsichtlich Geschlecht, Alter, Geografie und Einrichtung und stellt den Ergebnissen Trends in der Krebsinzidenz und -mortalität gegenüber. Die *QPA-WG* empfiehlt außerdem Prioritäten für zukünftige Maßnahmen.

Der *Strategic Plan 2008–2012* legt zudem das Erarbeiten und Implementieren eines *Business Plans* fest, der eine effektive und effiziente Überwachung der Zielerreichung sicherstellen soll. Ergänzend wird über Aktivitäten, Finanzen, Zielerreichungsgrad und Ergebnisse berichtet.

Dafür hat das CPAC ein eigenes *Project Management Office* mit folgenden Aufgaben eingerichtet:

- Sicherstellung eines standardisierten Projektmanagements, wie beispielsweise bei Projektplanung, Projektfinanzierung, Projektcontrolling etc.
- Unterstützung der *Action Groups* beim Projektmanagement
- Erstellung von Berichten, wie monatliche und vierteljährliche Projektstatusberichte u. Ä.
- Information des *CPAC Senior Management* über Projektaktivitäten und -status

Eine *Balanced Scorecard* gibt dem Direktorium der CPAC vierteljährlich Auskunft über das Erreichen von Zielen sowie die Einhaltung der Projekt-Milestones und des Budgets.

### **Berichte und Ergebnisse zum laufenden Krebsprogramm**

Im kanadischen Krebsprogramm ist festgeschrieben, dass Umsetzung und Zielerreichung der Maßnahmen regelmäßig und unabhängig evaluiert werden müssen.

Der erste publizierte *Annual Report 2007–2008* der *Canadian Partnership against Cancer* weist darauf hin, dass in allen Prioritätsbereichen des nationalen Krebsprogramms erste Umsetzungsschritte erfolgt sind. Bisherige Aktivitäten und Ergebnisse werden im Bericht angeführt, beispielsweise die Inbetriebnahme eines nationalen Surveillancesystems (*CAREX*) für kanzerogene Stoffe.

Der im Winter 2009 publizierte *Progress Report* der CPAC stellt ebenso erreichte Ergebnisse dar, wie beispielsweise:

- Launch der größten Gesundheitsstudie zur Identifikation von Risikofaktoren, die zur Entwicklung von Krebs und anderen chronischen Krankheiten führen.
- Entwicklung eines nationalen Netzwerks für existierende Darmkrebs-Screenings.
- Launch einer internetbasierten Krebsplattform für die interessierte Öffentlichkeit und Dienstleistungserbringer.

Zusätzlich werden Newsletter verfasst, die über die CPAC-Homepage abrufbar sind.

### **England**

Der National Cancer Director ist als übergeordnete Stelle für die Steuerung der Umsetzung des nationalen Krebsprogramms verantwortlich und ist verpflichtet, dem Gesundheitsminister einen jährlichen Fortschrittsbericht vorzulegen.

## **Berichte und Ergebnisse zum laufenden Krebsprogramm**

Im Dezember 2008 wurde der erste *Annual Report on Implementation of the Cancer Reform Strategy* vorgestellt, der Umsetzungsschritte und erreichte Ergebnisse aufgezeigt, wie beispielsweise die Entwicklung von elf *Information-Pathways* für Krebspatientinnen und -patienten oder den Aufbau einer *National Cancer Equality Initiative*. Außerdem werden im Jahresbericht Prioritäten für das kommende Jahr beschrieben, wie beispielsweise die landesweite Einführung der digitalen Mammographie.

Zusätzlich veröffentlicht das *NHS* quartalsmäßig statistische Berichte zu Wartezeiten bei der Diagnostik und Behandlung von Krebs.

## **Evaluation und Ergebnisse des Vorgängerprogramms**

Die Umsetzungsergebnisse des ersten nationalen Krebsprogramms *NHS Cancer Plan* wurden in mehreren Fortschrittsberichten dokumentiert, die das *NHS* erstellt hat.

Ergänzend wurden in den Jahren 2004 und 2005 drei Evaluierungsberichte vom *National Audit Office (NAO)* erstellt.

Der erste Bericht des *NAO* untersuchte, ob die Leistungen und Anstrengungen des *NHS* zu einer geringeren Inzidenz und Mortalität bei Krebs sowie zu besseren Überlebenschancen führten. Obwohl die Inzidenzraten seit den 1970er Jahren im Steigen begriffen sind, konnte bei manchen Krebsarten ein Rückgang der Inzidenz festgestellt werden, wie z. B. bei Magenkrebs. Die Mortalitätsrate sank seit den 1970er Jahren um zwölf Prozent, gleichzeitig konnten höhere Überlebenschancen in den ersten fünf Jahren nach der Erstdiagnose festgestellt werden.

Der zweite *NAO*-Bericht basiert auf einer Umfrage unter Patientinnen und Patienten mit den häufigsten Krebsdiagnosen (Brust, Lunge, Darm und Prostata). Dabei wurden die Erfahrungen und Meinungen der Patientinnen und Patienten zur Qualität in der onkologischen Betreuung ausgewertet. Zusammenfassend wird berichtet, dass die Patientenzufriedenheit mit der Krebsversorgung in Krankenhäusern zwischen 2000 und 2004 gestiegen ist. Als Schwachstellen wurden die palliative und unterstützende Versorgung identifiziert.

Der dritte Bericht konzentrierte sich auf die Implementierung und die Zielerreichung des *NHS Cancer Plan*. Im Bericht wurde festgehalten, dass einige wichtige Erfolge erzielt werden konnten. Dazu zählen beispielsweise der beschleunigte rückläufige Trend beim Rauchen, Ausweitung von Mammographie-Screenings, Verringerung der Unterschiede beim Zugang zu Medikamenten, Ausweitung der fachärztlichen Leistungen in der Palliativmedizin, raschere Personalaufstockung bei onkologischen Fachärzten, Modernisierung und Ausweitung von Diagnose- und Behandlungseinrichtungen etc.

### **Irland**

Jährlich werden Schlüsselindikatoren für unterschiedliche Bereiche des Gesundheitswesens – so auch für die Krebsversorgung – vom *National Service Executive (NSE)* im *National Service Plan* für das kommende Jahre festgelegt und dem Gesundheitsminister vorge-

legt (siehe auch Punkt 3.5.4). Zusätzlich werden die Indikatoren des Vorjahres hinsichtlich der Zielerreichung überprüft.

### **Berichte und Ergebnisse zum laufenden Krebsprogramm**

Ein monatlich publizierter *Performance Report (PR)* des *NSE* analysiert die Daten der Schlüsselindikatoren zum laufenden Krebsprogramm, inklusive der finanziellen und personellen Ressourcen, und zeigt Umsetzungsaktivitäten auf. Detailliertere Daten enthält der monatliche *Supplementary PR Report*.

Zweimal im Jahr werden die Daten und Aktivitäten den gesetzten Schlüsselindikatoren im *National Service Plan* gegenübergestellt.

### **Evaluation und Ergebnisse des Vorgängerprogramms**

Das 1996 in Irland implementierte erste nationale Krebsprogramm *Cancer Services in Ireland: A National Strategy* wurde 2002 bis 2003 durch zwei Consultingfirmen evaluiert.

Die wichtigste Zielsetzung des ersten irischen Krebsprogramms war die Reduktion der Mortalitätsrate der unter 65-jährigen um 15 Prozent innerhalb von zehn Jahren. Dieses Ziel konnte bereits 2001 – somit drei Jahre vor Ablauf dieses Zeitrahmens – erreicht werden.

Folgende weitere Ergebnisse werden unter anderem im Evaluierungsbericht aufgezeigt:

- Aufbau des Office of Tobacco Control und Einführung des Tobacco Health Act, 2002
- Beginn eines nationalen Brustkrebs- und Zervixkarzinom-Screenings
- Anstieg der jährlich verabreichten Chemotherapien
- 26 Prozent mehr Patientinnen und Patienten, die eine krebschirurgische Therapie erhalten (seit 1994)
- 58 Prozent mehr Patientinnen und Patienten, die eine strahlentherapeutische Behandlung erhalten (seit 1994)
- Aufstockung des spezialisierten Fachpersonals und Schaffung von zusätzlichen Posten

Zusätzlich zeigt der Report Verbesserungspotenziale und Empfehlungen für zukünftige Prioritäten auf, wie beispielsweise:

- Entwicklung, Förderung und Ausbau einer primären Versorgungsstufe zur Krebsbehandlung und -betreuung, inklusive der Förderung von Public-Awareness, Früherkennung, Screening und palliativer Versorgung
- Verbesserung des Zugangs zu strahlentherapeutischer Krebsbehandlung
- Verbesserung der evidenz-basierten Krebsbehandlung und -betreuung

Die durch die Evaluierung identifizierten Verbesserungspotenziale wurden in das zweite nationale Krebsprogramm *A Strategy for Cancer Control in Ireland* eingearbeitet.

## Schweiz

In der Schweiz erfolgte auf nationaler Ebene kein Beschluss zur Umsetzung des nationalen Krebsprogramms. Punktuell sollen aber die Prioritätsbereiche Prävention, Früherkennung, Qualität der Krebsbehandlung und -pflege sowie Krebsregister gefördert werden.

In diesem Zusammenhang werden in ausgewählten Bereichen Berichte erstellt, die die Aktivitäten aufzeigen, z. B. Krebsforschung in der Schweiz (2006) oder die Berichte des seit 2007 existierenden ersten nationalen Krebsregisters, dem Schweizer Kinderkrebsregister.

## Niederlande

Im nationalen Krebsprogramm der Niederlande wurde festgelegt, dass die verantwortliche Steuerungsgruppe einmal im Jahr einen Aktionsplan zu erstellen und mit allen beteiligten Akteuren abzustimmen hat. Außerdem soll jährlich der Umsetzungsgrad des Aktionsplans überprüft werden.

### Berichte und Ergebnisse zum laufenden Krebsprogramm

Von der Steuerungsgruppe wurden zwölf Indikatoren aus den Bereichen primäre/sekundäre Prävention und Krebsbetreuung für das Monitoring und die Evaluierung des nationalen Krebsprogramms festgelegt. Beispiele für Indikatoren sind die Raucher- und Adipositas-Prävalenz, Teilnahmezahl an Brustkrebs-Screenings, Inzidenzrate verschiedener Tumoren etc. Ein diesbezüglicher Report wurde 2008 in niederländischer Sprache publiziert. Dreizehn weitere Indikatoren sollen zukünftig definiert und in das Monitoring aufgenommen werden. Zusätzlich werden Berichte der Arbeitsgruppen in niederländischer Sprache über die Homepage veröffentlicht.

