



Bayerisches Staatsministerium für
Umwelt und Gesundheit



Gesund. Leben. Bayern.



AKTIV GEGEN KREBS

ERSTER BAYERISCHER KREBSBERICHT

VORSORGE
BEHANDLUNG
NACHSORGE

ERSTER BAYERISCHER KREBSBERICHT
VORSORGE – BEHANDLUNG – NACHSORGE



Sehr geehrte Damen und Herren,

jeder zweite Mann und über 40 % aller Frauen müssen im Lauf ihres Lebens damit rechnen, an Krebs zu erkranken. Allein in Bayern erkranken jedes Jahr ca. 68 000 Menschen neu an Krebs.

Die gute Nachricht ist, dass durch eine verbesserte Diagnostik und Therapie immer mehr Menschen die Krebserkrankung überleben. In Bayern liegen dabei die Neuerkrankungsrate und die Sterblichkeit an Krebs unter dem bundesdeutschen Durchschnitt. Krebserkrankungen stellen jedoch nach wie vor die zweithäufigste Todesursache dar.

Der Erste Bayerische Krebsbericht fasst die bisher erreichten Fortschritte in der Vermeidung und Früherkennung von Krebs, in der Patientenversorgung sowie der Beratung und Information von Betroffenen und ihren Angehörigen in übersichtlicher Form zusammen. Er möchte interessierten Bürgerinnen und Bürgern, Patientinnen und Patienten neutrale Informationen bieten und den Akteuren des Gesundheitswesens Handlungsoptionen aufzeigen.

Insbesondere der Gesundheitsförderung und Prävention kommt bei der Krebsbekämpfung eine besondere Bedeutung zu. Viele Krebserkrankungen sind durch geeignete Gesundheitsförderungsmaßnahmen beeinflussbar. Wichtig sind auch die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden: Je früher Krebs erkannt und der Betroffene einer qualifizierten Behandlung zugeführt wird, um so größer ist die Aussicht auf einen Heilerfolg.

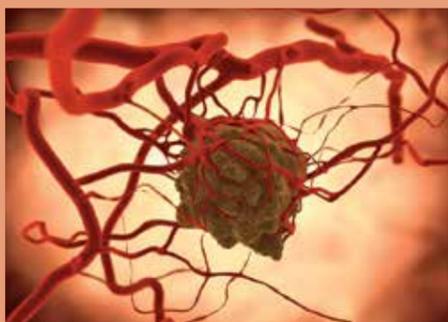
Unser Jahresschwerpunktthema 2013 steht unter dem Motto „Gesund.Leben.Bayern. Aktiv gegen Krebs.“ Wir wollen Prävention und Vorsorge stärken und über einen gesundheitsförderlichen Lebensstil informieren. Krebs kann durch eine gesunde Lebensweise, wie z. B. ausreichende Bewegung und gesunde Ernährung, in vielen Fällen verhindert werden. Zudem können Bewegung und Sport den Krankheitsverlauf bei Krebs positiv beeinflussen. Wir möchten die bayerische Bevölkerung besonders über die positiven Auswirkungen von Bewegung und Sport bei Krebs informieren und ermutigen, wenn möglich auch bei einer Krebserkrankung körperlich aktiv zu bleiben.


Dr. Marcel Huber MdL
Bayerischer Staatsminister für
Umwelt und Gesundheit


Melanie Huml MdL
Staatssekretärin im
Bayerischen Staatsministerium für
Umwelt und Gesundheit

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINE ERKRANKUNG, DIE ALLE ANGEHT	4
2. KREBS IN BAYERN: DIE DATEN	6
2.1 Wie viele Menschen sind betroffen?	7
2.2 Welches sind die häufigsten Krebsarten?	9
2.3 In welchem Lebensalter ist Krebs besonders häufig?	10
2.4 Wie hoch ist die Sterblichkeit?	11
2.5 Krebs bei Kindern	14
3. URSACHEN, RISIKEN UND IHRE VERMEIDUNG	15
3.1 Umwelt und Verhalten	15
4. EIN NETZ FÜR BEHANDLUNG UND HILFE: DAS VERSORGUNGSSYSTEM	28
4.1 Gefahr erkannt, Gefahr gebannt? Krebsfrüherkennung	28
4.2 Diagnose Krebs: Wie geht es weiter?	31
4.3 Krebs in der ambulanten Behandlung	32
4.4 Mit Krebs ins Krankenhaus: Die stationäre Behandlung	33
4.5 Die Qualität sichern und weiter verbessern: Onkologische Versorgung in zertifizierten Strukturen	35
4.6 Besondere Fürsorge für die Jüngsten: Die onkologische Versorgung von Kindern	37
4.7 Integration und Teilhabe: Die Onkologische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund	38
4.8 Nachsorge und Reha: Wenn die Erstbehandlung überstanden ist	40
4.9 Die Krankheit bewältigen: Krebsberatung, Psychoonkologie, Selbsthilfe	43
4.10 Begleitung auf einem schweren Weg: Palliativ- und Hospizversorgung	49
4.11 Wissen ist das größte Kapital: Onkologische Forschung	52
4.12 Tumorzentren	54
UNTER DER LUPE:	
5. BRUSTKREBS	57
6. DARMKREBS	63
7. LUNGENKREBS	69
8. PROSTATAKREBS	74
9. HAUTKREBS	79
10. WIE GEHT ES WEITER? DIE BAYERISCHE KREBSSTRATEGIE	84



EINE ERKRANKUNG, DIE ALLE ANGEHT

1. EINE ERKRANKUNG, DIE ALLE ANGEHT

Krebs ist die Krankheit, die Menschen in Deutschland am meisten fürchten. Seit Jahren nennen mehr als zwei Drittel der über 14-Jährigen Krebs an erster Stelle jener Erkrankungen, vor der sie die größte Angst haben, mit großem Abstand erst folgen die Sorge vor schweren Unfällen, vor Schlaganfall, Demenz oder Herzinfarkt. „Weil Krebs jeden treffen kann“, ist die häufigste Begründung für diese Sorge, und etwa jeder Zweite kennt Krankheitsfälle in der Familie oder im Freundkreis¹.

In Bayern leben mindestens 350 000 Menschen mit der Diagnose „Krebs“. Es sind 350 000 Schicksale, die nicht nur die Kranken selbst, sondern auch ihre Familien und Freunde belasten, die mindestens vorübergehende Lücken am Arbeitsplatz, in Gemeinde oder Verein reißen, 350 000 Patientinnen und Patienten, die bestmöglich versorgt und behandelt werden müssen. Weltweit arbeiten Ärzte und Wissenschaftler daran, immer mehr über die Ursachen und Begleitfaktoren von Krebserkrankungen zu erfahren, Früherkennung, Behandlungsmöglichkeiten und Nachsorge weiter voranzubringen.

In vielen Bereichen sind bayerische Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler an der Spitze mit dabei. Dank ihrer Erkenntnisse und einer im internationalen Vergleich sehr guten Versorgungssituation sind die Prognosen für viele Krebspatientinnen und -patienten bei uns heute günstiger denn je. Die Rate der Krebs-Sterblichkeit insgesamt liegt in Bayern leicht unter dem bundesdeutschen Durchschnitt, auch die Rate der Neuerkrankungen ist hier etwas niedriger. Dennoch: Nach wie vor sind Krebserkrankungen die zweithäufigste Todesursache.

Wer Prävention und Versorgung weiter verbessern will, muss über die aktuelle Situation Bescheid wissen. Zugleich kann Wissen Ängste abbauen, Ängste bei Betroffenen und bei all jenen, die sie begleiten, die möglicherweise aber auch selbst einmal betroffen sein werden. Denn nach Berechnungen des Robert Koch-Instituts und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland müssen jeder zweite Mann und 43 % aller Frauen damit rechnen, im Lauf ihres Lebens an Krebs zu erkranken.² Wie viele Menschen sind in Bayern betroffen? Wie sind die Heilungschancen? Was kann beim Leben mit Krebs helfen? Wissen darüber kann dazu beitragen, eine Krebserkrankung aktiv zu bewältigen, und es unterstreicht einmal mehr die Bedeutung von Vorsorge und Früherkennung.

Der Fachbericht „Krebs in Bayern“³, der diese Broschüre ergänzt, liefert eine umfassende Analyse der aktuellen Situation auf der Basis von Gutachten aus den bayerischen Universitäten und Erkenntnissen des Bevölkerungsbezogenen Krebsregisters in Bayern, das mit einer Erfassungsrate von über 90 % aller Krebserkrankungen eine herausragende, verlässliche Datengrundlage bildet. Die vorliegende Broschüre fasst die wichtigsten Informationen daraus zusammen. Krebs in Bayern 2013: Es ist viel erreicht – und es gibt viel zu tun.

¹ DAK, Repräsentative Befragung „Angst vor Krankheiten“ im Oktober/November 2012 in Deutschland durch forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH

² Krebs in Deutschland 2007/2008. 8. Ausgabe. Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.), Berlin 2012

³ Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2013) (Hrsg.) Krebs in Bayern. Fachbericht. Erlangen. Im Internet: [www.lgl](http://www.lgl.bayern.de).



KREBS IN BAYERN: DIE DATEN

2. KREBS IN BAYERN: DIE DATEN

Eckdaten Krebs

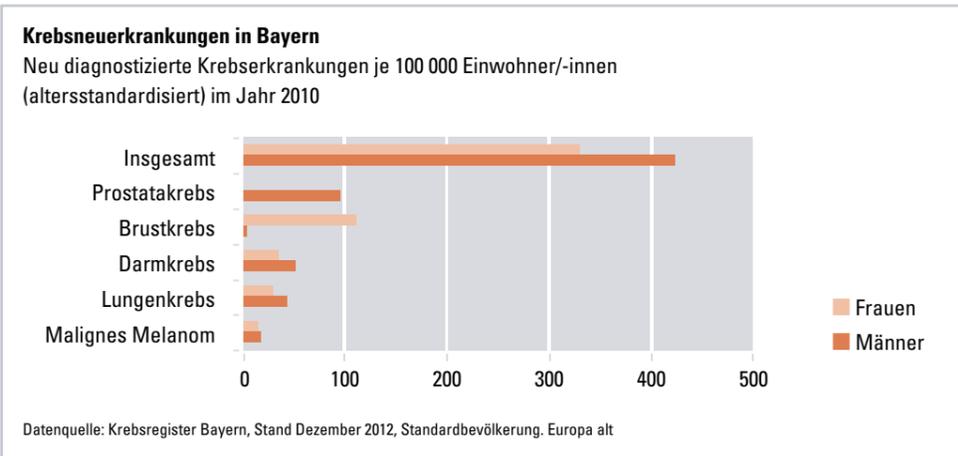
BAYERN	männlich	weiblich
Neuerkrankungen 2010	35 255	31 872
Neuerkrankungsrate je 100 000 Ew., altersstand.	421,7	331,7
Sterbefälle 2011	16 908	14 838
Sterbefälle je 100 000 Ew., altersstand.	188,5	126,3

DEUTSCHLAND	männlich	weiblich
Neuerkrankungen 2009	256 142	224 660
Neuerkrankungsrate je 100 000 Ew., altersstand.	458,9	350,8
Sterbefälle 2011	122 799	105 421
Sterbefälle je 100 000 Ew., altersstand.	201,7	132,0

Quellen: Krebsregister Bayern, GEKID, Statistisches Bundesamt
Neuerkrankungen: C00-C97, ohne C44 mit D09.0 und D41.4, Sterbefälle: C00-D48

2.1 Wie viele Menschen sind betroffen?

Insgesamt 67 127 Menschen in Bayern mussten im Jahr 2010, dem derzeit jüngsten für die Auswertung verfügbaren Jahr, die Diagnose einer bösartigen Neubildung erfahren. Die statistisch errechnete Neuerkrankungsrate, die die Zahl der Erkrankungen pro 100 000 Einwohner/-innen angibt, lag für Männer bei 421,7 und für Frauen bei 331,7.⁴ Bundesweit liegen die Raten etwas höher, im Jahr 2009 erkrankten in Deutschland 458,9 Männer und 350,8 Frauen von 100 000 Einwohnern an Krebs.⁵ Niedrigere Werte werden in Bayern vor allem bei tabakbedingten Krebserkrankungen verzeichnet, insbesondere bei Tumoren von Lunge, Speiseröhre, Kehlkopf und Harnblase, höhere dagegen bei malignen Melanomen („Schwarzer Hautkrebs“) und Schilddrüsentumoren.



⁴ Krebsregister Bayern, Datenstand Dezember 2012
⁵ GEKID, Datenstand Dezember 2012

Innerhalb Bayerns gibt es zum Teil deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit von Krebserkrankungen. So war in den Jahren 2006 bis 2010 die Erkrankungsrate bei den Männern in Oberbayern mit durchschnittlich 428 Krebs-Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohner am geringsten, in Oberfranken mit 492 Fällen pro 100 000 Einwohner am höchsten. Bei den Frauen gab es in Unterfranken die niedrigste Neuerkrankungsrate (323 Fälle pro 100 000 Einwohnerinnen), die höchste in Mittelfranken (362 Fälle pro 100 000 Einwohnerinnen). Diese regionalen Unterschiede bei den Krebserkrankungen werden, wie viele andere Aspekte der gesundheitlichen Situation, u. a. von der sozioökonomischen Lage der Bevölkerung beeinflusst. Als vermittelnde Faktoren spielen dabei das Rauchen, der Alkoholkonsum, die Ernährung und das Bewegungsverhalten eine wichtige Rolle. Eine im Auftrag des Bayerischen Gesundheitsministeriums vor einigen Jahren durchgeführte Studie zu regionalen Unterschieden des Gesundheitsverhaltens geht näher auf diese Zusammenhänge ein.⁶

Krebsneuerkrankungen in den Regierungsbezirken

Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohner/-innen in den Jahren 2006 bis 2010

	Männer	Frauen
Oberbayern	427,9	344,3
Niederbayern	456,0	349,8
Oberpfalz	491,0	351,1
Oberfranken	492,1	355,2
Mittelfranken	487,0	361,8
Unterfranken	458,5	323,1
Schwaben	430,7	330,4

Datenquelle: Krebsregister Bayern, Bearbeitungsstand Dezember 2012, altersstandardisierte Raten (alte Europabevölkerung)

Steigt die Zahl der Krebserkrankungen?

Insgesamt hat die Zahl der Krebsfälle in ganz Deutschland in den vergangenen 30 Jahren deutlich zugenommen, bei Frauen um 40 %, bei Männern sogar um mehr als 90 %. Grund dafür ist die demographische Entwicklung mit einer wachsenden Zahl älterer Menschen – und Krebs ist in den meisten Fällen eine Erkrankung des höheren Lebensalters. Rechnet man die Alterung der Bevölkerung statistisch heraus und betrachtet dann die Zahl der Krebsneuerkrankungen bezogen auf die Einwohnerzahl, zeigt sich ein etwas anderes Bild: Diese sogenannten altersstandardisierten Neuerkrankungsraten sind seit 1980 um 20 % bis 30 % gestiegen⁷ und gehen neuerdings bei Männern leicht zurück, der Grund dafür sind vor allem weniger Darm- und Lungenkrebsfälle bei den Männern. Bei den Frauen hingegen gibt es keine wesentliche Änderung der Neuerkrankungsrate. Zwar geht auch bei ihnen Darmkrebs zurück, anders als bei den Männern ist aber eine Zunahme von Lungenkrebs zu beobachten. Außerdem werden seit Einführung der Brustkrebs-Früherkennung („Mammographie-Screening“) häufiger – meist kleine – Tumoren der Brust entdeckt, wodurch auch bei dieser Krebsart die Erkrankungsrate zunächst ansteigt. Langfristig aber sollte durch die Früherkennungsmaßnahmen die Zahl größerer Brusttumoren zurückgehen.

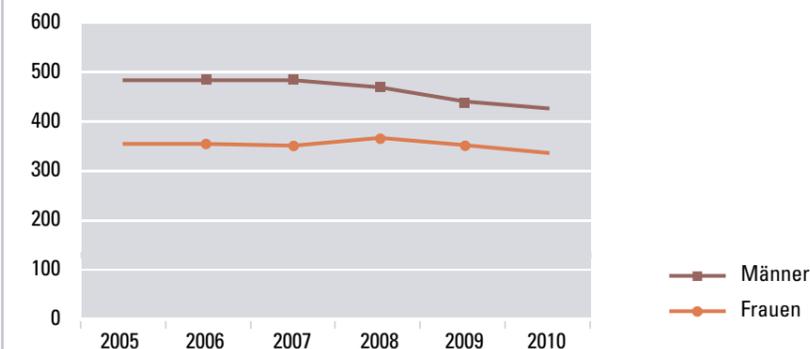
⁶ Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Gesundheit regional. Eine Untersuchung zu regionalen Unterschieden des Gesundheitsverhaltens. Erlangen, 2007.

⁷ RKI: Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland, 2010

Wie sich die Zahl der Krebserkrankungen künftig entwickeln wird, ist schwer zu prognostizieren. Die demografische Entwicklung wird einen weiteren Anstieg der absoluten Fallzahlen bei den Neuerkrankungen nach sich ziehen, dessen Ausmaß u. a. davon abhängt, ob und in welchem Umfang relevante Krebsrisiken, z. B. das Rauchen, der Alkoholkonsum oder die Feinstaubbelastung, reduziert werden können.

Krebsneuerkrankungen in Bayern

Neu diagnostizierte Krebserkrankungen je 100 000 Einwohner/-innen (altersstandardisiert), 2005 bis 2010



Datenquelle: Krebsregister Bayern, Bearbeitungsstand Dezember 2012, Standardbevölkerung, Europa alt

2.2 Welches sind die häufigsten Krebsarten?

Hinsichtlich der Häufigkeit der einzelnen Krebsarten ist die Situation in Bayern kaum anders als im übrigen Deutschland. Nach wie vor ist bei Frauen Brustkrebs mit fast 32 % aller Neuerkrankungen die mit Abstand häufigste Krebserkrankung, 10 067 Fälle wurden im Jahr 2010 in Bayern festgestellt. An zweiter Stelle steht Darmkrebs mit 3995 Fällen, gefolgt von Lungenkrebs mit 1973 Fällen.

Bei Männern liegt das Prostatakarzinom an der Spitze der Krebserkrankungen (8508 Fälle in Bayern im Jahr 2010), an zweiter Stelle ebenfalls gefolgt von Darmkrebs (5107 Fälle). An dritter Stelle steht der Lungenkrebs (3933 Fälle). Die absolute Zahl der Krebserkrankungen ist bei Männern insgesamt höher als bei Frauen.

Krebsneuerkrankungen in Bayern, 2010

Männer			Frauen		
	Anzahl	Anteil		Anteil	Anteil
Prostata	8508	24,1 %	Brust	10 067	31,6 %
Darm	5107	14,5 %	Darm	3995	12,5 %
Lunge	3933	11,2 %	Lunge	1973	6,2 %
Harnblase	2458	7,0 %	Gebärmutterkörper	1670	5,2 %
Malignes Melanom („Schwarzer Hautkrebs“)	1629	4,6%	Malignes Melanom („Schwarzer Hautkrebs“)	1461	4,6 %
Lippe, Mundhöhle, Rachen	1422	4,0 %	Bauchspeicheldrüse	1203	3,8 %
Niere	1415	4,0 %	Eierstöcke	1171	3,7 %
Magen	1320	3,7 %	Magen	1026	3,2 %
Bauchspeicheldrüse	1173	3,3 %	Lymphome	926	2,9 %
Lymphome	1107	3,1 %	Niere	902	2,8 %
Leber	895	2,5 %	Schilddrüse	889	2,8 %
Leukämien	871	2,5 %	Harnblase	825	2,6 %
Sonstige (ohne andere Hauttumoren) ⁸	5417	15,4 %	Sonstige (ohne andere Hauttumoren)	5764	18,1 %
Insgesamt (ohne andere Hauttumoren)	35 255	100,0 %	Insgesamt (ohne andere Hauttumoren)	31 872	100,0 %

Datenquelle: Krebsregister Bayern, Bearbeitungsstand Dezember 2012

2.3 In welchem Lebensalter ist Krebs besonders häufig?

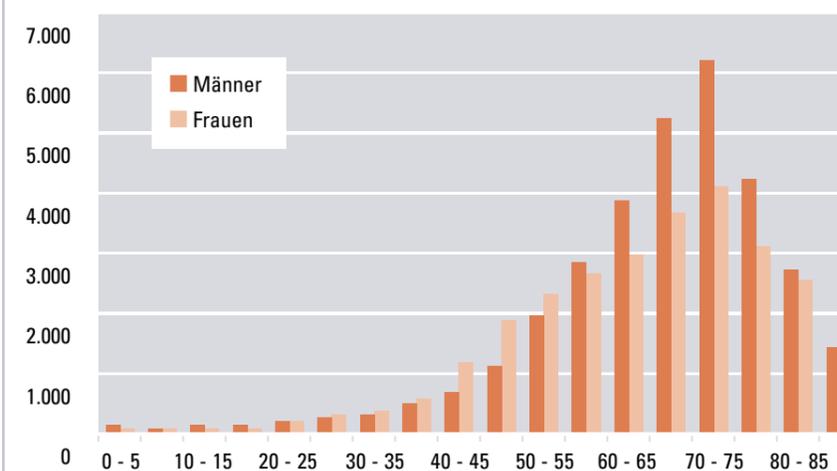
Fast alle Krebsarten kommen bei älteren Menschen häufiger vor als bei jüngeren. Die Rate der jährlichen Neuerkrankungen ist bei den über 80-Jährigen in Deutschland derzeit etwa 200 bis 300 mal höher als bei Kindern unter 15 Jahren.⁹ Betrachtet man für alle Krebsarten zusammen das Alter, in dem die Erkrankung erstmals festgestellt wird, so liegt dies in Bayern bei Männern im Durchschnitt bei 69, bei Frauen bei 67 Jahren.

⁸ Von den verschiedenen Tumoren der Haut werden – wie international üblich – nur maligne Melanome („Schwarzer Hautkrebs“) in die Statistiken aufgenommen. Andere Hauttumoren, insbesondere Basalzellkarzinome („Weißer Hautkrebs“), entwickeln nur selten Metastasen. Sie spielen bei den Todesursachen keine Rolle und werden daher nicht überall systematisch erfasst. Es wird geschätzt, dass im Jahr 2010 in Bayern bei Männern ca. 8900 dieser „anderen Hauttumoren“ aufgetreten sind, bei Frauen ca. 7700.

⁹ RKI: Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland, 2010

Altersverteilung der Krebserkrankungen in Bayern

Neuerkrankungen im Jahr 2010



Datenquelle: Krebsregister Bayern, Stand Dezember 2012.

Die Altersverteilung ist jedoch nicht für alle Krebserkrankungen ähnlich, im Gegenteil. Ein vergleichsweise hohes durchschnittliches Erkrankungsalter haben zum Beispiel bösartige Tumoren des Magens (Männer 70, Frauen 74 Jahre) oder der Harnblase (Männer 72, Frauen 73 Jahre). Dagegen treten beim malignen Melanom, dem „Schwarzen Hautkrebs“, die Erkrankungen deutlich früher auf, das mittlere Erkrankungsalter liegt hier bei 65 (Männer) bzw. 59 Jahren (Frauen). Auch Brustkrebs kommt bei Frauen oft schon im mittleren Lebensalter vor, weshalb der Altersgipfel der Neuerkrankungen bei 63 Jahren liegt. Typische Krebserkrankungen jüngerer Lebensjahre sind der Morbus Hodgkin, eine bösartige Erkrankung des lymphatischen Systems (durchschnittliches Erkrankungsalter bei Männern 43, bei Frauen 37 Jahre), Krebs des Gebärmutterhalses bei Frauen (51 Jahre) und Hodentumoren bei Männern (38 Jahre).

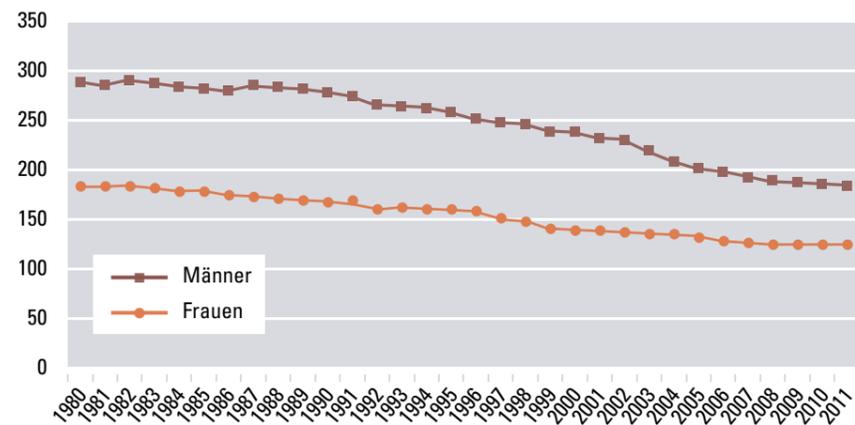
2.4 Wie hoch ist die Sterblichkeit?

Die großen Fortschritte in Früherkennung und Behandlung von Krebserkrankungen zeigen Wirkung: Seit Jahren geht die Sterblichkeit bei Krebserkrankungen zurück, sowohl bayern- als auch bundesweit. Zugleich wächst die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach einer Krebsdiagnose noch am Leben sind: Hatte diese so genannte Fünf-Jahres-Überlebensrate in den 1980er Jahren bei Frauen nur etwa 50 % betragen – jede zweite Frau war also innerhalb von fünf Jahren nach der Entdeckung ihrer Krebserkrankung verstorben – so liegt sie heute bei 64 %. Bei Männern konnte die Überlebensrate von damals etwa 40 % auf heute 59 % gesteigert werden. Zwischen den einzelnen Krebsarten und dem Stadium, in dem sie entdeckt werden, gibt es dabei ganz erhebliche Unterschiede; nicht für alle Fälle sind die Prognosen günstig. Noch immer etwa sind die Fünf-Jahres-Überlebensraten beim besonders aggressiven Bauspeicheldrüsenkrebs mit unter 10 % sehr gering, während sie beim Hodenkrebs bei über 95 % liegen.



Krebssterblichkeit in Bayern

Sterbefälle je 100 000 Einwohner/-innen (altersstandardisiert), 1980 bis 2011



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, C00-D48

Ein besonders deutlicher Rückgang ist bei den häufigen Tumoren von Prostata, Brust und Darm zu verzeichnen, auch die Sterblichkeit an Magen-, Gebärmutterhals-, Eierstock- und Nierenkrebs ist zurückgegangen. Diesem allgemeinen Trend entgegen steht unter anderem ein Anstieg der Sterblichkeit an Lungenkrebs bei Frauen.

Insgesamt sind im Jahr 2011 in Bayern 16 908 Männer und 14 838 Frauen an den Folgen einer Krebserkrankung verstorben. Statistisch betrachtet entspricht dies 189 Männern bzw. 126 Frauen von jeweils 100 000 Einwohner/-innen. Bundesweit lag die Krebs-Sterblichkeit im gleichen Jahr mit 202 Männern und 132 Frauen je 100 000 Einwohner/-innen etwas höher (jeweils altersstandardisiert). Das durchschnittliche Alter der an Krebs Verstorbenen in Bayern betrug 74,2 Jahre (Frauen) bzw. 72,2 Jahre (Männer).

