

Das Nationale Krebsprogramm für die Schweiz 2005–2010

Doris Schopper, Reto Obrist

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit und der Gesundheitsdirektorenkonferenz hat Onco-suisse, die Dachorganisation für die Krebsbekämpfung in der Schweiz, ein Nationales Krebsprogramm für die Jahre 2005 bis 2010 erstellt. Während des Jahres 2004 fand auf nationaler und kantonaler Ebene ein intensiver Konsultationsprozess statt, in dem auch Vertreter aller Kantone persönlich zu den Zielsetzungen des Programms befragt und um Vorschläge zur Umsetzung gebeten wurden. Der dabei entstandene Entwurf wurde mit allen Partnern an einem nationalen Workshop im Oktober 2004 diskutiert und daraufhin überarbeitet. Das nun vorliegende Nationale Krebsprogramm 2005–2010 ist in drei Hauptteile gegliedert. In der Einführung wird die Bedeutung von Krebs für die Schweiz aufgezeigt. Teil 1 erläutert die Grundwerte des Nationalen Krebsprogramms und seine Zielsetzungen für Prävention, Früherkennung, Behandlung und Pflege, Krebsepidemiologie und Forschung. Teil 2 macht Vorschläge, wie die Ziele umgesetzt werden können. Das vollständige Dokument kann bei Onco-suisse bestellt werden.

Krebs betrifft uns alle

Jährlich werden in der Schweiz 31 000 neue Krebsfälle diagnostiziert, und 15 000 Personen sterben an der Krankheit. Dies ist ein Viertel der gesamten Todesfälle, bei Personen zwischen 15 und 64 Jahren sogar ein Drittel. Die Krankheit ist eine der wichtigsten Todesursachen unseres Landes; bezüglich verlorener Lebensjahre ist Krebs sogar das schwerste Leiden überhaupt. Beim Mann sind Prostata-, Lungen- und Darmkrebs besonders verbreitet, bei der Frau Brust-, Darm- und Lungenkrebs. Über die gesamte Lebenszeit gerechnet liegt für Männer das allgemeine Risiko, an Krebs zu erkranken, bei 50 Prozent, für Frauen bei 32 Prozent. Das heisst: Jeder zweite Mann und jede dritte Frau erkrankt irgendwann im Leben an Krebs.

In der Schweiz erkranken mehr Menschen an Krebs als in unseren Nachbarländern (mit einer Ausnahme, der männlichen Bevölkerung Frankreichs) [1]. Das Risiko, an einer Krebserkrankung

zu sterben, ist dagegen niedriger [2]. Daraus kann geschlossen werden, dass die Krebstherapie hierzulande gut ist, Prävention und Gesundheitsförderung dagegen noch ungenügend eingesetzt werden.

Krebs ist noch lange nicht bezwungen und wird in den kommenden Jahren mit dem steigenden Durchschnittsalter der Schweizer Bevölkerung an Bedeutung noch zunehmen, wenn keine Gegenmassnahmen ergriffen werden.

Es gibt noch keine Chancengleichheit

Die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken oder mit Krebs diagnostiziert zu werden, ist je nach Region, Kanton, Berufsgruppe und sozialer Schicht verschieden hoch. Jeder Kanton fördert andere Massnahmen im Bereich der Prävention und frühen Erkennung von Krebs. Die investierten Geldsummen sind sehr unterschiedlich. Das wirkt sich direkt auf das Krebsrisiko der Menschen in der Schweiz aus. Besonders frappant sind die Unterschiede beim Brust- und Muttermutterkrebs. Ob Brustkrebs früh erkannt wird und wie gross die Überlebenschancen sind, hängt so zum Beispiel davon ab, wo eine Frau lebt (Abb. 1 und 2) [3]. Auch soziale Gegebenheiten beeinflussen das Krebsrisiko stark (Abb. 3) [4]. So haben Männer mit minimaler Schulbildung ein um 55 Prozent höheres Risiko, an Krebs zu sterben als Akademiker. Beim Lungenkrebs ist das Sterberisiko von Männern mit minimaler Schulbildung sogar mehr als doppelt so hoch wie von Akademikern. Auch beim Gebärmutterkrebs zeigen sich deutliche Unterschiede: Frauen mit minimaler Schulbildung haben fast 50 Prozent höhere Sterberisiken als Absolventinnen von Maturitäts- oder Fachschulen. Zahlreiche Studien zeigen zudem, dass bestimmte Berufe ein erhöhtes Krebsrisiko mit sich bringen, zum Beispiel im Gastgewerbe oder in der Landwirtschaft.

Eine grosse Zahl von Menschen und Organisationen engagiert sich in der Schweiz im Kampf gegen Krebs, und sowohl von privater wie von staatlicher Seite werden wesentliche Beiträge aufgewendet. Ein Gefäss, das diese Aktivitäten sammelt und koordiniert, fehlt aber, ebenso wie

Korrespondenz:
Onco-suisse
Effingerstrasse 40
CH-3008 Bern

E-Mail: info@oncosuisse.ch

Internet: www.oncosuisse.ch

Abbildung 1

Anteil der früh entdeckten Brusttumore in verschiedenen Kantonen. Daten der Vereinigung der Schweizer Krebsregister 1995–2000.

