



30 JAHRE DEUTSCHE KREBSHILFE

30 JAHRE
DEUTSCHE KREBSHILFE
VERANTWORTUNG
FÜR DAS LEBEN

www.krebshilfe.de

ISBN 3-00-014248-7



1974-2004



1974



30 JAHRE
DEUTSCHE KREBSHILFE
VERANTWORTUNG
FÜR DAS LEBEN



30 JAHRE DEUTSCHE KREBSHILFE

VERANTWORTUNG FÜR DAS LEBEN

Impressum

Herausgeber:
Deutsche Krebshilfe e.V.
Geschäftsführer:
Gerd Nettekoven, Bernd Schmitz

Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn
Telefon: 0228/72990-0
Fax: 0228/72990-11
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de

Spendenkonto 90 90 93
Sparkasse Bonn BLZ 380 500 00

Texte:
Susanne Rothe

Redaktion:
Dr. Eva M. Kalbheim, Christiana Tschoepe

Konzept und Realisierung:
Media Consulta Deutschland GmbH, Köln

Stand: September 2004

Druck:
Westermann Druck Zwickau GmbH,
D-08014 Zwickau

Bildnachweis:
premium: Titel
picture-alliance: Seite 24, 26 unten, 28,
35, 37, 38, 41, 49, 52, 54
Matthias Niehues /advantage media
service GmbH: Seite 30 unten
GlaxoSmithKline: 42, 43, 50
Alle anderen: Deutsche Krebshilfe

ISBN 3-00-014248-7

Inhalt

Grußwort des Bundespräsidenten	4	Verbundprojekte	46
Vorwort Prof. Dr. Dagmar Schipanski	5	Therapiestudien	49
Editorial	6	Wissenschaftliche Nachwuchsförderung	53
Historie Deutsche Krebshilfe	8	Psychosoziale Betreuung	54
Porträt Mildred Scheel	16	Krebs-Selbsthilfe	62
Organisationsstruktur	20	Palliativmedizin	66
Kinderonkologie	24	Information	70
Tumorzentren	32	Bilanz	76
Knochenmarktransplantation	35	Ausblick	78
Krebsforschung	38	Die Mitglieder der Vorstände	80



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

zum Jubiläum der Deutschen Krebshilfe gratuliere ich herzlich. Mit Stolz kann die Deutsche Krebshilfe auf 30 erfolgreiche Jahre Arbeit für schwerkranke Menschen zurückblicken. Als die unvergessene Mildred Scheel 1974 die Deutsche Krebshilfe initiierte, war Krebs ein gesellschaftliches Tabu-Thema. Die Forschung stagnierte, es gab wenig Fortschritte in der Therapie. Unermüdlich hat die Krebshilfe daran gearbeitet, aufzuklären, zu informieren und die medizinische Forschung und Versorgung voranzutreiben. Ihre Kampagnen und Programme verwirklicht die Deutsche Krebshilfe ausschließlich mit privaten Mitteln – sie ist damit eine echte „Bürgerbewegung gegen den Krebs“. Stetig steigende Zuwendungen illustrieren dies ebenso wie die Bereitschaft vieler, sich für die Krebshilfe zu engagieren. Das Lebenswerk von Mildred Scheel ist fest im öffentlichen Bewusstsein verankert. Auch international genießt die Arbeit der Krebshilfe und ihrer Tochterorganisationen einen guten Ruf.

Der Erfolg der Deutschen Krebshilfe macht Mut:

- den Krebskranken und ihren Familien, die erfahren, dass sie mit der Krankheit nicht allein gelassen werden;
- den Ärzten und Therapeuten, die mit der Deutschen Krebshilfe einen starken Partner für die Verbesserung der Behandlung an der Seite haben;
- den Forschern, die bei ihrer Suche nach den Ursachen und neuen Strategien zur Bekämpfung des Krebses unterstützt werden;
- der Politik, die auf den Rat, aber auch auf die Kritik der Krebshilfe setzen kann;
- jedem Einzelnen von uns, der weiß, dass Krebs zwar keine Schranken kennt, Vorbeugung ihn aber eindämmen kann;
- der ganzen Gesellschaft, der die Krebshilfe ein Beispiel für solidarisches Miteinander gibt.

Auch nach drei Jahrzehnten erfolgreicher Arbeit gibt es für die Deutsche Krebshilfe viel zu tun: Immer noch ist die Krankheit nicht besiegt, immer noch verlieren zu viele Menschen den Kampf gegen den Krebs. Prävention und Aufklärung müssen weiter verbessert werden. Gerade angesichts der Herausforderung durch den Krebs sollte jeder und jede einzelne wissen, wie wichtig eigenes Handeln für das hohe Gut Gesundheit ist.

Wir brauchen die Deutsche Krebshilfe und die Krebshilfe braucht uns alle. Dem Motto des 30-jährigen Jubiläums folgend, wollen wir gemeinsam „Verantwortung für das Leben“ übernehmen.

Horst Köhler,
Bundespräsident

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

„Verantwortung für das Leben“ unter dieses Motto haben wir die Aktivitäten anlässlich des 30-jährigen Bestehens der Deutschen Krebshilfe gestellt. Bewusst stellen wir „das Leben“ und nicht „die Krankheit“ in den Vordergrund. Wir wollen gemeinsam mit Ihnen Verantwortung übernehmen für unsere Mitbürger, für die krebserkrankten Menschen und für unsere eigene Gesundheit.

„Der eine wartet, dass die Zeit sich wandelt, der andere packt sie kräftig an und handelt.“

So sagte Dante Alighieri vor 700 Jahren – und dieser Aphorismus ist noch immer aktuell. Die Deutsche Krebshilfe packt kräftig an: Wir sind da, wenn krebserkrankte Menschen Hilfe, Rat oder finanzielle Unterstützung brauchen. Von unserer Geschäftsstelle in Bonn aus bringen wir unsere Botschaften ins ganze Land. Wir rufen die Bürger auf, ihre Gesundheit als Geschenk anzusehen und gut auf sich aufzupassen. Wir sagen den Menschen auch: Habt keine Angst vor der Krankheit Krebs. Wir lassen niemanden allein! Wir helfen den betroffenen Familien und zeigen ihnen, wo sie sich Unterstützung für den durch die Krankheit veränderten Alltag holen können. Und wir sorgen dafür, dass Krebs-Patienten ein lebenswertes Leben führen können.

Die Deutsche Krebshilfe handelt auch dort, wo sich andere Akteure aus der Verantwortung ziehen. Wir unterstützen die Krebsforschung und investieren die uns zur Verfügung gestellten Spendengelder in die Optimierung der Krebsbehandlung. Oftmals reichen unsere Projektförderungen in den Bereich der Krankenversorgung hinein – eine Aufgabe, die den Kostenträgern des Gesundheitswesens übertragen ist. An solchen Schnittstellen nehmen wir die Gesundheitspolitik in die Pflicht und drängen darauf, dass auch bei knappen öffentlichen Kassen Lösungen gefunden werden. Wir setzen Akzente in der fachübergreifenden Forschung und holen Meinungsbildner aus allen Bereichen an den Tisch, um für komplizierte Probleme in der Onkologie Lösungen zu finden.

Die Deutsche Krebshilfe ist Sprachrohr für alle, deren Stimme kein Gehör findet. Krebs ist eine Krankheit, die vor nichts Halt macht: Sie überschreitet alle gesellschaftlichen Grenzen, sie trifft Alt und Jung – ohne Ansehen der Person. Darum informieren wir auf breiter Front: Wir beginnen bei den Kindern und ihren Eltern, wir beziehen Erzieherinnen und Lehrer ein, wir sprechen Jugendliche an, wir stellen Aufklärungsmaterialien für Betroffene bereit, wir nutzen die neuen Medien und wir gehen immer wieder neue Wege, um all unsere Zielgruppen adäquat zu erreichen.

Gemäß unseres Mottos „Helfen. Forschen. Informieren.“ werden wir auch in Zukunft Verantwortung für das Leben übernehmen. Dafür brauchen wir die ungebrochene Unterstützung der Bevölkerung. Dankenswerterweise haben die großzügigen Spenden stetig zugenommen. Viele Erblasser möchten mit ihren Lebensersparnissen dazu beitragen, der Krankheit den Schrecken zu nehmen. Prominente setzen sich für die gute Sache ein und leben als Vorbilder ein gesundheitsbewusstes Leben. Gemeinsam mit unseren Spendern, den ehrenamtlichen Mitgliedern unserer Gremien, den Ärzten und Wissenschaftlern, den Politikern und Patientenvertretern wollen wir der Krankheit Krebs die Rätsel entreißen. Lassen Sie uns dieses Ziel mit vereinter Kraft verfolgen. Jeder von uns kann in seinem Wirkungskreis Verantwortung für das Leben übernehmen. Helfen Sie uns, anderen Menschen helfen zu können. Danke.



Prof. Dr. Dagmar Schipanski,
Präsidentin der Deutschen Krebshilfe



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

das Jahr 1974, das Gründungsjahr der Deutschen Krebshilfe, war turbulent: Bundeskanzler Willy Brandt trat aufgrund einer Spionage-Affäre zurück, US-Präsident Richard Nixon stolperte über den Watergate-Skandal, und die UdSSR bürgerten den Schriftsteller Alexander Solschenizyn aus. Die jungen Menschen der siebziger Jahre zogen sich in den Nachschwankungen der „Flower Power“-Bewegung zurück in einen Kokon aus Flokatis und Räucherstäbchen, und Deutschland konzentrierte sich auf den eigenen Wohlstand.

Das Thema Krebs hatte in dieser Zeit keinen Raum. Es war angstbesetzt und passte nicht in unsere Gesellschaft. Doch Mildred Scheel schrieb sich das Wort Krebs auf ihre Fahnen. Sie konfrontierte die Menschen mit Krankheit und Leid, sie zeigte ihnen den Handlungsbedarf und forderte sie auf, Verantwortung zu übernehmen. Die Gründung der Deutschen Krebshilfe am 25. September 1974 war ein mutiger Schritt, aber schon 1975 zeigte sich, dass die Zeit dafür reif gewesen war: Eine große Spendenaktion in Zusammenarbeit mit einer Fernsehzeitschrift brachte 600.000 Euro zu Gunsten krebskranker Kinder. Die Deutschen öffneten sich dem Thema Krebs.

Mildred Scheel ging den Missstand an, dass die Ärzte nicht koordiniert auf das Krebs-Problem reagierten. „Die interdisziplinäre Zusammenarbeit – die Voraussetzung für eine moderne Krebstherapie – war unbeliebt. Trotz vielfältiger Kritik waren kaum Fortschritte zu verzeichnen“, schreibt der Wissen-

schaftsjournalist Dr. Rainer Flöhl in seinem Nachruf auf Mildred Scheel. Unerschrocken suchte Frau Scheel die Diskussion mit ihren Arzt-Kollegen und unterstützte die Gründung von Tumorzentren, in denen die Ärzte zum Patienten kommen und nicht umgekehrt.

Ein wichtiger Schritt war auch die Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen. Mildred Scheel hatte erkannt, dass Krebs-Patienten sich selbst helfen können und wollen. Die Deutsche Krebshilfe übernahm bald die Schirmherrschaft über die Frauenselbsthilfe nach Krebs, den nach wie vor größten Krebs-Selbsthilfeverband. Rasch entwickelten sich die Selbsthilfegruppen von losen Zusammenkünften hin zu einem festen Bestandteil der psychosozialen Krankenbetreuung.

Schließlich wandte sich die Deutsche Krebshilfe immer wieder an die Öffentlichkeit mit Hinweisen zur Krebs-Vorbeugung und Krebs-Früherkennung. Mit kostenlosen Informationsmaterialien, Aufklärungskampagnen und der Einbindung von prominenten Persönlichkeiten haben wir es geschafft, den Menschen die Verantwortung für die eigene Gesundheit näher zu bringen.

Was haben wir in dreißig Jahren erreicht? Das Thema Krebs ist gesellschaftstauglich geworden. In den Köpfen der Menschen ist „Krebs“ nicht mehr gleich „Tod“ – gleichwohl steht im Herzen eines Betroffenen, der erstmals mit der Diagnose Krebs konfrontiert wird, zunächst die Angst vor Leiden und Sterben im Vordergrund. Doch er findet Anlaufstellen für seine Ängste und er findet Menschen, die ihm helfen, mit der Krankheit leben zu lernen.

Die Krebs-Medizin ist interdisziplinär geworden. Keine Fachdisziplin hat mehr den Alleinanspruch auf die Behandlung eines Tumors, sondern die Ärzte sind bereit, sich untereinander auszutauschen und einen Patienten gemeinsam zu behandeln. Die deutsche Krebsforschung hat ein international anerkannt hohes Niveau erreicht. Von unserem Land gehen Impulse aus, die weltweit Beachtung finden. Dazu hat die Forschungsförderung durch die Deutsche Krebshilfe erheblich beigetragen. Junge deutsche Wissenschaftler sind im Ausland gern gesehen und

kommen – nicht zuletzt dank der Nachwuchsförderung der Deutschen Krebshilfe – mit frischem Schwung zurück in die Heimat.

Die deutsche Gesundheitspolitik kommt an der Deutschen Krebshilfe nicht mehr vorbei. Wir legen unseren Finger in die Wunden, wenn die Tabakkontrollpolitik in Deutschland einmal mehr hinter wirtschaftliche Interessen rückt. Wir stellen die Bedürfnisse krebskranker Menschen in den Vordergrund, wenn die Schwächsten getroffen werden sollen. Wir regen Korrekturen an, wenn europäische Richtlinien, die in deutsches Recht umgesetzt werden müssen, an den Realitäten in unserem Lande vorbei gehen.

Doch wir sind noch längst nicht am Ziel angekommen. Aufgrund der Entwicklung der Alterspyramide in Deutschland nimmt die Zahl krebskranker Menschen stetig zu. Krebs ist noch immer die Todesursache Nummer Zwei. Noch immer raucht ein Drittel der deutschen Bevölkerung, und noch immer gehen viel zu wenig Menschen zu den Krebs-Früherkennungsuntersuchungen. Noch immer sterben Menschen viel zu früh – jedes krebskranke Kind, das den Kampf gegen die Erkrankung verliert, ist ein schmerzhafter Verlust, und jeder Mann, jede Frau, die durch Krebs aus dem Leben heraus gerissen werden, sind Niederlagen der Krebs-Medizin. Noch immer haben sich die Konzepte der Palliativmedizin nicht so weit durchgesetzt, als dass jedem unheilbar Krebskranken ein würdiger Tod vergönnt wäre.

Wo wollen wir hin? Zukunftsprognosen sind immer schwierig – ich erinnere an die Perspektive der Menschen in den siebziger Jahren, wenn es um das Jahr 2000 ging: „Wir machen Urlaub auf dem Mond; es gibt keine Kriege mehr; Haus-Roboter nehmen uns jede unangenehme Arbeit ab.“ Wir schauen nüchterner auf die nächsten Jahre und Jahrzehnte, doch wir stecken uns Ziele: Wir wollen die noch vorhandenen Strukturprobleme der Krebs-Medizin in unserem Land lösen. Jeder Krebs-Patient soll dort behandelt werden, wo Ärzte die entsprechende Erfahrung mit seiner Krankheit haben. Jeder Krebs-Patient soll die psychosoziale Unterstützung bekommen, die er braucht. Jeder Krebs-Patient soll sich aktiv in die

Therapieplanung einbringen können. Jeder Krebs-Patient soll umfassend und vorbehaltlos informiert werden und Antwort auf seine Fragen bekommen. Wir werden in Zukunft noch mehr als bisher als Anwalt der Krebs-Patienten auftreten. Es scheint uns auch der Zeitpunkt gekommen, uns verstärkt auf allen Ebenen der Medizin und der Gesundheitspolitik dafür einzusetzen, dass krebskranke Menschen in Deutschland optimal versorgt werden.

Wir wollen aber auch dafür sorgen, dass die Krebsforschung ihren hohen Stellenwert behält. Wir stärken den Wissenschaftlern den Rücken, wenn es darum geht, sinnvolle Methoden aus dem Stadium der Forschung in die Krankenversorgung zu überführen. Wir nehmen die Wissenschaftler aber auch in die Verantwortung, sich früh genug darum zu kümmern, dass die Kostenträger Informationen über neue Entwicklungen erhalten.

Und wir wollen erreichen, dass ein gesunder, eigenverantwortlicher Lebensstil zur Regel wird. Wir klären Eltern darüber auf, wie sie ihren Kindern Vorbild sein können. Wir unterstützen den Jugendschutz und die Tabakkontrollpolitik und wir bringen den Menschen die Krebs-Früherkennung näher.

Um all diese Ziele erreichen und uns stets wieder neue Ziele setzen zu können, brauchen wir Ihre Unterstützung. Liebe Spenderinnen und Spender, Ihre Spenden, Ihre Aktionserlöse, Ihre Vermächtnisse sind die Basis unserer Arbeit. Sehr geehrte Mitglieder unser Gremien und externe Gutachter, Ihr ehrenamtliches Engagement, Ihre sachliche und fachliche Unterstützung sind Garant dafür, dass wir bedarfsgerecht fördern und unsere Arbeit verrichten können. Meine Damen und Herren, liebe Leserinnen und Leser, liebe Spenderinnen und Spender, lassen Sie uns die Verantwortung für das Leben gemeinsam tragen.

Friedrich Carl Janssen,
Vorsitzender des Vorstandes
der Deutschen Krebshilfe



25. September 1974:
Mildred Scheel und
ihre Mitstreiter gründen
die Deutsche Krebshilfe
in Bonn.

„Krebskranke Menschen
brauchen Hilfe und
Hoffnung“, so der
Kerngedanke.

Deutsche Krebshilfe

Historie

Krebs soll kein Tabu mehr sein.



Mildred Scheel spricht über Krebs – im Fernsehen, bei Empfängen, auf der politischen Bühne. Krebs wird zum Thema.

Mitte der siebziger Jahre in Deutschland: Die Behandlung Krebskranker ist alles andere als vorbildlich. Auf dem Gebiet der Krebsbekämpfung liegt die Bundesrepublik weit hinter anderen Ländern zurück. Mit Messer und Strahlen versucht man, die Krankheit zu bekämpfen. Doch die Heilungschancen stagnieren, niemand fühlt sich für eine Verbesserung der Versorgung krebskranker Menschen wirklich zuständig.

Um diesen Missstand zu beheben, gründet sich am 25. September 1974 der gemeinnützige Verein „Deutsche Krebshilfe“. Damit wird die Vision einer willensstarken Frau Wirklichkeit: Dr. Mildred Scheel, Gattin des Bundespräsidenten Walter Scheel, will als Medizinerin schon lange etwas gegen die Krebskrankheiten tun. Als Röntgenologin hat sie das Leiden der Menschen hautnah miterlebt. Der Wunsch, den Betroffenen zu helfen, hat sie immer begleitet.

Nachdem ihr Mann zum Bundespräsidenten gewählt wurde, hat Mildred Scheel die Chance, ihre Vision zu realisieren. Wie ihre Vorgängerinnen ist sie als „First Lady“ auf der Suche nach einer gemeinnützigen Aufgabe, die sie neben ihren anderen Pflichten als Präsidentengattin ehrenamtlich ausüben will.

Dr. Mildred Scheel nutzt jede Gelegenheit, um Unterstützung für die Deutsche Krebshilfe zu bekommen.



Friedrich-Ludwig Müller, enger Berater Walter Scheels, erinnert sich an die Monate intensiver Planung: „Zunächst hat Hildegard Hamm-Brücher, damalige Staatsministerin im Auswärtigen Amt, den Vorschlag gemacht, Mildred Scheel solle sich im Vorstand von „Terre des Hommes“, dem entwicklungspolitischen Kinderhilfswerk, engagieren.“ Ein naheliegender Plan, da Mildred und Walter Scheel während einer Bolivienreise ein indianisches Waisenkind, ihren Sohn Simon Martin, adoptiert hatten. Noch naheliegender aber ist die Idee, sich für die Krebsbekämpfung einzusetzen. „Mildred Scheel war begeistert“, sagt Friedrich-Ludwig Müller. Denn dies entspricht genau ihrem Lebensziel. Sie führt zunächst Gespräche mit der Deutschen Krebsgesellschaft. Doch Mildred Scheel will unbedingt etwas Eigenes aufbauen.

Eine neue Organisation, die Deutsche Krebshilfe, ist die Lösung. Mildred Scheel kann es nicht schnell genug gehen. Sie lässt eine Satzung verfassen; sieben engagierte Persönlichkeiten zur Vereinsgründung finden sich rasch. Am 25. September 1974 ist es so weit: Die Gründungsversammlung findet im Haus des Bundespräsidenten, Adenauerallee 135 in Bonn statt. Dabei sind: Dr. Mildred Scheel, Dr. Helmut Geiger, Präsident des Deutschen Sparkassen- und Giroverbandes, Detlef Kühn, Präsident des Gesamtdeutschen Instituts, Bechthold Freiherr von Massenbach, Dresdner Bank, Friedrich-Ludwig Müller, Journalist, Professor Dr. Hermann Schardt, Folkwang-Hochschule Essen, Heinz Schmidt, Daimler-Benz AG, und Martin Virchow, Journalist. Die Deutsche Krebshilfe wird aus der Taufe gehoben.

„Dieser Tag war der Start einer Erfolgsgeschichte, die einmalig ist“, sagt Walter Scheel rund 30 Jahre später. Das Protokoll der Gründungsversammlung hält die Ziele und Aufgaben der Deutschen Krebshilfe fest: Zweck des Vereins ist es, Spenden zu sammeln und sie zur Krebsbekämpfung einzusetzen. Das Thema Krebs soll aus der Tabu-Zone geholt, die Öffentlichkeit alarmiert werden. Früherkennung und Vorsorge sollen die erste Phase der Aktivitäten bestimmen. „Ziel unserer Bemühungen in diesem Bereich muss es sein, die Chancengleichheit

für alle bei der Krebs-Früherkennung sicherzustellen. Für den Patienten, ganz gleich wo er lebt und aus welcher sozialen Schicht er kommt, müssen alle technischen und medizinischen Möglichkeiten voll verfügbar sein“, heißt es schwarz auf weiß. Als Vorbild dienen die USA, die Deutschland auf dem Gebiet der Krebsbekämpfung weit voraus sind.

Der Verein ist gegründet, das Ziel gesteckt, aber die Kasse ist noch leer. „Am Anfang war alles sehr turbulent. Doch Frau Scheel war eine dynamische Person, die die Leute gezielt angesprochen und Geld akquiriert hat“, erzählt Dr. Helmut Geiger. Zeitungen, Plattenfirmen, Politiker, Schauspieler, Sänger bittet Mildred Scheel um Unterstützung. Die Deutsche Krebshilfe muss sich aus dem Nichts heraus in der Öffentlichkeit platzieren. Mildred Scheel ist unkonventionell und hartnäckig. Unermüdlich rührt sie auf offiziellen Empfängen, bei Gala-Shows, Bällen und auf Staatsbesuchen die Werbetrommel. Kein Staatsgast, kein Prominenter kommt mehr an der „Deutschen Krebshilfe“ vorbei. Bei jeder sich bietenden Gelegenheit bittet sie um Spenden.

„Mildred war eine brutale Spendensammlerin“, sagt Walter Scheel rund 30 Jahre später.

Der Erfolg stellt sich schnell ein – schneller als Mildred Scheel selbst geglaubt hat. Bis zum 31. Dezember 1975 hat die Deutsche Krebshilfe rund fünf Millionen Euro an Spenden gesammelt. Damit finanziert sie bundesweite Plakat-Aktionen zur Krebsfrüherkennung und stattet Kliniken mit medizinischen Geräten zur Krebsdiagnostik und Therapie aus. Die Fachleute entwickeln Broschüren, die den Krebskranken als Wegweiser durch die Nachsorge dienen sollen. Es gibt Vorbereitungen, um Rehabilitationsmodelle aufzubauen. Und um Krebs-Patienten zu helfen, die trotz sozialer Sicherungen durch ihre Erkrankung in eine finanzielle Notsituation geraten sind, schafft die Deutsche Krebshilfe einen Härtefonds.

Bei allen Fördermaßnahmen achtet die Deutsche Krebshilfe darauf, dass kompetente Fachleute die Anträge zuvor prüfen. Unterstützung wird vor allem dort gewährt, wo es keine staatlichen

Möglichkeiten der Finanzierung gibt. Ein Grundsatz, der noch heute gilt. Parallel zu den ersten Förderaktivitäten bereitet die Deutsche Krebshilfe die Gründung der Deutschen Stiftung für Krebsforschung vor, um die Forschungsförderung langfristig zu sichern. Diese Stiftung nimmt am 16. Februar 1976 mit einem Startkapital von einer Million Euro ihre Arbeit auf. 1985 wird sie in Dr. Mildred Scheel Stiftung für Krebsforschung umbenannt. Die Stiftung leistet heute einen erheblichen Beitrag bei der Finanzierung kliniknaher wissenschaftlicher Projekte.

Bald nach der Gründung der Deutschen Krebshilfe zeichnet sich ab, dass es viele Menschen gibt, die auch nach außen ihre Verbundenheit mit der Organisation zeigen möchten. Die Deutsche Krebshilfe gründet deshalb einen Förderverein, den Mildred Scheel Kreis. Bereits Ende 1975 zählt der Kreis 3.250 Mitglieder. Zwei Jahre später, am 7. November 1977, erhält der Mildred Scheel Kreis den Status eines eingetragenen Vereins. Ihm gehören zu diesem Zeitpunkt bereits mehr als 50.000 Menschen an.

Die ersten Fördermaßnahmen sind exemplarisch für die drei Arbeitsfelder der Deutschen Krebshilfe: Helfen. Forschen. Informieren. Die Deutsche Krebshilfe entwickelt sich innerhalb kurzer Zeit

Zahlreiche Experten unterstützen das „Unternehmen Krebshilfe“.



zu einer der größten Bürgerinitiativen Deutschlands. „Jeder, der mir hilft, ist für mich wichtig, denn wir leben von den vielen kleinen und großen Spenden der Bürger. Letzten Endes kommt die Aktion ja auch jedermann zugute, denn die Geräte, die wir anschaffen werden, sind für alle erreichbar“, sagt Mildred Scheel 1975 in einem Gespräch mit dem Handelsblatt.

Im Mittelpunkt aller Förderprojekte steht immer der Mensch. Eine Humanisierung der Krebstherapie ist Mildred Scheel stets ein Anliegen. „Denn die Seele des Patienten braucht genauso viel Hilfe wie sein Körper“, betont die Ärztin. So halten Themen Einzug in die deutsche Krebs-Medizin, die ohne die Initiative der Deutschen Krebshilfe gänzlich vernachlässigt worden wären. Dazu gehören unter anderem die Krebs-Selbsthilfe, die Psycho-Onkologie und die Palliativmedizin. Mildred Scheel ist immer wieder die treibende Kraft, die in der Deutschen Krebshilfe neue Impulse setzt. Dabei stehen ihr kompetente Fachleute zur Seite, die Anträge und Projektskizzen kritisch prüfen. Der Medizinische Beirat gründet sich 1976. Er ist insbesondere für medizinisch-klinische Maßnahmen zuständig. Ein weiteres Gremium, der Wissenschaftliche Beirat, wird 1980 ins Leben gerufen und befasst sich mit der Forschungsförderung durch die Dr. Mildred Scheel Stiftung für Krebsforschung. Gutachten externer Fachleute ergänzen die Entscheidungen der beiden Beiräte. Die Arbeit dieser Gremien hat im Laufe der Jahre stetig zugenommen und verdeutlicht, welche Entwicklung die Deutsche Krebshilfe in den vergangenen 30 Jahren vollzogen hat: Stehen für Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung krebskranker Menschen sowie für die Forschungsförderung Anfang der achtziger Jahre zehn Millionen Euro zur Verfügung, sind es im Jahr 2003 über 50 Millionen Euro.

Das Förderspektrum der Deutschen Krebshilfe ist breit gefächert. Schwerpunkte sind von Beginn an der modellhafte Aufbau von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkt-Krankenhäusern sowie die Unterstützung der Kinderkrebs-Medizin. Auf dem Gebiet der Krebsforschung ist die Deutsche Krebshilfe heute die bedeutendste private Förder-



Dr. Helmut Geiger im Nachruf auf Mildred Scheel: „Ihr Lebenswerk geht weiter!“

organisation in Deutschland. Der Weg dahin ist nicht immer frei von Konflikten und in den Anfangsjahren gibt es auch Kritik: „Ist die Krebshilfe auf dem falschen Weg?“, heißt es im August 1976 in der Zeitung „Die Welt“. Der Dr. Mildred Scheel Stiftung wird vorgeworfen, ein „Selbstbedienungsladen für Klinikchefs“ zu sein. Ein Jahr später werden interne Probleme öffentlich: Mehrere Mitglieder der beratenden Gremien fühlen sich bei einem internationalen Expertengespräch übergangen. Es gibt Kritik an der Vergabe von Fördergeldern, die Auswahlkriterien für Modellprojekte und Förderstandorte werden in Frage gestellt.

Doch die Wogen glätten sich wieder. Die Kritik ist unbegründet, die Beiräte stehen als Garanten für die Qualität der Arbeit und das Ansehen der Deutschen Krebshilfe nimmt keinen Schaden.

