

Evaluation (Bewertung) von Früherkennungsprogrammen

Ein Ziel im Nationalen Krebsplan

Prof. Dr. med. Alexander Katalinic



Institut für Krebsepidemiologie e.V.
Universität zu Lübeck
Beckergrube 43-47
23552 Lübeck
www.krebsregister-sh.de
alexander.katalinc@krebsregister-sh.de



Gesellschaft der epidemiologischen
Krebsregister in Deutschland e.V.
www.gekid.de

Krebsfrüherkennung (KFE)

- **Hauptziel: Senkung der Sterblichkeit**
- Durch die Anwendung eines geeigneten Suchtests bei augenscheinlich gesunden Personen soll eine verborgene Krebserkrankung in frühem, heilbarem Stadium erkannt werden
- Der Nachweis, dass das Hauptziel erreicht wird, ist im Rahmen einer Ergebnis-Evaluation zu erbringen

Die „großen“ KFE-Programme

- Mammographie-Screening (Brustkrebs)
- Pap-Screening (Gebärmutterhalskrebs)
- Koloskopie-Screening (Darmkrebs)
- Hautkrebs-Screening

Ebenen der Qualitätsevaluation in KFE-Programmen

- **Strukturqualität**
 - Gibt es ausreichende Untersuchungskapazitäten?
 - Gibt es qualifiziertes Personal?
 - ...
- **Prozessqualität**
 - Ist die Entdeckungsrate ausreichend hoch?
 - Werden zeitliche Vorgaben eingehalten?
 - Werden Tumoren in frühem Stadium entdeckt?
 - ...
- **Ergebnisqualität**
 - Senkt das Programm die Sterblichkeit?

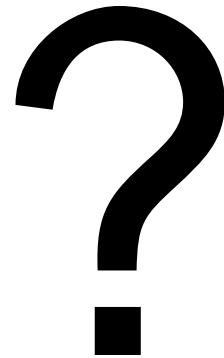
Prozess-Evaluation im Mammographie-Screening

Tabelle 1: Leistungsparameter des Mammographie-Screening-Programms in den Jahren 2005–2007 mit Angabe der Referenzbereiche und Verweis auf die ausführlichen Kapitel im Evaluationsbericht.

Parameter zur Beurteilung der Prozess- und Ergebnisqualität	Referenzbereich EU-Leitlinien, 4. Auflage ¹		Ergebnisse Screening (2005–2007)	Kapitel (ausführliche Beschreibung)
	min. ²	empf. ³		
1. Einladungsrate ⁴	k. A.	k. A.	52,6 %	2.1.1
2. Teilnahme ⁴	> 70 %	> 75 %	54,3 %	2.1.2
3. Wiedereinbestellungsrate	< 7 %	< 5 %	5,3 %	2.3.1
4. Brustkrebsentdeckungsrate (Vielfaches der regionalen Hintergrundinzidenz)	≥ 3xIR	> 3xIR	regional schwankend (1,2–4,7)	2.2.2.1
5. Brustkrebsentdeckungsrate			7,78 ‰	2.2.2.1
6. Anteil In-situ-Karzinome (DCIS)	≥ 10 %	> 15 % (3. Aufl.: 10–20 %)	19,8 %	2.2.2.2
7. Anteil invasiver Karzinome ≤ 10 mm	≥ 20 %	≥ 25 %	30,8 %	2.2.2.2
8. Anteil invasiver Karzinome < 15 mm	≥ 50 %	> 50 %	54,7 %	2.2.2.2
9. Anteil invasiver Karzinome ohne Befall der Lymphknoten (N-)	– (3. Aufl.: ≥ 70 %)	> 70 %	76,7 %	2.2.2.2
10. Anteil Karzinome im Stadium II+	– (3. Aufl.: ≤ 25 %)	< 30 % (3. Aufl.: < 25 %)	27,7 %	2.2.2.2
11. Anteil präoperativ gesicherter Karzinome	≥ 90 % (3. Aufl.: > 70 %)	> 90 %	92,0 %	2.3.2
12. PPV I	k. A.	k. A.	15,4 %	2.3.3
13. PPV II	k. A.	k. A.	49,1 %	2.3.3

¹ Sofern die dargestellten Referenzwerte der 4. Auflage in Hinblick auf die vorhergehende 3. Auflage geändert wurden, werden die abweichenden Referenzwerte aus der 3. Auflage in Klammern angegeben.

