



Delivering High Value Cancer Care (Zusammenfassung)

Der vollständige Bericht ist in englischer Sprache verfügbar:

OECD/European Union (2026), *Delivering High Value Cancer Care: European Cancer Inequalities Registry Analytical Report*, OECD Publications, Paris, <https://doi.org/10.1787/060869fe-en>.

In the event of any discrepancy, only the text of the English version should be considered valid.

Krebserkrankungen haben in den EU-Mitgliedsstaaten seit 2000 um etwa 30 % zugenommen – mit einem besorgniserregenden Anstieg bei jungen Frauen – und stellen eine große Belastung für die Gesundheitssysteme dar

Krebs stellt für die öffentliche Gesundheit in den EU-Ländern ein schwerwiegendes Problem dar und betrifft zunehmend die jüngere Bevölkerung. Im Jahr 2024 wurde in den 27 EU-Mitgliedsstaaten jede Minute bei schätzungsweise fünf Menschen Krebs diagnostiziert, was 2,7 Mio. neuen Krebsfällen entspricht. Seit dem Jahr 2000 ist die Zahl der neuen Krebsfälle bei beiden Geschlechtern um etwa 30 % gestiegen, wobei Schätzungen zufolge bis 2040 eine halbe Million neue Fälle auftreten werden (ein Anstieg um 18 % gegenüber 2022). Bei jungen Frauen stieg die Rate der Krebs-Neuerkrankungen im Verhältnis zur Bevölkerung in den letzten beiden Jahrzehnten um 16 % – von 144 auf 167 pro 100 000 Einwohner –, was hauptsächlich auf Schilddrüsen-, Brust-, schwarzen Hautkrebs und Darmkrebs zurückzuführen ist. Während die Ursachen für den Anstieg in der jüngeren Bevölkerung noch nicht hinreichend geklärt sind, spielen Faktoren wie veränderte Fortpflanzungsmuster (bei Brustkrebs), eine verbesserte Diagnostik (bei Schilddrüsenkrebs) bzw. die frühkindliche Exposition sowie die Ernährung (bei Darmkrebs) eine Rolle. Unabhängig von der Ursache bedeutet eine Diagnose in jüngeren Jahren, für Patientinnen und Patienten eine Behandlung und Nachsorge über einen längeren Zeitraum. Dies belastet die Gesundheitssysteme nachhaltig und beeinträchtigt das Wohlbefinden sowie die sozioökonomische Situation der Patientinnen und Patienten über viele Jahre hinweg.

Die krebbsbedingten Gesundheitsausgaben in der EU haben sich seit 1995 verdoppelt (von 54 Mrd. EUR auf 120 Mrd. EUR im Jahr 2023) und machten 6,9 % der gesamten Gesundheitsausgaben im Jahr 2023 aus. Bis 2050 dürfte ein Anstieg der Zahl der Krebsfälle im Zusammenhang mit der Alterung der Bevölkerung und der längeren Lebenserwartung von Krebspatientinnen und -patienten dazu führen, dass die effektiven Pro-Kopf-Ausgaben für Krebsbehandlungen in den EU-27-Ländern um 59 % steigen. Diese Trends werden sich vor dem Hintergrund öffentlicher Haushalte entwickeln, die aufgrund konkurrierender Prioritäten der Regierung und unsicherer wirtschaftlicher Aussichten unter Druck stehen. Deshalb sollte

sichergestellt werden, dass Investitionen in die Krebsbehandlung ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis bieten.

Die Krebsbehandlung könnte für Patientinnen, Patienten und Gesundheitssysteme einen höheren Nutzen bringen

Es besteht nach wie vor das Potenzial, eine hochwertigere Krebsbehandlung anzubieten, wie Verzögerungen beim Zugang zu Krebsbehandlungsleistungen, unnötige Unterschiede bei der Versorgungsqualität und den Behandlungsergebnissen sowie Leistungen, die nicht systematisch auf die Bedürfnisse und Präferenzen der Menschen abgestimmt sind, zeigen.

