

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulrike Flach, Cornelia Pieper, Christoph Hartmann (Homburg), weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 15/378 –**

Situation der Krebsforschung und der Krebsregister in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

Krebserkrankungen werden in wenigen Jahren Herz- und Kreislauferkrankungen als Todesursache Nummer eins in Deutschland ablösen. Da die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken, mit zunehmendem Lebensalter steigt, ist zu erwarten, dass einhergehend mit dem Wandel der Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland die Bekämpfung von Krebs eine der wichtigsten Aufgaben der zukünftigen Gesundheitspolitik sein wird.

Die Bundesregierung unterstützt die Krebsforschung durch Kompetenznetze und die Förderung von Forschungseinrichtungen der Grundlagenforschung, z. B. in der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

Wissenschaftler kritisieren jedoch die mangelnde Förderung der klinischen Forschung. Ein weiteres Problem ist die nach wie vor nicht erreichte Vollständigkeit der Krebsregister.

Einzig im Saarland wird für alle Krebsarten die für die epidemiologische Forschung nötige 90 % Erfassung der auftretenden Erkrankungen erreicht. In anderen Bundesländern werden nicht alle Krebsarten hinreichend erfasst; in Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Hessen ist selbst die flächendeckende Einführung der Krebsregister noch nicht erfolgt.

Für die Krebsursachenforschung und die Entwicklung neuer Behandlungspläne ist jedoch eine möglichst vollständige Erfassung der Krebsfälle nötig.

1. Wie hoch ist der Gesamtat, den die Bundesregierung in den verschiedenen Ressorts für die Krebsforschung zur Verfügung stellt?

Finanzielle Mittel zur Durchführung von Vorhaben zur Krebsforschung werden von der Bundesregierung allein im Bereich des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) zur Verfügung gestellt. Vorhaben mit unmittelbarer Relevanz für das Thema „Krebsforschung“ werden im Rahmen folgender Programme bzw. Titel finanziert:

1. Förderung im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms:
Im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms, einschließlich dem Humangenomprojekt und dem Krankheitsschwerpunkt Krebs im Nationalen Genomforschungsnetz (NGFN), flossen in 2002 23,8 Mio. Euro in die Krebsforschung (Haushaltstitel 685 03, 685 04, 685 97).
2. Förderung aus dem Biotechnologietitel (683 01):
Zur Förderung der Krebsforschung tragen Vorhaben im Bereich der Nanobiotechnologie (1,6 Mio. Euro p. a.), des BioFuture-Programms (1,5 Mio. Euro p. a.), BioRegio (1 Mio. Euro p. a.) sowie von BioChance (2,2 Mio. Euro p. a.) bei. Darüber hinaus fließen im Bereich der Förderung von Proteomics-Forschungsverbänden aus diesem Titel 6 Mio. Euro p. a. in die Krebsforschung.
3. Kofinanzierung der DFG:
Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) wird zu 58 % aus Mitteln des BMBF finanziert. Von 300 Mio. Euro für die biomedizinische Forschung fließen rund 20 % in die Krebsforschung, also ca. 60 Mio. Euro p. a. (BMBF-Anteil: 34,8 Mio. Euro; Haushaltstitel 685 27).
4. Institutionelle Förderung:
Im Bereich der institutionellen Förderung arbeitet eine Vielzahl von Instituten der Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren (HGF) an der Erforschung von Krebs. Einen besonders großen Anteil haben in der Krebsforschung die ausschließlich lebenswissenschaftlich ausgerichteten Helmholtz-Zentren (DKFZ, GBF, GSF, MDC). Das DKFZ hat als alleinigen Stiftungszweck die Aufgabe, Krebsforschung zu betreiben; beim MDC macht die Krebsforschung ca. 50 % aus.

Das Programm Krebsforschung ist an den Gesamtausgaben der Helmholtz-Zentren im Forschungsbereich Gesundheit (in 2003 rd. 284 Mio. Euro finanziert zu 90 % vom Bund und zu 10 % von den Ländern) mit ca. 42,5 % beteiligt. Die für die Krebsforschung insgesamt aufgewandte Summe entspricht damit 120,8 Mio. Euro. Der Bundesteil daran beträgt 108,7 Mio. Euro (Haushaltstitel 685 13, 894 13).