Evaluation der Sterblichkeit im Mammographie-Screening



(nach 5 Jahren Screening)

Offene Fragen in Deutschland zur Ergebnisevaluation der Krebsfrüherkennung

– Senkt das Mammographie-Screening die Sterblichkeit an Brustkrebs auch in Deutschland?
(Erwartung 25%)
Ist die Beantwortung solcher Fragestellungen überhaupt notwendig?

– Ist es nicht evident (augenscheinlich),
(möglicherweise Rückgang um 20%, 30%, 50%?)
dass Früherkennung hilft?

– Werden bei der Früherkennung Tumore übersehen?

– ...

DER SPIEGEL

Nr. 17/20.4.09
Deutschland: 3,70 €
4 190700 703700 17

SPANISCH
IN DEUTSCHLAND

Preis 09: 32,50 €
Jahresab. 11,50 €

Verlag: Gruner + Jahr Verlag
Redaktion: Gruner + Jahr Verlag
Postfach 10 15 53, 20090 Hamburg

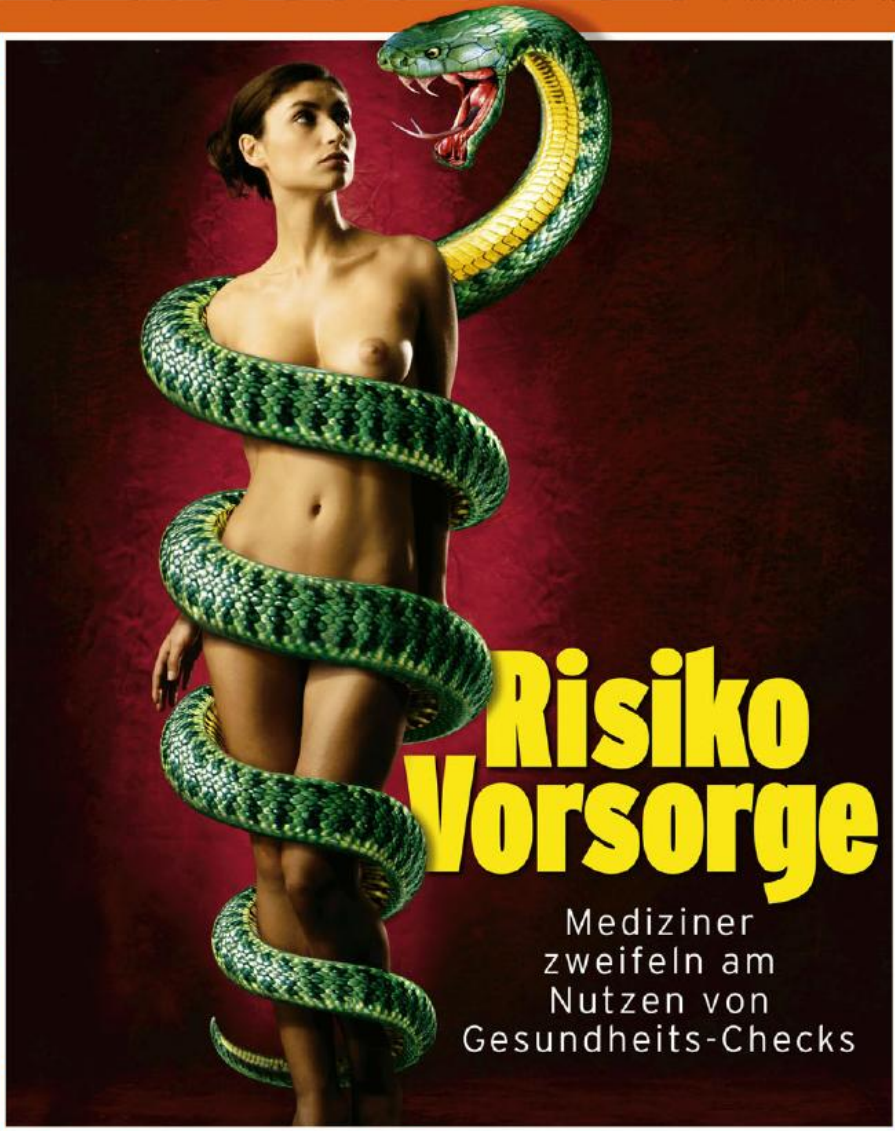
Abonnement-Service: 030 25015-11
Servicezeiten: Mo-Fr 9-18 Uhr

ISSN 0361-5258
Printed in Germany

Druck: G. Fischer Verlag
Hamburg

Vertrieb: Gruner + Jahr
Hamburg

Schweiz: sfr 6,50



Titelblatt
„Der Spiegel“
20.4.2009

„Ich war noch nie bei einem Screening und würde nicht gehen“

Warum der ganze Zweifel? Warum die Ungewissheit? Warum Vermutungen?

