



# LANDES-QUALITÄTS-BERICHT

GESUNDHEIT BADEN-WÜRTTEMBERG

Spezialheft Versorgung krebserkrankter Menschen



**Gesundheitsforum  
Baden-Württemberg**



**Baden-Württemberg**

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,  
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN

## Verteilerhinweis

Diese Informationsschrift wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidatinnen und Kandidaten oder Helferinnen und Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinahme des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist.

Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

## Herausgeber

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg  
Schellingstraße 15, 70174 Stuttgart, Telefon 07 11/123-0, Telefax 07 11/123-39 99  
poststelle@sm.bwl.de, www.sozialministerium-bw.de

## Internetverfügbarkeit

Diese und auch weitere bisher erschienene Broschüren zum Landes-Qualitäts-Bericht Gesundheit Baden-Württemberg können auch über das Internet unter [www.gesundheitsforum-bw.de](http://www.gesundheitsforum-bw.de) (Qualitätsberichte/Landes-Qualitäts-Bericht Gesundheit) bezogen werden.

## Redaktion

*Prof. Dr. Walter Aulitzky* (Krebsverband Baden-Württemberg)  
*Matthias Felsenstein* (Landesärztekammer Baden-Württemberg)  
*Susanne Flohr* (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg)  
*Dr. Andreas Grünupp* (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren)  
*Roland Müller* (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg)  
*Dr. Tobias Reiber* (Niedergelassener Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie, Mitglied der Onkologie-Kommission der KV Baden-Württemberg)  
*Birgit Wohland-Braun* (Krebsverband Baden-Württemberg)

## unter weiterer Mitarbeit von

*Dr. Lothar Baumann* (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg)  
*Friedhelm Brinkmann* (Onkologischer Schwerpunkt Stuttgart)  
*Dr. Ingo Bruder*, Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft, Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus (GeQIK)  
*Dr. Susanne Elsner* (ehemals Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft)  
*Vera Gumpf* (Klinisches Krebsregister des Tumorzentrums Ludwig Heilmeyer am Universitätsklinikum Freiburg)  
*Prof. Dr. Dirk Jäger* (Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg)  
*Dr. Astrid Kimmig*, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin UKT Tübingen  
*Prof. Dr. Monika Reuss-Borst* (Ärztliche Direktorin der Rehaklinik Am Kurpark in Bad Kissingen)  
*Thomas Schönberner* (Brückenschwestern des OSP Stuttgart e.V.)  
*Dr. Peter Weyland* (Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Psychotherapeutische Medizin)

## Fotos

Archiv, Bilderbox und pixelio

## Gestaltung

*Kreativ plus* Gesellschaft für Werbung und Kommunikation mbH, Stuttgart  
[www.kreativplus.com](http://www.kreativplus.com)

November 2011

# ÜBERSICHT

<b>VORWORT</b>	Seite	4
<b>1. EINLEITUNG</b>	Seite	5
<b>2. ALLGEMEINES RUND UM DAS THEMA ‚KREBS‘</b>	Seite	6
2.1 Daten und Fakten zu Krebserkrankungen	Seite	6
2.2 Wie das Risiko verringert werden kann, an Krebs zu erkranken	Seite	6
2.3 Wie Krebserkrankungen frühzeitig erkannt werden können	Seite	7
<b>3. STRUKTURQUALITÄT</b>	Seite	10
3.1 Ambulante Versorgung durch niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte	Seite	10
3.2 Stationäre Versorgung	Seite	11
3.2.1 Onkologische Schwerpunkte		
3.2.2 Tumorzentren (Comprehensive Cancer Centers)		
3.2.3 Organkrebszentren in Baden-Württemberg		
3.2.4 Weitere Krankenhäuser ohne Zentrumscharakter		
3.3 Versorgung krebskranker Kinder und Jugendlicher	Seite	15
3.4 Onkologische Rehabilitation	Seite	18
3.5 Brückenpflege	Seite	19
3.6 Ambulante und stationäre Palliativversorgung	Seite	20
3.7 Selbsthilfearbeit	Seite	22
3.8 Psychoonkologische Versorgung	Seite	24
3.9 Ambulante Beratungsangebote und Psychosoziale Krebsberatungsstellen	Seite	24
3.10 Krebsverband Baden-Württemberg	Seite	26
3.11 Krebsinformationsdienst	Seite	27
<b>4. PROZESSQUALITÄT</b>	Seite	28
4.1 Prozessqualität in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung	Seite	28
4.2 Prozessqualität in der stationären Versorgung	Seite	29
4.2.1 Zertifizierung der Onkologischen Schwerpunkte und Tumorzentren		
4.2.2 Tumorkonferenzen und interdisziplinäre Zusammenarbeit		
4.3 Qualitätssicherung in der Palliativen Versorgung	Seite	30
4.4 Qualitätssicherung durch das Krebsregister Baden-Württemberg	Seite	30
4.5 Einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung zur operativen Behandlung des Lungenkrebs	Seite	32
4.6 Teilnahmequoten an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	Seite	33
4.6.1 Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs		
4.6.2 Darmkrebsfrüherkennung		
<b>5. ERGEBNISQUALITÄT</b>	Seite	36
5.1 Entwicklung der Häufigkeit von Krebserkrankungen und der Krebssterblichkeit	Seite	36
5.2 Messung der Ergebnisqualität	Seite	38
5.3 Erhebung der Überlebenszeit von Krebspatientinnen und -patienten an Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkten	Seite	41
5.4 Ergebnisqualität in der operativen Behandlung von Brustkrebs	Seite	41
5.5 Ergebnisqualität in der Onkologischen Rehabilitation	Seite	44
<b>6. FAZIT UND AUSBLICK</b>	Seite	45
<b>7. ANTWORTEN AUF WICHTIGE FRAGEN</b>	Seite	46

# VORWORT



*Katrin Altpeter Mdl  
Ministerin für Arbeit und Sozialordnung,  
Familie, Frauen und Senioren*

*„Krebs“ – wie bei kaum einer anderen Erkrankung löst diese Diagnose bei den Betroffenen und ihren Angehörigen vielfältige Ängste aus. Doch krebserkrankten Menschen kann in vielen Fällen wirksam geholfen werden. Niemals zuvor war das medizinische Wissen über Krebserkrankungen so groß wie heute. Längst bedeutet die Diagnose „Krebs“ nicht mehr ein Todesurteil; Heilung ist in vielen Fällen möglich. Dazu steht den behandelnden Ärztinnen und Ärzten eine ganze Palette von individuell abgestimmten Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Moderne Behandlungsmethoden ermöglichen es zudem in vielen Fällen, Schmerzen zu lindern.*

*Baden-Württemberg verfügt über ein leistungsfähiges und gut zugängliches, flächendeckendes onkologisches Versorgungssystem. Für alle Krebspatientinnen und -patienten besteht in allen Landesteilen eine adäquate Versorgung auf hohem Niveau. Ziel der Landesregierung ist es, dieses bestehende hochwertige Versorgungssystem kontinuierlich und bedarfsgerecht weiter zu entwickeln.*

*Krebs ist eine äußerst komplexe Krankheit: Die Ursachen sind vielfältig, die auftretenden Symptome und Probleme im Verlauf der Erkrankung sehr individuell und die Therapiemöglichkeiten je nach Art des Tumors stark differenziert. Dazu kommt, dass in den Medien immer wieder „Wundermittel“ auftauchen, die mit den Hoffnungen der Betroffenen spielen. Hier den Überblick zu behalten, ist für viele Patienten und ihre Angehörigen oft schwierig, umso größer ist der Bedarf an zuverlässiger Information.*

*Deshalb freut es mich, dass aufgrund der großen Bedeutung dieses Versorgungsbereichs die Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung“ des Gesundheitsforums Baden-Württemberg, eines Netzwerks der wichtigsten Akteure des Gesundheitswesens im Land, unter Mitwirkung des Landesbeirats Onkologie, das Spezialheft „Versorgung krebserkrankter Menschen“ konzipiert hat. Es ergänzt und erweitert die bereits vorliegenden Landes-Qualitäts-Berichte um einen wichtigen Aspekt der medizinischen Versorgung im Land.*

*Für diese Initiative danke ich der Arbeitsgruppe unter Leitung von Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann sehr herzlich. Mein besonderer Dank gilt auch den Autorinnen und Autoren des Spezialheftes.*

*Ich wünsche den interessierten Leserinnen und Lesern, dass für sie mit Hilfe dieses Spezialheftes deutlich wird, worauf es bei guter Qualität im Bereich der Versorgung krebserkrankter Menschen ankommt.*

# 1. EINLEITUNG

Ziel dieses Heftes ist es, Struktur und Qualität der medizinischen Versorgung bei Krebserkrankungen (Onkologie) in Baden-Württemberg zu veranschaulichen.

Allgemein gesprochen lässt sich die Qualität der Versorgung bei Krebspatienten anhand folgender Ebenen darstellen:

1. Die Strukturqualität beschreibt die fachlichen, apparativen, technischen, räumlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung.
2. Die Prozessqualität befasst sich mit der Qualität der Abläufe. Hier geht es um die Art und Weise von Diagnostik und Therapie.
3. Die Ergebnisqualität betrachtet das Ergebnis einer Behandlung. Sie kann an den unterschiedlichsten Aspekten festgemacht werden. Diese können beispielsweise sein
  - Heilung der Erkrankung
  - Verbesserung des Gesundheitszustandes
  - Erhöhung der Patientenzufriedenheit.

Es wird in den Darstellungen schwerpunktmäßig auf Daten der Versicherten im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (ca. 87% der Bevölkerung) zurückgegriffen. Die Daten sind nicht in jedem Fall auf privat Krankenversicherte übertragbar.

In diesem Heft werden nacheinander die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der onkologischen Versorgung dargestellt. Zur besseren Lesbarkeit werden in einigen Abschnitten alle drei Ebenen zusammen dargestellt.

Grundsätzliche Ausführungen zum Thema Qualität im Gesundheitswesen, zum Zweck und Aufbau des „Landes-Qualitäts-Berichts Gesundheit Baden-Württemberg“ sowie zur Erläuterung wichtiger Begriffe können dem Basisheft entnommen werden.



*Das Basisheft finden Sie unter:  
[www.gesundheitsforum-bw.de/  
Qualitätsberichte/Landes-  
Qualitäts-Bericht-Gesundheit/  
Basisheft](http://www.gesundheitsforum-bw.de/Qualitätsberichte/Landes-Qualitäts-Bericht-Gesundheit/Basisheft).*

## 2. ALLGEMEINES RUND UM DAS THEMA ‚KREBS‘



### 2.1 DATEN UND FAKTEN ZU KREBSERKRANKUNGEN

Unter der Bezeichnung Krebs wird eine Vielzahl von Erkrankungen zusammengefasst, die sehr verschiedene Symptome und Verläufe haben können. Bei allen Krebsarten handelt es sich um eine bösartige Veränderung von Körperzellen.

In Deutschland leben circa 1,45 Millionen Menschen mit einer Krebserkrankung (Hochrechnung auf das Jahr 2010). In Baden-Württemberg erkranken jährlich schätzungsweise 46.000 Menschen neu an Krebs. Das Risiko einer Frau, im Laufe ihres Lebens an Krebs zu erkranken, liegt bei 38 %, bei Männern bei 47 %. Die meisten Krebserkrankungen treten eher in höherem Alter auf: An Krebs erkranken Frauen im Durchschnitt im Alter von 68, Männer im Alter von 69 Jahren. Dank großer Fortschritte bei Früherkennung, Diagnostik und Therapie haben sich Überlebenschancen und Lebensqualität krebserkrankter Menschen in den letzten Jahrzehnten erheblich verbessert. Trotzdem sind Krebserkrankungen nach den Herz-/Kreislaufkrankungen die zweithäufigste Todesursache.

### 2.2 WIE DAS RISIKO VERRINGERT WERDEN KANN, AN KREBS ZU ERKRANKEN

Noch kennt die Wissenschaft nicht alle Gründe für die Entstehung einer Krebserkrankung. Krebs ist keine Erbkrankheit, jedoch beruht ein Teil der Erkrankungen auf einer erblichen Veranlagung (genetische Veränderungen). Wie stark sich diese erbliche Veranlagung beim einzelnen Menschen auswirkt, hängt von der Krebsart und einer Reihe weiterer Faktoren ab, die zusätzlich auftreten müssen. Das Zusammenspiel dieser Faktoren und Risiken führt unter Umständen zu einer Krebserkrankung.

Forschungsergebnisse lassen den Schluss zu, dass das Risiko, an Krebs zu erkranken, durch den persönlichen Lebensstil mit beeinflusst werden kann. In vielen Fällen kann aber der Ausbruch einer Krebserkrankung auch nicht durch eine gesunde Lebensweise vermieden werden.

Folgende Faktoren können das Risiko, an Krebs zu erkranken, erhöhen:

- Tabak- und Alkoholkonsum
- Fehlernährung und Bewegungsmangel
- bestimmte Infektionen ( z.B. Hepatitis B-Virus) und Humane Papillomaviren (HPV)
- bestimmte Schadstoffe in der Umwelt
- übermäßige UV-Strahlung

Allein das Rauchen wird für circa 35% aller Krebserkrankungen verantwortlich gemacht. Die Beweise für den Einfluss der Ernährung alleine sind hingegen eher indirekt, die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen sind oft widersprüchlich. Sicherlich ist eine gesunde Lebensweise, die die genannten Risikofaktoren meidet, der effektivste Weg, das Krebsrisiko zu verringern. Die Krebsforschung hat in jüngster Zeit Viren als neue Krebsursache entdeckt, zum Beispiel das Humane Papilloma Virus (HPV) als (Mit-)Auslöser für Gebärmutterhalskrebs. Das HPV-Infektionsrisiko kann durch eine Impfung vermindert werden.



### **2.3 WIE KREBSERKRANKUNGEN FRÜHZEITIG ERKANNT WERDEN KÖNNEN**

Durch Früherkennungsuntersuchungen ist es möglich, einige häufige Krebserkrankungen so frühzeitig zu erkennen, dass eine Heilung wahrscheinlich ist.