Der zur Verfügung gestellte Gesamtetat beträgt somit insgesamt rd. 180 Mio. Euro p. a.

2. Wie verteilt sich dieser Etat auf die verschiedenen Ressorts?

Siehe Antwort auf Frage 1.

3. Welchem Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) entspricht dieser Etat und wie hoch ist der Anteil der für die Krebsforschung aufgewandten Mittel am BIP in anderen Staaten, z. B. Großbritannien, Frankreich oder den USA?

Zu den Ausgaben des Bundes siehe Antwort auf Frage 1. Hinzu kommen Mittel der Länder. Genaue Angaben hierzu liegen von den Ländern nicht vor. Bundesausgaben auf der einen Seite und Gesamtausgaben anderer Staaten auf der anderen Seite sind nicht miteinander vergleichbar. Ein Bezug zum Bruttosozialprodukt ist keine relevante Kennziffer.

4. Wie verteilen sich die Anteile dieses Etats auf die Grundlagenforschung, die Pharmaforschung und die klinische Forschung?

Die Finanzierung von Pharmaforschung ist grundsätzlich eine Aufgabe der pharmazeutischen Industrie, allerdings profitiert die Industrie von den grundlagenwissenschaftlichen Erfolgen universitärer und außeruniversitärer Forschung, die auch vom BMBF finanziert wird. Biomedizinische Grundlagenforschung kommt damit auch der Pharmaforschung zugute.

Eine grobe Abgrenzung der Bereiche „Grundlagenforschung“ und „klinische Forschung“ lässt sich dahin gehend treffen, dass die Förderung der DFG und die institutionelle Förderung der Großforschungseinrichtungen (siehe Antwort zu Frage 1) eher grundlagenwissenschaftlich orientiert ist, allerdings auch Aktivitäten der klinischen Kooperation umfasst. Die schwerpunktmäßig Universitäten betreffende Projektförderung des BMBF hat einen stärkeren klinischen Bezug.

5. Wie groß ist der Anteil der Förderung von Biotechnologie und Genomforschung im Gesamtetat der deutschen Krebsforschung?

Der Gesamtetat der deutschen Krebsforschung lässt sich nicht ermitteln, da z. B. die durch die Bundesländer aufgebrachtten finanziellen Leistungen im Rahmen der Landeszuführungsbeträge für Forschung und Lehre (LFL) im Bereich Krebsforschung nicht bekannt sind. Hier sei auf die vom BMBF und dem Medizinischen Fakultätentag erstellte „Forschungslandkarte der Hochschulmedizin“ (<http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/deutschland/universitaeten/Forschungslandkarte>) verwiesen, in der unter dem Stichwort „Onkologie“ 21 Universitäten mit einem oder mehreren Forschungsschwerpunkten in der Krebsforschung ausgewiesen werden.

In den biomedizinischen Aktivitäten der DFG und im Krebsforschungsprogramm der HGF lässt sich der Anteil der in Biotechnologie und Genomforschung einfließenden finanziellen Mittel an der Krebsforschung ebenfalls nicht aufschlüsseln.

Im Kernbereich des vom BMBF finanzierten NGFN ist die Krebsforschung eines von fünf interdisziplinären Genomnetzen, die auf vorrangige medizinische Indikationsbereiche fokussiert sind. Im Genomnetz Krebs werden an fünf Standorten (HU Berlin, Erlangen, Essen, Frankfurt, München) Forschungsvorhaben zu unterschiedlichen malignen Erkrankungen mit einem Gesamtvolumen von rund 7,4 Mio. Euro p. a. unterstützt. Daneben fließen aus dem Biotechnologietitel 12,3 Mio. Euro p. a. (siehe Antwort zu Frage 1) in die Krebsforschung ein.

6. Welche Pläne zur Förderung der klinischen Krebsforschung, die im internationalen Vergleich rückständig ist, hat die Bundesregierung?

Die klinische Krebsforschung in Deutschland ist nicht rückständig.

