



DEUTSCHLAND

Länderprofil Krebs

2025



European
Commission



BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Berichtsreihe „Länderprofil Krebs“

Das Europäische Register der Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung (European Cancer Inequalities Registry – ECIR) ist eine Leitinitiative im Rahmen von Europas Plan gegen den Krebs (Europe's Beating Cancer Plan – EBCP). Es bietet solide und zuverlässige Daten zur Krebsprävention und -versorgung, um Entwicklungen, Unterschiede und Ungleichheiten zwischen Mitgliedstaaten, Regionen und Bevölkerungsgruppen zu erkennen. In den Länderprofilen Krebs werden Stärken, Herausforderungen und spezifische Maßnahmenbereiche für jeden der 27 EU-Mitgliedstaaten, Island und Norwegen als Richtschnur für Investitionen und Interventionen auf EU-, nationaler und regionaler Ebene im Rahmen von Europas Plan gegen den Krebs aufgezeigt. Das Europäische Register der Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung unterstützt überdies Leitinitiative 1 des Null-Schadstoff-Aktionsplans. Die Profile wurden von der OECD in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission erstellt. Das Team bedankt sich für die wertvollen Beiträge der nationalen Expert:innen sowie für die Anmerkungen des OECD-Gesundheitsausschusses und der EU-Themenarbeitsgruppe zum Register der Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung.

Daten- und Informationsquellen

Die Daten und Informationen in den Länderprofilen Krebs basieren vorwiegend auf amtlichen nationalen Statistiken, die Eurostat und der OECD zur Verfügung gestellt und die validiert wurden, um höchste Standards bei der Datenvergleichbarkeit zu gewährleisten. Die diesen Daten zugrunde liegenden Quellen und Methoden sind in der Eurostat-Datenbank und der OECD-Gesundheitsdatenbank abrufbar.

Daneben werden zusätzliche Daten und Informationen der Gemeinsamen Forschungsstelle der Europäischen Kommission (EC-JRC), aus der EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC), der Weltgesundheitsorganisation (WHO), des Internationalen Krebsforschungszentrums (IARC), der Internationalen Atomenergie-Organisation (IAEO), der Europäischen Gesellschaft für pädiatrische Onkologie (SIOPE), der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA LGBTIQ), aus der Erhebung zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern (HBSC) sowie aus den länderspezifischen Gesundheitsprofilen und den Länderprofilen Krebs von 2023 und aus anderen nationalen Quellen (die unabhängig von privaten oder kommerziellen Interessen sind) verwendet. Die berechneten EU-Durchschnitte sind die gewichteten Durchschnitte der 27 Mitgliedstaaten, sofern nichts anderes vermerkt ist. Island und Norwegen sind in diesen EU-Durchschnitten nicht berücksichtigt. Die Sterbe- und Inzidenzraten sind bezogen auf die von Eurostat im Jahr 2013 angenommene europäische Standardbevölkerung altersstandardisiert.

Die Kaufkraftparität (KKP) ist definiert als Währungsumrechnungskurs, der die Unterschiede im Preisniveau zwischen Ländern beseitigt und damit Vergleiche der Kaufkraft unterschiedlicher Währungen ermöglicht.

Haftungsausschluss: Dieser Bericht wird unter der Verantwortung des OECD-Generalsekretärs sowie der Präsidentin der Europäischen Kommission veröffentlicht. Die in diesem Bericht geäußerten Ansichten und verwendeten Argumente stellen nicht zwangsläufig die offizielle Meinung der OECD-Mitgliedsländer oder der Europäischen Union dar. Dieses Dokument sowie alle darin enthaltenen Daten und Karten berühren nicht den Status oder die Souveränität irgendeines Gebietes, die Festlegung internationaler Staats- oder Gebietsgrenzen oder die Bezeichnung von Gebieten, Städten oder Regionen. Namen von Ländern und Gebieten sowie die Karten, die in dieser gemeinsamen Veröffentlichung verwendet werden, entsprechen der OECD-Praxis.

Spezifischer Haftungsausschluss für die OECD zu territorialen Fragen:

Anmerkung der Republik Türkei: Die in diesem Dokument enthaltenen Angaben zu „Zypern“ beziehen sich auf den südlichen Teil der Insel. Es gibt keine Behörde, die sowohl die türkische als auch die griechisch-zypriotische Bevölkerung auf der Insel vertritt. Die Türkei erkennt die Türkische Republik Nordzypern (TRNC) an. Bis eine dauerhafte und gerechte Lösung im Rahmen der Vereinten Nationen gefunden wird, behält die Türkei ihren Standpunkt zur „Zypernfrage“ bei.

Anmerkung aller Mitgliedstaaten der Europäischen Union, die auch Mitglied der OECD sind, und der Europäischen Union: Die Republik Zypern wird von allen Mitgliedern der Vereinten Nationen mit Ausnahme der Türkei anerkannt. Die Angaben in diesem Dokument beziehen sich auf das Gebiet unter der tatsächlichen Kontrolle der Regierung der Republik Zypern.

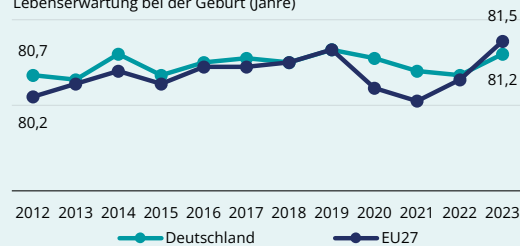
© OECD/Europäische Union, 2025. Im Fall von Widersprüchen zwischen dem ursprünglichen Bericht und übersetzten Versionen desselben ist ausschließlich der Text des ursprünglichen Berichts als maßgebend zu betrachten.

Inhalt

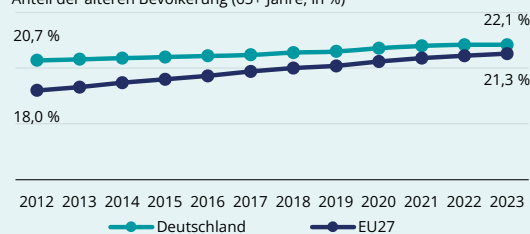
1. HIGHLIGHTS	3
2. KREBS IN DEUTSCHLAND	4
3. RISIKOFAKTOREN UND PRÄVENTIONSSTRATEGIEN	9
4. FRÜHERKENNUNG	14
5. LEISTUNGSMERKMALE DER KREBSVERSORGUNG	17
5.1 Zugang	17
5.2 Qualität	20
5.3 Kosten und Kosten-Nutzen-Verhältnis	24
5.4 Wohlergehen und Lebensqualität	25
6. FOKUS AUF PÄDIATRISCHEN KREBSERKRANKUNGEN	28

Die wichtigsten Merkmale des Gesundheitssystems im Überblick

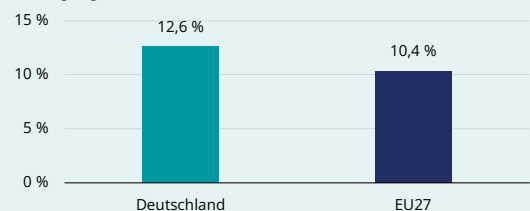
Lebenserwartung bei der Geburt (Jahre)



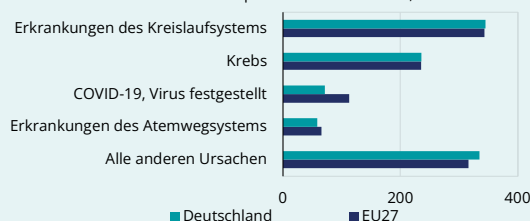
Anteil der älteren Bevölkerung (65+ Jahre, in %)



Gesundheitsausgaben als % des BIP, 2022 oder das nächstgelegene Jahr



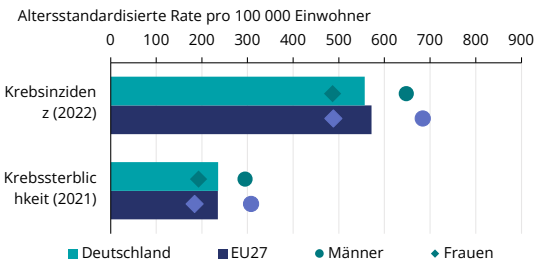
Altersstandardisierte Sterberate pro 100 000 Einwohner, 2021



Quelle: Eurostat-Datenbank.

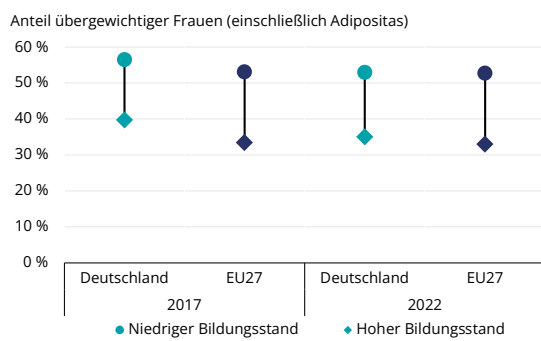
1. Highlights

Krebs in Deutschland



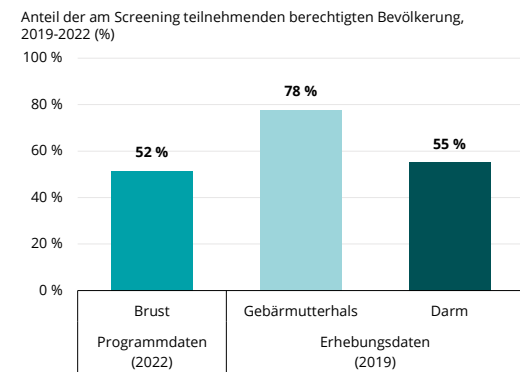
Die geschätzte Krebsinzidenzrate liegt in Deutschland unter dem EU-Durchschnitt, insbesondere bei Männern. Die Sterblichkeit lässt sich mit dem EU-Durchschnitt vergleichen, ist jedoch bei Frauen etwas höher und bei Männern etwas niedriger als in der gesamten EU. Ähnlich wie bei den Trends in der EU sind die Sterberaten bei Männern höher, sind jedoch zwischen 2011 und 2021 schneller gesunken.

Risikofaktoren und Präventionsmaßnahmen



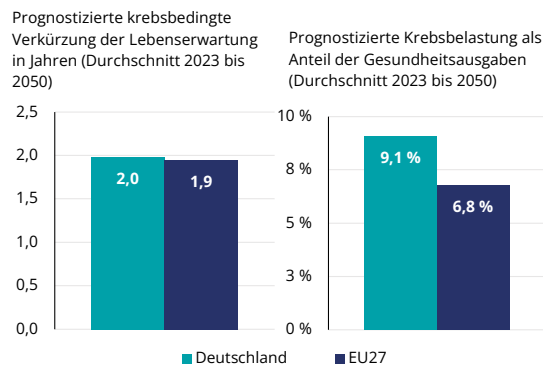
Tägliches Rauchen ist in Deutschland rückläufig und liegt unter dem EU-Durchschnitt, sozioökonomische Unterschiede bestehen jedoch weiter: Menschen mit niedrigerem Einkommen und Bildungsniveau rauchen häufiger als solche mit höherem sozioökonomischen Status. Ebenso ist die Prävalenz von Übergewicht bei Frauen mit niedrigerem Bildungsniveau über 50 % höher als bei Frauen mit höherem Bildungsniveau. Was sonstige Risikofaktoren für Krebs betrifft, bleibt Deutschland in Bezug auf den Verzehr von Gemüse und die HPV-Impfquote hinter den meisten EU-Ländern zurück. Die Krebsprävention ist Teil einer breiteren nationalen Präventionsstrategie für nicht übertragbare Krankheiten.

Früherkennung



Die Programmdaten zeigen, dass sich die Vorsorge-Quoten für Brustkrebs in Bezug auf alle berechtigten Frauen zwischen 2009 und 2022 bei knapp über 50 % eingependelt haben. Deutschland hat im Juli 2019 ein Screening-Programm für Darmkrebs und im Januar 2020 ein Screening-Programm für Gebärmutterhalskrebs eingeführt, jedoch stehen keine Programmdaten zur Screening-Quote der gesamten berechtigten Bevölkerung zur Verfügung. Laut EHIS-Daten gibt es größere sozioökonomische Unterschiede, was die Teilnahme am Gebärmutterhalskrebs-Screening betrifft. Beim Screening auf Brust- und Darmkrebs sind diese Unterschiede recht gering.

Leistungsfähigkeit der Krebsversorgung



Die Krebsversorgung wird in Deutschland durch eine umfassende gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt und von einer relativ hohen Anzahl an Pflegekräften und Ärztinnen und Ärzten geleistet. Deutschland bietet sehr guten Zugang zu neuen onkologischen Medikamenten und Biosimilars. Es werden Anstrengungen unternommen, um die Überlebensraten durch eine Konzentration der Versorgung zu erhöhen und das Wohlbefinden von Patientinnen und Patienten über rehabilitative Dienste sowie psychosoziale und finanzielle Unterstützung zu verbessern. Mit 9,1 % liegt die geschätzte Belastung durch Krebs als Anteil an den Gesundheitsausgaben zwischen 2023 und 2050 in Deutschland wesentlich über dem EU-Durchschnitt, während die Verkürzung der Lebenserwartung durch Krebs voraussichtlich ähnlich sein wird wie in der EU.

2. Krebs in Deutschland

Für das Jahr 2022 wurden in Deutschland fast 530 000 neue Krebsfälle erwartet

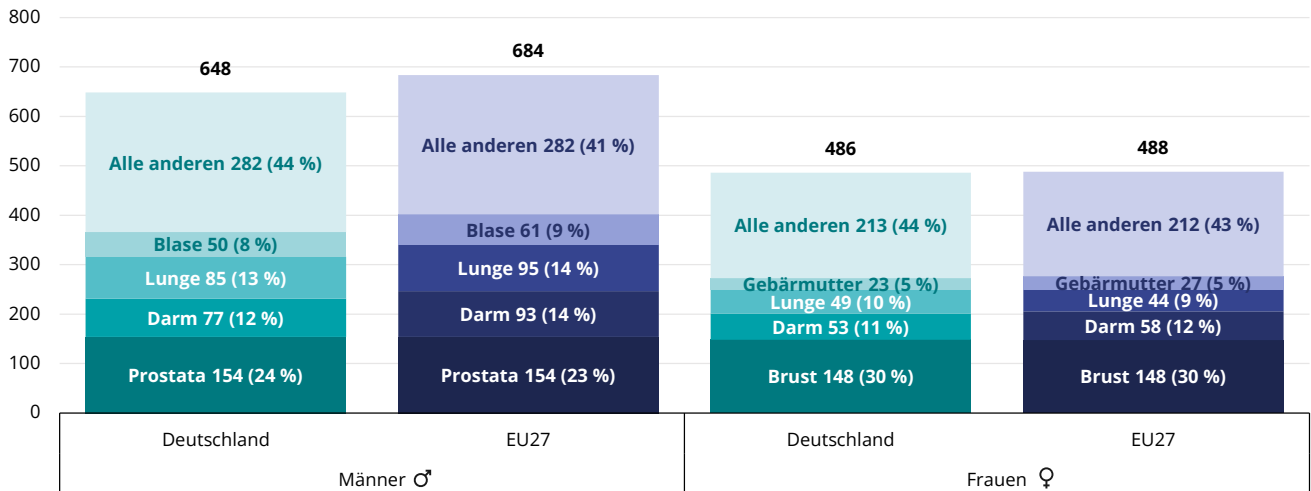
Laut dem Europäischen Krebsinformationssystem (ECIS – European Cancer Information System) der Gemeinsamen Forschungsstelle der EU-Kommission wurden basierend auf den Inzidenztrends der Jahre vor der Pandemie in Deutschland insgesamt 529 955 neue Krebsfälle für das Jahr 2022 erwartet (Abbildung 1). Es wurde mit einer altersstandardisierten Inzidenzrate von 557 pro 100 000 Einwohner gerechnet – was knapp unter dem EU-Durchschnitt (572 pro 100 000) liegt. Die Wahrscheinlichkeit einer Krebsdiagnose ist bei Männern höher als bei Frauen, so wie es auch in anderen EU-Ländern der Fall ist. Die geschätzte Inzidenz neuer Fälle lag 2022 für Männer bei 278 113 und für Frauen bei 251 842. Die

altersstandardisierten Inzidenzraten bei Frauen liegen 0,5 % unter dem EU-Durchschnitt; bei Männern liegen sie 5,2 % darunter.

Bei deutschen Frauen rechnete man damit, dass Brustkrebs die häufigste Krebsart sein würde mit einer altersstandardisierten Inzidenz von 30% im Jahr 2022, ähnlich dem EU-Durchschnitt. Dem folgten Darmkrebs (11 %), Lungenkrebs¹ (10 %) und Gebärmutterkrebs (5 %). Die Verteilung über die verschiedenen Krebsarten war nahezu identisch wie in der EU. Bei deutschen Männern ging man von Prostatakrebs als häufigster Krebsart mit 24 % der neuen Fälle aus; in der EU lag dieser Wert bei 23 %. Dahinter folgten Lungenkrebs (13 %), Darmkrebs (12 %) und Blasenkrebs (8 %) – ebenfalls ähnlich der EU.

