

07.07.03

Unterrichtung

durch das
Europäische Parlament

Entschlieung des Europäischen Parlaments zu Brustkrebs

Zugeleitet mit Schreiben des Generalsekretärs des Europäischen Parlaments
- 203689- vom 3. Juli 2003 Das Europäische Parlament hat die Entschlieung in
der Sitzung am 5. Juni 2003 angenommen.

Entschließung des Europäischen Parlaments zu Brustkrebs (2002/2279(INI))

Das Europäische Parlament,

- unter Hinweis auf Artikel 152 des EG-Vertrags in der durch den Vertrag von Nizza geänderten Fassung,
- unter Hinweis auf Artikel 35 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union ¹,
- unter Hinweis auf seine Entschließung vom 9. März 1999 zum Bericht der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen zur gesundheitlichen Situation der Frauen in der Europäischen Gemeinschaft²,
- unter Hinweis auf seine Entschließung vom 13. Februar 2003 zur Mitteilung der Kommission über Maßnahmen der Gemeinschaft und der Mitgliedstaaten im Zusammenhang mit Brustimplantaten³,
- unter Hinweis auf seine Entschließung vom 4. Oktober 2001 zu der Patentierung der Gene BRCA1 und BRCA2 (Brustkrebsgene)⁴,
- unter Hinweis auf seine Entschließung vom 15. Januar 2003 zur Mitteilung der Kommission „Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege“⁵,
- unter Hinweis auf den mit dem Beschluss Nr. 646/1996 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. März 1996 angenommenen Aktionsplan zur Krebsbekämpfung innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1996-2000)⁶, der mit dem Beschluss Nr. 521/2001/EG des Europäischen Parlaments und des Rates⁷ verlängert wurde,
- unter Hinweis auf den Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008)⁸,
- unter Hinweis auf den Beschluss Nr. 1513/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. Juni 2002 über das Sechste Rahmenprogramm der Europäischen Gemeinschaft im Bereich der Forschung, technologischen Entwicklung und Demonstration als Beitrag zur Verwirklichung des Europäischen Forschungsraums und zur Innovation

¹ AB1. C 364 vom 18.12.2000, S.1.

² AB1. C 175 vom 21.6.1999, S. 68.

³ P5_TA(2003)0063.

⁴ AB1. C 87 E vom 11.4.2002, S. 265.

⁵ P5_TA(2003)0015.

⁶ AB1. L 95 vom 16.4.1996, S. 9.

⁷ AB1. L 79 vom 17.3.2001, S. 1.

⁸ AB1. L 271 vom 9.10.2002, S. 1.

(2002-2006)¹,

- unter Hinweis auf die Richtlinie 2001/20/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 4. April 2001 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Anwendung der guten klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln²,
 - in Kenntnis der am 4. Februar 2000 auf dem Ersten Weltgipfel gegen den Krebs in Paris angenommenen Charta gegen den Krebs,
 - in Kenntnis der „European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening“³,
 - in Kenntnis der Empfehlungen der European Society of Mastology (EUSOMA) „The requirements of a specialist breast unit“⁴,
 - unter Hinweis auf die „Empfehlungen zum Krebs-Screening in der Europäischen Union“ des Beratenden Ausschusses für Krebsvorsorge⁵,
 - gestützt auf Artikel 163 seiner Geschäftsordnung,
 - in Kenntnis des Berichts des Ausschusses für die Rechte der Frau und Chancengleichheit (A5-0159/2003),
- A. in der Erwägung, dass Artikel 152 des EG-Vertrags festlegt, dass bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt wird und dass die Tätigkeit der Gemeinschaft dabei in Ergänzung zur Politik der Mitgliedstaaten die Bekämpfung der weitverbreitetsten schweren Krankheiten wie Krebs umfasst, wobei die Erforschung der Ursachen, die Prävention sowie Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert werden,
- B. unter Hinweis darauf, dass nach Angaben der WHO in der Europäischen Union im Jahr 2000 über 216.000 Frauen an Brustkrebs erkrankt und 79.000 Frauen daran gestorben sind, dass Brustkrebs die häufigste Krebskrankheit bei Frauen ist, dass jede neunte Frau daran erkrankt und Brustkrebs die häufigste Todesursache bei Frauen zwischen 35-55 Jahren in der Europäischen Union darstellt,
- C. in der Erwägung, dass die Charta der Grundrechte der Europäischen Union jeder Person das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung zugesteht,
- D. in der Erwägung, dass jede Frau unabhängig von Wohnort, sozialer Stellung, Beruf und Bildung Zugang zu qualitativ hochwertiger Früherkennung, Behandlung und Nachsorge von Brustkrebs haben sollte, derzeit aber dramatische Unterschiede in der Qualität der Brustkrebsversorgung und damit auch der Überlebenschancen der Frauen zwischen den Mitgliedstaaten, den Regionen und selbst zwischen den Krankenhäusern einer Stadt