Verzögerungen beim Zugang zu Krebsdiagnose und -behandlung kosten weiterhin Menschenleben. Obwohl sich bevölkerungsbezogene Krebsvorsorgeprogramme als kosteneffizient erwiesen haben – da sie die Früherkennung erheblich verbessern und zu einer höheren Überlebensrate führen –, ist ihre Inanspruchnahme in den einzelnen Ländern und Bevölkerungsgruppen nach wie vor uneinheitlich. Diese Lücken führen zu verzögerten Diagnosen und verpassten Chancen, was eine frühzeitige Behandlung anbelangt. Zwischen 15 % und 40 % der Patientinnen und Patienten mit Darmkrebs werden über die Notaufnahme diagnostiziert – ein Weg, der mit deutlich schlechteren Behandlungsergebnissen verbunden ist. Daten der OECD zeigen, dass Patientinnen und Patienten, die sich einer Darmkrebs-Notoperation unterziehen, innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bis zu siebenmal häufiger sterben als diejenigen, deren Operationen geplant waren. Der Mangel an Personal und Diagnosekapazitäten sowie unkoordinierte Patientenüberweisungssysteme verschärfen diese Verzögerungen, insbesondere für gefährdete Bevölkerungsgruppen und in ländlichen Gebieten.

Vermeidbare Unterschiede in der medizinischen Praxis und der Qualität der medizinischen Versorgung führen bei einigen Patientinnen und Patienten zu einer schlechteren Überlebensrate oder Lebensqualität und tragen zur Verschwendung im Gesundheitssystem bei. Die medizinische Praxis in der Krebsbehandlung ist von Land zu Land äußerst heterogen, was die Frage aufwirft, ob die derzeitige Versorgung den Patientinnen und Patienten und den Gesundheitssystemen den besten Nutzen bringt. So reicht beispielsweise der Anteil der Prostatakrebsdiagnosen im Frühstadium bei Männern ab 75 Jahren von 53 % in den Niederlanden bis 81 % in Luxemburg, was auf Unterschiede bei der Prostatakrebsvorsorge zurückzuführen ist. Diese Unterschiede führen dazu, dass bei einigen Patienten die Diagnose zu spät gestellt wird, während andere Patienten – deren langsam wachsender Krebs ihre Lebenserwartung nicht beeinträchtigen würde – unnötigerweise diagnostiziert werden, was zu unnötigen Behandlungen und einer Belastung für das Gesundheitssystem führt. Darüber hinaus reicht der Anteil der partiellen Mastektomien, die weniger invasiv sind und ähnliche Überlebensvorteile wie vollständige Mastektomien bieten, von 79 % in Spanien bis zu 50 % oder weniger in Rumänien und Polen.

Gleichzeitig zeigen wissenschaftliche Erkenntnisse, dass vier von zehn neuen Krebsarzneimitteln, die in den letzten 25 Jahren von der Europäischen Arzneimittel-Agentur zugelassen wurden, einen negativen oder unklaren therapeutischen Mehrwert gegenüber bestehenden Behandlungen für Patientinnen und Patienten aufweisen. Dies unterstreicht, wie bedeutsam die Bewertung von Gesundheitstechnologien für die Gestaltung der Erstattungs- und Preispolitik (und für die Erstellung klinischer Leitlinien) ist, um sicherzustellen, dass die Ausgaben dem Wert entsprechen.

