



Interview mit Herrn Professor Dr. Peter Albers

Präsident der Deutschen
Krebsgesellschaft (DKG)



Deutsche Krebsgesellschaft in stetigem Wandel

Professor Dr. Peter Albers leitet die Klinik für Urologie am Universitätsklinikum Düsseldorf und ist neben seiner klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit seit vielen Jahren in der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) aktiv. Albers war 2012 Kongresspräsident des 31. Deutschen Krebskongresses. 2016 wurde er zum Präsidenten der Deutschen Krebsgesellschaft gewählt, nachdem er bereits Vizepräsident war. Seit 2008 engagiert er sich außerdem als Sprecher der DKG-Zertifizierungskommission Prostatakarzinom für eine qualitativ hochwertige Versorgung von Prostatakrebspatienten. Mit Professor Albers (**PA**) sprach Professor Dr. J. F. Riemann (**JFR**), Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke.

JFR: Ich hatte 2013 Gelegenheit, mit Prof. Schmiegel, dem damaligen Präsidenten der Deutschen Krebsgesellschaft, ein Interview zum Thema „**Zertifizierte Tumorzentren**“ zu führen, einer der Schwerpunkte in seiner Amtszeit ([2013-06-Interview-Schmiegel.pdf](#)). Ich danke Ihnen daher sehr, dass Sie ebenfalls zu einem Interview bereit sind. Wo werden Sie die **Schwerpunkte** Ihrer Tätigkeit setzen?

PA: Zwei Jahre Präsidentschaft sind für politische Belange ein kurzer Zeitraum. Doch bereits in den ersten Monaten meiner Amtszeit konnten wir im Gespräch mit politisch Verantwortlichen und Krankenkassenvertretern wichtige Punkte ansprechen. Zum einen ging es dabei um die ambulante psychosoziale Beratung von Krebspatienten. Derzeit wird sie zum Teil durch die Landeskrebsgesellschaften getragen, zum Teil durch die Deutsche Krebshilfe und die freie Wohlfahrtspflege. Der Ausbau dieser Beratungs- und Lotsenfunktion ist für Patienten während und vor allem nach der Therapie dringend notwendig. Dafür wird eine nachhaltige Finanzierung benötigt – viele Beratungsstellen

arbeiten derzeit auf Spendenbasis. Das andere wichtige Thema ist die Qualitätsentwicklung in der onkologischen Versorgung. Durch den Aufbau der entsprechenden Zentrumsstrukturen hat die DKG hier einen wichtigen Beitrag geleistet, aber noch haben längst nicht alle Krebspatienten Zugang zu einer qualitätsgesicherten onkologischen Versorgung. Hier sehe ich eine zweite wichtige Aufgabe, die weiterverfolgt werden muss. Die Signale aus der Politik und den Krankenkassen hierfür sind gut. Auch dort legt man großen Wert auf Qualität in der Versorgung.

JFR: Die DKG ist ja inzwischen eine der größten medizinischen Fachgesellschaften und vereint viele sehr unterschiedliche Disziplinen unter ihrem Dach. Wo sehen Sie die Klammer, die alle zusammenhält?

PA: Die in der Deutschen Krebsgesellschaft gebündelten Arbeitsgemeinschaften eint das Streben nach hoher Qualität in der onkologischen Versorgung, und zwar durch eine aktive interdisziplinäre Zusammenarbeit. Jeder Behandler weiß, wie schwer die Umsetzung dieser Idee im Alltag ist. In unserer Organisation sind Kolleginnen und Kollegen vereint, die offen und interdisziplinär über onkologische Therapieansätze diskutieren. Mit dem zunehmenden Einsatz personalisierter Therapieansätze erweitert sich auch die benötigte Expertise: Da steigt zum Beispiel der Bedarf an Fachleuten, die sich mit molekularer Diagnostik auskennen oder molekulargenetische Befunde interpretieren können. Für die Lebensqualität der Patienten ist aber nicht allein die Therapie entscheidend, sondern eben auch die Unterstützung durch Psychoonkologen oder Sozialarbeiter. Hier sind wir durch die Vielfalt an Expertise in unseren verschiedenen Arbeitsgemeinschaften gut aufgestellt.