¹ AB1. L 232 vom 29.8.2002, S. 1.

² AB1. L 121 vom 1.5.2001, S. 34.

³ Die vom European Breast Cancer Network erarbeitete dritte Ausgabe ist im Jahr 2001 von der Kommission veröffentlicht worden.

⁴ Abgedruckt im European Journal of Cancer 36 (2000) S. 2288-2293.

⁵ Veröffentlicht im European Journal of Cancer 36 (2000) S. 1473-1478.

bestehen,

- E. in der Erwägung, dass die Eurocare Study aus dem Jahre 1999 zwischen den Mitgliedstaaten große Unterschiede von bis zu 16% in den Überlebensraten von Brustkrebspatientinnen festgestellt hat, die unter anderem auf Unterschiede beim Zugang zu Früherkennung, Diagnose und Behandlung zurückgeführt werden¹,
- F. unter Hinweis darauf, dass die Forschung bisher keine wirksamen Maßnahmen zur Prävention von Brustkrebs oder zu dessen Heilung unabhängig vom Diagnosestadium entwickelt hat und dass Brustkrebs, wenn er in einem frühen Stadium erkannt und richtig behandelt wird, zu 90% heilbar ist,
- G. in der Erwägung, dass das Gemeinschaftsprogramm „Europa gegen den Krebs“ wichtige Impulse im Kampf gegen Brustkrebs gegeben hat, wobei die erstmals 1992 entwickelten „European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening“ ein besonders gutes Beispiel für Qualitätsstandards und "best practice" in der europäischen Gesundheitspolitik darstellen,
- H. in der Erwägung, dass qualitätsgesichertes Mammographie-Screening, d.h. die regelmäßige Einladung der weiblichen Bevölkerung zur freiwilligen und kostenlosen Mammographie-Untersuchung und Folgediagnostik im Rahmen eines organisierten bevölkerungsbezogenen regionalen oder nationalen Programms, die Brustkrebs-Mortalität laut Angaben der WHO bei Frauen zwischen 50-69 Jahren um bis zu 35 % und laut wissenschaftlichen Studien auch bei Frauen zwischen 40-49 Jahren um bis zu 20% senken kann,
- I. in der Erwägung, dass für Frauen mit einem Brustimplantat ein Ultraschall-Screening vorgesehen werden muss, weil ein normales Screening bei ihnen problematisch ist,
- J. in der Erwägung, dass die Brust-Selbstuntersuchung der Frau einen wertvollen Beitrag zur Körperwahrnehmung leistet, aber keine Alternative zur Früherkennung durch Screening sein kann und dass auch die WHO festgestellt hat, dass es noch keine hinreichenden Beweise dafür gibt, dass klinische Brustuntersuchungen oder Brust-Selbstuntersuchungen die Mortalität bei Brustkrebs verringern,
- K. in der Erwägung, dass die Tastuntersuchung eine wichtige Maßnahme zur rechtzeitigen Erkennung von Karzinomen im Intervall zwischen zwei Screening-Untersuchungen sowie bei Frauen ist, die aufgrund ihres Alters nicht berechtigt sind, an organisierten Screening-Programmen teilzunehmen,
- L. in der Erwägung, dass Früherkennung Diagnose, Behandlung und Nachsorge von Brustkrebs nur durch ein interdisziplinäres Team von Fachärzten erfolgen sollte, da hierdurch die Überlebensraten der Frauen erheblich steigen können,
- M. unter Hinweis darauf, dass eine qualitätsgesicherte Brustkrebsversorgung mittel- und langfristig zu Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem führt, da unnötige Untersuchungen und Behandlungen vermieden werden können, Mammakarzinome frühzeitig erkannt und somit weniger kostenintensive Operationen und Folgebehandlungen nötig werden,