Diese Untersuchungen sind relativ einfach, nicht oder wenig belastend, und sie sind verlässlich genug, um eine Krebserkrankung in einem Frühstadium oder gar Vorstadium zu erkennen. Für viele andere Krebserkrankungen fehlen dagegen zurzeit geeignete Methoden zur Früherkennung: Bei manchen konnte der Nutzen der angebotenen Verfahren zur Krebsfrüherkennung bisher nicht verlässlich nachgewiesen werden.

## 2. ALLGEMEINES RUND UM DAS THEMA ‚KREBS‘



Gesetzlich Krankenversicherte haben Anspruch auf folgende Krebsfrüherkennungsuntersuchungen:

### Frauen

- **Gebärmutterhalskrebs:** Ab 20, jährliche Untersuchung des äußeren und inneren Genitales und Abstrichuntersuchung von Gebärmuttermund und Gebärmutterhals.
- **Brustkrebs:** Ab 30, einmal jährlich Abtastung der Brüste und der Achselhöhlen, Anleitung zur Brustselbstuntersuchung; Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren werden seit dem Jahr 2007 alle zwei Jahre wohnortnah zu einer Röntgenreihenuntersuchung der Brust (Mammographie-Screening) eingeladen. Das Mammographie-Screening unterliegt strengen Qualitätsanforderungen. Jede Mammographieaufnahme wird von zwei erfahrenen Ärztinnen oder Ärzten getrennt voneinander begutachtet. Bei unterschiedlichen Diagnosen wird eine dritte ärztliche Meinung eingeholt.

### Männer

- **Prostatakrebs:** Ab 45, einmal jährlich Abtastung der Prostata vom Enddarm aus, Untersuchung des äußeren Genitales und Abtastung der Lymphknoten in der Leiste.

### Für Frauen und Männer

- **Hautkrebs:** Ab 35, alle zwei Jahre gezielte Anamnese (z.B. Fragen nach Veränderungen/Beschwerden) – visuelle, standardisierte Ganzkörperuntersuchung der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes und aller Körperhautfalten.
- **Dickdarmkrebs:** Ab 50 einmal jährlich Austastung des Enddarms (digitale rektale Untersuchung) und Brieftest auf verborgenes Blut (okkultes Blut) im Stuhl. Ab 55 Dickdarmspiegelung (Koloskopie), die einmalig nach zehn oder mehr Jahren wiederholt werden kann. Anstelle der Koloskopie kann ab 55 der Test auf okkultes Blut alle zwei Jahre durchgeführt werden.

Nur sehr selten tritt ein Darmkrebs ohne Ausbildung von Vorstufen auf. In der weit überwiegenden Zahl der Fälle entwickelt sich der Darmkrebs aus entsprechenden Vorstufen, den Polypen.

Polypen und Darmkrebs können in einem frühen Stadium bereits Blut absondern, das nicht mit bloßem Auge sichtbar ist, aber mit Stuhlbrieftest nachgewiesen werden kann. Um die Sicherheit und Aussagekraft dieses Testes zu erhöhen, muss er zunächst jährlich regelmäßig und mit einer ausreichenden Zahl an Tests durchgeführt werden. Eine Entscheidung, ob es sich um eine gut- oder bösartige Veränderung handelt, kann allerdings auch dann erst durch eine Koloskopie erfolgen.

Mit der Koloskopie lassen sich bereits Vorstufen eines Krebses erkennen, zumeist lassen sich diese Polypen bereits während der Darmspiegelung ohne nachfolgende Operation entfernen. Die Entwicklung von Darmkrebs aus Polypen erfolgt meist sehr langsam oft über mehr als zehn Jahre. Eine erneute Koloskopie nach zehn Jahren reicht daher in der Regel aus. Häufiger untersucht werden müssen Menschen, bei denen ein erhöhtes Risiko besteht, an Darmkrebs zu erkranken, zum Beispiel wenn bei mehreren Familienangehörigen bereits Darmkrebs erkannt wurde.

Für Personengruppen mit einem erhöhten Risiko, an Krebs zu erkranken, zum Beispiel bei familiärer Häufung von Brustkrebs, bestehen spezielle Früherkennungsprogramme.



# 3. STRUKTURQUALITÄT



## 3.1 AMBULANTE VERSORGUNG DURCH NIEDERGELASSENE VERTRAGSÄRZTINNEN UND -ÄRZTE

Lange Zeit bedeutete die Diagnose „Krebs“ für die Patientinnen und Patienten beinahe automatisch die Einweisung ins Krankenhaus und eine stationäre Behandlung. Durch die Entwicklung besserer diagnostischer Methoden, vor allem aber verbesserter therapeutischer Möglichkeiten, ist es möglich geworden, dass ein großer Teil der an Krebs Erkrankten mittlerweile auf hohem Niveau ambulant behandelt werden kann. Die ambulante Versorgung erfolgt in der Regel eng verzahnt mit der Versorgung im Krankenhaus.

Viele Krebspatientinnen und -patienten werden wohnortnah durch niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, weitere durch onkologische Ambulanzen an Krankenhäusern betreut.

Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erstellen einen individuellen Therapieplan und koordinieren die fachärztliche onkologische Behandlung im Sinne eines Lotsen oder führen die Behandlung selbst durch. Besonders wichtig sind die enge und dauerhafte Zusammenarbeit aller an der Behandlung direkt oder indirekt Beteiligten und ein ständiger Erfahrungsaustausch mit den wohnortnahen Krankenhäusern sowie Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkten. So soll sichergestellt werden, dass krebserkrankte Patientinnen und Patienten nach wissenschaftlich anerkannten, dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnis entsprechenden Diagnose- und Therapieleitlinien ambulant versorgt werden können.

In der vertragsärztlichen Versorgung gibt es zahlreiche Leistungen, die vom Vertragsarzt/der Vertragsärztin einen speziellen Qualifikationsnachweis erfordern. Dies trifft auch auf die Onkologie zu. Über die ärztliche Weiterbildung hinaus müssen weitere Zusatzqualifikationen und Strukturen in den Praxen nachgewiesen werden, ehe von der Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung onkologischer Leistungen erteilt wird.

Die KVBW überprüft in jährlichen Abständen, ob die Voraussetzungen für die Genehmigung noch vorliegen. Hierzu müssen die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte unter anderem den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen nachweisen. Außerdem wird stichprobenartig überprüft, ob sich die Behandlung der Patientinnen und Patienten an den aktuellen anerkannten Leitlinien orientiert.

Regierungsbezirk	Anzahl	
	Onkologisch tätige Vertragsärztinnen/-ärzte	Einwohner pro onkologisch tätiger Ärztin/tätigem Arzt
Freiburg	92	23.904
Karlsruhe	180	15.246
Stuttgart	217	18.445
Tübingen	88	20.545
Bad.-Württ. gesamt	577	18.636

Table 1:

*Versorgungssituation in der ambulanten onkologischen Versorgung in Baden-Württemberg im Jahr 2010/2011*

*Quellen: KVBW Jahr 2011, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart 2010*

### 3.2 STATIONÄRE VERSORGUNG

Die Versorgung von Krebspatienten in Krankenhäusern in Baden-Württemberg erfolgt angepasst an die jeweilige Erkrankung bzw. die jeweiligen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten entweder in spezialisierten Zentren (Tumorzentren, Onkologischen Schwerpunkten und Organkrebszentren) oder auch wohnortnah in Krankenhäusern ohne spezielle onkologische Ausrichtung.

#### 3.2.1 Onkologische Schwerpunkte

Bereits in den achtziger Jahren wurde in Baden-Württemberg mit dem Aufbau qualitätsgesicherter Strukturen in der stationären onkologischen Versorgung in Form von „Onkologischen Schwerpunkten“ (OSP) begonnen: Der Landesbeirat Onkologie (ein ärztlich-wissenschaftliches Beratungsgremium des Sozialministeriums) hat hierzu Grundsätze und Kriterien entwickelt. Diese müssen die Onkologischen Schwerpunkte erfüllen; die Einhaltung wird regelmäßig überprüft. Die Grundsätze und Kriterien betreffen sowohl die Art und die Fachkompetenz der an Therapie und Diagnostik beteiligten Disziplinen als auch die per-



sonelle und technische Ausstattung. In die Qualitätssicherung sind nicht nur der OSP selbst, sondern auch alle mit dem OSP zusammenarbeitenden Krankenhäuser, Einrichtungen und Arztpraxen einbezogen.

Mit den Onkologischen Schwerpunkten besitzt das Land Baden-Württemberg eine systematisch entwickelte und qualitätsgesicherte Versorgungsstruktur, die es so in anderen Bundesländern nicht gibt. Diese Versorgungsstruktur ist in der Krankenhausplanung des Landes verankert. Die Onkologischen Schwerpunkte und Tumorzentren (siehe auch Abschnitt 3.2.2) bekommen für ihre zusätzlichen Aufgaben von den Krankenkassen einen finanziellen Zuschlag zur übrigen Krankenhausfinanzierung. Zentrales Anliegen ist eine am ganzen Menschen orientierte, alle Fachgebiete umfassende Betreuung von Krebspatienten in allen Phasen der Krebserkrankung.

Folgende Fachrichtungen müssen in einem Onkologischen Schwerpunkt vertreten sein:

- Internistische Onkologie/Hämatologie
- Chirurgische Onkologie
- Urologische Onkologie
- Gynäkologische Onkologie
- Radioonkologie
- Pathologie
- Diagnostische Radiologie

Ergänzend treten die kleineren Fachgebiete Neurologie und Neurochirurgie, ebenso wie die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, die Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, die Herz-, Gefäß- und Thoraxchirurgie, die Dermatologie, Orthopädie, Augenheilkunde und Genetik hinzu.

Folgende Querschnittsbereiche ergänzen die Versorgung im Onkologischen Schwerpunkt:

- Palliativ- und Schmerztherapie
- Brückenpflege (siehe auch Abschnitt 3.5)
- Psychoonkologische Versorgung
- Sozialberatung

- Angebote zur Prävention und Früherkennung von Krebserkrankungen
- Klinisches Krebsregister zur Verlaufs- und Ergebnisbeobachtung
- Weitervermittlung in die Rehabilitation (nach abgeschlossener Erstbehandlung)

Um eine optimale Versorgung zu gewährleisten, wurden für diese medizinischen Fachrichtungen Richtzahlen festgelegt. Diese Richtzahlen liegen je nach Fachrichtung zwischen 150 und 800 neu aufgenommenen Krebspatientinnen und -patienten pro Jahr.

Mitte 2011 bestanden in Baden-Württemberg zwölf Onkologische Schwerpunkte: Göppingen, Heidenheim/Ostwürttemberg, Heilbronn, Karlsruhe, Konstanz/Singen, Lörrach/Rheinfelden, Ludwigsburg/Bietigheim, Ravensburg, Reutlingen, Stuttgart und Villingen-Schwenningen.

- Tumorzentren
  - Ulm
  - Tübingen
  - Freiburg
  - Heidelberg
  - Mannheim
- Onkologische Schwerpunkte

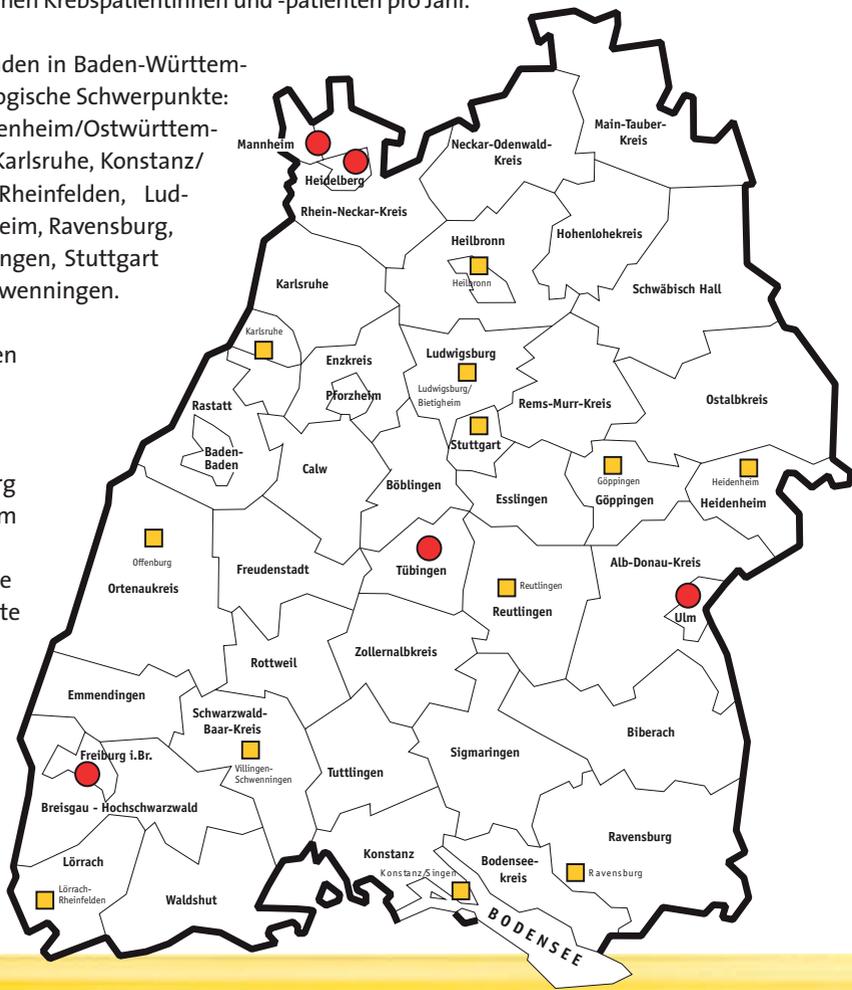


Abbildung 1:  
Tumorzentren und  
Onkologische Schwer-  
punkte in Baden-  
Württemberg 2011



#### 3.2.2 Tumorzentren (Comprehensive Cancer Centers)

Die an den Universitätskliniken angesiedelten Tumorzentren müssen alle Kriterien eines Onkologischen Schwerpunktes erfüllen (siehe auch Abschnitt 3.2.1). Neben der Behandlung von Krebspatientinnen und -patienten haben sie als zusätzliche Aufgabe die Krebsforschung. Tumorzentren bilden somit ein Bindeglied zwischen Wissenschaft und ärztlicher Praxis. Ziel ist, den aktuellen Forschungsstand schneller in die Behandlung der Krebspatientinnen und -patienten zu übertragen. Seltene Krebserkrankungen werden hauptsächlich in Tumorzentren behandelt.