Abbildung 1: Die geschätzte Krebsinzidenz in Deutschland lag 2022 bei Männern unter dem EU-Durchschnitt, während sie bei Frauen etwa dem EU-Durchschnitt entsprach

Altersstandardisierte Inzidenzrate pro 100 000 Einwohner, Schätzungen, 2022



Anmerkungen: Bei den Zahlen für 2022 handelt es sich um Schätzungen, die auf Inzidenztrends aus vorherigen Jahren basieren und von den ermittelten Raten der jüngeren Vergangenheit abweichen können. Umfasst alle Krebslokalisierungen, mit Ausnahme von nicht-melanotischem Hautkrebs. „Gebärmutter“ bezieht sich nur auf Gebärmutterkrebs, nicht auf Gebärmutterhalskrebs. Quelle: Europäisches Krebsinformationssystem (ECIS). <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, abgerufen am 10.3.2024. © Europäische Union, 2024. Die prozentuale Aufschlüsselung der Inzidenz wurde auf der Grundlage altersstandardisierter Inzidenzraten neu berechnet und weicht daher von der prozentualen Aufschlüsselung der auf der ECIS-Website dargestellten absoluten Zahlen ab.

Die Krebsinzidenz unter deutschen Männern ist in den letzten 20 Jahren leicht zurückgegangen, während sie bei deutschen Frauen weitgehend unverändert geblieben ist (RKI, 2023). Diese Unterschiede lassen sich hauptsächlich auf geschlechterspezifische Trends bei Lungenkrebs

zurückführen, sowie auf andere durch das Rauchen von Zigaretten verursachte Krebsarten, wobei die Trends bei Männern rückläufig sind und sich bei Frauen verstärkt haben. Ein großer Teil des Gesamtrückgangs der Krebsinzidenzraten hängt mit positiven Entwicklungen bei Magen- und

¹ Unter Lungenkrebs fallen auch Trachea- und Bronchuskarzinome.

Darmkrebs zusammen; die Inzidenz dieser Krebsarten ist im Verlauf der letzten zehn Jahre um mehr als 20 % gesunken. Laut dem Zentrum für Krebsregisterdaten wird davon ausgegangen, dass die Zahl der Menschen, die mit Krebs leben, in Deutschland (wie in vielen anderen europäischen Ländern) langfristig steigen wird, was primär das Ergebnis verbesserter Überlebensraten, jedoch auch auf die demografische Alterung zurückzuführen ist. Das ECIS schätzt, dass die Zahl der Krebsfälle in Deutschland zwischen 2022 und 2040 um 15 % zunehmen wird.

Studien zu sozioökonomischen Unterschieden der Krebsinzidenz, bei denen neuere Registerdaten herangezogen wurden, haben unterschiedliche Muster zwischen Frauen und Männern und bei verschiedenen Krebslokalisationen gezeigt (Jansen et al., 2023). Die Ungleichheiten zwischen den am stärksten und am wenigsten sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen nehmen zu. Solche Ungleichheiten lassen sich insbesondere bei Lungenkrebs beobachten: 2018 war die Inzidenz in den am stärksten benachteiligten Gegenden im Vergleich zu den am wenigsten benachteiligten Regionen bei Männern um 82 % und bei Frauen um 88 % höher.

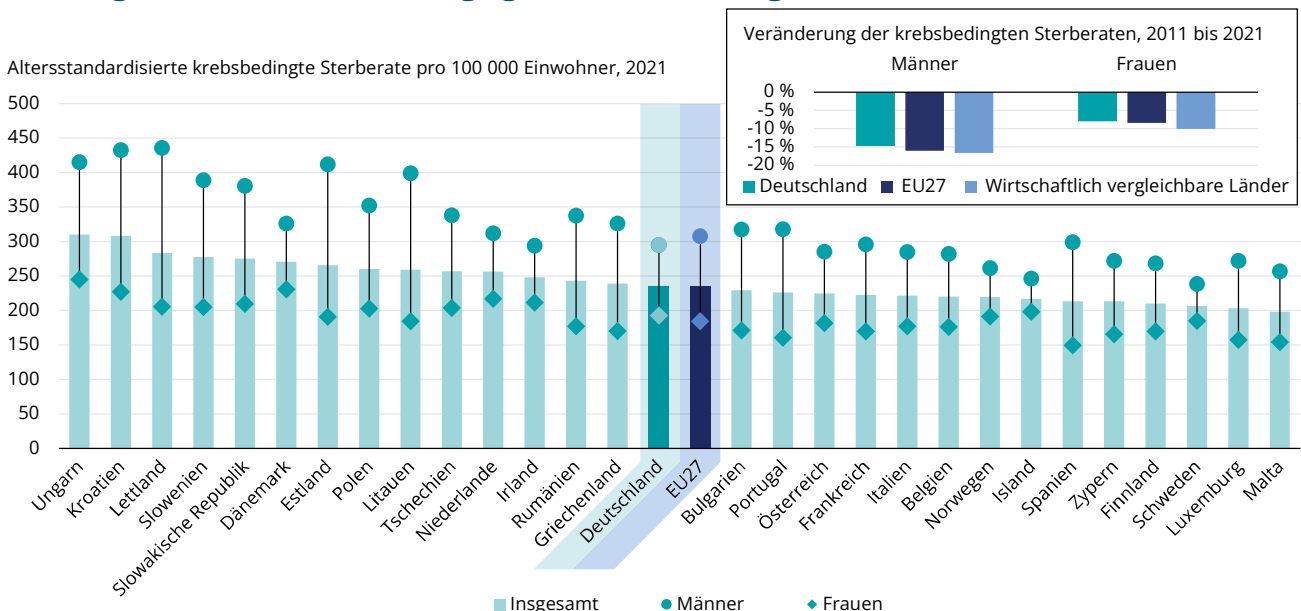
Die Krebssterblichkeit in Deutschland entspricht dem EU-Durchschnitt

Im Jahr 2021 waren 23 % aller Todesfälle in Deutschland auf Krebs zurückzuführen, wobei

Lungenkrebs als häufigste krebserkrankte Todesursache zu verzeichnen war. Die altersstandardisierte Krebssterberate lag bei 295 pro 100 000 Männer (niedriger als der Wert von 308 pro 100 000 innerhalb der EU) und bei 193 pro 100 000 Frauen (höher als der Wert von 184 pro 100 000 innerhalb der EU). Dieser Geschlechterunterschied bei der Sterblichkeit (53 %) ist geringer als der Unterschied in der gesamten EU (67 %). Innerhalb Deutschlands gibt es Unterschiede zwischen den Regionen. Baden-Württemberg ist das Bundesland mit der niedrigsten Krebssterberate, sowohl bei Frauen als auch bei Männern. Im Vergleich dazu ist die Sterberate unter Frauen in Bremen und Hamburg um 25 % höher. Die Sterberate unter Männern ist in Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern 35 % höher (RKI, 2023).

Die altersstandardisierte Krebssterblichkeit ist in Deutschland zwischen 2011 und 2021 bei Männern um 15 % und bei Frauen um 8 % zurückgegangen; dieser Rückgang war jedoch im Vergleich zum EU-Durchschnitt und insbesondere im Vergleich zu den mit Deutschland wirtschaftlich vergleichbaren Ländern² weniger stark (Abbildung 2). Der langsamere Rückgang unter Frauen lässt sich teilweise durch einen Anstieg der Sterblichkeit durch Lungenkrebs erklären.

Abbildung 2: Die Krebssterblichkeit ging in Deutschland langsamer zurück als im EU-Durchschnitt



Anmerkungen: Wirtschaftlich vergleichbare Länder sind definiert als Terzil-Cluster auf der Grundlage des Pro-Kopf-BIP 2022 in Kaufkraftstandards. Die wirtschaftlich vergleichbaren Länder für DE sind AT, BE, DK, IE, IS, LU, NL, NO und SE. Quelle: Eurostat-Datenbank.

² Wirtschaftlich vergleichbare Länder sind definiert als Terzil-Cluster auf der Grundlage des Pro-Kopf-BIP 2022 in Kaufkraftstandards. Die wirtschaftlich vergleichbaren Länder für DE sind AT, BE, DK, IE, IS, LU, NL, NO und SE.

Die vermeidbare Sterblichkeit durch Brustkrebs liegt in Deutschland weiterhin über dem EU-Durchschnitt, ist aber rasch zurückgegangen

Dank der verbesserten Präventionsstrategien und Fortschritte bei den Behandlungsoptionen wird ein signifikanter Anteil der durch Krebs verursachten Todesfälle bei Menschen im Alter von unter 75 Jahren als vermeidbar betrachtet.³

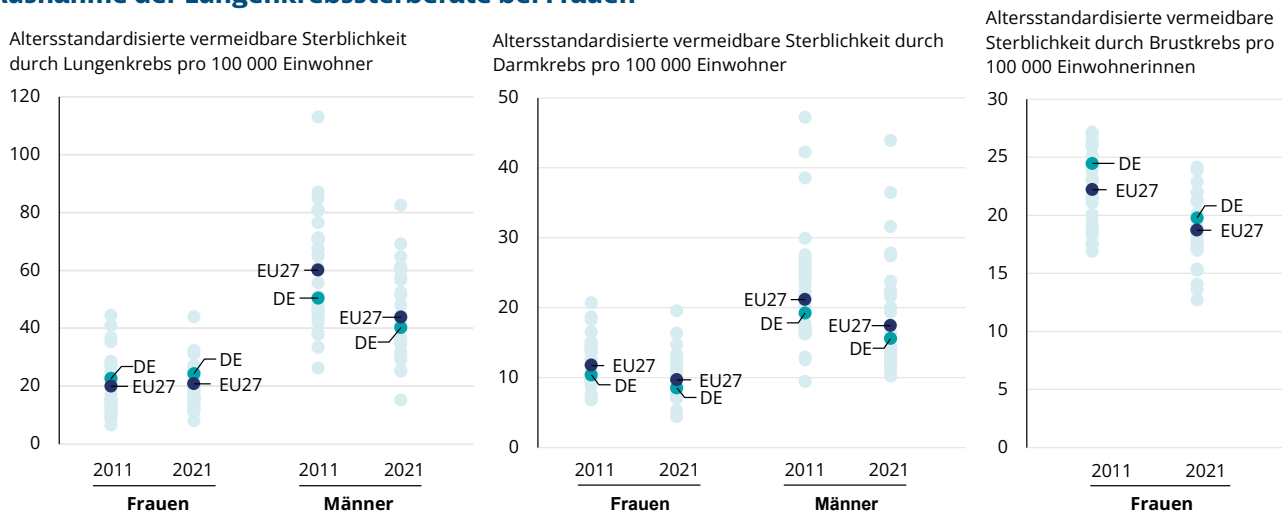
In Deutschland ist die vermeidbare Sterblichkeit durch Lungenkrebs bei Frauen etwa 40 % niedriger als bei Männern, was die historisch höhere Prävalenz des Rauchens unter Männern widerspiegelt. Im Vergleich zu 2011 ist die Rate bei Frauen um 7 % gestiegen (höher als der Anstieg um 4 % in der EU) und bei Männern um 20 % gesunken (geringer als der Rückgang um 27 % in der EU). Dieser Anstieg der vermeidbaren Sterblichkeit durch Lungenkrebs unter Frauen ist ein Relikt der signifikanten Zunahme der Prävalenz des Rauchens unter Frauen mit Beginn in den 1950er-Jahren. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen stellt jedoch fest, dass seit 2003 ein Rückgang des Rauchens unter Frauen zu beobachten ist, insbesondere in jüngeren Altersgruppen. Nichtsdestotrotz belegt Deutschland, wie in Abschnitt 3 erörtert, in der

EU nahezu den letzten Platz, wenn es um die Umsetzung von Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums geht.

Im Jahr 2021 lag die Sterblichkeitsrate durch behandelbaren Brustkrebs in Deutschland bei 20 pro 100 000 Frauen und damit fast 6 % über dem EU-Durchschnitt (Abbildung 3). Sie ist jedoch zwischen 2011 und 2021 in Deutschland schneller zurückgegangen (um ein Fünftel) als im EU-Durchschnitt (um ein Sechstel), was zur Schließung der Lücke beigetragen hat. Seit Ende der 1990er-Jahre ist die Brustkrebssterberate unter Frauen im Alter von 60 bis 69 Jahren deutlich zurückgegangen (RKI, 2023). Fortschritte bei der Therapie haben zu einer erheblichen Verbesserung der Überlebenschancen betroffener Frauen geführt, und somit zu einer Reduzierung der Sterberaten.

Der Rückgang der Sterblichkeit durch behandelbaren Darmkrebs entspricht dem EU-Durchschnitt (ca. 18 % sowohl bei Männern als auch bei Frauen). Sowohl bei Brust- als auch bei Darmkrebs machen die Raten der vermeidbaren Sterblichkeit deutlich, wie wichtig es ist, in verbesserte Screening-Quoten und Initiativen für die frühzeitige Diagnose zu investieren (siehe Abschnitt 4).

Abbildung 3: Deutschlands Raten für vermeidbare krebsbedingte Sterblichkeit sind rückläufig, mit Ausnahme der Lungenkrebssterberate bei Frauen



Anmerkungen: Die Zahlen zur vermeidbaren Sterblichkeit beziehen sich auf Todesfälle von Menschen im Alter von unter 75 Jahren. Quelle: Eurostat-Datenbank. Die Daten beziehen sich auf 2021.

Die Krebsprävalenz steigt in Deutschland

Schätzungen von Globocan zufolge verzeichnete Deutschland im Jahr 2022 eine

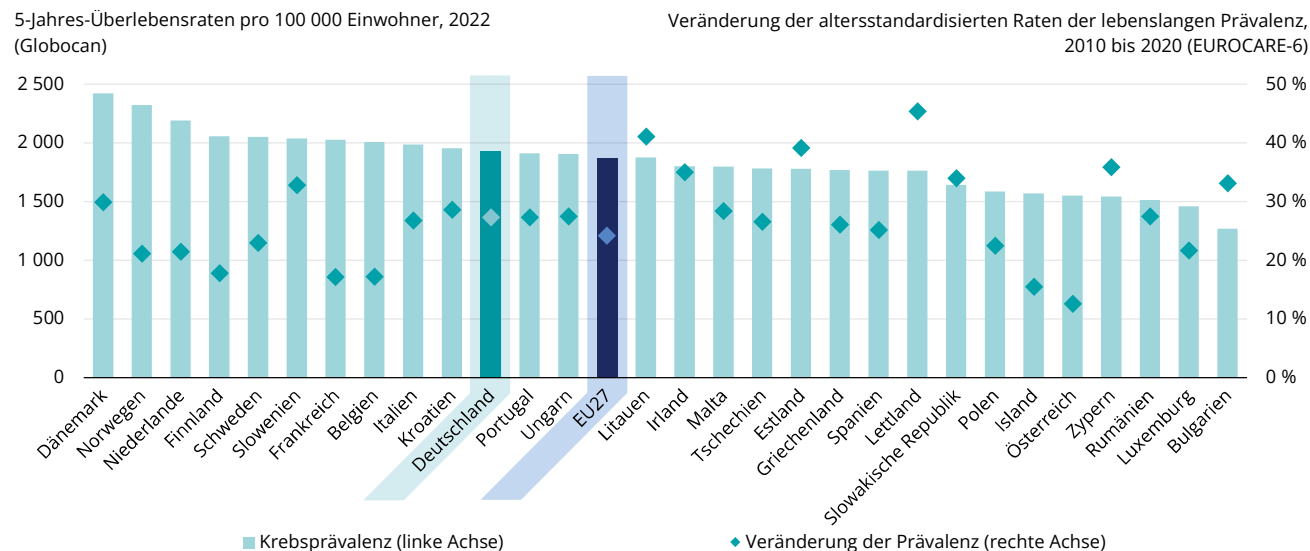
Fünf-Jahres-Prävalenz⁴ von 1 927 Krebsfällen pro 100 000 Einwohner, was über dem EU-Durchschnitt von 1 876 pro 100 000 liegt (Abbildung 4). Wie

- Die vermeidbare Sterblichkeit umfasst sowohl Todesfälle, die durch wirksame Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und der Prävention hätten vermieden werden können, als auch Todesfälle, die durch rechtzeitige und wirksame medizinische Behandlungen hätten vermieden werden können.
- Der Begriff „Krebsprävalenz“ bezieht sich auf den Anteil der Bevölkerung, der die Diagnose Krebs erhalten hat und noch lebt, einschließlich derjenigen, die sich derzeit einer Krebsbehandlung unterziehen, und derjenigen, die die Behandlung bereits abgeschlossen haben. Die Fünf-Jahres-Krebsprävalenz umfasst Menschen, die die Diagnose Krebs innerhalb der letzten fünf Jahre erhalten haben, während die lebenslange Krebsprävalenz diejenigen einschließt, die die Krebsdiagnose zu einem beliebigen Zeitpunkt im Leben erhalten haben.

in der gesamten EU ist auch in Deutschland die Krebsprävalenz unter Männern höher (1 976 pro 100 000) als unter Frauen (1 879 pro 100 000). Die lebenslange Krebsprävalenz nahm in Deutschland zwischen 2010 und 2020 schneller zu (27 %) als in der EU (24 %). Dieser Aufwärtstrend betont die zunehmende Bedeutung der Berücksichtigung von Lebensqualität und Überleben (siehe

Abschnitt 5.4), da immer mehr Menschen nach einer Krebserkrankung länger leben. Dies gilt insbesondere für Patientinnen und Patienten, die an Haut-, Hoden- oder Schilddrüsenkrebs erkrankt waren (RKI, 2023), da in diesen Fällen die Überlebenschance größer ist als bei anderen Krebsarten (etwa bei Bauchspeicheldrüsenkrebs und Mesotheliomen).