¹ Survival of adult cancer patients in Europe diagnosed from 1978-1989: The Eurocare II study, European Journal of Cancer, Vol. 34, No 14.

- N. unter Hinweis darauf, dass eine möglichst hohe Lebensqualität für die Patientin erreicht werden sollte, da die Behandlung von Brustkrebs mit hohen körperlichen und psychischen Belastungen verbunden ist,
- O. in der Erwägung, dass die an Brustkrebs erkrankten Frauen vom behandelnden Arzt angemessen über Diagnose und Behandlung informiert werden müssen und in Kenntnis der Nebenwirkungen an Entscheidungen über Therapieoptionen beteiligt sein sollten,
- P. in der Erwägung, dass bisher noch nicht alle Mitgliedstaaten eine eigene Regelung über Patientenrechte angenommen haben, so dass die diesbezüglichen Rechte derzeit für die Patienten wenig transparent sind,
1. fordert die Mitgliedstaaten und die Kommission dazu auf, die Bekämpfung von Brustkrebs zu einer gesundheitspolitischen Priorität zu machen und effektive Strategien für eine bessere Vorsorge, Früherkennung, Diagnose, Behandlung und Nachsorge von Brustkrebs zu entwickeln und umzusetzen, um europaweit die beste Qualität in der Brustkrebsversorgung zu gewährleisten;
 2. fordert die Mitgliedstaaten auf, sich das Ziel zu setzen, bis zum Jahre 2008 die Voraussetzungen zu schaffen, um die durchschnittliche Brustkrebs-Mortalitätsrate in der Europäischen Union um 25 % zu reduzieren und die bestehenden Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten bei der 5-Jahres-Überlebensrate auf 5% zu reduzieren;
 3. kritisiert, dass die „European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening“ bisher erst in acht von 15 Mitgliedstaaten zur Einrichtung von flächendeckenden Screening-Programmen geführt haben; fordert deshalb die Mitgliedstaaten auf, schnellstmöglich allen Frauen zwischen 50 und mindestens 69 Jahren ein den europäischen Leitlinien entsprechendes Mammographie-Screening im Abstand von zwei Jahren anzubieten, wobei im Rahmen eines bevölkerungsbezogenen Programms auf freiwilliger Basis eine Teilnahmerate von über 70% erreicht und die folgenden Qualitätsstandards eingehalten werden sollten:
 - Screening findet in den dazu vorgesehenen und zertifizierten Einrichtungen statt, wobei es sich um feste Einrichtungen oder von diesen Zentren abhängige mobile Einrichtungen handeln kann; im Verdachtsfall wird die Folgediagnostik durch ein interdisziplinäres Ärzteteam in einer spezialisierten Einrichtung durchgeführt,
 - jede Mammographie wird unabhängig voneinander von zwei Radiologen nach dem Doppelblind-Verfahren beurteilt, die jeweils die Aufnahmen von mindestens 5000 Frauen jährlich untersuchen, die sich im Rahmen von Screening-Programmen einer Mammographie unterzogen haben,
 - die Screening-Geräte werden regelmäßig auf Bildqualität und Strahlenbelastung überprüft, der Entwicklungsprozess sollte auch kontrolliert werden,
 - Ärzte und medizinisches Personal nehmen regelmäßig an Fortbildungsmaßnahmen teil;
 4. dringt darauf, dass für die Screening-Programme Geräte für die Ultraschalluntersuchung von Frauen mit einem für Strahlen undurchlässigen Brustimplantat zur Verfügung stehen sollten;