Es bestehen in Baden-Württemberg an den Standorten der Universitätskliniken fünf Tumorzentren:

- Freiburg
- Heidelberg
- Mannheim
- Tübingen
- Ulm

Mehr als die Hälfte aller stationär behandelten Krebspatientinnen und -patienten in Baden-Württemberg werden in den Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkten betreut.

#### 3.2.3 Organkrebszentren in Baden-Württemberg

Neben den vom Landesbeirat Onkologie entwickelten Kriterien für die Einstufung einer Klinik oder eines Klinikverbundes als „Onkologischer Schwerpunkt“, gibt es eine Reihe weiterer Einstufungen für „Organkrebszentren“ (zum Beispiel „Brustkrebszentrum“ oder „Darmkrebszentrum“). Nähere Details können auf der Homepage des Krebsverbandes Baden-Württemberg abgerufen werden.

*Krebsverband  
Baden-Württemberg:  
[www.krebsverband-bw.de/](http://www.krebsverband-bw.de/)*

*Aktueller Überblick aller  
durch die DKG zertifizierten  
Organzentren unter:  
[www.onkoscout.de](http://www.onkoscout.de)*

Viele der nach den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten Organkrebszentren in Baden-Württemberg sind Teile von Tumorzentren oder Onkologischen Schwerpunkten (siehe auch Abschnitte 3.2.1 und 3.2.2). Es gibt jedoch in Baden-Württemberg auch Organkrebszentren außerhalb von Tumorzentren oder Onkologischen Schwerpunkten.

### 3.2.4 Weitere Krankenhäuser ohne Zentrumscharakter

Angebote zur stationären onkologischen Versorgung bestehen darüber hinaus an vielen baden-württembergischen Krankenhäusern, die nicht über eine spezielle onkologische Zertifizierung verfügen. In diesen Krankenhäusern liegt ein besonderes Augenmerk auf der wohnortnahen Versorgung krebskranker Menschen.

## 3.3 VERSORGUNG KREBSKRANKER KINDER UND JUGENDLICHER

In Baden-Württemberg gab es in den Jahren 1998 bis 2007 insgesamt 2.492 bösartige Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 15 Jahren. Mit anderen Worten: In dieser Zeit sind von 100.000 Kindern und Jugendlichen 14,9 an Krebs erkrankt.

Es gibt im Kindes- und Jugendalter keine gezielte Krebsfrüherkennung. Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche werden aber immer wieder Krebserkrankungen diagnostiziert.

Kinder und Jugendliche mit bösartigen Erkrankungen werden in spezialisierten Abteilungen für Kinderonkologie und Hämatologie an den Universitätskliniken in Freiburg, Heidelberg, Mannheim, Tübingen und Ulm behandelt. Auch an weiteren Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin in Baden-Württemberg haben sich kinderonkologische Zentren etabliert (z.B. Olgahospital in Stuttgart).

Dadurch wird ein hoher Standard in der Behandlung und der umfassenden Betreuung krebskranker Kinder und Jugendlicher erreicht: Dies betrifft medizinische, psychosoziale, pädagogische und seelsorgerische Aspekte. Bei der Behandlung wirken viele verschiedene medizinische und andere Fachdisziplinen mit: Kinderonkologie, Kinderchirurgie, Radiologie, Radioonkologie, (Kinder)Orthopädie, (Kinder)Neurochirurgie, Kinderkardiologie, Kinderneurologie, Intensivmedizin, Krankengymnastik, Psychosozialer Dienst, Seelsorge. Auch die schulische Entwicklung wird nicht außer Acht gelassen.

*Am häufigsten treten bei Kindern und Jugendlichen Leukämien und Lymphome auf, gefolgt von Hirntumoren und Tumoren des Nervensystems.*

### 3. STRUKTURQUALITÄT

*Qualitätskriterien kinder-  
onkologischer Zentren:  
www.g-ba.de/downloads/  
62-492-485/KiOnRL\_2010-  
12-16.pdf*

Die kideronkologischen Zentren müssen bestimmte bundesweit festgelegte Qualitätskriterien erfüllen. Die Einhaltung dieser Qualitätskriterien wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung überprüft.

Seit 1980 gibt es das Deutsche Kinderkrebsregister. Darin sind 95% der erkrankten Kinder und Jugendlichen bis 15 Jahre erfasst. Zukünftig werden auch die Jugendlichen bis 18 Jahre erfasst werden. Es handelt sich um ein epidemiologisches Krebsregister unter Einbeziehung klinischer Daten. Dieses Register ermöglicht die Erfassung der Heilungsraten und Spätfolgen. Ebenso werden epidemiologische Studien durchgeführt.

Knapp über 75 % aller Kinder und Jugendlicher mit bösartigen Erkrankungen werden geheilt (Daten von 2002-2006). Die Zahl schwankt je nach Diagnose von 64% bei Hirntumorpatienten bis 91% bei Lymphom-Patientinnen und -patienten.

Die Krebserkrankung eines Kindes oder Jugendlichen betrifft die ganze Familie und bedeutet eine lange und intensive Therapie über ein bis zwei Jahre. Um dies verarbeiten zu können und um in den sozialen Zusammenhängen integriert zu bleiben, ist eine intensive psychosoziale, seelsorgerische und schulische Begleitung erforderlich. Dieses Angebot bezieht die ganze Familie für die gesamte Therapie und Nachsorgezeit mit ein. In den kideronkologischen Zentren wurden eigens Klinikschulen eingerichtet. Aufgabe dieser Klinikschulen ist zunehmend nicht nur der Unterricht in den Hauptfächern, sondern vor allem der Kontakt zur Heimatschule, um die soziale Integration in der Heimatschule zu erhalten. Hierzu gehört auch der Heimatschulbesuch mit Aufklärung der Mitschülerinnen und -schüler und Lehrkräfte über die Erkrankung und Therapie (mit Einverständnis des betroffenen Kindes und dessen Eltern). Auch die Beratung bei der Schulartwahl, beim Schulabschluss (auch die Durchführung von Abschlussprüfungen und Schulberichten als Zeugnis zur Versetzung) sowie die Beratung bei der Berufswahl gehören zu ihren Aufgaben.



Baden Württemberg verfügt über zwei Einrichtungen zur Rehabilitation krebserkrankter Kinder, beide im Schwarzwald gelegen: Die Nachsorgeklinik Tannheim und die Katharinenhöhe Schwarzwald. Beide Einrichtungen bieten Rehabilitation sowohl für die ganze Familie (familienorientierte Rehabilitation) als auch Rehabilitation für Jugendliche und junge Erwachsene nach Krebserkrankung an. Das Angebotsspektrum ist breit: Medizinische Therapie, Physiotherapie, Sport, Ergotherapie, Heilpädagogik, psychosoziale Arbeit und Schule für die betroffenen Kinder und Jugendlichen. Die Nachsorgeklinik Tannheim bietet darüber hinaus noch spezielle Rehabilitation für verwaiste Eltern an.

Weitere Informationen unter:  
[www.tannheim.de](http://www.tannheim.de)  
[www.katharinenhoehe.de](http://www.katharinenhoehe.de)

Kinder und Jugendliche mit einer unheilbaren Krebserkrankung werden von den kideronkologischen Zentren im Rahmen der Möglichkeiten zusammen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Pflegediensten versorgt und erforderlichenfalls beim Sterben begleitet. In den Zentren haben sich hierfür sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Pflegepersonal in pädiatrischer Palliative Care fortgebildet. Eine spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV) ist im Aufbau.

Fördervereine für krebserkrankte Kinder unterstützen sowohl die Familien krebserkrankter Kinder als auch die kideronkologischen Zentren. Sie unterhalten in der Nähe der kideronkologischen Zentren Elternhäuser, damit ein Elternteil in der Nähe bleiben kann, sowie Geschwisterhäuser zur Betreuung der Geschwister in Kliniknähe.

Die Deutsche Kinderkrebsstiftung sieht es als Aufgabe an

- krebserkrankten Kindern zu helfen, betroffenen Familien mit Beratung und Information zur Seite zu stehen und sie in finanziellen Notlagen zu unterstützen und
- Forschungsprojekte zur Verbesserung der Heilungschancen finanziell zu unterstützen.

Sie setzt sich dafür ein, dass krebserkrankte Kinder wieder gesund werden können und in ihrer Lebensqualität und ihren Zukunftschancen anderen Kindern nicht nachstehen.



*<sup>1</sup> Eine ausführliche Darstellung zur Rehabilitation findet sich im Landes-Qualitäts-Bericht Gesundheit Baden-Württemberg, Spezialheft Rehabilitation, Mai 2008*

*Mehr Informationen unter:  
[www.gesundheitsforum-bw.de](http://www.gesundheitsforum-bw.de)*

#### 3.4 ONKOLOGISCHE REHABILITATION<sup>1</sup>

In Baden-Württemberg wurden im Jahr 2008 insgesamt 11.681 onkologische Rehabilitationen bei Frauen und 9.558 onkologische Rehabilitationen bei Männern durchgeführt.

Die Rehabilitation bei Krebserkrankungen zielt vor allem darauf ab, krankheits- und therapiebedingte Auswirkungen günstig zu beeinflussen. Sie geht davon aus, dass körperliche, psychische und soziale Faktoren die Tumorerkrankung und ihre Folgen wechselseitig beeinflussen. Die Erkrankung führt häufig zu Einschränkungen der Patientinnen und Patienten im Alltags- und Berufsleben.

Hier setzt die onkologische Rehabilitation an. Ihr Hauptziel ist es, die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu verbessern. Die Patientinnen und Patienten sollen ein möglichst normales Leben führen können. Dazu muss sich die Therapie am ganzen Menschen orientieren. Viele Berufsgruppen müssen zusammenarbeiten. Dies geschieht in speziellen Fachabteilungen, die über eine geeignete personelle und apparative Ausstattung verfügen. Einen besonderen Stellenwert nimmt die psychoonkologische Betreuung der Patientinnen und Patienten während der Rehabilitation ein.

Fast alle Rehabilitationsmaßnahmen in der Onkologie werden derzeit stationär erbracht. Die Patientinnen und Patienten verbringen einen Zeitraum von drei bis vier Wochen in einer onkologischen Rehabilitationsklinik. Wohnortnahe ambulante Rehabilitationen sind dagegen mit rund 1% aller Rehabilitationen noch selten.

Die Kosten der Rehabilitationsmaßnahmen werden von den Krankenkassen und vor allem von der Rentenversicherung getragen. Als größter Rehabilitationsträger in Deutschland hat die Deutsche Rentenversicherung (DRV) im Jahr 2008 insgesamt 942.622 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht, davon 154.218 für Patienten mit Krebserkrankungen. Damit nehmen die Krebserkrankungen in der Statistik der DRV zur medi-

*In Baden-Württemberg liegen 18 von bundesweit 98 onkologischen Rehabilitations-einrichtungen; diese arbeiten nach festgelegten Qualitätsstandards.*

zischen Rehabilitation mit einem Anteil von 16 % den dritten Rang ein. Lediglich die Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates und psychische Erkrankungen waren noch häufiger Anlass für eine Rehabilitation.

### 3.5 BRÜCKENPFLEGE

Seit 20 Jahren gibt es an den Onkologischen Schwerpunkten und den Tumorzentren in Baden-Württemberg die Brückenpflege. Erstmals wurde hier der Ansatz verfolgt, schon frühzeitig ein auf die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen zugeschnittenes Versorgungskonzept zu erstellen. Die Brückenpflege schlägt „eine Brücke“ zwischen dem Krankenhaus und dem Zuhause der Patientin oder des Patienten. Sie schafft ggf. die organisatorischen Voraussetzungen für eine Verlegung der Schwerstkranken nach Hause und betreut schwerstkranke Krebspatientinnen und -patienten in ihrer häuslichen Umgebung. Hierbei arbeitet sie eng mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt zusammen.

Da es sich um eine bundesweit einmalige Konzeption handelt, hat sich ein landesweiter Arbeitskreis Brückenpflege gebildet, der ein eigenes Qualitätskonzept erarbeitet hat.

Das Qualitätskonzept bietet Informationen zur Zahl, Ausstattung und Qualifizierung des Personals und stellt das Leistungsspektrum aller Brückenpflegeeinrichtungen dar. Es werden darüber hinaus noch zahlreiche weitere Daten erhoben, wie zum Beispiel

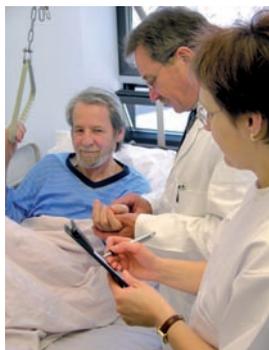
- zur Dauer der Betreuung der Patientinnen und Patienten,
- zum Betreuungsort der Patienten insbesondere in ihrer letzten Lebensphase,
- zu Wiedereinweisungen in Kliniken und ihrer Vermeidbarkeit,
- zur Zuweiser-Situation und
- zu Kooperationen mit anderen Einrichtungen.



*Diese Informationen werden in einem Qualitätsbericht zusammengefasst und veröffentlicht.*

*Aktuell unter:*

*<http://krebsverband-bw.de/index.php?id=154>*



#### 3.6 AMBULANTE UND STATIONÄRE PALLIATIVVERSORGUNG

Unter dem Begriff Palliativversorgung versteht man die Behandlung und Begleitung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Erkrankung sowie deren Angehörigen bis in die Sterbephase. Bei manchen Krebserkrankungen beginnt die Palliativversorgung schon in einem frühen Stadium. Ziel der Palliativversorgung ist es, die Symptome und Schmerzen zu lindern oder das Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen. Dies kann beispielsweise auch durch palliative Chemotherapie oder Bestrahlung erfolgen.

In der Palliativversorgung arbeiten Ärzte verschiedener Fachdisziplinen, das Krankenpflegepersonal und weitere Berufsgruppen, die mit der ambulanten und stationären Betreuung unheilbar Kranker befasst sind, zusammen.