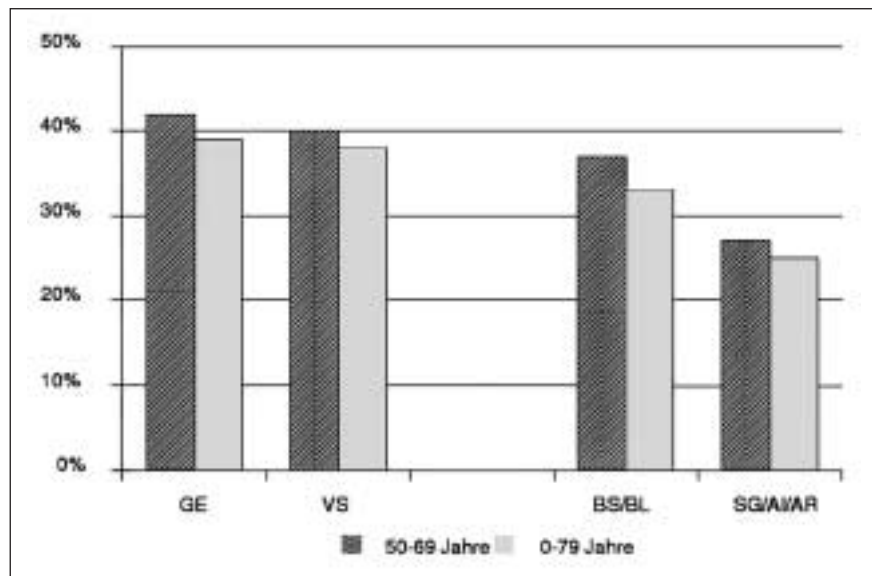
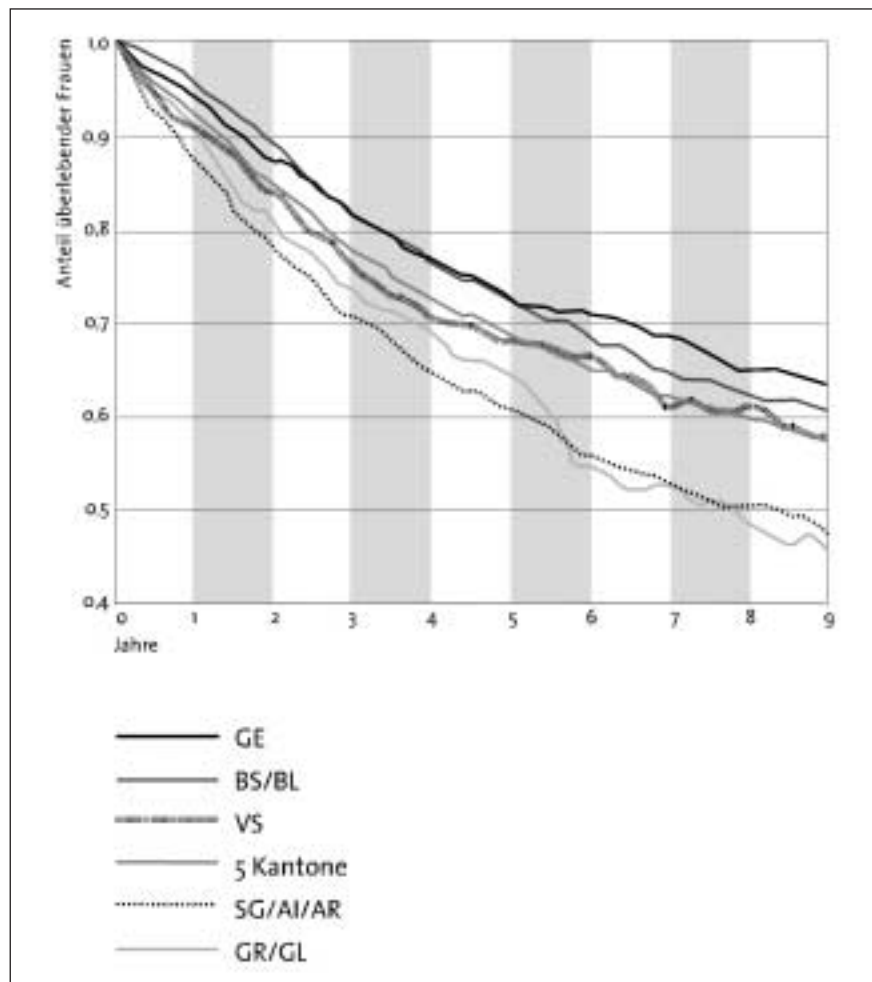


Abbildung 2

Überlebenszeit nach Brustkrebs in verschiedenen Kantonen. Überlebenszeit basierend auf Inzidenz 1993–1997 (nur Tessin: 1996–1998). Daten der Vereinigung der Schweizer Krebsregister.



eine gemeinsame Strategie. Prävention, Früherkennung, Therapie und palliative Betreuung müssen – bei beschränkten finanziellen Ressourcen – verbessert und koordiniert, die finanziellen Mittel effizient genutzt werden. Um dies zu erreichen, definiert das Nationale Krebsprogramm in Anlehnung an internationale Richtlinien [5, 6] die Prioritäten im Kampf gegen Krebs und macht Vorschläge, welche Organisationen bei der praktischen Umsetzung in den verschiedenen Bereichen federführend sein sollten. Das Nationale Krebsprogramm soll die Zahl der Krebskranken und -toten senken und die Lebensqualität der Erkrankten verbessern. Generell kann es aber auch zur besseren Gesundheit der Schweizer Bevölkerung beitragen.