## Dänemark

Das dänische Krebsprogramm *National Cancer Plan II* fordert ein kontinuierliches Monitoring.

### Berichte und Ergebnisse zum laufenden Krebsprogramm

In englischer Sprache stehen keine Berichte zur Umsetzung des aktuellen nationalen Krebsprogramms zur Verfügung. Auf der Website von *Sundhedsstyrelsen* werden jedoch Informationsmaterialien und Berichte zum Krebsprogramm, zum Krebsregister und zu den klinischen Patientenpfaden in dänischer Sprache angeboten.

### Evaluation und Ergebnisse des Vorgängerprogramms

Das dänische Zentrum für Evaluation und HTA (*DACEHTA*) veröffentlichte im Februar 2004 die Evaluation des ersten nationalen Krebsprogramms.

Es wurde festgehalten, dass aufgrund fehlender nationaler Krebsdaten die Evaluation von gesundheitsrelevanten Auswirkungen, wie beispielsweise die Darstellung der Überlebensrate bei Krebs, nicht möglich ist. Außerdem erschwerten unscharf formulierte Ziele und Messgrößen die Ergebnisbewertung des Krebsprogramms. Aus diesem Grund wurde der primäre Fokus der Evaluation auf Änderungen im organisatorischen und therapeutischen Bereich gelegt.

Das Ergebnis der englischsprachigen Zusammenfassung des Evaluationsberichtes weist primär auf die Bereiche hin, die in Zukunft gestärkt werden müssen. Dazu zählen beispielsweise das Zusammenwirken des primären und sekundären Versorgungsbereiches oder der Aufbau eines Monitorings. Basierend auf diesen Empfehlungen wurde der *National Cancer Plan II* entwickelt.

Im Evaluationsbericht werden zusätzlich Indikatoren für die zukünftige Evaluation der Krebsversorgung empfohlen. Dazu zählen beispielsweise die Anzahl der chirurgischen Eingriffe, Ambulanzbesuche, Kosten der Krebsbehandlungen, Wartezeiten etc.

## Frankreich

Das *Institut National du Cancer (INCa)* koordiniert primär die Implementierung des nationalen Krebsprogramms und übernimmt seit 2005 auch die dazugehörige Berichterstattung.

### Berichte und Ergebnisse des Vorgängerprogramms

Der erste von regelmäßig erscheinenden Newslettern des Instituts zeigte auf, dass Ende 2005 bereits 32 der 70 definierten Ziele des nationalen Krebsprogramms erreicht wurden.

Der 2006 publizierte Drei-Jahresbericht zeigt unter anderem folgende Fortschritte auf:

- Die Prävalenz der Raucher sank auf 30 Prozent im Jahr 2005 (verglichen mit 33 Prozent im Jahr 2000)
- Aufstockung der Personalressourcen in der onkologischen Versorgung
- Modernisierung der medizinisch-diagnostischen Ausstattung

### Evaluation und Ergebnisse des Vorgängerprogramms

Das im Jahr 2007 ausgelaufene französische Krebsprogramm wurde zwischen 2008/2009 vom Rechnungshof und vom *Public-Health-Rat* evaluiert. Dabei übernahm der Rechnungshof die Schätzung der Programmkosten und die Überprüfung der Zielerreichung. Der *Public-Health-Rat* bewertete u. a. die Relevanz und Kohärenz des Krebsprogramms und das Erzielen von gesundheitsrelevanten Ergebnissen. In beiden Berichten wird die Schwierigkeit der Evaluierung des Programm-Outcomes hervorgehoben.

Die Berichte zeigten unter anderem folgende Punkte auf:

- Kostenanstieg um etwa vier Prozent im Bereich der Krebsversorgung aufgrund der Umsetzung des nationalen Krebsprogramms

- Erreichung von etwa 30 Prozent der gesetzten Ziele, ein Drittel wurde teilweise erreicht, ein Drittel der Ziele steht am Anfang der Umsetzung bzw. ein Teil davon wurde wieder verworfen
- Die geplante Personalaufstockung konnte nur zu 50 Prozent erreicht werden
- Erzielen von positiven Ergebnissen im Bereich der Raucherprävention
- Ausweitung des Brust- und Darmkrebs-Screenings
- Verbesserung der Versorgungskoordination
- Geringer Fortschritt bei der Alkoholprävention und bei der Prävention von berufsbedingten Krebserkrankungen

Die Ergebnisse der Evaluation fließen in die derzeitige Entwicklung des neuen nationalen Krebsprogramms 2009–2013 ein.

## Neuseeland

Die für die Umsetzungssteuerung verantwortliche Organisation *Cancer Control Council* legt dem Gesundheitsministerium einen jährlichen Arbeitsbericht vor.

### Berichte und Ergebnisse zum laufenden Krebsprogramm

Der erste Bericht *Mapping Progress: The First Two Years of the Cancer Control Strategy Action Plan 2005–2010* wurde 2007 vom Cancer Control Council publiziert.

Der Bericht gibt Auskunft, inwieweit die Maßnahmen der ersten Phase (die ersten zwei Jahre der Laufzeit des nationalen Krebsprogramms) umgesetzt wurden. Zudem werden Empfehlungen für die zweite Umsetzungsphase (bis zum Ende der fünfjährigen Laufzeit) dargestellt (siehe auch Punkt 3.5.4).

Im Bericht wird aufgezeigt, dass die festgelegten Ziele zu 15 Prozent erreicht wurden, zu 72 Prozent noch in Bearbeitung sind und zu sieben Prozent aufgrund fehlender Informationen nicht überprüft werden konnten.

## 3.7 Zusammenfassung

Bereits Anfang der 1990er Jahre begannen Kanada und England mit der Planung und Entwicklung eines nationalen Krebsprogramms. In den anderen untersuchten Ländern startete dieser Prozess um die Jahrtausendwende. In einigen Ländern werden derzeit bereits die zweiten nationalen Krebsprogramme implementiert. Die **Entwicklung** nationaler Krebsprogramme ist meist ein jahrelanger Prozess, der in den dargestellten Ländern **zwischen etwa einem und zwölf Jahren** beanspruchte. Bereits bestehende nationale Krebsprogramme verkürzen die Entwicklungsdauer von Nachfolgeprogrammen.

Die **Gesundheitsministerien sind meist Hauptinitiator** und Auftraggeber für die Entwicklung nationaler Krebsprogramme, wobei in allen Ländern großer Wert auf die **Partizipation sämtlicher Stakeholder** gelegt wird. Sie werden beispielsweise direkt an der Erarbeitung des Programms beteiligt oder durch ein Konsultationsverfahren aufgefordert, an der inhaltlichen Diskussion teilzunehmen. **Patientenvertreter** sind in allen Ländern in den Entwicklungsprozess einbezogen.

Zu **Entwicklungskosten** nationaler Krebsprogramme gibt es in der publizierten Literatur **kaum Daten**. Auch die Nachfrage bei den jeweiligen nationalen Einrichtungen brachte wenige Zusatzinformationen. Dies steht im Zusammenhang mit der Vielzahl an Stakeholdern und Organisationen, die in die Entwicklung der Programme involviert sind und den vielen einzelnen Einrichtungen, die die Personalkosten für die Beteiligten übernehmen. Aber auch zu den Sachkosten sind kaum Informationen verfügbar, wobei diese Kosten im Entwicklungsprozess eine eher geringe Rolle spielen (z. B. Reisekosten, Tagungskosten).

Die nationalen Krebsprogramme werden größtenteils **als „Gesamtpakete“ implementiert**, dabei wird **schrittweise** vorgegangen. Wie die Literaturrecherche zeigt, übernehmen die **Gesundheitsministerien bei der Steuerung** der Programme entweder selbst eine **zentrale Rolle** oder sie übertragen die Aufgabe an eine bestehende oder neu gegründete Institution im Gesundheitswesen. Auch im zweiten Fall sind die Ministerien häufig eng mit diesen Institutionen verbunden, so z. B. in Kanada, wo im Direktorium *des Canadian Partnership against Cancer* das Ministerium vertreten ist. Beispiel für eine Direktsteuerung durch das Gesundheitsministerium ist England, wo der *National Cancer Director* direkt im Ministerium angesiedelt ist.

Wie bereits bei der Entwicklung legen die Länder auch bei der Implementierung und Umsetzung der nationalen Krebsprogramme großen Wert auf die **Beteiligung aller Stakeholder**.

Alle Länder setzen in ihren nationalen Krebsprogrammen **übergeordnete Ziele**, wie beispielsweise die Reduktion der Krebsmortalität und der Krebsinzidenz, fest.

Prioritäten werden als inhaltliche Schwerpunkte der nationalen Krebsprogramme auf operativer Ebene umgesetzt. Die Programme zielen darauf ab, das **„gesamte Kontinuum der Krebsversorgung“** d. h. alle Angebote – von der Prävention bis zur palliativen Versorgung – zu verbessern. Zusätzliche Themen in den Krebsprogrammen sind u. a. Patientenorientierung, Forschung sowie Verbesserung der Datengrundlage.

Ein weiterer Schwerpunkt aller nationalen Krebsprogramme ist die Verbesserung der organisatorischen Struktur der Krebsversorgung. In diesem Zusammenhang werden **regionale Krebszentren und Krebsnetzwerke** hervorgehoben. Ziele von Krebsnetzwerken und Krebszentren sind die Sicherstellung des angemessenen Zugangs zu qualitativ hochwertiger Krebsbehandlung und -betreuung und die Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung.

In allen nationalen Krebsprogrammen sind die Prioritäten mit **Zielen und Umsetzungsmaßnahmen** versehen. Aber nur zum Teil sind diese mit **Indikatoren, Zielwerten und Zielerreichungszeitpunkten** konkretisiert.

Indikatoren und Zielwerte sind programmweise unterschiedlich definiert. Sie können sich auf übergeordnete Ziele (z. B. Senkung der Krebsmortalität um 20 Prozent innerhalb eines bestimmten Zeitraums), und / oder auf Prioritäten (z. B.: Bis Ende 2010: Verkürzung der Wartezeiten auf Screeningergebnisse auf zwei Wochen) beziehen.