##### **Ambulante Palliativversorgung**

Es ist der Wunsch vieler schwerkranker Menschen, in ihrem gewohnten Umfeld zu Hause versorgt zu werden und dort sterben zu können. Dieser Herausforderung stellt sich eine wachsende Zahl qualifizierter Einrichtungen in Baden-Württemberg: Derzeit werden schwerkranke Menschen von 252 ambulanten Hospizdiensten, 26 ambulanten Kinder- und Jugendhospizdiensten und 20 Brückenpflegeeinrichtungen (siehe auch Abschnitt 3.5) versorgt.

- **Ambulante Hospizdienste** begleiten unheilbar erkrankte und sterbende Menschen und deren Angehörige in der Phase vor dem Tod. Sie helfen den Angehörigen nach einem Todesfall durch die Trauerzeit. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Hospizdienst sind ehrenamtlich tätig; sie werden durch Schulungen auf ihre Tätigkeit vorbereitet. Begleitungen durch ambulante ehrenamtliche Hospizdienste finden überwiegend zu Hause, manchmal auch in stationären Pflegeeinrichtungen oder im Krankenhaus statt. Das Angebot ist kostenlos. Etwa 75 % aller in ambulanten Palliativ- und Hospizdiensten betreuten Patientinnen und Patienten haben Krebs.

Weitere Informationen unter:  
[www.hospiz-bw.de](http://www.hospiz-bw.de)

- **Ambulante Kinder- und Jugendhospizdienste** begleiten sterbende und schwerkranke Kinder und Jugendliche und ihre Familien. Wie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Hospizdienste sind sie ehrenamtlich tätig. Auch sie sind für ihre Tätigkeit eigens geschult. Sie bieten ebenfalls Trauerbegleitung für die Hinterbliebenen und die Freunde des/der Verstorbenen an. Begleitungs- und Freizeitangebote für Geschwisterkinder und ein Beratungsangebot für Betroffene und deren Umfeld runden das Angebot ab. Sie helfen bei der Vermittlung von Fachdiensten und ergänzenden Hilfen.
- **„Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV).** Ziel der SAPV ist die Vernetzung ambulanter und stationärer Strukturen (Pflegedienste, ambulante und stationäre Hospizdienste und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte), um Todkranken, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, eine angemessene Versorgung zuhause oder in der Pflegeeinrichtung zu ermöglichen. Die SAPV ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung; sie ist im Bedarfsfall durch den betreuenden Arzt/die betreuende Ärztin zu verordnen. Im Jahr 2010 wurde in Baden-Württemberg mit dem Aufbau einer flächendeckenden SAPV-Struktur begonnen.

Nähere Informationen unter:  
[www.kinderhospizarbeit-bw.de](http://www.kinderhospizarbeit-bw.de)

Nähere Informationen unter:

- <http://krebsverband-bw.de/index.php?id=271>
- <http://lag-sapv.net/>
- <http://ag-sapv.de/einrichtungen.html>

### Stationäre Palliativversorgung

Trotz aller Hilfsangebote gelingt es nicht immer, ein tragfähiges Netz für die schwerkranken und sterbenden Menschen in ihrer häuslichen Umgebung aufzubauen. Manchmal ist die Aufnahme in eine stationäre Einrichtung (Palliativstation, stationäres Hospiz) unabdingbar.

- **Palliativstationen** an Krankenhäusern nehmen Patientinnen und Patienten mit einer unheilbaren fortgeschrittenen Erkrankung und belastenden Symptomen (z.B. sehr starke Schmerzen) auf, die im Krankenhaus behandelt werden müssen. Die räumliche Gestaltung der Palliativstation ist meist wohnlicher und die Gesamtatmosphäre ruhiger als auf einer üblichen Station im Krankenhaus. Neben einer kompetenten ärztlichen und pflegerischen Behandlung gewinnt die enge Zusammenarbeit mit Seelsorgern, Sozialarbeitern, Psycho-

logen, Physiotherapeuten und anderen Berufsgruppen eine besondere Bedeutung. Durch eine enge Verzahnung mit ambulanten Diensten der Palliativversorgung ist sehr oft eine Entlassung in den häuslichen Bereich möglich. Eine Umfrage der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz hat ergeben, dass derzeit 26 Krankenhäuser Palliativbetten eingerichtet haben. Die Größe der Einheiten schwankt dabei zwischen 3 und 20 Betten (Stand: 2011).

- **Stationäre Hospize** sind eigenständige Einrichtungen zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen, bei denen eine stationäre Behandlung im Krankenhaus nicht erforderlich und eine ambulante Betreuung nicht möglich ist. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der stationären Hospize begleiten die Menschen in der Zeit des Sterbens. Der Versorgung im Hospiz liegt ein ganzheitlicher Ansatz zugrunde, der körperliche, seelische, soziale und spirituelle Bedürfnisse berücksichtigt. Im Hospiz wird palliativmedizinisch geschultes hauptamtliches Personal durch ehrenamtliche Mitarbeiter ergänzt. Die ärztliche Betreuung wird überwiegend durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sichergestellt. Die leitende Pflegekraft muss in Palliativmedizin und -pflege geschult sein. In Baden-Württemberg gibt es derzeit 22 stationäre Hospize mit insgesamt 175 Betten (Stand: 2011).

#### 3.7 SELBSTHILFEARBEIT

Die Selbsthilfe nimmt eine wichtige Rolle in der Betreuung der Krebspatientinnen und -patienten ein: Zum einen hilft den Betroffenen das Engagement in einer Selbsthilfegruppe, als mündige Patientinnen und Patienten wahrgenommen zu werden. Zum anderen werden Vertreter der Selbsthilfe verstärkt in Gremien im Gesundheitswesen tätig. Die Selbsthilfe wird einbezogen in die Beurteilung der Qualität der Leistungserbringung in Kliniken und Praxen.

Der Krebsverband Baden-Württemberg fördert die Erwachsenen-Selbsthilfegruppen nach Krebs und die Förderkreise krebskranker Kinder mit Unterstützung des Landes Baden-Württemberg, der



Gesetzlichen Rentenversicherung sowie der Gesetzlichen und teilweise der Privaten Krankenversicherungen finanziell. Zudem fördern die Krankenkassen und ihre Verbände nach § 20c SGB V Selbsthilfegruppen und -organisationen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten u.a. von Krebserkrankungen zum Ziel gesetzt haben.

In Baden-Württemberg gibt es rund 230 Erwachsenen-Selbsthilfegruppen nach Krebs. Daneben bestehen acht Förderkreise krebskranker Kinder in Freiburg, Heidelberg, Karlsruhe, Ludwigsburg, Mannheim, Stuttgart, Tübingen und Ulm.

Regionale Bedeutung für die Begleitung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen haben die Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS) in nahezu allen Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg. Sie bieten insbesondere Informationen zu Fragen der Selbsthilfe und organisatorische Unterstützung.

In Baden-Württemberg gibt es beispielsweise folgende Dachverbände für Selbsthilfegruppen nach Krebs:

- Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.
- Deutsche ILCO e.V. (Selbsthilfeorganisation für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs)
- Verband der Kehlkopfoperierten e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.
- Förderkreise krebskranker Kinder
  
- Deutsche Leukämie- und Lymphomhilfe
- TEB e.V. Tumore und Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse
- Arbeitskreis der Pankreatektomierten e.V (AdP)

Darüber hinaus bestehen verschiedene Gesprächskreise für Frauen, Männer und Angehörige. Eine Kontaktaufnahme ist über den Krebsverband Baden-Württemberg e.V. möglich.

*Erwachsenen-Selbsthilfegruppen nach Krebs unter:  
<http://krebsverband-bw.de>*

*Weitere Informationen unter:  
[www.selbsthilfe-bw.de](http://www.selbsthilfe-bw.de)*

- <http://frauenselbsthilfe.de/home>
- [www.ilco.de](http://www.ilco.de)

- [www.kehlkopfooperierte-bw.de](http://www.kehlkopfooperierte-bw.de)
- [www.prostatakrebs-bps.de](http://www.prostatakrebs-bps.de)
- [www.krebsverband-bw.de/index.php?id=192](http://www.krebsverband-bw.de/index.php?id=192)
- [www.leukaemie-hilfe.de](http://www.leukaemie-hilfe.de)
- <http://teb-selbsthilfegruppe.de>
- <http://adp-dormagen.de>

*[www.krebsverband-bw.de](http://www.krebsverband-bw.de)  
Näheres zum Krebsverband  
auch unter Abschnitt 3.10*

*Eine Krebserkrankung kann die gesamte persönliche Lebenssituation erschüttern.*

#### 3.8 PSYCHOONKOLOGISCHE VERSORGUNG

Der Nationale Krebsplan (siehe auch Abschnitt 6) sieht daher in Ziel 9 vor: „Alle Krebspatienten erhalten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung.“ Diese Versorgung umfasst für Krebskranke und ihre Angehörigen:

- die psychosoziale Versorgung (Information, Beratung, Krisenintervention und Begleitung)
- die psychotherapeutische Versorgung (Diagnostik, Krisenintervention und psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit ausgeprägten psychischen Beeinträchtigungen oder hinzutretenden psychischen Störungen)

Die Leistungen werden von verschiedenen Berufsgruppen zu verschiedenen Zeitpunkten und in den unterschiedlichen stationären und ambulanten Beratungs-, Behandlungs- und Rehabilitationseinrichtungen für Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen angeboten.

Mittlerweile wird die psychoonkologische Beratung und Behandlung in den Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkten nach den Leitlinien zur Zertifizierung dieser Einrichtungen (siehe auch Abschnitte 3.2.1 und 3.2.2) und des Disease-Management-Programms (DMP) Brustkrebs einbezogen. Eine flächendeckende Versorgung ist vor allem im ambulanten Bereich aus Mangel an psychoonkologisch ausgebildeten Fachkräften noch nicht möglich.

#### 3.9 AMBULANTE BERATUNGSANGEBOTE UND PSYCHOSOZIALE KREBSBERATUNGSSTELLEN

*Überblick ambulanter Krebsberatungsstellen:  
<http://krebsverband-bw.de/index.php?id=63>*

Das Angebot der psychosozialen Betreuung in Beratungsstellen soll den Krebspatientinnen und Krebspatienten und deren Angehörigen helfen, mit der Krankheit und ihren Folgen besser umgehen zu können. Dies geschieht besonders durch praktische Hilfen für das tägliche Leben. Ziel ist eine ortsnahe Hilfe für die Betroffenen.

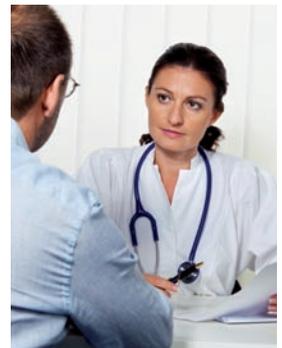
## Die Beratung

- gibt Patienten und Angehörigen Informationen, Orientierung und Unterstützung bei persönlichen und familiären Problemen
- unterstützt bei beruflichen, sonstigen sozialen und sozialrechtlichen Fragen
- bietet Unterstützung in allen Phasen des Krankheitsverlaufes orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen
- bietet Hilfe bis hin zur Unterstützung und Begleitung in besonderen Krisen
- ist vertraulich und unabhängig, kostenlos sowie leicht und zuverlässig erreichbar
- steht Krebskranken und Angehörigen ebenso zur Verfügung wie Selbsthilfegruppen und professionellen Helfern
- bietet den Zugang zu Selbsthilfegruppen, unterstützt bei Antragstellungen und der Beschaffung von Hilfsmitteln, informiert über Reha-Maßnahmen und über Nachsorgeeinrichtungen und vermittelt Adressen und Kontakte von Einrichtungen, Therapeuten usw.

*Hierzu stehen in den Beratungsstellen Fachkräfte (Psychologinnen und Psychologen, Sozialpädagoginnen und -pädagogen) und besonders geschulte Laienhelfer zur Verfügung.*

Die Betreuung erfolgt in persönlichen Gesprächen, teilweise auch schriftlich oder telefonisch; sie schließt Haus- und Krankenhausbesuche mit ein. Neben der Einzelberatung bieten die Beratungsstellen häufig Paarberatungen ebenso wie Gruppenangebote sowie eine Fülle von Informationsmaterialien an. Art und Umfang der Betreuung hängen von der Struktur der einzelnen Beratungsstelle ab.

Durch eine enge Zusammenarbeit der psychosozialen Beratungsstellen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, dem Kliniksozialdienst und den Selbsthilfegruppen wird die kontinuierliche Begleitung der Betroffenen gewährleistet. Die psychosozialen Krebsberatungsstellen arbeiten qualitätsgesichert und orientieren sich an den Leitlinien der psychoonkologischen Fachgesellschaften.



Derzeit erfolgt der Aufbau von „Kompetenzberatungsstellen“ in Freiburg, Karlsruhe, Stuttgart und Tübingen. Vorhandene Beratungsstellen werden ausgebaut, um den Ansprüchen an ambulante Beratungen noch stärker gerecht zu werden.

Die AOK Baden-Württemberg bietet im Rahmen des Disease-Management-Programms (DMP) Brustkrebs psychosoziale Betreuung durch sozialpädagogische Fachkräfte mit spezieller Weiterbildung an. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden für diese Aufgabe besonders geschult.

#### 3.10 KREBSVERBAND BADEN-WÜRTTEMBERG

Der Krebsverband Baden-Württemberg e.V. besteht seit 1973. Er ist als selbständiger Landesverband ein Mitglied der Deutschen Krebsgesellschaft und bietet eine Plattform sowohl für die Selbsthilfegruppen nach Krebs im Land als auch für alle in der Onkologie tätigen Berufsgruppen.

Weitere Informationen unter:  
<http://krebsverband-bw.de>

Die Hauptaufgaben des Krebsverbandes sind

- die Information und Beratung von Betroffenen und Angehörigen sowie interessierten Menschen
- die Förderung der Selbsthilfe und der Patientenvertretung
- die Vernetzung onkologischer Einrichtungen und Selbsthilfegruppen
- die Unterstützung von Projekten und patientenorientierter Forschung in Baden-Württemberg
- Zertifizierung und Rezertifizierung von Onkologischen Schwerpunkten und Tumorzentren (siehe auch Abschnitte 3.2.1 und 3.2.2)

Im Krebsverband Baden-Württemberg sind die Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte des Landes zur Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren, Onkologischen Schwerpunkte und Onkologischen Arbeitskreise Baden-Württemberg (ATO) zusammengeschlossen. Im Rahmen der ATO initiiert und organisiert der Krebsverband berufsgruppenspezifische und berufsgruppenübergreifend Arbeitsgruppen und Qualitätszirkel.