In fünf Bereichen soll der Kampf gegen Krebs intensiviert werden

- Die Entstehung von Krebs wirksamer verhindern
- Die Krebsfrüherkennung verbessern
- Eine qualitativ hochstehende Behandlung und Pflege garantieren, die sich am Patienten orientiert
- Ein nationales Krebsinformationssystem schaffen
- Die Forschung stärken und fördern

Im Nationalen Krebsprogramm sind konkrete Ziele für alle fünf Bereiche definiert.

Die Entstehung von Krebs wirksamer verhindern

Die weitaus grösste Rolle bei der Krebsentstehung wird äusseren, beeinflussbaren Risikofaktoren zugeschrieben. Besonders wichtig sind Tabakkonsum, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Alkoholkonsum, Belastungen durch Schadstoffe am Arbeitsplatz und aus der Umwelt (zum Beispiel Radon oder Ultraviolettstrahlung) [7]. Tabakkonsum alleine verursacht ein Drittel aller Krebsfälle. Bis heute konnten mindestens 40 der 4000 Substanzen, die im Tabakrauch enthalten sind, einwandfrei als krebserregend identifiziert werden. Tabakrauch ist der Hauptauslöser von Lungenkrebs und von Krebs des Mundes, des Rachenraums, der Speiseröhre, der Bauchspeicheldrüse und der Blase. Zudem trägt er zu anderen Krebsarten bei: Magen-, Nieren-, Leber-, Nasenhöhlen-, Lippen- und Brustkrebs sowie Leukämie. In der Schweiz rauchen rund zwei Millionen Menschen. Es ist zwar sehr erfreulich, dass heute weniger Männer rauchen als noch vor zwanzig Jahren und dass sich dies in

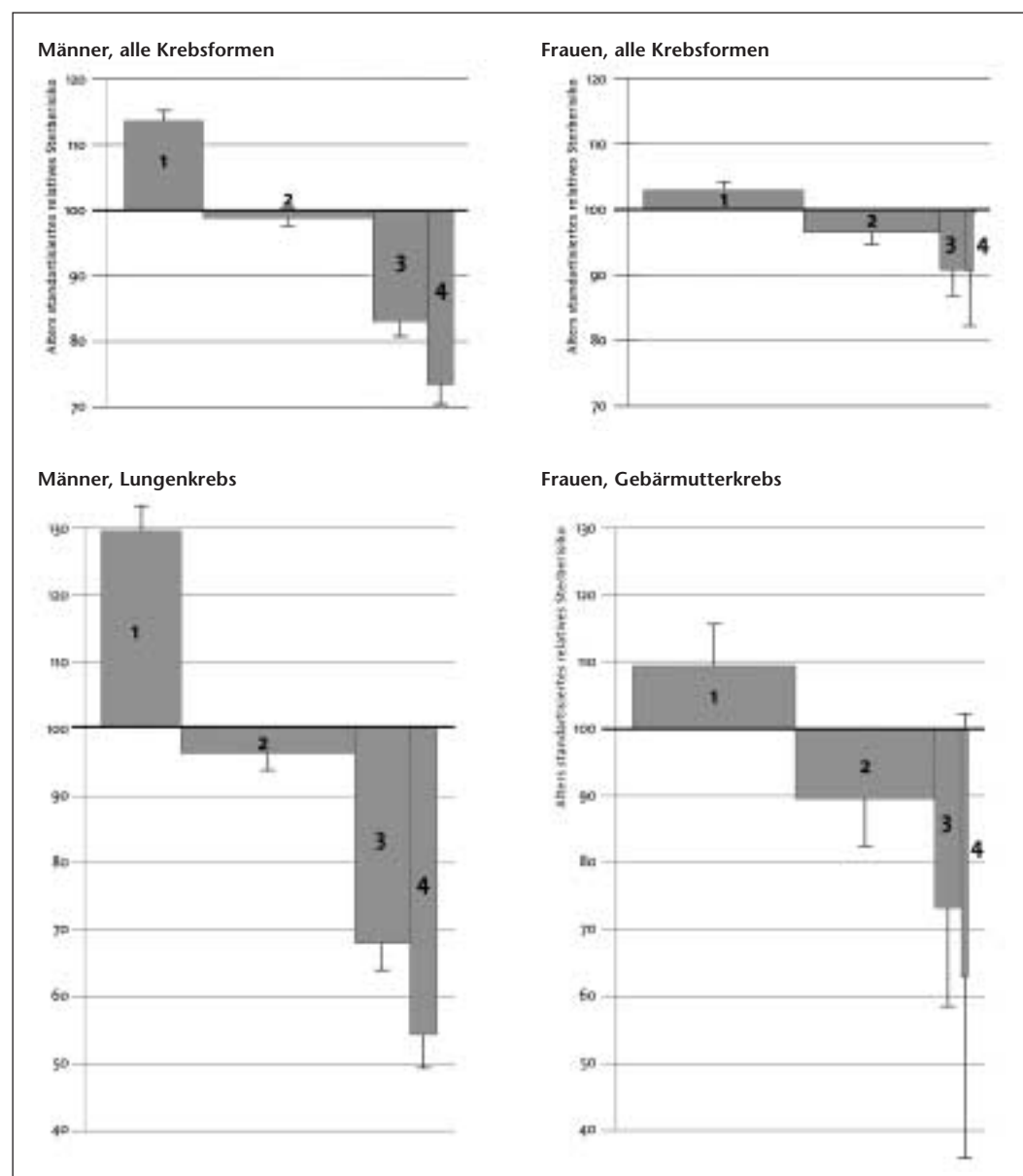
einem Abwärtstrend der Häufigkeit von Lungenkrebs bei Männern über 40 niederschlägt; gleichzeitig ist es aber besonders besorgniserregend, dass in der gleichen Zeit der Tabakkonsum bei Frauen und jungen Menschen zugenommen hat. Das durchschnittliche Einstiegsalter sinkt seit längerem und liegt heute bei ungefähr 16 Jahren.

Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, wie diese Ursachen wirksam bekämpft werden können [8, 9]. Gleichzeitig würden so

auch andere nichtübertragbare Krankheiten, insbesondere Herz-Kreislaufkrankheiten, seltener. Wenn präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen heute nur ungenügende Wirkung zeigen, so liegt das zum wesentlichen Teil am Mangel an Ressourcen und politischem Willen. Gross ist aber auch der Bedarf nach einer besseren Vernetzung und Koordination. Deshalb setzt sich das nationale Krebsprogramm für eine nationale Strategie zur Gesundheitsförderung und Prävention ein – nicht nur gegen Krebs.

Abbildung 3

Ausbildung und Krebsmortalität. Dargestellt ist die relative Abweichung der Sterblichkeit vom Schweizer Durchschnitt (dieser ist als 100 Prozent gesetzt). Datengrundlage: Swiss National Cohort / Bundesamt für Statistik, Volkszählung 1990 und Statistik der Todesfälle und Todesursachen 1990–1997. Grafiken: Matthias Bopp, ISPM Zürich. Analyse beschränkt auf 40- bis 84jährige Personen sowie auf Personen mit Schweizer Nationalität. Die Breite der Balken stellt die relative Anzahl Personen in jeder Ausbildungskategorie dar. Ausbildungskategorie: 1 höchstens obligatorische Schulbildung; 2 Berufslehre; 3 Maturitäts-, höhere Berufs- oder Fachschule; 4 Akademiker.

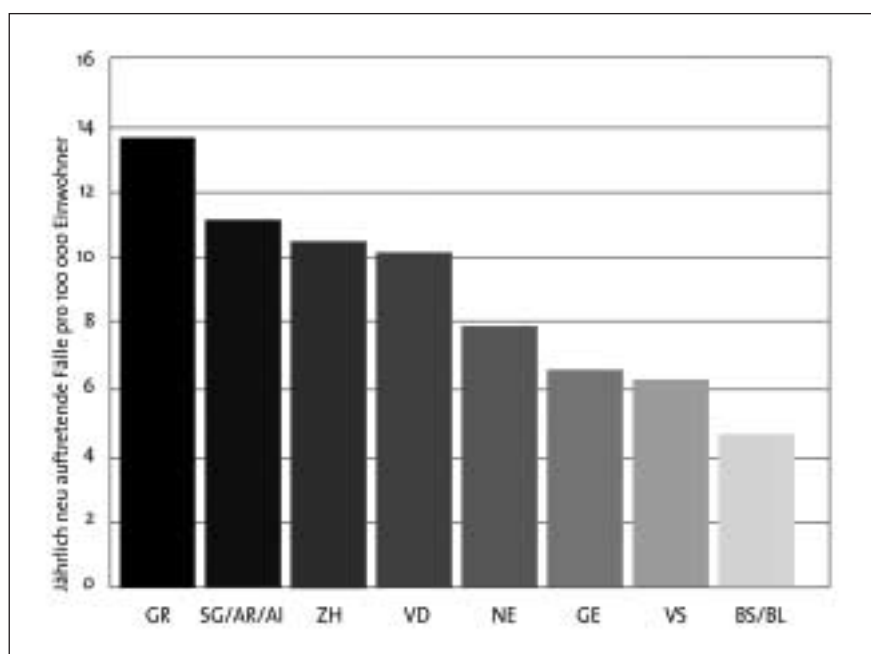


Krebs früher erkennen

Je früher ein Krebs erkannt wird, desto besser sind die Heilungschancen. Es gibt heute wirksame Früherkennungstests für Brust-, Muttermund- und Darmkrebs [10, 11]. Zudem kann das Melanom durch eine einfache Untersuchung der Haut frühzeitig erfasst werden. Doch die Schweizer Bevölkerung weiss noch zu wenig darüber [12], und ob eine Früherkennungsuntersuchung gemacht wird, bleibt oft dem Zufall überlassen. So belegt die Schweizerische Gesundheitsbefragung grosse Unterschiede zwischen den Kantonen hinsichtlich der Früherkennung durch Mammographie [13]. Die Wirksamkeit von Programmen zur Brustkrebsfrüherkennung, in deren Rahmen Frauen zwischen 50 und 69 Jahren systematisch aufgefordert werden, sich einer qualitätskontrollierten Mammographie zu unterziehen, wurde aber umfassend und detailliert untersucht [14, 15]. Es ist heute erwiesen, dass dank ihnen die Mortalität durch Brustkrebs für diese Altersgruppe um bis zu 25 Prozent gesenkt werden kann. Drei Kantone (Genf, Waadt, Wallis) führen seit 1999 ein Früherkennungsprogramm für Brustkrebs durch. Drei weitere Kantone (Fribourg, Jura, Neuchâtel) sind dabei, solch ein Programm einzuführen. In den übrigen Kantonen scheint sich eine spontane Früherkennung zu verbreiten, dies jedoch auf uneinheitliche Weise, ohne Richtlinien und Qualitätskontrolle [16].