7. Plant die Bundesregierung die Einrichtung einer zentralen Förderstelle für klinische Krebsforschung, um diesen Rückstand aufzuholen?

Nein; vergleiche Antwort zu Frage 6.

8. Die Erforschung welcher Krebsarten bildet den Schwerpunkt der Förderung durch die Bundesregierung?

Die Förderung der Krebsforschung durch die Bundesregierung ist breit angelegt.

- Eine Säule bilden dabei im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms die Fördermaßnahmen zu spezifischen Krebserkrankungen (Medizinische Kompetenznetze „Maligne Lymphome“, „Akute und chronische Leukämien“ sowie „Pädiatrische Onkologie und Hämatologie“) sowie die geplante Fördermaßnahme „Angewandte Brustkrebsforschung“. Eine zweite Säule besteht, wie in der Antwort auf Frage 5 angegeben, in den Forschungsvorhaben im Nationalen Genomforschungsnetz zu einer Vielzahl maligner Erkrankungen (u. a. Colocarzinome, Brustkrebs, maligne Gliome). Schließlich gibt es eine Reihe weiterer Fördermaßnahmen (z. B. im Rahmen der Strukturförderung von Interdisziplinären Zentren für Klinische Forschung, des Deutschen Humangenomprojekts und dem Nationalen Genomforschungsnetz), in deren Programmen die onkologische Forschung einen breiten Raum einnimmt.
- Die thematische Ausrichtung der Krebsforschung in den Helmholtz-Zentren ist grundlagenorientiert (siehe Antwort auf Frage 1). Eine Zuordnung zu bestimmten Krebsarten ist sekundär; die Aktivitäten unterscheiden sich nach den Forschungsansätzen.
- Die Förderung der Krebsforschung im Normalverfahren der DFG ist offen für die Erforschung aller Tumorarten.

Die Förderung der Krebsforschung durch die Bundesregierung vollzieht sich damit auf sehr breiter Basis und umfasst grundlagenwissenschaftliche bis hin zu angewandten, klinischen Aspekten und beschränkt sich dabei nicht auf einige wenige Tumorarten.

9. Welchen Anteil an allen Krebserkrankungen haben diese Krebsarten?

Die in der Antwort auf Frage 8 genannten Krebserkrankungen maligne Lymphome, akute und chronische Leukämien und Brustkrebs machen 20 % aller Krebserkrankungen aus, wobei es sich bei Brustkrebs um die häufigste Tumorerkrankung bei Frauen handelt. Darüber hinaus werden alle Krebserkrankungen bei Kindern (ca. 1 800 Fälle pro Jahr) erforscht. Andere häufige Krebserkrankungen wie Dickdarmkrebs werden in den in der Antwort auf Frage 8 genannten übergreifenden Förderschwerpunkten erforscht.

10. Welche Maßnahmen zur Übertragung von Ergebnissen aus der Grundlagenforschung in die klinische Praxis hat die Bundesregierung unternommen?

Die Übertragung von Ergebnissen aus der krankheitsorientierten klinischen Forschung in die angewandte klinische Praxis bildet einen Fokus der Fördermaßnahmen der Bundesregierung.

Zum einen sieht die perspektivische Ausrichtung z. B. von medizinischen Kompetenznetzen die Übertragung der Ergebnisse in die Versorgungspraxis als eines der Hauptziele dieser Förderinstrumente vor. Neben forschungsorientierten Projekten, die Modellcharakter auch für andere Krankheitsbereiche haben, wird durch die Entwicklung von Leitlinien und Qualitätssicherungsinstrumenten, fachspezifischen Fortbildungsinitiativen und einer auf Forschungsergebnissen ausgerichteten Informationsarbeit der gewünschte Transfer unterstützt.

Zum anderen steht der klinischen Forschung durch die Einrichtung von Koordinierungszentren für Klinische Forschung (KKS; siehe Antwort auf Frage 6), die durch das BMBF finanziert werden, ein exzellentes Instrument der Förderung klinischer Studien zur Verfügung. Die Koordinierungszentren, deren Gründung seit 1998 vorangetrieben wurde und die mittlerweile an 12 universitären Standorten etabliert wurden, haben sich zu einem viel gefragten Partner der Wissenschaft entwickelt.