Der Krebsverband wird vom Land Baden-Württemberg, den Rentenversicherungsträgern und Krankenversicherungen, den Landes- und Bezirksärztekammern, der Kassenärztlichen Vereinigung, Kliniken, Stadt- und Landkreisen, Gemeinden, der Liga der Freien Wohlfahrtspflege sowie von weiteren privaten Verbänden und Einzelmitgliedern unterstützt.

### 3.11 KREBSINFORMATIONSDIENST

Der Krebsinformationsdienst (KID) ist beim Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg angesiedelt. Patienten, Angehörige und andere Interessierte erhalten dort in verständlicher Sprache Auskünfte zu allen Aspekten des Themas Krebs. Das Angebot ist kostenlos, unabhängig und wissenschaftlich fundiert. Die Anfragen werden mit Hilfe einer Datenbank beantwortet, die von einem Expertenteam der Fachrichtungen Medizin, Biologie, Pharmazie, Psychologie und weiteren Fachrichtungen erstellt und laufend aktualisiert wird.

Die telefonischen und schriftlichen Anfragen werden von in Gesundheitskommunikation geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beantwortet. Zum Team zählen überwiegend Ärztinnen und Ärzte, aber auch Psychologinnen und Psychologen und Angehörige anderer Gesundheitsberufe.



*Der Krebsinformationsdienst  
ist folgendermaßen erreichbar:*  
*Telefon*  
*0800/420 30 40 (gebührenfrei)*  
*E-Mail*  
*krebsinformationsdienst@dkfz.de*  
*Internet*  
*www.krebsinformation.de*

## 4. PROZESSQUALITÄT



Die Prozessqualität kann aufgrund der Vielzahl unterschiedlicher Leistungen und Angebote nur beispielhaft dargestellt werden. Herausgegriffen werden Aktivitäten, die sich gut mit Zahlen veranschaulichen lassen sowie qualitätssichernde Maßnahmen im Bereich der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte und der Krebsregistrierung.

### 4.1 PROZESSQUALITÄT IN DER AMBULANTEN VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) überprüft anhand von Stichproben regelmäßig, ob die ärztliche Behandlung der Krebspatientinnen und -patienten im Einzelfall dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht.

Die Ergebnisse der Überprüfungen werden in folgende Kategorien eingeordnet:

- keine Beanstandungen,
- geringe Beanstandungen,
- erhebliche Beanstandungen sowie
- schwerwiegende Beanstandungen.

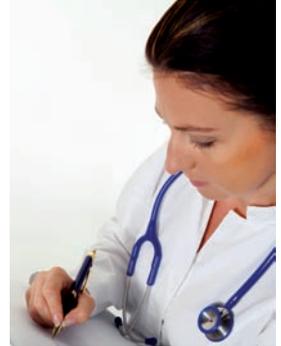
Die Ergebniskategorie „keine Beanstandung“ wird nur vergeben, wenn die erbrachten Leistungen in jeder Hinsicht den gestellten Anforderungen der Onkologie-Vereinbarung entsprechen. Meist ergeben die Überprüfungen der KVBW „geringe Beanstandungen“. Bei „erheblichen Beanstandungen“ und „schwerwiegenden Beanstandungen“ kommen folgende Konsequenzen in Betracht: Keine Vergütung für die erbrachte Leistung, Wiederholungsprüfung, mündliche Prüfung vor der Onkologie-Kommission. Bei Nichtbestehen dieser Prüfung wird die Genehmigung zur weiteren Durchführung der Leistungen entzogen. Mit der Mitteilung der Ergebnisse der Überprüfung erfolgt eine Beratung, was der Arzt/die Ärztin verbessern kann.

Im Jahr 2008 wurden beispielsweise 26 Ärztinnen und Ärzte überprüft, davon ergaben sich bei 24 „keine“ oder „geringe Beanstandungen“.

## 4.2 PROZESSQUALITÄT IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG

### 4.2.1 Zertifizierung der Onkologischen Schwerpunkte und Tumorzentren

In der Regel wird alle fünf Jahre überprüft, ob eine anerkannte Einrichtung die Kriterien eines Onkologischen Schwerpunktes (OSP) oder Tumorzentrums (TZ) weiterhin erfüllt (siehe auch Abschnitte 3.2.1 und 3.2.2). Die Überprüfung erfolgt durch Begehungen des OSP/TZ durch eine Zertifizierungskommission der Deutschen Krebsgesellschaft und des Krebsverbandes Baden-Württemberg. Die Zertifizierungskommission setzt sich aus Fachexperten der wichtigsten klinischen Disziplinen, der Pflege, der Psychosomatik und der Dokumentation zusammen.



### 4.2.2 Tumorkonferenzen und interdisziplinäre Zusammenarbeit

In regelmäßigen, meist wöchentlichen Tumorkonferenzen (auch Tumorboards genannt) treffen sich Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen, um gemeinsam die bestmögliche Therapie für den einzelnen Patienten/die einzelne Patientin festzulegen. Folgende Fachrichtungen sind – unter Einbeziehung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten – in den Tumorkonferenzen vertreten: Innere Medizin und Hämatologie/Onkologie, Chirurgie, Radioonkologie, Radiologie, Pathologie und je nach betroffenem Organ Gynäkologie oder Urologie etc. Bei Bedarf werden weitere Fachrichtungen (z.B. Psychoonkologie, Schmerztherapie, Palliativmedizin, Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädie) und ggf. die Pflege oder die Klinikapotheke einbezogen.

Tumorkonferenzen stellen das zentrale Instrument zur Sicherung einer leitliniengerechten Therapie und der Qualitätssicherung dar. Ihre Existenz und der Nachweis, dass die Therapieplanung in Tumorkonferenzen erfolgt, stellen eine wesentliche Voraussetzung zur Anerkennung als Tumorzentrum bzw. Onkologischer Schwerpunkt und als Organkrebszentrum dar.

### 4.3 QUALITÄTSSICHERUNG IN DER PALLIATIVEN VERSORGUNG

Palliativstationen und Hospize in Baden-Württemberg, zahlreiche onkologische Abteilungen, palliativärztliche und -pflegerische ambulante Dienste sowie die Brückenpflege in Baden-Württemberg beteiligen sich freiwillig an der bundesweiten Hospiz- und Palliativhebung (HOPE). HOPE ist auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) entstanden. Sie wurde durch eine interdisziplinäre multiprofessionelle Koordinationsgruppe aus renommierten Experten zur Dokumentation und Qualitätssicherung in der Palliativversorgung und Vertretern der Kooperationspartner Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband und Deutsche Krebsgesellschaft entwickelt. Ziel ist die Versorgungsqualität solcher Patientinnen und Patienten zu verbessern, die in fortgeschrittenem Stadium an Krebs erkrankt sind. Es werden Informationen zur medizinischen und psychologischen Symptomkontrolle gesammelt und ausgewertet. Pflegerische und soziale Aspekte und die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen sind von der Erhebung ebenfalls umfasst.

Weitere Informationen unter:  
[www.dgpalliativmedizin.de/  
arbeitsgruppen/arbeitsgruppen-  
forschung-hospiz-und-palliativ-  
hebung-hope.html](http://www.dgpalliativmedizin.de/arbeitsgruppen/arbeitsgruppenforschung-hospiz-und-palliativhebung-hope.html)

### 4.4 QUALITÄTSSICHERUNG DURCH DAS KREBSREGISTER BADEN-WÜRTTEMBERG

In Baden-Württemberg befindet sich ein landesweites flächendeckendes Krebsregister im Aufbau. Ziel des Krebsregisters ist, Daten über Krebserkrankungen für die Krebspidemiologie (Krankheitsentstehung, Krankheitsverlauf und Häufigkeiten) sowie die Qualitätssicherung in der Krebsfrüherkennung, der Krebsdiagnostik und der Krebstherapie zu sammeln und zur Verfügung zu stellen.

Weitere Informationen unter:  
[www.krebsregister-bw.de](http://www.krebsregister-bw.de)

Das Krebsregister Baden-Württemberg umfasst drei räumlich, organisatorisch und personell voneinander getrennte Einrichtungen:

- Vertrauensstelle (angesiedelt bei der Deutschen Rentenversicherung in Karlsruhe)
- Klinische Landesregisterstelle (angesiedelt bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. in Stuttgart)

- Epidemiologisches Krebsregister (angesiedelt am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg)

Die Vertrauensstelle überprüft die elektronisch übermittelten Datensätze der Melder auf Vollständigkeit und Schlüssigkeit und stellt den Datenschutz über ein Verschlüsselungsverfahren sicher.

Die Klinische Landesregisterstelle verarbeitet die von der Vertrauensstelle anonymisiert übermittelten Daten über Diagnostik, Therapie und Verlauf von Krebserkrankungen und leitet diese an das Epidemiologische Krebsregister weiter. Außerdem stellt sie den regionalen Qualitätskonferenzen Auswertungen für die Qualitätssicherung zur Verfügung.

Das Epidemiologische Krebsregister untersucht die Häufigkeiten der Krebserkrankungen; es unterstützt die Krebsursachenforschung und die Qualitätssicherung bei der Krebsfrüherkennung.

Die Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte in Baden-Württemberg müssen Krebsneuerkrankungen mit Diagnosedatum ab dem 1. Januar 2009 seit Anfang des Jahres 2009 an das Krebsregister Baden-Württemberg (Vertrauensstelle) melden. Seit 1. Juli 2011 sind auch die übrigen Krankenhäuser sowie die Pathologinnen und Pathologen und seit 1. Oktober 2011 alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte zur Meldung verpflichtet.

Im Jahr 2011 wurde damit begonnen nach der räumlichen Verteilung der fünf Tumorzentren Freiburg, Heidelberg, Mannheim, Tübingen und Ulm sowie dem Onkologischen Schwerpunkt Stuttgart regionale Qualitätskonferenzen sowie eine Landesqualitätskonferenz einzurichten. Aufgabe der regionalen Qualitätskonferenzen wird es sein, mit den von der Klinischen Landesregisterstelle bereitgestellten Daten regelmäßig Analysen und Maßnahmen zur regionalen und einrichtungsbezogenen Versorgungsqualität durchzuführen.





### 4.5 EINRICHTUNGS- UND SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG ZUR OPERATIVEN BEHANDLUNG DES LUNGENKREBS

Nach Angaben der Deutschen Krebsgesellschaft stellt Lungenkrebs bei Männern die häufigste, bei Frauen die dritthäufigste krebsbedingte Todesursache dar. Pro Jahr erkranken daran in Deutschland über 30.000 Männer und über 15.000 Frauen. Die korrekte Entfernung des Tumors birgt die einzige Chance einer Heilung.

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg führt seit dem Jahr 2006 landesweit eine einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung zur operativen Behandlung von Lungenkrebs durch. Die bisherigen Ergebnismessungen, begrenzt auf den stationären Aufenthalt, haben sich nicht zuletzt wegen der inzwischen kurzen Liegezeiten im Krankenhaus als unzureichend erwiesen. Notwendig ist die Erfassung von Langzeitergebnissen. Es werden die Ergebnisse aus der akutstationären Krankenhausbehandlung, nach einem Jahr sowie nach fünf Jahren über den Hausarzt erhoben. Beteiligt sind 19 Kliniken, alle Thoraxchirurgischen Kliniken des Landes und weitere Krankenhäuser, die diese Eingriffe vornehmen. Pro Jahr werden ca. 1.100 Fälle erfasst. Wesentliche Verbesserungen im Langzeitüberleben wurden in den letzten Jahren durch den Einsatz von multimodalen (mehrsäuligen) Therapiekonzepten und ein differenziertes operatives Vorgehen erreicht. So werden statt der Entfernung einer ganzen Lunge zunehmend schonendere und die Funktion der Lunge erhaltende Eingriffe durchgeführt.

Voraussetzung für das optimale Vorgehen beim jeweiligen Patienten ist unter anderem eine Erfassung des Krebsstadiums (vollständiges Staging). Diese konnte seit 2006 kontinuierlich verbessert werden (siehe Abbildung 2). Die Gesamtergebnisse aller an der Qualitätssicherungsmaßnahme Teilnehmenden stehen den Kliniken zum Vergleich zur Verfügung. Darüber hinaus führt eine Arbeitsgruppe von Thoraxchirurgen mit allen beteiligten Kliniken einen regelmäßigen Dialog zur kontinuierlichen Verbesserung der operativen Ergebnisse.

### Operative Behandlung des Lungenkrebs Erfassung des Krebsstadiums (n=5096)



Abbildung 2:  
Einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung zur operativen Behandlung des Lungenkrebs: Erfassung des Krebsstadiums (vollständiges Staging)

Quelle: Landesärztekammer Baden-Württemberg 2011

## 4.6 TEILNAHMEQUOTEN AN KREBSFRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN

### 4.6.1 Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs

Gesetzlich Versicherte können seit dem 1. Juli 2008 eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs (Hautkrebs-Screening) durchführen lassen. Die ambulante Untersuchung kann ab dem Alter von 35 Jahren im Zwei-Jahres-Rhythmus in Anspruch genommen werden.

Diese Untersuchung wird von Fachärztinnen und Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie den Hausärztinnen und Hausärzten durchgeführt. Die Ärztinnen und Ärzte müssen zunächst einen achtstündigen Fortbildungskurs absolvieren, ehe sie von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung des Hautkrebs-Screenings erhalten.

Das Hautkrebs-Screening wird von den Patientinnen und Patienten bereits recht gut angenommen: In den Jahren 2009/2010 haben circa 31% aller Berechtigten an den Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs teilgenommen.

### 4.6.2 Darmkrebsfrüherkennung

Ab dem 50. Lebensjahr können gesetzlich Versicherte eine Darmkrebsfrüherkennung mittels Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhlgang (Stuhlbrieftest) und ab dem 55. Geburtstag eine Dickdarmspiegelung (Vorsorgekoloskopie) durchführen lassen. Ergeben sich bei der Untersuchung keine Auffälligkeiten, ist eine derartige Vorsorgeuntersuchung in zehn Jahren wieder vorgesehen. Unabhängig davon kann die Ärztin/der Arzt bei Krankheitsverdacht jederzeit eine Untersuchung des Dickdarms veranlassen. Die Untersuchung wird nur von dafür speziell qualifizierten Ärztinnen und Ärzten durchgeführt.