Unerschrocken und beharrlich hält Mildred Scheel an ihrer Vision fest. Sie kämpft weiter für ihr Lebenswerk. In zahlreichen öffentlichen Aufrufen appelliert die Präsidentengattin an die Bürger, Verantwortung zu übernehmen im Kampf gegen den Krebs. „Der Krebs und seine Bekämpfung sind nicht nur eine Herausforderung an Wissenschaftler, Ärzte, medizinisches Fachpersonal und – nicht zuletzt – an den Staat. Der Krebs, als die letzte große Seuche der Menschheit, ist auch eine Herausforderung an uns alle“, sagt sie 1977 in der Wochenzeitung „Die Zeit“. Die Bevölkerung schenkt ihr Gehör und Vertrauen. Die Zuwendungen – Einzelspenden, Mitgliedsbeiträge des Mildred Scheel Kreises, Erlöse aus Veranstaltungen, Erbschaften und Vermächtnisse, Trauerfallspenden und Bußgelder – steigen kontinuierlich an. Zehn Jahre nach ihrer Gründung verfügt die gemeinnützige Organisation über eine Jahreseinnahme von rund 15 Millionen Euro. Der Verein ist jetzt fester Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens.

1985 – ein trauriges Jahr für die Deutsche Krebshilfe. Am 13. Mai stirbt Mildred Scheel an Darmkrebs. Aus Angst ihr Lebenswerk zu gefährden, hat sie der Öffentlichkeit ihre Krankheit bis zum Schluss verheimlicht. Sie will niemanden entmutigen. „Nach dem Tod Mildred Scheels hatten wir eine schwierige Zeit. Doch die Marschroute damals hieß: Wenn selbst die Gründerin der Deutschen Krebshilfe an Krebs stirbt, ist es um so wichtiger, dass wir weiter machen“, erinnert sich Friedrich Carl Janssen, seit Mai 2004 Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krebshilfe. Im Jahresbericht 1984 der Organisation heißt es: „Wie der kompromisslose Einsatz von Frau Dr. Scheel im Dienst krebskranker Mitmenschen zeigt, ist der Weg, der zur Beherrschung der Krankheit führt, äußerst schwierig. Die Heilerfolge, wie sie bei zahlreichen Krebserkrankungen erreicht werden, sind Ansporn für die Deutsche Krebshilfe, den Kampf im Sinne ihrer verstorbenen Präsidentin mit Engagement und Zuversicht fortzuführen.“

Mildred Scheel stirbt an Krebs. „Da war es uns umso wichtiger, dass wir entschlossen weiter machen“, sagt Friedrich Carl Janssen.

Eine Revolution: Mildred Scheel holt Ärzte und Patienten an einen Tisch.



Nur gemeinsam können sie die Krankheit bekämpfen.



Mildred Scheel und Friedrich Carl Janssen
bei einer Pressekonferenz.

Viele Aktivitäten konzentrierten sich auf die Person Mildred Scheel. Eine Deutsche Krebshilfe ohne ihre Gründerin ist schwer vorstellbar. Doch die Organisation besteht die schwere Belastungsprobe. Dr. Helmut Geiger wird Nachfolger Mildred Scheels. Aus einer zunächst angedachten Interimslösung werden 15 Jahre. Die Bürger halten der Deutschen Krebshilfe die Treue. 1985 liegt das Spendenaufkommen bei 17 Millionen Euro, 1986 ist es bereits auf knapp 30 Millionen Euro angestiegen. Dank dieser anhaltenden Spendenbereitschaft kann die Deutsche Krebshilfe in den folgenden Jahren ihre Projektarbeit auf allen Gebieten der Onkologie weiter verstärken.

Im Jahr 2000 zieht Dr. Geiger sich aus der Arbeit in der Deutschen Krebshilfe zurück. Er hatte die Ämter als Präsident und Vorstandsvorsitzender in seiner Person vereinigt. Nach seinem Ausscheiden werden diese Ämter wieder getrennt: Zum Vorstandsvorsitzenden wählt die Deutsche Krebshilfe den langjährigen Mitstreiter Geigers, Dr. Hans-Joachim Möhle. Er hat das Amt von 2000 bis 2004 inne und übergibt es dann an Friedrich Carl Janssen. Als Präsidentin wird im Jahr 2000 Frau Professor Dr. Dagmar Schipanski berufen. So steht nach 15 Jahren wieder eine Frau an der Spitze der Deutschen Krebshilfe.

An den drei Säulen „Helfen. Forschen. Informieren.“ hält die Deutsche Krebshilfe fest. Auch das Prinzip der unbürokratischen und schnellen Hilfe bleibt bestehen. Die von Jahr zu Jahr steigenden Einnahmen ermöglichen es, viele, auch finanziell anspruchsvolle Projekte anzugehen, eigene Forschungsakzente zu setzen, Stiftungsprofessuren auszuschreiben und beim Auf- und Ausbau von Kliniken zu helfen. Nach der Wiedervereinigung weitet die Deutsche Krebshilfe umgehend ihr Engagement auf die neuen Bundesländer aus – ganz im Sinne Mildred Scheels, die allen Bürgern gleichermaßen eine bestmögliche medizinische Versorgung bieten wollte.

Die Deutsche Krebshilfe hat in den Jahren nach Mildred Scheels Tod vieles erreicht: 1992 gründet sie die Dr. Mildred Scheel Akademie für Forschung und Bildung. Sie bietet Fortbildungsmaßnahmen für Menschen an, die in ganz unterschiedlicher Weise mit der Krankheit Krebs konfrontiert sind. Die großen Erfolge bei der Bekämpfung der Krebserkrankungen im Kindesalter sind ebenfalls dem Engagement der Deutschen Krebshilfe zu verdanken. Das langjährige Förderprogramm wird seit 1996 in der Stiftung Deutsche Kinderkrebshilfe gebündelt. Außerdem bringt die Deutsche Krebshilfe weitere Krebs-Selbsthilfverbände auf den Weg und trägt erheblich dazu bei, dass heute offen mit der Krankheit Krebs umgegangen wird – eines der Hauptziele ihrer Gründerin.

Die Deutsche Krebshilfe ist auch auf einem weiteren Feld aktiv: der interdisziplinären Vernetzung internationaler Forschungsergebnisse. Um den weltweiten Erfahrungsaustausch zwischen den Wissenschaftlern zu verbessern, organisiert sie regelmäßig internationale Expertentreffen und initiiert das Mildred Scheel Stipendienprogramm. Als Weiterführung internationaler Expertentreffen, die sie seit 1977 organisiert, findet im September 2002 auf dem Bonner Petersberg die erste „Mildred Scheel Cancer Conference“ statt: 140 Wissenschaftler aus aller Welt kommen zu dieser Tagung. Erstmals öffnet die Deutsche Krebshilfe eine solche Veranstaltung nicht nur für die Leiter von Kliniken und Forschungszentren, sondern sie lädt auch junge Wissenschaftler ein, um ihnen Gespräche mit international führenden For-

schern zu ermöglichen. Darüber hinaus ruft sie das Max-Eder-Nachwuchsgruppenprogramm ins Leben. Die Deutsche Krebshilfe setzt sich somit intensiv auch für die wissenschaftliche Nachwuchsförderung ein.

Bis heute hat die Deutsche Krebshilfe insgesamt 2.200 Projekte gefördert und vor allem in den letzten Jahren verstärkt eigene Forschungsvorhaben initiiert. Parallel dazu macht sich die Organisation auch politisch für Krebskranke stark. Sie fungiert als Sprachrohr und Anwalt der Krebs-Patienten. Sie setzt sich für die Qualitätssicherung in der Versorgungskette ein und fordert, dass die Patienten in die Abläufe des Medizinbetriebes eingebunden werden. Mehr denn je arbeitet die Deutsche Krebshilfe heute daran, dass die Chancen der Krebs-Früherkennung genutzt werden. Als Mitglied im Steuerungsgremium des AKTIONSBÜNDNIS NICHTRAUCHEN fordert die Bürgerinitiative ein umfassendes Konzept zur Tabakkontrolle, das von der Politik mitgetragen wird.

Sowohl die stetig steigenden Spendeneinnahmen als auch ihre wachsenden Aufgaben führen dazu, dass die Deutsche Krebshilfe zum 1. Januar 2004 ihre Gremien neu strukturiert. Ihre beiden bisherigen Beiräte ersetzt sie durch zunächst sechs Fachausschüsse, die von dem übergeordneten Beirat „Krebshilfe-Organisationen“ koordiniert werden. So sichert die Organisation ihre Zukunftsfähigkeit und bleibt auch bei steigendem Arbeitsvolumen handlungsfähig.

Und das Arbeitsvolumen wird weiter zunehmen, denn: Jährlich erkranken in Deutschland fast 400.000 Menschen neu an Krebs – Tendenz steigend. Zwar wurden auf fast allen Gebieten der Krebsbekämpfung in den vergangenen 30 Jahren Verbesserungen erzielt. Doch es sind Defizite in den Strukturen des Gesundheitswesens und in der interdisziplinären Arbeit der Ärzte vorhanden. Die Heilungschancen müssen weiter verbessert werden. Dies ist Ansporn für die Deutsche Krebshilfe gemäß ihres Mottos „Helfen. Forschen. Informieren.“ ihre Arbeit fortzuführen – stets mit dem Menschen im Mittelpunkt.

**Mehr Aufgaben,
steigende Spenden:
Die Deutsche Krebshilfe
sieht sich auch in Zukunft
in der Verantwortung.**



Mildred Scheel

Immer ein offenes Ohr für die Nöte der Patienten – Mildred Scheel macht Mut.

Sie war dominant, ungeduldig, lebenslustig, spontan und hartnäckig – eine Frau, die es anderen nicht leicht machte, sich selbst aber auch nicht. Mildred Scheel wird am 31. Dezember 1932 als Mildred Anna Maria Therese Wirtz in Köln geboren. Sie ist das dritte Kind des Röntgenologen Hans-Hubert Wirtz und seiner Frau Elsi, einer deutschstämmigen New Yorkerin. Mildred Wirtz verlebt in Köln bis in den Krieg hinein eine erfüllte Kindheit. Sie lernt Pflichtbewusstsein kennen: Streng wacht der Vater stets darüber, dass seine Kinder ihre Aufgaben mit Sorgfalt erfüllen. Es gibt feste Regeln, nach denen das Leben im Hause Wirtz abläuft – aber es gibt auch Freiheiten. Dazu gehören regelmäßige Besuche in der Praxis ihres Vaters: der erste Kontakt mit der Medizin, die ihr ganzes späteres Leben nachhaltig prägt. „Noch heute sehe ich diese Ausflüge in ein für mich völlig unbekanntes Reich lebhaft vor mir. Ich fühlte mich zutiefst von dieser Atmosphäre angezogen, von der so unterschiedliche Eindrücke wie menschliche Hoffnung und ärztliche Nüchternheit ausgingen, die mir aber dennoch in unvergesslicher Weise vor Augen führten, was es bedeutete, Kranken zu helfen“, beschreibt sie selbst diese Erlebnisse.

ein Porträt

Die Bombenangriffe auf Köln beenden die ruhigen Kindertage. Die Praxis des Vaters wird mehrfach zerstört. Er entschließt sich, mit seiner Frau und den Kindern zu seiner Schwester nach Amberg zu ziehen. Der Familie rettet dies vermutlich das Leben, denn am 2. März 1945 wird das Wohnhaus in Köln-Marienburg komplett zerstört. Für Mildred Wirtz beginnt ein neuer Lebensabschnitt. In Amberg besucht sie das Mädchengymnasium. Mit 14 Jahren sammelt sie ihre ersten eigenen medizinischen Erfahrungen. Sie meldet sich zur Krankenpflege verletzter Flüchtlinge und erlebt hautnah, was menschliches Leid bedeutet. Vormittags geht sie zur Schule und nachmittags hilft sie Kranken.

Nach dem Abitur zieht Mildred zu Hause aus und geht nach München, um zu studieren. Sie

„Es ging etwas Kühnes von Mildred Scheel aus“ – Professor Dr. Peter Schneider, Vorsitzender des ersten Kuratoriums der Deutschen Krebshilfe.



wählt das Fach, auf das sie in ihrem Elternhaus von klein auf vorbereitet worden ist: Medizin.

Das Studium absolviert sie mit Bravour und findet in München nach ihrem Examen eine Anstellung als Medizinalassistentin. Sie wird Röntgenologin mit der Absicht, die Praxis des Vaters zu übernehmen. Dieses Ziel wird sie nicht erreichen – 1962 stirbt ihr Vater überraschend an einem Herzinfarkt und die Praxis wird verkauft. 1963 folgt ein weiterer neuer Abschnitt in Mildred Wirtz' Leben: Ihre Tochter Cornelia wird am 28. März geboren. Die junge Ärztin muss jetzt die Rolle als Mutter mit ihrem Beruf vereinbaren. Sie plant, eine eigene Praxis zu eröffnen. Daher arbeitet sie in verschiedenen Krankenhäusern und Praxen, um möglichst viele Erfahrungen zu sammeln.

1967 lernt Mildred Wirtz im Sanatorium von Bad Wiessee Walter Scheel kennen. Scheel war damals noch Bundestagsmitglied der FDP und hatte sich einer Nierenoperation unterzogen, von der er sich nur schwer erholte. Einen Monat nach Scheels Sanatoriumsaufenthalt treffen er und Mildred Wirtz sich wieder. 1969 heiraten sie. „Sie waren gegensätzliche Typen, er bedächtig und abwägend, sie gefühlsbetont und impulsiv“, erzählt Annemarie Kerp, langjährige enge Mitarbeiterin von Mildred Scheel. Nach der Heirat leben Mildred und Walter Scheel in Bonn. Ihren Wunsch, eine eigene Praxis zu eröffnen, kann sie sich nun nicht mehr erfüllen, denn andere Aufgaben kommen auf sie zu.

Nach der Bundestagswahl 1969 wird Walter Scheel Außenminister und Vizekanzler der ersten sozial-liberalen Regierung Willy Brandts. 1970 kommt Tochter Andrea Gwendolyn zur Welt. Ein Jahr später adoptiert das Ehepaar Scheel während einer Bolivienreise das indianische Waisenkind Simon Martin. Das Leben von Mildred Scheel verändert sich. Die Ärztin wird zur Politikerfrau und nur wenige Jahre später auch zur „First Lady“ der Bundesrepublik Deutschland. Am 15. Mai 1974 wird Walter Scheel zum Bundespräsidenten gewählt, und das Ehepaar zieht mit Kindern und Hund in die Villa Hammerschmidt ein. Bereits vor der offiziellen Wahl Scheels in das Präsidentenamt gibt es Überlegungen, welche Pflichten

Mildred Scheel als Präsidentengattin übernehmen könnte. Der langjährige Berater Scheels, Friedrich-Ludwig Müller, erinnert sich, wie begeistert sie von der Idee war, eine Organisation für Krebskranke zu gründen. „Erzählen Sie das bloß keinem, damit uns das keiner wegnimmt“, äußert sie Müller gegenüber. Sie befürchtet, dass ihre Pläne zu früh bekannt werden.

Doch niemand durchkreuzt ihre Pläne und so gründet sie am 25. September 1974 die Deutsche Krebshilfe. Damit ist Mildred Scheel der Brückenschlag gelungen zwischen ihren Pflichten als Gattin des Bundespräsidenten und ihrer lebenslangen Vision, etwas für kranke Menschen zu tun. Als „First Lady“ und als Präsidentin der Deutschen Krebshilfe sorgt Mildred Scheel immer wieder für Schlagzeilen: Sie brüskiert Gastgeber, weil sie bei festlichen Anlässen keine weißen Handschuhe oder gelegentlich die falschen Schuhe trägt. Sie nutzt jede Gelegenheit, die das Amt ihres Mannes mit sich bringt, um Spendengelder für die Deutsche Krebshilfe zu sammeln. Ihr eigener Berufsstand wirft ihr vor, zu sehr die Werbetrommel zu rühren. Sie erträgt die Vorwürfe. Mildred Scheel war eine „brutale Spendensammlerin“, sagt ihr Mann Dr. Walter Scheel. Um Geld für Fördermaßnahmen, Aufklärungs-Kampagnen und Informationsbroschüren zu sammeln, überwindet sie sich und tritt in zahlreichen Fernsehveranstaltungen auf – für sie ein Kraftakt, denn: „Sie hat immer gesagt, holen Sie mich da raus, ich habe Lampenfieber und kriege kein Wort raus“, erinnert sich Friedrich-Ludwig Müller.

Mildred Scheel arbeitet unermüdlich für die Deutsche Krebshilfe. Als die Bürgerinitiative sich formierte, sprach man in der Bundesrepublik vom „nationalen Notstand in der Krebsbekämpfung“. In nur wenigen Jahren gelingt es Mildred Scheel, einen Wandel einzuleiten. Über Krebs können die Menschen auf einmal sprechen. Die Onkologie beginnt sich zu strukturieren. Völlig unbefangen und von ihrem Erfolg selbst überrascht, setzt Mildred Scheel eine enorme Entwicklung in Gang. Die Präsidentin der Deutschen Krebshilfe ist immer im Einsatz. Krebskranke können sie stets erreichen. „Abends ließ sie

sich das Telefon aus dem Büro an ihr Bett in ihrer Wohnung umstellen“, erzählt Annemarie Kerp. Am Morgen hätten dann Notizen über die nächtlichen Anrufe von Betroffenen auf dem Küchentisch gelegen – mit Anweisungen für die Mitarbeiter. „Es war enorm, wie sie das geschafft hat. Nie hat sie gesagt, ich kann nicht mehr“, erinnert sich Annemarie Kerp. Mildred Scheel verlangt sich und ihren Mitarbeitern viel ab. Die Uhrzeit spielt für sie keine Rolle. Wenn etwas erledigt werden muss, dann sofort. „Man durfte bei ihr nie sagen, das erledige ich morgen – auch wenn man wusste, dass es heute nicht mehr geht“, erzählt ihre engste Mitarbeiterin. Den Kontakt zu berühmten Persönlichkeiten – Staatsoberhäuptern, Monarchen oder Stars – benutzt Mildred Scheel, um Spenden für die Kranken zu sammeln. Kontakt zu Betroffenen sucht sie, um ihnen Trost zu spenden. Wenn es darum geht ein Ziel durchzusetzen, ist sie manchmal laut und energisch – zu den Krebs-Patienten ist sie jedoch stets warmherzig und aufmerksam.

1983 erfährt Mildred Scheel, dass sie selbst Darmkrebs hat – einen Tag vor dem Geburtstag ihres Mannes. Zwei Tage danach wird sie das erste Mal operiert. Außer ihrer Familie und den engsten Freunden erfährt niemand von ihrer Erkrankung. Mildred Scheels größte Sorge ist, dass die Deutsche Krebshilfe durch das Krebsleiden ihrer Präsidentin zurückgeworfen wird. Deshalb engagiert sie sich unermüdlich weiter. Solange es geht. Drei Tage, bevor sie wieder ins Krankenhaus muss, lädt sie Mitglieder einer Selbsthilfegruppe zum Tee ein. „Es kamen drei Männer, die ein ähnliches Krankheitsbild hatten wie Frau Scheel. Sie hat ihnen Mut und Zuversicht zugesprochen“, erzählt Annemarie Kerp. Aus dem Krankenhaus wird Mildred Scheel nicht mehr entlassen. Am 13. Mai 1985 stirbt sie an den Folgen ihrer Krebserkrankung. Aus dem Krankenhaus hat sie wenige Tage vor ihrem Tod noch einen letzten Aufruf zur Früherkennung gestartet: hartnäckig und konsequent im Einsatz für ihr Lebenswerk – bis zum Schluss.

Die Präsidentin der Deutschen Krebshilfe ist unermüdlich im Einsatz. Nachts stellt sie sich das Telefon ans Bett, niemand ruft vergeblich bei ihr an.



„Helfen. Forschen.
Informieren.“ –
die drei Säulen der
Deutschen Krebshilfe.

Die Deutsche Krebshilfe finanziert ihre Arbeit ausschließlich aus Spenden und freiwilligen Zuwendungen. Sie nimmt ganz bewusst keine öffentlichen Gelder in Anspruch. Das ermöglicht ihr, unabhängig und unbürokratisch auf akute Notsituationen flexibel und kurzfristig reagieren zu können. „Zu jeder Zeit war uns bewusst, dass wir damit ohne die zuverlässige Unterstützung jedes einzelnen Bürgers nicht handlungsfähig sind“, sagt Dr. Helmut Geiger, langjähriger Präsident und Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krebshilfe. „Die Rechnung ging auf: Viele Menschen haben das Anliegen Krebskranker zu ihrem eigenen gemacht, der Deutschen Krebshilfe eine Spende anvertraut und damit ihre Arbeit in den letzten 30 Jahren unterstützt“, so Geiger.

Die Deutsche Krebshilfe ist ein gemeinnütziger Verein. Als „Urzelle“ der Krebsbekämpfung im Sinne einer Bürgerbewegung ist der eingetragene Verein auch heute noch Ausgangspunkt und Initiator aller Aktivitäten der Deutschen Krebshilfe und ihrer Tochterorganisationen.

Um die Krebsforschung langfristig auf eine sichere Basis zu stellen, gründete die Deutsche Krebshilfe am 16. Februar 1976 die Deutsche Stiftung für Krebsforschung, die heute selbstständige, rechtsfähige Dr. Mildred Scheel Stiftung für Krebsforschung. Ihr Ziel ist es, durch Förderung der onkologischen Grundlagenforschung und kliniknahen Forschung die Krebsbekämpfung voranzutreiben und intensiv zu unterstützen. Die Stiftung fördert innovative Forschungsvorhaben zur Krebsentstehung und Tumorausbreitung sowie klinisch orientierte, experimentell theoretische Forschungsprojekte. Sie hilft, die personelle und sachliche Ausstattung in der Krebsforschung zu verbessern und sie organisiert und unterstützt Aus- und Fortbildungsmaßnahmen beispielsweise in Form von Stipendien und internationalen Expertentagungen. Die Stiftung finanziert sich im Wesentlichen aus Erbschaften an die Deutsche Krebshilfe. Sie verfügte zum Jahresende 2003 über ein Stiftungskapital von 168 Millionen Euro.

Schon bald nach Gründung der Deutschen Krebshilfe wurde offenkundig, dass sich viele Menschen der Organisation persönlich verbunden fühlen

und dies auch dokumentieren möchten. Am 7. November 1977 gründete sich daher der Mildred Scheel Kreis. Der als gemeinnützig anerkannte Förderverein der Deutschen Krebshilfe hat die Aufgabe, die Krebsbekämpfung zu unterstützen. Darüber hinaus unterhält und betreibt der Mildred Scheel Kreis die Dr. Mildred Scheel Akademie für Forschung und Bildung in Köln. „Gerade die Mitglieder des Mildred Scheel Kreises leisten Vorbildliches und sind aktive, treue Wegbegleiter der Deutschen Krebshilfe – Partner, auf die wir bauen können“, sagt Professor Dr. Sabine von Kleist, Vorsitzende des Mildred Scheel Kreises. Denn nicht zuletzt dank der regelmäßigen Spenden der Mitglieder des Fördervereins kann die Deutsche Krebshilfe ihre vielfältigen Aufgaben erfüllen.

Auch die Dr. Mildred Scheel Akademie für Forschung und Bildung ist eine Tochterorganisation der Deutschen Krebshilfe. Sie wurde am 30. April 1992 gegründet und befindet sich im Dr. Mildred Scheel Haus für palliative Therapie in Köln. Sie ist eine Fortbildungsstätte für alle, die täglich beruflich oder ehrenamtlich mit Krebskranken zu tun haben. Die Akademie veranstaltet Seminare für Ärzte, Krankenpfleger und -schwestern, Altenpfleger, Sozialarbeiter, Psychologen, Leiter und Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie für Krebskranke, ihre Angehörigen und interessierte Bürger.

Um ihr langjähriges Förder- und Aktionsprogramm zur Bekämpfung der Krebskrankheiten im Kindesalter zu bündeln, gründete die Deutsche Krebshilfe am 28. Juni 1996 außerdem die selbstständige, rechtsfähige Stiftung Deutsche KinderKrebshilfe. Diese Stiftung stellt beispielsweise Mittel zur Verfügung, um Kinderkrebszentren und Spezialstationen auf- und auszubauen, Behandlungskonzepte zu entwickeln und personelle Engpässe zu überbrücken. Die Stiftung hilft, Elternhäuser und Elternwohnungen in Kliniknähe einzurichten und fördert Familien-orientierte Nachsorgekliniken. Sie verfügt derzeit über ein Kapital von 20 Millionen Euro. Auch diese Stiftung ist eine hundertprozentige Tochterorganisation des Vereins Deutsche Krebshilfe.

„Zweck des Vereins ist es, die Krebskrankheiten in all ihren Erscheinungsformen durch geeig-

nete Maßnahmen insbesondere der Information und Aufklärung, Vorsorge, Gesundheitserziehung, Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Therapie, Nachsorge und Forschung zu bekämpfen“, heißt es in der Satzung der Deutschen Krebshilfe. Unterstützt wird die Organisation dabei von zahlreichen renommierten Persönlichkeiten aus Medizin, Wissenschaft, Politik und Wirtschaft, die sich zusätzlich zu ihren zeitaufwändigen beruflichen Verpflichtungen ehrenamtlich in den Gremien der Deutschen Krebshilfe engagieren. Sie sind Garanten für den guten Ruf der Deutschen Krebshilfe.

Die Deutsche Krebshilfe führt von Bonn aus mit 75 hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Geschäfte aller Tochterorganisationen. Die Aufgaben des hauptamtlichen Personals der Deutschen Krebshilfe sind vielfältig: Eingehende Projektanträge bearbeiten, laufende Projekte überwachen, Informations- und Aufklärungsarbeit leisten, Anträge an den Härtefonds bearbeiten, Spenden akquirieren und mehr als 350.000 Spender pro Jahr betreuen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regeln juristische und administrative Belange und sorgen nicht zuletzt für die Öffentlichkeitsarbeit der Organisation. „Denn jeder Spender hat ein Recht darauf zu erfahren,

Deutsche Krebshilfe,
Dr. Mildred Scheel
Stiftung für
Krebsforschung,
Stiftung Deutsche
KinderKrebshilfe –
von Bonn aus
bundesweit tätig.



Kontinuität über 30 Jahre: Dr. Mildred Scheel, Dr. Helmut Geiger, Dr. Hans-Joachim Möhle, Friedrich Carl Janssen, die Vorstandsvorsitzenden der Deutschen Krebshilfe.

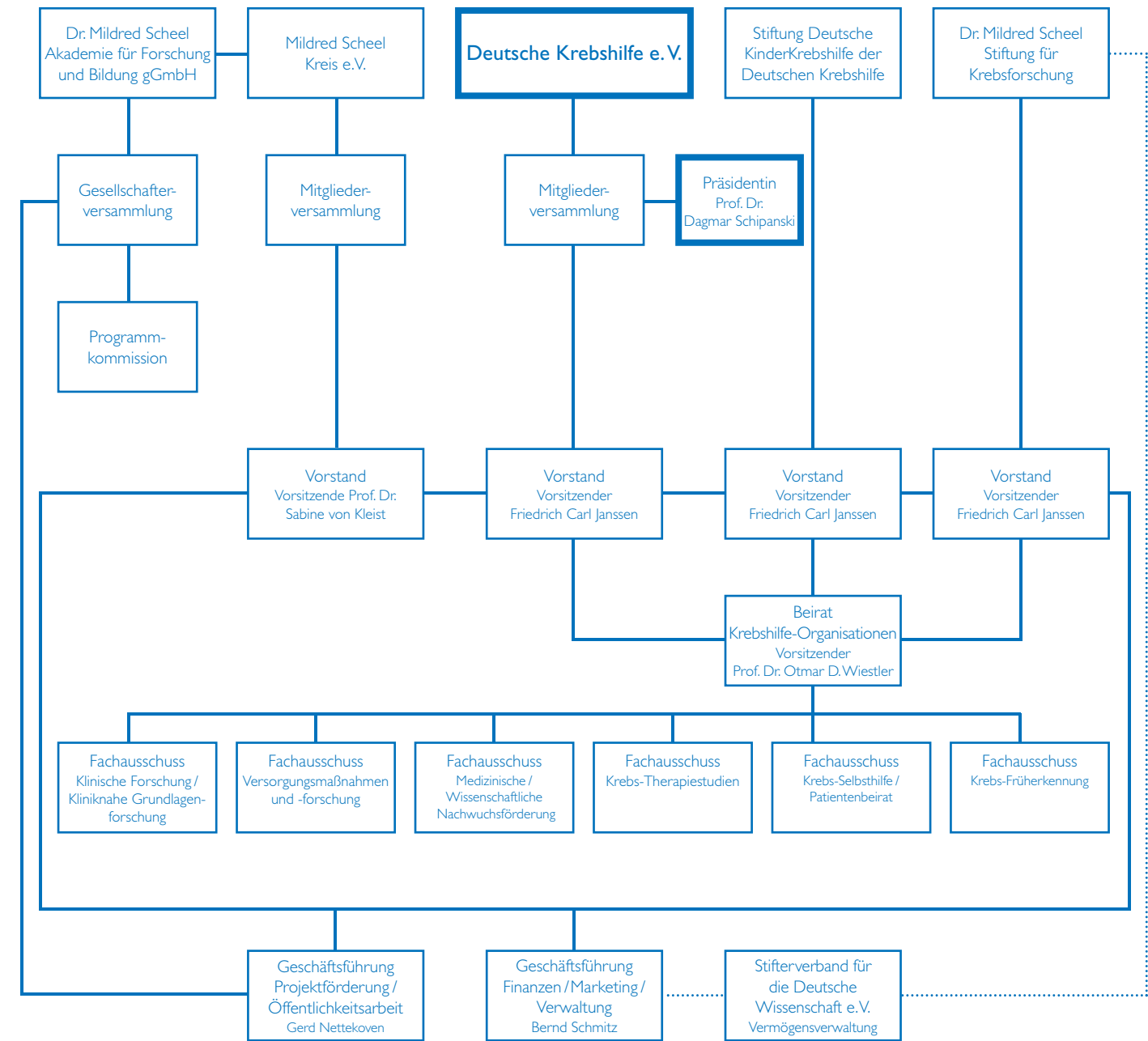
wofür sein Geld verwendet und eingesetzt wird“, so Friedrich Carl Janssen, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krebshilfe. Aus Verantwortung den Spendern gegenüber hält die Deutsche Krebshilfe ihre Verwaltungskosten seit Jahren konstant niedrig: Im Jahr 2003 lagen sie bei 3,7 Prozent des Gesamthaushalts.