Wie bei der Häufigkeit von Krebserkrankungen gibt es auch bei der Krebssterblichkeit innerhalb Bayerns regionale Unterschiede. Eine Analyse der Jahre 2006 bis 2010 zeigt für Männer eine Rate zwischen 182 Krebs-Todesfällen pro 100 000 Einwohner in Oberbayern und 208 Krebs-Todesfällen pro 100 000 Einwohner in der Oberpfalz. Bei Frauen waren die Unterschiede etwas geringer, die Raten lagen zwischen 120 Todesfällen (Unterfranken) und 127 Todesfällen (Oberpfalz) je 100 000 Einwohner.

Krebsbedingte Todesfälle in den Regierungsbezirken

Krebsbedingte Todesfälle pro 100 000 Einwohner/-innen (altersstandardisiert) in den Jahren 2006 bis 2010

	Männer	Frauen
Oberbayern	181,5	122,9
Niederbayern	195,7	124,9
Oberpfalz	208,0	127,4
Oberfranken	207,1	125,7
Mittelfranken	198,1	126,5
Unterfranken	187,2	120,0
Schwaben	183,7	122,8

Datenquelle: Krebsregister Bayern, Bearbeitungsstand Dezember 2012

Wie hoch die Sterberaten einer Krebserkrankung sind, hängt nicht allein davon ab, wie häufig diese Erkrankung ist. So bilden zwar Prostata Tumoren mit Abstand die häufigste Krebsform bei Männern, sie sind aber vergleichsweise gut behandelbar bzw. weniger aggressiv und stehen daher nur an dritter Stelle der Sterblichkeit. Andere Tumorarten, insbesondere Lungenkrebs und Krebs der Bauchspeicheldrüse, haben eine erheblich schlechtere Prognose und daher einen höheren Anteil an der Krebssterblichkeit. Einen vergleichsweise hohen Anteil haben auch Darm- und Brustkrebs. Für beide Krebsarten gibt es heute jedoch wirksame Früherkennungsprogramme. Sie bieten die Chance, Tumoren in einem frühen Stadium zu entdecken, in dem sie noch gut behandelbar sind. Dies sollte mittel- bis langfristig zu einer Senkung der Sterblichkeit dieser Erkrankungen beitragen.

Krebssterblichkeit in Bayern, 2011

	Männer		Frauen		
	Anzahl	Anteil		Anteil	Anteil
Lunge	3394	20,1 %	Brust	2672	18,0 %
Darm	2033	12,0 %	Lunge	1740	11,7 %
Prostata	1883	11,1 %	Darm	1606	10,8 %
Bauchspeicheldrüse	1193	7,1 %	Bauchspeicheldrüse	1207	8,1 %
Magen	873	5,2 %	Eierstöcke	901	6,1 %
Leber	803	4,7 %	Magen	653	4,4 %
Leukämien	615	3,6 %	Leukämien	515	3,5 %
Lippe, Mundhöhle, Rachen	607	3,6 %	Lymphome	381	2,6 %
Speiseröhre	518	3,1 %	Gebärmutterkörper	379	2,6 %
Harnblase	470	2,8 %	Gehirn, Auge, ZNS	374	2,5 %
Niere	446	2,6 %	Leber	313	2,1 %
Gehirn, Auge, ZNS	429	2,5 %	Niere	289	1,9 %
Lymphome	423	2,5 %	Gebärmutterhals	224	1,5 %
Malignes Melanom	267	1,6 %	Malignes Melanom	173	1,2 %
Sonstige	2954	17,5 %	Sonstige	3411	23,0 %
insgesamt	16 908	100,0 %	insgesamt	14 838	100,0 %

Datenquelle: Krebsregister Bayern, Statistisches Landesamt

2.5 Krebs bei Kindern

Krebserkrankungen bei Kindern sind glücklicherweise nicht häufig. Bundesweit werden jedes Jahr etwa 1800 neue Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen bis zum 15. Lebensjahr festgestellt. Das Schicksal dieser jungen Patientinnen und Patienten geht vielen Menschen besonders nahe. Dank enormer Fortschritte in der Diagnostik und Behandlung konnte die Überlebensrate bei Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter auf insgesamt 75 % gesteigert werden, bei einzelnen Tumorarten über 90 %. Ein Großteil der belastenden, oft langwierigen Behandlungen muss im Krankenhaus durchgeführt werden, 3243 Krankenhausfälle wurden in Bayern im Jahr 2010 bei krebserkrankten Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren gezählt. Und trotz aller Verbesserungen in der Behandlung sind in Bayern in den vergangenen zehn Jahren jedes Jahr etwa 50 Kinder an Krebs gestorben, 38 waren es im Jahr 2011.

Art und Häufigkeit der Krebserkrankungen bei Kindern unterscheiden sich grundlegend vom Erwachsenenalter. Rund ein Drittel sind Leukämien, betreffen also das blutbildende System (34 %). In der Häufigkeit folgen Hirntumoren (23 %), Erkrankungen des lymphatischen Systems (Lymphome, 11 %) sowie Knochen- und Weichteiltumoren (11 %). Typisch für das Kindesalter sind auch die so genannten embryonalen Tumoren, die aus noch unreifen Zellen des Nervengewebes (Neuroblastome, 7 %) oder der Niere (Nephroblastom oder Wilms-Tumor, 6 %) entstehen, sowie Keimzelltumoren (3 %)¹⁰.

¹⁰ Deutsches Kinderkrebsregister, 2010



**URSACHEN, RISIKEN
UND
IHRE VERMEIDUNG**

3. URSACHEN, RISIKEN UND IHRE VERMEIDUNG

Der Begriff „Krebs“ umfasst eine Vielzahl bösartiger Erkrankungen verschiedener Organe und Organsysteme. Trotz der unterschiedlichen Auslöser, Ausprägungen und Krankheitsverläufe liegt ihnen allen ein gemeinsames Prinzip zugrunde: die Veränderung im Erbgut einer Zelle, eine so genannte genetische Mutation. Wie es genau dazu kommt, ist trotz immenser Forschungserfolge in der Molekularbiologie noch immer nicht vollständig geklärt. Neben der genetischen Grundausstattung, also der persönlichen, einzigartigen Erbinformation jedes einzelnen Menschen, spielen vielfältige äußere Faktoren eine Rolle, von der Umwelt bis hin zum Verhalten. Daneben scheinen Mutationen auch spontan, ohne äußere Einflüsse, zu entstehen. Daher ist schwer einzuschätzen, in welchem Umfang Krebserkrankungen vermeidbar wären. Internationale Untersuchungen sprechen von einem Viertel bis etwa der Hälfte aller Fälle; für Deutschland wurde errechnet, dass theoretisch 43 % bis 65 % aller Krebserkrankungen vermeidbar wären, also vermeidbaren Ursachen zuzurechnen sind. Realistischerweise ist dieses Potential nicht auszuschöpfen, z. B. weil nicht alle Menschen auf das Rauchen verzichten werden. Fachleute halten jedoch eine Verringerung um 18 % bis 31 % der Erkrankungen durchaus für erreichbar¹¹.

3.1 Umwelt und Verhalten

Nur bei einem kleinen Teil aller Krebspatientinnen und -patienten liegt eine nachweisbare erbliche Veranlagung für die Entwicklung einer Krebserkrankung vor. Unter den Brustkrebspatientinnen beispielsweise sind nur 5 % Trägerinnen einer sogenannten „Hochrisiko-Mutation“ der Brustkrebsgene BRCA 1 und 2.

Ein großer Teil der Krebserkrankungen in den westlichen Gesellschaften wird durch umwelt- und/oder verhaltensbedingte Risikofaktoren verursacht bzw. beeinflusst. Zahlreiche Studien haben einzelne oder mehrere dieser Faktoren und ihre Wirkungen untersucht, haben Wege der Krebsentstehung („Kanzergenese“) nachgezeichnet und daraus geschlossen, wie Krebs verhindert werden kann. Ohne Zweifel liegt in der Vermeidung von Risikofaktoren in der Umwelt und im persönlichen Verhalten – Fachleute sprechen von „Primärprävention“ – das größte Potenzial, um die Zahl von Krebserkrankungen zu senken. An erster Stelle stehen dabei der Tabakkonsum und Ernährungsfaktoren: Sie sind mit Abstand die größten vermeidbaren Risikofaktoren für die Krebsentstehung beim Menschen¹².

Nicht immer kann zwischen Krebsrisiken in der Umwelt und im Verhalten eine scharfe Trennung gezogen werden. Oft bestimmen wir durch unser persönliches Verhalten, ob und wie stark wir uns einem Risikofaktor der Umwelt aussetzen, etwa der UV-Strahlung beim Sonnenbad oder dem Passivrauch beim Aufenthalt in verrauchten Räumen. Eine entsprechende Gestaltung der Umwelt kann dazu beitragen, das gesundheitsförderliche Verhalten des Einzelnen zu beeinflussen und so das Krebsrisiko zu senken.

11 Becker N (2001): Epidemiologic aspects of cancer prevention in Germany. J Cancer Res Clin Oncol 127(1): 9-19.

12 Becker N (2001): Epidemiologic aspects of cancer prevention in Germany. J Cancer Res Clin Oncol 127(1): 9-19.

Risiken in der Umwelt

Radon. Radon ist ein radioaktives Edelgas, das natürlicherweise im Erdreich und im Gestein vorkommt, unter anderem in den Mittelgebirgen aus Granitgestein. Es entweicht über die Bodenluft oder gelöst im Wasser; einige Gebiete Ost- und Südbayerns sind verglichen mit anderen Regionen Deutschlands höher belastet. Radioaktive Strahlung ist als Risikofaktor für Krebserkrankungen bekannt und Experten schätzen, dass etwa 5 % der Lungenkrebsfälle in Deutschland auf die natürliche Radon-Strahlung zurückzuführen sind¹³.

Eine landkreisbezogene Abschätzung der Radonbelastung kann über die Internetadresse www.radon-info.de vorgenommen werden. Das Bayerische Landesamt für Umwelt hält eine Liste anerkannter Mess-Stellen zur Ermittlung der Radonbelastung in Gebäuden bereit.

Einer Radonexposition in Wohngebäuden in belasteten Regionen kann vorgebeugt werden. Es gibt verschiedene Maßnahmen zur Verringerung einer Radon-Belastung, die in betroffenen Gebieten vor allem im Keller und in Erdgeschossräumen vergleichsweise hoch sein kann. Dazu gehören eine entsprechende Lüftung, die Abdichtung der Eintrittsstellen und andere bautechnische Maßnahmen; bei Neubauten können vorbeugende Maßnahmen bereits bei der Planung berücksichtigt werden. Das Bayerische Landesamt für Umwelt informiert darüber.

■ www.lfu.bayern.de, Tel. 0821 9071-0

Luftverschmutzung. Einige Schadstoffe in der uns umgebenden Außenluft haben eine krebs erzeugende Wirkung. Es wird geschätzt, dass europaweit 5 bis 7 % der Lungenkrebsfälle bei Nichtrauchern darauf zurückzuführen sind¹⁴. Eine Belastung besteht vor allem in den Großstädten mit hohem Verkehrsaufkommen. Da es keinen Schwellenwert gibt, unterhalb dessen die Luftverschmutzung unschädlich wäre, ist jede Verbesserung der Luftqualität von Bedeutung.

Eine besondere Belastung sind die Abgase älterer Dieselmotoren. Menschen, die Dieselrußpartikeln im beruflichen Umfeld über längere Zeit und in hohen Konzentrationen ausgesetzt waren, haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Lungenkrebs¹⁵. Die in der Umgebungsluft im privaten Bereich gemessenen Werte sind zwar nicht annähernd so hoch, aber auch hier gibt es keinen Wert, der als unschädlich eingestuft werden kann.

13 Menzler S, Piller G et al. (2008): Population attributable fraction for lung cancer due to residential radon in Switzerland and Germany. Health Phys 95(2): 179-189.

14 Vineis P, Hoek G et al. (2007): Lung cancers attributable to environmental tobacco smoke and air pollution in non-smokers in different European countries: A prospective study. Environ Health 6: 7.

15 Olsson AC, Gustavsson P et al. (2011): Exposure to diesel motor exhaust and lung cancer risk in a pooled analysis from case-control studies in Europe and Canada. Am J Respir Crit Care Med 183(7): 941-948



Passivrauchexposition. Tabakrauch ist eine der bedeutsamsten krebserregenden Substanzen – nicht nur für Raucherinnen und Raucher. Denn der Rauch, der von einer glimmenden Zigarette ausgeht und durch nichtrauchende Menschen mit der Umgebungsluft eingeatmet wird, enthält die gleichen gefährlichen Substanzen wie jener Rauch, den Raucher inhalieren. Mehr als 70 krebbsauslösende oder wahrscheinlich krebbsauslösende Substanzen sind darunter. In Europa ist Passivrauch nach wissenschaftlichen Schätzungen für überraschend viele Fälle von Lungenkrebs verantwortlich, man spricht von 16 % bis 24 % der Lungenkrebsfälle bei Nichtrauchern¹⁶.

Am 1. August 2010 trat in Bayern das mit Volksentscheid vom 4. Juli 2010 angenommene **Gesetz zum Schutz der Gesundheit (Gesundheitsschutzgesetz GSG)** in Kraft. Mit seinen weitreichenden Rauchverboten in Bildungseinrichtungen, Gast- und Sportstätten, Einrichtungen des Gesundheitswesens und öffentliche Gebäuden gewährleistet es einen konsequenten Nichtraucherschutz und hat bundesweit Maßstäbe gesetzt. Experten gehen davon aus, dass die öffentlichen Maßnahmen zur Verringerung des Rauchens einen wichtigen Beitrag zum Rückgang der Lungentumoren in Bayern leisten¹⁷.

Berufliche Risikofaktoren. Etwa 3 % aller Krebserkrankungen werden beruflichen Einflüssen zugeschrieben¹⁸, das heißt chemischen oder physikalischen Einwirkungen während der Arbeit, die ein krebbsauslösendes („karzinogenes“) Potenzial haben. Heute gibt es für solche Situationen am Arbeitsplatz umfangreiche Vorsorgemaßnahmen und hohe Sicherheitsstandards. Dass aber noch immer Menschen an beruflich bedingten Krebserkrankungen sterben – in Bayern geht man von etwa 200 berufsbedingten Krebstodesfällen im Jahr aus – liegt in den meisten Fällen an der langen Zeit, die zwischen dem Kontakt mit einer krebbsauslösenden Substanz und der Entstehung der Krankheit vergehen kann. Sehr deutlich zeigt sich das in dem Umstand, dass 80 % aller beruflich bedingten Krebserkrankungen auf eine Einwirkung von Asbest zurückzuführen sind: Ihre Ursache liegt im lange Zeit sorglosen Umgang mit diesen Mineralfasern vor allem im Baubereich und in der Industrie.

Risiken im Verhalten

Rauchen. 20 % bis 40 % aller (!) Krebserkrankungen sind dem Schadstoff „Tabak“ zuzuordnen. Die wohl bekannteste bösartige Erkrankung infolge des Rauchens ist der Lungenkrebs, aber auch Krebserkrankungen der Mundhöhle und des Rachens, des Kehlkopfes, der Speiseröhre, der Bauchspeicheldrüse, der Niere und der Blase werden durch Inhaltsstoffe des Tabakrauchs ausgelöst.

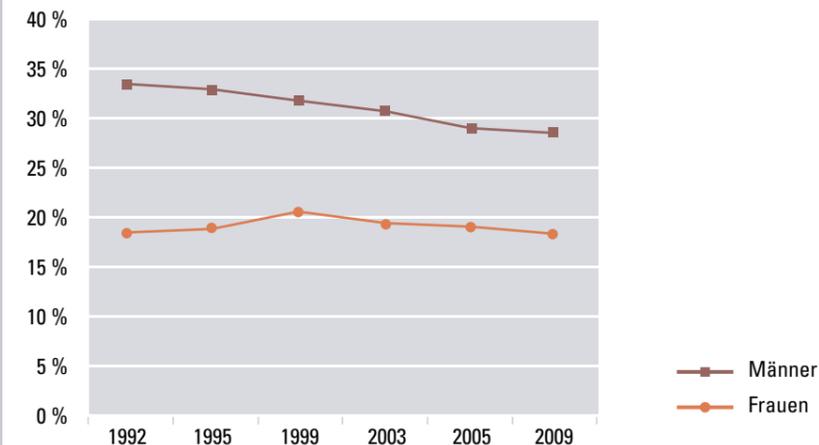
Die Rate von Raucherinnen und Rauchern in Bayern lag im Jahr 2009 mit 23,5 % deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von 25,7 %, ein Grund auch für die unterdurchschnittliche Lungenkrebsrate in Bayern. Besonders hoch ist der Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Altersgruppe der 20- bis 40-Jährigen, hier rauchen etwa 40 % der Männer und mehr als ein Viertel der Frauen.

¹⁶ Vineis P, Hoek G et al. (2007): Lung cancers attributable to environmental tobacco smoke and air pollution in non-smokers in different European countries: A prospective study. *Environ Health* 6: 7

¹⁷ Bolte G, Kuhn J et al. (2009): Smoking bans in public places: Current epidemiological evidence of cardiovascular health impacts at the population level. *Gesundheitswesen* 71(3): 140-151

¹⁸ Nowak D: *Arbeits- und klinische Umweltmedizin*. Elsevier, 2010.

Anteil der Raucher und Raucherinnen, Bayern
Altergruppe ab 15 Jahren, Raucher/innen insgesamt



Datenquelle: Mikrozensus

Zur Prävention des Rauchens gibt es eine Vielzahl von Maßnahmen für unterschiedliche Zielgruppen und Lebensalter

Ganz früh setzen Programme zur Förderung der Lebenskompetenzen an, die für ein Leben ohne Sucht stärken wollen. Eines der bekanntesten ist das am Klinikum Nürnberg entwickelte Programm **Klasse2000**, das bereits im Jahr 2002 den Bayerischen Gesundheitsförderungs- und Präventionspreis erhielt und das heute das bundesweit größte Programm für Grundschulkindern zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltvorbeugung ist (www.klasse2000.de).

An ältere Kinder und Jugendliche wendet sich der Nichtraucher-Wettbewerb **„Be Smart – Don’t Start“**, der seit 15 Jahren europaweit angeboten wird und der in Bayern mit jährlich rund 1400 teilnehmenden Schulklassen bzw. etwa 30 000 Schülerinnen und Schülern außerordentlich erfolgreich läuft. Er zielt darauf ab, einen Einstieg in das Rauchen möglichst zu verhindern und bereits rauchende Jugendliche zum Aufhören zu motivieren. In Verbindung mit verhältnispräventiven Maßnahmen wie dem Rauchverbot an Schulen seit 2006 und den weitgehenden Regelungen des Gesundheitsschutzgesetzes in Bayern konnte im Rauchverhalten junger Menschen eine Trendwende erreicht werden. Unter den 12- bis 17-Jährigen rauchten im Jahr 2008 nur 10,9 % – so wenige wie noch nie seit Beginn der Befragungen in den bayerischen Jugendgesundheitsstudien 1973. Dem entsprechen auch bundesweite Befunde: 2011 rauchten insgesamt nur 11,7 % der 12- bis 17-Jährigen, 2001 waren es noch 28 % gewesen¹⁹.

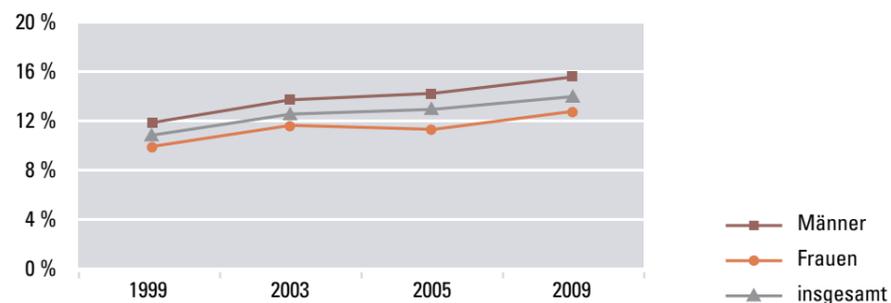
Diesen Trend gilt es weiter zu stärken und ins Erwachsenenalter fortzuführen. Denn im jungen und mittleren Erwachsenenalter raucht deutschlandweit noch immer mehr als ein Drittel der Männer und Frauen. Unterstützung beim Ausstieg bietet in Bayern die **Raucher-Helpline**, ein persönliches, telefongestütztes Beratungskonzept des Instituts für Raucherberatung und Tabakentwöhnung Bayern (Tel. 0800 1418141, www.helpline-rauchfreiwerden.de). Das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit fördert diese Programme zum Nichtrauchen; darüber hinaus bieten Krankenkassen und andere Institutionen Unterstützung beim Ausstieg aus dem Tabakkonsum an.

¹⁹ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011



Übergewicht. Starkes Übergewicht birgt ein Risiko für verschiedene chronische Krankheiten. Auch die Häufigkeit bestimmter Krebserkrankungen ist erhöht, wenn das Gewicht weit über dem Normalgewicht liegt; insbesondere sind es Krebserkrankungen des blutbildenden und des lymphatischen Systems (Leukämien, Lymphome) sowie von Darm, Gallenwegen, Niere, Gebärmutter und Brust. Die amerikanische „Cancer Prevention Study“ beschrieb Übergewicht als Ursache von 20 % der Krebssterblichkeit bei Frauen und 14 % bei Männern. In Europa sind die Schätzungen etwas vorsichtiger, aber auch hier schreibt man dem Übergewicht eine bedeutsame Rolle in der Krebsentstehung zu.

Anteil der Erwachsenen mit starkem Übergewicht in Bayern
(„Adipositas“, Body Mass Index 30 und mehr, Angaben in Prozent)



Datenquelle: Mikrozensus, Berechnungen LGL

Der Anteil stark übergewichtiger Menschen in Bayern, deren Body Mass-Index²⁰ über 30 liegt, steigt seit Jahren an. 2009 betrug er 14 %, etwas weniger als der bundesdeutsche Durchschnitt von 14,7 %.

Übergewicht zu verringern, bedeutet nicht nur ein geringeres Krebsrisiko, sondern setzt auch die Wahrscheinlichkeit von anderen chronischen Erkrankungen herab: Gründe genug für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil mit einer ausgewogenen Ernährung und ausreichend Bewegung! Um gerade Kindern und Jugendlichen von klein auf gesunde Ernährung nahe zu bringen, hat das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit innovative Ernährungsprojekte im Rahmen der Gesundheitsinitiative Gesund.Leben.Bayern. mit über 580.000 € im Zeitraum von 2008 bis 2012 gefördert. Auch 2013 werden Ernährungsprojekte gefördert, wie z. B. das Projekt „Gesund leben in der Schwangerschaft GeLiS“ des Else Kröner-Fresenius-Zentrums für Ernährungsmedizin. Beispiele mit teils überregionaler Verbreitung sind: TigerKids, Kinder und Jugendliche als Gesundheitsexperten, Robuste Kids. Mehr dazu unter: www.gesund.leben.bayern.de

²⁰ Der Body-Mass-Index berechnet sich als Quotient aus Körpergewicht (in kg) und Körpergröße (in m) im Quadrat.

Ernährung, Gesundheit und Bewegung sind auch wichtige Bildungsziele im Bayerischen Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Tageseinrichtungen bis zur Einschulung.

Körperliche Aktivität. Ganz unabhängig davon, ob Übergewicht besteht oder nicht: Wer sich zu wenig bewegt, hat ein höheres Risiko, an Krebs zu erkranken. Seit einigen Jahren ist bekannt, dass ein bewegungsarmer Lebensstil ein eigenständiger Risikofaktor für Brustkrebs, Darmkrebs und Prostatakrebs ist. So konnte beispielsweise eine Untersuchung des Deutschen Krebsforschungszentrums zeigen, dass das Brustkrebsrisiko von Frauen, die nach den Wechseljahren regelmäßig körperlich aktiv sind, um etwa ein Drittel niedriger ist als ihrer weniger aktiven Altersgenossinnen. Die von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Richtwerte für körperliche Bewegung (siehe Textkasten) erreicht jedoch nur ein Teil der Männer und Frauen in Bayern.

Körperliche Aktivität von Erwachsenen in Bayern, 2010

	Männer	Frauen
Körperliche Aktivität: weniger als 2,5 Stunden/Woche	58,3 %	65,3 %
Sport: weniger als 2 Stunden/Woche	53,7 %	55,5 %

Datenquelle: RKI, GEDA 2010

„Aktiv gegen Krebs“: Vorbeugen durch körperliche Aktivität

Regelmäßige körperliche Bewegung hat vielfältige positive Wirkungen. Dies gilt nicht nur für die Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes oder Osteoporose, sondern auch für einige Krebsarten. Wer regelmäßig körperlich aktiv ist, erkrankt seltener an diesen Erkrankungen.

Wie häufig man sportlich aktiv sein sollte, um Krebs vorzubeugen, dazu gibt es bislang keine speziellen Empfehlungen. Auf einem guten Weg ist sicherlich, wer die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation beherzigt, die zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Krankheiten mindestens 30 Minuten gemäßigte („moderate“) Bewegung fordert, jeweils mindestens 10 Minuten am Stück, an 5 Tagen pro Woche.

Die Motivation zu körperlicher Bewegung sollte schon in jungen Jahren gefördert werden. Empfehlungen dazu hat unter anderem das Staatsinstitut für Frühpädagogik herausgegeben (www.ifp.bayern.de); die Initiative Gesund.Leben.Bayern. des Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit fördert verschiedene innovative Projekte (www.gesund.leben.bayern.de).



Nach längerer „Bewegungspause“ kann im Erwachsenenalter der Einstieg in mehr körperliche Aktivität bereits durch regelmäßiges zügiges Spazierengehen gelingen. Darüber hinaus gibt es ein breit gefächertes Angebot von Sportvereinen, Volkshochschulen, Betrieben, Fitness-Studios und anderen Einrichtungen. Die Teilnahme an bestimmten gesundheitsförderlichen Bewegungsangeboten kann auch durch die Krankenkassen gefördert werden. Einen neuen Weg, Bewegungsempfehlungen mehr Nachdruck zu verleihen und die Motivation zu stärken, bietet das „Rezept für Bewegung“, eine gemeinsame Initiative der Bayerischen Landesärztekammer e.V. (BLÄK), des Bayerischen Sportärzterverbandes e.V. (BSÄV) und des Bayerischen Landes-Sportverbandes e.V. (BLSV) als Teil eines bundesweit angelegten Projekts. Mit diesem Rezept können niedergelassene Ärzte ihren Patientinnen und Patienten auf die gesundheitsfördernden Bewegungsangebote des Bayerischen Landessportverbandes e.V. aufmerksam machen, die unter dem Qualitätssiegel „SPORT PRO GESUNDHEIT“ zusammengefasst sind (www.blaek.de/praevention/Rezept_Bewegung.cfm).

Körperliche Bewegung hat jedoch nicht nur Bedeutung hinsichtlich der Vorbeugung von (Krebs-)Erkrankungen. Noch immer ist viel zu wenig bekannt, dass sie auch einen positiven Einfluss auf den Verlauf und die Prognose einer bestehenden Tumorerkrankung haben kann. Mehr dazu im Kapitel 3.

Ernährung. Eng mit dem Krebsrisiko „Übergewicht“ verbunden ist die Ernährung. Aber auch wer nicht übergewichtig ist und sich ungesund ernährt, steigert sein Krebsrisiko, denn ein geringer Verzehr von Obst und Gemüse ist mit einem erhöhten Risiko bösartiger Erkrankungen von Darm, Lunge, Speiseröhre und Magen verbunden.²¹ Trotz der im weltweiten Vergleich günstigen Ernährungsbedingungen und des sehr großen regionalen Angebots isst mehr als die Hälfte der Männer in Bayern nicht täglich Obst; täglich Gemüse nimmt sogar nur jeder Vierte zu sich. Frauen ernähren sich im Durchschnitt zwar gesünder, aber auch bei ihnen bleibt ein Teil ohne täglichen Obst- und Gemüseverzehr.