Im Rahmen der institutionellen Förderung haben die lebenswissenschaftlich orientierten Helmholtz-Zentren (siehe Antwort auf Frage 1) eine Kooperation mit umliegenden Hochschulkliniken etabliert, die in Kooperationsvereinbarungen geregelt und vom BMBF gesondert finanziert wird.

11. Haben sich nach Auffassung der Bundesregierung die bevölkerungsbezogenen Krebsregister nach dem Bundeskrebsregistergesetz bewährt?

Das Krebsregistergesetz des Bundes (KRG) hatte zum Ziel, durch Verpflichtung aller Länder zur Einrichtung oder zum Ausbau bevölkerungsbezogener Krebsregister ein Netz von Krebsregistern zu etablieren. Diese Krebsregister mussten bestimmte gemeinsame Vorgaben erfüllen wie u. a. die Erfassung aller Formen von Krebserkrankungen, die Einhaltung eines bestimmten zu erhebenden Datensatzes und die jährliche Meldung der anonymisierten Daten an das Robert Koch-Institut zur Zusammenführung und gemeinsamen Auswertung. Dieses Ziel wurde mit dem auf fünf Jahre befristeten Krebsregistergesetz des Bundes erreicht. Es ist erfreulicherweise festzustellen, dass sich der Stand der Krebsregistrierung in Deutschland auch nach Auslaufen des KRG am 31. Dezember 1999 positiv weiterentwickelt hat, wenngleich die Vollzähligkeit aller Länderkrebsregister erwartungsgemäß noch nicht den gewünschten Grad erreicht hat.

Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Länder, beruhend auf Ausnahmen, die das KRG zuließ, weder den gleichen Meldemodus implementiert haben noch überall eine flächendeckende Erfassung vorgesehen ist.

12. Wie viele Bundesländer verfügen noch nicht über eine flächendeckende Erfassung der auftretenden Krebserkrankungen im Krebsregister?
13. Aus welchen Gründen verfügen noch nicht alle Bundesländer über eine flächendeckende Erfassung aller Krebsfälle?

Die Länder Baden-Württemberg, Hessen und Nordrhein-Westfalen haben in ihrem derzeit gültigen Landeskrebsregistergesetz keine flächendeckende Erfassung aller Krebserkrankungsfälle vorgesehen. Ein Grund hierfür ist, dass das inzwischen ausgelaufene KRG hinsichtlich der Flächendeckung eine Ausnahmeregelung beinhaltet, von der z. T. Gebrauch gemacht wurde.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass auch in den Flächenstaaten Bayern und Niedersachsen erst im Jahre 2002 bzw. 2003 von einer regional beschränkten auf eine flächendeckende Erfassung übergegangen wurde bzw. wird. Es ist daher zu unterscheiden zwischen einer von vorn herein realisierten flächendeckenden Erfassung, auch wenn diese ggf. noch nicht vollzählig ist wie z. B. in den neuen Ländern, und einer im Rahmen der landesgesetzlichen Vorgaben erst beginnenden Flächendeckung.

14. Lassen die in den Bundeskrebsregistern erfassten Daten fundierte Aussagen über die Verbreitung einzelner Krebserkrankungen in ganz Deutschland zu?
16. Über welche Krebsarten lassen sich, bezogen auf das gesamte Bundesgebiet, noch keine gesicherten Aussagen treffen?

Die in den Ländern auf der Basis ländergesetzlicher Grundlagen eingerichteten Krebsregister, also keine Bundes-, sondern Landeskrebsregister, melden jährlich festgelegte anonymisierte Daten an die Dachdokumentation Krebs im Robert Koch-Institut, wo sie zusammenfassend und übergreifend ausgewertet werden. Hieraus leiten sich folgende Aussagen ab:

Wenn man unter Verbreitung von Krebskrankheiten lediglich die Zahl von neu aufgetretenen Krebskrankheiten in Deutschland versteht, dann lassen sich entsprechende Aussagen aus Krebsregisterdaten grob schätzen. Falls man unter Verbreitung von Krebskrankheiten die Erkennung regionaler Besonderheiten als Ausgangspunkt gezielter Ursachenforschung oder zur Aufdeckung von Defiziten oder Verzögerungen in gesundheitlicher Versorgung in Deutschland versteht, dann kann man beim gegenwärtigen Stand der Krebsregistrierung solche Aussagen noch nicht gewinnen.