Die Ergebnisse der Darmspiegelungen sind der nachfolgenden Tabelle 2 zu entnehmen.

Vorsorgekoloskopien in Baden-Württemberg						
Geschlecht	Anzahl der dokumentierten Vorsorgekoloskopien	Teilnahme in % (55-74 Jahre)	Entfernung von Polypen	Kolonkarzinom	Rektumkarzinom	Aufgetretene Komplikationen in %
Frauen	216.524	17,3 %	23,5 %	0,5 %	0,2 %	0,1 %
Männer	188.689	17,7 %	34,3 %	0,7 %	0,4 %	0,3 %
<b>Gesamt</b>	<b>405.213</b>	<b>17,5 %</b>	<b>28,5 %</b>	<b>0,6 %</b>	<b>0,3 %</b>	<b>0,2 %</b>

Vorsorgekoloskopien Gesamtes Bundesgebiet						
Geschlecht	Anzahl der dokumentierten Vorsorgekoloskopien	Teilnahme in % (55-74 Jahre)	Entfernung von Polypen	Kolonkarzinom	Rektumkarzinom	Aufgetretene Komplikationen in %
Frauen	1.891.104	18,9 %	23,7 %	0,5 %	0,2 %	0,2 %
Männer	1.520.549	17,1 %	34,0 %	0,7 %	0,5 %	0,3 %
<b>Gesamt</b>	<b>3.411.653</b>	<b>18,0 %</b>	<b>28,3 %</b>	<b>0,6 %</b>	<b>0,3 %</b>	<b>0,2 %</b>

Tabelle 2: Vorsorgekoloskopien in Baden-Württemberg im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung Berlin (2010)

Als Komplikationen werden unerwartete Ereignisse während der Untersuchung bezeichnet. Dazu zählen sehr selten Verletzungen des Darms, die eine Operation erforderlich machen. Etwas häufiger treten Blutungen im Rahmen endoskopischer Maßnahmen wie z.B. bei Polypenabtragungen auf. Diese Blutungen werden in aller Regel endoskopisch im Verlauf der gleichen Untersuchung gestillt.

Die Auswertung zeigt, dass bei jedem dritten untersuchten Mann und bei jeder fünften untersuchten Frau Polypen, aus denen sich eine Krebserkrankung entwickeln kann, gefunden wurden. Bei jeder 160. Untersuchung wird eine bösartige Veränderung (Krebs) festgestellt. Die Komplikationsrate beträgt 1: 500; schwerwiegende Komplikationen mit weitergehender Therapie sind sehr selten. Die Gesamt-Teilnahmeraten liegen in Baden-Württemberg etwas unter den bundesweiten Zahlen, insbesondere nahmen 1,6% weniger Frauen diese Untersuchung wahr. Dagegen nahmen in Baden-Württemberg etwas mehr Männer (17,7% gegenüber 17,1% im gesamten Bundesgebiet) an den Vorsorgekoloskopien teil (siehe Tabelle 2).

Trotz aller bisherigen Anstrengungen, die Bevölkerung für die Vorsorgekoloskopie zu gewinnen, wird dieses Angebot in Baden-Württemberg nur von einem Viertel der Berechtigten in Anspruch genommen.<sup>2</sup>



<sup>2</sup> Hochrechnung der 17,5-prozentigen Inanspruchnahme der Jahre 2003 – 2009 auf den gesamten Zehn-Jahres-Zeitraum von 2003 – 2012

# 5. ERGEBNISQUALITÄT



<sup>3</sup> Robert Koch-Institut: Krebs in Deutschland 2005/2006: Häufigkeiten und Trends. Berlin, 2010

## 5.1 ENTWICKLUNG DER HÄUFIGKEIT VON KREBSERKRANKUNGEN UND DER KREBSSTERBLICHKEIT

Für die Beurteilung der Qualität der onkologischen Versorgungsangebote gibt es eine wichtige Voraussetzung: Man benötigt Zahlen über die Häufigkeit von Krebserkrankungen, insbesondere der Krebsneuerkrankungen, und der Krebssterblichkeit. Während sich die Entwicklung der Krebssterblichkeit aus der amtlichen Todesursachenstatistik ablesen lässt, erfordert die Erfassung der Krebs(neu)erkrankungen ein bevölkerungsbezogenes (epidemiologisches) Krebsregister. In Baden-Württemberg befindet sich dieses Krebsregister gegenwärtig im Aufbau (siehe auch Abschnitt 4.4). Aus diesem Grund liegen zur Häufigkeit von Krebsneuerkrankungen zurzeit noch keine landesspezifischen Daten vor. In der folgenden Darstellung wird deshalb auf die bundesweiten Schätzungen der Krebsneuerkrankungen des Robert Koch-Institutes (RKI)<sup>3</sup> zurückgegriffen.

Im Jahr 2006 sind in Deutschland insgesamt 426.800 Personen neu an Krebs erkrankt, 229.200 Männer und 197.600 Frauen. Die fünf häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen und Männern, die jeweils circa zwei Drittel aller Krebserkrankungen ausmachen, sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 3:  
Häufigste Krebserkrankungen bei Frauen und Männern, Quelle RKI, Berlin 2010

Krebserkrankungen bei Frauen		Krebserkrankungen bei Männern	
Art der Erkrankung	Häufigkeit in Prozent	Art der Erkrankung	Häufigkeit in Prozent
Brust	29,3 %	Prostata	26,2 %
Darm	16,4 %	Darm	15,8 %
Lunge	7,4 %	Lunge	14,2 %
Gebärmutter	5,6 %	Harnblase	8,4 %
Eierstöcke	4,9 %	Magen	4,6 %

Nach der Schätzung des RKI hat die Zahl der Krebsneuerkrankungen pro Jahr in Deutschland seit dem Jahr 1980 bei Frauen um 35% und bei Männern um 80% zugenommen. Die Wahrscheinlichkeit an Krebs zu erkranken steigt mit zunehmendem Alter. Die Ursache dieses Anstiegs ist deshalb vor allem in der

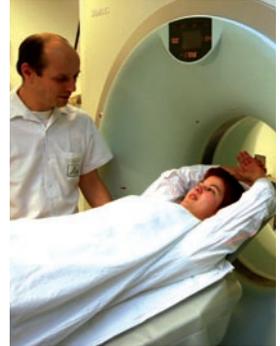
Zunahme der Lebenserwartung der Bevölkerung zu suchen. Bei den Männern ist der Anstieg insbesondere auf die höhere Zahl an diagnostiziertem Prostatakrebs und der Zunahme der Lungenkrebserkrankungen zurückzuführen.

Seit dem Jahr 1990 haben nur noch die Erkrankungsdaten der 55- bis 80-jährigen Männer und der 45- bis 70-jährigen Frauen zugenommen, während die Erkrankungsdaten Jüngerer und Älterer abnahmen.

Für die Beschreibung der Krebssterblichkeit liegen aus der Todesursachenstatistik landesspezifische Daten vor. In Baden-Württemberg starben im Jahr 2008 knapp 24.400 Menschen an den Folgen einer Krebserkrankung, und zwar 13.011 Männer und 11.352 Frauen. Die Zahl der Menschen, die in Baden-Württemberg an einem Krebsleiden verstarben, hat in den letzten Jahrzehnten zugenommen. Im Jahr 1970 verstarben in Baden-Württemberg knapp 18.000 Personen an Krebs, im Jahr 1990 betrug die Zahl der krebisbedingten Sterbefälle bereits rund 23.000.

Die zunehmende Zahl der Krebssterbefälle darf jedoch nicht mit einem steigenden Risiko, an Krebs zu sterben, gleichgesetzt werden. Seit dem Jahr 1970 hat die Bevölkerung in Baden-Württemberg um fast 1,9 Millionen Menschen zugenommen. Zudem leben heute im Land deutlich mehr ältere Menschen als im Jahr 1970. Beides wirkt sich entscheidend auf die Zahl der Krebssterbefälle aus.

Um einen Eindruck zu erhalten, wie sich das Risiko, an Krebs zu sterben, entwickelt hat, wird im Folgenden die Entwicklung der so genannten altersspezifischen Sterbeziffer dargestellt. Eine altersspezifische Sterbeziffer setzt die Zahl der an Krebs Verstorbenen einer Altersgruppe zu der Gesamtbevölkerung gleichen Alters ins Verhältnis. Altersspezifische Sterbeziffern geben also an, wie viele Menschen einer bestimmten Altersgruppe pro Jahr an einer bestimmten Krankheit oder Todesursache sterben.



## 5. ERGEBNISQUALITÄT

Abbildung 3:

Entwicklung der altersspezifischen Sterbeziffern in Baden-Württemberg infolge von bösartigen Neubildungen bei Kindern und Jugendlichen bezogen auf 100.000 Einwohner

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

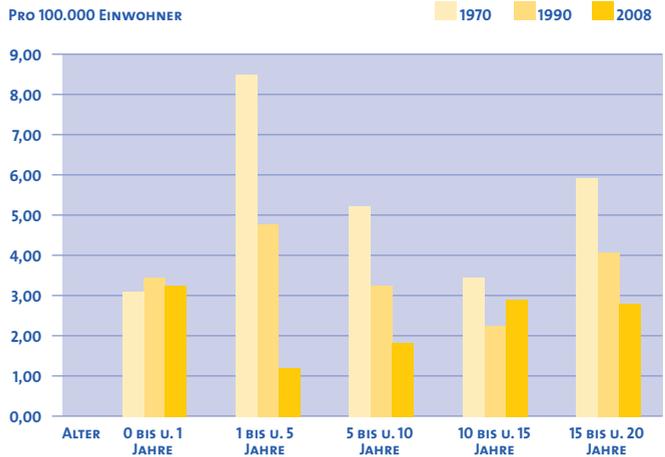
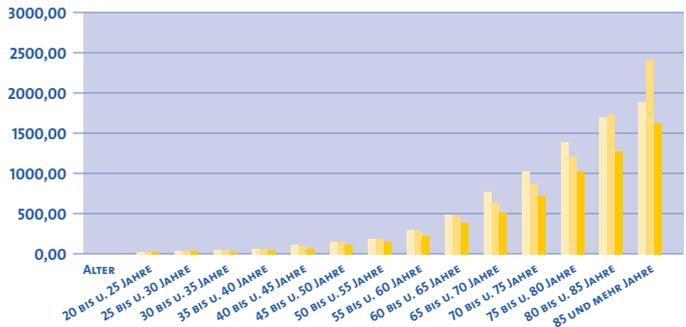


Abbildung 4:

Entwicklung der altersspezifischen Sterbeziffern in Baden-Württemberg infolge von bösartigen Neubildungen bei den 20- bis über 85-Jährigen bezogen auf 100.000 Einwohner

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg



Diese Zahlen zeigen, dass die altersspezifischen Sterbeziffern seit dem Jahr 1970 vor allem bei Kindern und Jugendlichen, aber auch im Erwachsenenalter deutlich zurückgegangen sind. Zu diesem Rückgang haben die medizinischen Fortschritte bei der Früherkennung, der Diagnostik und der Therapie von Krebserkrankungen und die Verbesserung der Versorgungsstrukturen einen Beitrag geleistet.

### 5.2 MESSUNG DER ERGEBNISQUALITÄT

In den Kliniken des Onkologischen Schwerpunktes Stuttgart<sup>4</sup> werden die Daten zur Behandlung von Krebspatientinnen und -patienten zur Messung der Ergebnisqualität in einer Tumorda-

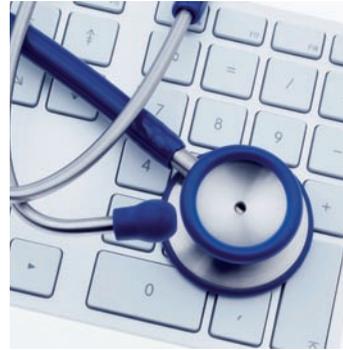
<sup>4</sup> Der Onkologische Schwerpunkt Stuttgart ist ein eingetragener, gemeinnütziger Verein, in dem sich 13 Stuttgarter Kliniken zusammengeschlossen haben, um die Behandlung von Tumorkranken zu optimieren.

tenbank (klinisches Krebsregister) dokumentiert und verschlüsselt ausgewertet. Die gemeinsame Erhebung und vergleichende Analyse von Daten bei unterschiedlichen Krankenhäusern ist in Baden-Württemberg bislang noch einzigartig. Ein ähnliches Modell wird künftig im Rahmen der regionalen Qualitätskonferenzen landesweit umgesetzt.

Hierzu werden die Daten hinsichtlich der Überlebenszeit (wie viele Patientinnen und Patienten sterben in einem bestimmten Zeitraum) und der rückfallfreien Zeit (bei wie vielen tritt in einem bestimmten Zeitraum ein Rückfall auf) ausgewertet. Zusätzlich wird die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten erhoben. Anhand der Ergebnisse können die erstbehandelnden Klinikärzte die Behandlungsqualität ihrer Klinik überprüfen. Ziel ist es, die Behandlungsqualität immer weiter zu verbessern und dadurch eine längere Überlebenszeit und rückfallfreie Zeit der Patientinnen und Patienten zu erreichen. So hat sich die Überlebenswahrscheinlichkeit der im OSP Stuttgart Krankenhäusern behandelten Brustkrebspatientinnen in der Zeit von 1994 bis 2009 kontinuierlich verbessert: Während beispielsweise heute 90 % der Patientinnen ohne Metastasen bei der Erstdiagnose die ersten fünf Jahre überleben, waren es im Jahr 1999 nur 80 %.