Ernährung, Bayern 2010

	Männer	Frauen
Gemüseverzehr: seltener als 1 mal wöchentlich	8,5 %	4,5 %
Gemüseverzehr: täglich	24,2 %	44,9 %
Obstverzehr: seltener als 1 mal wöchentlich	14,0 %	6,0 %
Obstverzehr: täglich	45,6 %	68,4 %

Datenquelle: RKI, GEDA 2010

²¹ Danaei G., Vander Hoorn S et al. (2005): Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet* 366(9499): 1784-1793.

Der World Cancer Research Fund und das American Institute for Cancer Research haben weltweit die wissenschaftlichen Befunde zum Zusammenhang zwischen Ernährungsgewohnheiten und Krebs zusammengetragen und ausgewertet:²²

Lebensmittel und Getränke, die eine Zunahme des Körpergewichts fördern	<ul style="list-style-type: none"> • energiedichte („kalorienreiche“) Lebensmittel nur selten verzehren • zuckerhaltige Getränke vermeiden • „Fast Food“ sollte, wenn überhaupt, nur selten verzehrt werden
Pflanzliche Lebensmittel	<ul style="list-style-type: none"> • mindestens fünf Portionen Gemüse und Obst täglich (insgesamt 400g) • Relativ unverarbeitetes Getreide und/oder Hülsenfrüchte zu jeder Mahlzeit • Stark verarbeitete und stärkehaltige Lebensmittel nur begrenzt verzehren
Lebensmittel tierischer Herkunft	<ul style="list-style-type: none"> • Wer regelmäßig Fleisch isst, sollte nicht mehr als 600 g pro Woche verzehren, davon nicht mehr als 300 g rotes Fleisch (z. B. Rind, Schwein, Lamm, Wild). • Das Fleisch sollte möglichst wenig verarbeitet sein, also möglichst nicht gebeizt, gesalzen oder chemisch haltbar gemacht
Umfangreiche Empfehlungen zur gesunden Ernährung sind bei der Deutschen Gesellschaft für Ernährung abrufbar: www.dge.de	

„Fit und Vital durch den Tag mit Obst und Gemüse“ heißt die inzwischen in 6. Auflage (2012) von der Bayerischen Krebsgesellschaft herausgegebene Broschüre, die über die wichtigsten Aspekte gesunder Ernährung informiert. Sie greift die einfache und eingängige Botschaft „5 am Tag“ auf: Fünf Portionen Obst und Gemüse täglich wirken sich positiv auf die Gesundheit aus und helfen, das Risiko für Krebserkrankungen zu senken.

- Die Broschüre ist erhältlich unter www.bayerische-krebsgesellschaft.de
Fax 089 548840-40



²² World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research: Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. Washington, DC: AICR, 2007. Deutsche Fassung abrufbar unter www.dge.de/pdf/ws/WCRF-Report-summary-de.pdf

Alkohol. Der Alkoholkonsum spielt eine bedeutende Rolle für die Entstehung verschiedener Krebserkrankungen. Eine über Jahre angelegte Untersuchung von Menschen in mehreren europäischen Ländern²³, darunter Frankreich, Italien, Spanien, Großbritannien, den Niederlanden, Griechenland, Deutschland und Dänemark, hat gezeigt, dass bei Männern in Europa durchschnittlich 10 % der Krebserkrankungen eine Folge des Alkoholkonsums sind, bei Frauen liegt der Anteil bei 3 %. Für einzelne Krebsarten ist der Anteil noch viel höher, so ist beispielsweise Krebs der Mundhöhle und des Rachens, der oberen Atemwege und der Speiseröhre bei Männern in 44 % der Fälle auf den Alkoholkonsum zurückzuführen, bei Frauen zu 25 %.

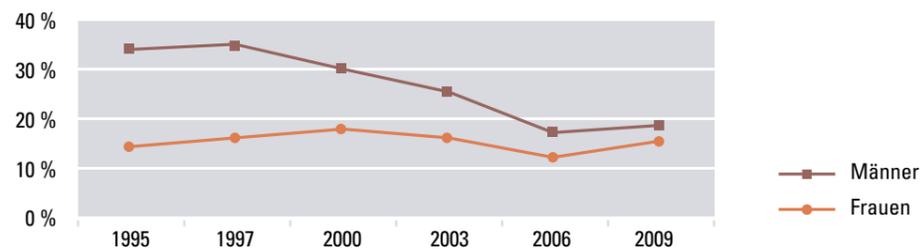
In Bayern trinken 19 % der Männer und 16 % der Frauen täglich mehr als 24 bzw. 12 Gramm reinen Alkohol, mit langjährig abnehmender Tendenz.

Ein Glas Bier (0,5 l) enthält bei einem Alkoholgehalt von ca. 4,8 Vol.-% ungefähr 20 g reinen Alkohol, ein Achtel Glas Wein (0,125 l) mit einem Alkoholgehalt von 11 Vol.-% enthält etwa 11 g reinen Alkohol.



Alkoholkonsum in Bayern

Anteil der Bevölkerung mit einem täglichen Konsum über 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer), Altersgruppe 18-59 Jahre



Datenquelle: Epidemiologischer Suchtsurvey. Konsum in den letzten 30 Tagen

Alkoholmissbrauch vorbeugen, Hilfen anbieten

Die Bayerische Staatsregierung begegnet den Gefahren, die Alkoholmissbrauch nicht nur hinsichtlich der Entwicklung von Krebserkrankungen mit sich bringt, mit einem Bündel von Maßnahmen, die sich vor allem an Jugendliche und junge Erwachsene richten – an jene Altersgruppe also, in der sich Trinkgewohnheiten festigen. Neben ordnungsrechtlichen Maßnahmen gehört dazu eine Reihe von wissenschaftsbasierten Präventionsprojekten wie „Starker Wille statt Promille“ (www.starker-wille-statt-promille.de) und „Disco-Fieber“ (www.disco-fieber.de), beide organisiert über das Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung am LGL sowie „HaLT – Hart am Limit“ (www.halt-in-bayern.de), organisiert über die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS). Diese Initiativen setzen nicht nur auf die Vermeidung übermäßigen Alkoholkonsums in der Gegenwart, sondern wollen zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol über die Lebensspanne befähigen.

Für Männern und Frauen, die einen überhöhten Alkoholkonsum alleine nicht mehr einschränken können, gibt es in ganz Bayern Angebote für Hilfe und Unterstützung. Die Koordinationsstelle der Bayerischen Suchthilfe (KBS) nennt Einrichtungen und Ansprechpartner in den Landkreisen:

www.kbs-bayern.de
Tel. 089 536515

HPV-Infektion. Eine Infektion mit den sogenannten Humanen Papillomviren (HPV) ist die hauptsächliche Ursache für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs („Zervixkarzinom“). Einige Virustypen der humanen Papillomviren, die sogenannten Hochrisiko-Typen, haben die Fähigkeit, Zellveränderungen herbeizuführen. In etwa 70 % der Fälle wird der Gebärmutterhalskrebs durch HPV 16 und 18 verursacht.

HPV-Impfung

Seit Herbst 2006 gibt es in Deutschland eine Impfung, die vor einer Infektion mit humanen Papillomviren und damit vor Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses schützen soll. Die Impfung wird von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) für Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren empfohlen; die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen für diese Altersgruppe die Kosten. Da die Impfung gegen HPV gegen die Hochrisiko-Typen 16 und 18 und nicht gegen andere Hochrisiko-Typen schützt, ersetzt die HPV-Impfung nicht die Untersuchung zur Krebsfrüherkennung beim Frauenarzt, auf die alle gesetzlich versicherten Frauen ab dem 20. Lebensjahr einmal jährlich Anspruch haben.

Das Bayerische Gesundheitsministerium hat mit der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Impfen (LAGI) ein Informationsfaltblatt entwickelt, das in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Kultusministerium im Rahmen der Impfkaktion des Öffentlichen Gesundheitsdienstes an Schulen an alle Mädchen in den 6. Klassen in Bayern verteilt wird.

²³ European Prospective into Cancer (EPIC); vgl. Schütze M, Boeing H et al. (2011): Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *BMJ* 342: d1584.

UV-Strahlung. Hautkrebs hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen, Experten beschreiben die Entwicklung teilweise sogar als „dramatisch“. Die Zunahme betrifft beide große Hautkrebsformen, sowohl den sehr aggressiven „Schwarzen Hautkrebs“ („malignes Melanom“) als auch die als „Weißer Hautkrebs“ bezeichneten Hautveränderungen wie Basaliome, die zwar bösartig sind, aber in der Regel keine Absiedlungen (Metastasen) im Körper setzen und daher eine viel günstigere Prognose haben. Auch die gegenüber dem malignen Melanom etwas selteneren sonstigen bösartigen Hauttumoren (ICD C 44), z. B. das Plattenepithelkarzinom, haben in den letzten Jahren zugenommen.

Der wichtigste Risikofaktor für Hautkrebs ist die ultraviolette Strahlung – und dem kann vergleichsweise einfach vorgebeugt werden: Wer mit Kleidung und Sonnencreme für ausreichenden Sonnenschutz sorgt, wer sich der Sonne nicht übermäßig aussetzt und nicht in Solarien eine vermeintlich „gesunde“ Hautfarbe zu erreichen sucht, kann sein Risiko für Hautkrebs erheblich senken.

Sonne(n) mit Verstand – statt Sonnenbrand!

In einer gemeinsamen Aktion informieren die Bayerischen Staatsministerien für Umwelt und Gesundheit, für Unterricht und Kultus sowie für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen über die Risiken von UV-Strahlung und Schutzmaßnahmen für alle Altersgruppen und Hauttypen:

■ www.sonne-mit-verstand.de

Künstliche UV-Strahlung kann das Hautkrebsrisiko weiter steigern, ganz besonders für junge Menschen. Seit August 2009 ist daher der Solarienbesuch für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren gesetzlich untersagt. Die ergänzende UV-Schutzverordnung legt Qualitätsstandards und Sicherheitskriterien für die Solariennutzung durch Erwachsene fest.



VERSORGUNGSSYSTEM

4. Ein Netz für Behandlung und Hilfe: Das Versorgungssystem

Wer in Bayern an Krebs erkrankt, kann auf ein dichtes Netz für Behandlung und Hilfe zurückgreifen. Es umfasst die Angebote zur Früherkennung bestimmter Krebserkrankungen, die ambulante und die stationäre Behandlung sowie Nachsorge, Rehabilitation („Reha“), Palliativ- und Hospizversorgung, ergänzt durch Angebote der psychosozialen Betreuung (psychosoziale Krebsberatung, Psychoonkologie) und Selbsthilfe-Initiativen.

Die einzelnen Bereiche greifen vielfach ineinander. Vor allem die klassischen Grenzen zwischen einer ambulanten, also außerhalb des Krankenhauses durchgeführten, und einer stationären Behandlung sind fließend geworden. Viele Maßnahmen sind heute in beiden Bereichen möglich, was es leichter macht, auf die persönlichen Umstände der Patientinnen und Patienten Rücksicht zu nehmen und auf ihre Wünsche einzugehen. Eine wichtige Rolle kommt der Selbsthilfe zu. Indem Krebskranke oder ihre Angehörigen einander durch Wissens- und Erfahrungsaustausch unterstützen, leisten sie einen ganz entscheidenden Beitrag, um das Leben mit Krebs so gut wie möglich zu bewältigen. Auch aus Sicht der Versorgungsforschung ist eine gute Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsbereiche unverzichtbar.²⁴

4.1 Gefahr erkannt, Gefahr gebannt? – Krebsfrüherkennung

„Krebsvorsorge rettet Leben“: Uneingeschränkt richtig – aber nicht ganz korrekt formuliert! Genau genommen handelt es sich nämlich bei der „Vorsorge“ meist um die Früherkennung von Krebserkrankungen. Im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, so die offizielle Bezeichnung, können Erkrankungen oder eine Vorstufe in einem sehr frühen Stadium entdeckt werden, in dem die Behandlung noch vergleichsweise schonend und in der Regel sehr erfolgreich ist. Fachleute sprechen auch von einer Maßnahme der „sekundären Prävention“, im Gegensatz zur „primären Prävention“, die die Entstehung von Erkrankungen überhaupt verhindern will.

Woran erkennt der Laie Krebs?

Krebserkrankungen rufen im frühen Stadium häufig keine spezifischen Beschwerden hervor. Dennoch gibt es nicht selten Anzeichen, die auf eine Krebserkrankung hinweisen können und Anlass zum bald möglichen Arztbesuch sein sollten. Erfahrungsgemäß kann in vielen Fällen eine Krebserkrankung ausgeschlossen werden. Für diejenigen Fälle allerdings, bei denen sich der Krebsverdacht bestätigt, ist die Früherkennung wichtig, da dann die Heilungschancen am größten sind.

Wichtige Warnsignale, die zu einem Arztbesuch führen sollten:

Schwellungen: Tastbare Schwellungen, Verhärtungen oder Knoten auf der Haut, Schleimhaut, Brust, Hoden oder anderen Weichteilen, typischerweise oft ohne Schmerzempfindung. Auch Vergrößerung von Lymphknoten in den Achselhöhlen, den Leisten oder am Hals.

Atembeschwerden: Anhaltender Husten, Veränderung eines lange bestehenden Hustens sowie ständiger Hustenreiz oder blutiger Auswurf beim Husten. Auch Atemnot oder chronische Heiserkeit.

Hautveränderungen: Veränderungen der Haut, von Leberflecken und Warzen hinsichtlich ihrer Größe, Form und Farbe. Auch Gelbsucht.

Veränderungen der Verdauungsgewohnheiten: Veränderungen beim Stuhlgang oder Urinieren, z. B. Schmerzen, Beimengungen von Blut, vermehrter Harndrang oder schwacher, unterbrochener Harnfluss. Auch anhaltende Schluckbeschwerden, Sodbrennen oder anhaltendes Druck- oder Völlegefühl, Bauchschmerzen.

Ungewöhnliche Blutungen oder Ausscheidungen: Aus Mund, Nase, Darm, Harnröhre oder Vagina, zum Beispiel Blutungen nach den Wechseljahren oder Schmierblutungen zwischen den Regelblutungen. Auch Blut in der Samenflüssigkeit.

Neurologische Beschwerden: Neu auftretende Kopfschmerzen, Sehstörungen, Krampfanfälle oder neurologische Störungen wie Lähmungserscheinungen, Sprach- und Koordinierungsstörungen oder neu auftretende Ungeschicklichkeit.

Allgemeine Veränderungen: Schmerzen ungeklärter Herkunft, anhaltende Appetitlosigkeit und unerklärlicher Gewichtsverlust, Blässe und Blutarmut, ständige Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Leistungsabfall. Auch Fieber, Schweißausbrüche, Schwindelgefühl oder Herzrasen.

Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft. Wichtige Warnsignale: www.krebsgesellschaft.de

²⁴ Borgetto B, Klein M (2007): Rehabilitation und Selbsthilfe. Kooperation und Vernetzung von Rehabilitationskliniken und Selbsthilfegruppen/-organisationen. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Leider gibt es bisher nicht für alle Krebsarten Möglichkeiten der Früherkennung, wohl aber für einige der häufigsten. Früherkennungsuntersuchungen stehen für Darmkrebs und Hautkrebs zur Verfügung, bei Männern außerdem für Prostatakrebs, bei Frauen für Gebärmutterhalskrebs und Brustkrebs. Welche Untersuchung man als gesetzlich Krankenversicherter zu welchem Zeitpunkt in Anspruch nehmen kann und sollte, ist in den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen geregelt. Die Kosten für die hier aufgeführten Untersuchungen werden von den Gesetzlichen Krankenkassen und in der Regel auch von den privaten Krankenversicherungen getragen. Der genaue Leistungsumfang privater Krankenversicherungen ist in den einzelnen Verträgen niedergelegt und kann vom Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung positiv oder negativ abweichen.

Krebsfrüherkennung für gesetzlich Versicherte in Deutschland

Frauen	Anspruchsalter	Rhythmus	Erläuterungen
Gebärmutterhalskrebs	ab 20 Jahre	jährlich	Gynäkologische Untersuchung und Abstrich vom Gebärmutterhals/Muttermund (so genannter PAP-Abstrich)
Brustkrebs	ab 30 Jahre	jährlich	Tastuntersuchung
	von 50 bis 69 Jahren	alle zwei Jahre	Mammographie-Screening
Hautkrebs	ab 35 Jahre	alle zwei Jahre	Inspektion der Haut
Darmkrebs	ab 50 Jahre	jährlich	Untersuchung auf verborgenes Blut im Stuhl
	ab 55 Jahre	alle zwei Jahre	Wahlrecht: Stuhluntersuchung oder maximal zwei Darmspiegelungen (Koloskopien) im Abstand von 10 Jahren

Männer	Anspruchsalter	Rhythmus	Erläuterungen
Hautkrebs	ab 35 Jahre	alle zwei Jahre	Inspektion der Haut
Prostata und Genitale	ab 45 Jahre	jährlich	Tastuntersuchung
Darmkrebs	ab 50 Jahre	jährlich	Untersuchung auf verborgenes Blut im Stuhl
	ab 55 Jahre	alle zwei Jahre	Wahlrecht: Stuhluntersuchung oder maximal zwei Darmspiegelungen (Koloskopien) im Abstand von 10 Jahren

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss

Die einzelnen Krebsfrüherkennungsprogramme werden sehr unterschiedlich angenommen. Weniger als die Hälfte der anspruchsberechtigten Frauen und weniger als ein Viertel der anspruchsberechtigten Männer nahmen 2010 in Deutschland an der Krebsfrüherkennung teil, ähnlich ist die Situation in Bayern.

Obwohl viele Krebserkrankungen gerade im höheren Lebensalter auftreten, sinken die Teilnahmeraten an den Untersuchungen mit zunehmendem Alter.

Vergleichsweise gut angenommen wird das Mammographie-Screening zur Früherkennung von Brustkrebs, zu dem alle Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren regelmäßig im Abstand von zwei Jahren eingeladen werden (siehe auch Kapitel „Unter der Lupe: Brustkrebs“). Im Durchschnitt nimmt bereits etwa jede zweite anspruchsberechtigte Frau in Deutschland (54 %) dieses Angebot wahr, in Bayern lag die Teilnahmerate 2009 mit 45 % deutlich niedriger. Das Mammographie-Screening wird als organisiertes Früherkennungsprogramm mit Einladungswesen, Qualitätssicherung und Erfolgskontrolle durchgeführt.

Ausgehend von den positiven Erfahrungen mit dem Mammographie-Screening werden durch das im August 2012 beschlossene Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz auch die Darmkrebsfrüherkennung und die Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses in organisierte Früherkennungsprogramme überführt.

4.2 Diagnose Krebs: Wie geht es weiter?

Patientinnen und Patienten, bei denen eine Krebserkrankung festgestellt wird, werden sowohl ambulant als auch stationär versorgt. Viele Behandlungen beginnen zunächst stationär im Krankenhaus und werden anschließend ambulant fortgesetzt.

Schlechte Nachrichten gut überbringen Kommunikation in der Onkologie

Schlechte Nachrichten zu überbringen ist eine Aufgabe, die selbst auch Ärzten mit viel Erfahrung nicht leicht fällt. Besonders im Umgang mit Krebspatienten ist es jedoch von großer Bedeutung, wie die Diagnose und die Prognose vermittelt werden. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass die gute Kommunikation schlechter Nachrichten nicht nur dazu beiträgt, dass Patienten (und Ärzte) sich besser fühlen, sondern auch, dass die Betroffenen besser an ihrer Therapie mitwirken können und die Krankheitsbewältigung positiv beeinflusst wird. Die meisten Ärzte sind allerdings nicht darin geschult, wie sie Botschaften am besten überbringen. Denn erst seit wenigen Jahren gehören Seminare zur Gesprächsführung zum Medizinstudium und oft sind diese nicht auf die besonderen Anforderungen in der Onkologie ausgerichtet. Der Nachholbedarf ist groß, wie auch im Nationalen Krebsplan festgestellt wird.

Ein Beispiel: Das Roman-Herzog-Krebszentrum (RHCCC) der Technischen Universität München hat zusammen mit der Akademie für Psychoonkologie München einen Kurs „Breaking Bad News – Kommunikation in der Onkologie“ entwickelt und mit Erfolg durchgeführt.²⁵

²⁵ Technische Universität München, Klinikum rechts der Isar: MRI-Newsletter, Dezember 2012.

4.3 Krebs in der ambulanten Behandlung

Es ist noch nicht lange her, dass eine Krebserkrankung für die Patientinnen und Patienten häufige, oft quälend lange Krankenhausaufenthalte bedeutete. Durch die großen Fortschritte der Medizin in diesem Bereich kann heute ein großer Teil der Behandlungen auch ambulant stattfinden. Die Betreuung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in eigener Praxis, in Medizinischen Versorgungszentren oder in Krankenhäusern, soweit diese zur ambulanten Behandlung berechtigt oder ermächtigt sind, ermöglicht es vielen Betroffenen, bei ihren Familien und in der gewohnten Umgebung zu bleiben. In der Regel sind die ambulanten Behandlungen eng mit der Versorgung im Krankenhaus bzw. in einem onkologischen Zentrum verzahnt, die behandelnden Ärzte stehen im Austausch und oft sind mehrere Fachdisziplinen in die Betreuung eingebunden.

Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns waren im 4. Quartal 2011 insgesamt 348 942 Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung²⁶ in Bayern in ambulanter Behandlung. Drei Jahre zuvor, im 4. Quartal 2008, waren es 319 356 Patientinnen und Patienten gewesen.

Die Behandlung von Krebserkrankungen erfordert besondere Qualifikationen und eine Zusammenarbeit verschiedener ärztlicher Fachrichtungen. Insgesamt gibt es in Bayern 581 ambulant onkologisch tätige, das heißt auf die Behandlung von Krebserkrankungen spezialisierte Ärztinnen und Ärzte, dazu gehören auch Strahlentherapeuten, Pathologen sowie Ärztinnen und Ärzte, die in ihrem Fachgebiet einen entsprechenden Schwerpunkt innehaben (z. B. Gynäkologen mit dem Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie). Den höchsten Versorgungsgrad in Bayern erreicht Oberfranken mit durchschnittlich 5,41 Ärzten pro 100 000 Einwohner, den niedrigsten Unterfranken (3,26 Ärzte pro 100 000 Einwohner).

Ambulant tätige Onkologinnen und Onkologen (Stichtag 1. Januar 2012)

Regierungsbezirk	Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie pro 100 000 Ew.	andere Onkologen pro 100 000 Ew.	Strahlentherapeuten pro 100 000 Ew.	Pathologen pro 100 000 Ew.	Bevölkerung (Stichtag 31.12.2010)	Ärzte insgesamt pro 100 000 Ew.
Mittelfranken	1,34	1,75	0,76	1,11	1.711.566	4,96
Niederbayern	1,09	1,93	1,01	0,92	1.189.348	4,96
Oberbayern	1,12	1,48	0,07	1,30	4.382.325	4,59
Oberfranken	0,75	1,77	1,21	1,68	1.071.306	5,41
Oberpfalz	1,02	1,76	1,39	1,20	1.081.120	5,36
Schwaben	1,74	1,57	1,23	0,73	1.784.919	5,26
Unterfranken	0,53	1,38	0,38	0,91	1.318.076	3,26
Gesamt	1,13	1,60	0,88	1,14	12.538.696	4,77

Quelle: KVB Arztregister Stichtag 1.1.2012; Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung

²⁶ Krebserkrankungen einschließlich der Erkrankungen an Schwarzem Hautkrebs („Malignes Melanom“), aber ohne sonstige bösartige Neubildungen der Haut (C44)

Neben diesen onkologisch spezialisierten Ärztinnen und Ärzten werden Krebspatientinnen und -patienten auch von verschiedenen anderen Fachrichtungen betreut. So setzen beispielsweise zahlreiche niedergelassene Gynäkologen und Urologen die Krebstherapie ihrer Patientinnen bzw. Patienten fort, die in einem onkologischen Zentrum begonnen wurde. Eine sehr wichtige Rolle kommt überdies der hausärztlichen Versorgung zu: Der Hausarzt bzw. die Hausärztin ist in der Regel der erste und oft über lange Jahre vertraute Ansprechpartner, er bzw. sie übernimmt eine Lotsenfunktion, leitet den Patienten an die entsprechenden Spezialisten weiter und begleitet ihn gleichzeitig durch seine Erkrankung – oft über rein medizinische Aspekte hinaus.

Viele Krebspatienten vertrauen heute nicht nur auf die Wirksamkeit wissenschaftlich fundierter Therapien. Sie möchten selbst etwas tun und ihre Heilung sanft unterstützen. Der Markt der komplementären, d. h. ergänzenden Behandlungsmethoden ist groß und unübersichtlich. Das erschwert die Suche nach einer wirksamen und risikoarmen Methode. Die vom Bayerischen Gesundheitsministerium geförderte Broschüre „Komplementärmedizin“ der Bayerischen Krebsgesellschaft e.V. informiert über anerkannte komplementäre Behandlungsmethoden bei Krebs. Sie soll das Gespräch mit dem behandelnden Arzt erleichtern, eine geeignete Begleittherapie auszuwählen.

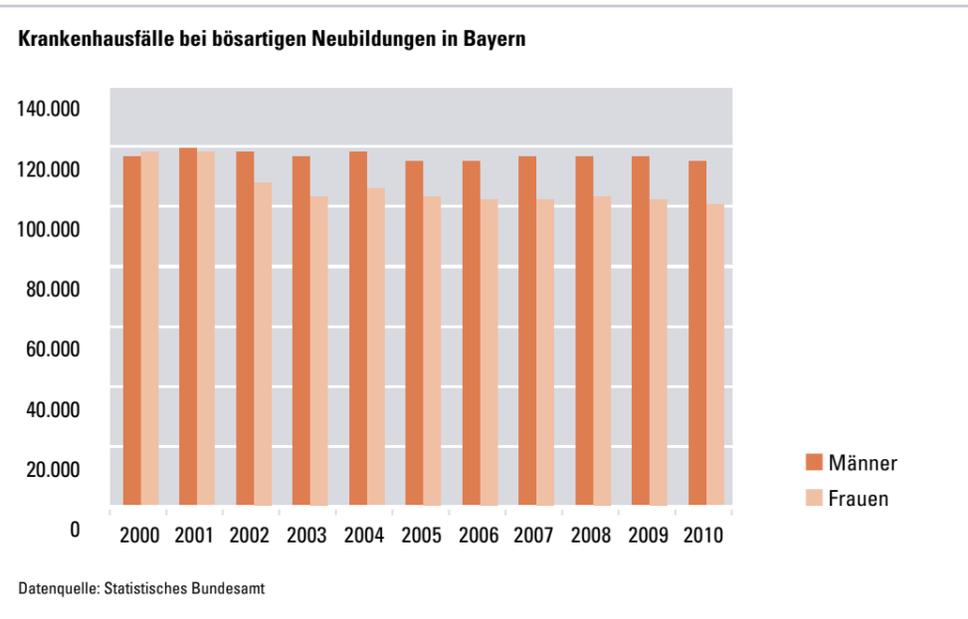
4.4 Mit Krebs ins Krankenhaus: Die stationäre Behandlung

Trotz der großen Fortschritte in der ambulanten Behandlung ist bei den allermeisten Krebserkrankungen eine stationäre Behandlung unumgänglich. Häufig beginnt eine Krebstherapie im Krankenhaus, es ist eine Operation zur Tumorentfernung nötig, eine Strahlentherapie („Bestrahlung“) oder eine Chemotherapie, die extreme Belastungen darstellen können. 215 412 Fälle mit der Diagnose einer bösartigen Neubildung²⁷ wurden im Jahr 2010 behandelt, dies entspricht ca. 8 % der Krankenhausbehandlungen insgesamt. Bei Männern waren die häufigsten Gründe dafür bösartige Erkrankungen der Verdauungsorgane – in den meisten Fällen Darmkrebs – (31 187 Fälle), mit Abstand gefolgt von bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane (vor allem Lungenkrebs, 17 848 Fälle) und bösartigen Neubildungen der männlichen Genitalorgane (Prostatakrebs, Hodenkrebs u. a., 13 839 Fälle). Auch bei Frauen sind bösartige Erkrankungen der Verdauungsorgane sehr häufig Anlass für eine Behandlung im Krankenhaus (20 541 Fälle im Jahr 2010), noch etwas häufiger aber ist es Brustkrebs (20 993 Fälle). Zusammen mit den bösartigen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (13 051 Fälle im Jahr 2010) macht er etwa ein Drittel der Krankenhausbehandlungen bei Krebs bei Frauen aus.