Abbildung 4

Interkantonale Unterschiede beim invasiven Muttermundkrebs. Daten der Vereinigung der Schweizer Krebsregister 1993–1996.



Ein anderes Beispiel für die ungenügende und heterogene Situation in der Schweiz verdeutlicht der Muttermundkrebs. Jedes Jahr werden ca. 400 Neufälle von invasivem Muttermundkrebs diagnostiziert [17], obwohl diese durch regelmässige Muttermundabstriche und darauffolgende Behandlungen ganz verhindert werden könnten. Zudem bestehen deutliche kantonale Unterschiede, die auf eine unterschiedlich gute Versorgung mit Früherkennungstests hinweisen. In der Ostschweiz kommen invasive Formen des Muttermundkrebses mehr als doppelt so oft vor wie im Westen (Abb. 4).

Qualitätsrichtlinien in der Früherkennung von Muttermundkrebs geben vor, dass alle Frauen zwischen dem 25. und 60. Lebensjahr zuerst jährlich und ab dem dritten Jahr alle drei Jahre einen Abstrich am Muttermundhals machen lassen sollten [18]. In der Schweiz müssten unter diesen Voraussetzungen pro Jahr rund 520 000 Untersuchungen durchgeführt werden. In Wirklichkeit sind es aber über eine Million (nach Angaben Bundesamt für Statistik und *santésuisse*). Offenbar werden die Abstriche bei einem Teil der Frauen zu oft vorgenommen. Andere Frauen wiederum lassen sich erst zu spät oder viel zu selten untersuchen. So hat gemäss der Gesundheitsbefragung 2002 [19] jede sechste Frau in der betroffenen Altersgruppe noch *nie* einen Abstrich machen lassen!

Die Untersuchungskosten pro Abstrich betragen zwischen Fr. 100.– und 200.–. So werden heute jährlich mindestens 150 Millionen Franken für die Früherkennung von Muttermundkrebs ausgegeben. Wenn die Überversorgung abgebaut und gleichzeitig die Unterversorgung behoben würde, würden für die maximal 520 000 notwendigen Abstriche ungefähr 78 Millionen Franken ausgegeben – also ein Sparpotential von mindestens 70 Millionen Franken – bei besseren Ergebnissen!

Deswegen setzt sich das Nationale Krebsprogramm für eine organisierte Früherkennung bei Muttermund-, Brust- und Darmkrebs ein. In ihrem Rahmen würden Personen mit erhöhtem Krebsrisiko (z.B. beim Brustkrebs Frauen zwischen 50 und 69 Jahren) regelmässig zu einer Untersuchung eingeladen. Die Untersuchungen würden normiert und unter Qualitätskontrolle durchgeführt, Kosten und Nutzen systematisch erhoben. Wo Früherkennungstests weiterhin individuell durchgeführt werden, muss zumindest deren Qualität garantiert werden. Um die Früherkennung zu rationalisieren, braucht es eine Institution auf nationaler Ebene, die die gewonnenen Informationen für den Schweizer Kontext auswertet und Empfehlungen für die Früherken-

nung formuliert. Darauf basierend muss die Bevölkerung über Sinn und Zweck der Früherkennung umfassend informiert werden. Für all dies sind gesetzliche Grundlagen und die Unterstützung der kantonalen Gesundheitsdirektionen und des Bundesrats unabdingbar.

Qualitativ hochstehende Behandlung und Pflege auf den Patienten ausrichten

Das Netz onkologischer Institutionen ist in der Schweiz im Vergleich zu anderen europäischen Ländern dicht, die Grösse der einzelnen Institutionen eher klein. Die Schweizer Behandlungsergebnisse gehören nach heutigem Wissensstand

im internationalen Vergleich zu den besten. Andererseits bestehen zum Teil beträchtliche regionale und interkantonale Unterschiede. Diese sollen behoben werden, ebenso wie Unter- und Überversorgung. Nationale Qualitätsstandards für die klinische Krebsbehandlung spielen dabei eine zentrale Rolle [20]. Regionale Krebsnetzwerke sollen fehlende Massnahmen zur Krebsbekämpfung einleiten, bereits existierende Massnahmen koordinieren und verbessern [21]. Darüber hinaus sollen sie über Krebsregister verfügen und Forschung betreiben.