Das Spendenaufkommen der Deutschen Krebshilfe ist seit ihrer Gründung stetig angestiegen. Auch die Zahl der Anträge, die in der Geschäftsstelle bearbeitet und die Projekte, die gefördert werden, haben kontinuierlich zugenommen. Darüber hinaus initiierte die Deutsche Krebshilfe in den letzten Jahren verstärkt eigene Projekte und Förderungsprogramme. „Und in Zukunft will sich die Deutsche Krebshilfe verstärkt politisch für krebskranke Menschen einsetzen“, sagt Janssen.

Das gestiegene Volumen der Einnahmen und Ausgaben und die zahlreichen neuen Arbeitsschwerpunkte haben die Deutsche Krebshilfe dazu veranlasst, ihre Beratungsgremien neu zu strukturieren. Anstoß dazu gab im Jahr 2002 der damalige Vorstandsvorsitzende, Dr. Hans-Joachim Möhle: „Wir haben intensive Gespräche geführt mit all denen, die Verantwortung für die Deutsche Krebshilfe tragen.

Im Sinne der Zukunftsfähigkeit haben wir uns entschlossen, die Vielfalt der Aufgaben auf eine größere Zahl von Experten zu verteilen als bisher.“

An die Stelle des bisherigen Medizinischen und Wissenschaftlichen Beirates sind am 1. Januar 2004 zunächst sechs neue Fachausschüsse getreten für die Aufgabenfelder „Klinische Forschung/kliniknahe Grundlagenforschung“, „Versorgungsmaßnahmen und -forschung“, „Medizinische und wissenschaftliche Nachwuchsförderung“, „Krebs-Therapiestudien“, „Krebs-Selbsthilfe/Patientenbeirat“ und „Krebs-Früherkennung“. Die Vorsitzenden der Fachausschüsse, der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Krebshilfe und die Geschäftsführung bilden den neuen Beirat „Krebshilfe-Organisationen“. Aufgaben dieses Beirats sind unter anderem die Koordinierung und Abstimmung der Arbeit in den Fachausschüssen sowie die Erarbeitung grundlegender inhaltlicher und förderungspolitischer Strategien sowohl für die Fachausschüsse als auch für die Vorstände. „Mit dieser neuen Gremienstruktur wird die Deutsche Krebshilfe auch in Zukunft ihre Aufgaben effektiv und konzentriert bearbeiten können“, sagt der ehemalige Vorstandsvorsitzende, Dr. Hans-Joachim Möhle.

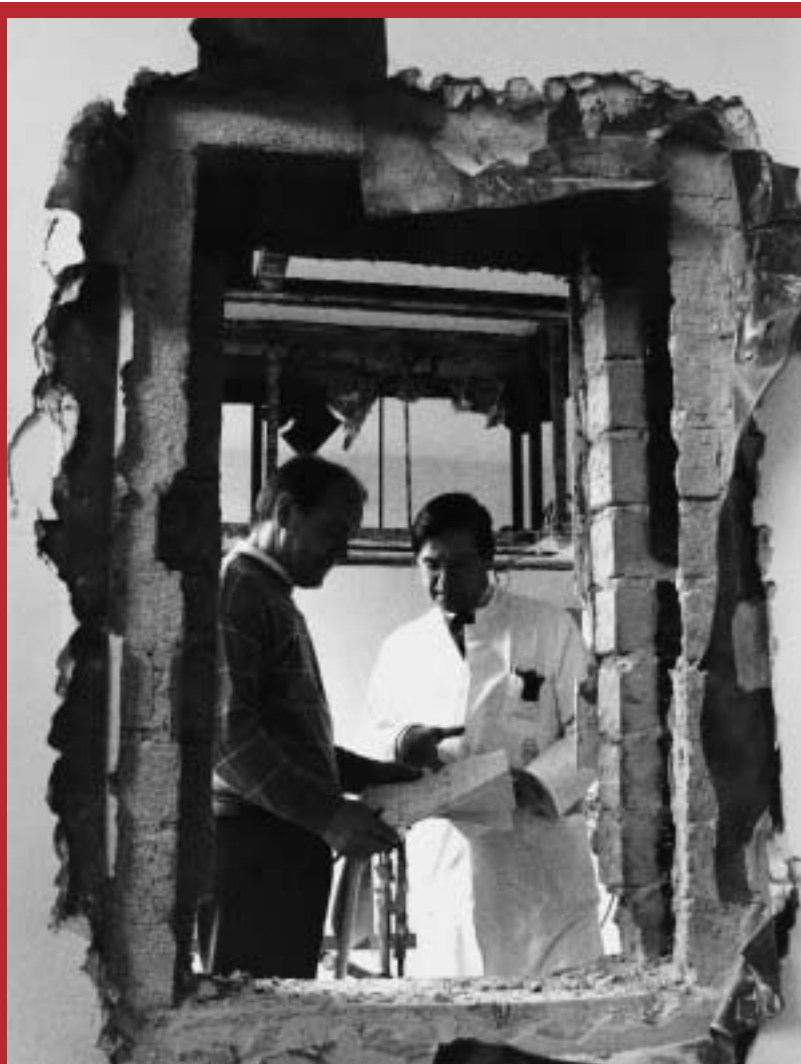




Krebs bei Kindern – Schicksale, die unter die Haut gehen. Die ganze Familie ist betroffen. Nichts ist mehr so, wie es einmal war. Die Deutsche Krebshilfe setzt sich für die kleinen Patienten ein.

Kinder

onkologie



Professor Dr. Ulrich Göbel beim Umbau der Kinderkrebs-Station in Düsseldorf.

Drei von vier krebskranken Kindern werden heute wieder gesund.

Drei von vier krebskranken Kindern überleben heute langfristig“, sagt Professor Dr. Ulrich Göbel, Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin und langjähriger Leiter der Klinik für Kinder-Onkologie, -Hämatologie und -Immunologie des Universitätsklinikums Düsseldorf. Vor 30 Jahren, als es noch keine Organisation wie die Deutsche Krebshilfe gab, war das anders: Die betroffenen Kinder hatten kaum eine Chance. „Doch auch heute noch ist jedes an Krebs erkrankte Kind ein Notfall“, so Göbel. Denn bei Kindern teilen sich die Krebszellen um ein Vielfaches schneller als bei Erwachsenen. Ist die Krankheit erkannt, bleibt den Kindern und den Ärzten also nicht viel Zeit.

Bevor die Deutsche Krebshilfe mit Mildred Scheel das Thema Krebs aus der Tabu-Zone geholt hatte, empfanden die Familien der betroffenen Kinder die Krankheit vielfach als Schicksalsschlag oder als Strafe für schuldhaftes oder liebloses Verhalten. „Das ist unbegründet und gefährlich. Eine Krebserkrankung kann durch Liebe und noch so große Zuwendung nicht verhindert werden“, sagt Göbel. Diese Schuldgefühle führten jedoch früher dazu, dass man über die Krankheit nicht sprach. Viele Kinder wurden zu Hause betreut – und starben.

Das Leben geht weiter – Kinder und ihre Familien bekommen umfassende Hilfe.



Mittlerweile gibt es kaum ein Feld in der Krebsbekämpfung, auf dem die Ärzte so große Erfolge erzielen wie in der Kinderonkologie. Bereits 1975, nur wenige Monate nach ihrer Gründung, hat die Deutsche Krebshilfe begonnen, sich intensiv für die Kinderonkologie zu engagieren. So stellte sie 1976 dem Kinderkrebsregister in Bonn für den Zeitraum von drei Jahren 90.000 Euro zur Verfügung. Heute existiert neben den verschiedenen lokalen Krebsregistern das große Deutsche Kinderkrebsregister in Mainz, in dem die Daten krebskranker Kinder und Jugendlicher zentral registriert werden. 1978, drei Jahre nach der ersten Fördermaßnahme, ist der Bereich Kinderonkologie fester Bestandteil des Förderprogramms der Deutschen Krebshilfe. Laut Jahresbericht 1978 wurden „unter Verwendung der von der Programm-Zeitschrift HÖRZU gesammelten Spenden zum Jahresende 800.000 Euro zur Unterstützung und zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit – mit dem Schwerpunkt zur Verbesserung der Therapie von Leukämien bei Kindern – an die Universitätskliniken Berlin, München, Hamburg, Frankfurt und Münster überwiesen.“ Mit diesen Mitteln wurden Zentren für die Behandlung von Krebserkrankungen im Kindesalter eingerichtet.

Ihre Entwicklung ist kennzeichnend für einen Prozess, der nach und nach in ganz Deutschland stattfand. Heute existieren in Deutschland mehr als 30 Abteilungen, in denen Kinderkrebs optimal behandelt wird. Eines dieser Zentren ist die Abteilung Hämatologie und Onkologie des Universitätsklinikums Düsseldorf. Vor 30 Jahren lagen auf der pädiatrischen Station in Düsseldorf krebskranken Kinder gemeinsam im Zimmer mit Kindern, die an Infektionskrankheiten wie beispielsweise Lungenentzündung erkrankt waren. Aus Ermangelung eines Wartezimmers mußten damals die Kinder auf dem Flur warten und infizierten sich an Windpocken. Ein zusätzliches, oftmals tödliches Risiko für die krebskranken Jungen und Mädchen. Ein Elternverein machte Dr. Mildred Scheel 1979 auf die untragbaren Zustände in Düsseldorf aufmerksam. Auch persönlich überzeugte sie sich von den Defiziten auf der pädiatrischen Station und wurde umgehend aktiv. 130.000 Euro stellte die Deut-

sche Krebshilfe als Soforthilfe zur Verfügung, damit aus der gemischten Station eine eigene Spezialabteilung für krebskranken Kinder entstehen konnte, in der die kleinen Patienten interdisziplinär behandelt werden.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Tumorregister sind Schlagworte, die bezeichnend sind für die deutsche Kinderonkologie. Ein großer Unterschied in der Behandlung krebskranker Kinder und krebskranker Erwachsener besteht darin, dass heute 95 Prozent der jungen Patienten in Kinderkrebs-Zentren nach bundesweit einheitlichen Protokollen untersucht und behandelt werden. Der hohe Anteil der erfassten und dokumentierten Patientendaten hat Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern eine herausragende Stellung verschafft – sowohl in der Qualität der Krebsbehandlung im Kindesalter als auch in der klinischen Forschung.

Seinen Ursprung hat dies Mitte der siebziger Jahre, als die Kinderonkologen beschlossen, gemeinsame Studien zur Behandlung krebskranker Kinder durchzuführen und das zentrale Kinderkrebsregister sowie eine Fachgesellschaft zu gründen. In der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) haben sich Wissenschaftler und Ärzte zusammengeschlossen, die auf die Erforschung, Diagnose und Therapie von Blutkrankheiten und bösartigen Tumoren im Kindes- und Jugendalter spezialisiert sind. Die Pädiatrische Onkologie begann sich zu strukturieren – unterstützt von der Deutschen Krebshilfe. So heißt es im Jahresbericht 1982 der Deutschen Krebshilfe: „Bereits Tradition ist die Unterstützung der Kliniken, die sich der Behandlung von Krebskrankheiten im Kindesalter widmen.“ Die Protokolle, nach denen die Ärzte heute so viele Kinder erfolgreich untersuchen und behandeln, basieren auf langjährigen Studien und werden laufend modifiziert, um den Kindern die bestmögliche Diagnostik und Therapie zu geben. Konkret bedeutet das für den kleinen Patienten: seine Prognose stetig zu verbessern und die Nebenwirkungen bei gleichen Heilungschancen zu verringern.

Dank der Deutschen Krebshilfe sind die Kinderkrebs-Stationen in Deutschland heute modern und freundlich.

„Bei uns wird auch gelacht!“, so Professor Göbel.

Der Therapie-Marathon dauert viele Monate. Doch mit der Aussicht auf Heilung stehen die kleinen Patienten sehr tapfer die Anstrengungen durch.

Eine Stammzelltransplantation erhöht die Heilungschancen in fortgeschrittenen Krankheitsstadien. Auf Spezialstationen werden die Kinder rundum betreut.



Der Aufbau von standardisierten Therapieprotokollen wurde zunächst vom großen Krebsprogramm des Bundes finanziert. Nach dessen Ende im Jahr 1987 sprang die Deutsche Krebshilfe ein, die heute nahezu alle Therapiestudien in der Kinderonkologie fördert – obwohl dies eigentlich, zumindest teilweise, Aufgabe der Kostenträger des Gesundheitswesens wäre. Diesen von der Deutschen Krebshilfe geförderten Studien in Kombination mit verbesserten Operationstechniken, medizinischen Fortschritten in der Weiterentwicklung von Strahlen- und Chemotherapie und der Möglichkeit der Stammzelltransplantation verdanken immer mehr krebskranke Kinder ihr Leben.

Die Heilungschancen krebskranker Kinder sind heute groß. Doch der Weg zur Heilung ist lang und sehr hart. Die kranken Jungen und Mädchen müssen über Monate hinweg sowohl körperlich als auch seelisch extrem belastende Behandlungen ertragen. Oft sind sie dabei weit weg von zu Hause. Damit in dieser Zeit trotzdem immer eine vertraute Person bei ihnen sein kann, fördert die Deutsche Krebshilfe seit Jahren die Einrichtung von Eltern-

häusern und Elternwohnungen in Kliniknähe. Mittlerweile gibt es in 23 Städten solche Wohnmöglichkeiten, welche die Deutsche Krebshilfe mit 3,5 Millionen Euro unterstützt hat. „Die Nähe der Eltern ist für die Kinder fast genauso lebenswichtig wie die richtige Therapie“, sagt der Kinderonkologe Professor Göbel. Nur so könnten gerade während der akuten Behandlungsphase Ängste genommen und der Lebenswille gestärkt werden.

Das Beispiel der Spezialabteilung des Düsseldorfer Universitätsklinikums zeigt, dass nicht nur die Eltern den Kindern helfen müssen, Ängste abzubauen. Die Düsseldorfer haben in den letzten Jahren einen neuen Weg des Umgangs auch mit ganz jungen Patienten eingeschlagen: Über die Diagnose wird offen gesprochen – auch mit den kleinen Patienten. „Heute beziehen wir die Kinder gleichsam verantwortlich in das Behandlungskonzept mit ein. Wir sagen ihnen, dass wir helfen wollen und als Team zusammenarbeiten müssen“, erklärt Professor Göbel. Der entscheidende Punkt bei diesen Gesprächen sei, dass man die Kinder heute durch die großen Heilungschancen viel besser motivieren könne, bei der anstrengenden Therapie mitzumachen.

Doch medizinische Betreuung alleine reicht nicht aus. Die psychologische Seite ist genauso wichtig. Und nicht nur die Kinder sind schweren Belastungen ausgesetzt. Die ganze Familie befindet sich in einer Ausnahmesituation. Neben den kranken Kindern müssen daher auch Eltern und Geschwister betreut werden. So arbeiten in zahlreichen pädiatrisch-onkologischen Fachabteilungen Psychologen und Sozialarbeiter, die den kleinen Patienten und ihren Familien bei der seelischen Verarbeitung der Krankheit und bei den sich daraus ergebenden sozialen Problemen helfen.

Der Schock über die Krankheit löst viele unterschiedliche Reaktionen und Ängste aus. „Die ganzheitliche Betreuung beschränkt sich nicht nur auf den Organismus, sondern die ganze Familie ist krank und muss versorgt und stabilisiert werden“, fasst Professor Ulrich Göbel die Maßnahmen, die von der Deutschen Krebshilfe unterstützt werden, zusammen. Dazu gehört die Beratung der Eltern während der Behandlung und die Betreuung der Geschwister, die

sich oftmals vernachlässigt fühlen und mit Verhaltensstörungen reagieren. Auch nach abgeschlossener Behandlung können Probleme auftauchen. Die Familie muss lernen, im Alltag wieder zusammen zu finden. Spezielle Rehabilitationskliniken kümmern sich nicht nur um das kranke Kind, sondern auch um die Eltern und Geschwister. Die Möglichkeiten dort sind vielfältig und reichen von der medizinischen und psychologischen Betreuung hin zu sportlichen und künstlerischen Angeboten sowie zu schulischer Förderung. In der Rehabilitationsklinik Bad Oexen bei Bad Oeynhausens beispielsweise wird unter anderem eine Reittherapie angeboten. Dort können Kinder nach einem Gehirntumor lernen, ihre Gleichgewichtsstörungen in den Griff zu bekommen. Doch der Umgang mit den Pferden hilft den Kindern auch, ihr Selbstwertgefühl zu stärken und soziale Defizite auszugleichen. Jedes Jahr kommen 260 Familien mit krebskranken Kindern nach Bad Oexen und wohnen dort in familiengerechten Appartements in restaurierten Fachwerkhäusern. Weitere von der Deutschen Krebshilfe unterstützte familienorientierte Nachsorgekliniken gibt es im Schwarzwald und auf Sylt. Die Deutsche Krebshilfe finanzierte bislang den Auf- und Ausbau dieser Einrichtungen sowie die psychosoziale Versorgung krebskranker Kinder und ihrer Familien mit insgesamt 4,3 Millionen Euro.

Bis heute hat die Deutsche Krebshilfe ihr Engagement für krebskranke Kinder kontinuierlich verstärkt, vor allem auch nach der Wiedervereinigung. So konnte Ende 2002 die Erweiterung des Mildred Scheel Hauses, eines modernen Knochenmarktransplantations-Zentrums, in Dresden eingeweiht werden. Der Neubau beherbergt eine Klinik mit 16 Betten für tumor- und leukämiekranken Kinder. Die Deutsche Krebshilfe investierte über sechs Millionen Euro in den Bau, der insgesamt acht Millionen Euro kostete. Großer Vorteil des besonders kinderfreundlich gestalteten Baus ist die Angliederung an das Mildred Scheel Haus. Dort werden in einem modernen Knochenmarktransplantations-Zentrum jedes Jahr

Die Krebskrankheit eines Kindes betrifft die ganze Familie. Eltern und Kinder müssen lernen, wieder zur Normalität zurück zu finden.

Familien-orientierte Nachsorge: ein besonderes Anliegen der Deutschen Krebshilfe.



Toben, Spielen und Lachen: für krebserkrankte Kinder ist die Nachsorge ein Schritt zurück in den Alltag.

160 erwachsene Patienten behandelt. Hier ergeben sich in den Bereichen Labor, Forschung und Versorgung der Patienten zahlreiche Synergie-Effekte. In Dresden ergänzen sich die Kinder- und Erwachsenen-Onkologie optimal.

Ziel aller Bestrebungen ist immer, die Kinder zu heilen und ihnen nach der Heilung wieder ein normales Leben zu ermöglichen. Viele der ehemaligen Patienten haben heute selbst Kinder. „Es besuchen uns manchmal frühere Patienten, die mittlerweile drei oder vier Kinder haben“, erklärt Göbel. Unfruchtbarkeit besteht viel seltener, als früher befürchtet wurde. Auch ein erhöhtes Missbildungsrisiko besteht nicht, wenn eine betroffene Frau frühestens drei Monate nach Abschluss der Therapie schwanger wird. Einige Kinder leiden nach ihrer Erkrankung jedoch an Spätfolgen der Therapie: Das können hormonelle Störungen, Herz- und Nierenschäden, psychosoziale Beeinträchtigungen und sogar Folgetumoren sein. Ist die Behandlung der Kinder abgeschlossen, schließt sich daher eine langfristige Beobachtung an, um Rückfälle rechtzeitig zu erkennen und Spätfolgen der Therapie festzustellen. So kann den Pa-

Zuversicht, Zuwendung und Hoffnung sind die beste Medizin.



tienten bei Komplikationen schnell geholfen werden. Die Erkenntnisse zu Spätfolgen fließen in die Therapieprotokolle ein, die immer wieder optimiert werden. Um die Spätfolgen zu erforschen, sie zu behandeln und vor allem, sie zu vermeiden, fördert die Deutsche Krebshilfe seit 1991 an der Universitäts-Kinderklinik Erlangen den Aufbau eines Dokumentationssystems zur strukturierten Erfassung möglicher Spätfolgen.

Viel ist schon geschehen, doch die Ärzte und die Deutsche Krebshilfe arbeiten weiter daran, die Heilungschancen krebserkrankter Kinder zu erhöhen und auch die negativen Auswirkungen der Behandlungen zu reduzieren. Die Therapien werden immer individueller – jeder Patient erhält nur das, was für ihn unbedingt notwendig ist. Durch eine noch bessere Dokumentation könnten die Behandlungsrisiken jedoch noch weiter minimiert werden. „Bessere Daten ergeben bessere Behandlungen“, erklärt Professor Göbel.

Folge der guten Heilungschancen: Mittlerweile leben in Deutschland zehntausende von Menschen, die als Kind eine Krebserkrankung überstanden haben. Für die Zukunft bedeutet das jedoch sowohl gesellschafts- als auch gesundheitspolitische Aufgaben, damit diese Jungen und Mädchen nach ihrer Erkrankung wieder ein eigenständiges Leben leben können. „Die Kinder werden ihre Krebserkrankung nie vergessen. Wir wollen aber, dass sie ein normales Leben führen können“, betont Göbel. Heute gibt es in der gesamten Bundesrepublik über 30 Abteilungen für Pädiatrische Onkologie. Auch das belegt, welche Fortschritte die Kinderonkologie in den vergangenen 30 Jahren gemacht hat und welchen Stellenwert sie innerhalb der Pädiatrie einnimmt. Hilfreich für die Entwicklung der Kinderonkologie in Deutschland war neben den Bemühungen der Kinderonkologen und der Unterstützung einer großen Bürgerinitiative wie der Deutschen Krebshilfe die Tatsache, dass vielerorts von den betroffenen Eltern eigene Initiativen gegründet wurden. Diese vertreten heute als starke Lobby die Interessen der erkrankten Kinder – gemeinsam mit der Stiftung Deutsche KinderKrebshilfe.

Die Behandlung der krebserkrankten kleinen Patienten hat in den letzten 30 Jahren enorme Fortschritte gemacht. Doch wie sieht die Zukunft aus? „Sorgen bereitet allen die am 1. Januar 2004 in Kraft getretene Gesundheitsreform“, sagt Professor Göbel. Er befürchtet sogar, dass der Fortschritt in der Pädiatrischen Onkologie nicht mehr ungebrochen weiter geht und die Eltern krebserkrankter Kinder ernsthaft um die optimale Versorgung ihrer Kinder bangen müssen. Nach dem neuen Abrechnungssystem für Krankenhäuser und Kliniken zahlen die Krankenkassen keine Krankenhaus-Tagessätze mehr, sondern Fallpauschalen, die von der Diagnose abhängen, so genannte Diagnosis Related Groups (DRGs). Diese Fallpauschalen orientieren sich in erster Linie am Pflegeaufwand eines Erwachsenen. Kinder, vor allem kleine, benötigen jedoch weitaus mehr Pflege, Zuwendung und psychosoziale Betreuung. „Der Ansatz des DRG-Systems ist grundsätzlich gut, denn es soll eine leistungsgerechte Bezahlung ermöglichen. Doch mit den Fallpauschalen sind bestimmte Behandlungen in der Kinderheilkunde nicht mehr durchführbar“, betont Göbel. Als Mitglied der Deutschen Krebshilfe fordert er deshalb für die Zukunft: „Das DRG-System in der Kinderheilkunde muss nachgebessert und speziell für die Pädiatrische Onkologie müssen eigene Fallpauschalen definiert werden. Wir brauchen eine Fallpauschale ‚Studienpatient‘, damit alle wichtigen Informationen zur Krankheit und Behandlung bei der jeweiligen Studienleitung gemeldet und dort zentral unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet werden können.“

**Die Errungenschaften
und Fortschritte in der
Kinderkrebs-Medizin
dürfen nicht
gefährdet werden.**



Interdisziplinäre Zusammenarbeit für ein umfassendes Behandlungskonzept.

Ein Scheck von Frau Scheel für Hamburgs neues Tumorzentrum“ titelt am 22. Oktober 1976 die Zeitung „Die Welt“. Das ist der Anfang eines bundesweiten Förderprogramms mit dem Ziel, die Versorgung krebserkrankter Menschen in Deutschland grundlegend zu verbessern.

Wie sah die Situation in der Krebsbekämpfung bis dahin aus? Deutschland lag weit hinter der internationalen Entwicklung zurück: Ein krebserkrankter Mensch durchlief viele verschiedene diagnostische und therapeutische Einrichtungen; Diagnose und Behandlung fanden dezentral statt. Die Folge: Jede medizinische Fachrichtung betrachtete den Krebspatienten allein aus ihrem Blickwinkel. Es fehlten klinische Register, in denen die Ergebnisse von Laboruntersuchungen und Befunde gespeichert werden konnten und jederzeit abrufbar gewesen wären. Für den einzelnen Patienten bedeutete all dies eine große Unsicherheit. Viele hatten das Gefühl ausgeliefert zu

sein und allein gegen unbekannte Kräfte kämpfen zu müssen. Familien zerbrachen unter dieser Last, die Menschen trugen seelische Schäden davon.

Die Krebsbehandlung war in anderen Ländern zum gleichen Zeitpunkt schon viel weiter – vor allem in den USA: Hier verfügte man bereits Mitte der siebziger Jahre über eine ganze Anzahl klinisch orientierter Krebszentren. Jedes einzelne Zentrum bildete die Basis für ein regionales Netz von kooperierenden Krankenhäusern und Arztpraxen. Die Ärzte arbeiteten stets im Sinne des Krebskranken zusammen. In der deutschen Onkologie fehlte dagegen ein Bewusstsein dafür, dass nur eine interdisziplinäre Zusammenarbeit dem Patienten wirklich helfen kann.

Mildred Scheel wollte die deutschen Verhältnisse nachhaltig verbessern. Sie wollte Krebskranken das Leben erleichtern, sie wollte Anschluss gewinnen an die amerikanischen Entwicklungen. Darum gab sie 1975 den Anstoß zur Gründung des ersten Tumorzentrums in Deutschland. 1976 war es dann soweit: Die Deutsche Krebshilfe stellte fast 800.000 Euro für das erste Tumorzentrum in Hamburg-Eppendorf zur Verfügung. Vorbild für diese Einrichtung waren die amerikanischen Comprehensive Cancer Centers. Deren Konzept wurde der Struktur des deutschen Gesundheitswesens angepasst. Ärzte, Wissenschaftler und andere Berufsgruppen, die sich mit der Versorgung krebserkrankter Menschen und der Krebsforschung beschäftigen, schlossen sich zusammen. Es entstand ein Verbundsystem aus Universitätsklinikum, regionalen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten.

Bei der Scheckübergabe in Hamburg am 21. Oktober 1976 erläuterte der Ärztliche Direktor des Universitätsklinikums, Professor Dr. Karl-Heinz Hölzer, die Überlegungen, die hinter der Gründung des Tumorzentrums standen: „Wegen der vielfältigen Erscheinungsformen der Krebserkrankungen hat es nicht mehr ausgereicht, das Leiden nur unter den bisherigen fachspezifischen Kategorien der Krebsheilkunde zu sehen“. Das gesamte Rüstzeug der modernen Medizin müsse eingesetzt werden, um diese Krankheit wirkungsvoll bekämpfen zu können.

Das Hamburger Zentrum hatte Modellcharakter. Weitere Tumorzentren folgten in Essen, Köln und München. Für einen Zeitraum von fünf Jahren stellte die Deutsche Krebshilfe dafür insgesamt rund 10 Millionen Euro zur Verfügung. Hinter jeder Förderung stand das Ziel, Strukturen zu schaffen, um die Patienten fachübergreifend zu beraten, zu behandeln und ihnen auch in der Nachsorge und Schmerzbehandlung eine interdisziplinäre Betreuung anzubieten. Die Gründung der ersten Tumorzentren in Deutschland leitete einen Wandel in der interdisziplinären Zusammenarbeit ein. Nicht mehr der einzelne Arzt entschied über die Behandlung eines Patienten, sondern die verschiedenen Fachrichtungen erarbeiteten im Team für jeden Krebspatienten einen ganz individuellen Therapieplan. Zeitgleich wurden erstmals standardisierte Behandlungsstrategien erarbeitet und mit Hilfe von klinischen Krebsregistern ständig verbessert.