5. fordert, dass jede an Brustkrebs erkrankte Frau das Recht hat, durch ein interdisziplinäres Team behandelt zu werden, und fordert deshalb die Mitgliedstaaten auf, ein flächendeckendes Netz von zertifizierten, interdisziplinären Brustzentren aufzubauen, die folgende Qualitätsstandards erfüllen müssen:
 - jedes Brustzentrum operiert pro Jahr mindestens 150 erstdiagnostizierte Brustkrebsfälle,
 - das Brustzentrum wird von einem auf Brusterkrankungen spezialisierten und besonders qualifizierten Arzt geleitet; das interdisziplinäre Team besteht aus in der Brustchirurgie erfahrenen Ärzten, die ausschließlich Brusterkrankungen operieren, und aus Radiologen, Onkologen, Pathologen, Krankenschwestern und Röntgenassistenten, die ebenfalls auf Brusterkrankungen spezialisiert sind, sowie aus einem Datamanager,
 - mindestens einmal pro Woche finden interdisziplinäre Fallkonferenzen statt, in denen ein Fall sowohl vor als auch nach der Operation erörtert wird,
 - die Ergebnisqualität sollte durch klinische Forschung gesichert werden,
 - Ärzte und medizinisches Personal nehmen regelmäßig an Weiterbildungsmaßnahmen teil,
 - durch einen erfolgreich abgelegten Test weisen Ärzte und medizinisches Personal regelmäßig ausreichende aktuelle Kenntnisse und Wissen nach,
 - Kontroll- und Nachsorgeuntersuchungen erfolgen in enger Zusammenarbeit mit dem jeweiligen interdisziplinären Brustzentrum,
 - die Patientinnen erhalten onkopsychologische Beratung und psychotherapeutische Unterstützung; sie können außerdem physiotherapeutische und soziale Dienste in Anspruch nehmen;
6. begrüßt es, dass im Rahmen des Sechsten Forschungsrahmenprogramms 400 Mio. EUR für die Krebsforschung insgesamt zur Verfügung stehen, und fordert Kommission und Mitgliedstaaten auf:
 - a) eine bessere Koordinierung nationaler und europäischer Forschung zu gewährleisten,
 - b) sicherzustellen dass die "evidence-based medicine" auch in Europa der Brustkrebsbehandlung zugrunde gelegt wird,
 - c) Fortschritte in der Grundlagenforschung möglichst schnell in die Behandlung zu übertragen und die klinische Forschung weiter zu stärken, insbesondere die von der European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) koordinierten und in Krebszentren und Kliniken in der gesamten Europäischen Union geleiteten klinischen Versuche,
 - d) mehr Mittel als bisher für Brustkrebsforschung zur Verfügung zu stellen, um
 - die Suche nach Ursachen und Therapieformen weiter zu intensivieren,
 - die Vorhersage von Therapiewirkung und Ergebnissicherheit zu verbessern,
 - den Zusammenhang zwischen Brustkrebs und potentiellen Risikofaktoren wie Tabak, Ernährung, Hormonen und Lebensstil (Gewicht, physische Aktivität) weiter zu erforschen,
 - eine verstärkte Forschung zu den stationären oder ambulanten Behandlungsabläufen zu betreiben, damit die Patientinnen künftig nicht mehr unnötig am Klinik- und Medizinbetrieb leiden,
 - eine Methode für die standardisierte Risikoabschätzung von Frauen mit einem

möglichen erblichen Risiko von Brustkrebs zu entwickeln;

7. fordert die Mitgliedstaaten auf, im Rahmen ihrer Verantwortlichkeiten:

- a) der Empfehlung der WHO zu folgen und unter Beteiligung aller wichtigen Akteure nationale Aktionspläne gegen Krebs aufzustellen,
- b) weitere evidenzbasierte Leitlinien zu Früherkennung, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge von Brustkrebs zu entwickeln und kontinuierlich zu aktualisieren, eine nationale Koordinierung für Brustkrebs einzurichten und durch ein transparentes Auditverfahren die Umsetzung der Leitlinien sicherzustellen,
- c) mit Blick auf das psychische Wohlbefinden und die körperliche Unversehrtheit der Frauen sicherzustellen:
 - dass jede Frau sowohl nach einer Screening-Untersuchung als auch bei klinischen Untersuchungen innerhalb von fünf Werktagen über das Ergebnis der Befundung unterrichtet wird und dass keine mit Brustkrebs diagnostizierte Frau länger als vier Wochen auf den Beginn der Behandlung wartet,
 - dass jeder Frau in medizinisch begründeten Fällen die Möglichkeit einer brusterhaltenden Operation offen steht, um die Zahl der unnötigen Brustamputationen zu senken, und dass soweit möglich die Brust mit Eigengewebe binnen kürzest möglicher Frist rekonstruiert wird,
 - dass jede Frau vor der Operation eine gesicherte Diagnose erhält (insbesondere durch eine minimal invasive Biopsie),
 - dass Trägerinnen eines Brustimplantats einen Patientinnenpass erhalten, in dem die besonderen Eigenschaften und die postoperativ notwendigen Nachsorgemaßnahmen angegeben sind,
- d) sicherzustellen, dass Hilfsmittel wie Kunsthaarperücken und Einlagen in den BH sowie in der Nachsorge Lymphdrainagen erstattet werden,
- e) Spezialisierungen wie die des Brustchirurgen, der Brustkrankenschwester oder des Onkopsychologen, die sich in einigen Mitgliedstaaten bereits bewährt haben, über die Einrichtung entsprechender Ausbildungs- und Fortbildungsangebote zu verbreiten,
- f) Einrichtungen zur medizinischen und psychologischen Beratung für Frauen mit einem vermutlich erblich bedingten Brustkrebsrisiko zu schaffen und Frauen mit einem positiven Testergebnis ein intensiviertes Vorsorgeprogramm anzubieten,
- g) eine spezielle Regelung über individuelle Patientenrechte anzunehmen, die den Patienten die folgenden Rechte zuerkennt:
 - das Recht auf angemessene und qualifizierte medizinische Versorgung durch qualifiziertes medizinisches Personal in entsprechend ausgestatteten und organisierten Praxen und Krankenhäusern,
 - das Recht auf verständliche, sachkundige und angemessene Information und Beratung durch den Arzt vor, während und nach der Behandlung,
 - das Recht auf Selbstbestimmung nach umfassender Aufklärung,
 - das Recht auf die Dokumentation der Behandlung und auf Einsicht durch den Patienten,
 - das Recht auf Vertraulichkeit und Datenschutz,
 - das Recht auf Einreichung einer Beschwerde,