Es fehlt an guten, aussagekräftigen Daten zur Krebsfrüherkennung für Deutschland!

**Dr. Spelsberg
Tumorzentrum Aachen*

„Der Spiegel“
20.4.2009

Alarm und Fehlalarm

Um eine Krebserkrankung zu vermeiden, lassen sich Millionen Deutsche jedes Jahr den Darm spiegeln, die Haut untersuchen oder die Brüste röntgen. Doch der Nutzen der meisten dieser Vorsorgeuntersuchungen ist umstritten. Und vielen Ärzten fehlt es häufig an Fachwissen.

Mortalitätsevaluation in Finnland

616

SARKEALA ET AL.

Int. J. Cancer: 122, 614–619 (2008)
© 2007 Wiley-Liss, Inc.

Organised mammography screening reduces breast cancer mortality: A cohort study from Finland

Tytti Sarkeala^{1*}, Sirpa Heinävaara^{1,2} and Ahti Anttila¹

¹*Finnish Cancer Registry, Helsinki, Finland*

²*Department of Public Health, University of Helsinki, Helsinki, Finland*

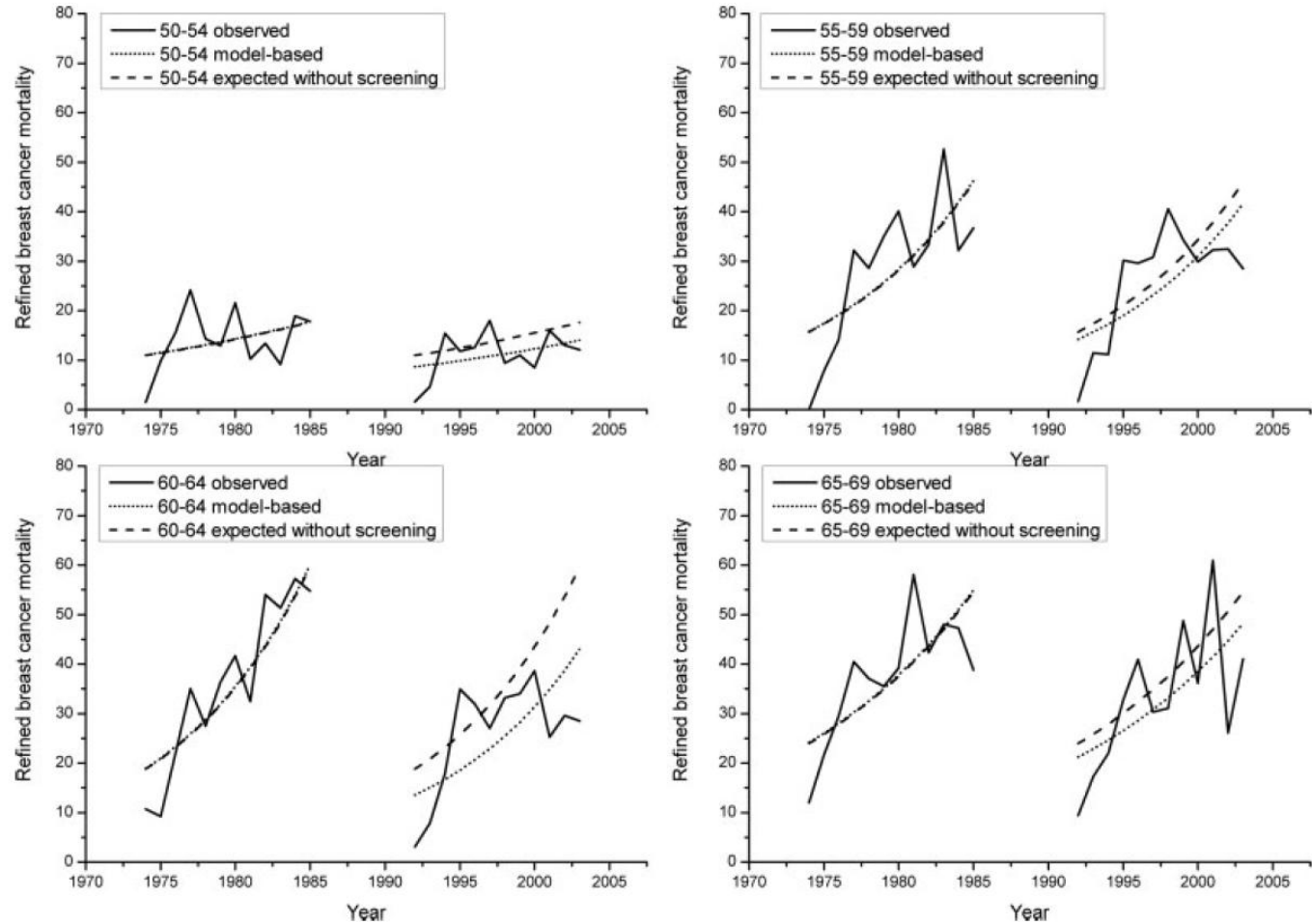


FIGURE 1 – Observed, model-based and expected breast cancer mortality rates by 5-year age groups at death in 1974–1985 and 1992–2003, population data.

16. Juli 2008

Das Bundesgesundheitsministerium stellt den **Nationalen Krebsplan** vor



Bundesministerium
für Gesundheit

gemeinsam mit

- Deutscher Krebshilfe
- Deutscher Krebsgesellschaft
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren

Die Handlungsfelder des NKP

1. Handlungsfeld:

Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung

2. Handlungsfeld:

Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung

3. Handlungsfeld:

Sicherstellung einer effizienten onkologischen Arzneimittel-Therapie

4. Handlungsfeld:

Stärkung der Patientenorientierung

Ziel 3 des Nationalen Krebsplans

Die Krebsfrüherkennungsprogramme werden hinsichtlich ihres Nutzens (v. a. Mortalitätssenkung) unter Einbindung der epidemiologischen Landeskrebsregister evaluiert:

- Schaffung der gesetzlichen Grundlagen (auf Landesebene, ggf. auch im SGB V) für eine einheitliche und transparente Evaluation der gesetzlichen Früherkennungsprogramme
- Finanzielle und organisatorische Sicherung einer fortlaufenden umfassenden vergleichenden Mortalitätsevaluation der Krebsfrüherkennungsprogramme