Abbildung 4: Die Krebsprävalenz ist in Deutschland schneller gestiegen als in der EU



Quellen: Globocan-Datenbank 2024 der IARC; EUROCARE-6-Studie (De Angelis et al., 2024).

Bundesinitiativen zielen auf die Koordination des vielschichtigen Krebsversorgungssystems ab

Der Nationale Krebsplan (NKP) wurde im Jahr 2008 erstellt und dient als übergeordneter Rahmen der deutschen Krebspolitik. An seiner Ausarbeitung waren etwa 25 Interessengruppen, verschiedene medizinische Fachverbände und Patientenvertretungen beteiligt. Im Plan sind 13 strategische Ziele mit rund 40 Teilzielen über vier Handlungsfelder hinweg festgelegt. Diese sind im Einklang mit Europas Plan gegen den Krebs unterteilt in Früherkennung, Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung, Sicherstellung der Behandlung und Patientenorientierung (Kasten 1).

Im Jahr 2019 hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung die Initiative „Nationale Dekade gegen Krebs“ ins Leben gerufen und relevante Akteure in Deutschland im Kampf gegen den Krebs zusammengebracht. Das übergeordnete Ziel der Nationalen Dekade gegen Krebs ist die Stärkung der patientenorientierten Krebsforschung durch eine umfassendere Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in die Vorbereitung, Auswahl und Durchführung der Forschung. Krebsprävention und Früherkennung bilden einen besonderen Schwerpunkt, wobei

sichergestellt werden soll, dass die Forschung eine gezieltere Unterstützung erhält und Innovationen den Patientinnen und Patienten schneller zur Verfügung gestellt werden.

Die Koordinierungsbemühungen dienen der Angleichung von Maßnahmen innerhalb eines komplexen Systems: Die Zuständigkeiten für die Krebspolitik in Deutschland sind zwischen der Bundesregierung, den 16 Bundesländern und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgeteilt. Die Hauptaufgabe des Bundesministeriums für Gesundheit ist die Regulierung des Gesundheitssystems, einschließlich der GKV und der Gesundheitsdienstleister, durch Gesetze, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften. Beispiele sind Gesetze über Früherkennungsuntersuchungen, die bundesweite Einrichtung klinischer Krebsregister durch die Bundesländer, die Standardisierung der psychoonkologischen Versorgung auf kommunaler Ebene und die Ausweitung der Hospiz- und Palliativversorgung. Die Krebsforschung fällt in den Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, während für die Prävention von Berufskrebs sowie die Rehabilitation das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zuständig ist.

Seit der Verabschiedung des Bundespräventionsgesetzes im Jahr 2015 sind die GKV und die verpflichtende Pflegeversicherung für Prävention zuständig. Deutschland verfügt außerdem mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über ein besonderes höheres Beschlussgremium mit gesetzlicher Verantwortung für die Ausarbeitung von Leistungsansprüchen auf der Grundlage hochwertiger wissenschaftlicher Ergebnisse, einschließlich hinsichtlich der Frage, welche Gesundheitsleistungen von der GKV übernommen

werden. Im Bereich der Onkologie evaluiert der G-BA neuartige Medikamente und Behandlungsmethoden, überwacht die Qualität der Versorgung und erarbeitet Präventions- und Screening-Programme. Der G-BA erfüllt seine Pflichten hauptsächlich durch den Erlass von Richtlinien mit rechtlich bindender Wirkung für alle Interessenträger und gesetzlich Versicherten. Das Bundesministerium für Gesundheit ist verantwortlich für die rechtliche Beaufsichtigung des G-BA.

Kasten 1: Der Nationale Krebsplan und die Nationale Dekade gegen Krebs stehen im Einklang mit Europas Plan gegen den Krebs

Der NKP und die Nationale Dekade gegen Krebs stellen umfassende Bemühungen zur Reduzierung der Krebsbelastung durch verbesserte Prävention, Diagnose und Behandlung in Deutschland dar. Die Hauptziele entsprechen in hohem Maße den Zielen von Europas Plan gegen den Krebs (Tabelle 1). Der NKP konzentriert sich auf vier Säulen: Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung, Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung, Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung (zunächst mit Fokus auf medikamentöser Therapie) und Stärkung der Patientenorientierung in der Krebsversorgung. Die Nationale Dekade gegen Krebs konzentriert sich auf die Förderung der Krebsforschung (insbesondere in Bereichen wie Früherkennung, personalisierte Medizin und innovative Behandlungsmethoden), auf die Verbesserung der Prävention und Früherkennung (durch Kampagnen zur Stärkung des öffentlichen Bewusstseins, Förderung eines gesunden Lebensstils und Ausweitung von Screening-Programmen) sowie auf die Förderung der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Die Reduzierung von Ungleichheiten in Bezug auf Krebs ist ein transversales Thema des NKP. Krebskrankheiten im Kindesalter sind kein Hauptfokusbereich, da die onkologische Versorgung in diesem Bereich bereits ein hohes Niveau erreicht hat.

Tabelle 1: Deutschlands Nationaler Krebsplan steht im Einklang mit Europas Plan gegen den Krebs

Säulen des EBCP				Transversale Themen des EBCP		
Prävention	Früherkennung	Diagnose und Behandlung	Lebensqualität	Ungleichheiten in Bezug auf Krebs	Krebskrankheiten im Kindesalter	Forschung und Innovation
●	●	●	●	●	●	●

Anmerkungen: EBCP = Europe's Beating Cancer Plan (Europas Plan gegen den Krebs). Blau bedeutet, dass der NKP bzw. die Nationale Dekade gegen Krebs dem Thema einen eigenen Abschnitt widmen. Orange bedeutet, dass das Thema zwar behandelt wird, jedoch nicht den einzigen Fokus darstellt. Rosa bedeutet, dass das Thema nicht behandelt wird.
Quelle: Übernommen aus „Study on mapping and evaluating the implementation of Europe's Beating Cancer Plan“ (noch nicht veröffentlicht).

3. Risikofaktoren und Präventionsstrategien

Laut einer Schätzung des Deutschen Krebsforschungszentrums lassen sich mindestens 37 % aller neuen Krebsfälle in Deutschland durch Risikofaktoren erklären. Tabak ist der signifikanteste dieser Risikofaktoren. Wenngleich Deutschland im Hinblick auf das tägliche Rauchen besser abschneidet als viele andere EU-Länder (Abbildung 5), kann man bei etwa 19 % aller neuen Krebsfälle pro Jahr das Rauchen als Ursache zuschreiben. Deutschland liegt in Bezug auf die Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) und den Verzehr von Gemüse hinter den meisten anderen EU-Ländern zurück.

Im Jahr 2021 entfielen 6,6 % der Gesundheitsausgaben Deutschlands auf die Prävention, was über dem EU-Durchschnitt von 6,1 % liegt und einen starken Anstieg gegenüber dem Niveau von ca. 3 % aus den Jahren vor COVID-19 darstellt.⁵ Der Nationale Krebsplan (NKP) deckt die Primärprävention nicht ab. Stattdessen gibt es einen breiteren, krankheitsunspezifischen Ansatz zur Prävention von nicht übertragbaren Erkrankungen mit Fokus auf häufige

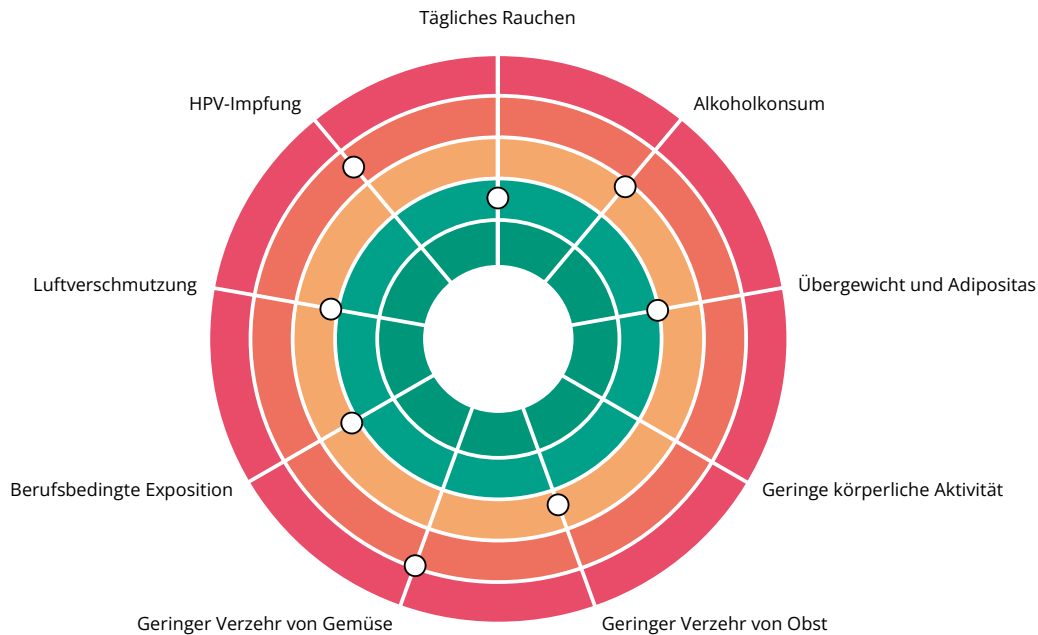
lebensstilbedingte Risikofaktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel. Krebspezifische Aktivitäten von Mitgliedern der deutschen Krebsgemeinschaft ergänzen die breiteren Präventionsstrategien für nicht übertragbare Krankheiten.

Im Jahr 2025 wird ein Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin eingerichtet, dessen Aktivitäten durch eine Nationale Präventions-Initiative ergänzt werden. Die Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Deutschland ist ein Ziel des NKP, ebenso wie die Sicherstellung von qualitätsgeprüften, zugänglichen Informationen und Beratungen. Um diese Ziele zu erreichen, hat das Bundesministerium für Gesundheit eine Allianz für Gesundheitskompetenz ins Leben gerufen, an der Mitglieder der Bundesregierung, Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen und andere Akteure beteiligt sind. Ziel dieser Allianz ist die Verbesserung der Gesundheitskompetenz bei Bürgerinnen und Bürgern und Organisationen (z. B. in der Gesundheitsversorgung und in der Bildung).



⁵ Präventionsausgaben, die in Gesundheitskonten verzeichnet werden, sollten Aktivitäten außerhalb der nationalen Programme umfassen (z. B. opportunistisches Krebs-Screening oder Beratung für die Raucherentwöhnung bei routinemäßigen Arztbesuchen), jedoch haben die Länder in der Praxis unter Umständen Schwierigkeiten mit der Ermittlung der Präventionsausgaben außerhalb solcher Programme.

Abbildung 5: Deutschland liegt in Bezug auf den Verzehr von Gemüse und die Impfung gegen Humane Papillomaviren zurück



Anmerkungen: Je näher ein Punkt am Mittelpunkt liegt, desto besser schneidet ein Land im Vergleich zu anderen EU-Ländern ab. Kein Land liegt im weißen „Zielbereich“, da in allen Ländern in allen Bereichen noch Fortschritte möglich sind. Luftverschmutzung wird als Feinstaub mit einem Durchmesser von weniger als 2,5 Mikrometern (PM_{2,5}) gemessen. Für den Indikator körperliche Aktivität liegen keine Daten vor.

Quellen: OECD-Berechnungen auf der Grundlage der EU-SILC-Erhebung 2022 zu Übergewicht, Adipositas, Bewegung und Obst- und Gemüseverzehr (bei Erwachsenen); Eurofound-Erhebung zur berufsbedingten Exposition; OECD-Gesundheitsstatistik zu Rauchen, Alkoholkonsum (bei Erwachsenen) und Luftverschmutzung; WHO zur HPV-Impfung (15-jährige Mädchen). Für Deutschland werden die EHIS-Daten aus dem Jahr 2019 für Übergewicht sowie den Verzehr von Obst und Gemüse (bei Erwachsenen) verwendet.

Tabak und Alkohol sind bedeutende Krebsrisikofaktoren in Deutschland

Im Jahr 2022 rauchten etwa 15 % der Bevölkerung in Deutschland täglich Zigaretten – ein Wert, der unter dem EU-Durchschnitt von 18 % liegt. Der Gesamtanteil der rauchenden Personen in Deutschland ist im letzten Jahrzehnt sowohl unter Männern als auch unter Frauen stetig gesunken. Bildung und Einkommen beeinflussen die Wahrscheinlichkeit dass Menschen rauchen: Die Prävalenz des täglichen Rauchens ist bei Personen mit niedrigerem Bildungsniveau (25 %) höher als bei Personen mit höherem Bildungsniveau (14 %) und bei niedrigerem Einkommen (29 %) höher als bei höherem Einkommen (16 %).

Vaping wird insbesondere in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen zunehmend beliebter. Insgesamt 3 % der jungen Frauen und 6 % der jungen Männer rauchen E-Zigaretten; diese Werte sind höher als die Raten in der Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren. Auf dem Tobacco Control Scale 2021 belegte Deutschland den letzten Platz unter den EU-Ländern in einem internationalen Vergleich der gesetzlichen Tabakkontrolle (OECD, 2024), die beispielsweise Regelungsmaßnahmen in Bezug auf Preise, die Verfügbarkeit von rauchfreien Bereichen, Werbeverbote und Warnhinweise auf Gesundheitsgefährdungen umfasst. Seitdem wurde jedoch

die Zigarettenwerbung auf Plakatwänden im Jahr 2022 verboten, ebenso wie die Werbung für zu erhitzende Tabakprodukte im Januar 2023 und für E-Zigaretten im Januar 2024.

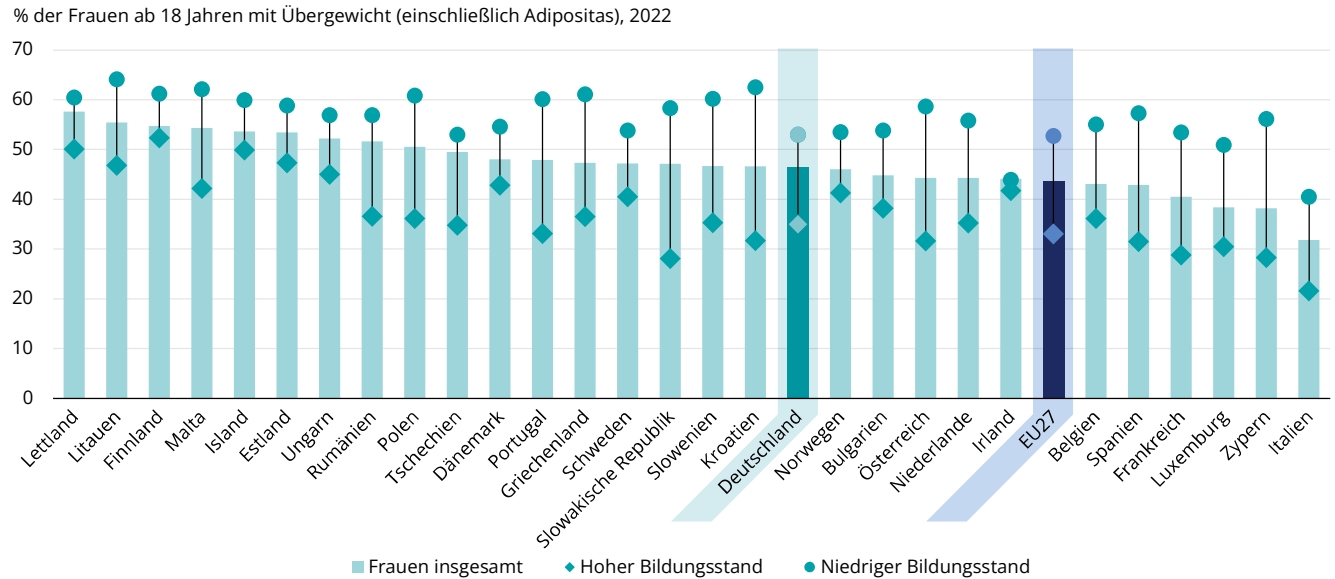
Auch der Alkoholkonsum ist in Deutschland hoch. Deutsche ab 15 Jahren konsumierten mehr (10,6 l Alkohol pro Kopf im Jahr 2019) als im EU-Durchschnitt (10,0 l). Riskanter Alkoholkonsum war in Deutschland ebenfalls weiter verbreitet (5 % der Bevölkerung) als in der EU (3 %) und kam unter Männern häufiger vor (5 %) als unter Frauen (4 %). Wie in der gesamten EU schlägt sich dies darin nieder, dass bei Männern eine deutlich höhere Inzidenz von Krebserkrankungen zu verzeichnen ist, die auf Alkohol zurückzuführen sind, z. B. im Fall von Darmkrebs (5,6 pro 100 000 unter Männern im Vergleich zu 1,1 pro 100 000 unter Frauen), Leberkrebs und Speiseröhrenkrebs. Im Gegensatz zu vielen anderen verhaltensbedingten Risikofaktoren ist riskanter Alkoholkonsum bei Bevölkerungsgruppen mit höherem Einkommen (6 %) weiter verbreitet als bei jenen mit niedrigerem Einkommen (4 %), ebenso wie bei jenen mit einem höheren Bildungsniveau und jenen, die in städtischen Gebieten leben. In allen diesen Gruppen ist der Anteil von Personen mit riskantem Alkoholkonsum in Deutschland höher als in der EU.