Indikatoren und Zielwerte sind nicht (nur) in den nationalen Krebsprogrammen festgelegt, sondern (auch) in den jeweiligen Umsetzungsplänen angeführt.

In einigen Krebsprogrammen wird auf spezifizierte Zielwerte überhaupt verzichtet, hier sind aber „**erste Schritte**“ bzw. **konkrete „Maßnahmen“** zu den Zielen und Prioritäten definiert (z. B. in der Schweiz oder in Neuseeland).

In allen untersuchten Ländern geht die Implementierung der Krebsprogramme mit einer **regelmäßigen Berichterstattung** einher. **Unterschiedlich** ist der **Detaillierungsgrad** der Berichte.

Teilweise werden die Umsetzungsaktivitäten bzw. Fortschritte in den Berichten nur sehr allgemein beschrieben ( wie z. B. in England), in anderen Ländern erfolgt die Darstellung zum Teil ausführlicher. Hier ist Neuseeland zu nennen, in dessen Berichten die gesetzten Maßnahmen und festgelegten Umsetzungszeiträume transparent und nachvollziehbar sind und deren Einhaltung regelmäßig überprüft und das Ergebnis publiziert wird.

In England, Irland und Dänemark wurden bzw. werden derzeit bereits die zweiten nationalen Krebsprogramme implementiert. In diesen Ländern bildet die Evaluation des bisherigen Programms die **Basis für die Entwicklung der nachfolgenden Krebsprogramme**.

**Informationen über Websites** und **Berichte aus verschiedenen Prioritätsbereichen** ergänzen die Berichterstattung der nationalen Krebsprogramme.

## 4 Rahmenbedingungen und Umsetzungsfaktoren für ein nationales Krebsprogramm

Wie die Literatur zeigt, bedarf es aufwändiger und komplexer Planungs-, Implementierungs- und Evaluierungsprozesse, um ein nationales Krebsprogramm zu entwickeln und im weiteren Schritt umzusetzen sowie zu evaluieren.

Im folgenden Kapitel werden fördernde bzw. hemmende Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen dargestellt, die einerseits auf den Erfahrungen der analysierten Länder und andererseits auf den Leitlinien zum Aufbau solcher Programme nach Empfehlungen der *World Health Organization (WHO)* und der *International Union against Cancer (UICC)* basieren.

### 4.1 Unterstützende Rahmenbedingungen und Umsetzungsfaktoren

Zu den Rahmenbedingungen und Faktoren, die die Entwicklung, Implementierung, Steuerung und Evaluierung eines nationalen Krebsprogramms positiv beeinflussen zählen:

- Klares Commitment seitens der gesundheitspolitischen Entscheidungsträger (Top-Down-Entscheidung)
- Einbeziehen aller relevanter Stakeholder (inkl. Patientenvertreter)
- Realistische und operationale Ziele mit Indikatoren und Umsetzungsmaßnahmen
- Klare Strukturen, Prozesse und Verantwortlichkeiten
- Ausreichende Ressourcen (finanziell, strukturell, personell)
- Qualitativ hochwertige Datengrundlagen
- Entsprechende rechtliche Grundlagen

#### 4.1.1 Entwicklung eines nationalen Krebsprogramms

Vor der Entwicklung eines nationalen Krebsprogramms ist es wichtig, alle Kenngrößen im Zusammenhang mit der Krebserkrankung und -versorgung („nationale Krebsituation“) zu analysieren. Hierfür sind entsprechende Daten, z. B. aus einem Krebsregister, erforderlich (**Baseline-Erhebung**).

Erst durch die Aufbereitung und Darstellung von wesentlichen Informationen und Daten, wie beispielsweise zu demografischen Veränderungen, Krebsmortalität und Krebsinzidenz, Gesundheits- und Sozialstrukturen, Versorgungsprozessen oder vorhandenen Kapazitäten und Ressourcen usw. können Probleme aufgezeigt werden, die im Rahmen eines nationalen

Krebsprogramms Lösungsstrategien zugeführt werden sollen. Zudem bilden diese Daten die notwendige Basis für spätere Evaluierungen.

Von Bedeutung ist, bei der Entwicklung des Programms alle **Stakeholder** sowie die **gesundheitpolitischen Entscheidungsträger** einzubeziehen, damit die spätere Umsetzung von Anfang an durch eine möglichst hohe Akzeptanz und Unterstützung der Mitwirkenden getragen wird.

Auch im Gesundheitswesen stehen nur **beschränkte (finanzielle, personelle, strukturelle) Ressourcen** zur Verfügung. Dieser Aspekt muss schon im Planungsprozess berücksichtigt werden. Dadurch kann verhindert werden, dass ein ausgeklügeltes nationales Krebsprogramm am Papier entsteht, das praktisch jedoch aufgrund **zusätzlicher Investitionserfordernisse** nicht umsetzbar ist.

Unabhängig von länderspezifischen Zielsetzungen empfiehlt die *WHO*-Leitlinie folgende vier Planungsstufen bei der Entwicklung eines nationalen Krebsprogramms einzuhalten:

1. Bewertung der nationalen „Krebssituation“
2. Setzen von messbaren Zielen
3. Überprüfen und Abwägen möglicher Strategien für Krebsprävention und Krebsversorgung
4. Festlegen von Prioritäten und ersten Umsetzungsschritten

#### 4.1.2 Implementierung eines nationalen Krebsprogramms

Zentrale Koordination und Steuerung sind wesentlich für eine erfolgreiche Implementierung und Umsetzung eines nationalen Krebsprogramms. Auch die *WHO* und *UICC* weisen auf die Notwendigkeit einer **übergeordneten Koordination und Steuerung** hin (National Programme Coordinator). Gleichzeitig ist es erforderlich, auch **regionale und lokale Strukturen** aufzubauen, die die Koordination und aktive Umsetzung der einzelnen Schritte an der Basis sicherstellen.

Laut *WHO*-Leitlinie sollen folgende Punkte bei der Implementierung eines nationalen Krebsprogramms beachtet werden:

- **Pilotprojekte/Pilotregionen:** Bei der Implementierung von Maßnahmen ist es ratsam, diese vorerst in einem kleineren Rahmen zu erproben. Dadurch können Probleme identifiziert werden, für die im Zuge der Umsetzung im großen Rahmen entsprechende Vorkehrungen getroffen werden können.
- **Schrittweise Implementierung:** Bei der schrittweisen Implementierung der Maßnahmen ist es wichtig, dass die einzelnen Etappen mit messbaren Zielen und Indikatoren hinterlegt werden, um die Zielerreichung feststellen zu können. Gleichzeitig sollten neben den Entscheidungsträgern auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der

verschiedenen Leistungserbringer einbezogen werden, um die Akzeptanz und Umsetzung sicherzustellen.

- **Optimierung vorhandener Ressourcen/Einplanung ausreichender Ressourcen:** In einem ersten Schritt sollen die derzeit für Krebs eingesetzten Mittel erfasst bzw. geschätzt werden (aufgeteilt auf die Bereiche primäre Prävention, Früherkennung/Screening, Behandlung und Palliation). Anschließend ist eine Umverteilung vorhandener Ressourcen unter Berücksichtigung der Prioritäten im nationalen Krebsprogramm zu überlegen. Gleichzeitig ist aber bereits zu Beginn einzuplanen, dass die erforderlichen Mittel mit der Umsetzung des nationalen Krebsprogramms und durch die Entwicklung und den Einsatz neuer Technologien steigen könnten.
- **Systematisches und organisiertes Vorgehen:** Es ist wichtig, die Maßnahmen effektiv zu gestalten, an die jeweiligen Zielgruppen anzupassen und möglichst effizient zu organisieren. Gleichzeitig soll ein systematischer Ansatz verfolgt werden, um Überschneidungsbereiche mit anderen Maßnahmen, wie z. B. Raucherentwöhnungsprogramme oder Informations- und Aufklärungskampagnen, entsprechend berücksichtigen zu können.
- **Informationsprogramme und Schulungen:** Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Informationsprogramme sollen an die jeweilige Zielgruppe (Gesundheitsdienstleister, Patientinnen und Patienten oder andere Stakeholder), die regionalen Gegebenheiten und an den aktuellen Umsetzungsstand des nationalen Krebsprogramms angepasst werden.

Ein weiterer wichtiger Erfolgsfaktor sind die vom Steuerungsteam vorzugebenden internen und externen Kommunikations- und Informationsprozesse. Einerseits muss die Programmimplementierung „nach außen“ kommuniziert werden, beispielsweise an Krebsorganisationen, Entscheidungsträger oder an die Öffentlichkeit, mit dem Ziel, eine hohe Akzeptanz und Unterstützung für das Krebsprogramm zu erzielen. Andererseits ist klar festzulegen, wie die internen Kommunikations- und Informationsprozesse in und zwischen den Steuerungs- und Umsetzungsgruppen ablaufen haben, um den erforderlichen Austausch aller beteiligter Akteure sicherzustellen.

#### **4.1.3 Steuerung, Management und Umsetzung eines nationalen Krebsprogramms**

Unzulängliche Koordination und Steuerung bei der Implementierung und Umsetzung eines nationalen Krebsprogramms werden in Evaluierungsberichten immer wieder als Kritikpunkt angeführt. Um die Effektivität und Effizienz der Umsetzungsprozesse zu gewährleisten, ist es notwendig, **klare Rollen und Verantwortlichkeiten für alle Beteiligten** zu definieren. Ein Schlüssel für die erfolgreiche Steuerung und Koordination ist ein funktionierendes und umfassendes **Projektmanagement**.

Ein kontinuierliches Projektmonitoring oder Projektcontrolling soll sicherstellen, dass die Implementierung und Umsetzung planmäßig verlaufen bzw. dass frühzeitig steuernd eingegriffen werden kann, falls sie einen unerwünschten Lauf nehmen.