Die Ergebnisse der PaRIS-Befragung der OECD deuten darauf hin, dass Krebspatientinnen und -patienten anfälliger sind als andere Patientinnen und Patienten in der primären Gesundheitsversorgung. Sie berichten von einem schlechteren körperlichen Gesundheitszustand, einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens und einer schlechteren sozialen Funktionsfähigkeit. Nur jeder Dritte gibt an, dass die Versorgung in hohem Maße auf den Menschen ausgerichtet ist. Eine unzureichende Datenintegration, die mangelnde Koordinierung der Gesundheitsversorgung und die begrenzte Mitgestaltung der Versorgung durch die Patientinnen und Patienten sind die Hauptfaktoren, die eine

personenorientierte Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten behindern. Menschen mit einer Krebserkrankung stehen auch in den Bereichen Beschäftigung, finanzielle Sicherheit und psychosoziale Gesundheit vor dauerhaften Herausforderungen: eine Krebsdiagnose verringert die Wahrscheinlichkeit einer Anstellung um durchschnittlich 14 %, wobei die größten Auswirkungen in Mittel- und Südeuropa zu verzeichnen sind.

Vier Prioritäten zur Steigerung des Werts der Krebsbehandlung

Alle EU-Mitgliedsstaaten sowie Norwegen und Island sind bereits bestrebt, die Qualität der Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten durch vier übergreifende Maßnahmen zu verbessern.

- **Schaffung integrierter Krebsbehandlungswege**, die einen zeitnahen, koordinierten und gleichberechtigten Zugang zur Versorgung gewährleisten. Eine Abkehr von fragmentierten Leistungen hin zu integrierten Krebsbehandlungswegen, die Diagnose, Behandlung und Langzeitnachsorge miteinander verbinden, ist erforderlich, um Krebs und die damit verbundenen Kosten einzudämmen. Erfahrungen aus Dänemark und Schweden zeigen beispielsweise, dass festgelegte Überweisungswege, zeitgebundene Diagnoseziele und multidisziplinäre Teams die Wartezeiten verkürzen und die Überlebensrate verbessern. Investitionen in digitale Plattformen, Koordinierungsfunktionen im Gesundheitswesen und regionale Koordination sind von entscheidender Bedeutung, um Ungleichheiten zwischen verschiedenen Regionen und Bevölkerungsgruppen zu beseitigen. Eine solche Integration optimiert auch den Einsatz knapper Diagnose- und Personalressourcen und verbessert sowohl Zugang als auch Effizienz.
- **Evidenzbasierte Standards und Leistungs-Monitoring**. Eine systematische Qualitätssicherung wie nationale Akkreditierungs- und Zertifizierungssysteme, die Etablierung von Mindest-Fallzahlen und das Monitoring der Einhaltung klinischer Leitlinien gewährleisten eine wirksame Versorgung. Die Zertifizierung der Krebsbehandlung und die klinischen Qualitätsstandards in Deutschland sowie die transparenten Rückmeldemechanismen in den Niederlanden sind Beispiele für kontinuierliche Verbesserungen der Versorgung, welche die Überlebensraten erhöhen können. Der Ausbau von Echtzeit-Datenplattformen zum Monitoring des Zeitpunkts der Krebsdiagnose, der Nachsorge und der Qualität der Krebsbehandlung – einschließlich von Patienten gemeldeter Indikatoren – trägt auch dazu bei, die Ergebnisse zu verfolgen, die für die Menschen am wichtigsten sind, und fördert Transparenz, Rechenschaftspflicht und kontinuierliche Verbesserungen, um eine minderwertige Krebsbehandlung zu verringern.
- **Optimierung der Ressourcennutzung und Nutzung technologischer Innovationen**. Maßnahmen wie risikostratifizierte Vorsorgeuntersuchungen, ambulante statt stationäre Behandlung und die Einführung von Biosimilars können zu erheblichen Effizienzsteigerungen führen, ohne die Qualität zu beeinträchtigen. Die Verlagerung hin zu spezialisierten Infusionszentren, ambulanten Operationen und Behandlungen zu Hause (wie im französischen nationalen Krebsbekämpfungsplan 2021-2026 dargelegt) sind gute Beispiele für Verfahren, mit denen eine hochwertige Versorgung an kostengünstigeren Orten sichergestellt werden kann. Gleichzeitig bieten von Ärztinnen und Ärzten geleitete Empfehlungen wie „Choosing Wisely“ nützliche Initiativen zur Eindämmung von Krebsbehandlungen mit geringem Nutzen. Technologische Innovationen wie KI-gestütztes Screening, molekulare Diagnostik oder robotergestützte Chirurgie tragen ebenfalls dazu bei, dass Ressourcen für Maßnahmen eingesetzt werden, die einen Mehrwert bieten.
- Die **Ausrichtung auf den Menschen als Grundpfeiler der Leistungsfähigkeit des Krebsversorgungssystems**. Eine stärkere Einbindung in Entscheidungsprozesse, Unterstützung beim Umgang mit der eigenen Krankheit und eine koordinierte Nachsorge sind für Menschen, die mit Krebs leben, von großer Bedeutung. So bietet beispielsweise Dänemark