Innerhalb des letzten Jahrzehnts ist die Zahl der Krankenhausbehandlungen bei Krebs um rund 20 000 zurückgegangen, im Jahr 2000 hatte man noch 234.833 Fälle registriert.



²⁷ Codierung C00–C97 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10). Die Fälle beziehen sich auf den Wohnsitz Bayern. Fälle und Patient/-innen sind nicht ganz identisch, ein Patient kann zu mehreren Fällen führen.



Auch die Verweildauer der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus ist im Durchschnitt heute kurz: Wer im Jahr 2010 wegen einer Krebserkrankung in Bayern stationär behandelt wurde, blieb durchschnittlich 8,6 Tage in der Klinik und damit nur einen Tag länger als der Durchschnitt aller Patienten (7,6 Tage). Eine genauere Analyse der Verweildauer zeigt, dass auch ältere Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung meist nicht sehr lange stationär behandelt werden, oft sind es nur zwei oder drei Tage mehr als bei jüngeren Patienten. 75- bis 85-jährige Krebspatienten etwa bleiben im Durchschnitt 11,9 Tage im Krankenhaus – ein sehr kurzer Zeitraum angesichts der oft komplexen Begleiterkrankungen im höheren Lebensalter. Experten sehen die Ursachen in der immer besser werdenden Altersmedizin, in guten Organisationsstrukturen zur Überleitung in die häusliche Versorgung, aber auch in Entlassungen zum frühest möglichen Zeitpunkt. Daten zu dieser Frage liegen jedoch nicht vor.

Krankenhausbehandlungen, Bayern 2010

	Anzahl der Fälle	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer
Alle Krankenhausbehandlungen	2 786 692	7,6 Tage
Krankenhausbehandlungen wegen bösartiger Neubildungen	215 412	8,6 Tage

Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Fälle nach Wohnortprinzip

Die Qualität sichern und weiter verbessern:

4.5 Onkologische Versorgung in zertifizierten Strukturen

Die ganzheitliche Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten erfordert ein Netzwerk von Spezialisten unterschiedlicher medizinischer und pflegerischer Fachrichtungen, die ihre Arbeit untereinander abstimmen. Diese interdisziplinäre Arbeit ist heute in den großen Krankenhäusern und Universitätskliniken die Regel, sie haben entsprechende Fachabteilungen oder Zentren, diskutieren die einzelnen Fälle in Tumorkonferenzen mit Experten aller beteiligten Fachrichtungen und behandeln im Team. Um eine hohe und einheitliche Qualität der Behandlung unabhängig vom Wohnort sicherzustellen, wurde im Nationalen Krebsplan ein „Dreistufenmodell der onkologischen Versorgung“ entwickelt. Krankenhäuser, die große Erfahrung in der Behandlung einer oder mehrerer Krebsarten haben und bestimmte Anforderungen hinsichtlich der Mitarbeiter, der fachübergreifenden Zusammenarbeit und der technischen Ausstattung erfüllen, können sich nach diesem Modell zertifizieren lassen (Informationen unter www.onkozeit.de). Die Erfüllung aller Anforderungen, die von der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) gemeinsam mit den medizinischen Fachgesellschaften festgelegt werden, wird in regelmäßigen Abständen überprüft und – bei anhaltend hoher Qualität – erneut bestätigt („Rezertifizierung“).

Bayern ist hinsichtlich der zertifizierten Zentren im bundesweiten Vergleich überdurchschnittlich gut aufgestellt, für die meisten Tumorarten sind entsprechende Einrichtungen flächendeckend etabliert oder in naher Zukunft zu erwarten.

Organkrebszentren bilden die Basis des Drei-Stufen-Modells. Hier werden häufige Tumorarten wie Brustkrebs, Darmkrebs oder Prostatakrebs behandelt. Dabei arbeiten auf das jeweilige Organ oder Organsystem spezialisierte Ärzte mit anderen Fachrichtungen (z. B. Pathologie, Radiologie, Radioonkologie) zusammen. In Bayern gab es Ende 2011 insgesamt 112 zertifizierte Organkrebszentren²⁸, was 16,2 % der bundesweit 690 Organkrebszentren entspricht. Im Bundesvergleich und gemessen an der Einwohnerzahl gibt es in Bayern eine überdurchschnittlich gute Versorgung mit Brustkrebszentren, gynäkologischen Krebszentren, Darmkrebszentren und Pankreaskarzinomzentren, noch etwas unter dem Durchschnitt liegt die Zahl der Lungenkrebszentren, der im Aufbau befindlichen Kopf-Hals-Tumorzentren sowie der neuroonkologischen Tumorzentren.

Onkologische Zentren sind die zweite Stufe des Versorgungsmodells. Sie setzen sich aus mehreren Organkrebszentren zusammen und behandeln verschiedene Tumorerkrankungen unter einem Dach. Über die organbezogene Behandlung hinaus arbeiten sie „organübergreifend“ unter anderem in der Schmerz-, Ernährungs- und Physiotherapie, in der Palliativmedizin und bei der psychosozialen Versorgung zusammen, auch die Tumordokumentation gehört zu ihren Aufgaben. In Deutschland gab es Ende 2011 insgesamt 37 zertifizierte onkologische Zentren mit 43 Standorten, neun von ihnen liegen in Bayern.

²⁸ abrufbar unter www.onkozeit.de

Auch die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. (DGHO) zertifiziert gemeinsam mit anderen Fachgesellschaften²⁹ onkologische Zentren, 25 sind es bisher bundesweit (2012), fünf von ihnen in Bayern (Nürnberg, Passau, Landshut, Augsburg, München). Ein Schwerpunkt dieser Zentren liegt auf der intensiven Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Onkologische Spitzenzentren oder „Comprehensive Cancer Center“ (CCC) bilden die dritte und höchste Stufe des Versorgungsmodells. Neben der Patientenbehandlung spielen hier Forschung und Lehre eine große Rolle, die Spitzenzentren verbinden beide Bereiche und ermöglichen es, Ergebnisse aus der Grundlagenforschung und aus Therapiestudien rasch in die Patientenversorgung einzubringen. Die Deutsche Krebshilfe e.V. fördert bundesweit derzeit 11 onkologische Spitzenzentren, zwei von ihnen in Bayern – das Comprehensive Cancer Center Erlangen-EMN und das Comprehensive Cancer Center Mainfranken an der Universität Würzburg. Zudem gibt es vergleichbare Einrichtungen in Form des Comprehensive Cancer Center am Krebszentrum München der LMU München sowie des Roman-Herzog-Krebszentrums Comprehensive Cancer Center der TU München. Experten sehen Bayern damit in Bundesvergleich gut aufgestellt.

Eine strukturierte Betreuung, die eine einheitlich hohe Behandlungsqualität ermöglichen soll, sehen auch die Disease-Management-Programme (DMP) vor. Solche Programme, die von den Gesetzlichen Krankenkassen in Zusammenarbeit mit den Ärzten und Krankenhäusern umgesetzt werden, gibt es für verschiedene, häufige vorkommende chronische Erkrankungen, etwa für die Zuckerkrankheit, für Bluthochdruck oder Asthma; im Bereich der Krebserkrankungen bisher nur für Brustkrebs.

Disease Management-Programm Brustkrebs (DMP Brustkrebs)

Das 2002 eingeführte Programm sieht eine individuelle Begleitung von Patientinnen mit Brustkrebs während der gesamten Behandlung und in der Zeit danach vor, unter anderem ergänzt durch umfassende, wissenschaftlich gesicherte Informationen und ein Beratungsangebot im psychosozialen Bereich. Zugleich hat es die Verbesserung der Behandlungsmethoden – etwa eine Erhöhung des Anteils Brust erhaltender Operationen – mit einheitlichen Standards zum Ziel. Krankenhäuser, die an diesem Disease Management Programm teilnehmen, dürfen sich als „**Brustzentrum DMP**“ bezeichnen. In Bayern gibt es insgesamt 53 solcher Brustzentren (Stand 2012).

²⁹ Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO) e.V., Arbeitsgemeinschaft der leitenden Hämatologen und internistischen Onkologen am Krankenhaus (ADHOK) e.V.

4.6 Besondere Fürsorge für die Jüngsten: Die onkologische Versorgung von Kindern

Jedes Jahr trifft ca. 250 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren in Bayern die Diagnose „Krebs“: in den Jahren 2000 bis 2010 erkrankten ca. 3000 Mädchen und Jungen dieser Altersgruppe, im Jahr 2010 waren es 217. Die Krebsarten der jungen Patientinnen und Patienten unterscheiden sich ganz wesentlich von denen der Erwachsenen. Hier stehen nicht Darm, Brust oder Prostata an erster Stelle, sondern Krebserkrankungen des blutbildenden und des lymphatischen Systems (akute Leukämien, Lymphome) sowie Hirntumoren, Tumoren der Knochen und der Weichteile sowie so genannte „embryonale Tumoren“, die aus noch unentwickeltem Gewebe hervorgehen (Neuroblastome, Nephroblastome, Keimzelltumoren).

Kinderonkologische Zentren

Wird bei einem Kind eine Krebserkrankung festgestellt, muss die Behandlung sofort beginnen, in der Regel in einem spezialisierten kinderonkologischen Zentrum. Sieben der bundesweit 30 größten Zentren liegen in Bayern, es sind

- die I. Klinik für Kinder und Jugendliche am Klinikum Augsburg,
- die Kinder- und Jugendklinik am Universitätsklinikum Erlangen,
- die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München,
- die Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital am Klinikum der Universität München,
- die Cnopf'sche Kinderklinik an der Klinik Hallerwiese in Nürnberg,
- die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Regensburg und
- die Kinderklinik und Poliklinik am Universitätsklinikum Würzburg.

Obwohl viele Tumoren im Kindesalter besonders aggressiv wachsen, konnten die Überlebensraten krebskranker Kinder und Jugendlicher in den vergangenen Jahrzehnten deutlich gesteigert werden, sie liegen heute bei insgesamt 75 %, bei einigen Tumorformen sind es sogar 90 %. Doch der Weg dorthin ist schwer. Die Kinder müssen belastende medizinische Behandlungen, das plötzliche Herausgerissensein aus ihrem Alltag und die Trennung von Schule und Freunden verkraften und mit großen Unsicherheiten und Ängsten leben. Auch für die Eltern und für die Geschwister, die oft zurückstehen müssen und zugleich in großer Sorge um Schwester oder Bruder sind, bedeutet die Krebserkrankung eines Kindes eine immense Belastung.

Neben der medizinischen Behandlung gibt es in den Kinderkrebszentren immer auch psychosoziale Hilfen. Zu diesem dichten Netz gehören auch die Elterninitiativen, die aus der eigenen Erfahrung heraus wichtige Unterstützung für betroffene Kinder, ihre Eltern und Geschwister bieten können.



Begleitung ins Erwachsenenalter

Zwei von drei Kindern mit Krebs können heute gerettet werden, sie überwinden ihre Erkrankung und kehren in das Alltagsleben zurück. Damit wächst der Anteil ehemaliger Krebspatientinnen und -patienten in der Bevölkerung – im Jahr 2010 war einer von 500 Menschen zwischen 15 und 45 Jahren Überlebender einer Krebserkrankung im Kindesalter – und es ergeben sich neue Anforderungen. Denn die ehemals kranken Kinder und Jugendlichen brauchen auch im Versorgungssystem der Erwachsenenmedizin spezialisierte Ansprechpartner, etwa um mögliche Spätfolgen einer Krebsbehandlung zu erfassen und zu behandeln; auch ihr Risiko für eine erneute Krebserkrankung ist höher. Hier sehen Experten Nachholbedarf; vorgeschlagen wird beispielsweise die Anbindung an Krebs-Nachsorgesprechstunden der Onkologischen Spitzenzentren, die sich mit Ärztinnen und Ärzten auf lokaler Ebene weiter vernetzen.

Hospiz- und Palliativversorgung

Trotz aller Verbesserungen in der Behandlung sterben jährlich noch immer etwa 50 Kinder unter 15 Jahren in Bayern aufgrund ihrer Krebserkrankung. Oft geht dem Tod des Kindes eine längere Krankheitsphase voraus, in der das erkrankte Kind intensiv versorgt werden muss. Um eine strukturierte palliativmedizinische Versorgung für Kinder und Jugendliche flächendeckend in ganz Bayern zu etablieren, hat das Bayerische Gesundheitsministerium 2009 das bundesweit erste Konzept zur Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen veröffentlicht. Um dem Wunsch vieler Kinder und ihrer Familien zu entsprechen, möglichst viel Zeit in der vertrauten Umgebung verbringen zu können, sieht das Konzept in erster Linie eine flächendeckende häusliche Betreuung vor. Bisher betreuen vier ambulante Kinderpalliativteams in den Regionen Oberbayern, Mittel- und Oberfranken, Schwaben und der Oberpfalz junge Patientinnen und Patienten zu Hause. Weitere Teams befinden sich im Aufbau. In 10 Kinderhospizdiensten und in zahlreichen der über 120 Erwachsenenhospizdiensten stehen speziell geschulte Kinderhospizhelferinnen und -helfer den Familien ab Diagnosestellung zur Seite. Mit dem Kinderhospiz St. Nikolaus in Bad Grönenbach und der Kinderpalliativstation am Klinikum der Universität München, die voraussichtlich Ende 2013 eröffnet werden wird, stehen auch stationäre Angebote zur Verfügung, in denen Kinder und ihre Familien Begleitung auf ihrem schweren Weg finden.

Integration und Teilhabe:

4.7 Die Onkologische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

2,43 Millionen Menschen in Bayern haben einen Migrationshintergrund, ihre Familien kommen aus unterschiedlichsten Ländern, sind geprägt von unterschiedlichen kulturellen und religiösen Hintergründen, oft verbunden mit anderen Einstellungen oder Verhaltensweisen in Bezug auf Gesundheit. Aufgrund verschiedener Belastungen, die sich aus ihrer besonderen Situation ergeben, unterliegen viele Migrantinnen und Migranten höheren gesundheitlichen Risiken. Zugleich führen kulturelle und sprachliche Barrieren dazu, dass Angebote zur Früherkennung von Krankheiten vergleichsweise selten in Anspruch genommen werden. Im Hinblick auf Krebserkrankungen bedeutet das

ein besonderes Risiko, denn je später eine bösartige Erkrankung festgestellt wird, desto ungünstiger sind die Behandlungsaussichten. Das interkulturelle Gesundheitsprojekt MiMi – Mit Migranten für Migranten, das seit 2008 im Rahmen der Initiative Gesund. Leben.Bayern. gefördert wird, macht Krebs jetzt verstärkt zum Thema. Die MiMi-Gesundheitsmediatoren, die an den neun bayerischen Standorten³⁰ jedes Jahr Hunderte von Migranten aus verschiedensten Herkunftsländern über Aufbau und Angebote des deutschen Gesundheitssystems, über Vorsorgemaßnahmen und Früherkennung informieren, werden neben der Krebsfrüherkennung allgemein nun auch speziell zum Thema Brustkrebs fortgebildet. In der Folge sind Informationsveranstaltungen in Zusammenarbeit mit Experten wie Gynäkologen und Mitarbeitern der Bayerischen Krebsgesellschaft geplant. Hierzu wird auch eine mehrsprachige Handreichung erstellt.

■ Kontakt:

MiMi-Projektbüro Bayern
Bayerisches Zentrum für Transkulturelle Medizin e.V.
Sandstraße 41, 80335 München, Tel. 089 43909028
www.bkk-bv-gesundheit.de/bkk-promig/1270.html

Eine barrierefreie, verständnisvolle Kommunikation ist auch ein wichtiger Faktor in der Behandlung – nicht nur bei Krebserkrankungen. Patientinnen und Patienten brauchen verständliche Informationen über Therapie, Nachsorge, Rehabilitation und weitere Hilfsangebote. Für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und das Pflegepersonal sind hierbei Kenntnisse über die soziale Situation der Erkrankten und ihr Krankheitsverständnis sowie – bei Bedarf – Unterstützung durch Dolmetscher hilfreich. Muttersprachliche Informationsmaterialien für Migrantinnen und Migranten sind bislang noch die Ausnahme.



³⁰ MiMi-Projektstandorte sind Augsburg, Bamberg, Coburg, Ingolstadt, Landshut, München, Nürnberg, Schweinfurt und Würzburg.

4.8 Nachsorge und Reha: Wenn die Erstbehandlung überstanden ist

Mit dem Abschluss der Krebsbehandlung, nach Operation, Bestrahlung und/oder medikamentöser Therapie, ist die Betreuung von Krebspatientinnen und -patienten nicht beendet. In der Regel schließen sich an die belastenden Wochen der Therapie die Nachsorge und Rehabilitation an, zwei wichtige, eng miteinander verbundene Prozesse der Krankheitsbewältigung. Bestimmte medikamentöse Behandlungen müssen zudem über einen längeren Zeitraum fortgesetzt werden.

Den Krebs im Auge behalten

Die **Nachsorge** ist die ärztliche Betreuung der Patienten/-innen im Anschluss an eine Krebsbehandlung. Ziel ist es, den Behandlungserfolg zu kontrollieren, Komplikationen oder Langzeitfolgen der oft mit Nebenwirkungen verbundenen Krebstherapien zu erkennen und vor allem ein Wiederauftreten der Erkrankung („Rezidiv“) möglichst frühzeitig zu entdecken. Je nach Krebsform werden die Patientinnen und Patienten in bestimmten Abständen zu Nachsorgeuntersuchungen einbestellt. Die Untersuchungszeiträume und das Vorgehen haben die medizinischen Fachgesellschaften in speziellen Nachsorgeprogrammen festgelegt, die ein Teil der Behandlungsleitlinien sind. Alle Krebspatientinnen und -patienten erhalten einen persönlichen „Nachsorgepass“, in dem die Ergebnisse der Untersuchungen eingetragen werden.

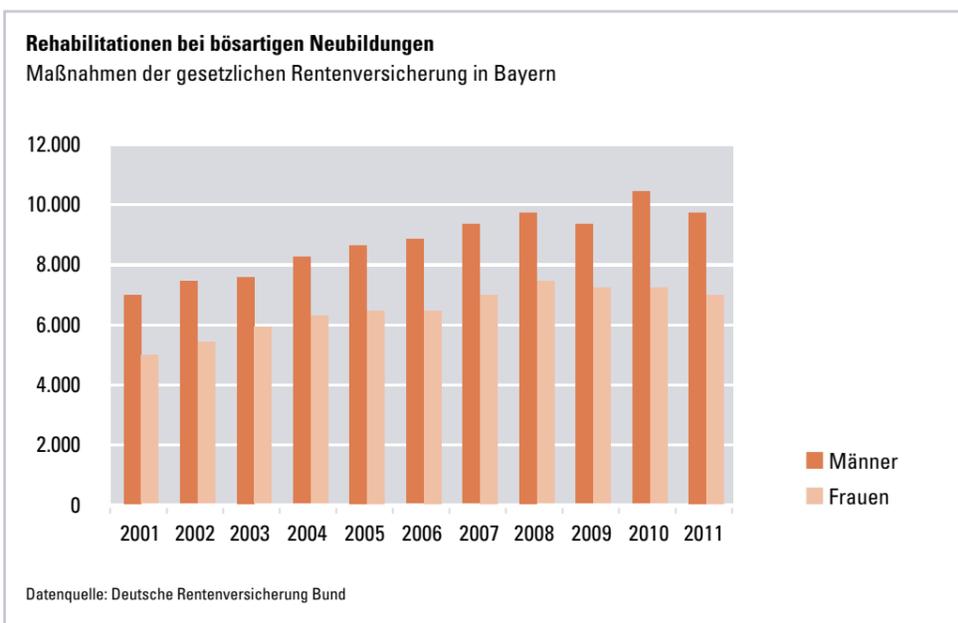
Die Nachsorge findet zum überwiegenden Teil ambulant statt, in zertifizierten Organkrebszentren und onkologischen Zentren, in Facharztpraxen und auch bei Hausärztinnen und Hausärzten. Aufgrund dieser vielfältigen Möglichkeiten gibt es keine genauen Zahlen dazu, wie viele Krebspatientinnen und -patienten die Nachsorge tatsächlich in Anspruch nehmen.

Die Kräfte stärken

Die **Rehabilitation**, kurz „Reha“, bezeichnet Maßnahmen zur Linderung oder zur Beseitigung von chronischen Krankheiten oder Behinderungen, die eine Wiedereingliederung in das Berufs- und Privatleben ermöglichen, also eine Rückkehr in den Alltag. Dabei geht es nicht nur um die möglichst weitgehende Wiederherstellung von körperlichen Funktionen, sondern vor allem auch darum, mit der Krankheit selbstbestimmt umzugehen und gegebenenfalls trotz gewisser Einschränkungen eine verbesserte gesundheitliche Lebensqualität zu erreichen. Die Rehabilitation nimmt den ganzen Menschen in den Blick – körperlich, seelisch und sozial. Neben der ärztlichen Behandlung gehören Bewegungstherapien (Physiotherapie, Sport) und Entspannungsverfahren dazu, Ernährungsberatung, physikalische Therapien (z. B. Bäder, Massagen), eine psychologische Begleitung, Beratung zu sozialen, sozialrechtlichen und beruflichen Fragen, Patientenschulungen und ggf. arbeitsbezogene Maßnahmen.

All diese Maßnahmen werden während einer Rehabilitation gebündelt durchgeführt, in den meisten Fällen stationär in einer spezialisierten Reha-Klinik, selten auch ganztägig ambulant. In der Regel sind drei Wochen für eine Rehabilitation vorgesehen. Folgt sie direkt auf den Krankenhausaufenthalt, spricht man von einer Anschlussrehabilitation oder Anschlussheilbehandlung. Die Kosten der medizinischen Rehabilitation trägt bei Erwerbstätigen die Gesetzliche Rentenversicherung, der Auftrag dazu ist im Sechsten Buch des Sozialgesetzbuches (§ 9 SGB VI) festgeschrieben. Ist die Leistungspflicht der Gesetzlichen Rentenversicherung nicht eröffnet, so wird eine aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitation auch durch die Gesetzliche Krankenversicherung übernommen (§§ 11 Abs. 2, 40 SGB V). Die Leistungen privater Krankenversicherungen richten sich nach dem jeweiligen individuellen Versicherungsvertrag.

Fast jede fünfte Rehabilitation in Deutschland (16,6 % der Fälle bei Männern, 21 % der Fälle bei Frauen)³¹ erfolgt aufgrund von „Neubildungen“, die in der Mehrzahl bösartige Tumorerkrankungen sind. Die Rehabilitation nach einer Krebsbehandlung soll die Erfolge der Therapie festigen und die Betroffenen stark machen für das „Leben nach dem Krebs“. In Bayern verzeichnete die Gesetzliche Rentenversicherung im Jahr 2011 insgesamt 16 840 Reha-Fälle infolge von bösartigen Neubildungen (9753 Frauen, 7087 Männer). Über die Jahre ist insgesamt eine steigende Zahl von Reha-Behandlungen bei Krebs zu beobachten. Setzt man allerdings die Zahl der onkologischen Reha-Leistungen mit der Zahl der Menschen ins Verhältnis, die jährlich in Bayern an Krebs erkranken, so lässt sich folgern, dass insgesamt nur etwa bei einem Drittel der Erkrankten eine stationäre onkologische Rehabilitation erfolgt.



31 Deutsche Rentenversicherung, Rehabericht 2012

Die meisten Krebspatientinnen und -patienten, die eine Rehabilitation in Anspruch nehmen, tun dies in einer spezialisierten Reha-Klinik; der Anteil der ambulant durchgeführten Maßnahmen ist verschwindend gering. Bundesweit gibt es insgesamt 1233 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Stand 2011), 289 von ihnen liegen in Bayern. Etwa 10 % der Fachabteilungen in diesen Häusern sind auf Krebserkrankungen spezialisiert.

Rehabilitation bei Krebserkrankungen 2011

	nach Wohnort			
	Männer		Frauen	
	stationär	ambulant	stationär	ambulant
Oberbayern	2297	6	3842	12
Niederbayern	604	5	838	4
Oberpfalz	571	1	798	0
Oberfranken	620	5	908	2
Mittelfranken	1039	0	1574	3
Unterfranken	926	2	1213	0
Schwaben	1083	2	1600	2
Bayern	7140	21	10 773	23
Deutschland	65 720	1189	72 541	1233

Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung, Berechnungen LGL (Onkologische Rehabilitation, sog. CA-Leistungen nach §§ 15, 31 (1) Nr. 3 SGB VI)

Nicht allen Krebspatientinnen und -patienten im erwerbsfähigen Alter gelingt es, nach der Behandlung an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren, ihre Erkrankung ist zu schwer. In Bayern mussten im Jahr 2011 insgesamt 3307 Menschen infolge einer Krebserkrankung vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden, 1642 Frauen und 1665 Männer. Die Frauen waren im Durchschnitt 51, die Männer 53 Jahre alt.

„Aktiv gegen Krebs“: Wer körperlich aktiv ist, kann den Verlauf einer Tumorerkrankung günstig beeinflussen

Sport und Krebs scheinen auf den ersten Blick nicht zusammenzupassen: bei Sport denkt man an Leistung und Gesundheit, bei Krebs an eine schwerwiegende und körperlich schwächende Erkrankung. Untersuchungen zur Trainingstherapie und auch die vielfache praktische Erfahrung zeigen jedoch, dass Krebspatientinnen und -patienten körperlich und seelisch von regelmäßiger Bewegung profitieren: Körperliche Leistungsfähigkeit und Mobilität werden verbessert, Nebenwirkungen der Tumorthérapien positiv beeinflusst, Lebensqualität und auch Überlebensprognose steigen. So zeigte sich beispielsweise bei Darmkrebspatienten, die mit 30 Minuten zügigem Gehen („Walking“) täglich körperlich aktiv waren, eine Verbesserung der Überlebensrate von bis zu 50 %³². Ähnliches wird bei Brustkrebspatientinnen beobachtet, die regelmäßig etwa drei Stunden pro Woche körperlich aktiv sind.³³

Experten fordern daher, allen Krebspatientinnen und -patienten eine Trainingstherapie als begleitende, unterstützende Behandlung anzubieten. Bis heute verzeichnet der Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Bayern e.V. (BVS) landesweit jedoch erst 117 Rehasportgruppen zur Krebsnachsorge (www.bvs-bayern.com). Im Rahmen eines vom Bayerischen Gesundheitsministerium geförderten Modellprojekts unter der Leitung des Zentrums für Prävention und Sportmedizin der TU München werden derzeit Möglichkeiten der Einrichtung sporttherapeutischer Angebote bei Krebserkrankungen erprobt; langfristig soll gemeinsam mit Rehakliniken ein Netzwerk aufgebaut werden. Durch den Beginn der Bewegungstherapie bereits während des Klinikaufenthalts im Akutstadium soll eine langfristige Behandlungskette ins Leben gerufen werden.