### **Lernen von den Besten**

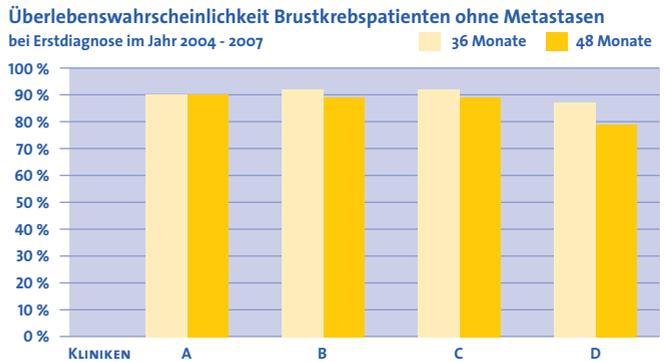
Um die Qualität der eigenen Behandlung besser einordnen zu können, werden die Daten der eigenen Klinik den Daten anderer Kliniken im OSP-Stuttgart gegenübergestellt (Abbildung 5 auf Seite 40). Darüber hinaus werden die Daten aller Kliniken des OSP Stuttgart regelmäßig mit bundesweiten Ergebnissen verglichen. Und es wird überprüft, ob die Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft eingehalten werden. Der Vergleich erfolgt auf allen Ebenen anonymisiert, die Kliniken werden in den Darstellungen nicht namentlich genannt. Damit die Ergebnisqualität bewertbar ist und ein fairer Vergleich gewährleistet wird, müssen verschiedene Faktoren, wie zum Beispiel Tumorgöße und -art, Alter und Allgemeinzustand der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden. Die einzelnen Kliniken können ihre Ergebnisse mit den Besten vergleichen (Benchmarking). Sie liefern ihnen Hinweise für die Verbesserung der Behandlungsqualität.



### Benchmarking am OSP Stuttgart

Seit dem Jahr 2003 erhebt der OSP Stuttgart bei den nachbetreuenden Ärzten in jährlichen Abständen die Verlaufsdaten von Krebspatienten. Aus Datenschutzgründen wird im Vorfeld das Einverständnis der Patienten zur Anfrage beim Arzt/der Ärztin eingeholt. Die Daten werden einmal jährlich im Hinblick auf Prozess- und Ergebnisqualität ausgewertet. Anschließend analysieren die verantwortlichen Klinikärztinnen und Klinikärzte die Ergebnisse gemeinsam, vergleichen und diskutieren untereinander und vereinbaren, wenn nötig, Optimierungsmaßnahmen.

Abbildung 5: Überlebenswahrscheinlichkeit unterteilt nach OSP-Kliniken (Datenstand 2008). Die jeweils linke Säule zeigt die Überlebenswahrscheinlichkeit drei Jahre nach Diagnose, die jeweils rechte Säule vier Jahre nach Diagnose.



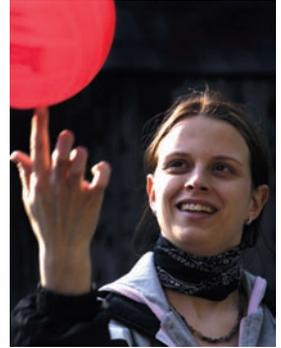
Unterschiede zwischen den Kliniken lassen sich unter Umständen leicht erklären, beispielsweise, wenn eine Klinik viele ältere Patientinnen und Patienten hat oder weitere schwerwiegende Erkrankungen vorliegen. Manchmal ist die Ursache aber nicht so offensichtlich. In solchen Fällen werden Einzelfallanalysen durchgeführt, um den Ursachen auf den Grund zu gehen und gegebenenfalls Verbesserungsmaßnahmen umzusetzen.

### Lebensqualität

Ebenfalls seit 2003 werden einmal jährlich mit Hilfe von Fragebögen bei den Patientinnen und Patienten Daten zur Lebensqualität erhoben. Alle Patientinnen und Patienten, die in das Projekt eingewilligt haben, werden direkt angeschrieben. Eine erste Analyse hat ergeben, dass der Einfluss der Kliniken bei der Lebensqualität der Patienten in den Jahren nach der Erstbehandlung keine Rolle spielt.

### 5.3 ERHEBUNG DER ÜBERLEBENSZEIT VON KREBSPATIENTINNEN UND -PATIENTEN AN TUMORZENTREN UND ONKOLOGISCHEN SCHWERPUNKTEN

Um zuverlässig die Überlebenszeit von Krebspatientinnen und -patienten zu messen, wird regelmäßig der Vitalstatus (Feststellung, ob diese noch leben) bei den Einwohnermeldeämtern abgefragt. Hierzu steht den Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkten in Baden-Württemberg seit dem Jahr 2003 ein elektronisches Abfrageverfahren zur Verfügung. Baden-Württemberg schuf als erstes Bundesland eine entsprechende Rechtsgrundlage durch Änderung der Meldeverordnung. Ca. 90 % der Gemeinden des Landes nehmen am Verfahren teil.



Im August 2009 lagen zum Beispiel im Tumorzentrum Freiburg zu 94 % aller seit dem Jahr 1994 registrierten Krebspatientinnen und -patienten der Vitalstatus aus dem Jahr 2008 vor. Dadurch kann das Klinische Krebsregister des Tumorzentrums Freiburg für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte Überlebenszeiten ihrer ehemaligen Krebspatienten bereitstellen. Überlebenszeitbewertungen haben vor allem Bedeutung für die (Weiter-)Entwicklung von standardisierten Therapien.

### 5.4 ERGEBNISQUALITÄT IN DER OPERATIVEN BEHANDLUNG VON BRUSTKREBS

Die extern vergleichende Qualitätssicherung ist nach § 135a SGB V sowohl für Vertragsärztinnen und -ärzte als auch für Krankenhäuser vorgeschrieben. Dadurch liegen in Baden-Württemberg Daten zur Beurteilung der operativen Behandlung von Brustkrebs vor. Im stationären Bereich werden Daten zur Mammachirurgie erhoben; der Schwerpunkt der Datenerhebung liegt dabei in der operativen Krebsbehandlung.

Datenannahme, Auswertung und Bewertung erfolgt in Baden-Württemberg durch die Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus GeQik® bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft. Zur fachlichen Unterstützung sind ärztliche Arbeitsgruppen eingerichtet, die sich aus Vertretern

Weitere Informationen unter:  
[www.geqik.de/index.php?id=197](http://www.geqik.de/index.php?id=197)

Die veröffentlichten Ergebnisse  
der Landesauswertungen  
finden Sie im Internet unter:  
[www.geqik.de/index.  
php?id=343](http://www.geqik.de/index.php?id=343)

der Landesärztekammer Baden-Württemberg, der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft, des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und bei Bedarf des Landespflegerrates zusammensetzen.

In Baden-Württemberg nahmen an diesem Verfahren im Jahr 2009 insgesamt 119 Krankenhäuser bzw. Krankenhaus-Abteilungen teil, die Patientinnen (und vereinzelt auch Patienten) mit gutartigen und bösartigen Brusttumoren operativ versorgten. Es wurden Daten zu über 15.800 stationären Behandlungsfällen erfasst und statistisch ausgewertet.

Deutschlandweit werden verschiedene Qualitätsmerkmale bei Operation von Brusttumoren ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob die Operationen mit guter Qualität durchgeführt werden.

Auffällige Ergebnisse – also solche, die den Referenzbereich nicht erreichen oder die deutlich vom Durchschnitt abweichen – werden genauer untersucht. Diese Untersuchung erfolgt durch neutrale Fachexperten in einem Verfahren, das „Strukturierter Dialog“ genannt wird. In diesem Verfahren wird geklärt, ob die auffälligen Ergebnisse durch das Nicht-Einhalten von Qualitätsanforderungen oder durch andere Gründe verursacht sind. Beispielsweise kann es sein, dass in einem Jahr zwar eine auffällig hohe Zahl von Komplikationen aufgetreten ist, diese sich aber in bei genauer Analyse als unvermeidbar erwiesen haben. Ziel des „Strukturierten Dialogs“ ist auch, die Krankenhäuser bei ihrem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu unterstützen.



Wie das in der Praxis aussieht, wird anhand des nachfolgenden Beispiels näher erläutert. Bei Vorliegen eines Knotens in der Brust soll frühzeitig geklärt werden, ob es sich dabei um Brustkrebs handelt, oder ob der Knoten gutartig ist (prätherapeutische histologische Diagnosesicherung = Gewebeuntersuchung vor Festlegung einer Therapie): Mit einer Nadel wird als erster Schritt eine Probe entnommen (Biopsie). Diese wird im Labor unter dem Mikroskop feingeweblich untersucht. Bestätigt sich der Verdacht auf Brustkrebs, kann der behandelnde Arzt/

die behandelnde Ärztin mit der betroffenen Patientin die notwendige Entfernung des Tumors und eventuell erforderliche begleitende Behandlungen (Röntgenbestrahlung, Chemotherapie etc.) ausführlich besprechen. Die schrittweise Diagnosestellung hat den Vorteil, die körperliche und psychische Belastung der Betroffenen auf einem möglichst niedrigen Niveau zu halten. Ferner entsteht keine bleibende Beeinträchtigung der Kosmetik der Brust, falls nur die Nadelbiopsie durchgeführt wird und sich der Knoten als gutartig herausstellt. Dieser Ersteingriff kann ambulant durchgeführt werden. Das geschilderte Vorgehen ist aber nicht in jedem Fall möglich, sollte aber nach der Festlegung durch eine Expertengruppe<sup>5</sup> in über 70% aller Fälle bei Verdacht auf Brustkrebs (sogenannter „Zielbereich“) durchgeführt werden. In Baden-Württemberg wird dieser Zielbereich seit Jahren erreicht (siehe Abbildung 6).

<sup>5</sup> Bundesfachgruppe  
Mammachirurgie  
beim AQUA-Institut  
in Göttingen, 2008

#### Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

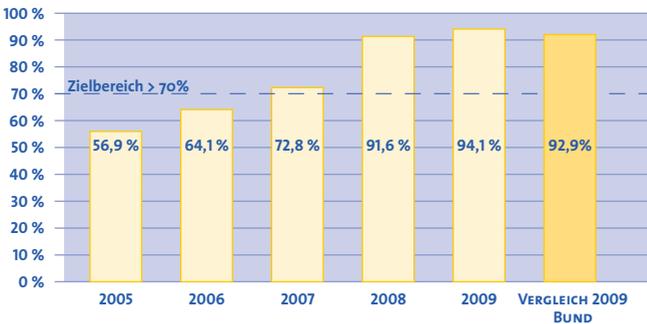


Abbildung 6:  
Ergebnisentwicklung 2005 bis  
2009 beim Qualitätsmerkmal  
„Prätherapeutische histologische  
Diagnosesicherung“ in  
Baden-Württemberg

Nur wenige Krankenhäuser erreichten den Zielwert von 70% nicht. Hier wurden gemeinsam mit dem jeweiligen Krankenhaus mit Hilfe des „strukturierten Dialogs“ die Gründe untersucht. Nur in einem Fall wurden konkrete Verbesserungsschritte für notwendig erachtet und dann umgesetzt.

Die Landesergebnisse erreichen in neun der zehn Qualitätsmerkmale den empfohlenen Referenzbereich. Lediglich im Qualitätsmerkmal „Anzahl Lymphknoten“ wurde 2009 der Zielbereich ( $\geq 95\%$ ) mit einem Wert von 94,3 % knapp verfehlt. Dennoch wird das bundesweite Ergebnis (93,4 %) überschritten.



5.5 ERGEBNISQUALITÄT IN DER ONKOLOGISCHEN REHABILITATION

Die Ergebnisqualität der Onkologischen Rehabilitation beschreibt, ob sich aus Patientensicht etwas nach der Rehabilitationsmaßnahme gebessert hat. Dafür werden unterschiedliche Aspekte untersucht, zum Beispiel

- Haben sich die Lebensqualität und das psychische Befinden verbessert?
- Wie sieht es mit der Bewältigung des Alltagslebens aus?
- War eine Rückkehr in den Beruf möglich?

Außerdem wird erhoben, wie zufrieden die Patientinnen und Patienten mit der onkologischen Rehabilitation waren.

Zur Ergebnismessung werden auch Informationen über die weitere Erwerbstätigkeit nach der Rehabilitation herangezogen. Sie belegen, dass über 50% der Patienten mit Krebserkrankungen zwei Jahre nach der Rehabilitationsmaßnahme berufstätig waren.

Sozialmedizinischer Verlauf bei Krebserkrankungen 24 Monate nach Reha-Ende in 2007

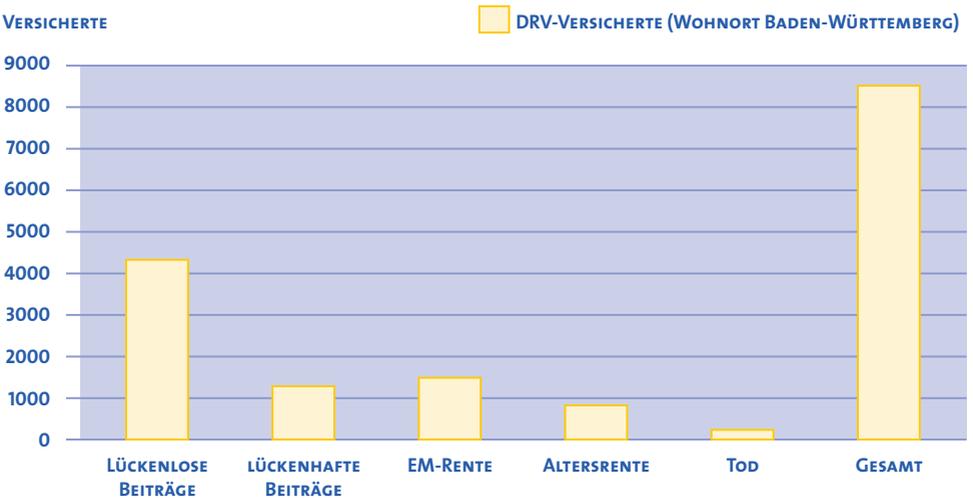


Abbildung 7: Sozialmedizinischer Verlauf bei Krebserkrankungen bei Versicherten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) 24 Monate nach Reha-Ende 2007

Quelle: Deutsche Rentenversicherung (RSD 2002-2009)

## 6. FAZIT UND AUSBLICK

In den letzten zwanzig Jahren wurde beim Aufbau qualitätsgesicherter Versorgungsstrukturen für krebserkrankte Menschen in Baden-Württemberg viel erreicht. Doch trotz aller Fortschritte in der Versorgungsqualität bleibt die Bekämpfung von Krebserkrankungen eine der wichtigsten gesundheitspolitischen Herausforderungen.