- das Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung bei Krebserkrankungen,
 - h) Patientenorganisationen stärker als bisher an gesundheitspolitischen Entscheidungen zu beteiligen und deren Arbeit angemessen zu unterstützen,
 - i) für eine Verbesserung der Datenlage zu sorgen und schnellstmöglich nationale Krebsregister einzurichten, die den Standards des European Network of Cancer Registries genügen, um in der Europäischen Union endlich aussagekräftige und vergleichbare europäische Daten zur Entwicklung von Krebs und Brustkrebs zu erhalten;
8. fordert die Kommission auf:
- a) im Rahmen des Aktionsprogramms im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) die aus dem bisherigen Programm Europa gegen den Krebs hervorgegangenen innovativen Projekte wie das European Breast Cancer Network, das European Network of Cancer Registries und das Netzwerk European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) auch künftig angemessen zu fördern,
 - b) die bestehenden Aktivitäten der Generaldirektionen Gesundheit, Forschung und Informationsgesellschaft zu bündeln und eine gemeinsame EU-Website zu Krebs zu schaffen, auf der sowohl Bürger und Laien als auch Mediziner und Forscher unterschiedlich aufbereitete Informationen zu Krebs von europäischen und nationalen Forschern, medizinischen Gesellschaften, Patientenorganisationen etc. in einer leicht verständlichen Terminologie und in verschiedenen Sprachen finden können,
 - c) auf der Grundlage der das Krebs-Screening in der Europäischen Union betreffenden Empfehlungen des Beratenden Ausschusses für Krebsvorbeugung kurzfristig einen Vorschlag für eine Empfehlung des Rates über Krebs-Screening vorzulegen, in dem ein strukturierter und kohärenter Krebs-Screening-Ansatz (Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Kolorektalkrebs, Prostatakrebs) enthalten ist; hält einen europaweiten koordinierten Ansatz für grundlegend wichtig, um ineffizientem, qualitativ schlechtem und opportunistisch gefärbtem Screening vorzubeugen; verpflichtet sich, sich an diesem Prozess zu beteiligen;
9. unterstreicht den Stellenwert von klinischen Studien für den medizinischen Fortschritt; begrüßt die Annahme der oben genannten Richtlinie 2001/20/EG; ist der Auffassung, dass die Ausformulierung der Durchführungsbestimmungen den Bedürfnissen der Forschungsorganisationen Rechnungen tragen muss; zeigt sich besorgt, dass das Ziel einer Harmonisierung der rechtlichen und regulativen Regelungen für die klinische Forschung nicht erreicht wird und die bestehenden Hindernisse für klinische Studien unter Beteiligung mehrerer Mitgliedstaaten nicht beseitigt werden;
10. fordert die Mitgliedstaaten mit Ziel-1-Regionen angesichts der großen regionalen Unterschiede beim Zugang zu Früherkennung, Diagnose und Behandlung von Brustkrebs auf, in stärkerem Maße Strukturfondsmittel zur Finanzierung der Infrastruktur im Gesundheitswesen einzusetzen;
11. wiederholt seine Besorgnis über die möglichen Konsequenzen einer Patent-Erteilung für die Gene BRCA1 und BRCA2 („Brustkrebsgene“) durch das Europäische Patentamt; fordert das EPA auf, die Patentierung dieser Gene neu zu überdenken, und fordert den Rat, die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, sicherzustellen, dass der menschliche genetische Code frei für die Forschung zugänglich ist - und zwar weltweit - und dass die medizinische

Verwendung gewisser menschlicher Gene nicht durch auf Patenten beruhende Monopolstellungen verhindert wird;

12. fordert die Kommission auf, gemeinsam mit der italienischen Präsidentschaft Ende 2003, wenn die letzten Projekte auslaufen, eine Konferenz auszurichten, um auch mit Blick auf das neue Gesundheitsaktionsprogramm (2003-2008) eine abschließende Bilanz des Programms „Europa gegen den Krebs“ zu ziehen;
13. zeigt sich besorgt über die vergleichsweise schlechten Überlebensraten der an Brustkrebs erkrankten Frauen in den Beitrittsstaaten; fordert die Beitrittsstaaten auf, ihre Anstrengungen bei der Bekämpfung von Brustkrebs zu verstärken, und ersucht die Kommission, einen strukturierten Erfahrungsaustausch mit den künftigen Mitgliedstaaten zu organisieren;
14. fordert die Kommission auf, gemeinsam mit den Mitgliedstaaten bis zum Frühjahrsgipfel 2006 einen Bericht über die von den Mitgliedstaaten getroffenen Maßnahmen zu erstellen und mit Blick auf die erreichten Fortschritte über weitere Schritte im Kampf gegen Brustkrebs zu entscheiden;
15. beauftragt seinen Präsidenten, diese EntschlieÙung dem Rat, der Kommission und den Parlamenten der Mitgliedstaaten zu übermitteln.