Nur für das Saarland sind aus dem dortigen Krebsregister Aussagen über Häufigkeit zu Trends für sämtliche Krebskrankheiten möglich. Von den übrigen Bundesländern können nur in wenigen verlässliche Angaben zur Zahl der Krebskranken gemacht werden und dies nur für einige wenige Krebsarten und für einen sehr kurz zurückliegenden Zeitraum.

Aussagen über ganz Deutschland lassen sich deshalb derzeit nur schätzen. Wegen der begrenzten Datenbasis sind gewisse Unsicherheiten dabei jedoch nicht auszuräumen.

Keine gesicherten Aussagen zur Zahl der Krebserkrankungen in Deutschland lassen sich für Untergruppen der Krebsarten (gekennzeichnet durch die 4. Stelle der ICD) machen. Für seltenere Krebskrankheiten, wie z. B. für Brustkrebs bei Männern, Einzeldiagnosen von Krebskrankheiten der Mundhöhle und des Rachens, für Dünndarmkrebs, bösartige Neubildungen des Bauchfells, der Nasenhöhlen und Nebenhöhlen, des Rippenfells, von Thymus, Herz und Mediastinum, der Knochen, des Bindegewebes, des Penis, des Auges, des Gehirns, sonstiger Teile des Nervensystems oder sekundäre bösartige Neubildungen sind derzeit noch keine belastbaren Schätzungen möglich.

15. Beteiligt sich die Bundesregierung an der Finanzierung der Landeskrebsregister?

Die Bundesregierung hat bereits vor Inkrafttreten des KRG die bestehenden Landeskrebsregister finanziell unterstützt und zwar von 1986 bis 1994 mit ca. 13 Mio. DM. Während der Laufzeit des KRG zwischen 1995 und Ende 1999 wurden den Ländern, wie im Vermittlungsverfahren mit dem Bundesrat in Aussicht gestellt, gut 10,5 Mio. DM zur Verfügung gestellt. Seit Auslaufen des KRG besteht keine Finanzierungskompetenz des Bundes mehr, da seither jedes Land ein Landeskrebsregistergesetz hat, für dessen Ausführung es auch in finanzieller Hinsicht aufzukommen hat.

Die Bundesregierung unterstützt seither aber Projekte der Länderregister, die der schnelleren Erreichbarkeit bzw. Aufrechterhaltung der Vollständigkeit der jeweiligen Register dienen. Hierfür wurden in den Jahren 2000 bis 2002 insgesamt ca. 800 000 Euro bewilligt. Auch für das Jahr 2003 ist eine Projektförderung vorgesehen. Dazu kommt die jährliche anteilmäßige Förderung des bun-

desweiten Deutschen Kinderkrebsregisters, die im Jahre 2003 ca. 147 000 Euro betragen wird.

17. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um eine flächendeckende und alle Krebsarten umfassende Erfassung in den Landeskrebsregistern zu unterstützen?

Bei den parlamentarischen Beratungen des KRG wurde deutlich, dass seitens der Länder dem Bund eine rechtliche Zuständigkeit für Krebsregister nicht zugebilligt wird. Diese Zuständigkeit wird gemäß der Verfassung der Bundesrepublik Deutschland allein bei den Ländern gesehen, was zur Befristung des KRG auf fünf Jahre führte und bedeutet, dass Maßnahmen zur Änderung der Länderkrebsregistergesetze mit dem Ziel einer überall flächendeckenden Erfassung der Krebserkrankungen seitens des Bundes nicht möglich sind. Eine Einbeziehung aller Krebsformen ist in den derzeit gültigen Landeskrebsregistergesetzen bereits vorgesehen.

Unter den bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen hat sich die Bundesregierung entschieden, die Länderregister in gewissem Umfang finanziell dabei zu unterstützen, durch Maßnahmen zur Motivation insbesondere der Melder möglichst bald zu einer Vollzähligkeit und damit zur Aussagefähigkeit der Register zu gelangen (siehe auch Antwort auf Frage 15).