Nach der erfolgreichen Gründung der ersten Tumorzentren setzte sich die Deutsche Krebshilfe engagiert dafür ein, dass zunächst der Staat die Einrichtungen finanziert und weitere Zentren errichtet. Mildred Scheel machte immer wieder darauf aufmerksam, dass die von der Deutschen Krebshilfe geförderten Zentren nicht ausreichen, um allen

Ärzte aller Fachrichtungen besprechen Untersuchungsergebnisse und komplizierte Krankheitsverläufe. So profitiert der Patient vom Wissen aller.



Krebserkrankten in der Bundesrepublik Deutschland gleiche Behandlungschancen zu ermöglichen. Ihre Bemühungen waren erfolgreich und die Arbeit der ersten Tumorzentren überzeugte: Ab 1982 übernahm der Bund die Finanzierung der Zentren. Im Geschäftsbericht der Deutschen Krebshilfe von 1982 heißt es: „Das bisher größte Förderprojekt der Deutschen Krebshilfe im medizinischen Bereich – die Finanzierung von Tumorzentren – wurde zum Jahreswechsel 1981/82 erfolgreich abgeschlossen. Die Tumorzentren an den großen Universitätskliniken werden inzwischen – darüber sind sich alle Experten einig – als Fortschritt auf dem Gebiet der Krebsbekämpfung und ihre Einrichtung als „Pionierleistung“ der Deutschen Krebshilfe anerkannt. Nicht zuletzt der Staat hat die Notwendigkeit dieser Zentren eingesehen

Behandlung in spezialisierten Zentren erhöht die Heilungschancen. Jeder Krebs-Patient hat einen Anspruch darauf.

und deshalb ihre Finanzierung sichergestellt. Damit ist genau das Ziel erreicht worden, das sich die Deutsche Krebshilfe mit diesem Modell gesteckt hatte.“

Heute unterhalten Krankenkassen und Länder über 40 vergleichbare Einrichtungen.

Nach der Wiedervereinigung Deutschlands sprang die Deutsche Krebshilfe erneut ein: Sie übernahm, zeitlich befristet, die Finanzierung von Tumorzentren in den fünf neuen Bundesländern und hat damit auch hier einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Krebskranken geleistet.

Vor 28 Jahren hat das erste Tumorzentrum seine Arbeit aufgenommen. Nach dieser Zeit stellen sich Fragen nach der Effizienz dieser Einrichtungen: Werden die Zentren dem seinerzeit an sie gestellten Anspruch auch heute noch gerecht? Tragen die existierenden – sicherlich regional auch sehr unterschiedlichen Strukturen – zu einer bestmöglichen Patientenversorgung bei? Die Deutsche Krebshilfe hat die Tumorzentren auf den Prüfstand gestellt. Gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und der Deutschen Krebsgesellschaft untersucht sie die Qualität und Effizienz der bisherigen Arbeit der Zentren. „Auf der Grundlage des Abschlussberichtes der zweijährigen Evaluation und neu-

er struktureller Entwicklungen in der onkologischen Versorgung wird nun ein Konzept zur Weiterentwicklung der Tumorzentren erarbeitet“, erklärt Gerd Nettekoven, Geschäftsführer der Deutschen Krebshilfe.

Unabhängig von der Evaluierung der Tumorzentren fördert die Deutsche Krebshilfe aber auch Modellprojekte, von denen sie sich neue Impulse für die künftige Arbeit der Tumorzentren oder deren Strukturen verspricht. So ist im Rahmen eines Modellprojektes „Clinical Cancer Center“ am Klinikum der Technischen Universität München mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe eine zentrale Anlaufstelle für Patienten geschaffen worden. Der kranke Mensch wird von dort aus durch den Medizinbetrieb gelotst und auf jedem Schritt begleitet. Kernstück des Münchener Modells ist die Tumor-Board-Konferenz, zu der sich die Ärzte der unterschiedlichen Fachrichtungen täglich zusammenfinden. In dieser Konferenz diskutieren sie Patientenbefunde und Untersuchungsergebnisse. Gemeinsam entwickeln die Ärzte ein jeweils individuell auf den Patienten abgestimmtes Behandlungskonzept, das in Form einer elektronischen Patientenakte auf jeder Station abrufbar ist.

Für die nächsten Jahre hat sich die Deutsche Krebshilfe vorgenommen, an der Neuausrichtung der Tumorzentren maßgeblich mitzuwirken. „Dabei werden die Ergebnisse aus der Evaluation ebenso eine Rolle spielen wie die Erfahrungen aus Modellprojekten, wie beispielsweise dem ‚Clinical Cancer Center‘ in München“, so Nettekoven. Die Deutsche Krebshilfe hält es für notwendig, dass die Behandlung krebserkrankter Menschen in ausgewiesenen, spezialisierten Zentren erfolgt, um die Qualität in der Therapie zu verbessern.

„Die onkologische Versorgung muss in Zukunft in Deutschland so organisiert werden, dass für jeden Patienten sichergestellt ist, in einer für seine Tumorerkrankung erfahrenen, ausgewiesenen und qualitätsgesicherten Einrichtung versorgt zu werden. Von dieser Zielvorstellung sind wir noch weit entfernt. Krebs ist eine potentiell tödliche Erkrankung und die Patienten haben einen Anspruch auf eine Behandlung in Einrichtungen nach dem neusten Stand des medizinischen Wissens“, sagt Gerd Nettekoven.



Gesunde Stammzellen können Leben retten. Die Deutsche Krebshilfe hat Spenderdateien aufgebaut und Stationen eingerichtet. Keine Engpässe mehr!

Im Jahr 1959 haben Mediziner in Seattle weltweit das erste Mal Knochenmark von einem gesunden Spender auf einen Krebs-Patienten übertragen. Noch bis Anfang der neunziger Jahre galt die Bundesrepublik Deutschland auf dem Gebiet der Fremdspenderdateien als Entwicklungsland – im Gegensatz zu anderen Industrienationen wie Frankreich, England oder den USA. Ursache für den Missstand war zunächst ein großer Mangel an möglichen Spendern. Dass sich auch in Deutschland die Lage verbesserte, ist maßgeblich der Deutschen Krebshilfe zu verdanken: Sie erkannte den Mangel und förderte zwischen 1991 und 1994 den Aufbau von Spenderdateien mit insgesamt acht Millionen Euro. Davon gingen allein fünf Millionen Euro an die Deutsche Knochenmarkspenderdatei (DKMS) in Tübingen. In den Spenderdateien werden die Gewebemerkmale potenzieller Knochenmarkspender registriert. Die Mitarbeiter der Dateien informieren Spendenwillige und organisieren die für die Spende notwendige erste Blutuntersuchung.

Heute werden mit einer Knochenmark- oder Stammzelltransplantation viele Kinder und Erwachsene mit einer bösartigen Erkrankung des Blutes geheilt: Die Ärzte tauschen die bösartig veränderten Stammzellen eines Krebs-Patienten gegen die gesunden Zellen eines anderen Menschen aus. Voraussetzung dafür: Sie finden einen geeigneten Spender. Die Suche nach einem solchen Spender gleicht manchmal der Suche nach der berühmten Nadel im Heuhaufen. Denn nur für etwa 20 Prozent der Patienten mit Leukämien kann innerhalb der Familie ein Spender mit passenden Gewebemerkmale gefunden werden. Die übrigen Krebskranken sind auf Fremdspender angewiesen. Daher ist es wichtig, dass so viele Menschen wie möglich ihr Blut typisieren lassen und sich damit als potenzielle Spender anbieten.

Anfang der neunziger Jahre gab es in Deutschland nur kleine Register mit rund 3.000 Spendern. Es dauerte oftmals mehrere Monate, bis für einen Patienten ein geeigneter Spender gefunden werden konnte. Für viele Betroffene bedeutete das den Tod. Heute verfügt die Deutsche Knochenmarkspenderdatei über eine Million Spender. „Die mittlere

Eine Knochenmark- oder Stammzell-Spende bedeutet Hoffnung für den Patienten. Gesunde Menschen geben ihre Kraft an Kranke weiter.

Suchzeit dauert nur noch etwa sechs Wochen“, erklärt Professor Dr. Gerhard Ehninger, Direktor der Medizinischen Klinik für Hämatologie / Onkologie, Gastroenterologie und Infektiologie des Universitätsklinikums Dresden. „Früher haben wir für gerade zehn Prozent der Kranken

einen Spender gefunden, heute können wir 80 Prozent der Spendensucher helfen.“ Die Leistung der Deutschen Krebshilfe geht aber noch weiter: „Die Bevölkerung war mit dem Thema nicht ausreichend vertraut. Die Deutsche Krebshilfe hat das Problem in die Öffentlichkeit getragen und die Menschen sensibilisiert“, so Ehninger. Dank des Impulses, den die Organisation gegeben hat, ist Deutschland heute das Land mit der höchsten Dichte an Knochenmarkspendern. Zudem ist es der Deutschen Krebshilfe bei der Förderung der Spenderdateien exemplarisch gelungen, eine ihrer Leitlinien umzusetzen: nicht dauerhaft Pro-

jekte zu finanzieren, sondern zu helfen, Versorgungsstrukturen aufzubauen, diese in die Regelfinanzierung zu überführen, so dass es danach ohne die Hilfe der Deutschen Krebshilfe erfolgreich weitergehen kann.

Nachdem die Zahl der Spender deutlich erhöht werden konnte, tat sich ein anderer Mangel auf: Es zeichnete sich ein Engpass bei den Kapazitäten der Transplantationsbetten ab. Es gab Wartelisten und Betroffene mussten oft Monate auf ein Bett für die Transplantation warten. Für viele Kranke war das ein Wettlauf mit der Zeit – und einige haben ihn verloren. Die Deutsche Krebshilfe entschloss sich daher in einem zweiten Förderschritt, den Auf- und Ausbau von Transplantationseinheiten zu unterstützen. Seit 1995 hat sie die Einrichtung solcher Zentren gefördert, um die klinischen Kapazitäten für die Übertragung von Stammzellen aus dem Knochenmark oder dem Blut zu vergrößern. Insgesamt hat die Deutsche Krebshilfe rund 38,6 Millionen Euro für die Einrichtung von Transplantationseinheiten im gesamten Bundesgebiet zur Verfügung gestellt. Dadurch ist es gelungen, die Engpässe zu beheben. Was die Transplantationshäufigkeit betrifft, liegt Deutschland heute im internationalen Vergleich auf einer Spitzenposition. „Lediglich in Ländern wie Schweden und den USA sieht es noch besser aus“, betont Ehninger.

Beispielhaft zu nennen ist das Knochenmarktransplantations-Zentrum in Dresden. 1996 ist hier am Klinikum der Technischen Universität ein Haus eröffnet worden, das den Namen „Dr. Mildred Scheel Haus“ trägt. Dieses Haus beherbergt eine der modernsten Transplantationsstationen in Europa. Die Station verfügt über zehn in besonderen Isolierräumen untergebrachte Betten. In diesen Räumen verbringen die Kranken die ersten Wochen nach dem Eingriff.

Was passiert bei einer Transplantation? Bevor Stammzellen aus dem Blut oder dem Knochenmark eines gesunden Spenders übertragen werden, zerstören die Ärzte mit einer Chemo- oder Strahlentherapie die Krebszellen im Blut des Patienten. Nach einigen Tagen erhält der Patient dann die gesunden Spender-Stammzellen. Sie siedeln sich im Knochenmark an und sorgen für eine Regeneration

der Blutzellen. Vorübergehend ist das Immunsystem der Kranken danach so geschwächt, dass er die Isolierräume zunächst nicht verlassen darf. Um diese Zeit so angenehm wie möglich zu gestalten, bietet das Transplantations-Zentrum in Dresden den Patienten und auch den Angehörigen eine warme und wohnliche Atmosphäre: Es gibt Wohnküchen sowie Wohnzimmer für Angehörige. Besuche sind fast jederzeit möglich. „Mit diesem neuen Zentrum in Dresden hat sich nicht nur eine Versorgungslücke in der Region geschlossen, sondern es haben sich auch die Behandlungsmöglichkeiten und die Unterbringung der Patienten erheblich verbessert“, konstatiert Ehninger. Die Kranken und ihre Familien seien in jeder Hinsicht ver- und umsorgt.

Im Dresdener Transplantations-Zentrum werden jedes Jahr 160 erwachsene Patienten behandelt. Und seit Ende 2002 kann dort auch die oft lebensnotwendige Stammzelltransplantation bei Kindern durchgeführt werden. Mit großer finanzieller Unterstützung der Deutschen Krebshilfe wurde das Dr. Mildred Scheel Haus durch einen Neubau erweitert. Dieser beherbergt eine Klinik mit 16 Betten für tumor- und leukämiekranken Kinder. Die kleinen Patienten werden dort mit den modernsten Methoden der Hochleistungs-Medizin behandelt. Neben Dresden hat die Deutsche Krebshilfe im Osten Deutschlands in den vergangenen Jahren Knochenmark- und Stammzelltransplantations-Einheiten in Jena, Rostock und Halle mitfinanziert. Sie hat damit direkt nach dem Fall der Mauer auch in den neuen Bundesländern wichtige Strukturen auf dem Gebiet der Knochenmark- und Blutstammzelltransplantation geschaffen. Von der Deutschen Krebshilfe geförderte Transplantations-Zentren gibt es außerdem in Hannover, Homburg/Saar, Kiel, Münster und Nürnberg.

In Deutschland werden jedes Jahr rund 10.800 Menschen mit der Diagnose Leukämie konfrontiert – darunter sind 600 Kinder. Dank der Knochenmark- oder Stammzelltransplantation hat sich die Situation dieser krebserkrankten Menschen sehr verbessert. „Doch für sie alle kann noch mehr getan werden“, so Professor Ehninger. Die Versorgungsstrukturen stehen, Bedarf sieht er nun vor allem im



Professor Dr. Gerhard Ehninger bei der Einweihung des Dr. Mildred Scheel Hauses in Dresden.

Bereich begleitender Forschungsprogramme. Es gibt noch viele Probleme, die im wissenschaftlichen Bereich abgeklärt werden müssten: Woher kommen die Infektionskrankheiten, die den Patienten zusätzlich gefährden, und wie können sie optimal behandelt werden? Wie kann das Rückfallrisiko durch nachgeschaltete immuntherapeutische Strategien minimiert werden? Gibt es eine Möglichkeit, eine Reaktion des Transplantats gegen den Patienten zu verhindern? Auch bei der Lösung dieser Fragen wird die Deutsche Krebshilfe Hilfe leisten, um noch mehr Patienten Hoffnung auf Heilung geben zu können.



Forschen für das Leben:
Die Krebs-Medizin hat
sich in den letzten 30 Jahren
rasant entwickelt.

Erkenntnisse der Gen- und
Zellforschung bringen die
Therapieverfahren voran.
Doch noch immer gibt die
Krankheit Rätsel auf.

Krebs

forschung

Krebs ist wie kaum eine andere Krankheit mit großen Ängsten behaftet. Jeden kann es treffen. Doch während Anfang der siebziger Jahre die Diagnose Krebs oft einem Todesurteil gleich kam, kann heute vielen Patienten geholfen werden: Einige Krebsarten sind heilbar, bei anderen Krebsformen bestehen gute Heilungschancen – vor allem, wenn der Tumor früh erkannt wird.

Der Kampf gegen die Krankheit Krebs wird auf vielen Ebenen geführt. Die wichtigste Ebene ist die Krebsforschung. Ohne Forschung gibt es kein Wissen und ohne Wissen gibt es keine Fortschritte bei den Diagnosemöglichkeiten und bei den Therapien. Doch Krebsforschung erfordert zum einen sehr viel Geduld und Ausdauer. Zum anderen braucht sie einen gesicherten finanziellen Rückhalt über einen längeren Zeitraum. Die Unterstützung der Krebsforschung stand daher von Anfang an ganz oben im Förderprogramm der Deutschen Krebshilfe.

Wie in allen Bereichen, in denen sich die Deutsche Krebshilfe engagiert, so hat sie auch bei der Unterstützung der Krebsforschung ihren Grundgedanken nie aus den Augen verloren: Der Mensch muss im Mittelpunkt stehen. Das bedeutet für die

Forschungsförderung: Nur solche Projekte erhalten finanzielle Hilfen, die in absehbarer Zeit oder auch aktuell für die Verbesserung der Diagnostik und der Therapie eine Rolle spielen können, dem Patienten also unmittelbar oder zumindest zeitnah zugute kommen. „Die Erkenntnisse, die wir in den letzten Jahren gewinnen konnten, haben maßgeblich dazu beigetragen, dass vieles in der Krebsbehandlung machbar geworden ist, was vor 10, 15 Jahren noch unmöglich erschien“, sagt Professor Dr. Hartmut Rabes, Pathologisches Institut der Universität München sowie langjähriges Mitglied der Deutschen Krebshilfe und ehemaliger Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates der Dr. Mildred Scheel Stiftung für Krebsforschung.

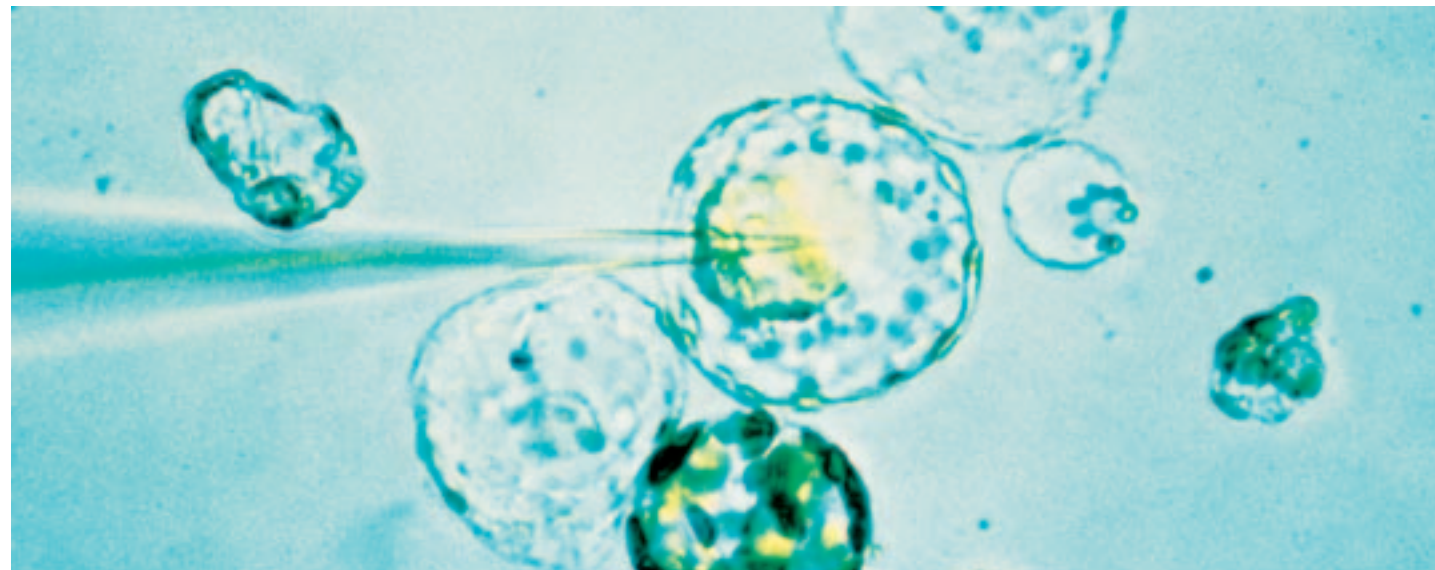
Als aktuelles Beispiel nennt Rabes die Genforschung. Man weiß heute, dass Genveränderungen für die Entstehung von Tumoren verantwortlich sind. Diese Genstörungen führen zu einem Verlust der Wachstumskontrolle und in weiteren Schritten zur Bösartigkeit der Zellen, also der ungerichteten Vermehrung, dem Eindringen in Nachbargewebe und der Aussaat in andere Organe. Die Genforschung hat eine große Zahl der dabei beteiligten Gene identifi-

ziert. Doch nicht in jedem Tumor eines speziellen Typs sind die zugrundeliegenden Genveränderungen identisch: „Wir wissen jetzt, dass jeder einzelne Tumor eine Individualität besitzt. Dieses individuelle Genmuster hat Folgen für das individuelle Verhalten des Tumors und sein Ansprechen auf eine Therapie. So kann sich der Krankheitsverlauf bei einer Patientin mit Brustkrebs von dem einer anderen Patientin mit einem ganz ähnlichen Tumortyp dramatisch unterscheiden“, sagt Rabes. Die veränderten Gene im

Im Labor werden die Grundlagen für Therapie-Verbesserungen gelegt. In kleinen Schritten kommt die Forschung voran.



Die Untersuchung des genetischen Materials von Krebszellen hat geholfen, viele Geheimnisse der Krebsentstehung zu lüften. Wenn die Wissenschaftler verstehen, warum eine Zelle entartet, können sie Mechanismen entwickeln, um die veränderten Zellen zu zerstören.



Tumor des einen Patienten führen dazu, dass sich die Geschwulst sehr schnell entwickelt und entsprechend aggressiv behandelt werden muss. Die gleichen Genveränderungen bei einem anderen Patienten können jedoch ganz andere Auswirkungen haben: Der Tumor dieses Patienten kann „zahmer“ sein und muss daher auch weniger aggressiv therapiert werden. „Diese Forschungserkenntnisse bedeuten für den krebserkrankten Menschen, dass er gezielter und, wenn eben möglich, schonender behandelt wird“, so Rabes.

Aber auch bei der „individualisierten Krebstherapie“ besteht noch ein großes Problem: „Die Instabilität des individuellen genetischen Musters in einem Tumor. Wie aus heiterem Himmel entsteht

oft während der Therapie eine kleine Gruppe genetisch nochmals veränderter Tumorzellen, die der Therapie entkommt. Diese Zellgruppe stellt den Keim eines Tumor-Rezidivs, also des Wiederaufflammens eines Tumors, dar“, erläutert Rabes. Die Aufklärung der Mechanismen dieser genetischen Musterbildung innerhalb eines Tumors zeigt, wie nahe die molekulare Genforschung mit der Aufklärung aktueller klinischer Probleme verknüpft sein sollte, um wirkliche Fortschritte in der Tumorthherapie zu erzielen: „An dieser Nahtstelle zwischen Grundlagenforschung und Klinik ist ein wesentlicher Teil der von der Deutschen Krebshilfe geförderten Projekte anzusiedeln. Hier versucht die Deutsche Krebshilfe gezielt zu fördern“, so Rabes.

Doch besonders die klinische Forschung hat aufgrund ihrer unmittelbaren Bedeutung für die Patienten hohe Priorität bei der Deutschen Krebshilfe. Der Weg vom Labortisch zum Krankenbett muss möglichst kurz sein. Neue Erkenntnisse sollen schnell dem Kranken zugute kommen. „Jeder Grundlagenforscher, der sich für Aspekte der Krebsentstehung und der Krebsbehandlung interessiert, sollte in Zusammenarbeit mit erfahrenen Klinikern bestrebt sein, seine Experimente so aufzubauen, dass der Weg in die Klinik vorgezeichnet ist“, betont Rabes. Das Ziel sei immer der Patient.

Dass das aber nicht immer leicht ist, zeigt das Beispiel der so genannten Anti-Angiogenese. Seit 1998 sorgen Meldungen für viel Aufsehen, die darüber berichten, man könne Tumoren „aushungern“ und ihnen „den Saft abdrehen“. Diese Berichte basieren auf Ergebnissen der Angiogenese-Forschung: Man hat herausgefunden, dass Krebsgeschwülste, wenn sie eine bestimmte Größe erreicht haben, für ihr Wachstum nicht mehr genügend Sauerstoff und Nährstoffe aus dem umliegenden Gewebe aufnehmen können. Um weiter wachsen zu können, brauchen sie eigene Blutgefäße. „Wenn der Tumor aber die Fähigkeit nicht besitzt, eine Angiogenese, also die Neubildung und das Wachstum von Adern, zu initiieren, wächst er nicht mehr“, erklärt Rabes. Würde es also gelingen, die Neubildung von Gefäßen im Tumor zu unterbinden, könnte man den Tumor „aushungern“. Die

Deutsche Krebshilfe hat vielversprechende Forschungsansätze auf dem Gebiet der „Tumor-Anti-Angiogenese“ gefördert. Diese Arbeiten haben weltweit große Beachtung gefunden. Die Forscher hoffen vor allem, dass die Unterdrückung der Blutgefäßbildung in Tumoren eine Therapie ohne große Nebenwirkungen erlauben wird. „Doch vom Modell zur Therapie ist der Weg oft weit. So vielversprechend die ersten Erfolge auch sind, die Forschung ist hier noch lange nicht beendet“, konstatiert Rabes. Viele Schritte in der Gefäßbildung seien noch nicht identifiziert. Bis wirklich Patienten entsprechend behandelt werden können, wird noch viel Zeit vergehen. Die Deutsche Krebshilfe wird daher auch weiterhin Mittel für Forschungsprojekte zur Anti-Angiogenese bei Tumoren bereit stellen: Zur Zeit unterstützt sie unter anderem ein Forscherteam am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, das untersucht, wie man das für die Gefäßbildung verantwortliche Gen ausschalten kann.

Von der Laborbank in die Klinik – Forschungsergebnisse sollen rasch den Patienten zugute kommen.

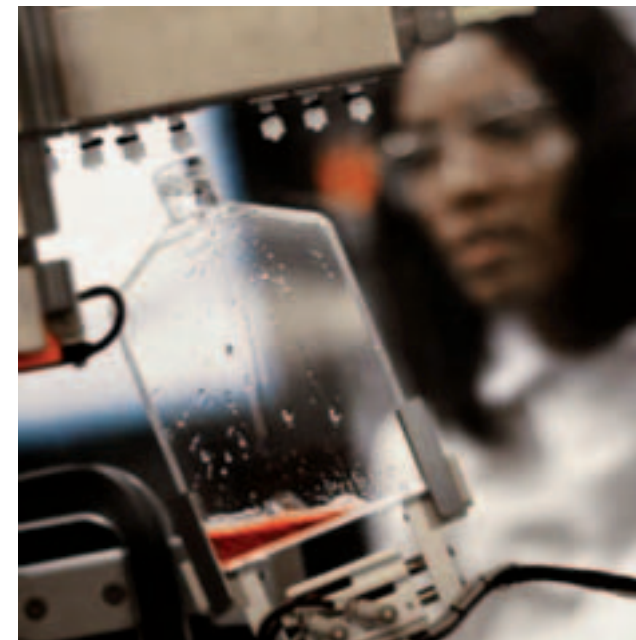


Ein anderes viel versprechendes Forschungsgebiet ist die so genannte „Apoptose“. Wissenschaftler haben vor einigen Jahren herausgefunden, dass es ein „Selbstmordprogramm“ der Zellen gibt. Innerhalb weniger Stunden kann der Körper eine Zelle vollständig eliminieren. Dieser programmierte Zelltod hat eine wichtige regulative Funktion innerhalb des Organismus und garantiert die normale Balance zwischen Zell-Erneuerung und Zell-Verlust. Damit stellt er einen zentralen Teil des Lebens dar: Der Körper kann viele Defekte reparieren, indem er bösartig veränderte Zellen in den Selbstmord treibt. Sind die dafür zuständigen Gene aber verändert, kann die Apoptose nicht mehr ablaufen. Die Folge: Genetisch veränderte Zellen wachsen und teilen sich weiter. Ein Tumor entsteht.

Die Dr. Mildred Scheel Stiftung für Krebsforschung hat im Jahr 2000 ein Schwerpunktprogramm „Apoptose“ ins Leben gerufen, an dem 22 Forschergruppen beteiligt sind. Ihr Ziel ist es zu entschlüsseln, warum einige Krebszellen dieses Selbstmordprogramm nicht ausführen, und herauszufinden, wie dieses Programm wieder angeschaltet werden kann. Eine große wissenschaftliche Herausforderung und eine große Hoffnung für viele Krebs-Patienten.

Eine andere Hoffnung baut auf immunologischen Erkenntnissen auf, die man in den letzten Jahren gewonnen hat. Auch dieser Forschungszweig wird maßgeblich von der Deutschen Krebshilfe gefördert. Die Wissenschaftler untersuchen, wie man die körpereigene Abwehr als Waffe gegen den Krebs benutzen kann. In zahlreichen klinischen Studien wird der Einsatz von Tumor-spezifischen Antikörpern erprobt. Erfolge erhofft man sich auch durch eine Übertragung von Immunzellen, die spezifisch zur Vernichtung von Tumorzellen programmiert sind. „Wir können nicht vorbeugend gegen Krebs impfen, sondern es sollen Stoffe eingesetzt werden, die Killerzellen gegen den Tumor mobilisieren“, erklärt Rabes.