Folgende Prinzipien sollen bei Steuerung, Management und Umsetzung eines nationalen Krebsprogramms laut *WHO*-Leitlinien berücksichtigt werden:

- Modernes Führungsverhalten, inkl. Teambildung, kontinuierliches Lernen, Anerkennung und Achtung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter etc.
- Systematische und umfeldorientierte Herangehensweise, beispielsweise unter Beachtung der verschiedenen Versorgungsebenen sowie anderer Gesundheitsprogramme
- Systematische Entscheidungsfindung, basierend auf Evidenz, sozialen Werten und effizientem Einsatz der vorhandenen Ressourcen
- Partnerschaftliches Miteinander und sektorenübergreifende und interprofessionelle Zusammenarbeit zur Erhöhung der Effektivität
- Zielorientiertes Vorgehen zur kontinuierlichen Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität der Zielgruppe
- Fokussierung auf die Zielgruppen und deren Bedürfnisse mit gleichzeitiger Berücksichtigung der Bedürfnisse der Stakeholder zur Sicherung der aktiven Unterstützung
- Kontinuierliches Verbessern und bei Bedarf Adaptieren des Programms

#### 4.1.4 Evaluierung eines nationalen Krebsprogramms

Die Evaluation dient zur Überprüfung, ob das nationale Krebsprogramm an sich und die im Rahmen des Programms umgesetzten Maßnahmen erfolgreich waren. Ein **kontinuierliches Monitoring** der Prozesse und eine laufende **Evaluierung der Ergebnisse** sind wesentlich für die Überprüfung des Programmfortschritts und seiner Effektivität. Für eine aussagekräftige Evaluation ist es notwendig **schon bei der Festlegung der Ziele** darauf zu achten, diese **messbar** zu formulieren und mit **Indikatoren** zu hinterlegen.

Seitens der *WHO* werden folgende Outcome-Indikatoren für die Evaluierung von nationalen Krebsprogrammen vorgeschlagen:

- Lebensqualität von Krebspatientinnen und -patienten
- Rezidiv-Rate
- Krankheitsfreie Überlebensrate
- Überlebensrate (OSR)
- Inzidenzrate
- Mortalitätsrate

Weiters sind lt. *WHO* für die Entwicklung von validen Messgrößen **Baseline-Informationen** zu den wichtigsten Krebsarten inkl. Diagnosestadien und Ergebnisdaten erforderlich.

Die für die Evaluation verantwortliche Organisation soll klar definiert sein, über die entsprechenden Kenntnisse, Qualifikationen und Rechte verfügen und auf die erforderlichen **Datenquellen** und Informationen zugreifen können.

Die für die Evaluierung und das Monitoring erforderlichen nicht unbeträchtlichen **Ressourcen** sowie rechtlichen Erfordernisse (z. B. Datenschutz) sind im Gesamtplan zu berücksichtigen.

## 4.2 Hemmende Rahmenbedingungen und Umsetzungsfaktoren

Exemplarisch sollen hier hemmende Faktoren aufgelistet werden, auf die in der Literatur der untersuchten Länder hingewiesen wird.

Folgende Aufzählung ist eine Zusammenstellung von Ergebnissen aus England, der Schweiz, Dänemark und Frankreich sowie aus einer Literaturquelle, die verschiedene Krebsprogramme analysiert<sup>4</sup>. Genannt wurden:

- Unzureichendes Bewusstsein und Wissen hinsichtlich der Krebsproblematik und dadurch unzureichende Positionierung und fehlende Unterstützung durch die Regierung (kein Beschluss zur Erarbeitung oder zur Umsetzung eines Krebsprogramms).
- Uneinigkeit der Stakeholder hinsichtlich Vision, Ziele und Priorisierung der zu setzenden Maßnahmen (Entscheidungen sind z. T. zu medizinorientiert)
- Unklare Zieldefinitionen, fehlende Indikatoren und keine Festlegung von Zielwerten
- Unzulängliche Ressourcenplanung (finanziell, personell, strukturell) und/oder fehlende Ressourcen
- Unzureichende Kommunikation und Koordination sowie Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit unterschiedlicher Organisationen
- Unzureichendes Projektmanagement, hohe Bürokratie und nicht klar definierte Prozesse (inkl. IT-Prozesse und IT-Systeme)
- Unzureichende gesetzliche Grundlagen, z. B.: für die Erfassung und Verarbeitung von Daten (Datenschutz)
- Fehlende Umfeldanalysen, dadurch z. B. parallel laufende und unabgestimmte Projekte und Maßnahmen bzw. fehlendes Einbeziehen von relevanten Stakeholdern.

---

<sup>4</sup> The national Audit office (März 2005): The NHS Cancer Plan: A Progress Report. London  
Schopper, D.; Obrist, R.: Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2005–2010  
Sundhedsstyrelsen (2004): Evaluation of the Danish National Cancer Action Plan – status and future monitoring  
Cases, C. (2009): Evaluation of the cancer plan (F)  
Lorraine; C. et al. (2008): Cancer Control Interventions in Selected Jurisdictions

## 4.3 Für Österreich speziell zu beachten

Neben den generellen Empfehlungen, wie Einbeziehen von Stakeholdern, Festlegen von Zielen mit Indikatoren und Bereitstellen erforderlicher Ressourcen, sind für Österreich zusätzlich folgende Aspekte besonders zu beachten:

### Daten und Datenschutz

Ohne die entsprechenden Datengrundlagen ist es schwierig, die Ist-Situation darzustellen und zu analysieren, Schwachstellen und Defizite zu identifizieren, Planungen durchzuführen, Ziele und Indikatoren zu definieren und in weiterer Folge ein Monitoring aufzubauen und Evaluierungen durchzuführen. All diese Arbeitsschritte sind jedoch wichtig, um ein nationales Krebsprogramm aufzusetzen und entsprechend steuern zu können.

Im österreichischen Gesundheitswesen wird eine Vielzahl unterschiedlicher Daten dokumentiert, die grundsätzlich verschiedenste Auswertungen erlauben würden. Diesen bereichsübergreifenden Auswertungen und Interpretationen stehen derzeit jedoch noch das **Problem des Datenschutzes** und die **Uneinheitlichkeit in Pseudonymisierungsverfahren** im Wege. So ist es gegenwärtig nicht möglich, die Informationen aus den verschiedenen Datenquellen in pseudonymisierter Form miteinander zu verknüpfen und umfassend zu analysieren.

Anzumerken ist hier, dass die Vorschriften im Datenschutzgesetz (DSG) bei sensiblen Daten, wozu Gesundheitsdaten zählen, besonders streng sind. Dieser Sachverhalt wäre bei der Entwicklung eines nationalen Krebsprogramms von Anfang an zu berücksichtigen.

Neben der Datenschutzproblematik spielt auch die Frage der **Datenqualität und deren Aussagekraft** eine Rolle. Die österreichische Krebsstatistik entspricht in Erhebung und Publikation den internationalen Standards. Grundlage für die Krebsmeldeblätter bilden die Befunde der Krankengeschichte. Die Qualität dieser Aufzeichnung ist sehr gut, da sie im Rahmen der Patientenbehandlung gemacht werden. In der Standard-Dokumentation „Metainformationen zur Krebsstatistik“ der Statistik Austria wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass die Datenqualität österreichweit nicht einheitlich ist. So ist hier beispielsweise zu berücksichtigen, dass nur der stationäre Sektor einer gesetzlichen Meldepflicht unterliegt und in vier Bundesländern eigene Krebsregister geführt werden, was zu unterschiedlichen Inzidenzzahlen führen kann.

**Verlaufsdaten**, wie sie in klinischen Registern dokumentiert werden, sind für das gesamte österreichische Bundesgebiet noch **nicht verfügbar**. Weder die Krankenhausinformationssysteme (KIS) noch die Diagnosen- und Leistungsdokumentation der Krankenanstalten (DLD) oder die Daten der Sozialversicherung (FOKO) ermöglichen die Darstellung konsistenter Krankheits- und Behandlungsverläufe. Auch diese Daten wären für eine zielgerichtete Planung und Evaluierung eines nationalen Krebsprogramms wichtig. Spätestens im Zuge der Entwicklung eines nationalen Krebsprogramms muss daher über Maßnahmen zur Verbesserung der Datendokumentation nachgedacht werden.

## Politische Rahmenbedingungen

Ein klares Bekenntnis zur Entwicklung eines nationalen Krebsprogramms seitens des Bundes ist notwendig, aufgrund der österreichischen Kompetenzverteilung und der Vielfalt der Finanziers jedoch nicht ausreichend. Die föderalistische Struktur des Landes und die Delegation von Kompetenzen an die selbstverwaltenden Akteure des Sozialversicherungssystems sind von Beginn an zu berücksichtigen. Es muss die **Zustimmung aller gesundheitspolitischen Entscheidungsträger** geben, bevor mit der Entwicklung eines nationalen Krebsprogramms begonnen wird.

## 4.4 Zusammenfassung

Die Literaturrecherche zeigt, dass für die erfolgreiche Entwicklung, Implementierung und Evaluierung eines nationalen Krebsprogramms, die **umfassende Unterstützung der Regierung des jeweiligen Landes** wesentlich ist.

Von Bedeutung ist die Beteiligung aller **Stakeholder** sowie der **gesundheitspolitischen Entscheidungsträger** in allen Phasen – von der Planung und Entwicklung bis zur Evaluierung –, damit das nationale Krebsprogramm hohe Akzeptanz und Unterstützung findet.

Für die Baseline-Erhebung, das Monitoring und die spätere Evaluierung mithilfe von **Indikatoren und Zielvorgaben** sind aussagekräftige und valide **Datengrundlagen** erforderlich. Hierfür sind die entsprechenden **rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen** zu schaffen.

Im Planungsprozess muss bereits berücksichtigt werden, dass Entwicklung und Umsetzung eines nationalen Krebsprogramms zusätzliche **Ressourcen** erfordern.

Neben dem Aufbau und der Vernetzung regionaler Strukturen sind die übergeordnete Koordination und Steuerung vonnöten. Für alle Beteiligten sind klare Rollen und Verantwortlichkeiten zu definieren.

## 5 Literatur

### Kanada

Canadian Strategy for Cancer Control (Hg.) (2006): The Canadian Strategy for Cancer Control. A cancer plan for Canada. Discussion paper.

[http://www.partnershipagaincancer.ca/sites/default/files/documents/reports/CSCC\\_Cancer\\_Plan\\_2006.pdf](http://www.partnershipagaincancer.ca/sites/default/files/documents/reports/CSCC_Cancer_Plan_2006.pdf) (25.04.2009)

Canadian Strategy for Cancer Control (Hg.) (2006): 2006–2010 Business Plan for the Canadian Strategy for Cancer Control.