JFR: Viele große Studien der letzten Jahre, sei es zu Diagnostik oder Therapie, stammen aus den USA und aus europäischen Nachbarländern. Wie beurteilen Sie die derzeitige Studienlandschaft in Deutschland? Gibt es hier ein Problem mit der Rekrutierung von Studien-Teilnehmern, wie Sie jüngst in der PREFERE-Studie erfahren mussten?

PA: In Ländern, in denen eine Vielzahl von Menschen ohne Krankenversicherung lebt, ist die Studienteilnahme für Patienten oft die einzige Möglichkeit, an eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gelangen. Deshalb rekrutieren Studien dort oft besser, was aber nicht zwangsläufig zu einer besseren Qualität der Studiendaten führt. Dagegen haben Patienten in

Deutschland, wie in kaum einem anderen Land, raschen Zugang zu neuen Präparaten und innovativen Therapien. Die Kehrseite dieses positiven Aspekts zeigt sich vor allem, wenn man eine vergleichende Studien zu diagnostischen Innovationen an der Schwelle zur Regelversorgung aufsetzen möchte: Welcher Patient lässt sich für eine vergleichende Studie randomisieren, wenn er weiß, dass er in der Nachbarklinik die fragliche Leistung auch ohne Studienteilnahme bekommt? Hier müssen wir neue Wege gehen und den Zugang zu Innovationen besser strukturieren. Die DKG hat deshalb die Idee der translationalen Zentren oder Netzwerke in die politische Debatte eingeführt. Wenn der Zugang zu Innovationen für Patienten vornehmlich über speziell dafür geeignete Einrichtungen möglich ist, dann könnten wir Innovationen an der Schwelle zur Regelversorgung rascher prüfen, um herauszufinden, wie sie sich im Versorgungsalltag im Vergleich zu den etablierten Standards bewähren.

JFR: Die Individualisierung, besser Präzisierung der Therapie in der Onkologie hat ein neues Feld eröffnet. In welchem Fachbereich sehen Sie in diesem Zusammenhang die größten Fortschritte?

PA: Aktuell beim Bronchialkarzinom, und teilweise auch beim Mammakarzinom. Ich denke, in Kürze werden andere Tumoren folgen, wie etwa das Blasenkarzinom, bei dem molekulare Analysen künftig eine größere Rolle spielen werden. Gerade vor dem Hintergrund immuntherapeutischer Ansätze zeigt sich, dass man mit der somatischen Mutationsanalyse bei Tumoren mit hoher Mutationslast weiter kommt als mit konventioneller Betrachtung. Nicht immer sind somatische Mutationen entscheidend, aber bei vielen Krebserkrankungen können bereits heute molekulare Subtypen voneinander unterschieden werden, die sich nach einer solchen Analyse individuell und besser behandeln lassen. Dies ist sicher für einige Tumorthérapien die Zukunft.

JFR: Krebshilfe und DKG arbeiten bei einigen Projekten eng zusammen. Wie bewerten Sie diese Zusammenarbeit und was sind für Sie die entscheidenden Eckpunkte?

PA: Wir haben ein hervorragendes Klima der Zusammenarbeit. Das äußert sich nicht nur beim Deutschen Krebskongress, den wir gemeinsam ausrichten, sondern auch in den Bemühungen, gemeinsam die Qualität der Versorgung zu verbessern und für eine qualitativ hochwertige Beratung von Krebspatienten einzutreten. So nutzt zum Beispiel die

unabhängige telefonische Beratung der Deutschen Krebshilfe die Informationen einer Datenbank, die von der Deutschen Krebsgesellschaft erstellt und betreut wird.

