

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Dr. R. Werner Schuster, Horst Schmidbauer (Nürnberg), Hans Gottfried Bernrath, Lieselott Blunck (Uetersen), Dr. Ulrich Böhme (Unna), Hans Büttner (Ingolstadt), Karl Hermann Haack (Extertal), Klaus Kirschner, Dr. Hans-Hinrich Knaape, Dr. Klaus Kübler, Dr. Helga Otto, Horst Peter (Kassel), Dr. Martin Pfaff, Gudrun Schaich-Walch, Regina Schmidt-Zadel, Antje-Marie Steen, Dr. Peter Struck, Margitta Terborg, Uta Titze-Stecher, Hans-Ulrich Klose und der Fraktion der SPD**

### **Krebsregister**

Krebserkrankungen spielen in der Bundesrepublik Deutschland wie in allen industrialisierten Staaten bei den Krankheiten und den Sterbefällen eine erhebliche Rolle. Um eine verbesserte Krebsbekämpfung zu erreichen, fordern Gesundheitspolitiker, Ärzteschaft und Epidemiologen schon seit langem, ein bundesweites Krebsregister aufzubauen. Die flächendeckende Ermittlung, Erhebung, Speicherung und Auswertung von patientengebundenen Daten ist kein Wert an sich, sofern nicht von vornherein auf relevante Umsetzungsstrategien geachtet wird. Ein Krebsregister muß einer ergebnisorientierten Gesundheitsberichterstattung gerecht werden.

Wir fragen deshalb die Bundesregierung:

1. Welchen Nutzen erwartet die Bundesregierung durch die Einführung eines flächendeckenden Krebsregisters für die mittel- und langfristige Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung?
2. Welche Formen der Risiko- und welche Formen der Politikberichterstattung sind mit der Schaffung eines nationalen Krebsregisters notwendigerweise verbunden?
3. Welche Institutionen werden die anfallenden Daten systematisch auswerten, um „Dateifriedhöfe“ zu vermeiden?
4. Sind die organisatorischen, personellen und finanziellen Voraussetzungen für eine derartige systematische Auswertung schon vorhanden, oder müssen sie erst noch vom Bund oder den Ländern geschaffen werden?
5. Welche Arbeitshypothesen können realistischerweise mit dieser Ex-post-Datensammlung zuverlässig beantwortet werden?

6. Welche gesundheitspolitisch relevanten Erkenntnisse lassen sich nur durch ein flächendeckendes Krebsregister ermitteln, bzw. welche Erkenntnisse sind durch das bisherige Fehlen derartiger Register zu verzeichnen?
7. Warum lassen sich die vermuteten Auswertungsergebnisse nicht auch durch weniger aufwendigere, gezieltere Stichprobenerhebungen gewinnen?
8. Welche (sozial) epidemiologischen Erkenntnisse kann ein flächendeckendes Krebsregister im Unterschied zu Stichprobenerhebungen erbringen?
9. Gibt es alternative Überlegungen, die jährlichen Kosten von mindestens 25 Mio. DM, welche bei der Durchführung eines flächendeckenden Krebsregisters zu erwarten sind, effizienter (z. B. epidemiologische Prospektivstudien) einzusetzen?
10. Welcher finanzielle Aufwand für Stichprobenerhebungen ist notwendig, um epidemiologisch repräsentative Aussagen zu erhalten?
11. In welchem Maße verzerrt der Verzicht auf die Meldepflicht die Repräsentativität der erzeugten Daten, bzw. kann ohne eine Meldepflicht eine Erfassung von 90 % der Fälle erreicht werden?
12. Ist ein Erfassungsgrad von mindestens 90 % aller Krebsfälle epidemiologisch ausreichend?
13. Wer ist dafür verantwortlich, daß mögliche Erkenntnisse aus diesem flächendeckenden Krebsregister dann auch in gezielte epidemiologische, prospektive Studien umgesetzt werden?
14. Wer ist für die Umsetzung der hypothetisierten Arbeitsergebnisse in praktische, gesundheitspolitische Maßnahmen verantwortlich?
15. Durch welche Maßnahmen will die Bundesregierung diese Umsetzung im Falle der krebsauslösenden Risikofaktoren sicherstellen, da entscheidende „therapeutische Maßnahmen“ bei seit langem als Risikofaktoren gesicherten Noxen, wie z. B. Alkohol oder Nikotin, bislang unterblieben sind?
16. Welche positiven Erfahrungen liegen mit flächendeckenden Krebsregistern aus anderen europäischen Ländern vor?  
Wie unterscheiden sich dort die organisatorischen Voraussetzungen?
17. Welche epidemiologischen Erfahrungen wurden mit den Krebsregistern in Hamburg, im Saarland und in der ehemaligen DDR gemacht?
18. Welche Maßstäbe setzen internationale Organisationen, etwa die WHO, für die Erzeugung aussagefähigen epidemiologischen Datenmaterials?
19. Wie wird die Notwendigkeit derartig flächendeckender Register ausschließlich für Krebskrankheiten begründet?  
Warum werden solche Register z. B. nicht für allergische Dermatosen (Hautkrankheiten) gefordert?

20. Wie lauten die Stellungnahmen der verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften und der Ärzteverbände?
21. Welchen Beitrag leistet ein flächendeckendes Register im Unterschied zu Stichprobenziehungen zum Zweck der ärztlichen Qualitätskontrolle, und inwiefern dient es der Entwicklung von Therapiestudien?
22. Welchen Beitrag leisten die verschiedenen Möglichkeiten der Datenerzeugung (flächendeckend/Stichproben) zur Beurteilung von individuellen oder sozialepidemiologisch signifikanten Krankheitsverläufen?
23. Gibt es grundsätzliche Einwände von den 16 Landesregierungen gegen ein geplantes Krebsregistergesetz, wenn ja, wie lauten sie?
24. Welche internationalen Erfahrungen liegen vor aus Ländern, die
  - a) ein flächendeckendes Krebsregister führen,
  - b) nach der Stichprobenerfassung vorgehen?
25. Für welche Bereiche haben sich aus den registrierten Daten für die Vermeidung, Prävention und Therapie konkrete Maßnahmen, und in welchem Umfang, ableiten lassen?
26. Wie kann die internationale Vergleichbarkeit der Daten und ihre Aufbereitung im Sinne eines Datenverbundes gesichert werden?

Bonn, den 27. Mai 1993

**Dr. R. Werner Schuster**  
**Horst Schmidbauer (Nürnberg)**  
**Hans Gottfried Bernrath**  
**Lieselott Blunck (Uetersen)**  
**Dr. Ulrich Böhme (Unna)**  
**Hans Büttner (Ingolstadt)**  
**Karl Hermann Haack (Extertal)**  
**Klaus Kirschner**  
**Dr. Hans-Hinrich Knaape**  
**Dr. Klaus Kübler**

**Dr. Helga Otto**  
**Horst Peter (Kassel)**  
**Dr. Martin Pfaff**  
**Gudrun Schaich-Walch**  
**Regina Schmidt-Zadel**  
**Antje-Marie Steen**  
**Dr. Peter Struck**  
**Margitta Terborg**  
**Uta Titze-Stecher**  
**Hans-Ulrich Klose und Fraktion**