[http://www.cancer.ca/Canada-wide/About%20us/Media%20centre/CW-Media%20releases/CW-2006/~media/CCS/Canada%20wide/Files%20List/English%20files%20heading/pdf%20not%20in%20publications%20section/cw%20csc%20business%20plan%20april%2028%20english%20pdf\\_1024277471.ashx](http://www.cancer.ca/Canada-wide/About%20us/Media%20centre/CW-Media%20releases/CW-2006/~media/CCS/Canada%20wide/Files%20List/English%20files%20heading/pdf%20not%20in%20publications%20section/cw%20csc%20business%20plan%20april%2028%20english%20pdf_1024277471.ashx) (23.04.2009)

Torgerson, Renee (2007): Canadian Partnership against Cancer. Health Policy Monitor.

<http://www.hpm.org/survey/ca/a9/1> (03.04.2009)

Canadian Partnership against Cancer (Hg.) (2008): Annual Report 2007–2008.

[http://www.partnershipagaincancer.ca/sites/default/files/documents/reports/CPAC\\_ENG\\_AR07\\_08\\_web.pdf](http://www.partnershipagaincancer.ca/sites/default/files/documents/reports/CPAC_ENG_AR07_08_web.pdf) (09.04.2009)

Canadian Partnership against Cancer (Hg.) (2008): Strategic Plan 2008–2012.

[http://www.partnershipagaincancer.ca/sites/default/files/documents/reports/Strategic\\_Plan\\_2008\\_2012\\_Feb2008.pdf](http://www.partnershipagaincancer.ca/sites/default/files/documents/reports/Strategic_Plan_2008_2012_Feb2008.pdf) (23.04.2009)

Homepage Prime Minister Harper (2006): Prime Minister Harper launches Canadian Partnership against Cancer.

<http://www.pm.gc.ca/eng/media.asp?id=1418> (07.03.2009)

Canadian Partnership against Cancer (2009): Partnership + Momentum = Progress.

Progress Report. Winter 2009. Toronto.

[http://www.partnershipagaincancer.ca/sites/default/files/documents/CPAC\\_ProgressRep08\\_Eng\\_W.pdf](http://www.partnershipagaincancer.ca/sites/default/files/documents/CPAC_ProgressRep08_Eng_W.pdf) (11.03.1009)

Homepage Canadian Partnership against Cancer

<http://www.partnershipagaincancer.ca/faqs> (24.05.2009)

## England

- National Health Service (Hg.) (2000): NHS Plan. A plan for investment, a plan for reform. [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4002960?IdcService=GET\\_FILE&dID=23612&Rendition=Web](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4002960?IdcService=GET_FILE&dID=23612&Rendition=Web) (23.06.2009)
- National Institute for Clinical Excellence (Hg.) (2001): NICE – Guideline Development Process – Information of Stakeholders. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/guidelinedevelopmentstakeholdersfinal.pdf> (24.05.200)
- The national Audit office (Hg.) (2004): Tackling cancer in England: saving more lives. London. <http://www.nao.org.uk/idoc.ashx?docId=91405dde-6f70-4a8f-868c-9b803a084217&version=-1> (12.05.2009)
- The national Audit office (Hg.) (Februar 2005): Tackling Cancer: Improving the patient journey. London. <http://www.nao.org.uk/idoc.ashx?docId=a3d6c85b-1485-4cf9-ae1ad3e043c88e7b&version=-1> (12.05.2009)
- The national Audit office (Hg.) (März 2005): The NHS Cancer Plan: A Progress Report. London. <http://www.nao.org.uk/idoc.ashx?docId=653de334-06d3-457e-876d16fc86450368&version=-1> (12.05.2009)
- National Health Service (Hg.) (2007): NHS Cancer Reform Strategy. [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_081006](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_081006) (12.05.2009)
- National Health Service (Hg.) (2008): The cancer reform strategy: maintaining momentum, building for the future – first annual report. London. [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_091261?IdcService=GET\\_FILE&dID=178640&Rendition=Web](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_091261?IdcService=GET_FILE&dID=178640&Rendition=Web) (13.05.2009)

## Ireland

- Department of Health and Children (Hg.) (1996): Cancer Services in Ireland: A National Strategy. [http://www.dohc.ie/publications/pdf/cancer\\_services\\_strategy1996.pdf](http://www.dohc.ie/publications/pdf/cancer_services_strategy1996.pdf) (12.02.2009)
- Department of Health and Children (Hg.) (2003): An Evaluation of „Cancer Services in Ireland: A National Strategy 1996. <http://www.dohc.ie/publications/pdf/evalcsi.pdf> (12.02.2009)

National Cancer Forum (2006): A Strategy for Cancer Control in Ireland. National Cancer Forum 2006. Department of Health and Children (Hg.)

[http://www.dohc.ie/publications/pdf/en\\_cancer\\_control\\_2006.pdf](http://www.dohc.ie/publications/pdf/en_cancer_control_2006.pdf) (12.02.2009)

National Health Executive (Hg.) (2009): National Service Plan. Cork.

[http://www.hse.ie/eng/Publications/corporate/National\\_Service\\_Plan\\_2009.pdf](http://www.hse.ie/eng/Publications/corporate/National_Service_Plan_2009.pdf) (12.02.2009)

Homepage National Health Executive

[http://www.hse.ie/eng/About\\_the\\_HSE/](http://www.hse.ie/eng/About_the_HSE/) (12.06.2009)

## Schweiz

Obrist, Reto (2004): Das „Nationale Krebsprogramm 2005–2010“: Aktuelle Situation und zukünftige Entwicklungen. In: Krebsforschung in der Schweiz. Oncosuisse (Hg.), Bern

[http://www.oncosuisse.ch/frontpage/downloads/FB2006\\_dt.pdf](http://www.oncosuisse.ch/frontpage/downloads/FB2006_dt.pdf) (23.03.2009)

Schopper, Doris; Obrist, Reto (k. A.): Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2005–2010. Oncosuisse (Hg.), Bern

[http://www.oncosuisse.ch/frontpage/downloads/krebsprogramm\\_d.pdf](http://www.oncosuisse.ch/frontpage/downloads/krebsprogramm_d.pdf) (23.03.2009)

Schopper, Doris; Obrist, Reto (2005): Das Nationale Krebsprogramm für die Schweiz 2005–2010. In: Schweizerische Ärztezeitschrift 2005;86:Nr. 21

<http://www.saez.ch/pdf/2005/2005-21/2005-21-357.PDF> (15.03.2009)

Achtermann, Wally; Berset, Christel (2006): Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Band I. Analyse und Perspektiven. Bern

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/index.html?download=M3wBPgDB/8ull6Du36WenojQ1NTTjaXZnqWfVpzLhmfhnapmmc7Zi6rZnqCkklZ3e3yBbKbXrZ6lhuDZz8mMps2gpKfo&lang=de> (23.04.2009)

Krebsliga (Hg) (2008): Mammografie-Screening in der Schweiz.

[http://www.breastcancer.ch/pdf/d\\_aktivitaeten.pdf](http://www.breastcancer.ch/pdf/d_aktivitaeten.pdf) (22.04.2009)

Colon-cancer.ch [offizielle Homepage]

[www.colon-cancer.ch](http://www.colon-cancer.ch) (22.04.2009)

Oncosuisse – Schweizerische Vereinigung gegen Krebs; Krebsliga Schweiz; Krebsforschung Schweiz (Hrsg.) (2006): Krebsforschung in der Schweiz. Bern.

[http://www.krebsforschung.ch/fileadmin/user\\_upload/files/projets\\_krebsforschung\\_dt.pdf](http://www.krebsforschung.ch/fileadmin/user_upload/files/projets_krebsforschung_dt.pdf) (22.04.2009)

Homepage Krebsliga Schweiz

<http://www.krebsliga.ch/de/index.cfm> (22.04.2009)

Homepage Schweizer Kinderkrebsregister

<http://www.kinderkrebsregister.ch/index.php?id=2094> (22.04.2009)

## Niederlande

Jongejan, B.A.J.; Hummel, H.; Roelants, H.J.; Lugtenberg, G.; Hoekstra, G.H. (2004): National Cancer Control Programme. NKP Vision and Summary 2005–2010. Part 1, Norg. <http://www.ikcnet.nl/bibliotheek/index.php?id=1494&start=15> (24.5.2009)

Homepage Nationaal Programma Kankerbestrijding  
<http://www.npknet.nl/index.php?item=100> (24.5.2009)

Homepage Comprehensive Cancer Centres  
<http://www.ikcnet.nl/page.php?id=97> (30.06.2009)

## Dänemark

Sundhedsstyrelsen (Hg.) (2004): The National Cancer Plan Summary and Recommendations.  
[http://www.sst.dk/publ/Publ2004/The\\_Nat\\_Cancer\\_Plan\\_02.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2004/The_Nat_Cancer_Plan_02.pdf) (22.5.2009)

Sundhedsstyrelsen (Hg.) (2004): Evaluation of the Danish National Cancer Action Plan – status and future monitoring. (Zusammenfassung)  
[http://www.sst.dk/publ/Publ2004/kraeft\\_eva/evaluering\\_engelsk\\_resume\\_.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2004/kraeft_eva/evaluering_engelsk_resume_.pdf) (12.03.2009)

Apple, Michael O.(2004): The national Cancer Action Plan.  
[http://www.hpm.org/en/Surveys/University\\_of\\_Southern\\_Denmark/04/The\\_National\\_Cancer\\_Action\\_Plan.html?content\\_id=251&a=sn&y=14&p\\_ft=cancer+plan&p\\_c:183=183&language=en&x=72](http://www.hpm.org/en/Surveys/University_of_Southern_Denmark/04/The_National_Cancer_Action_Plan.html?content_id=251&a=sn&y=14&p_ft=cancer+plan&p_c:183=183&language=en&x=72) (22.04.2009)

Apple, Michael O.(2005): Cancer Plan.  
[http://www.hpm.org/en/Surveys/University\\_of\\_Southern\\_Denmark/06/Cancer\\_Plan.html?content\\_id=251&a=sn&y=14&p\\_ft=cancer+plan&p\\_c:183=183&language=en&x=72](http://www.hpm.org/en/Surveys/University_of_Southern_Denmark/06/Cancer_Plan.html?content_id=251&a=sn&y=14&p_ft=cancer+plan&p_c:183=183&language=en&x=72) (22.05.2009)

Sundhedsstyrelsen, National Cancer Plan II (Hg.) (2005): National Cancer Plan II. Denmark. National Board of Health recommendations for improving health care services, Copenhagen.  
[http://www.sst.dk/publ/Publ2005/PLAN/kraeftplan2/KraeftplanII\\_UK/KraeftplanII\\_UK\\_med.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2005/PLAN/kraeftplan2/KraeftplanII_UK/KraeftplanII_UK_med.pdf) (12.03.2009)

Kjeld, Møller Pedersen (2006): National cancer plan (2)  
[http://www.hpm.org/en/Surveys/University\\_of\\_Southern\\_Denmark/08/National\\_cancer\\_plan\\_\(2\).html?content\\_id=251&a=sn&y=14&p\\_ft=cancer+plan&p\\_c:183=183&language=en&x=72](http://www.hpm.org/en/Surveys/University_of_Southern_Denmark/08/National_cancer_plan_(2).html?content_id=251&a=sn&y=14&p_ft=cancer+plan&p_c:183=183&language=en&x=72) (22.04.2009)

Hermann, Niels (k. A.): Lessons learned – Cancer Plans I and II in Denmark. – What came after. – What are we doing now. (per E-Mail übermittelte Power Point Präsentation)  
Homepage Sundhedsstyrelsen  
<http://www.sst.dk> (12.03.2009)

## Frankreich

Paris, Valérie: (2004): The cancer plan – 2003–2007.