Am Universitätsklinikum Mainz arbeiten Wissenschaftler des von der Deutschen Krebshilfe geförderten Tumor-Vakzinationszentrums an einer Weiterentwicklung dieser aussichtsreichen Therapie. Auch in diesem Zentrum steht die enge Zusammen-



Bei einigen Krebserkrankungen steht die Medizin nach wie vor mit dem Rücken an der Wand. Dazu gehören beispielsweise Bauchspeicheldrüsenkrebs, Lungenkrebs, Eierstockkrebs und bösartige Gehirntumoren. Die Deutsche Krebshilfe setzt mit ihrer Forschungsförderung auch hier Akzente.

arbeit zwischen Klinik und Forschung stets im Mittelpunkt. Erste Erfolge verzeichnen die Wissenschaftler in der Behandlung von Nierenzellkrebs und dem schwarzen Hautkrebs.

Ein anderer Förderschwerpunkt der Deutschen Krebshilfe ist die Erforschung der Metastasierung, also der Ausbreitung von Krebszellen im Körper. Noch ist weitestgehend unbekannt, welche Mechanismen dazu führen, dass Tumorzellen in andere Organe wandern. Bevorzugte Körperregionen der Tochtergeschwülste sind Leber und Lunge, aber auch im Gehirn und in den Knochen treten häufig Metastasen auf. Die Tochtergeschwülste sind nur schwer behandelbar, da sie meist nicht operativ entfernt werden können und oft auch schlechter auf die Strahlen- und Chemotherapie ansprechen. Das Ziel der Wissenschaftler ist, grundlegende Mechanismen der Ausbreitung von Tumorzellen zu erforschen und auf dieser Basis neue Konzepte für Therapien zu ent-

wickeln, die die Metastasierung der Krebszellen stoppen. Außerdem erhoffen sie sich, konkretere Aussagen über den Verlauf einer Tumorerkrankung machen zu können. Das Schwerpunktprogramm „Zelladhäsion, Migration und Invasion“ hat die Dr. Mildred Scheel Stiftung für Krebsforschung im Jahr 2001 ins Leben gerufen. Das Programm besteht aus 22 Einzelprojekten, durch deren Vernetzung die Deutsche Krebshilfe sich einen deutlich größeren Erkenntnisgewinn verspricht als von unabhängigen Einzelprojekten.

Die Mehrheit der Menschen, die an Krebs erkranken, ist über 60 Jahre alt. Da die Menschen immer älter werden, schätzen Experten, dass bis zum Jahr 2030 die Zahl der Krebserkrankungen um 50 Prozent zugenommen haben wird. Probleme in der Geriatrischen Onkologie werden von Wissenschaftlern an der Universität Jena aufgegriffen. Folgende Fragen stehen im Mittelpunkt ihres Projektes: Müssen alte Menschen, die an Krebs erkrankt sind, anders therapiert werden als jüngere? Was kann aus ärztlicher Sicht einem alten krebserkrankten Menschen noch zugemutet werden? Dabei werden besonders Aspekte aus Sicht des Kranken berücksichtigt: Was möchte er selbst? Welche Behandlung und welche Nebenwirkungen ist er bereit, in seinem Alter noch auf sich zu nehmen? Das Forscherteam arbeitet interdisziplinär: Ihm gehören Ärzte der Inneren Medizin, der Psychiatrie, der Klinischen Pharmakologie, der Entwicklungs- und Neuropsychologie sowie der Medizinischen Psychologie an. Die Deutsche Krebshilfe, die dieses Forschungsvorhaben fördert, hofft auf Ergebnisse von großer klinischer, humanitärer und gesundheitspolitischer Bedeutung.

Viele Krebskrankheiten sind heute heilbar. Es gibt aber auch Arten mit einer unverändert schlechten Prognose. Dazu gehört der Bauchspeicheldrüsenkrebs. Diese Krebserkrankung endet meist tödlich. Der Grund für die schlechten Heilungschancen: Diese Krebsart ist mit den herkömmlichen bildgebenden Verfahren nicht frühzeitig zu erkennen. Es müssen daher neue Methoden entwickelt werden, mit deren Hilfe eine Früherkennung möglich wird. Das nationale Verbundprojekt „PancNet“ (German Pancreatic Cancer Net der Deutschen



Die deutsche Krebsforschung hat ein international anerkannt hohes Niveau erreicht – auch dank der Unterstützung durch die Deutsche Krebshilfe.

Krebshilfe) arbeitet an der Erforschung von neuen diagnostischen Strategien beim Bauchspeicheldrüsenkrebs.

In vielen Projekten der Deutschen Krebshilfe geht es um die Erforschung von Krebs im Kindesalter. Krebskranke Kinder haben heute im Gegensatz zu früher gute Heilungschancen. Doch bei manchen kommt der Tumor nach einiger Zeit wieder zurück. Die Deutsche Krebshilfe fördert ein Projekt in Münster, bei dem Wissenschaftler an einer Möglichkeit arbeiten, das erneute Wachstum bösartiger Zellen zu stoppen. Die Forscher machen sich dabei Windpocken-spezifische Abwehrzellen zu Nutze. Wer einmal Windpocken hatte, ist in der Regel sein ganzes Leben lang immun. Die Eigenschaften der Windpocken-spezifischen Immunzellen wollen die Forscher daher mit denen der Tumorabwehr-Zellen kombinieren, um so eine wirkungsvolle Killerzelle herzustellen. Die Windpocken-spezifischen Zellen sollen genetisch so verändert werden, dass sie neben dem Windpockenvirus auch die Tumorzellen erkennen und vernichten. Die Wissenschaftler hoffen, dass so die Krebserkrankungen langfristig kontrolliert werden können.

Das Neuroblastom ist ein Tumor des Nervensystems, der insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern auftritt: Jedes Jahr erkranken etwa 130 Kinder neu daran. Der Tumor entsteht, weil unreife Zellen des Nervensystems unkontrolliert wachsen. Der Heilungserfolg hängt davon ab, ob der Tumor bereits gestreut hat oder nicht. Da die Krankheit lange Zeit keine Beschwerden macht, wird der Krebs oft erst erkannt, wenn sich bereits Metastasen gebildet haben. Nur jedes zweite kranke Kind überlebt dann die nächsten fünf Jahre. In Hannover versuchen Forscher herauszufinden, welche Mechanismen zur Ausbreitung von Neuroblastomzellen im Körper der kleinen Jungen und Mädchen führen. Einige Fakten sind bereits bekannt. So weiß man, dass die Zellen normalerweise durch so genannte Zelladhäsionsmoleküle zusammengehalten werden. Die Tumorzellen können sich aber erst dann ausbreiten, wenn die Verbindung zwischen den Neuroblastomzellen unterbrochen ist. Die Funktion, die das Zelladhäsionsmo-

lekül als „Zell-Klebstoff“ hat, wird durch eine Substanz, die Polysialinsäure, gestört. Die Wissenschaftler hoffen, die Bildung dieser Säure blockieren zu können, um die Metastasierung zu verhindern.

„Ein beträchtlicher Teil der deutschen klinischen und kliniknahen Krebsforschung wird von der Deutschen Krebshilfe und ihrer Tochterorganisation, der Dr. Mildred Scheel Stiftung für Krebsforschung, unterstützt“, fasst Rabes zusammen. Die Anzahl der geförderten Forschungsprojekte hat in den vergangenen Jahren enorm zugenommen. Allein im Jahr 2003 waren es 120 innovative Forschungsvorhaben. Etwa die Hälfte aller eingehenden Projektanträge muss allerdings abgelehnt werden. „Die Ablehnung hat zum Teil fachlich-qualitative Gründe, zum Teil wird aber auch die Grundforderung der Deutschen Krebshilfe – die kliniknahe Forschung mit Bezug zum Patienten – nicht erfüllt“, sagt Rabes.

Die Deutsche Krebshilfe genießt aufgrund ihrer Förderaktivitäten und ihrer Förderpolitik auf dem Sektor der Krebsforschung national und international einen sehr guten Ruf. Rabes: „Sie hat sich innerhalb der so genannten scientific community im Laufe der Jahre einen hohen Stellenwert erworben und gilt als eine der wichtigsten Förderorganisationen in Deutschland für den Bereich der Krebsforschung. Die Beurteilungskriterien und die qualitative Auslese sind streng. Jedem antragstellenden Forscher dürfte bewusst sein, dass schlechte Anträge keine Erfolgsaussichten haben.“

Doch wie sieht die Zukunft aus? Viele Jahre hat Deutschland in der Krebsforschung einen der hinteren Plätze eingenommen. Das hat sich geändert: Das Land hat eine Position erreicht, von der aus international angesehen gearbeitet werden kann. Um diese Position zu halten, ist auch die Nachwuchsförderung auf breiter Basis wichtig. Den Nachwuchskräften müssen strukturelle und finanzielle Hilfen geboten werden, damit sie in Deutschland ihren Platz finden und im internationalen Vergleich bestehen können. Dieses Feld ist für die Deutsche Krebshilfe daher zunehmend wichtiger.

Darüber hinaus wird sich die Deutsche Krebshilfe auch in Zukunft auf Forschungsgebiete

konzentrieren, die besonders ergiebig erscheinen. Dazu gehören neben der Apoptose- und Metastasenforschung auch Erfolg versprechende Forschungsvorhaben wie etwa die Immuntherapie. „Doch die Individualität eines jeden Tumors ist auch gleichzeitig die Krux“, weist Rabes auf ein großes Problem in der Krebsbekämpfung hin. Aber es gibt heute hoffnungsvolle Ansätze, um das Grundprinzip des bösartigen Wachstums von Zellen zu unterbinden und die individuelle Zielbehandlung dann auf die besonderen Eigenschaften des jeweiligen Tumors auszurichten.

Die Deutsche Krebshilfe wird auch weiter in der Forschungsförderung eine große Rolle spielen. „Kennzeichnend für den Stellenwert, den die Organisation dabei einnimmt, ist, dass viele Projektanträge, die früher an die Deutsche Forschungsgemeinschaft, die größte Forschungsförderorganisation in Deutschland, gestellt wurden, heute bei der Deutschen Krebshilfe eingereicht werden“, sagt Rabes. Vieles, was heute schon in den klinischen Alltag eingekehrt ist, ist auf die Förderpolitik und die Förderungsintensität der Deutschen Krebshilfe zurückzuführen.

Das Problem Krebs wird in absehbarer Zeit nicht gelöst. Ob die Krebskrankheiten jemals wirklich besiegt werden können, ist unklar. Aber mit Hilfe der Forschung werden die Möglichkeiten der Krebsbehandlung ständig verbessert. Die Vielzahl der Forschungsvorhaben lässt weitere Erfolge bei der Prävention, Diagnose und Therapie von Krebserkrankungen erwarten. Zahlreiche Strategien scheinen Erfolg versprechend. Um die Krankheit bei jedem Patienten beherrschen zu können, sind aber noch große Anstrengungen erforderlich. Künftige Erkenntnisse aus Grundlagen- und klinischer Forschung eröffnen neue Möglichkeiten für die gezielte Früherkennung und Behandlung. Rabes: „Das gibt Hoffnung, dass die Zahl der Todesfälle durch Krebs reduziert wird und dass das Überleben, das den Menschen durch eine bessere Therapie gegeben wird, auch lebenswert ist.“

Es sind meist keine großen Sprünge, sondern kleine Schritte, mit denen die Krebsforschung voran kommt. Geduld, Ausdauer, gute Ideen und ein wenig Glück gehören dazu.



Verbundprojekte bieten Mehrwert, denn das Ganze ist dabei immer mehr als die Summe der einzelnen Teile. Die Patientenbetreuung in Verbundprojekten ist interdisziplinär.

Seit ihrer Gründung ist es ein Anliegen der Deutschen Krebshilfe, innovative und wichtige Entwicklungen in der Krebsbekämpfung schnell zu erkennen und entsprechend zu fördern. Neben der finanziellen Unterstützung zahlreicher Forschungsprojekte setzt die Deutsche Krebshilfe auch eigene Akzente in der Onkologie. „Wir fördern Forschungsprojekte, die von außen an uns herangetragen werden, wollen aber auch von uns aus Lotsendienste leisten“, erklärt Professor Dr. Dr. h.c. Robert Fischer, ehemaliger Vorsitzender des Medizinischen Beirates der Deutschen Krebshilfe.

„Ein besonderes Instrument sieht die Deutsche Krebshilfe dabei in der Einrichtung und Förderung von interdisziplinären und multizentrischen Forschungsvorhaben“, erklärt Fischer. Es ist der Deutschen Krebshilfe wichtig, Gruppen, die auf einem bestimmten Gebiet arbeiten, zu einem nationalen Verbund zusammenzuschließen. „In überregionalen und interdisziplinären Verbundprojekten kann ein deutlich größerer Erkenntnisgewinn erzielt werden,

als es durch Einzelprojekte möglich wäre“, so Fischer. Er gilt als geistiger Vater der Verbundprojekte der Deutschen Krebshilfe.

Der erste große nationale Verbund der Deutschen Krebshilfe ist das Projekt „Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“, in dem sich zwölf universitäre Gruppen zusammengeschlossen haben. Hintergrund dieses Verbundprojektes: Statistisch wird jede 10. Frau im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs erkranken. Brustkrebs ist damit in Deutschland die häufigste Krebserkrankung der weiblichen Bevölkerung. Fünf bis zehn Prozent der bösartigen Brusttumoren sind erblich bedingt: Die betroffenen Frauen erkranken bereits in jungen Jahren und die Tumorerkrankung verläuft sehr aggressiv.

Um den erblich bedingten Brustkrebs zu erforschen und den betroffenen Familien Hilfen anbieten zu können, hat die Deutsche Krebshilfe 1996 das Verbundprojekt zum erblich bedingten Brust- und Eierstockkrebs initiiert. Mittlerweile überblicken die an dem Projekt beteiligten Ärzte und Wissenschaft-

ler das weltweit größte Kollektiv von Familien mit einer Veranlagung für Brust- und Eierstockkrebs.

Dank dieser interdisziplinären Zusammenarbeit kann heute genau ermittelt werden, bei welchen Frauen eine erbliche Disposition für Brustkrebs vorliegt. Frauen, in deren Familien Brustkrebs bereits aufgetreten ist, können sich in einem der zwölf Zentren beraten und, wenn sie dies wollen, einen Gentest machen lassen. Wird bei einer Person aufgrund ihrer Familiengeschichte oder aufgrund des Testergebnisses ein erhöhtes Risiko festgestellt, steht den Betroffenen ein engmaschiges Früherkennungsprogramm zur Verfügung. Psychologen, Gynäkologen und Humangenetiker arbeiten dabei eng mit den Betroffenen zusammen.

„Bei unseren Verbundprojekten geht es nicht nur darum, Forschung zu betreiben, sondern auch darum, Synergie-Effekte zu nutzen und aus einer mehrjährigen Zusammenarbeit neue Standards in der Diagnostik, Therapie und Nachsorge zu erarbeiten und allgemein verfügbar zu machen“, betont Fischer. Einen hohen Stellenwert hat dabei auch die Übertragung der wissenschaftlich gewonnenen Erkenntnisse in die angewandte klinische Onkologie.

Bei der Unterstützung aller Forschungsvorhaben verliert die Deutsche Krebshilfe die Bedeutung der Ergebnisse für die Patienten nie aus den Augen. Grundlagenforschung ist wichtig. Doch die möglichst schnelle Umsetzung der Ergebnisse in die Krankenversorgung, die rasche Übertragbarkeit in den klinischen Alltag ist gleichrangig. So kommen als Themen für nationale Verbundprojekte in erster Linie solche Gebiete der klinischen Krebsforschung in Frage, die für den Krebs-Patienten relevant sind.

„Wir fördern nur Verbundprojekte auf solchen Gebieten der klinischen Forschung, die einen langfristigen interdisziplinären Ansatz erfordern, an einem Zentrum nicht erschöpfend bearbeitet werden können und nicht bereits von einem Ministerium, der Deutschen Forschungsgemeinschaft oder anderen Organisationen unterstützt werden“, erklärt Fischer. Alle an einem Verbund teilnehmenden Zentren verpflichten sich verbindlich, Daten und Materialien auszutauschen. Die Zentren müssen mit den in das

Verbundprojekt involvierten Referenzzentren, beispielsweise für Datenmanagement und Pathologie, zusammenarbeiten. Jährlich finden Treffen statt, an denen Vertreter aller Zentren teilnehmen und Zwischenauswertungen vornehmen, Erfahrungen austauschen, Leitlinienpapiere erstellen sowie Qualitätskontrollen durchführen. Die Förderung umfasst in der Regel einen Zeitraum von sechs Jahren. Nach drei Jahren erfolgt eine Zwischenbegutachtung durch ein Gutachtergremium der Deutschen Krebshilfe. „Das heißt, wir geben nicht nur den Anstoß für ein Verbundprojekt und finanzieren es, sondern wir begleiten und kontrollieren es über die Jahre hinweg“, sagt Fischer.

Im Jahr 2000 initiierte die Deutsche Krebshilfe das Verbundprojekt „Familiärer Darmkrebs“. In diesem Verbund haben sich sechs Zentren an den

Fünf bis zehn Prozent aller Krebserkrankungen werden vererbt. Die Humangenetik spielt daher eine wichtige Rolle.



Universitätskliniken Bochum, Bonn, Dresden, Düsseldorf, Heidelberg und München / Regensburg zusammengeschlossen. Sie untersuchen und betreuen Familien, in denen vermehrt Darmkrebs aufgetreten ist, nach einem einheitlichen Studienprotokoll. Auch bei diesem Projekt geht es darum, das neu gewonnene Wissen direkt in die Patientenversorgung zu überführen.

Außerdem hat der Medizinische Beirat der Deutschen Krebshilfe im Jahr 2002 das Verbundprojekt „Barrett-Karzinom“ ins Leben gerufen. An dieser bösartigen Krebserkrankung der Speiseröhre sind in den beiden letzten Jahrzehnten deutlich mehr Menschen erkrankt als früher. Der Grund: Die chronische Refluxkrankheit, der Rückfluss von Magensaft in die Speiseröhre, hat erheblich zugenommen. Dies gilt als eine Folge unseres Lebensstils, denn die Erkrankung wird durch die Ernährung und das Körpergewicht beeinflusst. Wie bei vielen anderen Tumorarten ist es auch beim Barrett-Karzinom wichtig, den Tumor und seine Vorläuferstadien möglichst früh zu erkennen, um

Professor Dr. Hartmut Rabes (links) und Professor Dr. Dr. h.c. Robert Fischer (rechts), ehemalige Beiratsvorsitzende, bei ihrer Verabschiedung.



den Patienten heilen zu können. Die im Verbundprojekt zusammengeschlossenen Arbeitsgruppen beschäftigen sich daher insbesondere mit den molekularen Entstehungsmechanismen und der Entdeckung von Frühstadien. Darüber hinaus arbeiten die Wissenschaftler daran, eine risikoadaptierte Diagnostik und Therapie für die betroffenen Patienten zu entwickeln.

Auch zum familiären Bauchspeicheldrüsenkrebs sowie zu den malignen Lymphomen laufen derzeit nationale Verbundprojekte der Deutschen Krebshilfe. „Wir hoffen, durch unsere Verbundprojekte eine wesentliche Hilfe für krebserkrankte Menschen und deren Familien leisten zu können. Zugleich erwarten wir von einem solchen Projekt auch eine Signalwirkung für Forschergruppen, die sich mit den genetischen Grundlagen anderer Krebskrankheiten beschäftigen“, sagt Fischer.

Wie wichtig Verbundprojekte für die Grundlagenforschung, aber vor allem auch für die Patienten sind, macht das jüngste Verbundprojekt der Deutschen Krebshilfe deutlich. Es befasst sich mit Hirntumoren. „Im Vergleich zu anderen Tumoren wie zum Beispiel des Dickdarms oder der Brust kommen Hirntumoren nur relativ selten vor“, sagt Fischer. Daher gibt es noch nicht so viele Erkenntnisse über die Krankheit und ihre Behandlung. „Es gibt heute außer der Operation und der Bestrahlung nur sehr wenige Möglichkeiten, Patienten mit Hirntumoren wirklich optimal zu behandeln“, so Fischer. Das neue Verbundprojekt will medizinische Zentren in Deutschland, die sich bereits mit diesem Thema beschäftigen, noch enger zusammenschließen. Das Ziel ist neue Konzepte zu entwickeln, um die Diagnostik, die Therapie und die Nachsorge der Patienten mit Hirntumoren zu verbessern. „Durch ein solches Projekt kann man in Deutschland die an vielen Stellen diagnostizierten und behandelten Patienten sehr viel besser zusammenfassen, Daten vergleichen und Erkenntnisse bündeln“, erklärt Fischer.

Die Hoffnung der Deutschen Krebshilfe ist, dass die Ergebnisse, die im Rahmen solcher Verbundprojekte erzielt werden, entweder in Therapiestudien münden oder gleich in die Regelfinanzierung durch die Krankenkassen überführt werden.



Therapiestudien sind Puzzle-Arbeit mit System zum Wohle des Patienten.

Therapiestudien – dieses Wort löst ganz unterschiedliche Reaktionen aus: Viele Patienten zucken mit den Schultern, sie haben noch nie davon gehört. Andere verbinden mit Therapiestudien das Stichwort „Versuchskaninchen“. Aber auch Ärzte sind häufig skeptisch oder nur bruchstückhaft informiert. Die Folge: Therapiestudien gehören in der Behandlung von krebserkrankten Erwachsenen immer noch nicht zum klinischen Alltag – obwohl sie große Chancen bieten.

Im Mittelpunkt jeder Studie steht der Patient – und das Bestreben, ihn bestmöglich zu behandeln. „Ziel einer solchen Studie ist es, eine für den Kranken optimale Therapieform zu entwickeln und protokollgerecht anzuwenden. Optimal bedeutet aus der Sicht des Krebs-Patienten: so wirksam wie möglich und gleichzeitig so nebenwirkungsarm wie möglich“, sagt Professor Dr. Dr. h.c. Robert Fischer, ehemaliger Vorsitzender des Medizinischen Beirates der Deutschen Krebshilfe. In Therapiestudien, auch

klinische Studien genannt, werden Behandlungsmethoden an einer größeren Anzahl von Patienten geplant, genau überprüft und danach sorgfältig ausgewertet. Nur so erhalten Ärzte größere Sicherheit im Umgang mit neuen Therapie-Ansätzen und können mit höherer Wahrscheinlichkeit sagen, für welche Patienten eine neue Therapie geeignet ist.

Man unterscheidet in diesem Zusammenhang die präklinischen Studien, bei denen im Labor ein neuer Wirkstoff oder eine neue Behandlungsmethode untersucht werden, die klinischen Arzneimittelprüfungen und die Therapie-Optimierungsprüfungen. Basis jeder Therapie-Optimierungsstudie sind etablierte Verfahren, die durch andere Medikamente, andere Dosierungen oder eine neue Kombination von Behandlungsmethoden modifiziert werden. Jede Studie unterliegt strengster Überwachung und das Wohl des Patienten steht immer im Vordergrund. Der Krebs-Patient wird von der Diagnose bis zur Nachsorge im Rahmen eines kontrollierten Programms behandelt und betreut. „Wer im Rahmen eines solch kontrollierten Programms behandelt wird, hat deutlich bessere Heilungs- und Überlebenschancen als jemand, der ohne Studienprotokoll therapiert wird“, erklärt Fischer. Ein Beispiel: Früher entfernten die

Die guten Heilungserfolge bei vielen Krebserkrankungen basieren auf kontrollierten Therapiestudien.



Ärzte einer Frau mit Brustkrebs stets die gesamte betroffene Brust und den großen Brustmuskel. Großen klinischen Studien hat man heute die Erkenntnis zu verdanken, dass die körperlich und seelisch deutlich weniger belastende brusterhaltende Behandlung in Kombination mit einer Strahlentherapie genauso erfolgreich ist.

Auch die heute sehr guten Heilungserfolge bei Patienten mit einer bösartigen Erkrankung der Lymphknoten, dem Morbus Hodgkin, sind das Ergebnis von Therapiestudien. Die Studien der Deutschen Hodgkin-Lymphom-Studiengruppe (DHSG) hat die Deutsche Krebshilfe seit 1993 mit bisher insgesamt 9 Millionen Euro unterstützt. Dank der Therapiekonzepte, welche die Wissenschaftler aus dieser Studiengruppe immer weiter verbessert haben, liegen die Heilungschancen der Hodgkin-Patienten heute sogar im fortgeschrittenen Stadium bei 85 bis 90 Prozent – weltweit eine Spitzenleistung, die ohne die Deutsche Krebshilfe nicht hätte realisiert werden können. Darüber hinaus hat die DHSG eine flächendeckende, hochqualifizierte Diagnostik, Therapie und Nachsorge in Deutschland aufgebaut.

Die Unterstützung von Therapiestudien hat im Förderprogramm der Deutschen Krebshilfe einen hohen Stellenwert. Insgesamt hat sie mittlerweile 54 Millionen Euro in diesen Bereich investiert. Davon entfallen alleine auf die Studien mit krebskranken Kindern 22,5 Millionen Euro. Insbesondere Therapie-Optimierungsstudien werden in Deutschland fast ausschließlich durch die Deutsche Krebshilfe gefördert. Und das mit großem Erfolg – vor allem in der Kinderkrebs-Medizin: Drei Viertel der betroffenen Kinder werden heute wieder gesund. Doch was bei der Behandlung krebskranker Kinder so gut läuft, ist bei erwachsenen Patienten leider noch nicht erreicht.

„Unser Ziel ist es, in den nächsten Jahren möglichst viele erwachsene Krebs-Patienten im Rahmen kontrollierter Studien oder zumindest nach so genannten Leitlinien zu behandeln“, konstatiert Fischer. Leitlinien sind jedem Arzt zugänglich und geben Aufschluss über den neuesten Stand in der Diagnose und Behandlung der unterschiedlichen Krebserkrankungen.

Ein Problem bei den Therapiestudien ist der damit verbundene zusätzliche Arbeitsaufwand der Ärzte und Krankenhäuser. Die Krankenkassen sind bisher nicht bereit, diesen zusätzlichen Arbeitsaufwand zu bezahlen und begründen dies, indem sie die Therapiestudien der klinischen Forschung zuordnen. „Natürlich ist auch Forschung mit dabei“, betont Fischer. Doch primär sind diese Therapiestudien darauf ausgerichtet, die bis dahin anerkannte Behandlung weiter zu verbessern und das Beste für den Patienten zu erreichen. Deswegen gehören aus der Sicht der Deutschen Krebshilfe die Dokumentation, Registrierung und das Datenmanagement mit zu den Aufgaben der Krankenversorgung, um den Patienten so gut wie möglich zu behandeln.

Voraussetzung für den Erfolg einer Therapiestudie ist, dass sie im Vorfeld sorgfältig geplant wird. Außerdem muss sie soweit wie möglich unabhängig von äußeren Einflussfaktoren wie beispielsweise Alter, Geschlecht oder auch Schweregrad der Erkrankung des Patienten sein. Für jede Studie gibt es nach der Prüfung und Zustimmung durch eine unabhängige Ethikkommission eine zentrale Leitstelle, in der alle Daten zusammenlaufen.

Bei allen Studien steht die Sicherheit des Patienten stets an erster Stelle. Kein Studienteilnehmer wird einem Risiko ausgesetzt. „Für den Patienten besteht keine Gefahr. Denn wenn sich herausstellt, dass die eine Therapieform eindeutig besser ist als die andere, dann wird die Studie abgebrochen und alle Patienten nur noch nach der besseren Variante behandelt“, erläutert Fischer.

Die Qualität von klinischen Studien ist der Deutschen Krebshilfe ein besonderes Anliegen. Gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft hat sie im Jahr 1993 die „Leitkommission Krebs-Therapiestudien“ gegründet, die Studienvorhaben prüft und gegebenenfalls für eine Förderung durch die Deutsche Krebshilfe vorschlägt. Die Aufgaben dieses Gremiums hat zu Beginn des Jahres 2004 der neue Fachausschuss „Krebs-Therapiestudien“ der Deutschen Krebshilfe übernommen.

Aber auch die Rechts- und Finanzierungsprobleme bei der Umsetzung von Therapie-Optimie-

rungsstudien werden in den kommenden Jahren ein wichtiges Anliegen der Deutschen Krebshilfe sein. Darüber hinaus gilt es, politische Stolpersteine aus dem Weg zu räumen. So hat die Deutsche Krebshilfe beispielsweise 2004 durch eine konzertierte Aktion zusammen mit den Fachgesellschaften und Patientenvertretern erreicht, dass eine geplante Novelle des Arzneimittelgesetzes im Sinne der bestmöglichen Patientenversorgung formuliert wurde.

Über ihren neuen Fachausschuss „Krebs-Therapiestudien“ will sich die Deutsche Krebshilfe in Zukunft noch stärker in die politischen Diskussionen einbringen. Erklärtes Ziel der Deutschen Krebshilfe ist es auch, den Patienten die Angst vor solchen Studien zu nehmen: „Wir wollen keinen Patienten dazu überreden, an einer Studie teilzunehmen, sondern wir wollen die Menschen von der Sinnhaftigkeit der klinischen Forschung überzeugen“, sagt Gerd Nettekoven, Geschäftsführer der Deutschen Krebshilfe. „Alle Erfolge der Krebs-Medizin basieren auf einer systematischen Weiterentwicklung der Methoden.“ Diese Botschaft gilt es sowohl den Patienten als auch den betreuenden Ärzten zu vermitteln.