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

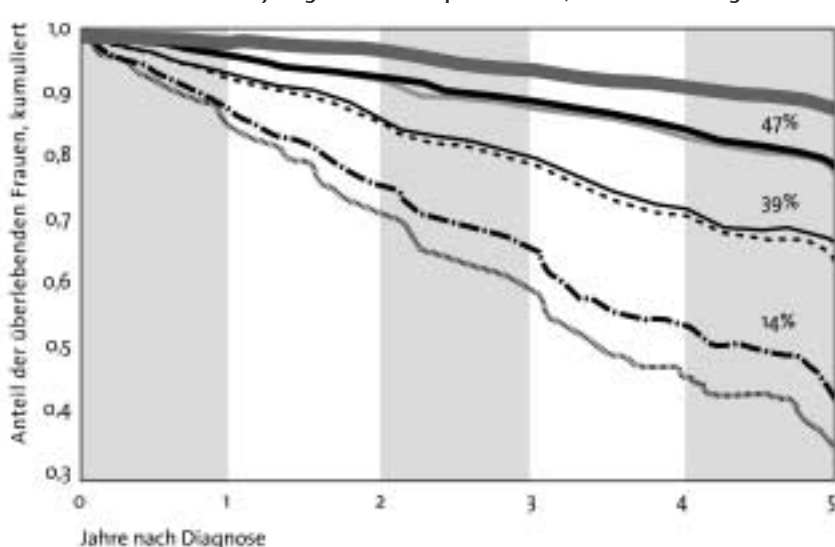
Palliative Care ist zur international anerkannten Disziplin geworden. In der Schweiz ist sie aber bis auf wenige Ausnahmen weder fester Bestandteil der nationalen oder kantonalen Gesundheitspolitik, noch werden die Pflegekosten von den Krankenkassen in genügendem Ausmass übernommen. Das kantonale Angebot variiert erheblich [23]. Es ist ein Ziel des Natio-

Unterschiedliche Behandlungsstandards für Brustkrebs: ein Beispiel aus Genf

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

Insbesondere ältere Brustkrebspatientinnen erhalten oft eine ungenügende Behandlung. Ein grosser Prozentsatz von betagten Frauen wird überhaupt nicht oder nur durch eine Hormongabe behandelt, was die Sterblichkeitsrate überhöht [22]. Der dem Tod vorhergehende schwere und oft schmerzhaft Krankheitszustand könnte vermindert werden, wenn die Frauen eine standardisierte Behandlung erhielten. Angesichts der gestiegenen Langlebigkeit muss auch betagten Patientinnen und Patienten eine standardisierte Krebstherapie angeboten werden.

Überlebenszeit bei über 80jährigen Brustkrebspatientinnen, nach Behandlungsmethode



- Brusterhaltende Chirurgie plus ergänzende Behandlung
- Brustentfernung plus ergänzende Behandlung
- Brustentfernung
- Tamoxifen
- - - - Nur brusterhaltende Chirurgie
- · - · - · Andere Therapien
- · · · · Keine Therapie

- 47 % Brusterhaltende Chirurgie plus ergänzende Behandlung oder Brustentfernung plus ergänzende Behandlung oder Brustentfernung
- 39 % Tamoxifen oder nur brusterhaltende Chirurgie
- 14 % Andere oder keine Therapien

nationalen Krebsprogramms, dass alle Krebspatienten in der Schweiz nach Bedarf und ohne finanzielle Zusatzleistungen Zugang zu Palliative Care haben.

Patienten und Angehörige kommen immer noch wenig zu Wort, und weder ihre Zufriedenheit noch ihre Lebensqualität sind klar definierte Ziele im Gesundheitssystem. Die von den Patienten am häufigsten erwähnten Probleme sind mangelnde Erklärung von seiten der Ärzte bei der Ankündigung der Krankheit, mangelndes Beachten und Zuhören, mangelnde psychologische und praktische Unterstützung und viel zu oft noch mangelnde Koordination von Pflege und medizinisch-sozialer Betreuung [24]. Der Patient muss sich als gleichberechtigter Partner etablieren, die Mitsprache soll gefördert werden. Zu diesem Zweck sollen im Rahmen des Nationalen Krebsprogramms Patientengruppen und Dialogplattformen gefördert werden. Die Anliegen von Patientinnen und Patienten sollen auch in die Fort- und Weiterbildung von Fachleuten im Gesundheitswesen einfließen.

Den Kampf gegen Krebs auf eine solide Grundlage stellen

Um im Krebsbereich Handlungsbedarf zu identifizieren und die nötigen Massnahmen zu evaluieren, sind fundierte Bevölkerungsdaten unabdingbar. Die Epidemiologie kann solche Zahlen bereitstellen. Ohne sie ist es den Fachleuten aus dem Gesundheitswesen, den Klinikern und Verantwortlichen aus der Politik unmöglich, Prioritäten besser zu definieren, die Wirksamkeit der Präventivmassnahmen und des Pflegesystems zu evaluieren, die zweckmässigste Praxis zu verallgemeinern, Ungleichheiten und unerwünschte Wirkungen in der Behandlung aufzudecken, Auswirkungen von Umwelt- und Berufsrisiken zu verfolgen und soziale Ungleichheiten zu erfassen [25]. Die neun existierenden Krebsregister stehen aber unter hohem finanziellem Druck. Und in vielen Kantonen wird bisher noch gar keine Krebsregisterbetriebe^a betrieben, so dass nur etwa 56% der Einwohnerinnen und Einwohner unseres Landes erfasst werden.

Angesichts der äusserst unbefriedigenden Lage ist es für das Nationale Krebsprogramm von zentraler Bedeutung, eine valide epidemiologische Erfassung zu garantieren, die einen möglichst grossen Teil der Bevölkerung in der Schweiz einbezieht. Bei der Konsultation zum Nationalen Krebsprogramm wurde in allen Kantonen die Wichtigkeit einer einheitlichen, national gültigen und qualitativ einwandfreien Datenerhebung betont und die Gründung einer

nationalen Institution befürwortet. In vielen Gesprächen wurde dies sogar als die erste Priorität des Nationalen Krebsprogramms genannt. Um über gültige, für das Nationale Krebsprogramm informative Daten zu verfügen, müssen die Normen für die Datenerfassung vereinheitlicht und die gesetzliche Grundlage verbessert werden. Die Krebsregister müssen durch eine nationale Institution im Bereich der Krebsregisterbetriebe ergänzt werden, die die erfassten Daten analysiert und veröffentlicht [26].