[http://www.hpm.org/en/Surveys/IRDES/04/The\\_cancer\\_plan\\_2003-2007.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/IRDES/04/The_cancer_plan_2003-2007.html)

(16.05.2009)

Lorraine, Caron; Mirella, De Civita; Susan, Law; Isabelle, Brault (2008): Comparative Overview of cancer Control Strategies in Selected Jurisdictions. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), Montréal.

<http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/download.php?f=6d90e3d6d39a2dacf408ae7490a199f8>

(20.02.2009)

Cases, Chantal (2009): Evaluation of the cancer plan.

[http://www.hpm.org/en/Surveys/IRDES/13/Evaluation\\_of\\_the\\_cancer\\_plan.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/IRDES/13/Evaluation_of_the_cancer_plan.html) (17.06.2009)

Homepage Canceropôle

[http://www.canceropole-paca.com/Anglais/contenu.php?callback=loadcpage&page\\_id=6513](http://www.canceropole-paca.com/Anglais/contenu.php?callback=loadcpage&page_id=6513)

(20.02.2009)

Homepage Institut National du Cancer

<http://www.e-cancer.fr/> (20.02.2009)

## Neuseeland

Gavin, J.; Marshall, B.; Cunningham, C. (2001): The development of a national Cancer Control Strategy for New Zealand. A scoping Plan prepared by the New Zealand cancer control trust for the public health directorate of the New Zealand ministry of health. Auckland.

<http://www.cancercontrol.org.nz/pdf/publication2.pdf> (15.03.2009)

Gavin, J.; Marshall, B.; Cox, B. (2001): Progress towards a New Zealand Cancer Control Strategy. Auckland.

<http://www.cancercontrol.org.nz/pdf/publication1.pdf> (15.03.2009)

The Cancer Control Taskforce (2003): The New Zealand Cancer Control Strategy. Ministry of Health and the New Zealand Cancer Control Trust (Hg.), Wellington.

[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/3d7504ad140c7ef0cc256d88000e5a16/\\$FILE/CancerControlStrategy.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/3d7504ad140c7ef0cc256d88000e5a16/$FILE/CancerControlStrategy.pdf) (15.03.2009)

The Cancer Control Taskforce (2005): The New Zealand Cancer Control Strategy. Action Plan 2005–2010. Ministry of Health (Hg.), Wellington.

[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/ABED0BA681A637E1CC256FBC006F22D7/\\$File/nzcancercontrolactionplan.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/ABED0BA681A637E1CC256FBC006F22D7/$File/nzcancercontrolactionplan.pdf) (23.04.2009)

Centre for Health Services Research and Policy (Hg.) (2005): Cancer Control Action Plan.

[http://www.hpm.org/en/Surveys/The\\_University\\_of\\_Auckland/05/Cancer\\_Control\\_Action\\_Plan.html?content\\_id=251&a=sn&y=11&pdf=cancer&language=en&x=47&page\\_c:258=258](http://www.hpm.org/en/Surveys/The_University_of_Auckland/05/Cancer_Control_Action_Plan.html?content_id=251&a=sn&y=11&pdf=cancer&language=en&x=47&page_c:258=258)

(24.05.2009)

Cancer Control Council of New Zealand (Hg.) (2007): Mapping Progress: The First Two Years of the Cancer Control Strategy Action Plan 2005–2010. Wellington.

<http://www.cancercontrolcouncil.govt.nz/files/Mapping+Progress.pdf> (23.04.2009)

Ministry of Health: Bowel (Colorectal) Cancer Screening Programme for New Zealanders.

<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/cancercontrol-strategyandactionplan-bowelcancerscreening> (23.06.2009)

Homepage New Zealand Cancer Control Trust

<http://www.cancercontrol.org.nz/> (23.04.2009)

Homepage Cancer Control Council

<http://www.cancercontrolcouncil.govt.nz/> (23.04.2009)

Homepage National Screening Unit

<http://www.nsu.govt.nz> (23.04.2009)

## Deutschland

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (21. Juni 2008): Wichtige Handlungsfelder für den Nationalen Krebsplan.

[http://www.bmg.bund.de/cln\\_109/nn\\_1168248/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/K/Glossar-Krebs/Nationaler-Krebsplan-Wichtige-Handlungsfelder.html](http://www.bmg.bund.de/cln_109/nn_1168248/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/K/Glossar-Krebs/Nationaler-Krebsplan-Wichtige-Handlungsfelder.html) (23.02.2009)

## Literatur zur Entwicklung, Implementierung und Evaluierung von nationalen Krebsprogrammen:

Homepage World Health Organization (WHO)

<http://www.who.int/topics/cancer/en/> (23.05.2009)

World Health Organization (2002): National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines. 2<sup>nd</sup> Edition.

<http://www.who.int/entity/cancer/media/en/408.pdf> (20.04.2009)

*Diese Publikation beschreibt die systematische Herangehensweise und unterstützende Rahmenbedingungen von der Planung bis zur Evaluierung eines nationalen Krebsprogramms.*

World Health Organization (2003): Strategies to Improve and Strengthen Cancer Control Programmes in Europe.

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_CHP\\_CPM\\_PCC\\_04.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_CHP_CPM_PCC_04.1.pdf) (19.04.2009)

*Dieser Bericht empfiehlt auf Basis einer Konsultation von 17 europäischen Ländern Strategien zur Stärkung und Verbesserung der Krebskontrollprogramme.*

World Health Organization (2006-2008): Cancer control: knowledge into action.

<http://www.who.int/cancer/modules/en/index.html> (19.04.2009)

*Sechs einzelne Module mit praktischen Empfehlungen für Krebskontrollprogramme zu den*

*Themenbereichen Planning, Prevention, Early Detection, Diagnosis and Treatment, Palliative Care und Policy and Advocacy.*

International Union Against Cancer (UICC) [Offizielle Homepage]  
<http://www.uicc.org/index.php> (17.04.2009).

International Union Against Cancer (2006): National Cancer Control Planning Resources for Non-Governmental Organizations. Genf.

<http://www.uicc.org/templates/uicc/pdf/nccp/nccp.pdf> (17.04.2009)

*Diese Publikation stellt eine komprimierte Anleitung zur Planung, Implementierung und Evaluierung von Nationalen Krebsprogrammen dar. Mit zahlreichen praktischen Tipps und Checklisten soll sie vor allem Projekt- und Planungsmanagern als Unterstützung dienen.*

Auf der UIC-Website findet man zusätzlich Publikationen die zur Unterstützung der Umsetzung von einzelnen Strategien dienen, beispielsweise *Handbook for Europe. Evidenced-Based Cancer Prevention: Strategies for NGOs*

### **Weitere Literatur**

Lorraine Caron et al. (2008): Cancer Control Interventions in Selected Jurisdictions: Design, Governance, and Implementation, monograph. AETMIS – Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (Hg.), Montréal.

<http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/download.php?f=6d90e3d6d39a2dacf408ae7490a199f8>  
(09.03.2009)

Boyle, Peter; et al. (2003): European Code Against Cancer and scientific justification. Third version. *Annals of Oncology* 14(7): 973–1005.

<http://annonc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/14/7/973.pdf> (04.05.2009)

Integraal Kankercentrum Noord-Nederland (2008, unveröffentlicht): Eurocan Plus. Evaluation and Integration of National Cancer Plans. Report on Evaluation of national Cancer Plans and Contributions to EU 2015 Target (M1 & M2), Groningen, Netherlands.

von Karsa, L.; et al. (2008): Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening, Luxemburg.

Statistik Austria (Hg.) (2009): Krebserkrankungen und Krebsrisiko in Österreich. Häufigkeit und Veränderungen zwischen 1983 und 2006. In: *Statistische Nachrichten* April 2009, Wien.

Statistik Austria (Hg.) (2007): Standard-Dokumentation: Metainformationen zur Krebsstatistik (Krebsregister), Wien.