Der Patient steht im Mittelpunkt. Seine Bedürfnisse werden in der Forschung berücksichtigt.





Gute Arbeitsbedingungen für den wissenschaftlichen Nachwuchs – dafür sorgt die Deutsche Krebshilfe.

Die Deutsche Krebshilfe unterstützt die deutsche Krebsforschung seit 30 Jahren nachhaltig und engagiert. Dank ihrer Forschungsförderung haben sich bis heute die Überlebenschancen für viele Patienten deutlich verbessert. Doch was wäre die Forschung ohne qualifizierten Nachwuchs? „Die jungen Köpfe sind unser Kapital“, sagt Professor Dr. Otmar D. Wiestler, Leiter des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg, Vorstandsmitglied und Vorsitzender des neuen Fachausschusses „Medizinische und Wissenschaftliche Nachwuchsförderung“ der Deutschen Krebshilfe. Doch die Konkurrenz in der Forschungsförderung in Deutschland hat erheblich zugenommen und es ist für junge Wissenschaftler nicht immer einfach, ihre Forschungsvorhaben zu

finanzieren. Oft verfügen Kliniken und Forschungsinstitute heute nicht mehr über ausreichende finanzielle Mittel und eine Ausstattung, mit denen sie den Nachwuchs nachhaltig unterstützen können. Wiestler betont daher den hohen Stellenwert, den die Nachwuchsförderung der Deutschen Krebshilfe hat.

Bis heute hatten dank der Deutschen Krebshilfe 440 junge Wissenschaftler und Ärzte die Möglichkeit, im Ausland wichtige Erfahrungen und Erkenntnisse zu sammeln. „Um eine wissenschaftliche Qualifikation zu erlangen, ist es ein sehr bewährtes Instrument, sich für eine gewisse Zeit aus der Klinik abzukoppeln und sich einem renommierten wissenschaftlichen Labor im Ausland anzuschließen“, sagt Wiestler. Ein Mildred Scheel Stipendium ist daher für wissenschaftliche Nachwuchskräfte sehr erstrebenswert. Viele Stipendiaten gehen nach Amerika. Hauptgründe dafür: das wissenschaftliche Know-how und die sehr guten Forschungsbedingungen in den USA. Der deutsche Forscher lernt hier neue Methoden, Theorien und Arbeitsweisen kennen und öffnet sich für innovative Ideen. Weitere wichtige Faktoren sind der tägliche Umgang mit der Wissenschaftssprache Englisch und das Knüpfen internationaler Kontakte.

Wie geht es aber mit den jungen Wissenschaftlern und Ärzten nach ihrer Rückkehr nach Deutschland weiter? „Für die meisten kommt dann eine schwierige Übergangsperiode, denn jetzt ist der Zeitpunkt erreicht, wissenschaftliche Selbstständigkeit zu entwickeln und das, was man gelernt hat, in eigene Projekte und Arbeitsgruppen umzusetzen“, erklärt Wiestler. Doch die jungen Onkologen haben neben ihrer Arbeit mit den Patienten und den Klinikdiensten oftmals keine Zeit für die Umsetzung eigener Forschungsvorhaben. Das neu erworbene Wissen und die Kenntnisse, die sie aus dem Ausland mitgebracht haben, gehen deshalb häufig verloren. Die Deutsche Krebshilfe hat daher im Jahr 2000 beschlossen, ein Förderprogramm zur Einrichtung von wissenschaftlichen Nachwuchsgruppen in der klinischen Onkologie ins Leben zu rufen. Benannt wurde dieses Programm nach einem der Pioniere der Deutschen Krebshilfe: Professor Max Eder, der 1998 verstarb. Professor Eder stand lange Jahre sowohl dem Medizi-

nischen Beirat der Deutschen Krebshilfe als auch dem Wissenschaftlichen Beirat der Dr. Mildred Scheel Stiftung für Krebsforschung als Vorsitzender vor. „Wir wollen mit dem Max-Eder-Programm jungen Ärzten, die aus dem Ausland zurückkehren, unter die Arme greifen, indem wir ihnen relativ großzügig Forschungsmittel zur Verfügung stellen. So können sie neben ihrer klinischen Tätigkeit wissenschaftlich weiterarbeiten und ein eigenes Profil entwickeln“, erläutert Wiestler.

„Der Patient muss im Mittelpunkt stehen“ – diesen Grundsatz verwirklicht die Deutsche Krebshilfe auch im „Max-Eder-Programm“. So werden nur Anträge von Bewerbern angenommen, die in der Krebs-Medizin sowohl ärztlich als auch wissenschaftlich arbeiten wollen. Zweites Kriterium sei, so Wiestler, dass nur junge Leute gefördert würden, die eine exzellente Ausbildung genossen, gute Ideen und eine Vision haben. „Unser Auswahlverfahren ist rigoros. Doch wenn ein Bewerber dieses Verfahren erfolgreich bestanden hat, steht die Deutsche Krebshilfe ihm nicht nur finanziell, sondern auch ideell zur Seite“. Ein Betreuer aus den Reihen der Deutschen Krebshilfe trifft sich regelmäßig mit dem Max-Eder-Kandidaten, bespricht mit ihm die laufenden Arbeiten, aktuellen Ergebnisse und möglichen Probleme. Die Förderung kann insgesamt für fünf Jahre gewährt werden, nach drei Jahren erfolgt aber zunächst eine umfassende Zwischenevaluation. Die Förderung für den Nachwuchswissenschaftler umfasst die Finanzierung von Personalstellen, Materialien und Geräten.

Wichtig bei diesem Programm ist, dass die Deutsche Krebshilfe keinen direkten Einfluss auf die Forschung nimmt. Die jungen Wissenschaftler sollen selbstständig arbeiten können. Wiestler: „Um ein guter Wissenschaftler zu werden, muss man eigene Ideen und Originalität haben. Dafür schaffen wir die entsprechenden Bedingungen. Wenn wir einen Bewerber nach eingehender Prüfung angenommen haben, dann geben wir ihm einen großen Vertrauensvorschuss und lassen ihm Freiraum.“

Dr. Martin Schuler war der erste Max-Eder-Kandidat. Er war 1998 als Mildred Scheel Stipendiat nach San Diego gegangen und hat dort am La Jolla

Institute for Allergy and Immunology gearbeitet. Das Mildred Scheel Stipendienprogramm der Deutschen Krebshilfe ermöglicht jungen Wissenschaftlern und Ärzten die Aus- und Weiterbildung an renommierten Forschungsinstituten oder bedeutenden Krebskliniken im Ausland. Im Rahmen des Max-Eder-Programms forscht Dr. Schuler an neuen gentherapeutischen Strategien zur Behandlung von Lungenkrebs. Für Schuler ist klar: „Das Max-Eder-Nachwuchsgruppenprogramm verbessert die Startvoraussetzungen für ärztliche Nachwuchswissenschaftler am Wissenschaftsstandort Deutschland und kann meines Erachtens ein wichtiger Anreiz für eine Rückkehr sein.“ Dr. Roland Schroers kehrte aus Houston, Texas, zurück. Seine Arbeitsgruppe am Universitätsklinikum Göttingen forscht jetzt im Rahmen des Nachwuchsprogramms auf dem Gebiet der Gen- und Immuntherapie von Krebserkrankungen. Hauptziel ist es, moderne immuntherapeutische Strategien zur Behandlung von Leukämien und Lymphomen zu etablieren.

Durch die beiden Förderinstrumente – die Vergabe von Mildred Scheel Stipendien und das Max-Eder-Programm – leistet die Deutsche Krebshilfe einen wichtigen Beitrag für die Nachwuchsförderung in der deutschen Krebsforschung. Mit beiden Förderprogrammen hat sie Akzente auf dem Gebiet der klinischen Krebsforschung gesetzt. Wiestler: „Die Deutsche Krebshilfe ist wirklich ein Segen, nicht nur für die Krebs-Patienten, sondern auch für die Krebsforschung in Deutschland. Mir ist keine weitere Organisation bekannt, die die Bevölkerung in diesem Maße für die Unterstützung der Forschung mobilisiert und die ein Forschungssegment so stark fördert.“ Die Nachwuchsförderung wird auch in Zukunft ein wichtiger Schwerpunkt der Deutschen Krebshilfe sein. Seit Anfang des Jahres 2004 hat die Deutsche Krebshilfe einen Fachausschuss „Medizinische und Wissenschaftliche Nachwuchsförderung“ eingerichtet, der sich ausschließlich mit der medizinischen und wissenschaftlichen Nachwuchsförderung befasst.

Viele junge Forscher arbeiten eine Zeit lang im Ausland. Ihre Kenntnisse und Erfahrungen kommen den Patienten zugute.



Nicht nur der Körper leidet, sondern auch die Seele. Krebs-Patienten und ihre Angehörigen brauchen Zuwendung, Hilfe und Information. Die Deutsche Krebshilfe hat den Weg bereitet für eine umfassende psychosoziale Begleitung.

Psychosoziale

Betreuung



Wohin mit meinen Fragen? Viele Krebs-Patienten fühlen sich allein gelassen und wünschen sich auch psychosoziale Hilfen auf ihrem Weg durch den Medizinbetrieb.

Die Diagnose „Krebs“ trifft die meisten Menschen plötzlich und völlig unerwartet. Das Leben verändert sich mit einem Schlag. Alle Lebensziele, Inhalte und Werte werden in Frage gestellt. Nicht nur das körperliche Wohlbefinden ist beeinträchtigt. Auch das seelische Gleichgewicht gerät ins Wanken: Ängste, Hilflosigkeit, Kontrollverlust treten an die Stelle von Sicherheit und Vertrauen. Nichts ist mehr so, wie es einmal war: Die Krankheit verändert den Alltag, prägt ihn oftmals ganz maßgeblich. Familie, Beruf und das soziale Umfeld werden in Mitleidenschaft gezogen. In dieser Situation benötigt jeder krebserkrankte Mensch nicht nur die bestmögliche medizinische Therapie, sondern auch seelische Begleitung.

Mildred Scheel stellte die psychische und soziale Versorgung von Krebs-Patienten sehr früh in den Vordergrund. Im Jahresbericht der Deutschen Krebshilfe von 1978 heißt es: „Die Sichtung der Fördermaßnahmen der Deutschen Krebshilfe im

Berichtsjahr 1978 zeigt, dass wir in diesem Jahr der Nachbetreuung Krebskranker vor allem im psychosozialen Bereich besonders breiten Raum gegeben haben.“ An der Universitätsklinik Heidelberg konnte dank der Unterstützung durch die Deutsche Krebshilfe schon 1978 ein Rehabilitationsteam seinen Dienst aufnehmen. Ebenso wurde dort eine zentrale Schulungsstätte für Nachsorgepersonal eingerichtet.

Auch an den vier anderen von der Deutschen Krebshilfe geförderten Tumorzentren in Hamburg, Essen Köln und München nahmen psychosoziale Teams im Jahr 1979/1980 ihre Arbeit auf. Sie betreuten die Patienten, aber auch deren Angehörige. Die Ärzte lernten, sich auf den Sachverstand der psychosozialen Fachkräfte zu verlassen und die seelischen Nöte der Patienten ernst zu nehmen. Die Deutsche Krebshilfe investierte erhebliche finanzielle Mittel in diesen Ansatz zur Etablierung der psychosozialen Versorgung von Tumorpatienten im sta-

tionären Bereich. Mit Erfolg: „Seien Sie froh, dass Sie noch leben“ – diese Aussage rückte zunehmend in den Hintergrund und wurde ersetzt durch ein ganzheitliches Konzept der Patientenbetreuung. Inzwischen ist dieses Konzept anerkannt – wenn auch noch nicht überall in ausreichendem Maße umgesetzt – und die stationäre psychosoziale Betreuung wird grundsätzlich auch von den Krankenkassen finanziert.

1979 unternahm die Deutsche Krebshilfe einen weiteren mutigen Schritt: Mildred Scheel initiierte zusammen mit dem Hartmannbund für die seinerzeit rund 60.000 in der Bundesrepublik niedergelassenen Ärzte einen Nachsorgekongress. Der Versuch schlug jedoch zunächst fehl, die Zeit war offensichtlich noch nicht reif – nur 29 Ärzte sagten ihre Teilnahme zu.

Mildred Scheel, fest von der großen Bedeutung der psychosozialen Nachsorge für Krebskranke überzeugt, stritt sich öffentlich mit ihren Medizinerkollegen und stellte sich ganz auf die Seite der Patienten. Im September 1980 veranstaltete sie erneut mit dem Hartmannbund einen Nachsorgekongress: Ärzte, Psychologen, Angehörige medizinischer Komplementärberufe und Betroffene saßen erstmals gemeinsam an einem Tisch und diskutierten über die Krebsnachsorge. Und das mit Erfolg: Heute ist es selbstverständlich, dass Patienten und Ärzte gemeinsam bei Tagungen miteinander sprechen, dass krebserkrankte Menschen Fortbildungsveranstaltungen besuchen und ihre Bedürfnisse artikulieren.

Dank dieser wichtigen Initiativen der Deutschen Krebshilfe hat sich ein Wandel in der Medizin vollzogen: Der psychosoziale Aspekt von Krebserkrankungen wird zunehmend berücksichtigt, der Patient immer mehr in seiner Ganzheit wahrgenommen. Im Bereich der psychosozialen Betreuung haben die Ärzte mittlerweile auch wissenschaftliche Projekte initiiert und tragen so dazu bei, die Psycho-Onkologie, also die Betrachtung des Wechselspiels zwischen Krebskrankheit und Psyche, auf eine breite Basis zu stellen.

Seelische Probleme von Krebs-Patienten entstehen auf ganz unterschiedlichen Ebenen: Sie können durch den Verlust eines Organs hervorgeru-

fen werden – vor allem, wenn ein sichtbares Organ betroffen ist wie beispielsweise die Brust. „Das kann zu größten seelischen Belastungen führen, auch wenn der Befund manchmal gar nicht so gravierend oder gar lebensbedrohlich ist“, sagt Professor Dr. Dr. Almuth Sellschopp aus München. Sie ist Leiterin der Arbeitsgruppe Psycho-Onkologie am Tumorthherapie-Zentrum an der Technischen Universität München. Daneben gibt es Probleme, die durch die Behandlung selbst entstehen und die Seele belasten: Nebenwirkungen der Chemotherapie wie Haarausfall oder chronische Übelkeit. Auch das Gefühl, im Leben etwas versäumt oder Zeit vergeudet zu haben, beeinträchtigt viele Krebs-Patienten.

Bei all diesen psychischen Problemen benötigen Krebs-Patienten Unterstützung. Diese Unterstützung bietet die Psycho-Onkologie. Was bedeutet das? Die Psycho-Onkologie bezieht sich auf alle seelischen Faktoren, die mit einer Krebserkrankung einhergehen können. Der kranke Mensch steht dabei als ganze Person, als Einheit von Körper und Seele, im Mittelpunkt. „Bei der Psycho-Onkologie ging man vor 20 Jahren in Deutschland zunächst nur von einer verbesserten psychosozialen Versorgung von Krebs-Patienten und ihren Angehörigen aus. Heute kommen als weitere Arbeitsgebiete die Aus-

und Weiterbildung sowie die Forschung hinzu“, erklärt Sellschopp, die als die „Grande Dame“ der deutschen Psycho-Onkologie gilt. Für ihre wegweisenden, international anerkannten Arbeiten auf dem Gebiet der Psycho-Onkologie erhielt sie den Deutsche Krebshilfe Preis 2002.

Die Psycho-Onkologen stehen dem Patienten bei der Bewältigung seiner vielfältigen Ängste, Sorgen und Befürchtungen zur Seite. Eine umfassende Betreuung hat das Ziel, ihn in die Lage zu versetzen, seine Erkrankung aktiv zu bewältigen und zu lernen, mit den Symptomen besser umzugehen. Dabei geht es vor allem darum, Ängste abzubauen und die soziale Integration aufrechtzuerhalten. Der Kranke soll wieder eine Perspektive bekommen – auch wenn

„Da stehst du Freitag-nachmittag und hast Krebs. Keiner steht dir bei.“ So beschreibt eine Brustkrebserkrankte die Bodenlosigkeit nach der Diagnose.

seine Lebenszeit vielleicht begrenzt ist. Es geht um die Verbesserung der persönlichen Lebensqualität des Menschen. Gerade dieser Begriff hat in den letzten Jahren in der Medizin an Bedeutung gewonnen: Er würdigt das subjektive Erleben des Patienten.

„Jeder Patient erlebt seine Krankheit ganz individuell. Gute und schlechte Phasen wechseln einander oftmals ab. Das seelische Befinden muss daher in jedem Stadium der Krebserkrankung berücksichtigt werden“, so die Psycho-Onkologin Sellschopp. Allein der Verdacht auf Krebs löst ganz unterschiedliche Reaktionen aus: von „Nicht-wahr-haben-wollen“ über Panik-Attacken bis hin zu größter Angst. Die Betroffenen schwanken zwischen Hoffen und Bangen. Steht die Diagnose fest, setzt bei vielen der Schock ein – eine enorme psychische Belastung, auch für die Angehörigen. Von diesem Moment an muss sich jeder unweigerlich mit der Krankheit auseinandersetzen. Fragen tauchen auf: „Warum ich?“, „Wie hätte ich das

verhindern können?“, „Was habe ich falsch gemacht?“. Während der Behandlung können Ängste auftreten, welche die berufliche Zukunft betreffen oder aus Reaktionen des sozialen Umfeldes resultieren. Und auch in der Nachsorge gibt es zahlreiche psychische Belastungen: Die Kontrolluntersuchungen können alte Ängste wachrufen.

Eine psycho-onkologische Betreuung kann also in jeder Phase der Krankheitsbewältigung erforderlich sein, um den Krebs-Patienten seelisch zu stabilisieren und ihm neue Lebensziele zu geben. Auch für die Angehörigen ist eine psycho-onkologische Beratung oftmals notwendig und wichtig. Für diese Aufgaben ist ein ganzes Team von Fachleuten erforderlich: Ärzte, Psychologen, Pfleger, Sozialarbeiter, Seelsorger und Physiotherapeuten arbeiten eng zusammen. Mit den Mitteln der Psychotherapie und der Psychologie senken sie die Belastungen durch die Krankheit. Es gibt viele therapeutische Möglichkeiten,

wie Entspannungsmethoden oder künstlerische Therapien, die ergänzend zu Gesprächen eingesetzt werden können.

Aber auch Selbsthilfegruppen und Patientennetzwerke sind hilfreiche Angebote in der psycho-onkologischen Unterstützung: Hier finden Gespräche mit Menschen statt, die Ähnliches erleben oder erlebt haben. Die Erfahrung, dass man kein Einzelfall ist, hilft.

Die Deutsche Krebshilfe ergänzt mit zahlreichen Seminaren in ihrer Dr. Mildred Scheel Akademie das psycho-onkologische Angebot sowohl für Betreuer als auch für Betroffene. Beispielsweise bietet sie für haupt-, neben- und ehrenamtlich in der psychosozialen Betreuung von Krebs-Patienten tätigen Berufsgruppen die mehrteilige Ausbildung „Kunsttherapie in der Psycho-Onkologie“ an. Kurse zur Selbsterfahrung, Trauerarbeit oder Entspannung stehen für Krebs-Patienten und ihre Angehörigen ebenfalls auf dem Programm.

Die Psycho-Onkologie hat zwei Seiten: Zum einen beschäftigt sie sich damit, Krebskranke und Angehörige durch Betreuung in der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Zum anderen befasst sie sich mit Forschungsvorhaben, die in die praktische Arbeit einfließen. Lange Zeit glaubte man beispielsweise, dass die Seele Krebs auslöst. Der Begriff der „Krebspersönlichkeit“ war im Umlauf. Davon hat die Wissenschaft sich heute weit entfernt. Unumstritten ist, dass Ereignisse, die als anstrengend und belastend empfunden werden, emotionale und körperliche Reaktionen hervorrufen können. Doch einen direkten Zusammenhang zwischen psychischen Verletzungen und der Entstehung von Krebs gibt es nicht. „Trotzdem gibt es immer noch viele Patienten, die das glauben. Dagegen müssen wir beherzt angehen“, fordert Sellschopp.

Die Deutsche Krebshilfe hat in den letzten 30 Jahren viele Projekte gefördert, die sich mit der psychischen Situation und mit der Lebensqualität von Krebskranken beschäftigen. An der Kölner Universität hat sie beispielsweise eine Studie unterstützt, in der die psychischen Langzeitfolgen bei Krebs-Patienten untersucht wurden. Denn viele geheilte Patienten



Ein 14-jähriges krebskrankes Mädchen hat den „Zerbrochenen Regenbogen“ gemalt – ein Wunsch nach Normalität.

leiden noch Jahre unter dem Trauma der Diagnose. Ihre Lebensqualität wird durch Ängste, Schlafstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten beeinflusst. In einer anderen von der Deutschen Krebshilfe geförderten Studie wollen die Wissenschaftler herausfinden, ob eine psychosoziale Unterstützung von Krebs-Patienten schon während des Krankenhausaufenthalts einen Einfluss auf die Lebensqualität und die Lebensspanne der Betroffenen hat.

Obwohl der psychischen Situation von Krebskranken heute eine große Bedeutung beigemessen wird, bleiben immer noch viele Patienten mit ihren seelischen Nöten allein. Es gibt nach wie vor Kliniken und Krankenhäuser, in denen die Psycho-Onkologie entweder nicht verankert ist oder vernachlässigt wird. Die Deutsche Krebshilfe förderte daher an mehreren Standorten im Sinne von Strukturhilfen den Aufbau von psycho-onkologischen Diensten.

Darüber hinaus unterstützt die Deutsche Krebshilfe zur Zeit ein Projekt am Tumortherapie-Zentrum des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München mit dem Ziel, auch dort die Psycho-Onkologie als festen Bestandteil in die Behandlung krebskranker Menschen zu integrieren. Im Rahmen des Projektes testen Wissenschaftler ein neues Screening-Verfahren. Es soll die Ärzte in die

Kreativität entfalten und dem künstlerischen Ausdruck Raum geben – das unterstützt die Genesung.





Der Deutsche Krebshilfe Preis 2002 ging an Frau Professor Dr. Dr. Almuth Sellschopp (rechts) als Würdigung ihrer wegweisenden Arbeiten in der Psycho-Onkologie.

Lage versetzen, psychosoziale Risiko-Patienten früh zu identifizieren und ihnen schnell eine psycho-onkologische Behandlung anzubieten. „Um zu verhindern, dass Gefühle wie Angst oder Depressionen die Genesung behindern, müssen psychosoziale Beschwerden frühzeitig erkannt und behandelt werden“, sagt Professor Sellschopp, die das Projekt in München leitet. Doch gerade das rechtzeitige Erkennen von psychischen Problemen ist schwierig. „Durch die Einbindung der Psycho-Onkologie in das Tumortherapie-Zentrum soll die seit langem bestehende Zusammenarbeit von Onkologen und Psycho-Onkologen am Klinikum rechts der Isar weiter ausgebaut und die ganzheitliche Versorgung der Patienten verbessert werden“, betont Sellschopp.

„Das Ziel von Dr. Mildred Scheel war immer, die Psycho-Onkologie flächendeckend in Deutschland einzuführen. Davon sind wir immer noch ein Stück entfernt“, erklärt Almuth Sellschopp. Doch die Deutsche Krebshilfe ist bestrebt, diesem Ziel immer näher zu kommen. Sie hat über die Jahre hinweg kontinuierlich die Psycho-Onkologie in Deutschland unterstützt. „Anfangs hat die Deutsche Krebshilfe vor allem Strukturen geschaffen, damit eine Versorgung der Patienten überhaupt geleistet werden kann. Aus diesen Modellstrukturen resultierten Bestandteile des Versorgungssystems“, erläutert Sellschopp. Die Psycho-Onkologie kann also auf der Basis vorhandener Ressourcen weiter verbessert werden.

Viele Verbesserungen in der psychosozialen Versorgung wurden für den stationären Bereich erzielt. Doch wie steht es um den Krebs-Patienten, wenn er aus dem Krankenhaus entlassen wird? Greift da ebenfalls die psycho-onkologische Betreuung? „Das ist ein Problem“, erklärt Sellschopp, „Es gibt Patienten, die sich bei der Rückkehr in den Alltag vom Krankenhaus distanzieren und keinen Wunsch nach einer nahtlosen Betreuung haben.“ Andere Patienten haben jedoch sehr wohl Bedarf an psychologischer Beratung, der von den Psycho-Onkologen der Klinik nicht mehr gedeckt werden kann. Angehörige und Freunde können dem Kranken beistehen. Doch auch sie sind mit dieser Situation irgendwann überfordert.

Psychosoziale Betreuung ist daher auch in der Krebsnachsorge wichtig. Hier sind niedergelassene Ärzte, psychosoziale Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen gefordert. Sie alle helfen dem Patienten dabei, im Alltag wieder Fuß zu fassen.

Mit dem Ziel, ein regionales Netzwerk der psychosozialen Nachsorge für Krebskranke zu knüpfen, hat die Deutsche Krebshilfe vor einigen Jahren ein Multiplikatoren-Programm initiiert. Professionelle Multiplikatoren – zumeist psychosoziale Fachkräfte – knüpften Kontakte zwischen den verschiedenen Beratungsstellen und Institutionen einer Region, berieten Mitarbeiter im Gesundheits- und Sozialbereich, unterstützten Selbsthilfegruppen und initiierten neue Gruppen mit dem Ziel, den Ausbildungsstand, die Qualitätskontrolle und die Koordination der in der psychosozialen Krebsnachsorge tätigen Menschen zu sichern. Sie machten somit die verschiedenen Beratungs- und Betreuungsdienste eines überschaubaren Raumes optimal nutzbar, stärkten vorhandene Angebote für Krebskranke und regten neue Einrichtungen an. Das Programm startete 1991 für fünf Jahre zunächst in den alten Bundesländern und wurde dann 1998, ebenfalls für fünf Jahre, auch auf die neuen Bundesländer ausgeweitet. Insgesamt hat die Deutsche Krebshilfe 8,3 Millionen Euro für insgesamt 21 Multiplikatorenstandorte im gesamten Bundesgebiet zur Verfügung gestellt.

Die Deutsche Krebshilfe unterstützt seit Jahren auch psychosoziale Krebsberatungsstellen im

Sinne von Anschubförderungen. Hier finden Patienten, die aus der Akut-Behandlung entlassen sind, und ihre Angehörigen Ansprechpartner. So bleiben sie mit ihren Ängsten und Nöten nicht allein. Ziel der Beratungsstellen ist es, den Kranken in die Lage zu versetzen, aufgeklärt und selbstständig Entscheidungen für sein weiteres Leben zu treffen. Die krebskranken Menschen erhalten psychosoziale Hilfe und Orientierung, damit sie die mit ihrer Krankheit verbundenen Probleme besser bewältigen können.

Ein flächendeckendes Netz von psychosozialen Beratungsstellen existiert in Deutschland jedoch keineswegs. Hauptgrund dafür ist, dass sich weder die Kostenträger noch die Öffentliche Hand für die Finanzierung solcher Stellen zuständig fühlen. Die Folgefinanzierung der von der Deutschen Krebshilfe geförderten Krebsberatungsstellen ist daher häufig nicht gesichert. Hier sieht die Deutsche Krebshilfe auch in Zukunft Handlungsbedarf: Das Feld ist noch nicht so bestellt, dass man von einer optimalen und finanziell gesicherten Versorgungssituation in Deutschland sprechen könnte.

„Aufgrund des Bedarfs der Krebs-Patienten nach psycho-onkologischer und psychosozialer Betreuung hat unser neuer Fachausschuss ‚Versorgungsmaßnahmen und -strukturen‘ dieses Feld zu einem Schwerpunktthema für die kommenden Jahre ernannt. Wir werden Konzepte entwickeln, mit dem Ziel, weitere Verbesserungen in der Patientenversorgung sowie in den Versorgungsstrukturen zu erreichen. Allerdings werden wir dabei auch die Politik mit in die Verantwortung nehmen müssen“, so Gerd Nettekoven, Geschäftsführer der Deutschen Krebshilfe. Je besser die Heilungsaussichten werden, desto wichtiger wird es sein, jedem Menschen, der eine Krebserkrankung durchleiden musste, Hilfestellung bei der Rückkehr in seinen Alltag zu geben. „Und dies kann beispielsweise nicht ausschließlich Aufgabe der Deutschen Krebshilfe sein“, betont Nettekoven.

Den krebskranken Menschen als Einheit von Körper und Seele zu erfassen, ist ein wichtiges Anliegen der Deutschen Krebshilfe.



Mildred Scheel initiierte die Zusammenarbeit mit den Krebs- Selbsthilfegruppen.