- Zeitnahe Publikation der Evaluationsergebnisse
- Weiterentwicklung der Programme auf Grundlage der Evaluationsergebnisse

Identifizierte Defizite in Deutschland in der Evaluation der Krebsfrüherkennung

1. Verpflichtende Grundlagen
2. Finanzierung der Evaluation
3. Planung der Evaluation
4. Nutzung von Surrogatparametern
5. Regionalisierbare Transparenz
6. Datenflüsse und Datenumfang
7. Zeitnahe Publikation der Ergebnisse
8. Weiterentwicklung der Früherkennungsprogramme

→ **Ziele-Papier
der UAG 3**

Hauptdefizite

in der Ergebnisevaluation der Krebsfrüherkennung

1. Es existiert keine Verpflichtung zur Ergebnisevaluation von Krebsfrüherkennungsprogrammen
2. Die Finanzierung der Evaluation ist ungeklärt
3. Es existieren deutschlandweit keine verbindlichen und belastbaren Strukturen zur Nutzung der epidemiologischen Krebsregister für die Ergebnisevaluation

Vorgeschlagene Maßnahmen mit höchster Priorität (1)

- **Defizit:**

Es existiert keine Verpflichtung zur Ergebnisevaluation von Krebsfrüherkennungsprogrammen.

- **Maßnahme:**

Es müssen die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um für begonnene und zukünftige Krebsfrüherkennungsmaßnahmen **verbindlich** eine valide und transparente Evaluation und deren Finanzierung sicherzustellen.

Vorgeschlagene Maßnahmen mit höchster Priorität (2)

- **Defizit:**

Es existieren deutschlandweit keine verbindlichen und belastbaren Strukturen zur Nutzung der Krebsregister für die Ergebnisevaluation.

- **Maßnahme:**

Alle Bundesländer werden aufgefordert, auch durch das Bundeskrebsregisterdatengesetz, eine nachhaltige und vollzählige Krebsregistrierung vorzuhalten und die erforderlichen Datenflüsse für die Ergebnisevaluation zügig umzusetzen.

Zusammenfassung

- Die Ergebnis-Evaluation muss auch in Deutschland integraler Bestandteil der Krebsfrüherkennung werden
- Dies ist mit verhältnismäßig einfachen Maßnahmen in vorhandenen Strukturen zu erreichen
- Die Ergebnisse der Evaluation sind Grundlage
 - zur Bewertung der Qualität der Programme
 - zur Bewertung von Nutzen und Schaden
 - zur informierten Teilnahme