[http://www.stat.at/web\\_de/wcmsprod/groups/gd/documents/stdok/004140.pdf#pagemode=bookmarks](http://www.stat.at/web_de/wcmsprod/groups/gd/documents/stdok/004140.pdf#pagemode=bookmarks) (30.6.2009)

## Schriftverkehr/Kontakt mit Ländern

Land	Kontaktaufnahme	Datum
England	E-Mailanfrage / Telefonat: <i>Department of Health</i>	26. Mai 2009
		10. Juni 2009
		23. Juni 2009
		<i>Keine Rückmeldung erhalten</i>
Irland	E-Mailanfrage / Telefonat: <i>Department of Health and Children (DHC)</i>	07. Mai 2009
		13. Mai 2009
		23. Juni 2009
		23. Juni 2009
		<i>Keine Rückmeldung erhalten</i>
Schweiz	E-Mailanfrage: <i>Oncosuisse</i>	29. April 2009
Niederlande	E-Mailanfrage: <i>Integrale kankercentra (IKN)</i>	07. Mai 2009
		28. Mai 2009
		20. Mai 2009
		13. Juni 2009
		28. Mai 2009
		13. Juni 2009
Dänemark	E-Mailanfrage / Telefonat: <i>Sundhedsstyrelsen</i>	26. Mai 2009
		10. Juni 2009
		03. Juli 2009
Frankreich	E-Mailanfrage / Telefonat: <i>INCa</i>	26. Mai 2009
		10. Juni 2009
		23. Juni 2009
		E-Mailanfrage: <i>Ministère de la Santé et des Sports</i>
Eurocanplus (EU-Projekt)	E-Mailanfrage: <i>eurocanplus.org</i>	10. Juni 2009
		14. Juni 2009
		18. Juni 2009
Deutschland	Telefonat: <i>Bundesministerium für Gesundheit</i>	10. Februar 2009

# Anhang

## Anhang 1: Überblick über den nationalen Krebsplan für Deutschland

Der deutsche „Nationale Krebsplan“ wurde im Juni 2008 vom Bundesministerium für Gesundheit vorgestellt. Ein umfassendes Dokument zur Strategie wurde bisher noch nicht veröffentlicht, es wurden aber Ziele für die erste Umsetzungsphase 2009/2010 genannt. In dieser Phase sollen Ziele in folgenden vier Handlungsfeldern umgesetzt werden:

1. Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung
2. Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung
3. Sicherstellung einer effizienten Arzneimittel-Therapie
4. Stärkung der Patientenorientierung

### **Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung**

Dieses Handlungsfeld zielt auf eine Steigerung der Teilnehmerquote bei angebotenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ab. Dies soll unter anderem durch eine Verbesserung der Information und Aufklärung erreicht werden.

Derzeit erfüllt in Deutschland nur das Mammographie-Screening die Anforderungen eines organisierten Screeningprogramms. Ein Ziel des deutschen Krebsprogramms ist die Weiterentwicklung der organisierten Screeningprogramme für Zervixkarzinome und Darmkrebs und die Anpassung an die Europäische Leitlinie.

Im Programm wird die Wichtigkeit einer regelmäßigen wissenschaftlichen Evaluation der Früherkennungsprogramme hinsichtlich Nutzen, Qualität und Risiken hervorgehoben. Derzeit gibt es in Deutschland jedoch noch hohe datenschutzrechtliche Hürden und uneinheitliche Regelungen in den Landeskrebsregistergesetzen. Zunächst soll daher ein gemeinsamer Weg gefunden werden, wie unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen eine aussagekräftige Evaluation ermöglicht werden kann.

### **Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung**

Ein weiteres Ziel ist die Weiterentwicklung und flächendeckende Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen onkologischen Versorgung, unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, Wohnort und Versichertenstatus. Dazu sollen geeignete und bewährte Versorgungsmodelle ausgewählt werden. Als ein Instrument zur Stärkung der Qualität wird unter anderem die standardisierte Zertifizierung von Brustkrebszentren genannt.

Evidenz-basierte Leitlinien, die den aktuell gültigen Stand des medizinischen Wissens zusammenfassen, sollen als Handlungsempfehlungen dienen und allgemein zugänglich zur Verfügung gestellt werden.

Ein weiteres Ziel ist die Weiterentwicklung onkologischer Versorgungsstrukturen, mit besonderem Augenmerk auf einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Zusätzlich soll durch die Entwicklung von onkologischen Versorgungskonzepten die Einbindung der Betroffenen, insbesondere der Selbsthilfe, gestärkt werden. Weiters soll die psychoonkologische Versorgung der Krebspatienten in die onkologische Versorgung integriert werden.

Ebenfalls Priorität hat die Verbesserung der Qualitätsberichterstattung über die onkologische Versorgung. Dies soll unter anderem durch den Ausbau und eine verstärkte Vernetzung der Krebsregister erfolgen.

### **Sicherstellung einer effizienten Arzneimittel-Therapie**

Dieses Handlungsfeld hat als Ziel, allen Krebskranken den fairen und raschen Zugang zu nachweislich wirksamen und innovativen Krebsarzneimitteln sicherzustellen.

Dazu sind eine zuverlässige, anbieterunabhängige und zeitnahe Nutzen-Bewertung neuer Medikamente nach der Zulassung, die Sicherstellung einer evidenz-basierten und wissenschaftlichen Verordnungspraxis und eine nachhaltige Sicherung der Finanzierbarkeit erforderlich.

### **Stärkung der Patientenorientierung**

Das deutsche Krebsprogramm sieht eine Optimierung der Informations- und Beratungsangebote für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige vor. Zusätzlich soll eine verbesserte und erweiterte Aus- und Weiterbildung, die Kommunikationskompetenz von Ärztinnen und Ärzte erhöhen.

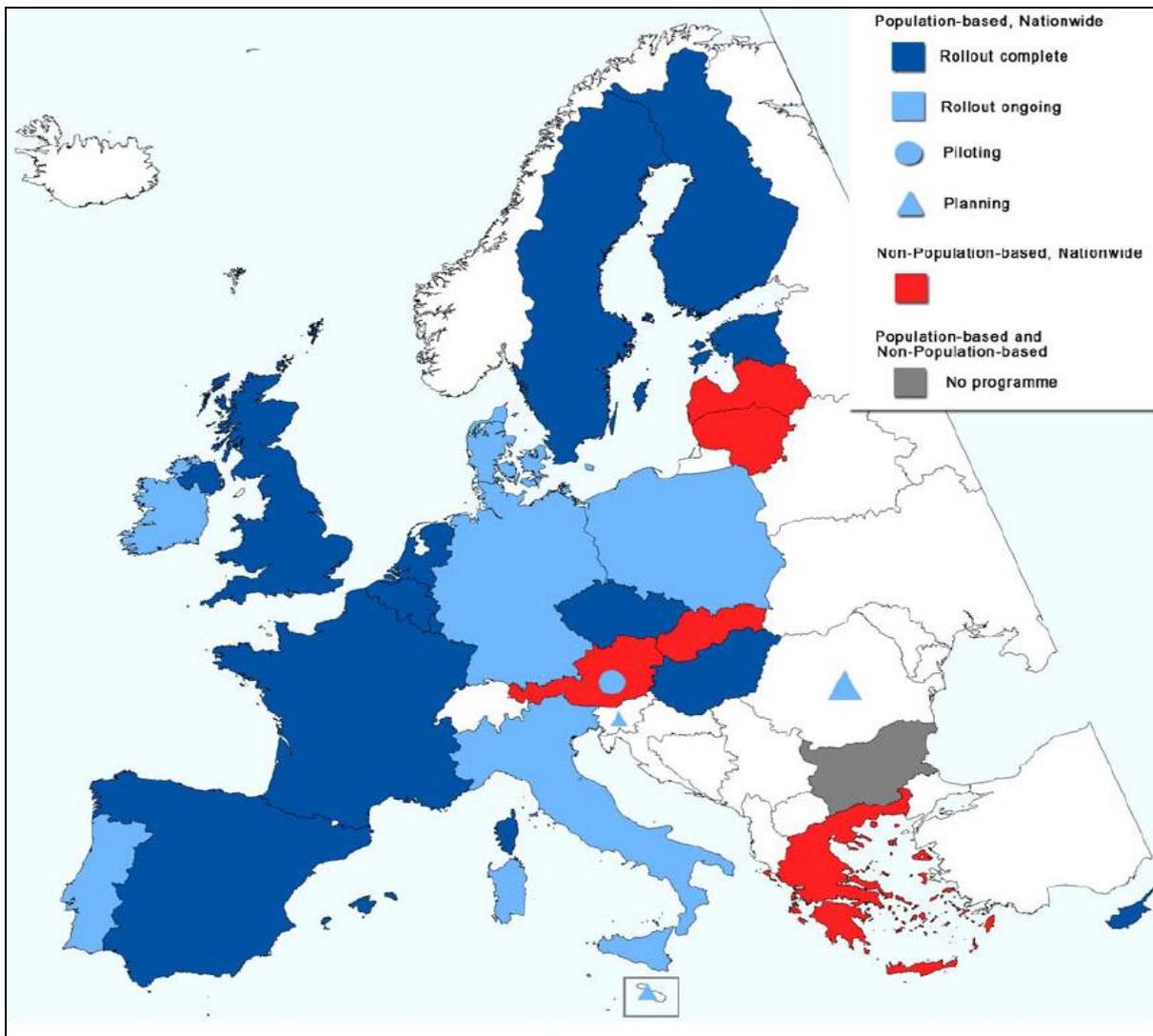
In der ersten Phase 2009/2010 sollen die Bereiche Krebsfrüherkennung, onkologische Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung, effiziente onkologische Arzneimittel-Therapie und Patientenorientierung umgesetzt werden. Dazu soll das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit den zuständigen Vertreterinnen und Vertretern von Ländern, Krankenkassen, Leistungsbringern, Patientenorganisationen sowie der Wissenschaft Umsetzungsmaßnahmen entwickeln.

In den nächsten Phasen sollen weitere Handlungsfelder, wie beispielsweise die Primärprävention oder die Krebsforschung, berücksichtigt werden.