Hoffnungsträger Forschung

Krebsforschung hat viele Facetten. Sie gibt den Patientinnen und Patienten, die an bisher unheilbaren Krebsformen leiden oder massive Einbussen ihrer Lebensqualität hinnehmen müssen, Hoffnung. Sie hilft uns auch, die Ursachen von Krebserkrankungen besser zu verstehen und Krebs früher zu erkennen. Der Überbegriff Krebsforschung beinhaltet somit neben der Grundlagenforschung, der angewandten und der klinischen Forschung auch Forschungsaspekte von Public Health^b, Prävention, Gesundheitsförderung, Palliative Care, Pflege und psychosozialer Betreuung.

Klinische Krebsforschung weiterhin ermöglichen

Die Arbeit der klinischen Krebsforschung, insbesondere des Schweizerischen Instituts für angewandte Krebsforschung und der International Breast Cancer Study Group, ist hervorragend und weltweit anerkannt. Diese sehr kompetitive Forschung wird aber zunehmend durch die im internationalen Vergleich kleinen und dezentralen Strukturen erschwert. Die administrativen Aufwendungen sind inzwischen so umfangreich und kompliziert geworden, dass mittelgrosse und kleine Spitäler diese nicht mehr bewältigen können. Dies ruft nach regionalen Netzwerken mit einer professionellen Studienverwaltung. Durch die föderale Struktur ist zudem bei einer landesweit durchgeführten Studie eine grosse Zahl von Ethikkommissionen um ihre Zustimmung zu fragen, mit allein dadurch ausgelöst Kosten von bis zu 40 000 Franken pro Studie. Dazu sind die Anforderungen an die Haftpflichtversicherung so hoch, dass exorbitante Versicherungsprämien resultieren. Von der Industrie unabhängige Forschung wird deshalb immer schwieriger zu finanzieren.

a Epidemiologie: Sammlung und Auswertung von Zahlen und Angaben zur Häufigkeit und Bedeutung von gewissen Krankheiten und deren Behandlung, in diesem Fall Krebs und Krebstherapien.

b Public Health befasst sich mit Gesundheit und Krankheit ganzer Bevölkerungsgruppen, während die Medizin sich um den einzelnen Menschen und Patienten kümmert.

Die bei der Entstehung des Nationalen Krebsprogramms konsultierten Verantwortlichen in den Kantonen hoben besonders hervor, dass die Forschung in Public Health und im psychosozialen Bereich sehr vernachlässigt wurde und dass es lohnend wäre, ihr besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Zudem wurde immer wieder erwähnt, dass die klinische Forschung durch eine zu starke Reglementierung behindert wird.

Aus Sicht des Nationalen Krebsprogramms sollen Forschungsnetzwerke gefördert werden, speziell für *translational research*^c, *outcome research*^d, Public-Health-Forschung und die psychosoziale Krebsforschung.

Wie weiter mit dem Nationalen Krebsprogramm?

Die föderalistisch begründete Vielfalt der Schweiz ist zugleich eine Stärke und eine Schwäche unseres Landes. In allen vom Krebsprogramm erfassten Bereichen hat sie eine grosse Zahl fruchtbarer Aktivitäten hervorgebracht. Andererseits erschwert sie ein koordiniertes Vorgehen im Kampf gegen Krebs und führt zu beträchtlichen Mehrkosten. Der Wille, das Fachwissen und die finanziellen Mittel sind grösstenteils vorhanden. Durch verstärkte Koordination und Vernetzung könnten sie erfolgreicher eingesetzt werden.

In verschiedenen Bereichen braucht es die Bereitschaft, althergebrachte Strukturen zu verändern und rechtliche Grundlagen anzupassen. Dafür ist politischer Wille und teilweise eine nicht unbeträchtliche Anstossfinanzierung notwendig. Ziel des Nationalen Krebsprogramms ist es, durch die vorgeschlagenen Massnahmen mittel- und langfristig Synergien zu schaffen und die Gegebenheiten so zu verbessern, dass letztendlich Geld gespart bzw. am richtigen Ort eingesetzt werden kann.

Das Nationale Krebsprogramm enthält viele detaillierte Vorschläge und Anstösse zur Stärkung des Kampfes gegen Krebs in der Schweiz. Für eine erfolgreiche Umsetzung einer nationalen Krebsbekämpfungspolitik braucht es auf Bundesebene eine Instanz, die eine koordinierende Funktion wahrnimmt. Das Nationale Krebsprogramm auf Bundesebene zu steuern, bedeutet,

- einheitliche Rahmenbedingungen und Standards zu setzen;
- die Dynamisierung und Steuerung des Programms zu übernehmen, besonders in Fragen der allgemeinen Planung und Koordination, der Gesundheitsförderung und Prävention und der Früherkennung;

- Daten zusammenzuführen;
- Information aufzubereiten und den Informationsaustausch zu fördern; und schliesslich
- auch mit den Krankenversicherern Verhandlungen zu führen.