Über die Hälfte der Erwachsenen in Deutschland ist übergewichtig oder adipös

Übergewicht und Bewegungsmangel spielen ebenfalls eine Rolle bei der Entstehung neuer Krebsfälle. In Deutschland sind ca. 61 % der Männer und 47 % der Frauen übergewichtig. Etwa 19 % der deutschen Erwachsenen sind adipös, was bei einem Body-Mass-Index (BMI) von über 30 kg/m² der Fall ist, wobei der Anteil bei Männern und Frauen ähnlich ist.

Die Prävalenz von Übergewicht nimmt darüber hinaus mit dem Alter zu und ist unter Menschen mit höherem sozioökonomischem Status signifikant niedriger (Abbildung 6). Die Europäische Gesundheitsumfrage (European Health Interview Survey – EHIS) zeigt eine um 51 % höhere Prävalenz von Übergewicht bei Frauen mit niedrigerem Bildungsniveau gegenüber jenen mit höherem Bildungsniveau.

Abbildung 6: Die Prävalenz von Übergewicht ist bei Frauen mit niedrigerem Bildungsniveau um 51 % höher als bei Frauen mit höherem Bildungsniveau



Anmerkung: Als Übergewicht (einschließlich Adipositas) gilt ein BMI von über 25.
 Quelle: Eurostat-Datenbank. Die Daten beziehen sich auf 2022, mit Ausnahme der Daten für Deutschland und Island, die sich auf 2019 beziehen.

Bewegungsmangel ist in Deutschland relativ weitverbreitet. Laut einer Eurobarometer-Erhebung aus dem Jahr 2022 geben über die Hälfte der Männer und 60 % der Frauen in Deutschland an, dass sie nie oder selten trainieren oder Sport treiben – diese Werte liegen knapp unterhalb des EU-Durchschnitts. Auch schlechte Ernährungsgewohnheiten tragen zu Übergewicht und Adipositas bei und erhöhen das Risiko der Entstehung von Krebs. Im Jahr 2019 gaben 44 % der Erwachsenen in Deutschland an, dass sie seltener als ein Mal pro Tag Obst verzehren, und 54 % gaben an, dass sie seltener als ein Mal pro Tag Gemüse verzehren. Forschungen unter der deutschen Bevölkerung im Alter von 35 bis 84 Jahren zeigten, dass ein Rückgang der Ballaststoffaufnahme um 10 g/Tag das Risiko von Darmkrebs um 11 % und das Risiko von Brustkrebs um 5 % erhöht (Behrens et al., 2018).

Im Jahr 2024 beschloss die Bundesregierung eine neue Lebensmittelstrategie mit dem Titel „Gutes

Essen für Deutschland“, um gegen Übergewicht anzugehen. Die Strategie vereint ca. 90 geplante und bereits bestehende Maßnahmen zur Lebensmittelpolitik mit dem Ziel, gutes Essen für alle zugänglicher zu machen. Mit der Strategie werden sechs Ziele verfolgt: Gemeinschaftsverpflegung verbessern; Lebensmittelverschwendung reduzieren; pflanzenbasierte Ernährung stärken; sozial gerechten Zugang zu gesunder und nachhaltiger Ernährung schaffen; angemessene Nährstoff- und Energieversorgung und Bewegung unterstützen; und das Angebot nachhaltig und ökologisch produzierter Lebensmittel erhöhen. Zu den konkreten Maßnahmen, die ergriffen werden, um diese Ziele zu erreichen, zählen die Förderung eines ausgewogeneren Speiseplans in Kindertagesstätten und Schulen (z. B. durch verpflichtende Ernährungsstandards und Beratung), die Förderung der Einrichtung von Schulküchen und Trinkwasserspender sowie Ernährungsempfehlungen für Kinder und Lehrkräfte.

Ende 2020 führte Deutschland den Nutri-Score als freiwillige Angabe auf der Vorderseite von Verpackungen ein (OECD, 2024), und Anfang März 2023 brachte das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft einen Gesetzesvorschlag ein, um die an Kinder gerichtete Werbung für Lebensmittel mit hohem Fett-, Salz- oder Zuckergehalt zu regulieren. Es wurden jedoch keine Anreize und Regeln zur Schaffung eines gesunden Einzelhandels umgesetzt und es gibt keine Vorgaben zur Ernährungsberatung in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.

Prävention und Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Gruppen werden vom bundesweiten Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit koordiniert, der 2003 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gegründet wurde. Der Verbund, dem 75 Partnerorganisationen angehören, sammelt, erarbeitet und verbreitet Fachwissen zur guten Praxis der Gesundheitsförderung, macht über seine Praxisdatenbank auf Programme zur Gesundheitsförderung aufmerksam und fördert den Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis.

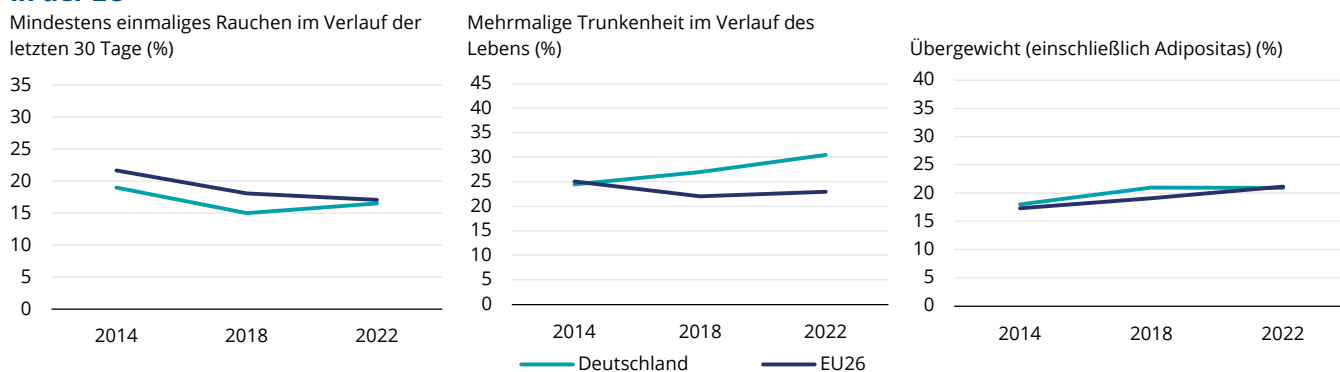
Der zunehmende Alkoholmissbrauch unter Jugendlichen ist Anlass zur Beunruhigung

Der Kontakt mit Risikofaktoren nimmt im Verlauf des Lebens zu, weshalb Prävention insbesondere

für junge Menschen wichtig ist. Die Prävalenz von Risikofaktoren unter Jugendlichen (15-Jährige) in Deutschland ist in Bezug auf Rauchen und Übergewicht vergleichbar mit der EU (Abbildung 7). Beim Rauchen lag der Wert im Jahr 2014 unter dem EU-Durchschnitt, jedoch zeigte sich in Deutschland ein langsamerer Rückgang, sodass sich die Rate in den letzten Jahren dem EU-Durchschnitt angenähert hat und nun ebenfalls 17 % beträgt. Im Gegensatz dazu ist der Anteil von Übergewicht unter Jugendlichen von 18 % im Jahr 2014 auf 21 % im Jahr 2022 gestiegen.

Episodischer starker Alkoholkonsum (Rauschtrinken) kommt in Deutschland häufiger vor als in anderen EU-Ländern. Der Anteil der 15-Jährigen, die angeben, mindestens zwei Mal in ihrem Leben betrunken gewesen zu sein, ist von 25 % im Jahr 2014 auf 31 % im Jahr 2022 gestiegen; dieser Wert liegt fast ein Drittel über dem EU-Durchschnitt. Der Anteil der Jugendlichen, die nach eigenen Angaben täglich Gemüse verzehren, ist in Deutschland niedriger (30 %) als in der EU (34 %); Gleiches gilt für den Anteil der Jugendlichen, die täglich 60 Minuten lang körperlich aktiv sind, da dieser in Deutschland mit 12 % niedriger ist als in der EU (15 %). Allerdings sind sowohl der Obst- als auch der Gemüseverzehr unter Jugendlichen seit 2014 gestiegen, wobei der tägliche Verzehr von Obst in Deutschland mit 38 % über dem EU-Durchschnitt von 30 % liegt.

Abbildung 7: Jugendliche in Deutschland verzeichnen höhere Raten des wiederholten Rauschtrinkens, jedoch vergleichbare Raten in Bezug auf Rauchen und Übergewicht wie Jugendliche in der EU



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2022 und auf Kinder im Alter von 15 Jahren. Quelle: Erhebung zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern.

Die HPV-Impfraten sind im Laufe der Zeit gestiegen, liegen aber weiterhin unter dem EU-Durchschnitt

In Deutschland wird die HPV-Impfung für Kinder im Alter von 9 bis 14 Jahren empfohlen (OECD, 2024). Der Anteil derjenigen, die vollständig gegen HPV geimpft wurden, ist gestiegen und lag 2023 unter 15-jährigen Mädchen bei 54 %, während es

ein Jahrzehnt zuvor noch 27 % gewesen waren. Im Vergleich zum EU-Durchschnitt (64 %) liegt Deutschland jedoch im unteren Drittel der Länder. Darüber hinaus ist die Quote unter Jungen weiterhin niedrig: Lediglich 17 % der 15-jährigen Jungen hatten 2023 ihre vollständige HPV-Impfung erhalten. Nachholimpfungen für ältere Jugendliche stehen bis zum Alter von 18 Jahren zur

Verfügung. Es gibt jedoch weder ein Aufruf- und Erinnerungssystem für die HPV-Impfung noch einen landesweiten Impfplan für Schulen.

Die Exposition gegenüber Luftschadstoffen in Deutschland wurde im Verlauf des letzten Jahrzehnts um ein Drittel reduziert

Im Jahr 2020 lag die durchschnittliche Luftverschmutzung, gemessen in $PM_{2,5}$, bei geschätzt $10,3 \mu\text{g}/\text{m}^3$; dieser Wert ist um rund ein Drittel niedriger als im Jahr 2010 ($16,2 \mu\text{g}/\text{m}^3$) und liegt unter dem EU-Durchschnitt von $11,7 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Der Großteil der Messstationen für Luftschadstoffe meldet Konzentrationen um die oder unterhalb der von der EU festgelegten Grenz- und Zielwerte (Umweltbundesamt, 2024). Die Hauptquellen für Luftschadstoffe sind der Straßenverkehr und Verbrennungsprozesse in der Industrie, dem Energiesektor, den Haushalten und der Landwirtschaft.

Es gibt spezifische Regeln und Vorschriften für Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit zur Verhinderung von Krebs am Arbeitsplatz.

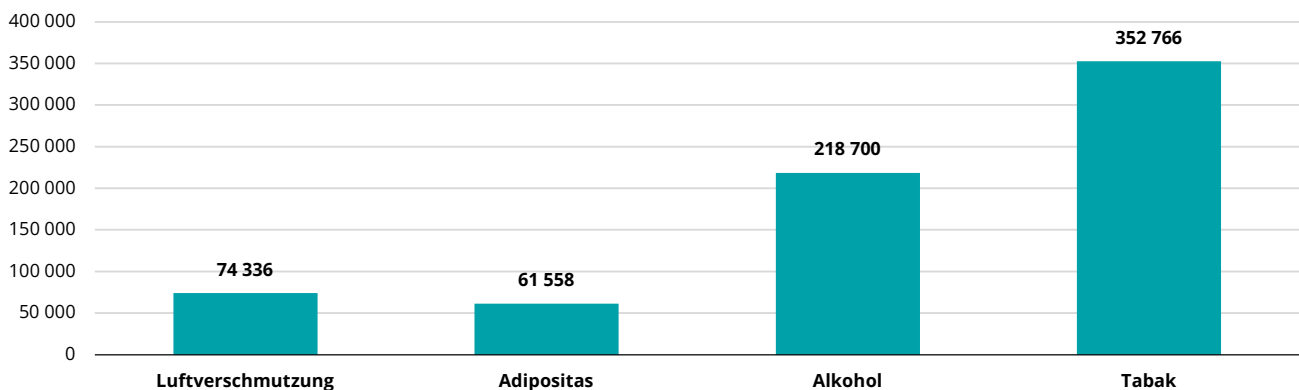
Insbesondere die Gefahrstoffverordnung und die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge bieten Schutz und vorsorgende medizinische Unterstützung.

Viele neue Krebsfälle könnten verhindert werden, wenn die Reduktionsziele für Risikofaktoren erreicht würden

Gemäß der Modellierung der OECD zur strategischen Planung der öffentlichen Gesundheit (Strategic Public Health Planning – SPHeP) könnten in Deutschland durch das Erreichen der Zielvorgaben in Bezug auf spezifische Krebsrisikofaktoren zwischen 2023 und 2050 hunderttausende neue Krebsfälle verhindert werden (Abbildung 8). Die Zielwerte für den Tabakkonsum zu erreichen hätte das größte Potenzial zur Fallreduzierung (352 766), und wenn das Ziel für Alkohol erreicht würde, könnten 218 700 Fälle verhindert werden. Auch durch das Erreichen der Zielvorgaben für Luftverschmutzung (74 336 Fälle) und Adipositas (61 558 Fälle) könnte eine erhebliche Anzahl von Krebsfällen verhindert werden.

Abbildung 8: Durch das Erreichen der Ziele zur Senkung des Tabakkonsums könnten in Deutschland zwischen 2023 und 2050 über 350 000 Krebsfälle verhindert werden

Anzahl der Krebsfälle, die zwischen 2023 und 2050 aufgrund der Erreichung der Zielvorgaben für Risikofaktoren vermieden werden könnten



Anmerkungen: Das Ziel in Bezug auf Tabak sieht vor, dass der Tabakkonsum zwischen 2010 und 2025 um 30 % reduziert wird und dass im Jahr 2040 weniger als 5 % der Bevölkerung Tabak konsumieren. Bei Alkohol ist die Zielvorgabe eine Reduzierung sowohl des Alkoholkonsums und als auch von Alkoholexzessen (sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einem einzelnen Anlass für Erwachsene) um jeweils 20 % zwischen 2010 und 2030. Hinsichtlich der Luftverschmutzung müsste ein jährlicher $PM_{2,5}$ -Feinstaub-durchschnittswert von maximal $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ bis 2030 und von maximal $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ bis 2050 erreicht werden. In Bezug auf Adipositas besteht das Ziel darin, die Zahlen bis 2025 auf das Niveau von 2010 zu senken.

Quelle: OECD (2024), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, DOI: <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

4. Früherkennung

Für Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs gibt es nationale Früherkennungsprogramme, und für Lungenkrebs wird ein entsprechendes Programm erarbeitet

Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den rechtlichen Rahmen für die Früherkennung vor. Innerhalb dieses Rahmens legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seinen Richtlinien die spezifischen technischen Einzelheiten der Screening-Maßnahmen fest. Für Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs gibt es in Deutschland populationsbasierte Früherkennungsprogramme, die den EU-Leitlinien entsprechen. Das Früherkennungsprogramm für Brustkrebs wurde 2005 eingeführt und wird seit 2009 flächendeckend umgesetzt. Mitte 2019 und Anfang 2020 wurden die Früherkennungsprogramme für Darm- und Gebärmutterhalskrebs auf der Grundlage des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes von 2013 eingeführt (mit dem die seit den 1970er-Jahren bestehenden Regelungen zur opportunistischen Früherkennung für Darm- und Gebärmutterhalskrebs ersetzt wurden).

Im Rahmen der organisierten Früherkennungsprogramme werden zusammen mit den Einladungsschreiben evidenzbasierte Informationen über die Vor- und Nachteile der Teilnahme am Screening an die betreffende Bevölkerung gesendet. Diese Praxis zielt darauf ab, fundierte Entscheidungen über die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen im Sinne des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes von 2013 zu fördern. Darüber hinaus stellen verschiedene Akteure wie das unabhängige „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ und der „Krebsinformationsdienst“ des Deutschen Krebsforschungszentrums sowie das Nationale Gesundheitsportal der Bundesregierung qualitätsgesicherte Informationen über die Krebsvorsorge bereit.

Derzeit wird ein Programm zur Früherkennung von Lungenkrebs für starke aktive und ehemalige Raucherinnen und Raucher im Alter zwischen 50 und 75 Jahren entwickelt, bei dem eine niedrig dosierte Computertomografie (CT) zur Anwendung kommt. Eine entsprechende Verordnung des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz besteht seit Juli 2024. Im Dezember 2023 leitete

der G-BA seinen Konsultationsprozess zur Einführung des Screening-Dienstes ein. Eine zentrale Herausforderung für den G-BA besteht darin, die technischen Details der Lungenkrebsvorsorge für Deutschland festzulegen, da noch keine europäischen Leitlinien zur organisierten Lungenkrebsvorsorge vorliegen.