## Anhang 2: Überblick über organisierte Screeningprogramme

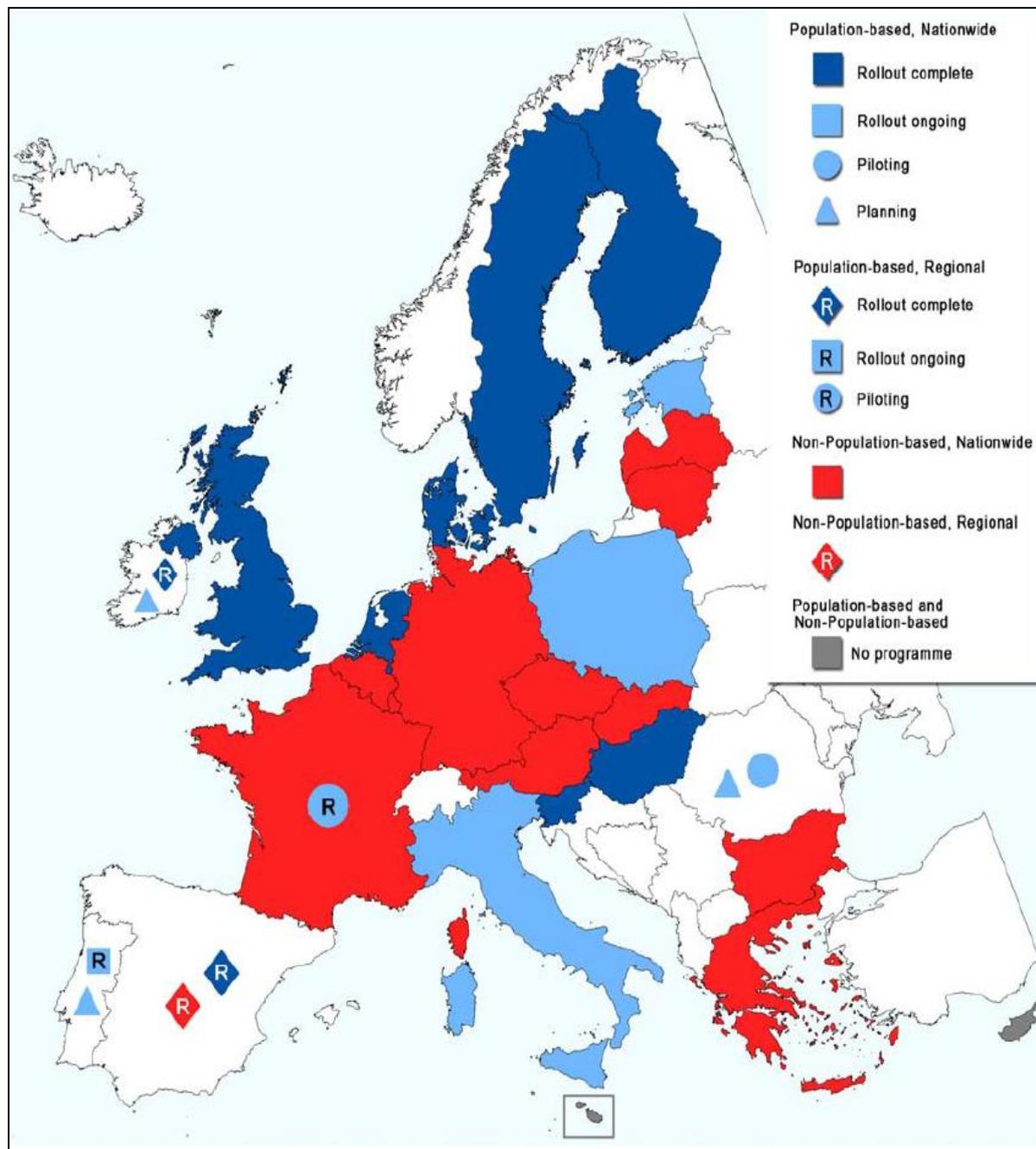
Die Europäische Union veröffentlichte 2008 einen Report über Krebsscreenings in der Europäischen Union. In diesem Report wird der Implementierungsstand von Brustkrebs-, Zervixkarzinom- und Darmkrebs-Screenings in den verschiedenen EU-Mitgliedsstaaten beschrieben. In „Screeninglandkarten“ sind die Ergebnisse auch in grafischer Form zusammengefasst (siehe Abbildungen). Zu beachten ist, dass die eindeutige Abgrenzung und Zuordnung zur Kategorie „organisiertes Screening“ schwierig ist, da die Kriterien für „organisierte“ Screeningprogramme variieren können.

### Brustkrebs-Screeningprogramme in der EU, 2007



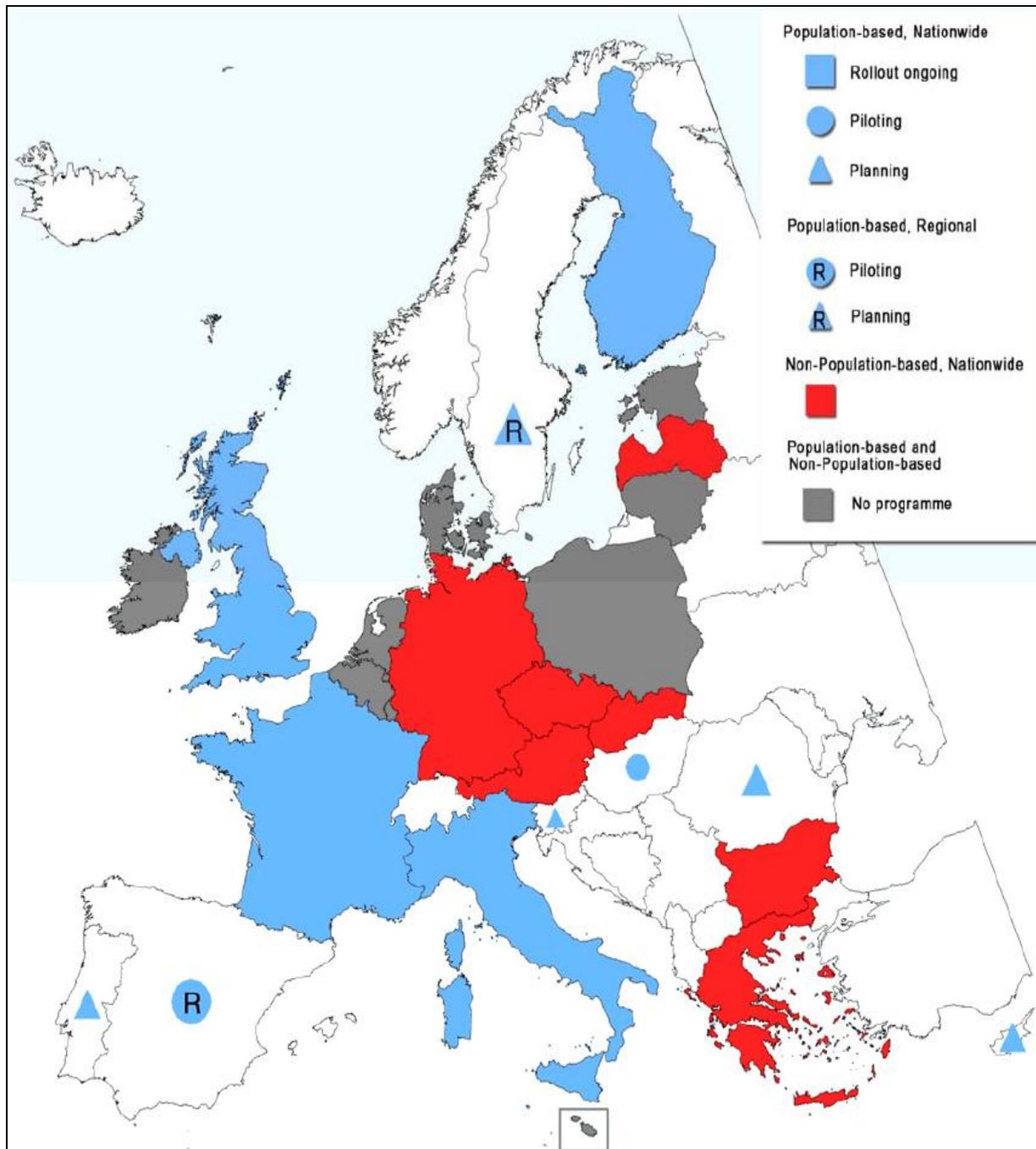
Quelle: von Karsa, L. et al.: Cancer screening in the European Union. 2008, S. 50

Zervixkarzinom-Screeningprogramme in der EU, 2007



Quelle: von Karsa, L. et al.: Cancer screening in the European Union. 2008, S. 52

Darmkrebs-Screeningprogramme in der EU (okkultes Blut im Stuhl), 2007



Quelle: von Karsa, L. et al.: Cancer screening in the European Union. 2008, S. 54

Für die Länder Kanada, Schweiz und Neuseeland liegen in diesem EU-Report keine Informationen vor. Es wurde daher auf relevanten Websites aktuelle Informationen zu organisierten Screeningprogrammen recherchiert. Die Ergebnisse sind in unten stehender Tabelle zusammengefasst, die dazu relevanten Links zu Webseiten aufgelistet.

### Überblick über organisierte Screeningprogramme

Organisierte Screeningprogramme	CAN	ENG	IRL	CH	NL	DK	F	NZ
Brustkrebs-Screening								
Zervixkarzinom-Screening								
Darmkrebs-Screening – Okkultes Blut im Stuhl								

Legende:

	Screeningprogramm – Einführung bereits erfolgt
	Screeningprogramm – Einführung derzeit im Gange
	Pilotierung
	Planung
	Screeningprogramm – Einführung bereits erfolgt bzw. in Planung
	Regional
	National
	Teils/Teils
	Kein organisiertes, populationsbezogenes Programm

Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

#### Kanada

##### Brustkrebs:

Canadian breast Cancer network

<http://www.cbcn.ca/en/?section=2&category=746> (03.07.2009)

##### Zervixkarzinom:

Ontario Cervical Screening Programm. A cancer Care Ontario Program (o.A.)

<http://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13318> (03.07.2009)

##### Darmkrebs:

Ministry of Health and Long-Term Care, Ontario

[http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/colorectal\\_cancer/colorectal\\_cancer\\_mn.html](http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/colorectal_cancer/colorectal_cancer_mn.html) (03.07.2009)

#### Schweiz

*Brustkrebs:*

Krebsliga (Hg) (2008): Mammografie-Screening in der Schweiz.

[http://www.breastcancer.ch/pdf/d\\_aktivitaeten.pdf](http://www.breastcancer.ch/pdf/d_aktivitaeten.pdf) (03.07.2009)

*Zervixkarzinom:*

Die Internetrecherche zu Zervixkarzinom-Screeningprogramm ergab keine Ergebnisse.

*Darmkrebs:*

Colon-cancer.ch

[www.colon-cancer.ch](http://www.colon-cancer.ch) (03.07.2009)

## **Neuseeland**

*Brustkrebs:*

National Screening Unit

<http://www.nsu.govt.nz> (03.07.2009)

*Zervixkarzinom:*

National Screening Unit

<http://www.nsu.govt.nz> (03.07.2009)

*Darmkrebs:*

Ministry of Health: Bowel (Colorectal) Cancer Screening Programme for New Zealanders

<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/cancercontrol-strategyandactionplan-bowelcancerscreening> (03.07.2009)