personalisierte Krebsbehandlungspläne und Navigationshilfe für die Koordinierung der Versorgung an, während Estland digitale Tools zur Stärkung der Patientinnen und Patienten einsetzt. Um die sozialen und wirtschaftlichen Dimensionen von Krebs anzugehen, muss über die klinische Versorgung hinausgegangen werden, um das psychische, soziale und finanzielle Wohlbefinden zu unterstützen. Das „Recht auf Vergessenwerden“ (right to be forgotten), das derzeit nur in einem Drittel der EU-Länder gesetzlich verankert ist, spielt eine wichtige Rolle bei der Verhinderung von Diskriminierung und der Verbesserung der Lebenschancen.

In Zeiten konkurrierender staatlicher Prioritäten – neben Kapazitäts- und Personalengpässen im Gesundheitssystem selbst – muss der Schwerpunkt auf der Sicherstellung einer hochwertigen Krebsbehandlung liegen, die zu besseren Gesundheitsergebnissen und einer höheren Lebensqualität der Menschen beiträgt. Es ist nun an der Zeit, die Strategien zur Krebsversorgung zu verbessern, um der wachsenden Nachfrage gerecht zu werden und optimale Gesundheitsergebnisse durch schnelleren Zugang, frühzeitiges Eingreifen, evidenzbasierte und effiziente Versorgung sicherzustellen, und auf den Menschen ausgerichtete Ansätze zu verankern, welche die Werte und Präferenzen der Menschen widerspiegeln.

This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD and the President of the European Commission. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the OECD Member countries or of the European Union.

The names of countries and territories and maps used in this joint publication follow the practice of the OECD.

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

Specific territorial disclaimers applicable to the OECD:

The statistical data for Israel are supplied by and under the responsibility of the relevant Israeli authorities. The use of such data by the OECD is without prejudice to the status of the Golan Heights, East Jerusalem and Israeli settlements in the West Bank under the terms of international law.

Note by the Republic of Türkiye

The information in this document with reference to “Cyprus” relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the “Cyprus issue”.

Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union

The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.

© OECD/European Union 2026



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

This work is made available under the Creative Commons Attribution 4.0 International licence. By using this work, you accept to be bound by the terms of this licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Attribution – you must cite the work.

Translations – you must cite the original work, identify changes to the original and add the following text: *In the event of any discrepancy between the original work and the translation, only the text of original work should be considered valid.*

Adaptations – you must cite the original work and add the following text: *This is an adaptation of an original work by the OECD and the European Union. The opinions expressed and arguments employed in this adaptation should not be reported as representing the official views of the OECD, its Member countries or the European Union.*

Third-party material – the licence does not apply to third-party material in the work. If using such material, you are responsible for obtaining permission from the third party and for any claims of infringement.

You must not use the OECD or the European Commission’s respective logo, visual identity or cover image without express permission or suggest the OECD or the European Commission endorse your use of the work.

Any dispute arising under this licence shall be settled by arbitration in accordance with the Permanent Court of Arbitration (PCA) Arbitration Rules 2012. The seat of arbitration shall be Paris (France). The number of arbitrators shall be one.