Die Teilnahme am Mammografie-Screening in Deutschland ist in den letzten zehn Jahren leicht zurückgegangen

Im Rahmen des Brustkrebs-Screening-Programms in Deutschland werden gesetzlich versicherte Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren alle zwei Jahre zur Teilnahme am Screening eingeladen. Im Juli 2024 wurde die Altersobergrenze auf 75 Jahre erhöht. Aus den Programmdateen geht hervor, dass die Teilnahmerate für das Brustkrebs-Screening bei Frauen zwischen 2008 und 2013 von rund 53 % auf 57 % gestiegen war (Kooperationsgemeinschaft Mammographie, 2021). Seitdem ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen und die Teilnahmequote hat sich bei rund 50 % eingependelt, wobei sie 2022 bei 52 % lag (Abbildung 9).

Seit Juli 2019 gibt es ein bevölkerungsbasiertes Darmkrebs-Screening-Programm für Männer und Frauen ab 50 Jahren. Dieses organisierte Programm hat die vorherige opportunistische Darmkrebsvorsorge ersetzt. Die infrage kommenden Personen erhalten alle fünf Jahre ein Einladungsschreiben und entsprechende Informationen. Die Koloskopie gilt als zuverlässigste Methode zur Früherkennung von Darmkrebs. Im Rahmen eines alternativen Screening-Verfahrens können sich die infrage kommenden Personen im Alter von 50 bis 54 Jahren jährlich und nach Vollendung des 55. Lebensjahres alle zwei Jahre für einen Test auf okkultes Blut im Stuhl (Faecal Occult Blood Test – FOBT) entscheiden.

Erhebungsdaten aus dem Jahr 2019 zeigen, dass 55 % der 50- bis 74-Jährigen angaben, dass sie innerhalb der zurückliegenden drei Jahre letztmals an einem Darmkrebs-Screeningtest teilgenommen hatten. Dies ist ein Rückgang gegenüber dem Wert von 64 %, der für 2009 verzeichnet wurde. Es gibt jedoch keine Programmdateen zu den Darmkrebs-Screeningraten für die Gesamtbevölkerung, da die Programmdateen nach FOBT-Test und Koloskopie getrennt festgehalten werden. Laut dem

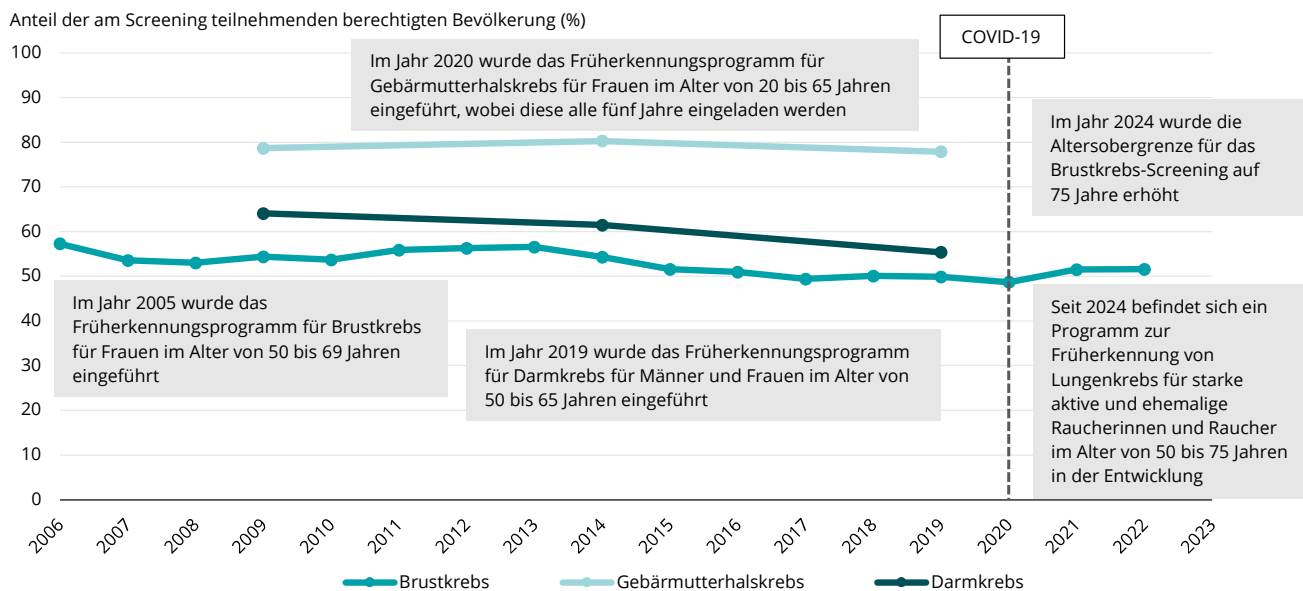
Jahresbericht 2019 über Früherkennungskoloskopie lag die Teilnahmequote der Zielbevölkerung an FOBT-Tests über einen Zeitraum von zwei Jahren (2018 bis 2019) bei 17 % für Personen ab 55 Jahren; in Bezug auf Kolonoskopie-Untersuchungen lag die Rate über einen Zeitraum von zehn Jahren (2010 bis 2019) bei 15 % (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2019). Im Jahr 2019 nahmen darüber hinaus 11 % der infrage kommenden Altersgruppe Beratungstermine zum Thema Darmkrebs wahr. Frauen unterzogen sich FOBT-Tests eher als Männer (19 % gegenüber 15 % im Zeitraum 2018 bis 2019) und nahmen auch häufiger Beratungstermine wahr (12 % gegenüber 10 %). Bei der Kolonoskopie lag die Teilnahmequote beider Geschlechter im Zeitraum von 2010 bis 2019 bei rund 15 %.

Im Jahr 2020 wurde ein bevölkerungsbasiertes Gebärmutterhalskrebs-Screening für Frauen ab 20 Jahren eingeführt, wobei alle fünf Jahre bis zum Alter von 65 Jahren Einladungen versandt werden. Für Frauen im Alter von 20 bis 34 Jahren sieht das Krebsvorsorgeprogramm einen jährlichen PAP-Abstrich und eine zytologische Untersuchung vor. Für Frauen über 35 Jahren wird alle drei Jahre ein HPV-Test in Kombination mit dem PAP-Abstrich („Ko-Testung“) angeboten. Dies wurde

nach einer Änderung der Richtlinien des G-BA auf der Grundlage des Krebsfrüherkennungs- und -registrierungsgesetzes im Jahr 2020 umgesetzt.

Erhebungsdaten von 2019 zufolge gaben 78 % der Frauen in Deutschland im Alter von 20 bis 69 Jahren an, in den letzten drei Jahren auf Gebärmutterhalskrebs untersucht worden zu sein, womit der Wert seit 2009 (79 %) stabil geblieben ist. Aufgrund der Konzeption des Screening-Programms liegen keine Daten über die Screening-Quoten für die gesamte infrage kommende Bevölkerung vor. Einem Evaluierungsbericht über das Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs zufolge lag die Zytologie-Screening-Quote bei Frauen zwischen 20 und 34 Jahren im Jahr 2021 bei 45 % und im Jahr 2022 bei 47 %. Etwa 9 % der infrage kommenden Frauen im Alter von über 35 Jahren nahmen im Jahr 2021 eine Ko-Testung in Anspruch; im Jahr 2022 waren es 5 % (Gesundheitsforen Leipzig GmbH, 2024). Mit diesem Rückgang wurde gerechnet, da 2021 das erste Jahr der vollständigen Umsetzung der Programmleitlinien war, die vorsehen, dass Frauen im Alter von über 35 Jahren nur einmal alle drei Jahre getestet werden. Die Teilnahmequoten waren in der Gruppe der 35- bis 39-Jährigen am höchsten und gingen mit dem Alter deutlich zurück.

Abbildung 9: Die Teilnahme am Screening zeigt sich im Zeitverlauf relativ stabil



Anmerkungen: Die Daten zum Brustkrebs-Screening beziehen sich auf Mammografie-Raten bei Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren im Zeitraum der letzten zwei Jahre (Programmdaten). Die Daten zum Gebärmutterhalskrebs-Screening beziehen sich auf Frauen im Alter von 20 bis 69 Jahren, die nach eigenen Angaben in den letzten drei Jahren an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen haben (Erhebungsdaten). Die Daten zum Darmkrebs-Screening beziehen sich auf Personen im Alter von 50 bis 74 Jahren, die nach eigenen Angaben in den letzten drei Jahren an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen haben (Erhebungsdaten).
Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2024. Eurostat-Datenbank.

Es bestehen deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen bei der Teilnahme an den Screenings

Deutschland erhebt und verknüpft sozioökonomische Daten über die Teilnahme am Screening. Seit 2008 führt das Robert Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit eine bundesweite Querschnittserhebung der Bevölkerung durch, die als „Gesundheit in Deutschland aktuell“ bezeichnet wird. Diese Erhebung liefert Informationen über die Inanspruchnahme von Krebsvorsorge und Ungleichheiten bei dieser auf der Grundlage von Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Bildungsniveau.

Bei der Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen lassen sich erhebliche Unterschiede in Bezug auf den Migrationshintergrund beobachten. Bei Migrantinnen aus Nicht-EU-Ländern (50 %) und EU-Mitgliedstaaten (53 %) wird durchweg eine geringere Teilnahme an Gebärmutterhalskrebs-Screenings verzeichnet als bei Nichtmigrantinnen (57 %) (Brzoska, Aksakal und Yilmaz-Aslan, 2020). Zu den Haupthindernissen für die Teilnahme an Gebärmutterhalskrebs-Screenings bei Migrantinnengruppen zählten mangelnde Informationen, das Fehlen weiblicher Fachkräfte des Gesundheitswesens, begrenzte Kenntnisse in der Landessprache und Gefühle von Angst, Scham und Unbehagen in Bezug auf den Test. Um die Beteiligung von Migrantinnengruppen zu erhöhen,

bietet Deutschland Informationen über die Brustkrebsvorsorge in 12 verschiedenen Sprachen an. Darüber hinaus stehen Informationsbroschüren über das Darmkrebs-Screening-Programm in einfacher Sprache zur Verfügung.

Das Einkommensniveau wirkt sich ebenfalls auf die Teilnahme an der Krebsvorsorge aus. Nach den EHIS-Daten aus dem Jahr 2019 lag die mittels Selbstauskunft festgestellte Screening-Quote für Gebärmutterhalskrebs bei Frauen im Alter von 20 bis 69 Jahren im höchsten Einkommensquintil in Deutschland bei 78 %, während es im untersten Quintil lediglich 58 % waren. Gleiches gilt für das Brustkrebs-Screening, bei dem es erhebliche Unterschiede zwischen Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren im höchsten (69 %) und im niedrigsten (58 %) Einkommensquintil gibt, wenngleich diese Abweichung im Vergleich zum EU-Durchschnitt etwas geringer ist. In Deutschland wurden neue Umsetzungsmodelle eingeführt, um sozial schwache Bevölkerungsgruppen, einschließlich ländlicher und unterversorgter Gemeinden, zu erreichen. In den Bundesländern gibt es insgesamt 70 „Mammobile“ – Busse, in denen mobile Mammografie-Screenings angeboten werden (Kasten 2). Darüber hinaus wurden Zentren für familiäre Krebserkrankungen eingerichtet, um innerhalb gefährdeter Bevölkerungsgruppen das Bewusstsein zu schärfen und die Prävention und Früherkennung zu verbessern.

Kasten 2: Verschiedene innovative Projekte in Deutschland zielen darauf ab, zusätzliche Screening-Programme zu bieten und die Früherkennung zu verbessern

Neue Leistungsmodelle wie mobile Krebsvorsorgeprogramme spielen eine Schlüsselrolle, wenn es darum geht, Menschen in den Gemeinden, in denen sie leben und arbeiten, Screenings zu ermöglichen. In den Bundesländern gibt es insgesamt 70 „Mammobile“ – Busse, in denen mobile Mammografie-Screenings für Frauen in abgelegenen Gegenden angeboten werden. Die Standorte der Mammobile, z. B. auf stark frequentierten Marktplätzen, werden auf einer Website bekannt gegeben, über die Frauen auch direkt einen Termin vereinbaren können.

In Deutschland wurden Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs sowie Zentren für familiären Darmkrebs für risikostratifizierte Krebscreenings eingerichtet. Diese Zentren bieten Beratungsangebote, Gentests und verstärkte Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen für gefährdete Bevölkerungsgruppen (z. B. Frauen mit erblich bedingtem Brustkrebs und Eierstockkrebs) an.

Vom Frühsommer 2021 bis zum Sommer 2023 bot das HANSE-Präventionsprogramm kostenlose Lungenuntersuchungen für ehemalige und aktive Raucherinnen und Raucher in Norddeutschland an. Drei Lungenkrebszentren in der Region luden Menschen zwischen 55 und 79 Jahren, die als aktive oder ehemalige Raucherinnen bzw. Raucher einem erhöhten Lungentumorrisiko ausgesetzt waren, zu einer kostenlosen Untersuchung der Lunge ein. Ein mobiler Untersuchungswagen fuhr drei Städte ab, wobei bis zu 5 000 Teilnehmende eine kostenlose, niedrig dosierte CT-Untersuchung in Anspruch nehmen konnten. Das Programm wurde von einem multiprofessionellen Team koordiniert und sollte durch eine Pilotstudie Erkenntnisse zur potenziellen Wirksamkeit eines Früherkennungsprogramms für Lungenkrebs liefern.

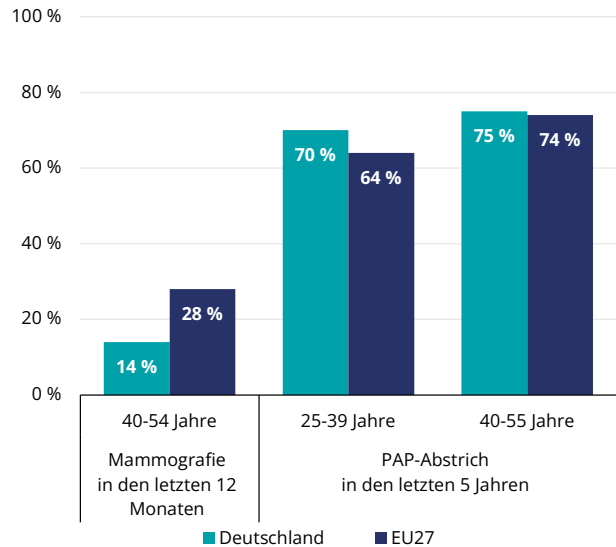
Im Rahmen der Nationalen Strategie für Genommedizin – genomDE – startete 2024 das Modellvorhaben zur Genomsequenzierung gemäß § 64e SGB V. Vorrangiges Ziel des Modellvorhabens ist es, die Genomsequenzierung zu nutzen, um gründliche Diagnosen zu erstellen und gleichzeitig geeignete Behandlungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten mit seltenen Krankheiten und Krebserkrankungen zu ermitteln. Zu diesem Zweck werden klinische und genomische Daten sicher in einen Rahmen integriert, der dem Gendiagnostikgesetz und den Datenschutzvorschriften entspricht. Patientinnen und Patienten haben außerdem die Möglichkeit, ihre Daten auf Grundlage der Einwilligung zu Forschungszwecken bereitzustellen. So werden nicht nur Diagnosen, sondern auch die Forschung und die Entwicklung neuer Therapien verbessert.

LGBTIQ-Personen nehmen in Deutschland etwas häufiger am Gebärmutterhalskrebs-Screening teil als in anderen EU-Ländern

Der LGBTIQ-Erhebung III der EU zufolge gaben 14 % der cisgeschlechtlichen LGBTIQ-Frauen, Transgender-Frauen und intersexuellen Personen im Alter von 40 bis 54 Jahren in Deutschland an, sich in den vorangegangenen 12 Monaten einer Mammografie unterzogen zu haben, was der Hälfte des EU-Durchschnitts von 28 % entspricht (Abbildung 10). In Bezug auf das Gebärmutterhalskrebs-Screening gaben 70 % der betreffenden LGBTIQ-Bevölkerung im Alter von 25 bis 39 Jahren in Deutschland an, in den vorangegangenen fünf Jahren einen PAP-Abstrich durchführen lassen zu lassen (ein höherer Wert als der von 64 % in der EU), während 75 % der 40- bis 55-Jährigen im Land einen solchen PAP-Abstrich durchführen ließen (etwas mehr als die 74 % in der EU).

Abbildung 10: Die Mammografie-Raten bei LGBTIQ-Personen im Alter von 40 bis 54 Jahren sind in Deutschland relativ niedrig

Anteil der LGBTIQ-Personen, die an Brustkrebs- oder Gebärmutterhalskrebsvorsorge teilgenommen haben (%)



Anmerkung: Die Ergebnisse der LGBTIQ-Erhebung beziehen sich auf Altersgruppen und/oder Screening-Intervalle, die nicht mit dem Screening-Ansatz für die Bevölkerung in den EU-Ländern übereinstimmen, und sollten daher nicht verglichen werden. Quellen: Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (LGBTIQ-Erhebung III der EU).