Die Doktoren wissen besser als wir, wie die medizinische Behandlung für unsere Erkrankung aussieht. Wir aber wissen besser als sie, wie die beste Behandlung für uns als Mensch aussieht.“ Dieses Zitat drückt aus, was Menschen mit den unterschiedlichsten Krebserkrankungen in den vergangenen drei Jahrzehnten dazu bewegt hat, sich in Selbsthilfvereinigungen zusammenzuschließen. Es stammt von Ursula Schmidt, die Mitte der siebziger Jahre die Frauenselbsthilfe nach Krebs – den größten Krebs-Selbsthilfeverband in Deutschland – gegründet hat. Seine Entwicklung ist exemplarisch für viele andere Krebs-Selbsthilfeorganisationen.

Ursula Schmidt sprach aus Erfahrung: Sie hatte Brustkrebs und spürte, dass die medizinische Behandlung lebensnotwendig ist, jedoch alleine nicht ausreicht. Betroffene brauchen während und nach der akuten Therapie seelische Fürsorge, Hilfe, Zuspruch und auch zusätzliche Aufklärung. Unter dem Motto „Wer anderen hilft, hilft auch sich selbst“ tat Ursula Schmidt sich 1976 mit 25 Mitstreiterinnen zu einer Interessengemeinschaft brustkrebskranker Frauen zusammen. Ihr Ziel: Selbstlos, ohne Bezahlung und ohne Beitragsforderungen krebserkrankten Frauen die

Möglichkeit geben, in Gruppen über ihre Krankheit und damit verbundene Probleme zu reden und sich austauschen.

„Die siebziger Jahre sind als das Jahrzehnt der Selbsthilfe in die Geschichte der Sozialpolitik unseres Landes eingegangen“, betont Emmy Becker. Sie hat neben Ursula Schmidt maßgeblich zum Aufbau der Frauenselbsthilfe nach Krebs beigetragen und ist heute Ehrenvorstandsmitglied des Bundesverbandes. Nach seiner Gründung in Mannheim fand der Verband sehr schnell enormen Zulauf von Betroffenen. „Wir bekamen Waschkörbe voll Post. Die Frauen hatten endlich das Gefühl, dass jemand da war, der sich um sie kümmerte“, erzählt Emmy Becker. Sie staunt noch heute darüber, wie sie es in einer kleinen Gruppe damals geschafft haben, diesem Ansturm gerecht zu werden.

Doch bei aller Selbstlosigkeit, mit der sich die Frauen ehrenamtlich engagierten – Kosten entstanden trotzdem. Ursula Schmidt suchte daher sehr bald Kontakt zu möglichen Partnern, um die Frauen bei ihrer Arbeit finanziell unterstützen zu können. Dazu gehörte vor allem die Deutsche Krebshilfe.

Die erste offizielle Förderung erfolgte im Februar 1979: Die Deutsche Krebshilfe unterzeichnete einen Vertrag, in dem sie der Frauenselbsthilfe nach Krebs einen Zuschuss von 100.000 Euro zusicherte. „Dabei ist an einen längerfristigen Förderungszeitraum gedacht“, heißt es in der Vereinbarung. Insgesamt hat die Deutsche Krebshilfe der Frauenselbsthilfe nach Krebs bislang rund 14 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Die Deutsche Krebshilfe hat diesen Krebs-Selbsthilfeverband jedoch über all die Jahre nicht nur finanziell unterstützt. Sie hat auch die Schirmherrschaft für die Frauenselbsthilfe übernommen und leistet damit bis heute ideelle Unterstützung.

Der Einsatz der Deutschen Krebshilfe für die Frauenselbsthilfe nach Krebs war ein ganz persönliches Anliegen von Mildred Scheel. „Ab 1981 bis zu ihrer schweren Erkrankung hat Frau Dr. Scheel zweimal im Jahr 25 bis 30 Gruppenleiterinnen zu einem Gespräch in ihr Haus in Köln eingeladen. Bei Tee und Kuchen wurde in gemütlicher Atmosphäre geplau-

dert. Diese Teestunden dienten dem Kennenlernen und dem Informationsaustausch“, erzählt Emmy Becker.

Für die Frauenselbsthilfe nach Krebs bedeutete die Förderung durch die Deutsche Krebshilfe eine Befreiung aus finanziellen Engpässen und die Möglichkeit, sich ganz ihren eigentlichen Aufgaben zuzuwenden. Aus einer kleinen Gruppe gleichgesinnter Frauen ist in den vergangenen Jahrzehnten eine Bewegung entstanden, die sich heute über die gesamte Bundesrepublik erstreckt und aus über 430 Selbsthilfegruppen besteht. Diese Gruppen arbeiten unter dem Dach der Landesverbände und des Bundesverbandes. Ihr Anliegen ist es, die

Situation Krebskranker im medizinischen und psychosozialen Bereich zu verbessern, gesundheitliche Ratschläge zu vermitteln, zu informieren und aufzuklären. Jede Gruppe versucht einen Arzt zu finden, der für medizinische Fragen und Auskünfte vor Ort zur Verfügung steht und auf Anfrage auch zu den Gruppenstunden kommt. Die Gruppenleiterinnen laden oft auch Ärzte, Psychologen und andere Therapeuten und Experten aus dem Gesundheitswesen zu Vorträgen und Diskussionsrunden ein. Seit vielen Jahren sind die Gruppen auch für Männer geöffnet und sie nehmen Patienten mit verschiedensten Krebserkrankungen auf.

Seit der Gründung der ersten Selbsthilfeorganisationen ist es den engagierten Männern und Frauen gelungen, das Patienten-Arzt-Verhältnis deutlich zu verbessern. Patienten, die sich einer Selbsthilfegruppe angeschlossen haben, stehen den Medizinerinnen als selbstbewusste und aufgeklärte Partner gegenüber mit dem Ziel, aktiv mitzuhelfen, die Krankheit in den Griff zu bekommen.

Zu den wichtigsten Krebs-Selbsthilfeverbänden gehören heute die Deutsche ILCO, eine Vereinigung, die sich um Krebskranke mit künstlichem Darm- und Blasen Ausgang kümmert, der Bundesverband der Kehlkopflösen, der Arbeitskreis der Pankreatektomierten für Menschen ohne Bauch-

„Experten in eigener Sache“
– so verstehen sich die Vertreter der Selbsthilfe. Wer neu mit der Krankheit Krebs konfrontiert wird, für den ist der Kontakt zu anderen Betroffenen unverzichtbar.

speicheldrüse, die Bundesarbeitsgemeinschaft Prostatakrebs Selbsthilfe, die Deutsche Hirntumorhilfe sowie die Deutsche Leukämie- und Lymphom-Hilfe. Alle diese Verbände werden von der Deutschen Krebshilfe unterstützt.

Die Mitglieder der Krebs-Selbsthilfegruppen arbeiten als Fachleute in eigener Sache. Aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen können sie anderen Betroffenen besonders gut in vielen Lebenslagen Hilfestellung leisten und Anregungen geben. „Alle Gruppenteilnehmer empfinden jedoch das gemeinsame Gespräch und das vertrauensvolle Miteinander als unverzichtbar“, betont Emmy Becker. „Die gegenseitige Hilfeleistung verbindet. Die Betroffenen

finden in der Gruppe Menschen, die zuhören – ohne Fragen zu stellen, die verletzen könnten.“ Die Mitglieder von Selbsthilfegruppen sind mittlerweile bei den Ärzten so anerkannt, dass sie als wichtige Gesprächspartner zu Kongressen und Tagungen eingeladen werden. Ständige Weiterbildung ist daher wichtig. Und auch dafür engagiert sich die Deutsche Krebshilfe: Ihre Dr. Mildred Scheel Akademie für Forschung und Bildung in Köln bietet auch für Leiterinnen und Leiter sowie Mitglieder von Selbsthilfegruppen Fort- und Weiterbildung an. So informiert, verstehen die Patienten sich als Partner der Ärzte. Sie setzen sich dafür ein, Betroffenen und Angehörigen in einer Zeit voller Ängste und Ungewissheit beizustehen.

„Schau mich an: Das Leben geht weiter!“ – eine Botschaft der Hoffnung.



Auch wenn viele Patienten mittlerweile mehr über ihre Krankheit wissen als Mitte der siebziger Jahre – Selbsthilfegruppen sind heute genauso notwendig wie vor 30 Jahren. Je mehr die Erkenntnis in den Vordergrund getreten ist, dass es in der Krebs-Medizin vor allem um den ganzen Menschen geht, desto wichtiger sind die Selbsthilfegruppen geworden. Sie zeigen Defizite in der Behandlung krebserkrankter Menschen auf und tragen die Diskussion darüber in die Öffentlichkeit. Die Selbsthilfegruppen wirken nach innen und nach außen. „Neben der individuellen Hilfe für Patienten durch die Selbsthilfe-Initiativen vor Ort ist in den letzten Jahren mehr und mehr der Anspruch gewachsen, die Interessen nach außen, das heißt gegenüber Politikern, Krankenkassen und anderen Institutionen zu vertreten“, erklärt Anita Waldmann, Vorsitzende der Deutschen Leukämie- und Lymphom-Hilfe. Dabei arbeiten die Selbsthilfeverbände mit öffentlichen, privaten und wissenschaftlichen Organisationen zusammen.

Der Deutschen Krebshilfe ist es auch in Zukunft ein großes Anliegen, eng mit den Selbsthilfegruppen zusammenzuarbeiten. Den Verbänden zu weiterer Akzeptanz und zu einem noch höheren Stellenwert zu verhelfen, ist ihr dabei ein wichtiges Ziel. Sie hat mit bisher insgesamt 23 Millionen Euro die Krebs-Selbsthilfe gefördert. Zu Beginn des Jahres 2004 hat die Deutsche Krebshilfe einen Fachausschuss „Krebs-Selbsthilfe/Patientenbeirat“ eingerichtet, der sich mit den Anliegen der Selbsthilfeorganisationen befasst. Das allein zeigt, wie wichtig der Deutschen Krebshilfe Selbsthilfe und Patientenvertretung sind. Ursula Schmidt ist 1986 gestorben. Ihre Vision lebt aber in allen Selbsthilfegruppen weiter: „Jeder Einzelne soll zu echter Mitmenschlichkeit wacherüttelt werden. Ihm soll bewusst gemacht werden, was den einen heute getroffen hat, kann den anderen morgen treffen. Leben bedeutet nicht nur, in unserer Leistungsgesellschaft voranzukommen, sondern Leben heißt auch: glauben und fühlen, den anderen in seiner seelischen Not verstehen, ihm die Hand entgegenzustrecken, um ihm aus dem Tief seines Leides herauszuhelfen.“



Von der Deutschen Krebshilfe geförderte Krebs-Selbsthilfeorganisationen: Deutsche Leukämie- und Lymphom-Hilfe, Arbeitskreis der Pankreatektomierten, FrauenSelbsthilfe nach Krebs, Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe, Deutsche Hirntumorhilfe, Bundesverband der Kehlkopflösen und Deutsche ILCO (Illeostomie: künstlicher Dünndarmausgang, Colostomie: künstlicher Dickdarmausgang)



Palliativmedizin ist
Medizin für das Leben.
Die Lebensqualität
steht im Vordergrund.

Die Linderung körperlicher Beschwerden und die Versorgung des Kranken gegebenenfalls bis zu seinem Tod waren in früheren Zeiten ureigenste Aufgaben der Ärzte. Im Laufe der letzten 100 Jahre rückte die Begleitung unheilbar kranker Menschen jedoch immer mehr in den Hintergrund. Die Ursache: Die Medizin hat im letzten Jahrhundert enorme Fortschritte gemacht. Und je mehr Krankheiten erfolgreich behandelt werden konnten, desto weniger stand derjenige Patient im Mittelpunkt, bei dem eine Heilung nicht mehr möglich ist.

Die Deutsche Krebshilfe hat maßgeblich zu einem Bewusstseinswandel in Deutschland beigetragen. Mit ihrer Unterstützung wurde 1983 in Köln die erste Palliativstation eröffnet. „Besonderer Signalcharakter im Bereich der Krebsnachsorge ging von der Palliativstation für schwerstkranke Krebs-

Patienten an der Chirurgischen Universitätsklinik zu Köln aus“, schreibt Mildred Scheel im Vorwort zum Jahresbericht 1983 der Deutschen Krebshilfe.

Angst vor unerträglichen Schmerzen, vor einem langen Dahinsiechen ohne Würde und vor der Abhängigkeit von medizinischen Geräten weckt gerade bei unheilbar kranken Krebs-Patienten häufig den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe. Diesen Menschen umfassend zu helfen und ihre Lebensqualität trotz der schweren Erkrankung zu erhalten, ist Anliegen der Palliativmedizin. Sie legt sich wie ein schützender Mantel um einen unheilbar Kranken: Sie lindert körperliche Symptome der Krankheit und betreut den Kranken seelisch, geistig und sozial. In der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO heißt es: „Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt.“ Palliativmedizin ist damit eine wirkliche Alternative zur Sterbehilfe.

Die Einrichtung der ersten Palliativstation in Köln gilt als Quantensprung für die Versorgung unheilbar kranker Krebs-Patienten in Deutschland. Diese Station, die zunächst in der Chirurgischen Klinik der Universität angesiedelt war, wurde 1992 – erneut mit finanzieller Unterstützung der Deutschen Krebshilfe – überführt in das mit 15 Palliativbetten ausgestattete Dr. Mildred Scheel Haus auf dem Gelände der Universitätskliniken zu Köln. „In vielen intensiven Gesprächen mit Frau Scheel sind die Pläne für dieses Haus entstanden, in dem heute auf höchstem Niveau palliativmedizinisch gearbeitet wird“, erinnert sich Professor Dr. Heinz Pichlmaier, emeritierter Direktor der Klinik und Poliklinik für Chirurgie der Universität zu Köln und ehemaliger Leiter der Palliativstation des Dr. Mildred Scheel Hauses. Pichlmaier gilt in Deutschland als einer der Wegbereiter der aus England stammenden Palliativtherapie.

Das Dr. Mildred Scheel Haus ist ein ruhender Pol inmitten des oft hektischen Klinikalltags. Es wurde so konzipiert, dass die Kranken nicht nur medizinisch optimal versorgt werden, sondern vor allem auch Behaglichkeit, Geborgenheit und Heiterkeit erfahren können. „Das Ziel, das hinter dem palliativmedizinischen Konzept steckt, ist die Rückgewin-





Nicht dem Leben
Tage geben,
sondern den Tagen
Leben geben
ist Anliegen der
Palliativmedizin.

nung der Hoffnung auf ein sinnerfülltes, erträgliches Leben, solange es noch dauert“, sagt Pichlmaier.

Das Engagement der Deutschen Krebshilfe für die Palliativmedizin war mit der Einrichtung der Kölner Palliativstation und dem Bau des Dr. Mildred Scheel Hauses bei weitem nicht beendet. Mit ihrer Unterstützung entstanden weitere modellhafte Stationen an zahlreichen Krankenhäusern, beispielsweise in Bonn, Flensburg und Hamburg. Nach der Wiedervereinigung hat die Deutsche Krebshilfe auch in den neuen Bundesländern begonnen, den Aufbau von Palliativstationen voranzutreiben, wie am Krankenhaus St. Joseph-Stift in Dresden oder am Katholischen Krankenhaus St. Johann Nepomuk in Erfurt.

Die Palliativmedizin will nicht nur Leiden lindern, sondern auch die Eigenständigkeit des Patienten erhalten oder wiederherstellen. Eine Palliativstation ist daher keine Endstation: Viele Patienten können nach einer Weile gestärkt wieder in ihre vertraute Umgebung zurückkehren. Aber auch dort bleiben sie nicht allein: Wenn es notwendig oder gewünscht ist, kann – wie in Köln – ein Hausbetreuungsdienst die weitere palliativmedizinische Versorgung und Pflege des schwerkranken Patienten übernehmen. Solche Hausbetreuungsdienste sind eine unverzichtbare Ergänzung zu Palliativstationen: Sie ermöglichen es schwerkranken Menschen, in ihrer vertrauten Umgebung zu bleiben. Die Deutsche Krebshilfe fördert daher ihren Auf- und Ausbau.

Darüber hinaus unterstützt sie stationäre und ambulante Hospize. Die Mitarbeiter dieser Einrichtungen begleiten Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Die Deutsche Krebshilfe leistet Starthilfe beim Aufbau und gibt den Trägern der Einrichtungen Rückendeckung, wenn diese mit den Kostenträgern über die Folgefinanzierung verhandeln. Mit der Förderung von Palliativstationen, Hausbetreuungsdiensten und Hospizen hat die Deutsche Krebshilfe Strukturen geschaffen und erheblich dazu beigetragen, die Versorgung von unheilbar kranken Menschen zu verbessern. „Trotz dieses großen Engagements besteht in Deutschland weiterhin eine palliativmedizinische Unterversorgung der Bevölkerung“, betont Pichlmaier. In Deutschland gibt es derzeit 1.760 Palliativ- und

Hospizbetten – damit ist eine ausreichende stationäre und ambulante Versorgung nicht gewährleistet. Viele Patienten müssen daher lange Wartezeiten in Kauf nehmen – oftmals erleben sie eine Aufnahme auf eine Palliativstation nicht mehr.

„Bis der Bedarf gedeckt ist, werden jedoch noch viele Jahre vergehen“, so Pichlmaier. Daher muss bereits jetzt ein zweiter Weg beschritten werden: die Ausbildung der Ärzte. Palliativmedizin soll und darf nicht nur in eigens dafür eingerichteten Institutionen geleistet werden. Sie muss Einzug halten in alle Krankenhausabteilungen, in denen schwerkranke Tumorkranke versorgt werden. Die Sensibilität für den Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen soll den angehenden Ärzten bereits im Medizinstudium vermittelt werden. Die Deutsche Krebshilfe hat daher an der Universität zu Köln die Einrichtung eines Lehrstuhls für Palliativmedizin bewilligt.

Aber auch alle anderen in der Betreuung schwerkranker Menschen tätigen Berufsgruppen wie Krankenschwestern, Kranken- und Altenpfleger brauchen Aus- und Weiterbildung. Eine derartige Ausbildung erhalten sie in der Dr. Mildred Scheel Akademie, die ebenfalls im Kölner Mildred Scheel Haus beheimatet ist. Diese Akademie gilt als Kristallisationspunkt für die Palliativmedizin in Deutschland. Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen etwa in Palliative Care und Hospizpflege werden hier ebenso angeboten wie Konflikt- und Stressbewältigungstraining für Betroffene und Angehörige. Um ihre Arbeit in Deutschland auf eine breitere Basis zu stellen, kooperiert die Akademie mit dem Aus-, Weiter- und Fortbildungszentrum für Palliativmedizin am Malteserkrankenhaus in Bonn, mit der Christophorus Akademie für Hospiz und Palliativmedizin in München sowie mit der Akademie für Palliativmedizin am St. Joseph-Stift in Dresden.

Der Bedarf an Palliativmedizin wird in den kommenden Jahren stetig steigen. Die Deutsche Krebshilfe versteht sich als Sprachrohr der Krebs-Patienten und fordert daher von Bund und Ländern, sich für die Palliativmedizin zu engagieren. Palliativmedizin muss fester Bestandteil des Gesundheitswesens

werden. Voraussetzung für eine Verbesserung der palliativmedizinischen Betreuung ist eine kontinuierliche Aus- und Fortbildung im medizinischen und pflegerischen Bereich. Die Deutsche Krebshilfe ist bereit, zusätzliche Stiftungsprofessuren einzurichten, wenn diese nach Auslaufen der Förderung in eine dauerhafte Finanzierung übernommen werden. Alle Ärzte und Pflegekräfte sollen in Zukunft die Grundlagen der Palliativmedizin beherrschen. Die Palliativmedizin darf nicht der Diskussion um die Finanzierung des Gesundheitswesens zum Opfer fallen. Im Gegenteil: Sie muss weiter vorangetrieben werden. Palliativmedizinische Betreuung bietet schwerkranken Menschen neue Perspektiven in der ihnen noch verbleibenden Lebenszeit. Sie ist daher aktive Lebenshilfe: „Palliativmedizin ist menschliche Zuwendung für Kranke und Sterbende“, sagt Dr. Hans-Joachim Möhle, ehemaliger Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krebshilfe. Daher wird sich die Deutsche Krebshilfe auch in Zukunft aktiv für die Palliativmedizin einsetzen.

Palliativmedizin braucht Forschung und Lehre. Die Deutsche Krebshilfe fordert Bund und Länder auf, sich diesen Feldern verstärkt zu widmen.

Ärzte müssen für den Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen sensibilisiert werden.





Information

Jeder Krebs-Patient braucht Informationen und Aufklärung, damit er seinen persönlichen Weg finden kann, mit der Krankheit umzugehen. Denn nur ein aufgeklärter Patient, der versteht, was mit ihm geschieht, kann Fragen stellen und aktiv an seiner Genesung mitarbeiten. Schon bald nach der Gründung der Deutschen Krebshilfe zeichnete sich ab, dass die Organisation für viele Krebs-Patienten und ihre Angehörigen erste Anlaufstelle für Informationen über die Erkrankung war. Die Deutsche Krebshilfe galt als besonders wichtige Instanz für alle Sorgen, Nöte und Probleme, die durch die Krebserkrankung ausgelöst werden.

„In den Anfangsjahren der Deutschen Krebshilfe hat Mildred Scheel viele Anrufe von Betroffenen selbst entgegen genommen – nicht nur tagsüber, sondern, wenn es sein musste, auch nachts“, erzählt Annemarie Kerp, ihre langjährige Mitarbeiterin. „Doch die persönlichen Anfragen an Mildred Scheel nahmen immer mehr zu. Es sprach sich unter den Betroffenen herum, dass sie selber zu erreichen ist“, so Kerp. Aber irgendwann war dies nicht mehr zu bewältigen.

Um Mildred Scheel zu entlasten und die Beratung auf eine professionelle Basis zu stellen, beschloss die Deutsche Krebshilfe 1982, einen Auskunfts- und Beratungsdienst einzurichten. Dafür setzte man zunächst Mitarbeiter des bereits 1976 gegründeten Härtefonds ein. Der Dienst war nicht auf medizinische Beratungen ausgerichtet, sondern es wurde Hilfestellung geleistet auf sozialer Ebene. Während aus dem Härtefonds finanzielle Unterstützungen geleistet wurden, arbeitete der Informationsdienst als Sozialberatungsstelle.

Noch heute erhalten unverschuldet in eine finanzielle Notsituation geratene Krebs-Patienten und ihre Angehörigen Unterstützung aus dem Härtefonds der Deutschen Krebshilfe. Diese kann beispielsweise

in Anspruch genommen werden, wenn ein berufstätiges Familienmitglied aufgrund einer Krebserkrankung statt eines vollen Gehalts zeitweise Krankengeld erhält. Um sicherzustellen, dass die Gelder wirklich denjenigen zugute kommen, die sie am dringendsten benötigen, sind die Zuwendungen an Familieneinkommensgrenzen gebunden. Seit 1976 hat die Deutsche Krebshilfe mit rund 51 Millionen Euro über 124.000 Bedürftigen helfen können.

Die Mitarbeiter des Infodienstes halfen im Rahmen ihrer Möglichkeiten, wenn Betroffene Schwierigkeiten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und anderen Institutionen hatten. Doch das Aufgabenfeld der Beraterinnen und Berater erweiterte sich im Laufe der Jahre. Heute vermittelt das Team Adressen von Tumorzentren, Selbsthilfegruppen, Nachsorgekliniken und anderen onkologischen Einrichtungen. Betroffene erhalten insbesondere psychologische Unterstützung und individuelle Hilfe. Auch Personenkreisen wie etwa Ärzten oder Pflegepersonal stellt der Dienst aktuelle Informationen zum Thema Krebs zur Verfügung. Die Anfragen an den Informations- und Beratungsdienst stiegen kontinuierlich an: Allein im Jahr 2003 baten monatlich rund 1.600 Menschen schriftlich, telefonisch oder per E-Mail um Rat.

Ihr Aufklärungs- und Informationsangebot unterstützte die Deutsche Krebshilfe von Beginn ihrer Arbeit an durch zahlreiche Informationsschriften. Schon unmittelbar nach Gründung des Vereins wurde auf Anregung von Dr. Mildred Scheel eine Broschüre entwickelt, die Krebs-Patienten als Wegweiser durch die Nachsorge dienen sollte. In dieser Broschüre beschrieben namhafte Mediziner, wie sich Krebskranke nach der akuten Behandlung verhalten sollten. Außerdem klärten sie die Patienten darüber auf, welche sozialen Hilfen sie in Anspruch nehmen können.

und Beratung

In den darauf folgenden Jahren entwickelte die Deutsche Krebshilfe zahlreiche Patienten-Broschüren über die häufigsten Krebsarten, die sie kostenlos verteilt. Dazu gehörten in der Anfangszeit beispielsweise die Ratgeber „Krebs, wer ist gefährdet?“ und „Brustkrebs – ein Ratgeber für brustoperierte Frauen“.

Das Broschürenangebot der Deutschen Krebshilfe erweiterte sich kontinuierlich: 1985

Ein aufgeklärter und gut informierter Krebs-Patient kann Fragen stellen und aktiv an seiner Heilung mitarbeiten.

erschien erstmals die Informationsschrift „Krebs im Kindesalter“, 1987 wurde „Hautkrebs“ herausgegeben. Ab 1992 erschienen die Broschüren im Rahmen der Reihe „Die blauen Ratgeber“. Heute umfasst diese Broschürenserie 29 Titel. Die häufigsten Krebsarten, aber auch

Themen wie „Teamwork – Krebs-Patienten und Ärzte als Partner“, „Fatigue“ und „Hilfen für Angehörige“ werden behandelt. Allein im Jahr 2003 hat die Deutsche Krebshilfe mehr als 2,8 Millionen Broschüren kostenfrei verschickt.

Ergänzend zur Reihe „Die blauen Ratgeber“ hat die Deutsche Krebshilfe 1995 eine zweite Broschürenserie aufgelegt, die Themen der Krebs-Prävention behandelt. Die ersten beiden Titel lauteten: „Wertvoll – Gesunde Ernährung“ und „Aufatmen – Erfolgreich zum Nichtraucher“. Darüber hinaus ergänzen seit 1996 Video-Ratgeber das Aufklärungs- und Informationsangebot der Deutschen Krebshilfe. Einfühlsam und anschaulich informieren sie über einzelne Krebsarten und geben Hilfen, die das Gespräch mit dem Arzt erleichtern. Die Video-Reihe umfasst heute 15 Filme.

In den neunziger Jahren begannen immer mehr Krebs-Patienten das Internet als Informationsquelle zu nutzen. Um dem Wunsch vieler Krebs-Patienten nach seriösen und allgemeinverständlichen Informationen gerecht zu werden und Orientierung im virtuellen Dschungel der gesundheitsrelevanten Themen zu bieten, präsentierte sich die Deutsche Krebshilfe 1996 erstmals selbst im Internet: Unter www.krebshilfe.de startete sie mit einer eigenen

Website, auf der zunächst alle Broschüren und Presse-Informationen online abgerufen werden konnten. Im Laufe der Jahre verbesserte und erweiterte die Deutsche Krebshilfe ihr Serviceangebot im Internet immer mehr. Dazu gehörte beispielsweise auch die Möglichkeit, Anfragen per E-Mail an die Deutsche Krebshilfe zu richten oder einen Newsletter zu abonnieren, der Interessierte regelmäßig über neue Projekte und Aktionen der Deutschen Krebshilfe informiert.

„Wir wollen möglichst vielen Menschen Informationen über Krebs zugänglich machen. Auch im Internet legen wir besonderen Wert darauf, dass diese allgemein verständlich sind“, sagt Gerd Nettekoven, Geschäftsführer der Deutschen Krebshilfe. Die Deutsche Krebshilfe informiert umfassend und auf der Grundlage neuester Erkenntnisse. „Es ist keinem Betroffenen mit Informationen gedient, die auf Emotionen und unrealistischen Hoffnungen basieren“, so Nettekoven. Allein im Jahr 2003 zählte die Deutsche Krebshilfe auf ihren Internet-Seiten mehr als 800.000 Besucher. „Und auch in Zukunft werden wir den modernen Kommunikationswegen offen gegenüber treten – und dabei stets die allgemein verständliche und sachliche Information für den Krebs-Patienten in den Mittelpunkt stellen“, sagt Nettekoven. Denn nur wer sachlich und gut informiert ist, kann Maßnahmen zur Krebsvorbeugung ergreifen und wichtige Vorsorge-Untersuchungen wahrnehmen.

Um das Tabu „Krebs“ zu brechen, startete Mildred Scheel bereits in den Anfangsjahren zahlreiche Aufklärungs- und Informations-Kampagnen. Dabei ging es ihr zunächst vor allem darum, das Interesse an den Krebs-Früherkennungsuntersuchungen zu erhöhen. In bundesweiten Plakat-Aktionen mit knappen, aber eindringlichen Botschaften forderte die Deutsche Krebshilfe die Bürgerinnen und Bürger auf, zur Krebs-Früherkennung zu gehen. 1976 wurde die erste fahrbare Mammographie-Station in Deutschland mit Spendenmitteln der Deutschen Krebshilfe eingerichtet. Auch damit wollte man auf die Notwendigkeit jährlicher Untersuchungen hinweisen. Der Mammographie-Bus war von Mitte Januar 1977 bis Ende März 1977 unterwegs. Der Andrang war groß:

In den drei Monaten wurden 1.240 Frauen untersucht. Auch in den folgenden Jahrzehnten machte die Deutsche Krebshilfe die Krebs-Früherkennung immer wieder zum Thema ihrer Aufklärungs-Kampagnen. Die Botschaft: Vorbeugung und Früherkennung einer Krebserkrankung sind die wirksamsten Waffen im Kampf gegen den Krebs.