JFR: Die Diagnose Krebs ist nach wie vor ein schwerer Schlag für die Betroffenen, wie wir von zahllosen Gesprächen beim jährlichen German Cancer Survivors Day wissen. Was kann die DKG tun, um die immensen Fortschritte der letzten Jahre noch besser zu kommunizieren und den Menschen Angst zu nehmen?

PA: Nicht allen Patienten wird man die Angst vor Krebs nehmen können. Tatsächlich ist Krebs ja für jeden zweiten Patienten nach wie vor eine lebensbedrohliche Erkrankung. Aber durch die Zertifizierung von Zentren und entsprechende Beratungs- und Informationsangebote leisten wir bereits heute wichtige Arbeit. Auch Kampagnen wie der German Cancer Survivors Day der Deutschen Krebsstiftung gehören dazu – die Stiftung unterstützt die Aktivitäten der Deutschen Krebsgesellschaft. Die Fortführung aller dieser Anstrengungen gehört zu unseren vordringlichen Aufgaben.

JFR: Als Urologe sind Sie ja auch bestens mit der Prävention vertraut. Im Rahmen des Nationalen Krebsplans ist die Urologie in der Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung“ gar nicht berücksichtigt worden. Woran lag das?

PA: Damals lagen keine Daten vor, die ein Früherkennungsprogramm hätten begründen können. Inzwischen hat sich die Datenlage deutlich verbessert und moderne Ansätze der Prostatakrebsfrüherkennung werden aktuell diskutiert, auch mit der Politik. Die Patienten fordern zu Recht eine Beschäftigung mit der Früherkennung des häufigsten Karzinoms des Mannes.

JFR: Bei einigen guten politischen Entscheidungen, etwa der zur Einführung der klinischen Krebsregister, hat man das Gefühl, die Umsetzung passiert nur schleppend. Woran liegt das?

PA: Das 2013 verabschiedete Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz schuf zwar den gesetzlichen Rahmen für eine flächendeckende Einrichtung der klinischen Krebsregister. Die Umsetzung ist aber am Ende Ländersache. Leider sind die Umsetzungspläne in den Bundesländern sehr unterschiedlich.

Einige setzen auf mehrere regionale Register, andere bevorzugen ein einziges landesweites. Darunter sind auch Flächenländer, die bestehende, gut funktionierende regionale Register zugunsten einer zentralen Einrichtung aufgeben. Welche Struktur auch immer gewählt wird, entscheidend für die Qualitätsentwicklung wird sein, dass die meldenden Ärzte auch in den Dialog mit den Registern treten. Ich hoffe sehr, dass die klinischen Krebsregister möglichst bald in der Lage, ihre Aufgaben flächendeckend und nachhaltig zu erfüllen. Die Daten werden dringend gebraucht.

JFR: In den USA hat die Initiative „moonshot to cure cancer“ von sich Reden gemacht. Wird sie unter dem neuen Präsidenten Donald Trump umgesetzt, dann wäre das nach dem Genom- und dem Mikrobiom-Projekt eine dritte große amerikanische Offensive. Könnte aus Ihrer Sicht Ähnliches hier bei uns gelingen oder bedarf es einer europäischen Anstrengung?

PA: Deutschland ist in Europa nach wie vor das Land mit dem größten wirtschaftlichen Potenzial für solche Initiativen. Um die personalisierte Krebstherapie voranzubringen, benötigen wir funktionierende klinischen Krebsregister zur Erhebung personenbezogener Versorgungsdaten, translationale Netzwerke, vor allem für die Diagnostik, und qualitätsgeprüfte Zentren. Die DKG hat bereits viel Vorarbeit geleistet, auf die man aufbauen kann. Mit Geld alleine werden wir hier allerdings nicht weiterkommen, für eine moderne Krebstherapie brauchen wir auch Strukturänderungen. Die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung und abgeschottete Leistungskataloge behindern oft eine sinnvolle medizinische Versorgung von Krebspatienten. Gelingt es uns, das zu verbessern, dann haben wir eine gute Chance.“

JFR: Herzlichen Dank für das konstruktive und informative Gespräch.