4.9 Die Krankheit bewältigen: Krebsberatung, Psychoonkologie, Selbsthilfe

Krebserkrankungen sind kritische Lebensereignisse, die nicht nur die Welt der Betroffenen, sondern auch ihrer Angehörigen und Freunde nachhaltig erschüttern und Lebensplanungen in Frage stellen. Psychosoziale Beratung, psychoonkologische Behandlung und Selbsthilfegruppen können über die medizinische Hilfe hinaus begleiten; sie bieten wichtige Unterstützung bei der Bewältigung von seelischen und sozialen Problemen, die sich aus der Erkrankung ergeben.

³² Meyerhardt JA, Giovannucci EL, Ogino S, Kirkner GJ, Chan AT, Willett W, Fuchs CS (2009): Physical activity and male colorectal cancer survival. Arch Intern Med 169(22), 2102-2108.

³³ Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, Kroenke CH, Colditz GA (2005): Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. JAMA 293(20), 2479-2486; Holick CN, Newcomb PA, Trentham-Dietz A, Titus-Ernstoff L, Bersch AJ, Stampfer MJ, Baron JA, Egan KM, Willett WC (2008): Physical activity and survival after diagnosis of invasive breast cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 17(2), 379-386.

Psychosoziale Krebsberatung

Unterstützung für das Leben mit Krebs

Was geschieht nach der Behandlung in der Klinik? Wann kann ich wieder in meinen Alltag zurückkehren, wie kommt die Familie in der Zwischenzeit zurecht? Wie kann ich gegen die Ängste ankommen, die mich mutlos werden lassen? Gibt es etwas, wodurch ich das Gesundwerden fördern kann? Welche Rechte habe ich am Arbeitsplatz? Wo finde ich finanzielle Unterstützung?

Es sind unzählige Fragen, die eine Krebserkrankung aufwirft, und die, wenn sie unbeantwortet bleiben, die Bewältigung der Krankheit erschweren. Nicht jede dieser Fragen kann und mag man im Arztgespräch klären, oft ergeben sie sich auch erst im Lauf der Zeit. Hier hilft die psychosoziale Krebsberatung weiter, vertraulich und kostenfrei, für Menschen mit Krebs und für ihre Angehörigen. Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen und die bayerischen Bezirke fördern dieses Beratungsangebot seit vielen Jahren im Rahmen der Offenen Behindertenarbeit.

Die Bayerische Krebsgesellschaft hat mit ihrem Netz von landesweit 19 Beratungsstellen im Jahr 2011 fast 18 000 Beratungen durchgeführt; die Nachfrage steigt jährlich. Und der Anspruch an die Qualität der Beratungsarbeit ist hoch: Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben ein sozialwissenschaftliches Studium und eine psychoonkologische Weiterbildung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. abgeschlossen.

Anlaufstellen der Bayerischen Krebsgesellschaft



Quelle: Bayerische Krebsgesellschaft, www.bayerische-krebsgesellschaft.de/index.php?beratung/psychosoziale_beratung/bayernkarte

In jedem Regierungsbezirk gibt es mindestens eine psychosoziale Anlaufstelle der Bayerischen Krebsgesellschaft: Ambulante Beratungsstellen in Augsburg, Bayreuth, Hof, Ingolstadt, Kempten, München, Nürnberg, Passau, Regensburg und Würzburg, vier Beratungsstellen an Kliniken (Deggendorf, Oberaudorf, Schweinfurt, Passau) sowie den Psychoonkologischen Dienst am Klinikum Bayreuth GmbH, an der Klinik Herzoghöhe Bayreuth der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern und am Klinikum Kulmbach. Kooperationen bestehen mit der Krebsberatungsstelle am Tumorzentrum München und am Klinikum Lichtenfels. Bei der Suche nach der nächstgelegenen Beratungsstelle hilft die Landesgeschäftsstelle der Bayerischen Krebsgesellschaft in München weiter.

Kontakt:

Bayerische Krebsgesellschaft e.V.
Nymphenburger Straße 21a, 80335 München
Tel. 089 548840-0, Fax 089 548840-40
E-Mail: info@bayerische-krebsgesellschaft.de
www.bayerische-krebsgesellschaft.de

Wer Hilfe sucht, muss die Beratungsstelle aber nicht unbedingt persönlich aufsuchen – im Gegenteil: Im Jahr 2011 fanden 51 % der insgesamt 17 717 Beratungen per Telefon statt, 37 % waren persönliche Gespräche vor Ort und 12 % schriftliche Beratungen, per Post oder E-Mail. Die Themen, um die es dabei geht, sind breit gefächert. Es sind psychoonkologische Fragen, Informationen zu Krankheitsbildern und zu Therapiemöglichkeiten, psychische Entlastung und Unterstützung, finanzielle und sozialrechtliche Fragen, Unsicherheiten oder Probleme im familiären, sozialen oder beruflichen Umfeld. Die Bayerische Krebsgesellschaft e.V. vermittelt auch Kontakte zu Gleichbetroffenen: Sie unterstützt ihre mehr als 200 Selbsthilfegruppen in ganz Bayern, unter anderem durch Fortbildungen, Informationsveranstaltungen und -broschüren. Als gemeinnützige Organisation finanziert die Bayerische Krebsgesellschaft e.V. ihre Arbeit zu großen Teilen aus privaten Spenden.

Insgesamt besteht jedoch weiterer Bedarf an ambulanten Krebsberatungsstellen vor allem in ländlichen Gebieten.³⁴

³⁴ Heckl U, Singer S, Wickert M, Weis J (2012): Aktuelle Versorgungsstrukturen in der Psychoonkologie. Onkologische Welt 02/12, Schattauer Verlag.

Hilfe für die Seele: Psychoonkologie

Eine Krebserkrankung ist eine enorme psychische Belastung. Oft reicht die eigene Kraft nicht aus, damit zurecht zu kommen. Experten schätzen, dass 25 % bis 30 % aller Krebspatientinnen und -patienten im Verlauf ihrer Erkrankung eine professionelle psychologische („psychoonkologische“) Betreuung benötigen. Bisher wird dieser Bedarf noch nicht überall erfasst. Viele Patientinnen und Patienten und auch manche Fachkräfte sind noch nicht ausreichend über die Bedeutung und die Angebote psychoonkologischer Versorgung informiert. Selbst im Disease-Management-Programm Brustkrebs, das bei Bedarf ausdrücklich entsprechende Leistungen vorsieht, werden psychoonkologische Behandlungen bisher noch selten in Anspruch genommen.

Inzwischen allerdings ist die Psychoonkologie in zahlreichen Kliniken, insbesondere in den zertifizierten Organkrebszentren, in onkologischen Zentren und Spitzenzentren, fest verankert. In Reha-Einrichtungen kommt schon seit langem ein breites Spektrum psychotherapeutischer Methoden zum Einsatz (Einzel- und Gruppentherapie, Entspannungsverfahren, künstlerische Therapien, Ergotherapie, Sozialberatung). Im ambulanten Bereich wird die Psychotherapie für Krebspatientinnen und -patienten vor allem durch niedergelassene ärztliche oder psychologische Psychotherapeut/-innen erbracht, was jedoch häufig mit langen Wartezeiten verbunden ist.

- Informationen zur Psychoonkologie und den verschiedenen Angeboten hat die Bayerische Krebsgesellschaft für Betroffene in der Broschüre „**Psychoonkologie – Was ist das genau? Welche Leistungen zählen dazu? Wer kann mich unterstützen?**“ zusammengestellt, die mit Förderung des Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit herausgegeben wird (Bestellung und Download unter www.bayerische-krebsgesellschaft.de, Tel. 089 548840-0).

Warum ist Mama krank?

Ein Beratungsangebot für Familien, in denen ein Elternteil an einer schweren Krankheit leidet

Eine schwerwiegende Diagnose wie Krebs kann das familiäre Gleichgewicht völlig durcheinander bringen. Für Kinder ist es oft besonders schwierig, mit dieser Situation umzugehen. Sie spüren, dass etwas nicht in Ordnung ist, oft verbergen sie ihre Ängste und Sorgen aber, um ihren Eltern keinen zusätzlichen Kummer zu machen. Sie leisten dabei emotionale Schwerstarbeit, der sie in vielen Fällen nicht dauerhaft gewachsen sind. Wird nicht offen über die Situation gesprochen, kann das zu tiefer Verunsicherung, zu Angstzuständen oder sogar zu psychischen Störungen führen. Dem will ein Beratungsprojekt für Kinder kranker Eltern vorbeugen, das die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) gemeinsam mit der AOK Bayern und der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PTK) entwickelt hat. Kostenfrei erhältliche Infomaterialien bieten Familien Beratung und Unterstützung für das Gespräch mit ihren Kindern. AOK-Versicherte können zudem ein Beratungsangebot mit bis zu acht Gesprächsterminen wahrnehmen, das sie bei der Kommunikation mit ihren Kindern unterstützt.

- www.kvb.de/kinderkrankerealtern

Unter dem Namen FLÜSTERPOST haben Studentinnen der Georg-Simon-Ohm Hochschule und der Evangelischen Fachhochschule Nürnberg bereits 2001/2002 ein spezifisches Projekt zur Betreuung von Kindern krebskranker Eltern ins Leben gerufen. Ihre Homepage hält umfangreiche Informationen für diese Situation bereit.

- www.kinder-krebskranker-eltern.de

Im Rahmen der Bayerischen Gesundheitsinitiative Gesund.Leben.Bayern. wird derzeit ein Patientenratgeber „Wie erklärt man Kindern Krebs“ erstellt. Diese Broschüre soll das Gespräch mit Kindern über das schwierige Thema Krebs erleichtern. Die Broschüre wird auch in die Sprachen Englisch, Türkisch und Russisch übersetzt und in Zusammenarbeit mit dem Projekt MiMi Familien mit Migrationshintergrund zur Verfügung gestellt.

Das gemeinsame Schicksal verbindet Selbsthilfe

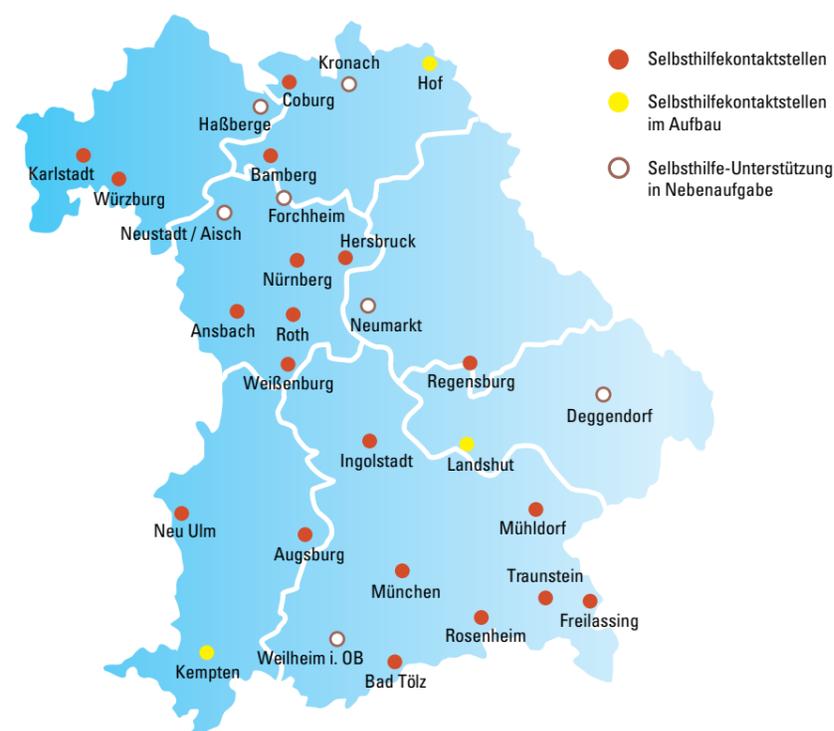
Geteiltes Leid ist halbes Leid: Wer hat nicht schon einmal die Erfahrung gemacht, dass Sorgen oder Probleme leichter zu tragen sind, wenn man sie mit anderen Menschen teilt? Besonders gut können all jene die Situation verstehen, die in einer ähnlichen Lage sind oder es einmal waren. Sich über Probleme, Ängste und Schwierigkeiten auszutauschen, Erfahrungen und Wissen weiterzugeben, sich gegenseitig zu helfen, kann von unschätzbarem Wert sein – ganz besonders bei so schweren Erkrankungen wie Krebs.

Schätzungen zufolge engagieren sich in Deutschland etwa drei Millionen Menschen in 70 000 bis 100 000 Selbsthilfegruppen zu den unterschiedlichsten Themen, 11 000 Gruppen sind es in Bayern. Sie wollen die Eigenverantwortung und Teilhabe der Betroffenen stärken, um die persönliche Lebensqualität zu verbessern; gleichzeitig wirken sie oft auch hinein in das soziale und politische Umfeld³⁵. Weiterführende Informationen zur Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Krankheit in Bayern bietet die Landesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und ihrer Angehörigen in Bayern e.V. (www.lagh-bayern.de).

Wer in Bayern Anschluss an eine Selbsthilfegruppe sucht oder selbst eine Gruppe gründen will, findet Unterstützung bei den 30 Selbsthilfekontaktstellen. Finanzielle Unterstützung erhalten Selbsthilfegruppen in Bayern vom Freistaat sowie, nach Maßgabe des § 20c des Fünften Sozialgesetzbuches, auch von den Gesetzlichen Krankenkassen. Die landesweite Vernetzung der Selbsthilfekontaktstellen übernimmt die Selbsthilfekoordination Bayern (SeKo Bayern).

³⁵ Robert Koch-Institut: Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2004, und Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen.

Selbsthilfekontaktstellen in Bayern



Quelle: Selbsthilfekoordination Bayern e.V. (www.seko-bayern.de)

Für Krebserkrankungen gibt es in Bayern derzeit rund 250 Selbsthilfegruppen. 206 Gruppen gehören der Bayerischen Krebsgesellschaft e.V. an (Stand Ende 2011), die sie über die psychosozialen Krebsberatungsstellen mit Beratung und Fortbildungsmöglichkeiten für Gruppenleitungen unterstützt.

Die Struktur der Selbsthilfegruppen ist vielfältig. In ländlichen Gebieten, in denen das professionelle Angebot sozialer Betreuung häufig geringer ist als in Großstädten, ist eine Selbsthilfegruppe nicht selten die einzige Anlaufstelle für Menschen mit Krebs und ihre Angehörigen. In den Städten hingegen entstehen immer mehr Gruppen mit einem speziellen Schwerpunkt, entweder hinsichtlich der Erkrankung (z. B. Selbsthilfegruppen für Männer mit Prostata- oder Hodenkrebs, Selbsthilfegruppen für Erwachsene mit Leukämie) oder der Lebenssituation (z. B. Selbsthilfegruppen für jüngere, berufstätige Frauen). All diesen Gruppen ist gemeinsam, dass sie offene Gespräche ermöglichen, dass sie Erfahrungen und Informationen austauschen, Isolation und Einsamkeit aufbrechen wollen, in Krisen Halt geben, Hoffnung machen und auch Angehörige entlasten.

13 Krebs-Selbsthilfegruppen in Bayern gehören der „Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.“ (FSH) an, eine der ältesten und größten Krebs-Selbsthilfeorganisationen in Deutschland. Der 1976 von Frauen mit Brustkrebs in Mannheim gegründete Verband ist heute bundesweit aktiv, in rund 400 regionalen Gruppen finden Frauen und Männer mit unterschiedlichen Krebserkrankungen Rat und Hilfe (www.frauenselbsthilfe.de). Daneben haben sich in Bayern auch 25 Selbsthilfegruppen zusammengefunden, die dem Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. angehören, der europaweit größten Organisation von und für Prostatakrebspatienten (www.prostatakrebs-bps.de).

4.10 Begleitung auf einem schweren Weg Palliativ- und Hospizversorgung

In der Behandlung von Menschen mit Krebs sind in den letzten Jahrzehnten große Fortschritte erreicht worden. Doch noch immer sterben heute etwa 40 % der Erkrankten an oder mit der Diagnose Krebs³⁶. Um Schwerstkranken und Sterbenden ein Leben in Würde bis zuletzt zu ermöglichen, wurden in Bayern umfangreiche Angebote und Strukturen in der Hospiz- und Palliativversorgung aufgebaut. Das Bayerische Gesundheitsministerium hat 2011 gemeinsam mit dem Bayerischen Sozialministerium das erste umfassende Rahmenkonzept zur Hospiz- und Palliativversorgung auf Länderebene veröffentlicht. Das Konzept ist Grundlage für den weiteren zielgerichteten Ausbau einer qualitativ hochwertigen Betreuung Schwerstkranker und Sterbender.

Die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen ist grundsätzlich Aufgabe aller, die an ihrer Behandlung beteiligt sind. Sie wird im Rahmen einer allgemeinen Versorgung im ambulanten Bereich vorwiegend durch Haus- und Fachärzte sowie ambulante Pflegedienste und im stationären Bereich durch die Krankenhäuser wahrgenommen.

Zusätzlich wurden für die häusliche und stationäre Versorgung die nachfolgend beschriebenen spezialisierten Strukturen aufgebaut.

In der vertrauten Umgebung bleiben

Schwerstkranken Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheitserscheinungen und ausgeprägter Symptomatik, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben einen Anspruch auf eine **Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung**, kurz **SAPV**. Der Anspruch ist im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (§§ 37 b, 132 d SGB V) festgeschrieben und soll ein Sterben in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs ermöglichen, wenn dies gewünscht wird.

SAPV wird ärztlich verordnet und durch so genannte Palliative Care Teams (PCT) erbracht. Sie werden aus dazu besonders qualifizierten Medizinerinnen, Pflegefachkräften und ggf. weiteren Fachkräften (z. B. Sozialarbeitern/Sozialpädagogen) gebildet. Die Teams arbeiten eng mit ambulanten Hospizdiensten zusammen.

Experten schätzen, dass etwa 10 % der Sterbenden eine solche Versorgung benötigen. Ausgehend von der Notwendigkeit eines Teams für 250 000 Einwohner errechnet sich für Bayern ein Bedarf von mindestens 50 Palliative Care Teams. Gegenwärtig haben bereits 21 Teams in Bayern Verträge mit den Kostenträgern geschlossen. Dies entspricht einer Bedarfsdeckung von 42 %. Weitere Teams befinden sich im Aufbau.

³⁶ Robert Koch-Institut/GEKID: Krebs in Deutschland 2005/2006

Einen sehr wichtigen Beitrag zur Betreuung Schwerstkranker, Sterbender und ihrer Angehörigen im häuslichen Bereich und auch in Pflegeheimen leisten auch die über 120 ambulanten Hospizdienste in ganz Bayern. Ihre rund 5800 qualifizierten ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter begleiten jährlich fast 10 000 Menschen in der letzten Lebensphase und arbeiten eng mit palliativ erfahrenen Ärzten und Pflegediensten zusammen. Mit mindestens einem ambulanten Hospizdienst in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt ist Bayern auch in der Fläche weitgehend versorgt. Die Gesetzlichen Krankenkassen fördern die Arbeit ambulanter Hospizvereine.

Wenn die Betreuung daheim nicht möglich ist

Viele schwerstkranken und sterbende Patienten möchten die letzten Wochen und Tage ihres Lebens im häuslichen Umfeld verbringen. Für einen Teil der Patienten ist dies jedoch leider nicht möglich und eine Versorgung in Krankenhäusern mit einer Palliativstation oder einem palliativmedizinischen Dienst oder in einem stationären Hospiz wird unumgänglich.

An bisher 48 Krankenhäusern in Bayern sind Palliativstationen mit insgesamt 440 Betten eingerichtet. Weitere 26 Betten sind bereits genehmigt. Palliativstationen sind Abteilungen im Krankenhaus, die auf die Behandlung, Betreuung und Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Patienten spezialisiert sind. Vorrangiges Ziel ist immer eine Stabilisierung der Patienten und eine Entlassung nach Hause, in ein stationäres Hospiz oder eine stationäre Pflegeeinrichtung. Für die Planung wurde ein Bedarf von 35 Palliativbetten pro 1 Mio. Einwohner zu Grunde gelegt (Empfehlung der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags „Ethik und Recht der modernen Medizin“ in ihrem Zwischenbericht „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“, BT-Drs. 15/5858 vom 22.6.2005). Demnach sind ca. 470 Betten in Bayern bedarfsgerecht. Dieses Ziel ist weitgehend erreicht.

Um die stationäre Palliativversorgung weiter in die Fläche zu bringen, hat grundsätzlich jedes Krankenhaus die Möglichkeit, zusätzlich oder statt einer Palliativstation einen palliativmedizinischen Dienst einzurichten. Palliativmedizinische Dienste versorgen die Patienten stationsübergreifend und setzen sich aus qualifizierten Ärzten, Pflegefachkräften und Sozialarbeitern/Sozialpädagogen zusammen. Bislang konnten bereits 39 palliativmedizinische Dienste anerkannt werden. Weitere Anträge liegen dem Bayerischen Gesundheitsministerium vor.

Palliativversorgung in Bayern, 2012

	Palliativbetten/ Palliativstationen	Palliativbetten je 1 Mio. Ew.	Palliativmed. Dienste	SAPV-Teams
Mittelfranken	49 / 4	28	5	4
Unterfranken	49 / 5	37	5	1
Oberfranken	40 / 5	37	3	1
Schwaben	50 / 7	28	2	2
Niederbayern	52 / 6	44	8	2
Oberbayern	160 / 16	36	14	10
Oberpfalz	40 / 5	37	2	1
Bayern	440/ 48	34,9	39	21

Datenquellen: Palliativbetten, Palliativmedizinische Dienste, SAPV-Teams: StMUG, Datenstand 1/2013

Darüber hinaus stehen derzeit in Bayern 14 stationäre Hospize mit 142 Betten zur Verfügung. Zwei weitere Hospize mit insgesamt 20 Betten sind in der Realisierung. In Hospizen finden Schwerstkranken, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen und deren Versorgung im Haushalt oder der Familie nicht bedarfsgerecht erbracht werden kann, psychische, soziale und spirituelle Begleitung und eine palliativmedizinische und palliativpflegerische Betreuung in der letzten Phase ihres Lebens.

Aufgrund langjähriger Erfahrungen wird derzeit grundsätzlich von einer Bedarfszahl von einem Hospizbett für 60 000 Einwohner ausgegangen. Regionale Bedarfslagen können zu einer Abweichung von diesem Maßstab führen. Für die Einwohnerzahl Bayerns errechnet sich so ein Bedarf an 208 Hospizplätzen. Derzeit bestehen vier stationäre Hospize im Bezirk Oberbayern, eines im Bezirk Niederbayern, zwei im Bezirk Oberfranken, eines im Bezirk Unterfranken, drei im Bezirk Mittelfranken und drei im Bezirk Schwaben.

Stationäre Hospizversorgung in Bayern, Stand: 1. Januar 2013

Hospiz	Ist-Plätze	Bedarf* an Plätzen
München, Christophorus Hospiz	16	
Polling, Hospiz Pfaffenwinkel	8	
München, Johannes-Hospiz	12	
Ingolstadt, Elisabeth Hospiz	13	
Oberbayern	49	71
Vilsbiburg	10	
Niederbayern	10	20
Regensburg (Pentling) im Bau	(10)	
Oberpfalz	(10)	18
Naila, Hospiz	8	
Bayreuth, Albert-Schweitzer-Hospiz	10	
Oberfranken	18	18
Erlangen, Hospiz Am Ohmplatz	12	
Nürnberg-Mögeldorf, Hospiz	12	
Nürnberg, Hospiz Xenia	10	
Mittelfranken	34	29
Würzburg (Juliussspital) im Bau	(10)	
Alzenau, Hospiz	8	
Unterfranken	18	22
Augsburg, St. Vinzenz-Hospiz	9	
Kempten, Allgäu Hospiz	8	
Lindau, Hospiz „Haus Brög zum Engel“	6	
Schwaben	23	30
Bayern gesamt	142	208

*Rechnerischer Bedarf: regionale Bedarfslagen können zu Abweichungen führen.

Quelle: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit- und Sozialordnung, Familie und Frauen

4.11 Wissen ist das größte Kapital: Onkologische Forschung

Weltweit wird intensiv an der Behandlung von Krebserkrankungen geforscht. Auch in Bayern leisten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler dazu wichtige Beiträge. Detaillierte Angaben zur Höhe der Forschungsgelder im Bereich der Krebsforschung stehen zwar nicht zur Verfügung, doch können die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft e.V. (DFG) als zentraler Stelle der Forschungsförderung bereitgestellten 1,5 Milliarden Euro (2012) für die Medizinische Forschung allgemein einen Eindruck geben von der Höhe der Mittel, die bereitgestellt werden. Zahlreiche Krebsforschungsprojekte werden auch durch Unternehmen und durch private Geldgeber unterstützt. Die Deutsche Krebshilfe ist bundesweit der größte private Förderer, in Bayern wurden im Jahr 2010 insgesamt 34 Forschungsprojekte in Erlangen, Nürnberg, München, Regensburg und Würzburg mit knapp neun Millionen Euro gefördert.

Tumorzentren

Die Behandlung von Krebserkrankungen ist keine Aufgabe für „Einzelkämpfer“ – im Gegenteil. Expertinnen und Experten verschiedener Fachrichtungen bemühen sich gemeinsam, in jedem Fall die bestmögliche Versorgung zu gestalten. Das organisatorische Dach für eine solche fachübergreifende Vernetzung in einer Region bilden die Tumorzentren. Mit den Standorten Augsburg, Bayreuth, Erlangen-Nürnberg, München, Regensburg und Würzburg gibt es in Bayern sechs derartige Zentren, bundesweit sind es 49.

Tumorzentren sind nicht direkt an der Behandlung von Patientinnen und Patienten beteiligt, dies ist Aufgabe der im Netzwerk kooperierenden Partner, also der niedergelassenen onkologisch tätigen Ärztinnen und Ärzte, der Kliniken und Reha-Einrichtungen in der jeweiligen Region. Die Tumorzentren haben vielmehr die Qualitätssicherung der Versorgung in ihrem Einzugsgebiet zum Ziel: Sie sollen gewährleisten, dass jeder Krebspatientin/jedem Krebspatienten eine optimale, den aktuellen Standards entsprechende Behandlung und begleitende Dienste angeboten werden. Die Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren umschreibt das Aufgabengebiet mit den „drei P“, dem Produzieren von Wissen, etwa durch Studien zur Behandlung und Versorgung bei verschiedenen Krebserkrankungen, dem Propagieren von Wissen im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen, Fallbesprechungen und Patientenberatungen sowie dem Prüfen der Umsetzung des Wissens, indem die Krebsbehandlungen fortlaufend dokumentiert und ihre Ergebnisse ausgewertet werden. Eine besonders wichtige Rolle kommt hier den Klinischen Krebsregistern an den Tumorzentren zu.

Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG)

Klinische Krebsregister sind wesentliche Voraussetzung für eine vollständige und sektorübergreifende Qualitätsberichterstattung in der onkologischen Versorgung. Sie zielen darauf, aus den einzelnen Krankheitsverläufen Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge ein Bild der aktuellen klinischen Versorgung aufzuzeigen, diese auf der Grundlage von Qualitätsindikatoren zu prüfen und Maßnahmen zu deren Verbesserung anzuregen.

Mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) will die Bundesregierung die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für den flächendeckenden Ausbau und Betrieb klinischer Krebsregister in Deutschland schaffen.

Das Bevölkerungsbezogene Krebsregister Bayern

Welche Krebserkrankungen sind besonders häufig, welche seltener? Wie sind die Heilungschancen in welchem Stadium einer Erkrankung? Zeigen Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen Wirkung? Diese und viele weitere Fragen lassen sich aus den Daten des Bevölkerungsbezogenen Krebsregisters Bayern beantworten. Seit 1998 registriert es die neu auftretenden Krebserkrankungen, zunächst in einer vierjährigen Startphase mit der Hälfte der Landkreise und kreisfreien Städte, seit 2002 flächendeckend in ganz Bayern. Diese umfassende Datensammlung – inzwischen werden über 90 % aller Krebsneuerkrankungen erfasst – liefert wichtige Hinweise für Vorbeugung, Diagnostik und Therapie. Dies wäre nicht möglich ohne die Hilfe der Betroffenen: Durch ihre Zustimmung zur Meldung der Daten an das Krebsregister leisten sie einen entscheidenden Beitrag zur weiteren Erforschung von Krebserkrankungen. Die Daten bilden darüber hinaus eine wichtige Grundlage für die Bedarfsplanung im Gesundheitswesen. Der Freistaat Bayern unterstützt die Krebsregistrierung mit jährlich 2,25 Mio. Euro.

■ www.krebsregister-bayern.de

Der Meldeweg: Wohin gehen die Daten?

Wird eine Krebserkrankung festgestellt, melden die behandelnden Ärzte, Zahnärzte oder Pathologen sie zunächst an eines der Klinischen Krebsregister, die an den Tumorzentren in Augsburg, Bayreuth, Erlangen-Nürnberg, München, Regensburg und Würzburg eingerichtet sind. Das Bayerische Krebsregistergesetz (BayKRG) legt genau fest, welche Daten in diesem ersten Schritt zu melden sind; neben den persönlichen Angaben gehören dazu vor allem Informationen zum Tumor, zur Feststellung der Diagnose und zur Behandlung. In den Klinischen Krebsregistern werden die Daten gesammelt und auf Vollständigkeit geprüft. Auch werden hier Behandlungsverläufe und Langzeitergebnisse ausgewertet, um die Qualität der Behandlungen in der jeweiligen Region zu erfassen.

4.12 TUMORZENTREN

Klinische Krebsregister in Bayern

	Regionales klinisches Krebsregister	Erfassungsgebiet
	Tumorzentrum Augsburg	Bezirk Schwaben
	Tumorzentrum Oberfranken	Bezirk Oberfranken
	Tumorzentrum Erlangen-Nürnberg	Bezirk Mittelfranken
	Tumorregister München	Bezirk Oberbayern aus Niederbayern: Stadt und Landkreis Landshut
	Tumorzentrum Regensburg e.V.	Bezirk Oberpfalz Bezirk Niederbayern (außer Stadt und Landkreis Landshut)
	Tumorzentrum Würzburg	Bezirk Unterfranken

Quelle: www.ekr.med.uni-erlangen.de/KlinischeRegister.html

Die Klinischen Krebsregister leiten die gesammelten Daten in regelmäßigen Abständen weiter nach Nürnberg an die Vertrauensstelle des Bevölkerungsbezogenen Krebsregisters Bayern. Dort werden die persönlichen Daten so verschlüsselt, dass Name und Anschrift der Patienten nicht mehr zu erkennen sind (Datenschutz). Die verbleibenden Informationen zur Erkrankung und ihrer Behandlung werden anschließend in der Registerstelle am Universitätsklinikum Erlangen gespeichert und ausgewertet. Sie übermittelt die anonymen Daten zudem einmal jährlich an das Zentrum für Krebsregisterdaten am Robert Koch-Institut in Berlin, wo die Daten aus allen Bundesländern gesammelt und ausgewertet werden.



BRUSTKREBS



UNTER DER LUPE:

5. BRUSTKREBS

Eckdaten Brustkrebs

BAYERN	männlich	weiblich
Neuerkrankungen 2010	81	10 067
Neuerkrankungsrate je 100 000 Ew., altersstand.	1,0	113,4
Sterbefälle 2011	26	2672
Sterbefälle je 100 000 Ew., altersstand.	0,3	25,0

DEUTSCHLAND	männlich	weiblich
Neuerkrankungen 2009	540	71 874
Neuerkrankungsrate je 100 000 Ew., altersstand.	1,0	123,8
Sterbefälle 2011	159	17 815
Sterbefälle je 100 000 Ew., altersstand.	0,3	24,3

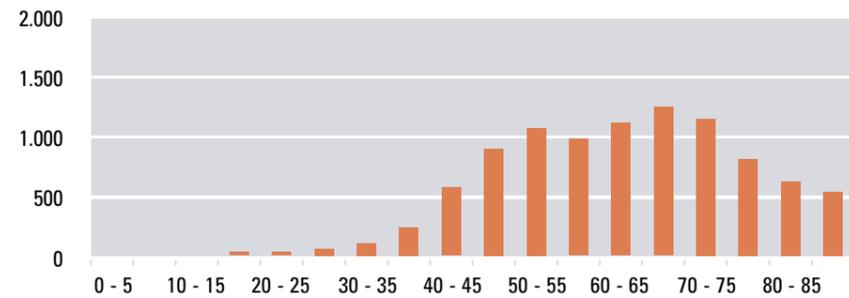
Quellen: Bayerisches Krebsregister, GEKID, Statistisches Bundesamt, ICD C50

Brustkrebs, das Mammakarzinom, ist der häufigste bösartige Tumor und noch immer die häufigste Krebstodesursache bei Frauen. Dennoch ist Brustkrebs nicht die gefährlichste Krebsform: Wird die Erkrankung rechtzeitig erkannt und behandelt, ist sie in der Mehrzahl der Fälle heilbar.

Die Daten

Etwa ein Drittel aller Krebserkrankungen bei Frauen in Bayern ist Brustkrebs; für das Jahr 2010 meldete das Bevölkerungsbezogene Krebsregister 10 067 Neuerkrankungen. Und fast jeder fünfte Todesfall bei Krebspatientinnen (17,9 %) ist auf Brustkrebs zurückzuführen, 2672 Frauen starben im Jahr 2011 daran. Bundesweit ist die Situation sehr ähnlich, 71 874 Neuerkrankungen im Jahr 2009 entsprechen 32 % aller Krebserkrankungen bei Frauen, die Brustkrebs-Todesfälle haben einen Anteil von 17,3 % an allen Krebs-Todesfällen. Und auch wenn es sehr selten ist: Brustkrebs kann auch Männer treffen. 540 Fälle wurden 2009 in Deutschland registriert, 159 Sterbefälle gab es im Jahr 2011 bundesweit, 26 in Bayern.

Welche Altersgruppen sind am häufigsten betroffen?
Neuerkrankungen an Brustkrebs in Bayern (2010)



Datenquelle: Bevölkerungsbezogenes Krebsregister Bayern, Datenstand Dezember 2012. Ohne DCO-Fälle.

Die Diagnose Brustkrebs wird im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen oft in einem jüngeren Alter gestellt: Rund die Hälfte aller Brustkrebspatientinnen (45 %) erkrankt im Alter zwischen 50 und 69 Jahren. Im Durchschnitt sind die Patientinnen zum Zeitpunkt der Diagnose 63 Jahre alt.

Seit einigen Jahren beobachtet man bei Brustkrebs eine steigende Neuerkrankungsrate. Ein Grund dafür dürfte sein, dass seit der Einführung des Mammographie-Screenings zur Früherkennung mehr – meist kleine – Brusttumoren entdeckt werden. Solch kleine Tumoren sind in der Regel vergleichsweise schonend zu behandeln und haben sehr gute Heilungschancen. Die Zahl großer Brusttumoren dagegen sollte durch die Früherkennungsuntersuchungen in Zukunft zurückgehen.

Die Risiken

Warum Brustkrebs entsteht, ist in der Mehrzahl der Fälle nicht bekannt. Nur ein vergleichsweise kleiner Teil der Patientinnen, etwa 20 %, hat eine so genannte „familiäre Belastung“ mit Erkrankungen von nahen Angehörigen, weitere 5 % bis 10 % haben genetische Veränderungen, die ein Brustkrebsrisiko bergen. Das höchste Risiko besteht bei Veränderungen in den „Brustkrebsgenen“ BRCA1 und 2, die allerdings bei weniger als 1 % aller Frauen vorkommen.

Daneben gibt es eine Vielzahl von Faktoren, die jeder für sich das Risiko nur gering erhöhen. Dazu gehören ein frühes Eintreten der Regelblutung noch vor dem 12. Lebensjahr ebenso wie ein spätes Aufhören nach dem 55. Lebensjahr, eine geringe Stilldauer, die Einnahme hormonhaltiger Medikamente („Hormonersatztherapie“ in den Wechseljahren), außerdem Faktoren des Lebensstils: Übergewicht, oft verbunden mit mangelnder körperlicher Aktivität und fettreicher Ernährung, Rauchen und täglicher Alkoholkonsum.

Früherkennung

Eine Brust-Selbstuntersuchung wird von den wissenschaftlichen Leitlinien nicht mehr generell empfohlen. Dennoch werden viele Tumoren auf diesem Weg von den Frauen selbst entdeckt. Die Deutsche Krebsgesellschaft empfiehlt daher eine monatliche Selbstuntersuchung der Brust (www.krebsgesellschaft.de/pat_ka_brustkrebs_selbsuntersuchung,107714.html).

Ab dem Alter von 30 Jahren gehört eine jährliche Tastuntersuchung der Brust durch einen Frauenarzt bzw. eine Frauenärztin zum Krebsfrüherkennungsprogramm der Gesetzlichen Krankenkassen.

Für alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren ist in zweijährigem Abstand ein systematisches Mammographie-Screening vorgesehen. Diese Röntgenuntersuchung der Brust zur Früherkennung von Krebs wird in Bayern seit 2003 angeboten, 2006 wurde sie auch bundesweit eingeführt. Für die Untersuchungen wurden Mammographie-Zentren („Screening-Einheiten“) eingerichtet, die von speziell ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten geleitet werden. Mit einer Teilnehmerate von etwa 45 % (2009) nimmt bislang jedoch nur knapp die Hälfte der Frauen in Bayern das Früherkennungsangebot wahr, bundesweit sind es rund 54 %. Die niedrigere Rate in Bayern hat möglicherweise damit zu tun, dass hier mehr Frauen im sog. „grauen Screening“ (d. h. Früherkennungsuntersuchungen außerhalb der systematischen Mammographie-Untersuchungen) verblieben sind, auch regionale Besonderheiten, z. B. der Erreichbarkeit im ländlichen Raum, könnten eine Rolle spielen. Wären alle Frauen dabei, könnten mit 700 000 Mammographien jedes Jahr in Bayern etwa 4500 Brustkrebskrankungen entdeckt werden, schätzen Experten. Das dafür aufgebaute System in Deutschland gilt international als vorbildlich.

Frühe Diagnose – Schonende Behandlung

Wird Brustkrebs in einem frühen Stadium entdeckt, sind die Heilungschancen besser und schonendere Behandlungen möglich. Diese Auswirkung des Mammographie-Screenings in Bayern konnte erstmals eine Untersuchung zeigen, die das bevölkerungsbezogene Krebsregister und die sechs klinischen Krebsregister mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe durchgeführt haben. Betrachtet wurden die rund 75 000 Brustkrebsfälle, die in den Jahren 2000 bis 2008 an das Bevölkerungsbezogene Krebsregister Bayern gemeldet wurden. Dabei zeigte sich, dass bei den Brustkrebspatientinnen im „Mammographie-Alter“ zwischen 50 und 69 Jahren deutlich häufiger als in anderen Altersgruppen kleine Tumoren gefunden wurden, während fortgeschrittene Krebserkrankungen seltener waren. Folglich konnte entsprechend häufiger auf radikale Operationsverfahren verzichtet werden. Ob das Mammographie-Screening-Programm in Bayern das angestrebte Ziel der Reduktion der Sterblichkeit an Brustkrebs erreichen wird, kann aufgrund der kurzen Beobachtungszeit derzeit allerdings noch nicht beantwortet werden.³⁷

³⁷ Bevölkerungsbezogenes Krebsregister Bayern, Jahresbericht 2010

Informiert entscheiden

Jede Untersuchung zur Krebsfrüherkennung kann neben Nutzen (z. B. Senkung der Sterblichkeit, der Krankheitshäufigkeit oder der Krankheitsbeschwerden) auch Risiken (z. B. falsche Diagnosen, unnötige Untersuchungen, Unsicherheit und Ängste) mit sich bringen.

Nutzen und Risiko von Vorsorgemaßnahmen zur Krebsfrüherkennung werden daher von Wissenschaftlern, aber auch in der Gesellschaft, kontrovers diskutiert. Ein kürzlich veröffentlichtes Gutachten, das von der britischen Regierung und der Stiftung Cancer UK in Auftrag gegeben worden war (Lancet, Oktober 2012; 380:1778-86), zeigt, dass das Mammographie-Screening im Verlauf von 20 Jahren 5 von 1000 teilnehmenden Frauen das Leben rettet. Gleichzeitig werden jedoch auch 17 Frauen wegen eines Tumors behandelt, der ohne Screening niemals entdeckt bzw. behandelt worden wäre.

Bislang gibt es aber keine Möglichkeit, die harmlosen von den gefährlichen Tumoren zu unterscheiden. Deshalb wird allen betroffenen Frauen zu einer Therapie geraten.

In Deutschland steht eine Informationsbroschüre für Frauen zum Mammographie-Screening zur Verfügung. Hierin werden Vor- und Nachteile des Screenings klar benannt. So wird unter anderem angegeben, dass von 200 Frauen, die 20 Jahre lang jedes zweite Jahr am Mammographie-Screening-Programm teilnehmen, eine Frau dank ihrer regelmäßigen Teilnahme vor dem Tod durch Brustkrebs bewahrt wird. In Kenntnis dieser Zahlen kann jede Frau ihre Entscheidung zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen selbst und in Abstimmung mit einem Arzt ihres Vertrauens treffen.

■ www.mammo-programm.de

Behandlung

Operation, Bestrahlung und medikamentöse Therapien: das sind die wichtigsten Behandlungsmöglichkeiten für Brustkrebs, die je nach Stadium der Erkrankung, nach Tumorart und Alter der Patientin kombiniert werden.

Die Operation bei Brustkrebs wurde von Frauen lange Jahre besonders gefürchtet, war doch die Entfernung der Brust in vielen Fällen nicht zu vermeiden. Hier sind ganz erhebliche Fortschritte erreicht worden; heute liegt der Anteil der brusterhaltenden Operationen für alle Stadien der Erkrankung – weit fortgeschrittene Fälle eingeschlossen – im Durchschnitt bei über 70 %. Große Fortschritte gibt es auch bei der Operation der Lymphknoten in der Achselhöhle, die zum Teil langfristige Beeinträchtigungen nach sich gezogen hatte. Die minimal-invasive Technik der Wächterlymphknotenentfernung („Sentinel-Technik“) ist mit wesentlich geringeren Nebenwirkungen verbunden.

Medikamentöse Therapien und Bestrahlung werden immer häufiger auch ambulant durchgeführt. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns verzeichnete zwischen Oktober und Ende Dezember 2011 insgesamt 80 873 Brustkrebspatientinnen in ambulanter

Behandlung, eine hohe Zahl. Demgegenüber sind die Brustkrebs-Behandlungen im Krankenhaus im letzten Jahrzehnt insgesamt deutlich zurückgegangen: Waren es im Jahr 2000 in Bayern noch mehr als 37 000 Fälle gewesen, so lag die Zahl im Jahr 2010 knapp unter 21 000 Fällen.

Derzeit gibt es in Bayern über 40 zertifizierte Brustzentren, die nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und zum Teil nach Kriterien der European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) zertifiziert sind, also bestimmte fachliche und organisatorische Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Behandlung von Brustkrebspatientinnen erfüllen.

Leben mit Brustkrebs

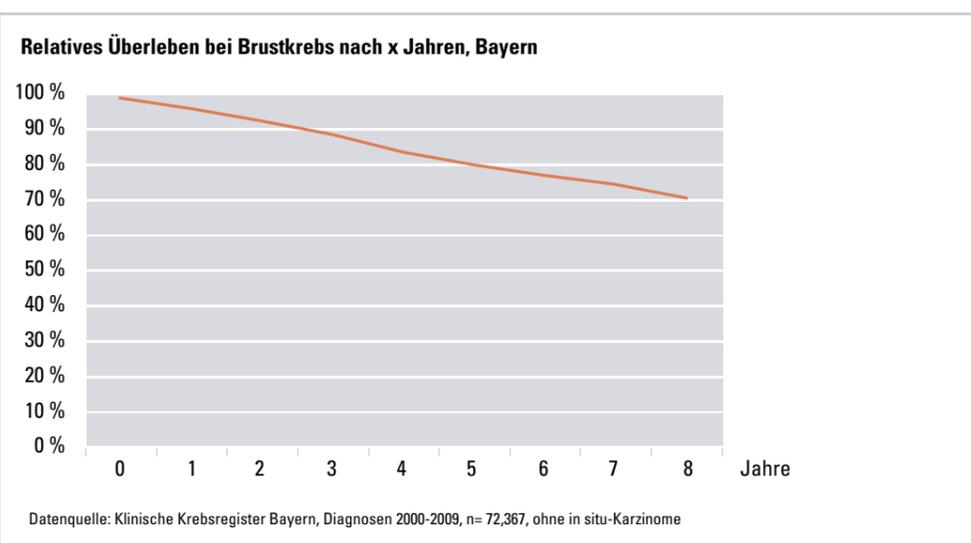
Die Behandlungsleitlinien für Brustkrebs sehen im Anschluss an die Behandlung eine Nachsorge mit regelmäßigen Untersuchungen vor, um ein erneutes Auftreten des Tumors oder Tumorabsiedlungen (Metastasen) frühzeitig zu erkennen und Langzeittherapien zu begleiten.

Immer mehr Frauen mit Brustkrebs nehmen eine onkologische Rehabilitation in Anspruch, die versichertenbezogene Rate ist in den letzten 10 Jahren in Bayern um ca. 25 % gestiegen. Im Jahr 2011 waren es 5274 Fälle (darunter 26 Maßnahmen für Männer). Unterstützung bei der Bewältigung der Krankheit gibt ein breit gefächertes Angebot an Selbsthilfegruppen. Auch die 1999 in Augsburg gegründete, heute bundesweit aktive Patientinnen-Initiative Mamazone e.V., in der sich an Brustkrebs erkrankte Frauen, Ärzte und Wissenschaftler zusammengeschlossen haben, ist aus der Selbsthilfe entstanden. Mit ihrem Projekt Diplompatientin®, Fortbildungen für Frauen mit Brustkrebs, ihre Ärzte und Pflegekräfte, setzt sich die Initiative für eine Verbesserung der Lebens- und der Behandlungsqualität von Brustkrebspatientinnen ein. Auch in Brustkrebs Deutschland e.V. haben sich Patientinnen, Ärztinnen und Ärzte, Angehörige und andere Interessierte zusammengeschlossen, um über die Krankheit zu informieren. Über das „Brustkrebs-telefon“ bietet der in Hohenbrunn im Landkreis München beheimatete Verein kostenfrei Beratung (Tel. 0800 0117112) und unterstützt mit einem Soforthilfefonds Frauen, die durch die Erkrankung in die Bedürftigkeit geraten.

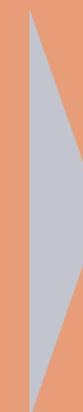
■ www.brustkrebsdeutschland.de, www.mamazone.de

Zeit gewinnen

Fünf Jahre nach der Diagnose Brustkrebs leben – verglichen mit der Allgemeinbevölkerung – noch 82 % aller Patientinnen in Bayern, etwas mehr als im europäischen Durchschnitt. Wie immer bei Krebserkrankungen hängt das Überleben in erster Linie vom Status des Tumors zum Zeitpunkt der Diagnose ab, also von der Tumorart und -größe, vom Lymphknotenbefall und möglicherweise bereits vorliegenden Tochtergeschwulsten (Metastasen). Patientinnen mit so genannten „in situ“-Tumoren der Brust, d. h. Vorstufen von Brustkrebs, die noch nicht aggressiv in die Umgebung einwachsen, haben eine sehr gute 5-Jahres-Überlebensrate von 99 %, während es bei Tumoren mit einer Größe von mehr als 5 cm oder Ausdehnung auf die Brustwand deutlich schlechter aussieht. Solch große Tumoren sind heute jedoch glücklicherweise selten, sie liegen bei weniger als 10 % der Brustkrebspatientinnen vor.



DARMKREBS



6. DARMKREBS

Eckdaten Darmkrebs

BAYERN	männlich	weiblich
Neuerkrankungen 2010	5107	3995
Neuerkrankungsrate je 100 000 Ew., altersstand.	59,4	35,2
Sterbefälle 2011	2033	1606
Sterbefälle je 100 000 Ew., altersstand.	22,6	12,2

DEUTSCHLAND	männlich	weiblich
Neuerkrankungen 2009	35 219	29 279
Neuerkrankungsrate je 100 000 Ew., altersstand.	61,6	38,0
Sterbefälle 2011	13 863	12 439
Sterbefälle je 100 000 Ew., altersstand.	22,4	13,6

Quellen: Bayerisches Krebsregister, GEKID, Statistisches Bundesamt, ICD C18 C21

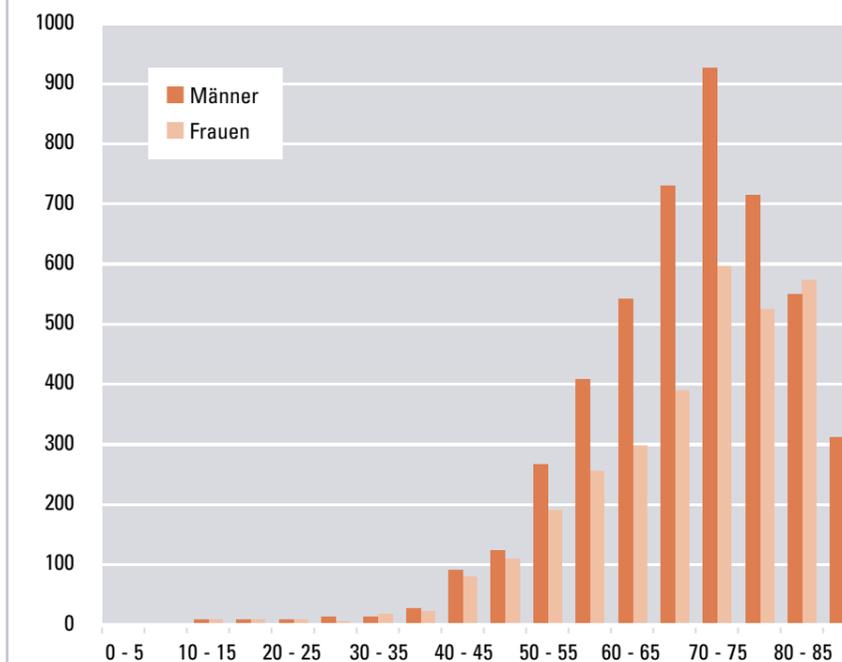
Darmkrebs, das kolorektale Karzinom, gehört in den westlichen Ländern zu den häufigsten bösartigen Erkrankungen. In 70 % der Fälle ist der Dickdarm betroffen („Kolonkarzinom“), in 30 % der Enddarm oder Mastdarm („Rektumkarzinom“). Im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen hat Darmkrebs eine eher günstige Prognose: Überleben die Betroffenen die ersten fünf Jahre nach der Diagnose, so kann man in den meisten Fällen von einer Heilung ausgehen.

Die Daten

In Bayern erkrankten im Jahr 2010 insgesamt 9102 Menschen an Darmkrebs; die Krankheit ist damit die zweithäufigste Krebserkrankung bei Männern und Frauen. Allerdings sind Männer öfter betroffen, die Erkrankungshäufigkeit lag bei ihnen mit durchschnittlich 59,4 Fällen pro 100 000 Einwohner deutlich höher als bei Frauen mit 35,2 Fällen pro 100 000 Einwohner; im Bundesvergleich sind die Raten ähnlich. Das Risiko, bzw. die Wahrscheinlichkeit irgendwann einmal im Leben an Darmkrebs zu erkranken, beträgt bei Männern 7,5 %, bei Frauen 3,2 %. Dabei ist Darmkrebs vor dem 55. Lebensjahr – wie viele andere Krebserkrankungen auch – eher selten, die Häufigkeit nimmt mit dem Alter zu. Mehr als die Hälfte der Betroffenen erkrankt nach dem 70. Lebensjahr.

Welche Altersgruppen sind am häufigsten betroffen?

Neuerkrankungen an Darmkrebs in Bayern (2010)



Datenquelle: Bevölkerungsbezogenes Krebsregister Bayern, Datenstand Dezember 2012. Ohne DCO-Fälle.

Wie in Deutschland insgesamt sind auch in Bayern gut 11 % aller Krebssterbefälle bei Männern und Frauen auf Darmkrebs zurückzuführen. Damit war diese Erkrankung 2011 für Männer die zweithäufigste Todesursache, bei Frauen die dritthäufigste bei den Tumorpatient/-innen. Bezogen auf 100 000 Einwohner starben im Jahr 2011 in Bayern durchschnittlich 22,6 Männer und 12,2 Frauen, insgesamt gab es 3639 Todesfälle.

Die Risiken

Darmkrebs ist in den westlichen Ländern viel häufiger als in anderen Regionen der Welt. Dies scheint vor allem am Lebensstil zu liegen, an den Ernährungsgewohnheiten mit der Bevorzugung roten Fleisches und schlackenarmer Nahrung, an wenig Bewegung und der sich daraus ergebenden Neigung zu Übergewicht. Schützend hingegen wirken sportliche Aktivität und wahrscheinlich auch der Verzehr schlackenreicher Nahrungsmittel. Etwa ein Viertel aller Darmkrebsfälle kommt familiär gehäuft vor, das heißt, auch Verwandte ersten Grades eines Patienten bzw. einer Patientin waren oder sind an einem solchen Tumor erkrankt. Aber nur bei rund 20 % der Betroffenen liegt tatsächlich eine erbliche Erkrankung vor. Bei den anderen Patientinnen und Patienten sind die Gründe, warum Darmkrebs in ihrer Familie häufiger vorkommt, bislang noch nicht wissenschaftlich geklärt.

Früherkennung

Darmkrebs macht sich in den meisten Fällen bemerkbar durch Blut im Stuhl, eine Änderung der Stuhlgewohnheiten (z. B. Wechsel von Durchfall und Verstopfung) oder Blutarmut. Leider werden solche Symptome oft über längere Zeit als „Hämorrhoidenbeschwerden“ fehlgedeutet und so haben rund 20 % der Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Diagnose bereits Fernmetastasen, also Absiedlungen von Krebszellen vor allem in Leber und Lunge.

Dabei ist Darmkrebs wie nur wenige andere Krebsformen für die Früherkennung geeignet, ja geradezu „vorbestimmt“, sagen Experten. Denn die Mehrzahl aller Fälle entwickelt sich aus gutartigen Vorstufen, so genannten Adenomen („Polypen“) im Darm. Meist geschieht dies über einen langen Zeitraum; es vergehen zehn, manchmal auch fünfzehn Jahre und mehr, bis aus einem kleinen Adenom von z. B. zwei Millimetern Durchmesser ein Karzinom entsteht, das sich in seine Umgebung hineinwächst und Fernmetastasen setzt. Die Erkennung von Polypen und auch ihre Entfernung ist in der Regel durch eine Darmspiegelung (Koloskopie) möglich. Einen Hinweis auf das Vorliegen von Darmkrebs kann auch eine Untersuchung auf Blut im Stuhl geben, allerdings nicht mit so hoher Treffsicherheit wie eine Darmspiegelung.