5. Leistungsmerkmale der Krebsversorgung

5.1 Zugang

Der gleichberechtigte und freie Zugang zur Krebsversorgung ist eines der Hauptziele des Nationalen Krebsplans

Eines der wichtigsten strategischen Ziele des NKP (siehe Abschnitt 2) ist der Zugang aller Krebspatientinnen und -patienten zu einer hochwertigen Versorgung, unabhängig von Alter, Geschlecht, ethnischem Hintergrund, Wohnort und Versicherungsstatus.

Um den finanziellen Zugang zur Krebsversorgung zu gewährleisten, deckt die GKV rund 90 % der deutschen Bevölkerung ab. Der Großteil der übrigen Bevölkerung ist privat versichert (einschließlich bestimmter Berufsgruppen und Personen mit hohem Einkommen, die nicht verpflichtend gesetzlich versichert sein müssen).

Rehamaßnahmen werden teilweise durch die gesetzliche Rentenversicherung finanziert. Die Prävention von Berufskrebs sowie die Behandlung und Rehabilitation von anerkannten Berufskrankheiten (z. B. Krebs) werden von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung übernommen.

Krebsdienste sind in der Regel am Ort der Inanspruchnahme kostenlos und die Wartezeit darf nicht über vier Wochen hinausgehen. Laut der EU-SILC-Erhebung (European Union Statistics on Income and Living Conditions – EU-Erhebung über Einkommen und Lebensbedingungen) ist der ungedeckte medizinische Bedarf aus Gründen der Finanzen, der geografischen Erreichbarkeit oder der Wartelisten in Deutschland in den letzten zehn Jahren zurückgegangen und liegt seit 2016 fast bei null, während Schätzungen zufolge 2 % der

EU-Bevölkerung im Jahr 2023 aus diesen Gründen auf ärztliche Untersuchungen verzichteten.

Wenngleich ein Großteil der Behandlungs- und Versorgungskosten durch öffentliche Mittel gedeckt wird, können Faktoren wie Einkommensverlust, zusätzliche Transportkosten und geringe Zuzahlungen für Arzneimittel für einige Haushalte finanzielle Belastungen verursachen. Patientinnen und Patienten müssen für diese Kosten bis zu einem Schwellenwert von 2 % des jährlichen Bruttohaushaltseinkommens selbst aufkommen, wobei die Obergrenze unter bestimmten Umständen auf 1 % gesenkt werden kann (Deutsche Krebsgesellschaft, 2022).

Die Verfügbarkeit von Pflegekräften und Ärztinnen und Ärzten im Verhältnis zu den Krebsfällen ist in Deutschland höher als in der EU

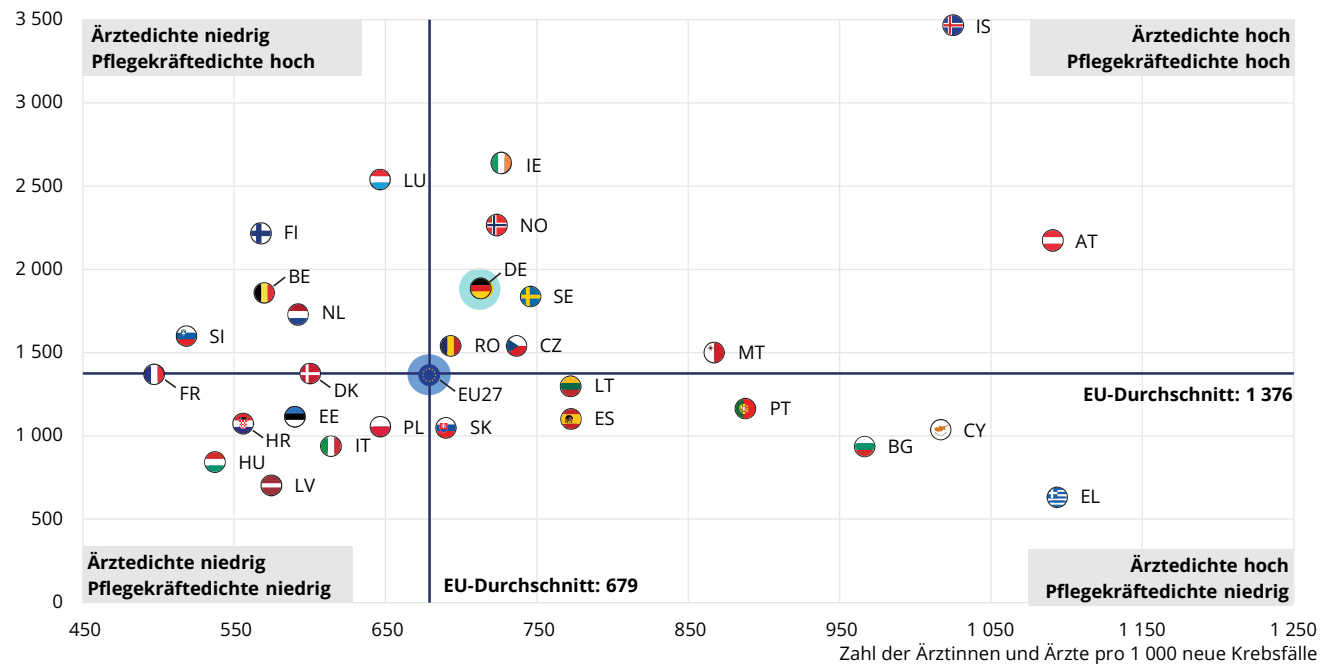
Das deutsche Gesundheitssystem zeichnet sich durch eine Kombination aus Krankenhausbehandlung und ortsnaher Versorgung sowohl durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner als auch durch Fachärztinnen und Fachärzte aus. Die Dichte der Pflegekräfte und der Ärztinnen und Ärzte liegt über dem EU-Durchschnitt, mit 715 Ärztinnen und Ärzten

pro 1 000 Neuerkrankungen gegenüber dem EU-Durchschnitt von 679 Ärztinnen und Ärzten pro 1 000 Neuerkrankungen sowie 1 882 Pflegekräften pro 1 000 Neuerkrankungen gegenüber dem EU-Durchschnitt von 1 376 Pflegekräften pro 1 000 Neuerkrankungen (Abbildung 11).

Der Berufsstand der Fachärztin bzw. des Facharztes für Onkologie existiert derzeit in Deutschland nicht. Es gibt Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, aber ansonsten sind die einschlägigen Fachdisziplinen (Gynäkologie, Urologie, Gastroenterologie, Dermatologie, Pneumologie usw.) für die Krebsbehandlung zuständig. Es fehlen Informationen über sonstiges Personal, das für die Krebsversorgung relevant ist, aber in der OECD-Erhebung von 2023 zur Leistungsfähigkeit der Krebsversorgung meldete Deutschland einen Mangel an Fachkräften, die in der Krebsversorgung tätig sind, darunter z. B. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner. Aufgrund ihrer entscheidenden Rolle bei der Koordinierung der Krebsversorgung und der Nachsorge kann ein Mangel an Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern die Umsetzung der Prävention, Vorsorge, Diagnose, Behandlung und Nachsorge von Krebs und der Palliativversorgung beeinträchtigen.

Abbildung 11: Die Dichte von Pflegekräften und Ärztinnen und Ärzten in Deutschland liegt über dem EU-Durchschnitt

Zahl der Pflegekräfte pro 1 000 neue Krebsfälle



Anmerkungen: Die Daten über Pflegekräfte umfassen alle Kategorien von Pflegekräften (nicht nur diejenigen, die der EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen entsprechen). Die Daten beziehen sich auf praktizierende Pflegekräfte, außer in Portugal und der Slowakischen Republik, wo sie sich auf beruflich aktive Pflegekräfte beziehen. In Griechenland wird die Zahl der Pflegekräfte unterschätzt, da nur in Krankenhäusern tätige Pflegekräfte berücksichtigt werden. In Portugal und Griechenland beziehen sich die Daten auf alle approbierten Ärztinnen und Ärzte, was zu einer großen Überschätzung der Anzahl der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte führt. Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet.

Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2024. Die Daten beziehen sich auf 2022 oder auf das letzte verfügbare Jahr.

Die Fachweiterbildung für die Pflege in der Onkologie auf Hochschulebene wird auf Ebene der Bundesländer anerkannt, nicht jedoch auf nationaler Ebene. Nach der dreijährigen Berufsausbildung zur Pflegekraft gibt es in Deutschland zahlreiche Optionen zur Fortbildung. Das Teilzeit-Fachweiterbildungsprogramm für Onkologie dauert zwei Jahre und umfasst rund 720 Theorie- und rund 2 000 Praxisstunden. Es gibt jedoch in Deutschland keine von Pflegekräften geleitete Krebsversorgung (EONS, 2020).

Unzureichende Diagnoseangebote führen zu längeren Wartezeiten

Die RadiologenGruppe 2020, ein deutschlandweiter Verbund radiologischer und nuklearmedizinischer Praxen, hat kürzlich vor Versorgungslücken bei Diagnosediensten gewarnt. Während Brustkrebspatientinnen noch vor einigen Jahren innerhalb weniger Wochen einen Termin für eine Mammografie erhielten, sind die Wartezeiten heute länger. In einigen Regionen müssen Patientinnen bis zu ein Jahr warten, bis sie verdächtige Tastbefunde an Brust oder Achselhöhle abklären lassen können. Nach Angaben des Verbunds mangelt es vielen Praxen an geschultem Mammografiepersonal, und auch entsprechende Weiterbildungsplätze seien selten. Darüber hinaus erstattet die GKV den Fachkräften des Gesundheitswesens nicht mehr die vollen Kosten für Mammografien, sodass diese, insbesondere in ländlichen Gebieten, von weniger Fachkräften angeboten werden (RadiologenGruppe, 2024).

Bei der Verfügbarkeit von Diagnosegeräten liegt Deutschland über dem EU-Durchschnitt, mit Ausnahme von Mammografen

Zuverlässige Daten zur Verfügbarkeit von Strahlentherapiegeräten in Deutschland liegen nicht vor. Deutschland hat jedoch einen höheren Bestand an anderen Geräten für die Krebsdiagnose und -versorgung, darunter eine Zahl von CT-Scannern pro 1 000 000 Einwohner, die 37 % über dem EU-Durchschnitt liegt, und eine Zahl von MRT-Geräten, die 90 % über dem EU-Durchschnitt liegt. Dies steht im Gegensatz zur Verfügbarkeit von Mammografen, die nur etwa ein Viertel des EU-Durchschnitts beträgt.

Deutschland ist führend beim Zugang zu neuen Onkologie-Arzneimitteln und Biosimilars

Eines der Hauptziele der deutschen Gesundheitspolitik ist die Sicherstellung des Zugangs zu hochwertigen Medikamenten für Patientinnen und Patienten, insbesondere bei lebensbedrohlichen Krankheiten. Aufgrund der steigenden Ausgaben für Arzneimittel ist es schwierig, für ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Innovationskosten und der nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitssystems zu sorgen. Bei einer Stichprobe von Krebsarzneimitteln mit hohem klinischem Nutzen liegt der Anteil der Indikationen, für die in Deutschland die Kosten öffentlich erstattet werden, bei 100 %, verglichen mit einem Durchschnittswert von 75 % bei den mit Deutschland wirtschaftlich vergleichbaren Ländern (Abbildung 12). Der Anteil der Biosimilars für Krebsmedikamente, die öffentlich erstattet werden, liegt bei 90 % und ist damit der zweithöchste in der EU, wobei dieser Wert zudem deutlich höher ist als der Durchschnittswert der mit Deutschland wirtschaftlich vergleichbaren Länder (63 %).

Darüber hinaus ist der durchschnittliche Zeitraum zwischen der zentralisierten EU-Zulassung und dem Zugang der Patientinnen und Patienten zu neuen Arzneimitteln in Deutschland mit 102 Tagen am kürzesten. In Deutschland werden die Kosten für Arzneimittel nach der zentralisierten EU-Zulassung und der Markteinführung unverzüglich erstattet.

Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz trat 2011 in Kraft. Es gewährleistet eine effiziente Versorgung mit hochwertigen Arzneimitteln, indem ein wertbasierter Erstattungspreis festgelegt wird, um die Ausgaben zu kontrollieren, wobei gleichzeitig finanzielle Anreize für Innovationen aufrechterhalten werden.

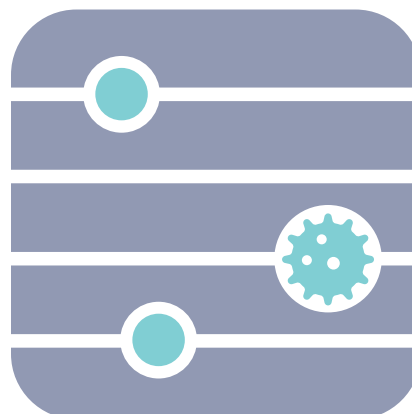
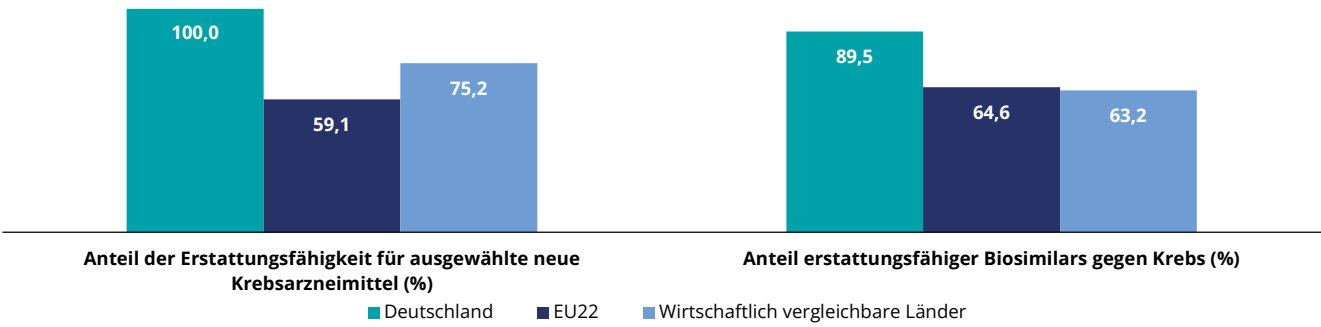


Abbildung 12: Deutschland hat in der EU den höchsten Anteil an ausgewählten neuen Onkologie-Arzneimitteln, die öffentlich erstattet werden



Anmerkungen: Die Analyse umfasst eine Stichprobe von 13 Indikationen von zehn neuen Krebsarzneimitteln für Brust- und Lungenkrebs mit hohem klinischem Nutzen und 19 Biosimilars von drei Krebsarzneimitteln (Bevacizumab, Rituximab, Trastuzumab), für die am 26. März 2023 eine aktive Zulassung durch die Europäische Arzneimittelagentur bestand. Die Daten entsprechen dem Anteil der Indikationen oder Biosimilars, die am 1. April 2023 auf der Liste für öffentliche Erstattungen standen. Wirtschaftlich vergleichbare Länder sind definiert als Terzil-Cluster auf der Grundlage des Pro-Kopf-BIP 2022 in Kaufkraftstandards. Die wirtschaftlich vergleichbaren Länder für DE sind AT, BE, DK, IE, IS, NL, NO und SE. Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet. Quelle: Hofmarcher, Berchet und Dedet (2024), „Access to oncology medicines in EU and OECD countries“, OECD Health Working Papers, Nr. 170, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/c263c014-en>.

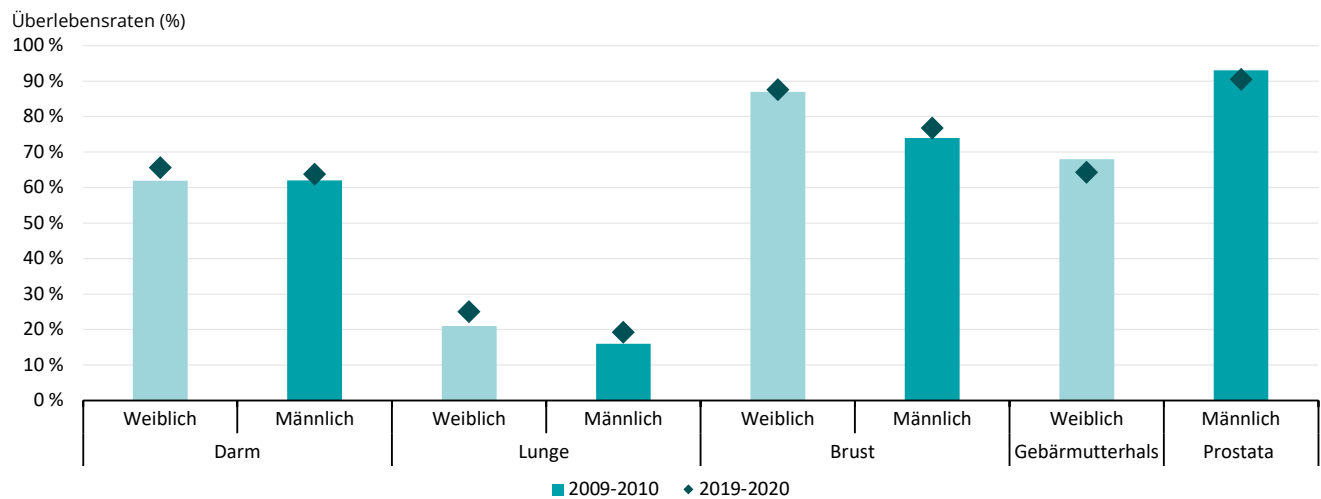
5.2 Qualität

Bei den meisten Krebserkrankungen ist die Fünf-Jahres-Überlebensrate in Deutschland in den letzten zehn Jahren relativ stabil geblieben

Das Zentrum für Krebsregisterdaten zeigt, dass die Fünf-Jahres-Nettoüberlebensrate in Bezug auf alle Krebsarten mit Ausnahme von nicht-melanotischem Hautkrebs zwischen 2010 und 2020 bei Frauen leicht von 65 % auf 66 % und bei Männern von 60 % auf 62 % gestiegen

ist. Unter den Krebslokalisationen wird die höchste Überlebensrate bei Prostatakrebs erreicht (91 %), wie aus Abbildung 13 hervorgeht. Die Überlebensrate ist auch bei Brustkrebs hoch (88 %), jedoch bei Lungenkrebs weiterhin schlecht (19 % bei Männern und 25 % bei Frauen). Im Zeitraum zwischen 2010 und 2020 wurde bei Lungenkrebs ein deutlicher Anstieg der Überlebensraten erzielt, während die Überlebensrate von Brustkrebs stabil blieb und die Überlebensrate von Gebärmutterhalskrebs um vier Prozentpunkte zurückging.