18. Welche Maßnahmen zur Reduzierung des Zigarettenkonsums, einer international anerkannten Ursache von Lungenkrebs, wird die Bundesregierung in Zukunft ergreifen?

In der Koalitionsvereinbarung vom Oktober 2002 haben die die Bundesregierung tragenden Parteien festgelegt, eine nationale Antitabak-Kampagne durchzuführen. Die Antitabak-Kampagne wird eine Zusammenführung und Erweiterung der bereits begonnenen Maßnahmen zur Verhütung des Rauchens und zum Nichtraucherchutz darstellen. So sind mit der Verabschiedung der Arbeitsstättenverordnung im Oktober 2002, in der Nichtrauchern und Nichtraucherinnen ein rauchfreier Arbeitsplatz garantiert wird, und der Reform des Jugendschutzgesetzes, in dem ein Abgabeverbot von Tabakwaren an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren sowie eine Einschränkung der Kinowerbung für Zigaretten vorgesehen sind, entscheidende Fortschritte in einer effektiven Politik zur Förderung des Nichtrauchens gemacht worden. Diese gesetzlichen Vorschriften müssen in Zukunft konsequent umgesetzt werden; dazu bedarf es aber der Unterstützung durch die Länder, Verbände und jeden einzelnen Bürger und jede einzelne Bürgerin.

Im Oktober 2001 hat die Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, fünf prioritäre Gesundheitsziele benannt. Darunter ist auch das Ziel, den Tabakkonsum zu senken. Eine multidisziplinär besetzte Arbeitsgruppe, u. a. bestehend aus Vertretern und Vertreterinnen der Krankenkassen, von Verbänden der Suchthilfe, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Länder und von wissenschaftlichen Einrichtungen, hat ein Konzept zur Erreichung dieses Zieles entwickelt. Die Arbeiten stehen kurz vor dem Abschluss und werden in die nationale Antitabak-Kampagne einfließen.

19. Ist die Bundesregierung bereit, ein Signal zu setzen und auf Etatkürzungen der Helmholtz Gemeinschaft, die auch das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg betreffen, zu verzichten?

Die im Einzelplan 30 für den Haushalt 2003 geplante Überrollung des Etats der Helmholtz-Zentren führt für das DKFZ nicht zu einer Kürzung. Für das DKFZ ist eine Bundeszuwendung in Höhe von 81,2 Mio. Euro im Jahr 2003 eingeplant. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Steigerung um 0,13 %.

20. Ist eine Übertragung des Modells der Reihenuntersuchungen zur Brustkrebsfrüherkennung mit einem Mammographie-Screening für Frauen zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr auf andere häufige Krebsarten vorgesehen?

Bei dem qualitätsgesicherten Mammographie-Screening nach den Europäischen Leitlinien („European guidelines for quality assurance in mammography screening“) für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren handelt es sich um ein organisiertes, bevölkerungsbezogenes Screening-Programm, bei dem u. a. durch ein Einladungsverfahren mit Nennung von Untersuchungszeit und -ort eine möglichst hohe Teilnehmerate der anspruchsberechtigten Frauen erreicht werden soll.

Eine generelle Übertragbarkeit dieses organisierten, bevölkerungsbezogenen Krebsfrüherkennungsprogramms auf andere häufige Krebsarten ist nicht gegeben, sondern muss immer an den Besonderheiten der jeweiligen Krebserkrankung, der Zielpopulation und der Untersuchungsmethode überprüft werden. Zum einen eignen sich einige häufige Krebsformen aufgrund verschiedener Faktoren (z. B. natürlicher Krankheitsverlauf, asymptomatisches aber therapierbares Frühstadium etc., vergleiche Kriterien von Wilson & Jungner) nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft nicht für bevölkerungsweite Screeningprogramme (z. B. Lungenkrebs). Zum anderen ist bei manchen Screeninguntersuchungen, wie z. B. bei der Früherkennungskoloskopie, ein gewisses Restrisiko für die Untersuchten nicht zu vermeiden. Daher wurde beispielsweise im Fall der geänderten Darmkrebsfrüherkennungs-Richtlinie den Versicherten auf der Basis einer informierten Entscheidungsfindung bewusst die Wahlmöglichkeit zwischen zwei verschiedenen Früherkennungsuntersuchungen eingeräumt. Im Rahmen der Überprüfung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie findet, wie bereits dargestellt, eine Überprüfung hinsichtlich der Organisationsform der Früherkennungsuntersuchungen statt.