Nach den Richtlinien zur gesetzlichen Krebsfrüherkennung haben Männer und Frauen in Deutschland ab dem Alter von 50 Jahren Anspruch auf Maßnahmen zur Darmkrebsfrüherkennung. Einmal jährlich sollte ein Test auf Blut im Stuhl erfolgen, bei dem eine kleine Stuhlprobe auf nicht sichtbares („okkultes“) Blut untersucht wird. Die größte Sicherheit bietet die Darmspiegelung, die ab dem 55. Lebensjahr zwei Mal im Abstand von 10 Jahren empfohlen wird. Dieses Angebot wird aber, für die gesamte Zeit ab dem 55. Lebensjahr betrachtet, bisher nicht einmal von einem Drittel der Anspruchsberechtigten wahrgenommen.

Früherkennung: Informieren

Das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit hat unter dem Titel **„Bayern gegen Darmkrebs – Vorsorge rettet Leben, machen Sie mit“** eine Informationsbroschüre herausgegeben, die Maßnahmen zur Vorbeugung und Früherkennung aufzeigt und einen Test zur Ermittlung des familiären Darmkrebsrisikos enthält.

■ www.bestellen.bayern.de

Früherkennung: Die Teilnahme verbessern

Wie können mehr Männer und Frauen dazu bewegt werden, eine Darmkrebsfrüherkennung durchführen zu lassen? Die Techniker Krankenkasse startet gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) im Jahr 2013 ein Projekt, in dem ihre Versicherten mit einem persönlichen Anschreiben zu einem ärztlichen Beratungsgespräch zur Darmkrebsfrüherkennung eingeladen werden. Im Fokus der ärztlichen Beratung steht dabei die informierte und partizipative Entscheidung des Versicherten zur Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen. Die Durchführung eines Einladungswesens ist seit Jahren ein großes Anliegen der Felix Burda Stiftung und des Netzwerks gegen Darmkrebs. Das Bayerische Gesundheitsministerium unterstützt die Evaluation des Projektes finanziell.

Wer mit einem Darmkrebspatienten oder einer Darmkrebspatientin in erstem Grad verwandt ist, also als Kind, Bruder oder Schwester, hat ein bis zu vierfach erhöhtes Risiko, ebenfalls an Darmkrebs zu erkranken. Hier kommt der Krebsfrüherkennung eine ganz besondere Bedeutung zu. Patienten mit einem familiär bedingten Darmkrebsrisiko sollten sich unabhängig vom Alter beim Arzt über geeignete Vorsorgemaßnahmen beraten lassen.

Behandlung

In der Behandlung von Darmkrebs steht die chirurgische Therapie ganz im Vordergrund: In der Regel wird der vom Tumor betroffene Darmabschnitt mit den zugehörigen Lymphknoten im Rahmen einer Operation entfernt. Sind zum Zeitpunkt der Diagnose schon Lymphknoten von Krebszellen befallen oder hat sich der Krebs weiter in der Umgebung ausgebreitet, kann je nach Lage und Art des Tumors zusätzlich eine Chemotherapie und/oder eine Bestrahlung zum Einsatz kommen. Neue Behandlungsansätze haben sich zudem aus der Grundlagenforschung ergeben: Der Einsatz zielgerichteter Antikörper gegen bestimmte Eigenschaften auf der Oberfläche von Krebszellen hat vor allem die Prognose bei der Behandlung von Tochtergeschwulsten (Fernmetastasen) bei Darmkrebs verbessert.

In Bayern gab es im Jahr 2010 stationär behandelte 26 965 Darmkrebsfälle, 15 977 bei Männern und 10 988 bei Frauen. Um die Qualität der Behandlung weiter zu verbessern, zertifiziert die Deutsche Krebsgesellschaft seit einigen Jahren spezielle Darmkrebszentren, wenn bestimmte fachliche und organisatorische Anforderungen erfüllt sind. In Bayern gibt es inzwischen 42 solcher Zentren, bislang werden aber erst 30 % aller Darmkrebsfälle dort behandelt. In ambulanter (Weiter-)Betreuung befinden sich nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns innerhalb eines Quartals knapp 40 000 Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Darmkrebs, von Oktober bis Dezember 2011 waren es 39 233.

Leben mit Darmkrebs

Der Behandlung von Darmkrebs folgt die Nachsorge, die sich über einen Zeitraum von fünf Jahren nach der Operation erstreckt. Anschließend beginnt für die Patientinnen und Patienten wieder die Zeit der Früherkennung mittels Darmspiegelung, da bei ihnen das Risiko einer erneuten Krebserkrankung („Zweitkarzinom“) erhöht ist.

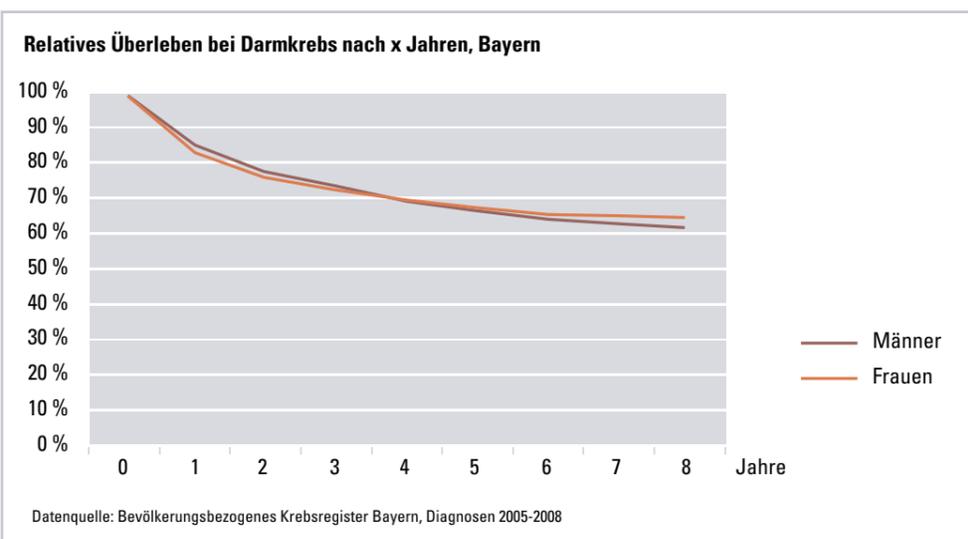
Bei einem Teil der Darmkrebspatientinnen und -patienten sind nach der Behandlung Rehabilitationsmaßnahmen notwendig, insbesondere dann, wenn ein künstlicher Darmausgang („Stoma“) angelegt werden musste oder wenn eine größere Operation mit Entfernung weiterer Organe eine längere Erholungszeit nach sich zieht. Die Gesetzliche Rentenversicherung verzeichnete im Jahr 2011 in Bayern 1892 Reha-Maßnahmen bei Darmkrebs.

Kontakte zu Selbsthilfegruppen für Krebspatientinnen und -patienten vermitteln die Bayerische Krebsgesellschaft e.V. und die Selbsthilfekontaktstellen in Bayern. Als Selbsthilfeorganisation für Menschen mit künstlichem Darmausgang (Stomaträger) und Darmkrebspatienten ist in Bayern – wie auch im übrigen Bundesgebiet – die ILCO e.V. aktiv (www.ilco.de). Ein besonderes Projekt hat das Tumorzentrum Erlangen-Nürnberg mit „Betroffene helfen ihren Angehörigen“ durchgeführt, bei dem es darum geht, die unmittelbaren Angehörigen von Darmkrebspatienten auf ihr erhöhtes Erkrankungsrisiko hinzuweisen.

Auch die bundesweit größte Aktion zur Verbesserung der Darmkrebs-Früherkennung geht von Bayern aus: Seit Jahren weist die Felix-Burda-Stiftung (München) vor allem in dem zum „Darmkrebsmonat“ ernannten März eines jeden Jahres mit breit angelegten öffentlichen Kampagnen auf das Thema hin, um die Teilnehmeraten zu erhöhen (www.netzwerk-gegen-darmkrebs.de).

Zeit gewinnen

Fünf Jahre nach der Diagnose Darmkrebs leben in Bayern durchschnittlich noch 67,5 % der Patientinnen und Patienten. Anders als in früheren Jahren gibt es dabei aufgrund der Forschungserfolge beim Mastdarmkrebs kaum mehr einen Unterschied zwischen Dickdarm- und Mastdarmkrebs. Wie bei allen Krebserkrankungen hängt die Heilungschance vor allem vom Stadium ab, in dem der Tumor bei seiner Entdeckung ist. Hat er noch keine Absiedlungen in Lymphknoten oder anderen Organen gesetzt, liegt die Heilungschance bei über 90 %. Je weiter fortgeschritten die Erkrankung ist, desto schlechter sind die Überlebensraten. Insgesamt jedoch ist eine positive Tendenz zu erkennen: Innerhalb der letzten zehn Jahre hat die Sterblichkeit an Darmkrebs in Bayern wie auch bundesweit um etwa ein Viertel abgenommen.



LUNGENKREBS

7. LUNGENKREBS

Eckdaten Lungenkrebs

BAYERN	männlich	weiblich
Neuerkrankungen 2010	3933	1973
Neuerkrankungsrate je 100 000 Ew., altersstand.	46,3	20,9
Sterbefälle 2011	3394	1740
Sterbefälle je 100 000 Ew., altersstand.	38,5	17,2

DEUTSCHLAND	männlich	weiblich
Neuerkrankungen 2009	33 623	15 098
Neuerkrankungsrate je 100 000 Ew., altersstand.	59,2	23,5
Sterbefälle 2011	29 653	14 291
Sterbefälle je 100 000 Ew., altersstand.	22,4	20,7

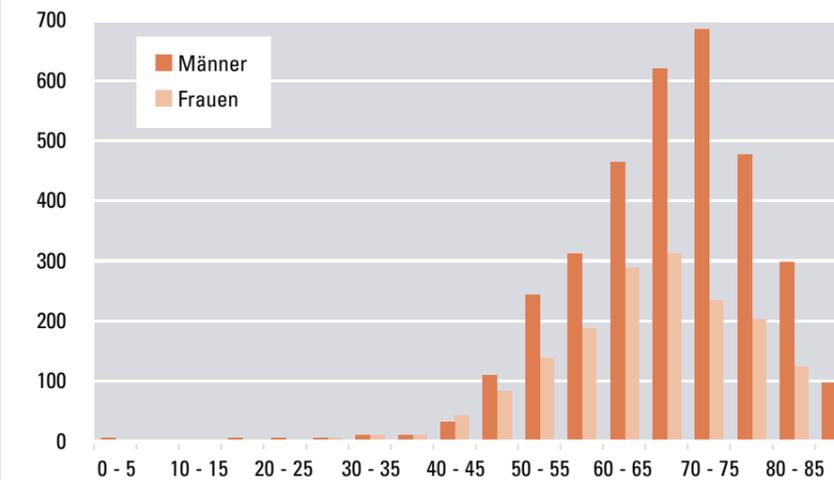
Quellen: Bayerisches Krebsregister, GEKID, Statistisches Bundesamt, ICD C43-C44

Er ist zwar nicht die häufigste Krebsart, aber die häufigste Krebs-Todesursache bei Männern in Bayern und die zweithäufigste bei Frauen: Der Lungenkrebs. Die Erkrankung entwickelt sich oft lange, ohne Beschwerden auszulösen. Wird der Tumor schließlich entdeckt, hat er sich oftmals schon in seiner Umgebung ausgebreitet, hat Lymphknoten befallen oder bereits Fernmetastasen, also Absiedlungen in anderen Organen, gesetzt. Bei einem großen Teil der Patientinnen und Patienten ist schon zum Zeitpunkt der Diagnose keine Heilung mehr möglich. Ein breit angelegtes Früherkennungsprogramm, das die Entdeckung von Lungenkrebs in einem früheren Stadium ermöglichen würde, gibt es bisher nicht.

Die Daten

In Bayern leben derzeit etwa 11 000 Menschen mit Lungenkrebs. Bei Männern und Frauen ist es die dritthäufigste Krebserkrankung; im Jahr 2010 wurden insgesamt 5906 Neuerkrankungen gemeldet, 3933 Männer und 1973 Frauen waren betroffen. Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der Diagnose lag bei 69 (Männer) bzw. 66 (Frauen) Jahren. Die Rate an Neuerkrankungen ist deutlich niedriger als der bundesweite Durchschnitt. Gleiches gilt für die Lungenkrebs-Sterblichkeit, die in Bayern seit Jahren unter dem Bundesdurchschnitt liegt. Während in ganz Deutschland im Jahr 2011 statistisch gesehen 33,4 von 100 000 Einwohner/-innen ihr Leben durch Lungenkrebs verloren, waren es in Bayern 26,8. Ein Grund für diese vergleichsweise günstige Situation ist die niedrigere Rate von Raucherinnen und Rauchern in Bayern. Dennoch: 3394 Männer und 1740 Frauen in Bayern sind im Jahr 2011 an Lungenkrebs gestorben.

Welche Altersgruppen sind am häufigsten betroffen?
Neuerkrankungen an Lungenkrebs in Bayern (2010)



Datenquelle: Bevölkerungsbezogenes Krebsregister Bayern, Datenstand Dezember 2012. Ohne DCO-Fälle.

Die Risiken

Der mit Abstand wichtigste, herausragende Risikofaktor für Lungenkrebs ist das Tabakrauchen: Wer raucht, hat ein vielfach erhöhtes Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken – bei starken Rauchern/-innen ist es bis zu 20-fach erhöht – und an dieser Erkrankung auch zu sterben. Lungenkrebs vorzubeugen bedeutet daher in erster Linie, das aktive und passive Rauchen zu vermeiden.

Erfreulicherweise ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die rauchen, so niedrig wie noch nie seit den 1970er Jahren. Von den 12- bis 17-Jährigen rauchte im Jahr 2011 in Deutschland nur noch etwa jeder Zehnte (11,7 %), im Jahr 2001 war es noch mehr als jeder Vierte gewesen (28 %)³⁸. Die Raten in Bayern lagen im letzten Vergleichsjahr (2008) sogar noch niedriger als im Bundesdurchschnitt.

Während bei Männern der Zigarettenkonsum in den vergangenen Jahren zurückgegangen ist, steigt er bei Frauen an. Dies zeigt sich auch in der Lungenkrebssterblichkeit: Bei Männern hat sie etwa seit der Jahrtausendwende langsam und stetig abgenommen, während sie bei Frauen stetig zunimmt.

Im Vergleich zum Rauchen sind alle anderen bekannten Risikofaktoren für Lungenkrebs weniger bedeutsam. Dazu gehören beispielsweise die Exposition gegenüber Asbest, einer Mineralfaser, die lange beim Bauen und in der Industrie eingesetzt wurde, außerdem die Einwirkung bestimmter chemischer Stoffe oder ionisierender Strahlung. Zu letzterer gehört auch die vom natürlich vorkommenden Edelgas Radon ausgehende Strahlung, die in einigen Mittelgebirgsregionen auch in Ost- und Südbayern erhöht ist. Unter den Luftschadstoffen sind es vor allem Dieselrußabgase, die das Krebsrisiko erhöhen.

³⁸ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011



Behandlung

Zwischen Januar und Ende März 2012 waren 10 905 gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Lungenkrebs in ambulanter Behandlung. Unter der bayerischen Bevölkerung gab es im Jahr 2010, dem jüngsten für die Auswertung verfügbaren Jahr, 23 914 Behandlungsfälle infolge von Lungenkrebs (15 676 Männer, 8238 Frauen, ICD 33 34).

Die Behandlungsstrategie bei Lungenkrebs ist abhängig von der Art des Tumors, seiner Ausbreitung und dem Zustand des Patienten bzw. der Patientin. Wird der Tumor früh entdeckt und scheint eine Heilung möglich, ist die Operation die wichtigste Maßnahme, oftmals ergänzt durch Bestrahlungen oder eine Chemotherapie. Bei weiter fortgeschrittenen Tumoren versucht man, den Betroffenen ihr Leiden durch palliative Maßnahmen so weit wie möglich zu erleichtern. Für die Behandlung liegt eine nationale Leitlinie „Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms“ vor.

Die Behandlung von Lungentumoren erfordert besondere fachliche Kenntnisse in einem Netzwerk verschiedener Fachrichtungen. Vor diesem Hintergrund wurden seit 2008 auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und der Deutschen Krebsgesellschaft zusammen mit weiteren medizinischen Fachgesellschaften in ganz Deutschland Lungenkrebszentren eingerichtet, die sich am Vorbild der Brustkrebs- und Darmkrebszentren orientieren. In Bayern gibt es mit dem Lungentumorzentrum Nürnberg (seit 2008) und dem Lungenkrebszentrum Bogenhausen (seit 2011) zwei derartige Zentren.

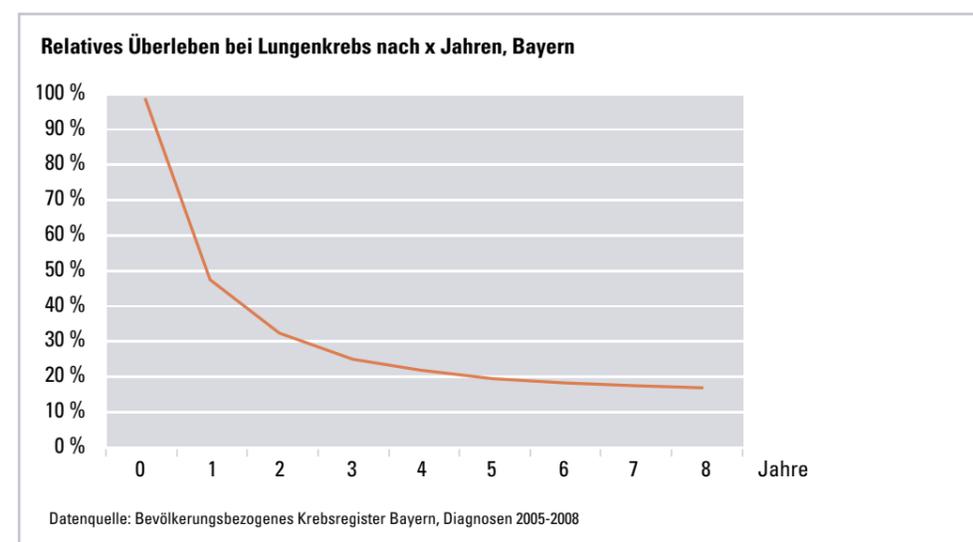
Leben mit Lungenkrebs

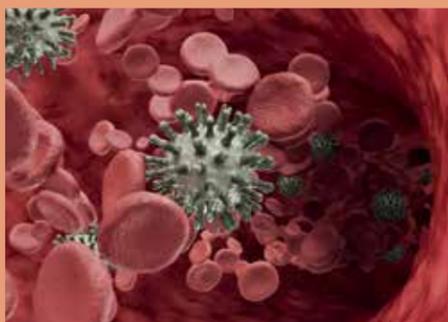
Nach einer Operation ist das Risiko eines erneuten Auftretens des Lungentumors recht hoch. Die Betreuung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Nachsorge ist daher von großer Bedeutung. Allerdings kommt nur ein kleiner Teil der Betroffenen für eine Rehabilitation in Frage, 1028 Männer und 864 Frauen waren es im Jahr 2011 in Bayern. Dies liegt in erster Linie daran, dass beim Lungenkarzinom Reha-Maßnahmen insbesondere nach einer Operation erfolgen, der Anteil operabler Patienten aber vergleichsweise gering ist.

Aufgrund der sehr begrenzten Prognose ist es bei Lungenkrebs schwierig, stabile Selbsthilfegruppen zu etablieren – anders als etwa bei Brustkrebs, bei dem ein hoher Anteil der Patientinnen nach der Diagnosestellung bzw. nach der Ersttherapie viele Jahre lang in einer Selbsthilfegruppe mitwirken kann. Kontakte zu Selbsthilfegruppen vermitteln die Bayerische Krebsgesellschaft, die Selbsthilfekontaktstellen in Bayern und die Internetangebote www.selbsthilfe-lungenkrebs.de sowie www.selbsthilfe-navigator.de

Zeit gewinnen

Die 5-Jahres-Überlebensrate, also die Zahl derjenigen, die fünf Jahre nach der Diagnose Lungenkrebs noch leben, zeigt, wie schnell die Krankheit verläuft; sie liegt bei nur etwa 20 %. Diese im Vergleich zu den meisten anderen Krebserkrankungen sehr schlechte Überlebensrate macht deutlich, wie wichtig hier auch weitere koordinierte Forschung in Netzwerken, in der Grundlagenforschung und der klinischen Forschung ist.





PROSTATAKREBS

8. PROSTATAKREBS

Eckdaten Prostatakrebs

BAYERN	männlich
Neuerkrankungen 2010	8508
Neuerkrankungsrate je 100 000 Ew., altersstand.	98,5
Sterbefälle 2011	1883
Sterbefälle je 100 000 Ew., altersstand.	19,4

DEUTSCHLAND	männlich
Neuerkrankungen 2009	62 528
Neuerkrankungsrate je 100 000 Ew., altersstand.	107,8
Sterbefälle 2011	13 324
Sterbefälle je 100 000 Ew., altersstand.	20,2

Quellen: Bayerisches Krebsregister, GEKID, Statistisches Bundesamt, ICD C61

Prostatakrebs ist in Bayern – wie auch in ganz Europa – der häufigste bösartige Tumor bei Männern. Die Prognose der Erkrankung gilt im Vergleich zu anderen bösartigen Tumorerkrankungen als gut.

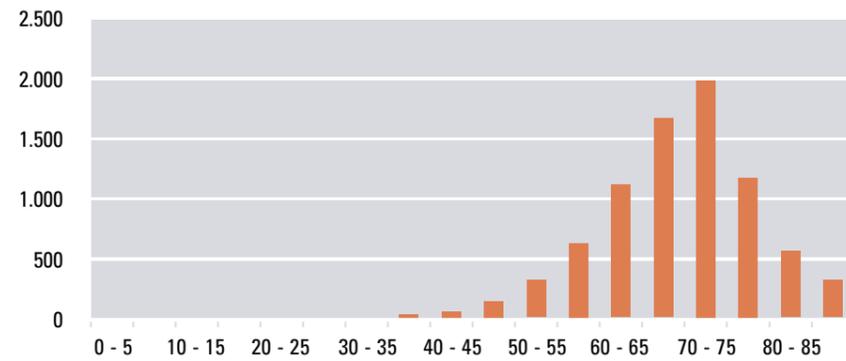
Die Daten

Prostatakrebs ist typisch für das höhere Lebensalter. Erkrankungen vor dem 50. Lebensjahr sind sehr selten, das Durchschnittsalter bei der Diagnose liegt bei 70 Jahren. In Bayern wurden im Jahr 2010 insgesamt 8508 Neuerkrankungen an Prostatakrebs gemeldet, was etwa einem Viertel aller Krebsneuerkrankungen bei Männern entspricht. Die Erkrankungsrate lag mit 98,5 Fällen pro 100 000 Einwohner etwas unter dem Bundesdurchschnitt von 107,8 pro 100 000 Einwohner.

Zwischen 1999 und 2010 ist die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen an Prostatakrebs um rund 50 % gestiegen. Grund dafür ist vor allem die frühere und häufigere Entdeckung von Tumoren durch den verstärkten Einsatz des so genannten PSA-Tests. Viele der frühzeitig entdeckten Tumoren sind in einem Stadium, in dem die Behandlungs- und die Heilungsaussichten günstig sind. Daher ist die Sterberate an Prostatakrebs seit Jahren rückläufig. Dennoch: In Bayern starben im Jahr 2011 insgesamt 1883 Männer an einem Prostatakarzinom, bundesweit waren es 13 324 Todesfälle.

Welche Altersgruppen sind am häufigsten betroffen?

Neuerkrankungen an Prostatakrebs in Bayern (2010)



Datenquelle: Bevölkerungsbezogenes Krebsregister Bayern, Datenstand Dezember 2012. Ohne DCO-Fälle.

Die Risiken

Bis heute ist nicht sicher bekannt, was Prostatakrebs auslöst. Es gibt keine Einflüsse des Lebensstils oder der Umwelt, für die wissenschaftlich zweifelsfrei nachgewiesen ist, dass sie zur Entstehung dieser Krebserkrankung führen. Allerdings gibt es bestimmte Umstände, die ihre Entstehung begünstigen. So steigt mit zunehmendem Alter das Risiko, an einem Prostatakarzinom zu erkranken. Auch eine erbliche Veranlagung spielt offenbar eine wichtige Rolle, denn das Erkrankungsrisiko ist deutlich erhöht, wenn auch der Vater oder Bruder an einem Prostatakarzinom leiden.

Früherkennung

Für Prostatakrebs gibt es nur dann eine gute Chance auf Heilung, wenn die Erkrankung noch auf das Organ begrenzt ist, der Krebs also noch nicht in die Umgebung hineingewachsen ist oder Absiedlungen (Metastasen) in anderen Organen gesetzt hat. Die Krebsfrüherkennung, auf die alle Männer ab 45 Jahren in Deutschland einmal jährlich Anspruch haben, ist deshalb besonders wichtig.

Nach den Richtlinien zur gesetzlichen Krebsfrüherkennung umfasst die Untersuchung ein Gespräch mit dem Arzt bzw. der Ärztin, in dem nach möglichen Symptomen gefragt wird, eine Abtastung der äußeren Geschlechtsorgane und der Lymphknoten in der Leiste sowie eine Tastuntersuchung der Prostata vom Enddarm aus (digital-rektale Untersuchung). Die Krankenkassen tragen die Kosten für ihre Versicherten.

Der PSA-Test

Die Bestimmung des so genannten „prostataspezifischen Antigens“ (PSA) durch eine Laboruntersuchung des Blutes („PSA-Test“) gehört bei der Früherkennung nicht zum Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung, kann aber in bestimmten Situationen sinnvoll sein. Dies sollte individuell mit dem Arzt besprochen werden.

Informiert entscheiden

Informationen über den Einsatz des PSA-Tests geben unter anderem das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) und die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. Der Krebsinformationsdienst hat gemeinsam mit der AOK und der Universität Bremen ein Internetportal eingerichtet, das neutral über Vor- und Nachteile des PSA-Tests informiert und Männer bei einer informierten Entscheidung unterstützen will.

www.psa-entscheidungshilfe.de

Behandlung

Unverzichtbar ist die Bestimmung des PSA zur Planung und Kontrolle der Behandlung. Die Therapie wird individuell festgelegt je nach Ausbreitung und Eigenschaften des Tumors, nach dem Wert oder dem zeitlichen Verlauf des PSA-Wertes im Blut, nach dem Lebensalter, dem Zustand und vor allem den Wünschen des Patienten, orientiert an der Leitlinie „Prostatakarzinom“ der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften. Ist der Prostatakrebs noch sehr klein und macht keine Beschwerden, ist zunächst auch ein abwartendes Behandlungskonzept möglich. Ziel dieser so genannten „aktiven Überwachung“ mit engmaschigen Kontrollen ist es, die rechtzeitige kurative Behandlung aufzuschieben bis zu dem Zeitpunkt, an dem sich das Verhalten des Tumors ändert, er schneller wächst oder Beschwerden auslöst. Durch Operation oder Bestrahlung wird eine Heilung des Tumors angestrebt. Ist der Prostatakrebs bei der Diagnose hingegen schon weiter fortgeschritten und eine Heilung nicht mehr erreichbar, wird mit einer begleitenden (palliativen) Therapie das Ziel verfolgt, das Fortschreiten der Krebserkrankung zu verlangsamen und dem Patienten eine möglichst hohe Lebensqualität zu erhalten.