Abbildung 13: Die Überlebensraten bei Krebs insgesamt sind leicht gestiegen, jedoch sind die Überlebensraten bei Gebärmutterhals- und Prostatakrebs seit mehreren Jahren rückläufig



Quelle: Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut: Datenbankabfrage mit Schätzung der Inzidenz, Prävalenz und des Überlebens von Krebs in Deutschland auf Basis der epidemiologischen Landeskrebsregisterdaten, doi: 10.18444/5.03.01.0005.001 6.0001. Mortalitätsdaten bereitgestellt vom Statistischen Bundesamt. www.krebsdaten.de/abfrage. Letzte Aktualisierung: 13.9.2022.

Die Rate der potenziell verlorenen Lebensjahre ging langsamer zurück als im EU-Durchschnitt

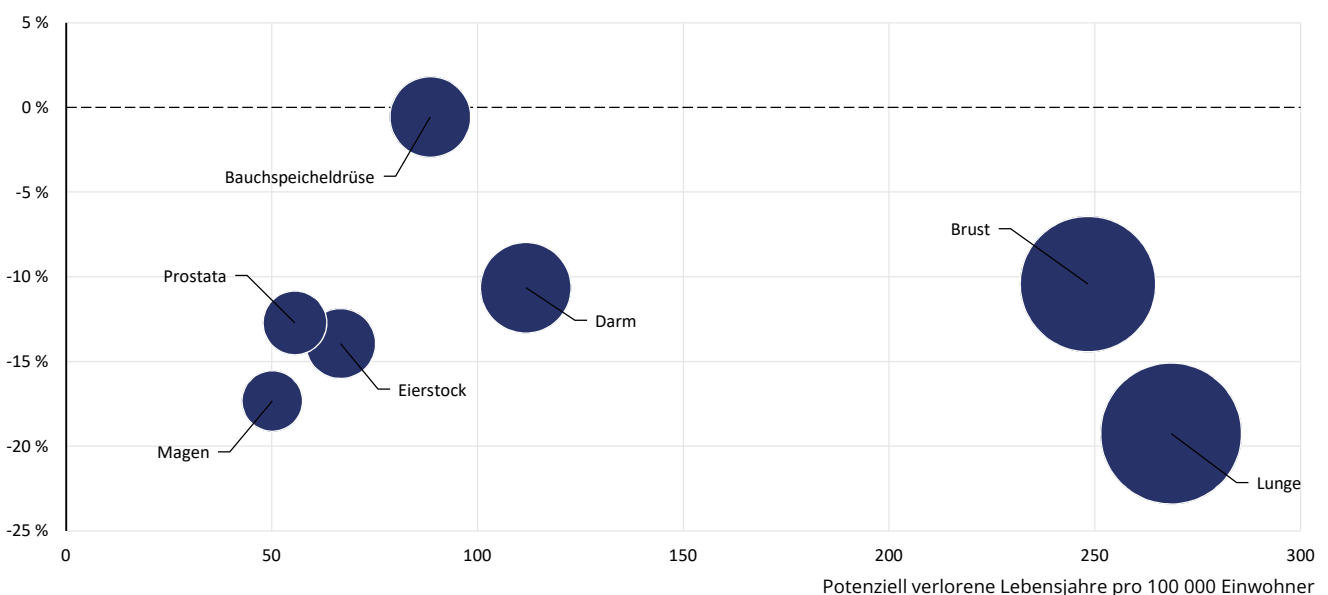
Neben den Überlebensdaten sind die potenziell verlorenen Lebensjahre (Potential Years of Life Lost – PYLL) ein ergänzendes Maß für die Auswirkungen verschiedener Krebserkrankungen auf die Gesellschaft, wobei jungen Krebstoten ein höheres Gewicht beigemessen wird. Bei der Untersuchung der Veränderung der PYLL im Laufe der Zeit in Bezug auf verschiedene Krebslokalisationen lassen sich Verbesserungen der Krebsversorgungssysteme anhand einer Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit erkennen. In Deutschland lag die Gesamtrate der PYLL aufgrund von Krebs

aller Lokalisierungen im Jahr 2020 bei 1 243 pro 100 000 Einwohner und damit 8 % unter dem EU-Durchschnitt. Im Einklang mit den Verbesserungen bei der Krebssterblichkeit ist die krebisbedingte PYLL-Rate seit 2012 um 13 % zurückgegangen, gegenüber einem Rückgang um 19 % in der gesamten EU.

Im Jahr 2020 war Lungenkrebs mit 269 Jahren pro 100 000 Einwohner die Krebserkrankung, die für die meisten PYLL verantwortlich war, wobei der Wert einem Rückgang um 19 % gegenüber 2012 entspricht (Abbildung 14). Für keine Krebslokalisation wurde zwischen 2012 und 2020 ein PYLL-Anstieg verzeichnet.

Abbildung 14: Bei Lungenkrebs ist die Rate der potenziell verlorenen Lebensjahre in Deutschland am höchsten

Prozentuale Veränderung der potenziell verlorenen Lebensjahre 2012 bis 2022 (oder das nächstgelegene verfügbare Jahr) (%)



Anmerkungen: Die PYLL-Rate bei Brust-, Gebärmutterhals- und Eierstockkrebs bezieht sich nur auf Frauen, während sich die PYLL-Rate bei Prostatakrebs auf Männer bezieht. Rosafarbene Kreise stehen für einen Anstieg bei der prozentualen Veränderung der PYLL im Zeitraum 2012 bis 2022 (oder bis zum letzten verfügbaren Jahr), blaue Kreise für einen Rückgang. Die Größe der Kreise ist proportional zu den PYLL-Raten im Jahr 2022.

Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2024.

Das Krebsversorgungssystem in Deutschland hat drei Stufen und unterliegt klinischen Leitlinien

Deutschland verfügt über ein relativ konzentriertes Krebsversorgungssystem, was den Zugang für Patientinnen und Patienten erleichtert und die Qualität der Versorgung verbessert. Es basiert auf drei Stufen: Die erste Stufe bilden ca. 1 700 zertifizierte Organkrebszentren, die auf eine Krebsart oder ein Fachgebiet spezialisiert sind. Auf der zweiten Stufe folgen die zertifizierten Onkologischen Zentren (derzeit 132), die eine Versorgung für verschiedene Krebsarten anbieten und auf mehrere Fachgebiete spezialisiert sind. Schließlich umfasst die dritte Stufe 15 zertifizierte

Onkologische Spitzenzentren, die ein breites Spektrum von Krebsarten unter Einbeziehung aller klinischen Aspekte behandeln und auch Forschung und Lehre betreiben. Das bundesweite freiwillige Zertifizierungssystem für die verschiedenen Krebszentren wurde 2003 von der Deutschen Krebsgesellschaft eingerichtet. Stand 2024 werden etwa 60 % der jährlichen Krebsfälle in zertifizierten Zentren behandelt. Um eine Zertifizierung zu erlangen und aufrechtzuerhalten, werden die Zentren anhand einheitlicher und tumorspezifischer Qualitätskriterien geprüft, zu denen auch die Einhaltung nationaler klinischer Leitlinien und Fallzahlvorgaben gehört.

Die Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung gehört zu den Schwerpunktbereichen des NKP. In diesem Zusammenhang bieten evidenzbasierte klinische Leitlinien wichtige Orientierungshilfen für eine hochwertige Versorgung. Die Leitlinien beziehen sich auf alle wichtigen Krebsarten und decken Früherkennung, Diagnose, Therapie, Nachsorge und Palliativversorgung ab. Das entsprechende Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe umfasst die Einbeziehung von Interessenträgern und Patientinnen und Patienten, die systematische Recherche, die Auswahl und Bewertung von Studien sowie die Anwendung formaler Konsensustechniken.

Die Zentralisierung dürfte die Qualität und die Ergebnisse der Versorgung verbessern

Im Mai 2024 beschloss die Bundesregierung eine umfassende Krankenhausreform mit drei zentralen Zielen: Sicherung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie Entbürokratisierung. Es soll sichergestellt werden, dass Behandlungen tatsächlich erforderlich sind und nach den höchsten Qualitätsstandards durchgeführt werden. Patientinnen und Patienten können außerdem im Rahmen einer im Jahr 2024 gestarteten Transparenzkampagne Informationen über die angebotenen Dienstleistungen und die Qualität von Krankenhäusern erhalten.

Die Krankenhausreform hat erhebliche Auswirkungen auf die Krebsversorgung in Deutschland. Das neue Vergütungssystem wird zu einer stärkeren Konzentration der Krebsbehandlung in weniger Krankenhäusern auf der Grundlage von Mindestmengenanforderungen führen. Da 2024 noch etwa 40 % der Krebsfälle in allgemeinen, nicht zertifizierten Krankenhäusern behandelt wurden, dürfte diese Reform die Qualität der Versorgung verbessern. Eine Regierungskommission sprach sich dafür aus, einen Schritt weiter zu gehen und ausschließlich zertifizierten Zentren die Krebsversorgung zu gestatten, da die Forschung erhebliche Verbesserungen bei den Ergebnissen zeigte (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2023). So wurde beispielsweise im Rahmen der Studie „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“ festgestellt, dass in Deutschland die Gesamtüberlebensraten bei Patientinnen und Patienten, die in zertifizierten

Krebszentren erstbehandelt wurden, höher waren als bei Patientinnen und Patienten, die außerhalb solcher Zentren erstbehandelt wurden, und zwar bei allen elf untersuchten Krebsarten (Schmitt et al., 2023). Die Konzentration der Versorgung bedeutet zwar eine bessere Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten, sie geht jedoch – unter bestimmten Umständen – auch mit längeren Anfahrtswegen zu spezialisierten Krankenhäusern einher. Stand Oktober 2024 durchläuft der Gesetzesentwurf das parlamentarische Verfahren.

Um die Krankenhausreform durch Verbesserungen bei der ambulanten Versorgung zu ergänzen, einigte sich die Regierung im Mai 2024 auf den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung. Zu den Zielen gehören die Steigerung der Attraktivität der allgemeinärztlichen Tätigkeit, die Erleichterung der Gründung kommunaler medizinischer Versorgungszentren für eine stärkere lokale Versorgung sowie die Erleichterung des Zugangs zu medizinisch notwendigen Hilfsmitteln für Personen mit schweren Krankheiten, einschließlich Krebs. Stand Oktober 2024 durchläuft auch dieser Gesetzesentwurf das parlamentarische Verfahren.

Die jüngsten Bemühungen zielen darauf ab, die Qualität der Versorgung durch Transparenz zu verbessern

Im Mai 2024 startete das Bundesministerium für Gesundheit den „Bundes-Klinik-Atlas“ als interaktive Website, die es Nutzerinnen und Nutzern ermöglicht, etwa 1 700 Krankenhäuser in Deutschland auf der Grundlage einer Reihe von Indikatoren zu vergleichen, darunter Fallzahlen, Fachrichtungen und Pflegepersonalquoten. Patientinnen und Patienten können nach Krebsarten suchen und das für ihre Bedürfnisse am besten geeignete Krankenhaus ermitteln.

Maßnahmen zur Einbeziehung der Patientenperspektive sind eine weitere Möglichkeit, die Transparenz im Gesundheitswesen zu verbessern. Gemäß § 137a SGB V muss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Patientenbefragungen entwickeln, um die Versorgungsqualität zu messen und darzustellen. Patientenbefragungen zu lokalisiertem Prostatakrebs werden bereits entwickelt und geplant. Es werden auch kleinere Initiativen zur Erfassung der Patientenperspektive durchgeführt, einschließlich der Erhebung von Daten zu patientenberichteten Ergebnissen durch Krankenhäuser in Bereichen wie Brustoperationen, um interne Qualitätsverbesserungen zu ermöglichen.

Integrierte Krebsregister erweitern die Datenerhebung

Bundesweite epidemiologische Krebsregister gibt es in Deutschland seit 2009. Klinische Krebsregister wurden 2020 (auf der Grundlage des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes von 2013) eingerichtet, wobei nicht nur Daten über die Primärdiagnose und das Überleben, sondern auch Daten über Behandlung und Krankheitsverlauf (z. B. Rezidive) erhoben werden. Beide Arten von Registern, d. h. epidemiologische und klinische Register, werden nun zu umfassenden klinischen Krebsregistern kombiniert. Solche Register wurden in allen 16 Bundesländern in Deutschland eingerichtet, wobei die Daten auf Bundesebene integriert werden. Darüber hinaus können Dritte den Zugang zu Krebsregisterdaten für wissenschaftliche Forschungszwecke beantragen. Im Anschluss an das Gesetz zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten vom August 2021 wird derzeit ein Konzept für eine Lösung entwickelt, bei der die Krebsregisterdaten in andere Datenquellen integriert werden.

Es laufen wichtige Initiativen in den Bereichen Koordinierung und anwendungsorientierte Forschung

Mehrere Initiativen in Deutschland zur Koordinierung der Versorgung und zum Aufbau von Krebsnetzwerken tragen dazu bei, die Qualität der Krebsversorgung zu verbessern: Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, der 2003 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eingerichtet wurde, koordiniert Prävention und Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Gruppen, das Hospiz- und Palliativgesetz aus dem Jahr 2015 fördert die Zusammenarbeit zwischen Fach- und Freiwilligendiensten in den Bereichen Medizin, Pflege, Hospizversorgung und psychosoziale Betreuung in Netzwerken, das von der Deutschen Krebshilfe bereitgestellte Krebsinformationsnetz liefert krebspezifische Informationen und die Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie beaufsichtigt das Netz spezialisierter onkologischer Zentren für pädiatrische Krebspatientinnen und -patienten.

Als Initiator der Nationalen Dekade gegen Krebs investiert das Bundesministerium für Bildung und Forschung bis 2027 in vier Regionen mehr als 9 Mio. EUR in Pilotprojekte, um Forschung und Gesundheitsversorgung miteinander zu verknüpfen und so neue Erkenntnisse zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu gewinnen. Zu den Prioritäten zählen die Verbesserung des Datenaustauschs, die Erleichterung des Zugangs

der Patientinnen und Patienten zu klinischen Studien und die Bereitstellung von Daten aus der Gesundheitsversorgung für die Forschung. Zu diesem Zweck werden die Pilotprojekte zur Weiterentwicklung der personalisierten Krebsmedizin in anderen Regionen beitragen.

Auch eine intensivere Zusammenarbeit wird genutzt, um Innovationen in der Krebsversorgung zu stärken. Kürzlich wurde das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen erweitert, um eine bessere Forschungsinfrastruktur in Deutschland zu schaffen. Die enge Zusammenarbeit zwischen Forschung und Gesundheitsversorgung im Centrum ermöglicht es mehr Patientinnen und Patienten, an klinischen Studien teilzunehmen.

Daten werden ebenfalls verwendet, um die Qualität der Krebsversorgung im Hinblick auf eine kontinuierliche Verbesserung zu kontrollieren. Gemäß einer Richtlinie des G-BA zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung werden einige Leistungsbereiche überwacht, einschließlich der Krebsversorgung (z. B. Brustchirurgie und gynäkologische Chirurgie), und die Deutsche Krebsgesellschaft veröffentlicht zudem jährliche anonymisierte Berichte über die Ergebnisse der Audits von Krebszentren, die die Einhaltung nationaler klinischer Leitlinien und Fallzahlvorgaben umfassen.

Die Einrichtung multidisziplinärer Tumorboards ist Voraussetzung für die Zertifizierung

Multidisziplinäre Tumorboards sind für die onkologische Versorgung in Deutschland von entscheidender Bedeutung. Für die Zertifizierung onkologischer Behandlungszentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft ist die Einrichtung multidisziplinärer Tumorboards vorgeschrieben. Es wurden spezifische Anforderungen formuliert, die strukturelle Merkmale wie die Einbeziehung bestimmter Berufsgruppen umfassen, darunter Fachleute für Chirurgie, Radiologie, Pathologie, Strahlentherapie und innere Onkologie (Hermes-Moll et al., 2021).