21. Wie weit ist die Einführung dieses Früherkennungsprogramms fortgeschritten?

Die gemeinsame Selbstverwaltung, die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben die stufenweise, bundesweite Einführung eines qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings nach den Europäischen Leitlinien für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren ab dem Jahr 2003 beschlossen. Derzeit werden die dazu erforderliche Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und die weiteren Regelungen zur Qualitätssicherung vorbereitet. Es ist geplant, diese Richtlinienänderung im März/April 2003 im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zu beschließen. Des Weiteren werden in Kürze Referenzzentren sowie weitere Screeningeinheiten gegründet und zertifiziert. Sie werden ihre Tätigkeit dann unverzüglich aufnehmen.

22. Stehen flächendeckend genügend Ärzte und Ärztinnen zur Verfügung, die die Kriterien des Qualitätssicherungsprogramms zur Brustkrebsfrüherkennung erfüllen?

Die strengen Kriterien, die die Europäischen Leitlinien an die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement eines Mammographie-Screening-Programms stellen, beschränken sich nicht nur auf die Qualifikation der beteiligten Ärzte, sondern umfassen alle Prozesse der Screeningkette von der Einladung bis zur evtl. notwendigen Abklärungsdiagnostik. Eine solche berufsgruppen- und fachgruppenübergreifende, qualitätsgesicherte Screeningkette ist in Deutschland bisher so nicht vorhanden.

Um den hohen qualitativen Anforderungen der EU-Leitlinien an die Screeningkette gerecht zu werden, ist daher ein stufenweiser Einführungsprozess erforderlich, in dem beispielsweise die notwendige, umfangreiche Fortbildung der beteiligten Ärzte und medizinisch-technischen Radiologieassistentinnen/-assistenten (MTRA) in den Referenzzentren Zug um Zug stattfindet. Nach Schätzungen werden bei Flächendeckung etwa 5 000 Personen (Ärzte/MTRA etc.) im Rahmen dieses Früherkennungsprogramms tätig sein, deren Aus- und Weiterbildung durch den schrittweisen Einführungsprozess gewährleistet ist.

23. Welche Maßnahmen wird die Bundesregierung ergreifen, um die ärztliche, pflegerische und psychosoziale Versorgung krebskranker Kinder in Deutschland in Zukunft sicherzustellen?

Grundsätzlich liegen die planerischen Kompetenzen für die Krankenversorgung bei den Ländern und der Selbstverwaltung. Die Bundesregierung hat aber verschiedene Maßnahmen in die Wege geleitet, die gerade auch krebskranken Kindern zugute kommen.

So setzt sich die Bundesregierung in der Zusammenarbeit mit den Ländern dafür ein, dass Kinder, die eines stationären Aufenthalts bedürfen, grundsätzlich auch in Kinderkrankenhäusern behandelt werden und nicht in den Erwachsenenabteilungen. Auch bei der Novellierung des Krankenpflegegesetzes hat die Bundesregierung in ihrem Gesetzentwurf vorgesehen, dass das eigenständige Berufsbild der Kinderkrankpflege im Rahmen der neuen Ausbildungsstrukturen erhalten bleibt.

Die vorgesehene Verbesserung der Verzahnung von ambulant und stationär wird auch die Versorgung von onkologisch zu betreuenden Kindern verbessern. Gleiche Effekte können von integrierten Versorgungsstrukturen erwartet werden.

Zudem wird durch die Aufhebung der starren Arzneimittelbudgetierung und die Möglichkeit zur Vereinbarung von Richtgrößen auch eine besser auf die Bedürfnisse von Kindern mit Krebs abgestimmte Arzneimittelversorgung ermöglicht.