In anderen europäischen Ländern wird diese Rolle vom Gesundheitsministerium wahrgenommen und manchmal auch teilweise an eine krebsspezifische nationale Organisation delegiert. In der Schweiz soll idealerweise das Bundesamt für Gesundheit die Steuerungskompetenz auf Bundesebene erhalten und in Abstimmung mit der Gesundheitsdirektorenkonferenz wahrnehmen. Wer auch immer diese Führungsverantwortung übernimmt, sollte die entsprechende legale und fachliche Kompetenz und auch die nötigen finanziellen Ressourcen haben.

Literatur

- 1 Lutz JM, et al. Cancer prevalence in Central Europe: the EUROPREVAL Study. *Ann Oncol* 2003;14(2):313-23.
- 2 Berrino F, Capocaccia R, Estève J, et al (eds.). *Survival of Cancer Patients in Europe: the EURO-CARE-2 Study*. Scientific publications No. 151. Lyon: IARC; 1999.
- 3 Bouchardy C, Verkooijen HM, Fioretta G. Impact of socioeconomic status on incidence and mortality of breast cancer. A population-based study. Submitted 2004.
- 4 Bouchardy C, et al. Cancer risk by occupation and socioeconomic group among males. A study by the Association of Swiss Cancer Registries. *Scand J Work Environ Health* 2002;28(suppl 1):1-88.
- 5 WHO. *National Cancer Programmes – policies and managerial guidelines*. 2nd edition. Geneva: WHO; 2002.
- 6 CDC. *Guidance for Comprehensive Cancer Control Planning*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2002.
- 7 Boyle P, et al. European code against cancer and scientific justification: third version (2003). *Ann Oncol* 2003;14(7):973-1005. www.cancercode.org/code.htm.
- 8 UICC. *Evidence-based Cancer Prevention: Strategies for NGOs. A UICC Handbook for Europe*. Geneva: Union Internationale Contre le Cancer; 2004.
- 9 Colditz GA, et al. *Harvard report on cancer prevention, vol. 5: Fulfilling the potential for cancer prevention: policy approaches*. *Cancer Causes Control* 2002;13(3):199-212.
- 10 Council recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening. *Official Journal of the European Union* L 327/34 (2003/878/EC) http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/genetics/legal_genetics_en.htm.

c translational research: Forschung zur Umsetzung der Grundlagenforschung in die Praxis.

d outcome research: Forschung zum Einfluss verschiedener Therapiemöglichkeiten auf Lebensqualität und Überlebenschancen von Patienten.

- 11 Pignone M, Saha S, Hoerger T, Mandelblatt J. Cost-effectiveness analyses of colorectal cancer screening: a systematic review for the U.S. preventive services task force. *Ann Intern Med* 2002; 137(2):96-104.
- 12 Domenighetti G, D'Avanzo B, Egger M, et al. Women's perception of the benefits of mammography screening: population-based survey in four countries. *Int J Epi* 2003;32:816-21.
- 13 Wanner P, Raymond L, Bouchardy C. Geographical disparities in self-reported use of mammography and breast self-examination according to the Swiss Health Survey. *Ann Oncol* 2001;12:573-5.
- 14 Breast Cancer Screening. Volume 7 of "Handbooks on Cancer Prevention". Lyon: IARC; 2002.
- 15 Zwahlen M, Probst N, Baschung B, de Wolf C, Marty-Tschumi E, Borisch B. Positionspapier zur Brustkrebsfrüherkennung durch Mammographie der Krebsliga Schweiz. Krebsliga Schweiz 2002. www.swisscancer.ch.
- 16 Zwahlen M, Bopp M, Probst-Hentsch NM. Mammography screening in Switzerland: limited evidence from limited data. *Swiss Med Wkly* 2004;134:295-306.
- 17 Bouchardy C, Schüler G, Raymond L. Epidemiology of cervix cancer. SIAK report for OFAS. Krebsregister des Kantons Genf. 2000.
- 18 Recommendations on cancer screening in the European Union. Position paper of the Advisory Committee on Cancer Prevention. *Eur J Cancer* 2000;36:1473-8.
- 19 Wanner P, Raymond L, Bouchardy C. Taux de participation au dépistage du cancer du col utérin d'après l'Enquête suisse de santé conduite en 1997. *Bull Suisse Cancer* 2000;2:86-9.
- 20 The National Cancer Policy Board. Ensuring Cancer Quality Care. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies; 1999.
- 21 The National Cancer Policy Board. Interpreting the volume-outcome relationship in the context of cancer care. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies; 2001.
- 22 Bouchardy C, et al. Undertreatment strongly decreases prognosis of breast cancer in elderly women. *J Clin Oncol* 2003;21(19):3580-7.
- 23 Raemy-Bass C, Lugon JP, Eggimann JC. Palliative Care in der Schweiz. Bestandesaufnahme 1999-2000. Krebsliga Schweiz und Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung.
- 24 Krebsliga Schweiz – Studie zum Stand der psychosozialen Onkologie in der Schweiz. Bern: Krebsliga Schweiz; 2004. Endgültiger Bericht in Erstellung; mehr Information bei Sascha Navarra, Effingerstrasse 40, 3001 Bern, navarra@swisscancer.ch.
- 25 Parkin DM, Wagner GGG, Muir CS (eds.). The Role of the Registry in Cancer Control. IARC Scientific Publications, no. 66. Lyon: IARC; 1985.
- 26 Bouchardy C, Probst N, Alleman J, et al. Towards the creation of a National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER). *Schweizer Krebsbulletin* 2003.