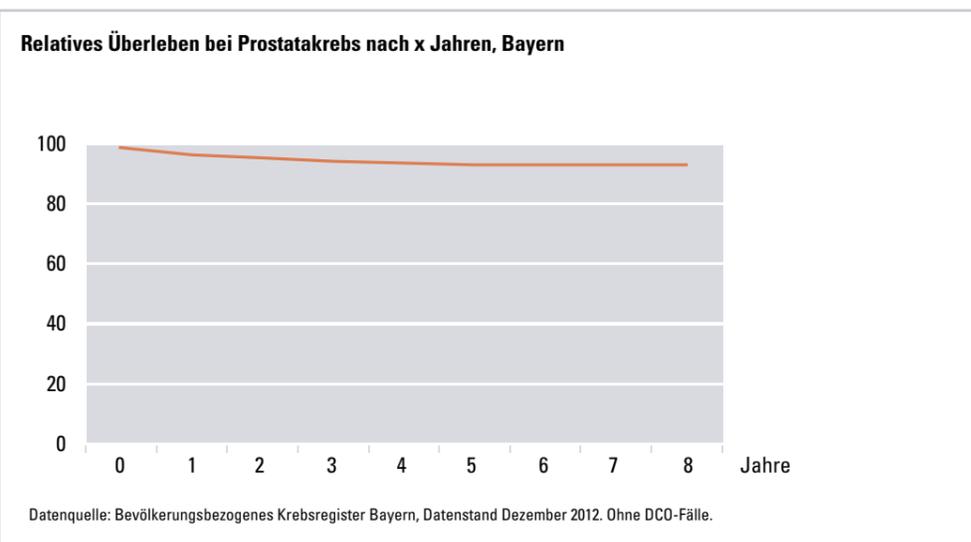
Der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge waren zwischen Oktober und Dezember 2011 insgesamt 65 458 Patienten mit Prostatakrebs in ambulanter Behandlung, stationär wurden im Jahr 2010 11 781 Fälle behandelt. Diese Zahlen haben sich in den letzten Jahren kaum verändert. Die Behandlung erfolgt im ambulanten Praxen und Praxisverbänden sowie regionalen und überregionalen zertifizierten Prostatakarzinomzentren.

Leben mit Prostatakrebs

Die Leitlinie zum Prostatakarzinom empfiehlt je nach Behandlungskonzept strukturierte Nachsorgeuntersuchungen in bestimmten Abständen. Sie finden überwiegend ambulant statt. Eine Rehabilitationsmaßnahme der Gesetzlichen Rentenversicherung haben im Jahr 2011 insgesamt 2368 Prostatakrebs-Patienten in Bayern in Anspruch genommen. Landesweit bieten 25 Gruppen des Bundesverbandes Prostata Selbsthilfe e.V. (www.prostatakrebs-bps.de) Männern mit Prostatakrebs Unterstützung und Kontakte zu anderen Betroffenen; weitere Gruppen können über die Bayerische Krebsgesellschaft und die Selbsthilfekontaktstellen vermittelt werden.

Zeit gewinnen

Die derzeit vorhandenen Daten lassen keine Schlüsse darauf zu, wie weit die Leitlinien zur Behandlung des Prostatakarzinoms in Bayern umgesetzt werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Qualität der Versorgung gemessen an der Überlebensrate dem Bundesdurchschnitt entspricht oder vielleicht sogar etwas besser ist. Fünf Jahre nach der Diagnose Prostatakrebs leben noch 96 % aller Patienten in Bayern. Eine detaillierte Auswertung zeigt aber auch: Viele Patienten, bei denen der Tumor erst in einem weit fortgeschrittenen Stadium erkannt wird, überleben nicht so lange – erneut ein Hinweis darauf, wie wichtig Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sind.



HAUTKREBS



9. HAUTKREBS

Eckdaten Schwarzer Hautkrebs (Malignes Melanom)

BAYERN	männlich	weiblich
Neuerkrankungen 2010	1629	1461
Neuerkrankungsrate je 100 000 Ew., altersstand.	20,4	17,8
Sterbefälle 2011	267	173
Sterbefälle je 100 000 Ew., altersstand.	3,0	1,7

DEUTSCHLAND	männlich	weiblich
Neuerkrankungen 2009	9250	8725
Neuerkrankungsrate je 100 000 Ew., altersstand.	17,4	16,0
Sterbefälle 2011	1790	1212
Sterbefälle je 100 000 Ew., altersstand.	2,9	1,6

Quellen: Bayerisches Krebsregister, GEKID, Statistisches Bundesamt, ICD C43

Seit Jahrzehnten steigen die Erkrankungsraten für Hautkrebs in den westlichen Ländern. In Deutschland ist Hautkrebs alle Arten mit schätzungsweise 195 000 Neuerkrankungen im Jahr häufiger als Brustkrebs und Prostatakrebs zusammen. Todesfälle sind jedoch vergleichsweise selten, denn den größten Teil der Erkrankungen bilden die am wenigsten gefährlichen Formen von Hautkrebs.

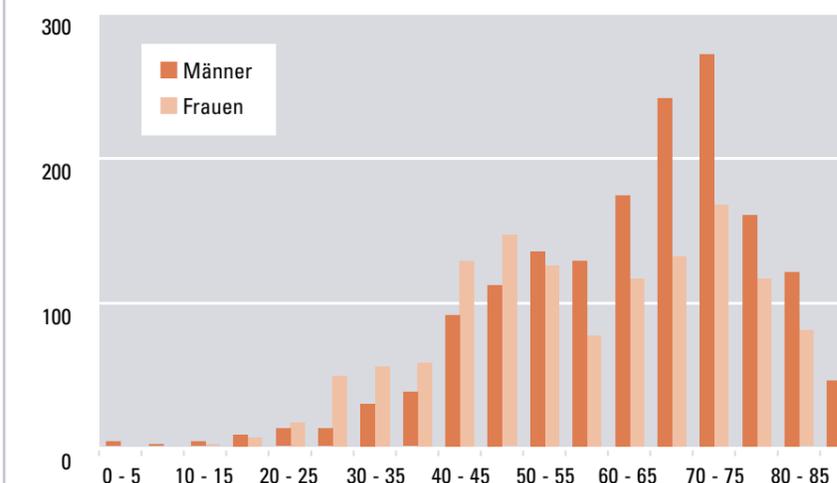
Die Daten

Der Begriff „Hautkrebs“ fasst Krebserkrankungen zusammen, die von verschiedenen Zellen bzw. Zellschichten der Haut ausgehen. Die häufigste Form ist der „helle“ oder „Weiße Hautkrebs“; zu dem vor allem Basalzellkarzinome (Basaliome) und Stachelzellkarzinome (Spinaliome oder Plattenepithelkarzinome) gehören. Beide Formen kommen bevorzugt an jenen Stellen der Haut vor, die häufig der Sonne ausgesetzt sind. Im Gegensatz zu den meisten anderen bösartigen Tumoren wachsen sie vor allem lokal und streuen nur sehr selten an andere Stellen des Körpers, weshalb sie fast immer geheilt werden können. Dem gegenüber steht mit dem „Schwarzen Hautkrebs“, dem malignen Melanom, eine besonders bösartige Krebsart. Melanome gehen von den farbstoffbildenden Zellen der Haut (Melanozyten) aus und bilden bereits sehr früh Tochtergeschwulste (Metastasen). Genaue Daten zur Häufigkeit liegen nur für diese Erkrankung vor, während Fälle des weißen Hautkrebses und anderer, sehr seltener Tumoren der Haut von den meisten bevölkerungsbezogenen Krebsregistern nur unvollständig erfasst werden.

In Bayern erhielten im Jahr 2010 1629 Männer und 1461 Frauen die Diagnose „malignes Melanom“. Die Erkrankungshäufigkeit lag hier im Durchschnitt bei Männern bei 20,4 Fällen pro 100 000 Einwohner, bei Frauen bei 17,8 Fällen pro 100 000 Einwohnerinnen. Das Alter, in dem die Erkrankungen festgestellt werden, ist im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen eher niedrig: Frauen sind im Mittel 59 Jahre alt, Männer 65 Jahre.

Welche Altersgruppen sind am häufigsten betroffen?

Neuerkrankungen an Schwarzem Hautkrebs (Malignes Melanom) in Bayern (2010)



Datenquelle: Bevölkerungsbezogenes Krebsregister Bayern, Datenstand Dezember 2012. Ohne DC0-Fälle. C43

Seit den 1980er-Jahren haben sich in Deutschland die altersstandardisierten Erkrankungsrate von Frauen und Männern mehr als verdreifacht. Dieser Trend hat sich in den letzten Jahren jedoch nicht fortgesetzt (dagegen stieg die Häufigkeit des Weißen Hautkrebses weiter an).

Die Sterblichkeit an Schwarzem Hautkrebs hat sich in den letzten Jahren kaum mehr verändert, dies gilt für Bayern ebenso wie für den Bund. In Bayern starben im Jahr 2011 insgesamt 440 Menschen an einem malignen Melanom, bezogen auf 100 000 Einwohner waren es 3 Fälle bei den Männern und 1,7 Fälle bei den Frauen. Der Bundesdurchschnitt liegt für beide Geschlechter ein wenig niedriger.

Die Risiken

Sonnengebräunte Haut – ein Zeichen für gute Erholung, für Attraktivität, Sportlichkeit, Schönheit? Gründe für die wachsende Zahl der Hautkrebs-Erkrankungen sehen Experten vor allem im veränderten Freizeitverhalten in den letzten Jahrzehnten und in einem Schönheitsideal, das bei vielen Menschen häufige Sonnenbäder und eine vermehrte Nutzung von Solarien mit sich bringt. Ultraviolette Strahlung (UV-Strahlung) ist der wichtigste Risikofaktor für alle Formen von Hautkrebs. Riskant sind dabei sowohl der langfristige Aufenthalt in der Sonne als auch eine kurze, intensive Belastung mit nachfolgendem Sonnenbrand. Von Bedeutung ist aber auch die erbliche Veranlagung: Menschen mit heller Haut, blauen Augen, rötlichen Haaren und Sommersprossen reagieren besonders empfindlich auf UV-Strahlung.

Wie stark UV-Strahlung auf die Haut einwirkt, hängt außerdem von äußeren Faktoren ab, etwa von der Jahreszeit, der Entwicklung der Ozonschicht, der Bewölkung und der Aufenthaltshöhe. In der Regel ist die UV-Belastung in Süddeutschland, vor allem im Alpenraum, höher als im übrigen Deutschland.



Wer sich vor Hautkrebs schützen will, sollte eine übermäßige UV-Exposition meiden und seine Haut durch geeignete Mittel (Sonnenschutzcreme, Kleidung) schützen. Dies ist schon im Kindesalter sehr wichtig, erhöhen doch insbesondere die in der Kindheit erlittenen Sonnenbrände das Risiko für ein malignes Melanom. Dem trägt auch das im Jahr 2009 eingeführte gesetzliche Nutzungsverbot von Solarien für Kinder und Jugendliche Rechnung.

Über Möglichkeiten zur Vorbeugung gesundheitlicher Schäden informiert die gemeinsame Aktion „Sonne(n) mit Verstand“ der Bayerischen Staatsministerien für Umwelt und Gesundheit, für Unterricht und Kultus sowie für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (■ www.sonne-mit-verstand.de). Der Deutsche Wetterdienst veröffentlicht täglich aktuell den UV-Index mit einer Drei-Tages-Vorhersage im Internet (■ www.uv-index.de).

Früherkennung

Rechtzeitig erkannt, kann Hautkrebs gut behandelt und geheilt werden: Beim malignen Melanom kommt es darauf an, dass dies vor der Bildung von Metastasen geschieht; beim weniger gefährlichen Weißen Hautkrebs trägt eine frühe Diagnose dazu bei, dass die Entfernung möglichst schonend durchgeführt werden kann.

Seit dem Jahr 2008 haben gesetzlich Versicherte ab dem Alter von 35 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs. Dieses sogenannte „Hautkrebs-Screening“ führen Ärztinnen und Ärzte durch, die an einer speziellen Fortbildung teilgenommen haben, in der Regel sind es Hausärztinnen und -ärzte sowie Hautärzte (Dermatologen). Bei der Untersuchung wird die gesamte Körperoberfläche auf krebsverdächtigen Veränderungen untersucht. Obwohl diese Untersuchung von allen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen die am wenigsten belastende ist, wird sie – gerechnet über das zweijährige Anspruchsintervall nur von ca. 30 % der Anspruchsberechtigten in Anspruch genommen.

Behandlung

Hautkrebs wird in der Regel mit einer Operation behandelt. Bei manchen Formen des Weißen Hautkrebses und seinen Vorstufen kommen alternativ eine Creme-Behandlung, eine Lichtbehandlung oder eine Bestrahlung in Frage, insbesondere wenn die Lokalisation eine Operation mit Sicherheitsabstand schwierig macht.

Neben der Operation werden zusätzliche Behandlungen wie eine Bestrahlung oder eine Immuntherapie vor allem dann eingesetzt, wenn der Krebs bereits Metastasen an anderen Körperstellen gebildet hat.

Unter der bayerischen Bevölkerung gab es 2010 insgesamt 11 639 stationäre Behandlungen bei Hautkrebs, darunter waren 3859 Fälle von Schwarzem Hautkrebs. Für den Behandlungserfolg ist eine koordinierte, interdisziplinäre Begleitung, wie sie zertifizierte Zentren bieten, von großer Bedeutung. Bisher wird aber bundesweit nur die Hälfte aller Patientinnen und Patienten mit malignem Melanom in einem solchen Zentrum behandelt. In Bayern gibt es fünf zertifizierte Hautkrebszentren (Augsburg, Erlangen, Nürnberg, Regensburg, Würzburg). Im ambulanten Bereich verzeichnete die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns zwischen Oktober und Dezember 2011 insgesamt 19 338 Patientinnen und Patienten mit der Diagnose eines malignen Melanoms.

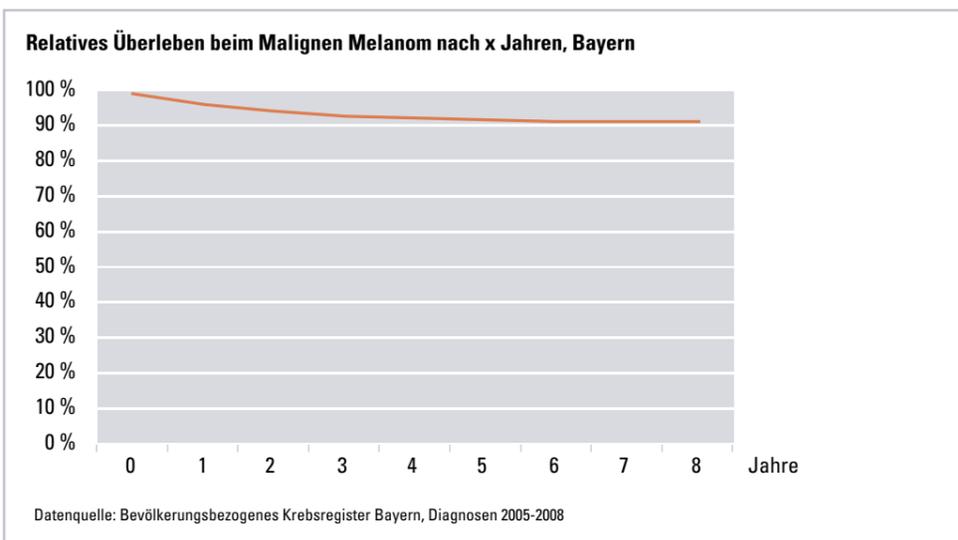
Leben mit Hautkrebs

Jede Krebsbehandlung ist ohne Tumornachsorge unvollständig; vorgesehen sind regelmäßige Untersuchungen entweder im behandelnden Krankenhaus oder bei einem niedergelassenen Arzt. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation sind bei Hautkrebs bisher eher selten. In Bayern verzeichneten die Rentenversicherungsträger im Jahr 2011 lediglich 150 Fälle.

Kontakte in Selbsthilfegruppen können sowohl Betroffene als auch ihre Angehörigen in der Bewältigung der Krankheit unterstützen (Kontakte über die Bayerische Krebsgesellschaft e.V. und die Selbsthilfekontaktstellen).

Zeit gewinnen

Noch vor wenigen Jahren verlief eine Erkrankung an einem malignen Melanom in der Regel tödlich. Heute können durch eine frühzeitige Behandlung die allermeisten Patientinnen und Patienten geheilt werden: Fünf Jahre nach der Diagnose leben noch 92 % Betroffenen.





WIE GEHT ES WEITER?

10. Wie geht es weiter?

Die Bayerische Krebsstrategie

Krebs ist, wie auch dieser Bericht zeigt, eine der bedeutendsten Herausforderungen für unser Gesundheitswesen. Eine Krebserkrankung bedeutet für die Betroffenen, die Erkrankten wie die Angehörigen, einen hohen Leidensdruck und für die Gesellschaft entstehen durch die oft jahrelange Behandlung erhebliche Kosten.

Am 5.10.2010 fand im Bayerischen Landtag ein Runder Tisch mit Akteuren und Experten des bayerischen Gesundheitswesens statt, der eine Bayerische Krebsstrategie beschlossen hat. Sie gründet auf folgenden vier Säulen:

1.Säule: Krebs vermeiden, Krebs rechtzeitig erkennen und heilen

Die Zahl der Krebsneuerkrankungen kann nach Expertenschätzungen durch Prävention um etwa ein Drittel vermindert werden. Deshalb will die Jahreskampagne „Gesund. Leben.Bayern. Aktiv gegen Krebs“ des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit im Jahr 2013 insbesondere einen Aspekt der Krebsprävention stärker ins Licht rücken, über den viele Menschen noch kaum Bescheid wissen: die körperliche Bewegung. Bewegungsmangel gilt heute als eigenständiger Risikofaktor für verschiedene Krebserkrankungen; doch bereits eine vergleichsweise gemäßigte körperliche Aktivität kann schon eine schützende Wirkung haben. Zugleich kann Bewegung den Verlauf vieler Krebserkrankungen günstig beeinflussen. Dieses Wissen will eine Themenwoche vom 10. bis zum 20. April 2013 in die Öffentlichkeit tragen und dazu anregen, dem Krebs aktiv zu begegnen.

Bayern stellt im Rahmen der Gesundheitsinitiative jährlich 3,3 Mio. Euro an Haushaltsmitteln für Präventionsprojekte zur Verfügung. Dabei sind in der Krebsvorbeugung seit langem wichtige Akzente gesetzt worden, etwa mit den Hilfen zum Beenden des Rauchens und dem Ausbau des Nichtraucherschutzes, den Maßnahmen gegen Alkoholmissbrauch, der Förderung einer gesunden Ernährung und ausreichender Bewegung, dem Schutz vor krebserregenden Stoffen am Arbeitsplatz und in der Umwelt sowie den Kampagnen zum Schutz der Haut vor UV-Strahlung. Information über (Krebs-) Risiken und die Unterstützung gesunder Lebensweisen bleiben unverändert von großer Bedeutung.

Die Krebsfrüherkennung ist in vielen Fällen lebensrettend. Eine gute Aufklärung über ihren Nutzen und ihre Risiken soll eine informierte Entscheidung über die Teilnahme ermöglichen. Dies gilt für die Mammographie – hier liegen die Teilnahmeraten in Bayern unter dem Bundesdurchschnitt – und dies gilt insbesondere für das Hautkrebs-Screening als eine ausgesprochen risikoarme Früherkennungsuntersuchung und die Koloskopie als eine Früherkennungsuntersuchung mit zusätzlichem Vorsorgennutzen. Um die Teilnahme an Darmkrebs-Früherkennungsuntersuchungen zu erhöhen, unterstützt das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit die Auswertung eines Modellvorhabens eines Einladungsverfahrens zur Darmkrebsvorsorge der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der Techniker Krankenkasse finanziell.

Auch die Inanspruchnahme der Impfung gegen humane Papillomviren zur Vermeidung von Gebärmutterhalskrebs soll verbessert werden. Dazu hat das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit mit der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Impfen (LAGI) ein Informationsfaltblatt entwickelt, das in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Kultusministerium im Rahmen der Impfkaktion des Öffentlichen Gesundheitsdienstes an Schulen an alle Mädchen in den 6. Klassen in Bayern verteilt wird.

2. Säule: Durch Versorgungsforschung Verbesserungspotential erschließen

Mit den flächendeckenden klinischen Krebsregistern, dem bevölkerungsbezogenen (epidemiologischen) Krebsregister und der amtlichen Statistik sind in Bayern sehr gute Datengrundlagen über die Verbreitung von Krebserkrankungen vorhanden. Dagegen ist die Datenlage zu sozialen Unterschieden bei Krebserkrankungen und in vielen Bereichen der Versorgungsqualität noch lückenhaft.

Entscheidungen für tragfähige Problemlösungen in der Krankenversorgung benötigen jedoch solide wissenschaftliche Grundlagen. Deswegen wurde am Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit ein Sachgebiet Versorgungsqualität, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemanalyse eingerichtet, das eine internetbasierte Plattform zur Versorgungsforschung aufbaut und ein Fachgremium mit Kompetenzen aus Wissenschaft und weiteren Beteiligten im Gesundheitswesen zur Verfügung stellt.

In dem Modul „Gesundheitsatlas Bayern“ als Teil des Internetangebots des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit wurden Kenndaten der Versorgung, z. B. zu Krebsneuerkrankungen und zur Krebsfrüherkennung, regional aufbereitet. Auch der vorliegende Bericht ist Teil dieser Säule.

3. Säule: Onkologische Versorgung und Schnittstellenmanagement verbessern

Wer in Bayern an Krebs erkrankt, kann sich auf ein eng verknüpftes Netz von Versorgung und Hilfen verlassen. Die medizinische Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten ist im internationalen Vergleich gut, die spezialisierte Versorgung ist in der Regel schnell und unkompliziert erreichbar, die Wartezeiten sind kurz, der Zugang zu Innovationen gewährleistet. Gleichwohl gibt es Verbesserungspotential, denn noch immer sterben in Bayern ähnlich wie deutschlandweit mehr als 30 % der Betroffenen innerhalb von fünf Jahren nach der Diagnosestellung an ihrer Krebserkrankung.

Krankenhäuser zählen zu den wichtigsten Gliedern in der Versorgungskette für krebserkrankte Menschen. Etwa 220 000 Menschen werden jährlich an bayerischen Krankenhäusern wegen einer Krebserkrankung vollstationär behandelt. Zum 1.1.2010 ist die Onkologievereinbarung in Kraft getreten, die bundesweit einheitliche Rahmenbedingungen für eine qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten vorgibt.

In den vergangenen Jahren ist die Zahl der von der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. zertifizierten Zentren, die hohe fachliche und organisatorische Standards für die Krebsbehandlung nachweisen müssen, deutlich gewachsen. Bayern ist hier im Bundesvergleich überdurchschnittlich gut aufgestellt; für Onkologische Zentren sprechen Experten sogar von einer Vorbildfunktion für Deutschland.

Weiterzuentwickeln ist die Vernetzung der stationären und ambulanten Versorgung sowie insgesamt das Schnittstellenmanagement zwischen den einzelnen Versorgungssegmenten. „Kooperation ist der Schlüssel“, schrieb das Deutsche Ärzteblatt im Frühjahr 2012 zur Zukunft der onkologischen Versorgung³⁹. Dies gilt auch gegenüber dem Reha-Bereich und für die Einbeziehung von psychoonkologischer Unterstützung und der Selbsthilfe, die sehr wichtige Funktionen in der Krankheitsbewältigung sowohl für Betroffene als auch für ihre Angehörigen haben.

Besondere Beachtung verdient auch jene letzte Krankheitsphase bei Krebs, in der eine Behandlung des Tumors selbst nicht mehr möglich ist. Hier stehen im palliativen Bereich viele Möglichkeiten zur Verfügung, um die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten so weit wie möglich zu erhalten oder zu verbessern. Ziel ist eine bedarfsgerechte und bedürfnisorientierte flächendeckende Versorgung mit Palliativ- und Hospizangeboten.

4. Säule Bayerweite Patienteninformations- und Beratungsangebote stärken

Zur Stärkung der Patientenkompetenz sollen Informations- und Beratungsangebote für Patienten ausgebaut werden, z. B. wurde das neu eingerichtete Patientenportal des Gesundheitsministeriums um Informationen zu Krebs allgemein und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ergänzt, damit sich jeder Bürger informiert zur Teilnahme entscheiden kann.

Im Rahmen der offenen Krebskonferenz im Jahr 2011 in München wurde der direkte Dialog mit Betroffenen und Gesunden geführt, um Patienten und interessierten Bürgern den aktuellsten Wissensstand in Sachen Prävention, Vorsorge, Therapie und Nachsorge zu vermitteln und über (psycho)soziale Beratungsangebote zu informieren. Das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit hat die offene Krebskonferenz im Jahr 2011 finanziell unterstützt.

Nationaler Krebsplan

Der Nationale Krebsplan hat zum Ziel, die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen weiter zu verbessern. Bayern unterstützt diese Zielsetzung. Durch die klare Definition von Versorgungsstrukturen, eine Optimierung der leitliniengerechten Diagnostik und Therapie und Verbesserung der Messung der Qualität durch Stärkung der Klinischen Krebsregister sind weitreichende positive Effekte zu erwarten. Für einige der im Nationalen Krebsplan angestrebten Ziele wie beispielsweise der flächendeckende Ausbau der klinischen Krebsregister sind in Bayern bereits die Grundlagen gelegt, bei anderen wie etwa der Stärkung der Krebsfrüherkennung ist man auf einem guten Weg. Auch hinsichtlich zertifizierter Versorgungsstrukturen ist der Freistaat schon heute vielen, aber noch nicht in allen Bereichen gut aufgestellt.

Der erste Bayerische Krebsbericht fasst die bisher erreichten Fortschritte in der Vermeidung und Früherkennung von Krebs, in der Patientenversorgung sowie der Beratung von Betroffenen und ihren Angehörigen in übersichtlicher Form zusammen. Er möchte interessierten Bürgerinnen und Bürgern, Patientinnen und Patienten neutrale Informationen bieten und den Akteuren des Gesundheitswesens Handlungsoptionen aufzeigen.

³⁹ Schmitz S, Hallek M (2012): Zukunft der onkologischen Versorgung: Kooperation ist der Schlüssel. Deutsches Ärzteblatt 109 (29/30): C-1251

www.aktiv-gegen-krebs.bayern.de

Impressum

Herausgeber: Bayerisches Staatsministerium für
Umwelt und Gesundheit
Rosenkavalierplatz 2, 81925 München (StMUG)
Internet: www.stmug.bayern.de
E-Mail: poststelle@stmug.bayern.de
Redaktion: Dr. Martina Enke, Dr. Joseph Kuhn
Gestaltung: www.druckservice-sedlmeier.de
Fotos: Fotolia
Druck: Bosch-Druck GmbH, Landshut
Stand: April 2013

© StMUG, alle Rechte vorbehalten

Gedruckt auf Papier aus 100 % Altpapier

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars erbeten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Publikation wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Der Inhalt wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.



BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.
Unter Tel. 089 122220 oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.