„Europa gegen den Krebs“ – unter diesen Titel stellte die Kommission der Europäischen Gemeinschaft 1988 eine groß angelegte Kampagne mit dem Ziel, die Zahl der Krebs-Toten bis zum Jahr 2000 um 15 Prozent zu senken. Ein Kodex mit zehn Regeln sollte dabei die Bevölkerung auf vermeidbare Risiken hinweisen und zu einer gesundheitsbewussten Lebensführung motivieren. Die Deutsche Krebshilfe stellte diesen Kodex im Rahmen einer Aktionswoche im Mai 1988 auf dem Bonner Münsterplatz vor und überreichte ihn dem damaligen Bundeskanzler Helmut Kohl. 1989 verlängerte die EG-Kommission die Aktion „Europa gegen den Krebs“ um zunächst weitere fünf Jahre. Um die Zusammenarbeit mit den anderen europäischen Krebsligen zu verstärken, trat die Deutsche Krebshilfe 1990 der European Cancer Leagues (ECL), der europäischen Vereinigung der Krebsligen,

als assoziiertes Mitglied bei. Seit dieser Zeit findet jedes Jahr im Oktober eine Aktionswoche „Europa gegen den Krebs“ statt, die in Deutschland maßgeblich von der Deutschen Krebshilfe organisiert wird.

1987 etablierte die Deutsche Krebshilfe gemeinsam mit der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft die Kommission zur Früherkennung und Prävention von Hautkrebs. Nach Gründung der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP) im Jahr 1989, startete diese Kommission unter dem Titel „So schützen Sie sich vor schwarzem Hautkrebs“ im Sommer 1989 ihre erste Aufklärungskampagne. Im Sommer 1991 folgte die Aktion „Achtung, Sonne“ über den richtigen Umgang mit UV-Strahlen. Diese Aufklärungs-Aktionen werden bis heute jeweils im Sommer durchgeführt. Mit ihrem Lebensphasenprogramm haben die Deutsche Krebshilfe und die Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention im Jahr 2002 ihre Aktivitäten erheblich ausgeweitet und noch zielgruppenspezifischer ausgerichtet. Im Jahr 2004 standen beispielsweise bundesweit Grundschüler sowie ihre Lehrer und Eltern im Mittelpunkt der Kampagne. Erste große Erfolge der Zusammenarbeit zeichnen sich bereits ab:

Ein Drittel aller Krebserkrankungen geht auf das Konto des Rauchens. Die Deutsche Krebshilfe will den Einstieg in die Nikotinsucht verhindern und den Ausstieg fördern.



Der Umgang mit der Sonne hat sich verändert. Viele Menschen wissen heute um die Gefahren einer übermäßigen UV-Bestrahlung und schützen sich vor Sonnenbrand.

Seit 1997 ist die Deutsche Krebshilfe Mitglied der KOALITION GEGEN DAS RAUCHEN. Dem Steuerungsgremium dieses Bündnisses gehören unter anderem auch der Ärztliche Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit, die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, das Deutsche Krebsforschungszentrum Heidelberg, die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Lungenstiftung an. Die Initiative wurde 1992 gegründet mit dem Ziel, Erkenntnisse über die Schädlichkeit des Rauchens politisch umzusetzen und rechtliche Maßnahmen zum Schutz von Nichtrauchern, insbesondere Kindern und Jugendlichen, zu unterstützen. 2003 wurde die Koalition in AKTIONSBÜNDNIS NICHTRAUCHEN umbenannt.

Mit dem Ziel, der Botschaft „Früh erkannt – heilbar“ mehr Durchschlagkraft zu verleihen und Patienten, Ärzte, Wissenschaftler, Politiker und Journalisten in einen konstruktiven Dialog einzubinden, richtete die Deutsche Krebshilfe 2002 das Steuerungsgremium „Krebs-Früherkennung“ ein. Gleichzei-

„Früh erkannt – heilbar!“ Das gilt für den Hautkrebs genauso wie für Brust-, Darm-, Gebärmutter- und Prostatakrebs.



tig forderte sie eine konzertierte Aktion aller Beteiligten des Gesundheitswesens, in der sowohl die Bevölkerung als auch die Ärzteschaft motiviert werden, die Krebs-Früherkennung ernst zu nehmen. Den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen forderte die Deutsche Krebshilfe auf, sich neuen Methoden der Krebs-Früherkennung zu öffnen. Vom Bundesgesundheitsministerium erwartet die Deutsche Krebshilfe in Zukunft verstärkte politische Überzeugungsarbeit.

Einen ersten großen Erfolg ihrer Bemühungen verzeichnete die Deutsche Krebshilfe bereits im gleichen Jahr: Seit dem 1. Oktober 2002 wird Männern und Frauen mit 55 und 65 Jahren im Rahmen des gesetzlichen Krebs-Früherkennungsprogramms eine kostenlose Spiegelung des Dickdarms angeboten. Nach Einschätzung von Experten könnten damit jährlich mehr als 15.000 Todesfälle als Folge von Dickdarmkrebs verhindert werden. Und auch die Einführung eines Mammographie-Screenings sieht die Deutsche Krebshilfe als einen wichtigen Etappensieg an: Mittlerweile hat jede Frau zwischen 50 und 69 Jahren einen Rechtsanspruch, sich regelmäßig qualitäts gesichert auf Brustkrebs untersuchen zu lassen. Nach der Neustrukturierung ihrer Gremien firmiert das Steuerungsgremium „Krebs-Früherkennung“ seit Anfang 2004 unter dem Fachausschuss „Krebs-Früherkennung“. Er initiiert die Entwicklung qualitätsgesicherter Leitlinien für die Früherkennung verschiedener Krebsarten, gibt den Anstoß für Kampagnen zur Inanspruchnahme von Krebs-Früherkennungsuntersuchungen und begleitet diese, prüft wissenschaftliche Projekte auf dem Gebiet der Krebs-Früherkennung und ist auch gesundheitspolitisch auf diesem Feld aktiv.

Nicht nur Patienten brauchen Information und Beratung, sondern alle, die Krebskranken helfen. 1992 gründete die Deutsche Krebshilfe daher die Dr. Mildred Scheel Akademie für Forschung und Bildung in Köln. Sie ist eine Fort- und Weiterbildungsstätte für alle diejenigen, die täglich mit der Krankheit Krebs zu tun haben. Dazu gehören Berufsgruppen wie Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger, Psychologen und Sozialarbeiter, aber auch ehrenamtlich in der Betreuung von Krebskranken tätige Menschen wie Leiterin-

nen und Leiter von Selbsthilfegruppen. Darüber hinaus sind die Krebs-Patienten selbst und ihre Angehörigen bis heute eine wichtige Zielgruppe des Programms der Dr. Mildred Scheel Akademie. Einer der Schwerpunkte der Seminare und Veranstaltungen war von Anfang an die Palliativmedizin. „Darin spiegelt sich eine der wichtigsten Aufgaben der Dr. Mildred Scheel Akademie wider: Multiplikator für die Palliativmedizin zu sein“, sagt Professor Dr. Heinz Pichlmaier. Die Seminarteilnehmer tragen ihr neues Wissen in die Kliniken und onkologischen Abteilungen, so dass auch dort Palliativmedizin praktiziert werden kann, wo keine gesonderte Palliativstationen vorhanden sind.

Die Themen der Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Mildred Scheel Akademie bestimmt eine eigene Programmkommission. Darüber hinaus bindet die Akademie zahlreiche Kooperationspartner in ihre Planungen ein. Dazu gehören die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und andere Fachgesellschaften, Verbände wie beispielsweise die Selbsthilfeorganisationen sowie externe Referentinnen und Referenten. Jährlich nutzen rund 2.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer das umfangreiche Akademie-Angebot. Allein im Jahr 2003 umfasste es 80 Kurse. „Mit niedrigen Seminargebühren wollen wir einem großen Interessentenkreis die Teilnahme an unseren Veranstaltungen ermöglichen“, erklärt Gerd Nettekoven, Geschäftsführer der Dr. Mildred Scheel Akademie. Die Deutsche Krebshilfe steht ihren Spendern gegenüber in der Pflicht und trägt Verantwortung dafür, die ihr anvertrauten Gelder für ihre satzungsgemäßen Aufgaben einzusetzen. „Insofern sehen wir das Betreiben der Dr. Mildred Scheel Akademie nicht ausschließlich unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten“, so Nettekoven.

„Der ständige Kontakt zu den Medien war für die Deutsche Krebshilfe von Beginn an eine wichtige Voraussetzung dafür, die vielschichtigen Probleme der Krebsbekämpfung einer breiten Öffentlichkeit nahe zu bringen und aktuelle Entwicklungen auf diesem Sektor publik zu machen“, heißt es im Jahresbericht 1986. „Durch eine große Anzahl von Pressemeldungen, die neue Projekte und Programme der



Die Informationsveranstaltungen in der Dr. Mildred Scheel Akademie für Forschung und Bildung in Köln erfreuen sich großer Beliebtheit.

Deutschen Krebshilfe vorstellen oder auf gesundheitliche Gefahren aufmerksam machen sollen, werden die Journalisten kontinuierlich informiert.“ Das ist heute nicht anders als in den achtziger Jahren. „Eine Organisation wie die Deutsche Krebshilfe ist auf eine gute Zusammenarbeit mit der Presse angewiesen. Journalisten sind wichtige Mittler und Multiplikatoren und sie helfen uns, die Menschen zu erreichen und anzusprechen“, sagt Friedrich Carl Janssen. Dass ihr die Medien vertrauen, spiegelt sich in den zahlreichen Veröffentlichungen wider: Viele Journalisten berichten immer wieder seriös, kenntnisreich und fair über die Arbeit der Deutschen Krebshilfe. Allein im Jahr 2003 zählte die Organisation fast 1.800 Publikationen mit einer Gesamtauflage von 370 Millionen, 343 Fernsehbeiträge mit einer gesamten Zuschauerzahl von 110,2 Millionen und 483 Hörfunkbeiträge, in denen es um die Arbeit der Deutschen Krebshilfe ging.

„Die Deutsche Krebshilfe hat das Ziel, dass künftig jeder Bürger unseres Landes darüber informiert ist, wie er sich vor Krebs schützen kann und dass er sich in allen Fragen zum Thema Krebs an die Deutsche Krebshilfe wenden kann“, sagt Janssen.

Das Vertrauen der Bürger in die Deutsche Krebshilfe ist ungebrochen. Bester Beweis dafür ist das kontinuierlich steigende Spendenaufkommen. In den ersten fünfzehn Monaten nach ihrer Gründung verzeichnete die Deutsche Krebshilfe bereits Einnahmen von mehr als 4,6 Millionen Euro. Beim zehnjährigen Bestehen lagen die jährlichen Einnahmen bei 18,9 Millionen Euro. 1988 wurde die 25-Millionen-Grenze überschritten, 1995 die 50-Millionen-Grenze. In ihrem 30. Geschäftsjahr erzielte die Deutsche Krebshilfe ein Ergebnis von 73,2 Millionen Euro.

Die Deutsche Krebshilfe finanziert ihre Aktivitäten ausschließlich aus Spenden und freiwilligen Zuwendungen. Sie erhält keine öffentlichen Mittel. Das versetzt sie in die Lage, über die Vergabe der Gelder jederzeit unabhängig entscheiden zu können. Bei Bedarf kann sich die Deutsche Krebshilfe schnell und unbürokratisch auf aktuelle Entwicklungen einstellen.

Größter Einnahmeposten der Deutschen Krebshilfe sind Erbschaften und Vermächtnisse. Fast 8.500 Menschen haben der Deutschen Krebshilfe seit 1974 auf diese ganz besondere Art ihr Vertrauen bewiesen. Die Einnahmen aus Erbschaften und Vermächtnissen werden weitgehend für die Finanzierung von langfristigen Forschungsprojekten eingesetzt. Damit kommt die Deutsche Krebshilfe dem Wunsch vieler Erblasser nach, das Vermögen nach dem Erbfall im Rahmen der langfristig angelegten Krebsforschung zu verwenden. Bei großen Erbschaften oder Vermächtnissen besteht die Möglichkeit, den Nachlass mit dem Namen des Erblassers zu verbinden. So wurde der „Deutsche Krebshilfe Preis“ nach dem verstorbenen Dr. Wilhelm Hoffmann benannt. Die Deutsche Krebshilfe erfüllt damit den Wunsch der Familie Hoffmann, mit den Zinserlösen aus ihrem Vermächtnis herausragende Wissenschaftler auf dem Gebiet der Krebsbekämpfung auszuzeichnen. Im Jahr 2004 verleiht die Deutsche Krebshilfe diesen Preis zum achten Mal.

Einzelspenden und die Mitgliedsbeiträge aus dem Mildred Scheel Kreis sind der zweitgrößte Einnahmeposten. Fast 400.000 Spender überweisen

der Deutschen Krebshilfe zwischen 2 und 120.000 Euro im Jahr. Wer mit einem jährlichen Beitrag von mindestens 50 Euro die Arbeit der Deutschen Krebshilfe unterstützt, kann Mitglied im Mildred Scheel Kreis, dem Förderverein der Deutschen Krebshilfe, werden. Die Mitglieder des Mildred Scheel Kreises sind der Deutschen Krebshilfe besonders verbunden. Darum erhalten sie regelmäßige Informationen über die Arbeit der Organisation, haben ein Vorbelegungsrecht für bestimmte Kurse der Dr. Mildred Scheel Akademie für Forschung und Bildung in Köln und werden zu Eröffnungen und Besichtigungen eingeladen.

Zahlreiche Menschen engagieren sich mit originellen Ideen und unter großem persönlichem Einsatz bei Aktionen zu Gunsten der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Kinderkrebshilfe. Sie organisieren Straßen- und Schützenfeste, veranstalten Wettkämpfe, Feste, Konzerte, Versteigerungen und Modenschauen. Vor allem in der Weihnachtszeit nutzen viele Firmen die Aktion „Spende statt Geschenke“, um Geld für den guten Zweck zu sammeln. Immer mehr Menschen verzichten bei Geburtstagen oder Jubiläen auf Geschenke und bitten ihre Gäste stattdessen um eine Spende für die Arbeit der Deutschen Krebshilfe. Viele Angehörige sehen bei Beerdigungen von Kranz- und Blumenspenden ab und bitten im Sinne der Verstorbenen um eine Kondolenzspende für die Deutsche Krebshilfe. Die Deutsche Krebshilfe erhält darüber hinaus Einnahmen aus Bußgeldern, die bei Ordnungswidrigkeiten oder in Strafsachen auferlegt werden.

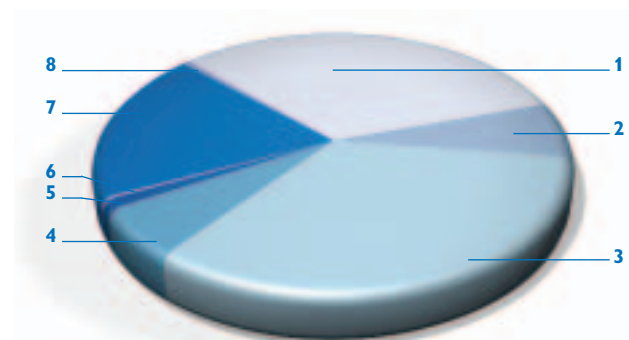
Die Stiftung Deutsche Kinderkrebshilfe unterstützt ihre Arbeit mit dem Verkauf von Benefiz-Produkten rund um Maari, dem Maskottchen der Deutschen Kinderkrebshilfe. Dieses Maskottchen, ein Marienkäfer-Prinz, ist als Steiff-Figur erhältlich und soll kranken und gesunden Kindern Freude machen. Im Rahmen der Aktion „Trost spenden mit Maari“ können großzügige Spender ein Stofftier für krebskranke Kinder finanzieren. Die Deutsche Kinderkrebshilfe bereitete im Rahmen dieser Aktion bereits mehr als 2.000 krebskranken Kindern eine große Freude.

In den letzten Jahren hat die Sensibilität der Bürger in Bezug auf die Vertrauenswürdigkeit von Spendenorganisationen zugenommen. Dem trägt die Deutsche Krebshilfe Rechnung: In einer freiwilligen Selbstverpflichtung hat sie sich strenge Regeln auferlegt, die den ordnungsgemäßen Umgang mit den Spenden sowie ethische Grundsätze bei der Spendenakquise betreffen. Im Zuge dieser Regeln lässt die Deutsche Krebshilfe die einwandfreie Verwendung und Verwaltung der Spenden ebenso von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer unter die Lupe nehmen wie den wirtschaftlichen Einsatz der Mittel.

„Transparenz ist für die Deutsche Krebshilfe das oberste Gebot, wenn es darum geht, die Verwendung ihrer Einnahmen in der Öffentlichkeit zu dokumentieren“, sagt Bernd Schmitz, Geschäftsführer der Deutschen Krebshilfe. Dazu dienen regelmäßige

Presse-Informationen, der jährliche Geschäftsbericht und die Zeitschrift „Deutsche Krebshilfe“, die viermal im Jahr an die Spender versandt wird. Die einzelnen Schwerpunkte ihres Förderspektrums überprüft die Deutsche Krebshilfe regelmäßig auf ihre Aktualität und Dringlichkeit hin. Die größten Posten in der Mittelverwendung sind die klinischen Maßnahmen und die Forschungsförderung. Die Deutsche Krebshilfe investiert die ihr anvertrauten Gelder aber auch in Kinderkrebsprojekte, in einen Härtefonds für Menschen, die durch ihre Krebserkrankung in finanzielle Not geraten sind, in psychosoziale Maßnahmen sowie in die Information und Aufklärung. „Dabei sind wir stets bemüht, den Verwaltungsaufwand so gering wie möglich zu halten. In unserem 30. Geschäftsjahr lagen die Verwaltungskosten bei 3,7 Prozent des Haushaltes“, konstatiert Schmitz.

Einnahmen 1974 bis 2003 (in Mio.€)



1 Einzelspenden/Mitgliedsbeiträge	361,9
2 Aktionen/Jubiläen	74,8
3 Erbschaften/Vermächtnisse	375,2
4 Kondolenzen	67,2
5 Bußen	11,7
6 Umsatzerlöse	2,5
7 Zins-/Wertpapiererträge	211,9
8 Sonstige Erträge	4,3
Gesamtsumme	1.109,5

Mittelverwendung 1974 bis 2003 (in Mio.€)



1 Klinische Maßnahmen (u.a. klinische Forschung)	276,6
2 Forschungsförderung (kliniknahe Grundlagenforschung)	288,3
3 Kinderkrebsprojekte	83,4
4 Psychosoziale Maßnahmen/Krebs-Selbsthilfe	58,6
5 Härtefonds	50,8
6 Information und Aufklärung	47,3
7 Dotierung für Stiftungen	188,8
8 Spendenakquisition	55,4
9 Verwaltung	60,3
Gesamtsumme	1.109,5



Prof. Dr. Otmar D. Wiestler,
Vorsitzender des Beirates
„Krebshilfe-Organisationen“

Gerd Nettekoven,
Geschäftsführer
Deutsche Krebshilfe

Vor 30 Jahren war die Versorgung krebskranker Menschen in Deutschland schlecht. Die Deutsche Krebshilfe hat im Laufe von drei Jahrzehnten intensiv an der Verbesserung in allen Bereichen der Krebsbekämpfung mitgewirkt: Etwa die Hälfte aller Krebs-Patienten wird heute – bei frühzeitiger Erkennung und optimaler Therapie – dauerhaft geheilt. Für einen weiteren Teil der Patienten kann das Leben mit Krebs lebenswert gestaltet werden. Dennoch: Krebs ist und bleibt eine potentiell tödliche Erkrankung. Jedes Jahr erkranken fast 400.000 Menschen allein in Deutschland neu an Krebs – Tendenz steigend. Und nach wie vor sind beispielsweise Defizite in den Strukturen des Gesundheitswesens und der fachübergreifenden Arbeit der Ärzte nicht zu übersehen. Die Deutsche Krebshilfe hat klare Vorstellungen, wie sich auch in Zukunft Verbesserungen in der Versorgung von Tumorpatienten erzielen lassen. Bei der Umsetzung ist die Deutsche Krebshilfe jedoch mehr denn je angewiesen auf die Politik, die Kostenträger des Gesundheitswesens und nicht zuletzt auch weiterhin auf die Spendenbereitschaft der Bevölkerung.

Wir sind fest davon überzeugt, dass in der effizienteren Ausrichtung der Abläufe des Medizinbetriebes ein großes Potenzial liegt, um Krebs-Patienten besser versorgen zu können. Ein besonderes Augenmerk wird die Deutsche Krebshilfe daher künftig auf

die Verbesserung der Versorgungsstrukturen sowie auf die Versorgungsforschung richten. Wir halten es für zwingend notwendig, dass die Behandlung krebskranker Menschen in ausgewiesenen, spezialisierten und qualitätsgesicherten Zentren erfolgt. Dabei möchten wir uns für den Aufbau von Strukturen einsetzen, die eine optimale Versorgung der Patienten in solchen Zentren sicherstellen. Die in diesem Buch angesprochene Evaluierung der bestehenden Tumorzentren und neue strukturelle Entwicklungen sind dafür eine wichtige Grundlage.

Neben einer effizienten und fachübergreifenden medizinischen Behandlung sieht die Deutsche Krebshilfe als wesentlichen Baustein in der Versorgungskette die psycho-onkologische und psychosoziale Betreuung von Tumorpatienten an. Dieses Feld ist trotz der im Laufe der Jahre geschaffenen Strukturen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich nicht befriedigend bestellt. Die Deutsche Krebshilfe entwickelt Konzepte, um dem Bedarf der Patienten gerecht zu werden. Der zu Beginn des Jahres 2004 eingerichtete neue Fachausschuss „Versorgungsmaßnahmen und -forschung“ der Deutschen Krebshilfe hat die psycho-onkologische und psychosoziale Betreuung von Tumorpatienten zu einem Schwerpunktthema für die kommenden Jahre erklärt.

Die Krebs-Selbsthilfe, die uns bereits seit dem Jahre 1976 am Herzen liegt und die wir maßgeblich fördern, wird für uns auch in Zukunft ihren hohen Stellenwert behalten. Nicht umsonst hat die Deutsche Krebshilfe für dieses wichtige Gebiet im Zuge der Neuausrichtung ihrer Gremienstruktur den Fachausschuss „Krebs-Selbsthilfe / Patientenbeirat“ eingerichtet, um Patientenvertreter noch enger in ihre Arbeit einzubeziehen.

Auch für die von der Deutschen Krebshilfe in Deutschland auf den Weg gebrachte Palliativmedizin sehen wir weiteren Handlungsbedarf. Nach dem Aufbau von Strukturen wie Palliativstationen, ambulanten Palliativdiensten und Hospizen sowie von Einrichtungen der Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Palliativmedizin, setzt die Deutsche Krebshilfe künftig einen Schwerpunkt in der Strukturförderung im universitären Bereich. Wir halten es für notwen-

dig, die Palliativmedizin flächendeckend auch in die Hochschullandschaft zu integrieren. Wichtig ist uns hier die Einrichtung von Professuren und Lehrstühlen. Die Deutsche Krebshilfe ist bereit, gemeinsam mit den Ländern Konzepte zu erarbeiten und zur Umsetzung punktuell auch Anschubförderungen zu leisten.

Für viele der jährlich fast 400.000 Krebs-Neuerkrankungen in Deutschland gibt es gute therapeutische Möglichkeiten. Zahlreiche Krebs-Patienten können allerdings nach wie vor nicht geheilt werden. Bei einigen Krebserkrankungen, beispielsweise dem Bauchspeicheldrüsenkrebs, dem Eierstockkrebs, dem Lungenkrebs oder den bösartigen Gehirntumoren, steht die Medizin immer noch mit dem Rücken an der Wand. Grund genug für die Deutsche Krebshilfe, die Krebsforschung auch künftig mit Nachdruck zu fördern. Nur über Erkenntnisse der Grundlagen- und der klinischen Forschung sind Schritt für Schritt Verbesserungen in der Diagnostik und Therapie von Krebserkrankungen möglich. Die Deutsche Krebshilfe hat für die künftige Forschungsförderung gezielt Unterstützungsprogramme entwickelt, damit Forschungsprojekte effektiv durchgeführt werden können und wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse dem Patienten schnell zu Gute kommen. Wir sind uns unserer großen Verantwortung als Förderer der Krebsforschung bewusst.

Leider werden zahlreiche Krebserkrankungen nach wie vor viel zu spät entdeckt. Daher haben wir nicht nur die Heilung im Blick. Besonders wichtig erscheint uns auch die Prävention – also die Vorsorge und die Vermeidung von Krebserkrankungen. Die Deutsche Krebshilfe wird sich künftig noch stärker diesem Feld widmen und beispielsweise das Nicht-rauchen, eine gesunde Ernährung und den richtigen Umgang mit der Sonne propagieren sowie Projekte auf diesem Gebiet fördern. Experten gehen davon aus, dass durch Prävention zwei Drittel aller Krebserkrankungen vermieden werden könnten. Dass wir mit unserer Entscheidung, die Prävention zu einem Schwerpunkt unserer Arbeit zu machen, richtig liegen, bestätigt uns das Vorhaben der Bundesregierung, ein Präventionsgesetz auf den Weg zu bringen, das bis Ende 2004 verabschiedet werden soll.

Aber nicht nur in der Prävention, sondern auch in einer besseren Inanspruchnahme der Krebs-Früherkennung sieht die Deutsche Krebshilfe Chancen, Menschenleben zu retten und die Lebensqualität zu verbessern. Gerade die so genannten Massentumoren – Haut-, Darm-, Brust- und Prostatakrebs – sind einer Früherkennung gut zugänglich. Wir sind uns darüber im Klaren, dass die Methoden der Früherkennung regelmäßig auch kritisch hinterfragt und überprüft werden müssen. Um das gesetzliche Krebs-Früherkennungsprogramm auch gesundheitspolitisch mit zu beeinflussen, hat die Deutsche Krebshilfe im Rahmen der Neuordnung ihrer Gremienstruktur zu Beginn des Jahres 2004 den Fachausschuss „Krebs-Früherkennung“ eingerichtet. Ziele des Ausschusses sind die Initiierung der Entwicklung qualitätsgesicherter Leitlinien für die Früherkennung verschiedener Krebsarten, die Prüfung wissenschaftlicher Projekte auf diesem Gebiet sowie die Initiierung und Begleitung von Kampagnen zur Inanspruchnahme von Krebs-Früherkennungsuntersuchungen.

Welch hohen Informations- und Beratungsbedarf Tumorpatienten und deren Angehörige haben, erfährt der Informations- und Beratungsdienst der Deutschen Krebshilfe täglich. Die Fragen der Betroffenen zielen nicht mehr nur auf Adressen von Tumorzentren, Selbsthilfegruppen, Nachsorgekliniken, psychologische Unterstützung sowie individuelle Hilfe. Der Dienst wird verstärkt auch mit medizinischen Fragen konfrontiert. Aufgrund seiner personellen Struktur kann er diesen Nachfragen gegenwärtig jedoch nicht gerecht werden. Um die Bedürfnisse der Patienten in Zukunft noch professioneller befriedigen zu können, wird die Deutsche Krebshilfe über eine Strukturveränderung des Informationsdienstes und eine Ausweitung des Aufgabenspektrums nachdenken.

Prof. Dr. Otmar D. Wiestler
Gerd Nettekoven

Die Vorstände der Deutschen Krebshilfe und ihrer Tochterorganisationen

Deutsche Krebshilfe e.V.

Klaus Dörrie, Dietzenbach
Wilfried Jacobs, Düsseldorf
Friedrich Carl Janssen, Köln (Vorsitzender)
Prof. Dr. Sabine von Kleist, Feldberg
Dr. Gerhard Knorr, München
Hans-Peter Krämer, Köln
Michael Kranz, Bonn
Prof. Dr. Peter Propping, Bonn
Dr. Alfons Titzrath, Düsseldorf

Mildred Scheel Kreis e.V.

Prof. Dr. Sabine von Kleist, Feldberg (Vorsitzende)
Friedrich Carl Janssen, Köln
Michael Kranz, Bonn

Dr. Mildred Scheel Stiftung für Krebsforschung

Prof. Dr. Claus Rainer Bartram, Heidelberg
Prof. Dr. Manfred Erhardt, Essen
Friedrich Carl Janssen, Köln (Vorsitzender)
Michael Kranz, Bonn
Prof. Dr. Siegfried Matern, Aachen
Olaf Wegner, Köln
Prof. Dr. Hartmut Wekerle, Martinsried

Stiftung Deutsche KinderKrebshilfe

Klaus Dörrie, Dietzenbach
Wilfried Jacobs, Düsseldorf
Friedrich Carl Janssen, Köln (Vorsitzender)
Prof. Dr. Sabine von Kleist, Feldberg
Dr. Gerhard Knorr, München
Hans-Peter Krämer, Köln
Michael Kranz, Bonn
Prof. Dr. Peter Propping, Bonn
Dr. Alfons Titzrath, Düsseldorf



2004