Neue Impulse zur weiteren Verbesserung der Versorgungsstrukturen werden sich durch den Nationalen Krebsplan ergeben, den die Bundesregierung, die Deutsche Krebsgesellschaft, die Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren und die Deutsche Krebshilfe im Jahr 2009 ins Leben gerufen haben. Ziel dieses Krebsplans ist es, die Krebsfrüherkennung und den Kampf gegen die Erkrankung Krebs besser zu strukturieren sowie die Patientenorientierung zu verstärken. Die Aktivitäten aller an der Krebsbekämpfung Beteiligten sollen wirksamer aufeinander abgestimmt und ein zielorientiertes Vorgehen vorangetrieben werden. Die Schwerpunkte des Nationalen Krebsplans liegen auf den folgenden vier Handlungsfeldern:

- Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung
- Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung
- Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung
- Stärkung der Patientenorientierung/Patienteninformation.

Die Krebsbekämpfung und die kontinuierliche und bedarfsgerechte Weiterentwicklung des onkologischen Versorgungssystems gehören auch zu den vorrangigen gesundheitspolitischen Zielen der Landespolitik. Maßnahmen zur Krebsbekämpfung sind Teil einer umfassenden gesundheitspolitischen Strategie, die die Landesregierung mit der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg formuliert hat. Ziel der Gesundheitsstrategie ist es, das Entstehen von chronischen Erkrankungen zu vermeiden oder heraus zu zögern (z.B. durch einen gesunden Lebensstil oder durch Präventionsmaßnahmen und Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten). Mit der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg sollen Prävention und Gesundheitsförderung als gleichwertige Säulen des Gesundheitswesens neben Behandlung, Rehabilitation und Pflege etabliert werden.



*Hierzu wurden insgesamt  
13 Einzelziele formuliert.*

*Näheres im Internet unter:  
[www.bmg.bund.de/glossararbeiten/k/nationaler-krebsplan.html](http://www.bmg.bund.de/glossararbeiten/k/nationaler-krebsplan.html)*

*Näheres zur Gesundheitsstrategie  
Baden-Württemberg finden Sie im  
Internet unter:*

*[www.sozialministerium-bw.de/  
de/Gesundheitsstrategie\\_Baden-  
Wuerttemberg/2592](http://www.sozialministerium-bw.de/Gesundheitsstrategie_Baden-Wuerttemberg/2592)*

## 7. ANTWORTEN AUF WICHTIGE FRAGEN

Zum Krebsinformationsdienst:

[www.krebsinformation.de](http://www.krebsinformation.de)

Siehe auch Abschnitt 3.11.

### Wie finde ich geeignete Ärztinnen und Ärzte?

Finden Sie Ihren Arzt unter:

[www.arztsuche-bw.de](http://www.arztsuche-bw.de)

Checkliste im Internet unter:

[www.patienten-information.de/arztcheckliste](http://www.patienten-information.de/arztcheckliste)

### Wie finde ich eine geeignete Klinik?

Ein umfangreiches Informationsangebot zu allen mit dem Thema Krebs verbundenen Fragen bietet der Krebsinformationsdienst. Im Folgenden sollen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, kurze Antworten auf einige wichtige Fragen gegeben werden, die sich im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung stellen.

Patienten können ihren Arzt frei wählen. Bei gesetzlich Krankenversicherten ist es wichtig, dass der Arzt oder die Ärztin eine Kassenzulassung hat. Es ist empfehlenswert, einen Arzt oder eine Ärztin als zentralen Ansprechpartner zu wählen, mit dem alle weiteren Schritte besprochen können. Dies kann der Hausarzt oder auch ein Facharzt sein. Bei der Auswahl eines niedergelassenen Haus- oder Facharztes kann die „Arztsuche“, ein Angebot der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, eine Hilfestellung sein. Auch die gesetzlichen Krankenversicherungen bieten ihren Versicherten Hilfe bei der Arztsuche entweder über die nächstgelegene Geschäftsstelle, über die Servicetelefone der Kasse oder über das Internet an. Einige Krankenkassen haben Portale entwickelt, in denen man Ärzte suchen, aber auch die eigenen Erfahrungen mit dem Arzt weitergeben kann. Bei der Arztsuche kann auch eine von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erstellte Checkliste zur Beurteilung der Qualität einer Arztpraxis hilfreich sein.

Viele Krebserkrankungen können heute ausschließlich ambulant behandelt werden. Für die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten ist allerdings ein zeitweiliger Krankenhausaufenthalt erforderlich – sei es für Untersuchungen, wegen einer Operation oder einer aufwendigeren Chemotherapie oder zur Behandlung von belastenden Symptomen. Ein wichtiges Kriterium bei der Wahl der Klinik sollte sein, dass diese Klinik Erfahrung mit der jeweiligen Krebserkrankung hat. Auch gilt heute als Qualitätskriterium, dass sich die behandelnden Ärzte an der für die jeweilige Krebsart gültigen medizinischen Leitlinie orientieren.

Seit dem Jahr 2005 sind Krankenhäuser dazu verpflichtet, in regelmäßigen Abständen einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen. Ein solcher Qualitätsbericht enthält Angaben, mit Hilfe derer sich Ärzte und Patienten ein Bild von der Erfahrung

und Leistung eines Krankenhauses machen können. So ist zum Beispiel aufgeführt, wie viele Patienten mit welcher Erkrankung pro Jahr behandelt wurden.

Dies gilt insbesondere für die fünf Tumorzentren und die zwölf Onkologischen Schwerpunkte in Baden-Württemberg (siehe auch Abschnitte 3.2.1, 3.2.2 u. 4.2), die sich einem gesonderten onkologischen Zertifizierungsverfahren unterziehen. Die Qualitätsberichte werden im Internet veröffentlicht. Eine Hilfe zum Lesen und Verstehen dieser Berichte findet man ebenfalls im Internet.

Spricht aus medizinischer Sicht nichts dagegen, können auch persönliche Wünsche wie zum Beispiel die Nähe zum Wohnort oder die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln eine Rolle spielen. Bei einer wohnortnahen Klinik ist beispielweise die Unterstützung durch Angehörige leichter.

Wichtigste Informationsgrundlage ist das Gespräch mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Es kann hilfreich sein, vor dem Gespräch mit den behandelnden Ärzten Fragen zu formulieren. Beispielsweise kann gefragt werden,

- ob es mehr als eine Therapie gibt, die in Frage kommt,
- ob es ein Behandlungsverfahren gibt, das eindeutige Vorteile gegenüber allen anderen aufweist,
- mit welchem Ziel eine Behandlung durchgeführt wird, also ob die Behandlung in erster Linie auf die Heilung, das Aufhalten der Krankheit oder die Linderung von Beschwerden abzielt,
- wie lange eine Behandlung voraussichtlich dauern wird und mit welchen Nebenwirkungen oder Langzeitfolgen man voraussichtlich rechnen muss.

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzten können meist nicht alle Fragen zur Behandlung und zu ihrem Erfolg gleich schon beim ersten Termin beantworten: Oft können wichtige Einzelheiten erst geklärt werden, wenn zum Beispiel nach einer Operation mehr Informationen über das genaue Ausmaß der Krebserkrankung vorliegen. Deshalb kann es hilfreich sein, bestimmte Fragen erneut zu stellen, wenn neue Informationen über die Erkrankung vorliegen.

*Qualitätsberichte im Internet unter:  
[http://www.g-ba.de/institution/  
themenschwerpunkte/qualitaets-  
sicherung/qualitaetsbericht/  
qualitaetsberichte-lesen/](http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaets-sicherung/qualitaetsbericht/qualitaetsberichte-lesen/)*

*Hilfe hierzu auch über:  
[www.gesundheitsforum-bw.de](http://www.gesundheitsforum-bw.de)*

***Wie finde ich heraus, was für mich die bestmögliche Behandlung ist?***



## 7. | ANTWORTEN AUF WICHTIGE FRAGEN

Diese sind abrufbar unter:  
[www.leitlinienprogramm-onkologie.de](http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de)

Für viele Krebserkrankungen gibt es mittlerweile so genannte Leitlinien, die von Experten erarbeitet und regelmäßig aktualisiert werden. Leitlinien empfehlen Ärztinnen und Ärzten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die wissenschaftlich erprobt wurden und für ein bestimmtes Krankheitsbild als jeweils bester Standard gelten. Einige Leitlinien gibt es auch in Form von „Patienten-Leitlinien“.

Dennoch gibt es bei einer so komplexen Erkrankung wie Krebs oft mehr als einen Behandlungsweg, sodass sich die Therapieempfehlungen einzelner Ärzte eventuell unterscheiden. Es ist aber in jedem Fall sinnvoll zu nachzufragen, ob Leitlinien für die Behandlung im vorliegenden Fall vorhanden sind, ob sie angewandt werden und wenn nein, warum im vorliegenden Fall von den Leitlinien abgewichen wird.

Es kann auch hilfreich sein, sich zum Beispiel im Rahmen einer Selbsthilfegruppe mit anderen Betroffenen über Behandlungsmöglichkeiten auszutauschen. Allerdings sollte dabei immer berücksichtigt werden, dass Krebserkrankungen sehr vielfältig sein können. Deshalb ist eine Behandlung, die einem Fall geholfen hat, nicht immer auch in anderen Fällen erfolgreich oder auch nur angemessen.

Vorsicht ist immer dann geboten, wenn eine Behandlungsform den Anspruch erhebt, mit einer Methode jede Art von Krebserkrankung heilen zu können. Eine Krebserkrankung ist ein so komplexes Geschehen mit so vielen denkbaren Ursachen und so verschiedenen Ausprägungen, dass es nach der Ansicht der meisten Experten die eine für alle Fälle sinnvolle Behandlungsform nicht geben kann.



- **Erster Ansprechpartner** für Krebspatientinnen und -patienten sollten immer die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sein. Bei vielen Krebsarten bieten Selbsthilfegruppen (siehe auch Abschnitt 3.7) den Betroffenen Angebote zur Information und Unterstützung.
- **Schriftliche Informationen, Ratgeber, Broschüren:** Es gibt eine Vielzahl von schriftlichen Informationen, Ratgeber und Broschüren mit Informationen zu Thema Krebs und seinen Behandlungsmöglichkeiten. Beispielsweise gibt die Deutsche Krebshilfe eine Schriftenreihe heraus („Blaue Ratgeber“), die in allgemein verständlicher Form über verschiedene Krebsarten, deren Früherkennung, Diagnose und Therapie sowie über die Nachsorge informiert. Die vielfältigen Broschüren und Ratgeber können ärztliche Informationen ergänzen, sie nicht aber ersetzen. Insbesondere bei gesundheitsbezogenen Entscheidungen von großer Tragweite, wie sie bei Krebserkrankungen häufig vorkommen, sollte auf jedem Fall ärztlicher Rat eingeholt werden. Um die Qualität der dargebotenen Informationen zu beurteilen, kann man die Veröffentlichung anhand folgender Fragen prüfen:
  - Werden die Autoren und deren fachliche Qualifikation genannt?
  - Haben Betroffene an dem Text mitgearbeitet?
  - Wie alt ist die Information?
  - Verfolgen die Autoren oder die Herausgeber wirtschaftliche Interessen?
  - Gibt es eine Aussage darüber, ob Interessenkonflikte bestehen?
  - Gab es eine unabhängige Qualitätsprüfung und wie machen die Autoren ihre Qualitätssicherung transparent?
- **Informationen aus dem Internet:** Immer mehr Menschen informieren sich über das Internet über Krebserkrankungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten. Bei einer Internetrecherche ist allerdings die Bewertung der Qualität der gefundenen Information oft ein Problem. Eine Webseite sollte folgende Kriterien erfüllen, um als Quelle für seriöse Informationen zu dienen:

### **Wo erhalte ich Informationen zum Thema Krebs und seinen Behandlungsmöglichkeiten?**

Überblick der Selbsthilfegruppen in Baden-Württemberg unter:  
[www.krebsverband-bw.de/index.php?id=90](http://www.krebsverband-bw.de/index.php?id=90)

Ausführliches Informationsmaterial unter:  
[www.krebshilfe.de/material-fuer-betroffene.html](http://www.krebshilfe.de/material-fuer-betroffene.html)

## 7. ANTWORTEN AUF WICHTIGE FRAGEN

1. Die Autoren, ihre Herkunft und relevante Referenzen sollten dargestellt sein.
2. Verweise und Quellen für den gesamten Inhalt sowie relevante Urheberrechtshinweise sollten geliefert werden.
3. Der Herausgeber sowie alle Sponsoren der Webseite, einschließlich potenzieller Interessenskonflikte, sollten deutlich und vollständig offengelegt werden.
4. Das Datum, an dem die Daten ins Netz gestellt und letztmalig aktualisiert wurden, sollte erkennbar sein.

Informationen u.a. unter:  
[www.krebsinformation.de](http://www.krebsinformation.de)  
[www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de)  
[www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de)

*Wo finde ich Rat und Unterstützung in sozialrechtlichen und anderen Fragen?*

Vielfältige Informationen über Krebserkrankungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten bieten verschiedene Webseiten. Auch für Informationen aus dem Internet gilt: Die Informationen sollten nicht als alleinige Grundlage für gesundheitsbezogene Entscheidungen verwendet werden. Das Internet kann ärztliche Informationen ergänzen, nicht aber ersetzen.

Bei einer Krebserkrankung stellen sich für die Betroffenen nicht nur medizinische Fragen sondern es müssen auch oft versicherungsrechtliche Angelegenheiten geklärt werden. Erste Ansprechpartner sollten auch bei sozialrechtlichen Fragen die behandelnden Ärzte sein. Sie können die Krankheitssituation und den Umfang der notwendigen Unterstützung einschätzen. Die meisten Krankenhäuser bieten ihren Patientinnen und Patienten während des stationären Aufenthaltes eine Beratungsmöglichkeit durch den Kliniksozialdienst an. Die Kliniksozialdienste sind Ansprechpartner für Fragen zur Krankenversicherung und zur Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen. Darüber hinaus verfügen beispielsweise die Krankenkassen und die Rentenversicherungen über Beratungsangebote. Unterstützung bei der Bewältigung von seelischen und sozialen Problemen bei einer Krebserkrankung bieten auch die Krebsberatungsstellen und kirchliche Dienste an.