5.3 Kosten und Kosten-Nutzen-Verhältnis

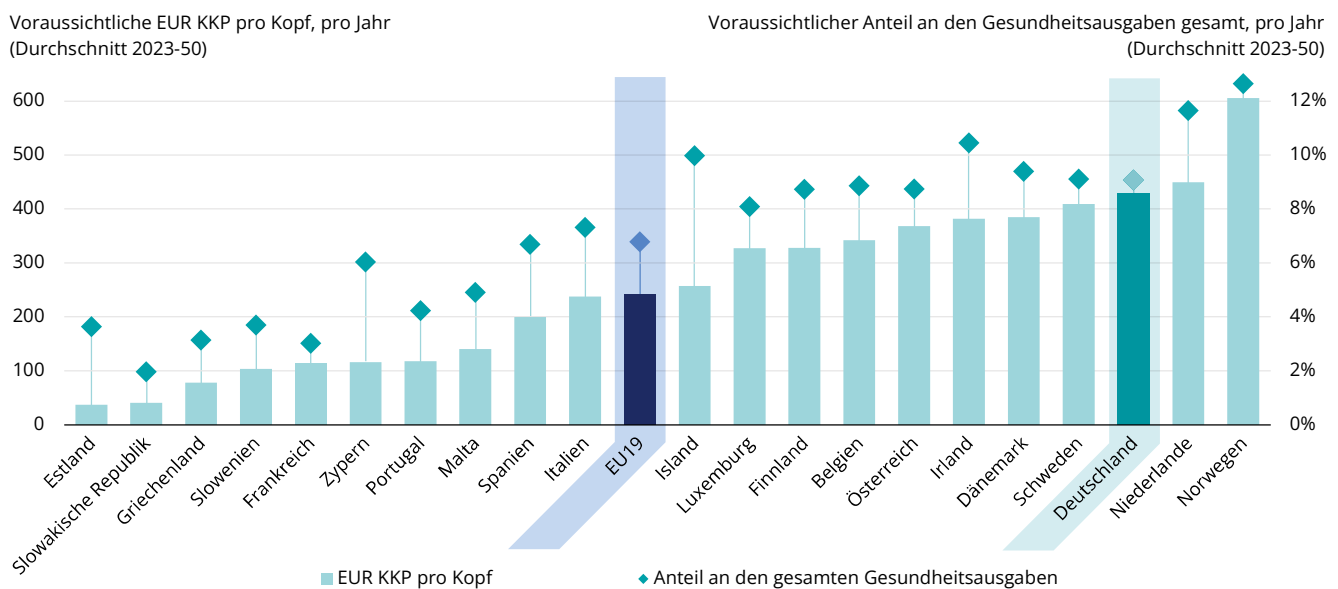
Deutschland wird im EU-Vergleich voraussichtlich eine der höchsten Belastungen der Gesundheitsausgaben durch Krebs verzeichnen

Deutschland hat unter den EU-Ländern die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen insgesamt, sowohl in absoluten Zahlen als auch im Verhältnis zum BIP. Die komplexen und sich manchmal überschneidenden Zuständigkeiten zwischen den verschiedenen Regierungs- und Verwaltungsebenen und anderen Interessenträgern erschweren die systemische Kosteneindämmung.

Gemäß der SPHeP-Modellierung der OECD wird der Gesamtbetrag der Gesundheitsausgaben in Deutschland zwischen 2023 und 2050 aufgrund der Krebsbelastung um schätzungsweise 9 % steigen. Dies entspricht einem Durchschnitt von 429 EUR (KKP) pro Person und pro Jahr (Abbildung 15). Diese Zahl ist wesentlich höher als der EU19-Durchschnitt (242 EUR). Insgesamt dürften die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben für die Krebsversorgung zwischen 2023 und 2050 in Deutschland um 48 % steigen, gegenüber 59 % in der EU27.

Aus der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes geht hervor, dass im Jahr 2020 insgesamt 39 130 Mio. EUR für Krebs aufgewendet wurden, gegenüber 22 842 Mio. EUR im Jahr 2015, was einer Wachstumsrate von 71 % in fünf Jahren entspricht.

Abbildung 15: In Deutschland wird die Belastung der Gesundheitsausgaben durch Krebs zwischen 2023 und 2050 voraussichtlich über dem EU-Durchschnitt liegen



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet.

Quelle: OECD (2024), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, DOI: <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

In Bezug auf andere Kosten wird geschätzt, dass in Deutschland zwischen 2023 und 2050 wegen der notwendigen krebsbedingten Reduzierung der Beschäftigung 205 Vollzeitäquivalente (VZÄ) pro 100 000 Personen verloren gehen werden – diese Zahl liegt über dem EU-Durchschnitt von 178 VZÄ pro 100 000 Personen. Ebenso wird ein Verlust von 99 VZÄ pro 100 000 Personen aufgrund von Absentismus und Präsentismus⁶ erwartet; auch diese Zahl liegt über dem EU-Durchschnitt von 81 VZÄ pro 100 000 Personen.

Programme zur Krankheitsbewältigung helfen, die Brustkrebbsversorgung besser zu koordinieren

Die Krankenkassen erhalten Anreize zur Ausarbeitung von Disease-Management-Programmen (DMP), die sechs bedeutende chronische Krankheiten abdecken, einschließlich Brustkrebs. DMP sollen die Kooperation unter allen an einer Behandlung Beteiligten fördern. Beispielsweise erklären sich Brustkrebspatientinnen, die am DMP teilnehmen, dazu bereit, sich aktiv an der Behandlung und Nachsorge

⁶ Der Begriff „Präsentismus“ bezieht sich auf einen Produktivitätsverlust, der entsteht, wenn Beschäftigte aufgrund einer Krankheit, einer Verletzung oder eines sonstigen Zustands am Arbeitsplatz nicht voll funktionsfähig sind.

zu beteiligen – etwa indem sie regelmäßig alle drei oder sechs Monate eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen. Die teilnehmenden Fachleute (u. a. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und das Personal in Rehabilitationszentren) verpflichten sich, die festgelegten Qualitätskriterien und Behandlungspläne einzuhalten. Die Teilnahme erfolgt auf freiwilliger Basis und ist für die Patientinnen kostenlos (Frauenselbsthilfe Krebs, 2024).

5.4 Wohlergehen und Lebensqualität

Schätzungen zufolge werden Krebserkrankungen die Lebenserwartung im Zeitraum zwischen 2023 und 2050 um zwei Jahre senken

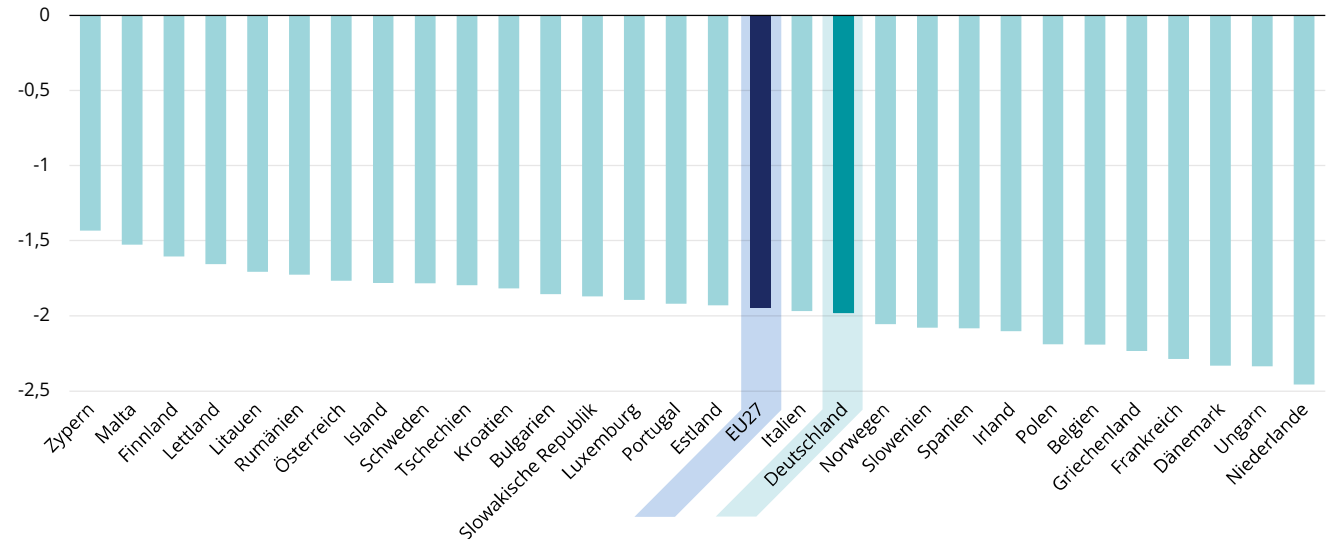
Das SPHeP-Modell der OECD prognostiziert, dass Krebs zwischen 2023 und 2050 die

Lebenserwartung in Deutschland im Vergleich zu einem Szenario ohne Krebs um zwei Jahre senken wird, was in etwa dem EU-Durchschnitt von 1,9 Jahren entspricht (Abbildung 16).

Darüber hinaus stellt Krebs eine erhebliche Belastung für die psychische Gesundheit der Bevölkerung durch die damit verbundenen Symptome und Nebenwirkungen der Behandlung und die Auswirkungen auf das tägliche Leben, die gesellschaftlichen Rollen und die Arbeit dar. Das SPHeP-Modell der OECD prognostiziert für Deutschland eine zusätzliche altersstandardisierte Depressionsrate von 13 Fällen pro 100 000 Personen pro Jahr – ein Wert, der etwas niedriger ist als der EU-Durchschnitt von 17 Fällen pro 100 000.

Abbildung 16: Es wird erwartet, dass Krebs die Lebenserwartung in Deutschland in den kommenden Jahren verringert

Prognostizierte Reduzierung der Lebenserwartung in Jahren aufgrund von Krebs (Durchschnitt 2023 bis 2050)



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet.
 Quelle: OECD (2024), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, DOI: <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Patientinnen und Patienten in Deutschland erhalten finanzielle und fertilitätsbezogene Unterstützung während der Krebsbehandlung

Wenn eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer in Deutschland arbeitsunfähig ist, zahlt der Arbeitgeber grundsätzlich sechs Wochen lang das Gehalt fort. Danach zahlt die GKV 70 % des Bruttogehalts (gedeckelt auf 120,75 EUR pro Tag im Jahr 2024) und höchstens 90 % des Nettogehalts. Diese Leistung im Krankheitsfall ist auf 78 Wochen innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren begrenzt (BMG, 2024). Über diese 78 Wochen hinaus kommt die „Erwerbsminderungsrente“ zum Tragen,

deren Höhe davon abhängt, wie lange die Person in die Rentenversicherung eingezahlt hat. Der Durchschnitt im Jahr 2022 lag bei 862 EUR pro Monat, jedoch ist der Betrag bei jüngeren Menschen häufig deutlich niedriger.

Seit 2019 unterstützt Deutschland Verfahren zur Erhaltung der Fertilität vor Beginn der aktiven Behandlung. Nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz werden die Kosten für das Einfrieren von Spermien und Eizellen von der GKV übernommen.

Deutschland bietet Patientinnen und Patienten kostenlose Rehabilitationsmaßnahmen an, die von medizinischen Diensten für physische und psychische Gesundheit bis hin zur beruflichen Wiedereingliederung reichen

Die onkologische Rehabilitation beinhaltet einen Aufenthalt, der in der Regel bis zu drei Wochen dauert – die genaue Dauer und die damit verbundenen Maßnahmen hängen von der Krebsart und den Präferenzen der Patientinnen und Patienten ab. Die Rehabilitation umfasst medizinische Maßnahmen zur Linderung der körperlichen Folgen der Krebserkrankung und der Therapie sowie psychosoziale Beratungsdienste, um Patientinnen und Patienten dabei zu helfen, ihre Situation besser zu bewältigen. In den ersten beiden Jahren können Einzelpersonen weitere Rehabilitationsmaßnahmen nach 12 und nach 24 Monaten in Anspruch nehmen, wenn die medizinischen Voraussetzungen weiterhin bestehen.

Die Rehabilitation umfasst außerdem Unterstützung im Zusammenhang mit verschiedenen berufsbezogenen Maßnahmen, um Patientinnen und Patienten bei der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu helfen. Darüber hinaus stehen Aus- und Weiterbildungsangebote sowie technische und persönliche Hilfsmittel zur Verfügung. Von besonderer Bedeutung ist die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell. Hierbei wird die Wiedereingliederung durch die Festlegung verschiedener Stufen der Arbeitsbelastung reguliert. Während dieser stufenweisen Wiedereingliederung gelten Krebspatientinnen und -patienten nach wie vor als arbeitsunfähig und erhalten daher weiterhin Krankengeld. Je nach Situation zahlt der Arbeitgeber möglicherweise einen Teil des Gehalts; dieser Teil wird dann vom Krankengeld abgezogen.

Menschen, die sich nach einer Krebserkrankung beruflich verändern müssen, können kostenlos an Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen (dies umfasst sowohl kürzere Kurse als auch vollständige berufliche Aus- und Weiterbildungsprogramme). Die Förderfähigkeit hängt von dem früheren Beruf einer Person, möglichen Einschränkungen aufgrund der Krankheit und der aktuellen Situation auf dem Arbeitsmarkt ab. Schließlich können technische Hilfsmittel häufig die Fortführung der früheren Tätigkeit ermöglichen, z. B. Verbesserungen am Arbeitsplatz wie ein angepasster Schreibtisch oder technische Hilfsmittel für schwere körperliche Aktivitäten.

Die Palliativversorgung ist in Deutschland gut strukturiert

Seit 2007 haben gesetzlich krankenversicherte Personen in Deutschland gemäß SGB V Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung rund um die Uhr. Etwa 1 500 ambulante Hospizdienste bieten Palliativversorgung an; zudem gibt es ca. 260 stationäre Hospize für Erwachsene und 19 für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie etwa 340 Palliativstationen in Krankenhäusern, davon vier für Kinder und Jugendliche. Die 260 stationären Hospize für Erwachsene verfügen über ca. 2 500 Hospizbetten, in denen jedes Jahr rund 35 000 Menschen versorgt werden. Laut den Daten des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands liegt die durchschnittliche Belegungsquote bei 80 %, während die durchschnittliche Verweildauer 22 Tage beträgt. Darüber hinaus gibt es 403 Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, davon 36 für Kinder und Jugendliche. Der Anteil der privaten Pflegedienste, die Palliativversorgung anbieten, beträgt 67 %; auf gemeinnützige Träger entfallen 33 % und auf kommunale Träger weniger als 1 %. Bis zum Jahr 2021 hatten 14 620 Ärztinnen und Ärzte eine Zusatzausbildung im Bereich der Palliativmedizin absolviert (Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V., 2023).

Seit 2017 stehen Informationen über Palliativversorgungsdienste in mehreren Sprachen zur Verfügung, darunter Türkisch, Englisch, Arabisch, Französisch, Rumänisch, Polnisch, Vietnamesisch, Russisch und (seit 2022) Ukrainisch.

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit stehen in Deutschland für Krebspatientinnen und -patienten und deren Pflegepersonen zur Verfügung

Krebspatientinnen und -patienten haben Anspruch auf verschiedene Leistungen, darunter ambulante Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Mittel für eine Verhinderungspflege und den sogenannten Entlastungsbetrag. Bei Personen mit einer gewissen Schwere der Pflegebedürftigkeit (mindestens Pflegegrad 2) umfassen die ambulanten Pflegesachleistungen Pflegetätigkeiten, Betreuung und Haushaltsführung bis zu einem bestimmten Höchstbetrag. Eine pflegebedürftige Person kann sich auch dafür entscheiden, von Angehörigen, Freunden oder anderen ehrenamtlich Tätigen versorgt zu werden, wobei in diesem Fall Pflegegeld gezahlt wird. Das Pflegegeld kann auch mit Sachleistungen kombiniert werden (Kombinationsleistung).

Pflegende Angehörige erhalten ebenfalls Unterstützung aus der Pflegeversicherung. Personen, die regelmäßig eine bestimmte Anzahl von Stunden und Tagen unbezahlte Pflege leisten, haben Anspruch auf Leistungen zur sozialen Sicherung, einschließlich Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträgen. Beschäftigte, die nach dem Pflegezeitgesetz entweder bis zu sechs Monate ihre berufliche Tätigkeit unterbrechen oder ihre Arbeitsstunden wesentlich reduzieren, können ebenfalls Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung beantragen, vorausgesetzt sie sind nicht beitragsfrei familienversichert. Ist

die Pflegeperson aus verschiedenen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten der Ersatzversorgung. Zu den weiteren Unterstützungsleistungen bei ambulanter Pflege zählen der Entlastungsbetrag sowie die teilstationäre Tages- und Nachtpflege und die Leistungen der Kurzzeitpflege.

Sollten Personen die Pflege in einer vollstationären Langzeitpflegeeinrichtung bevorzugen, werden im Rahmen der Pflegeversicherung Leistungen für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 gewährt.

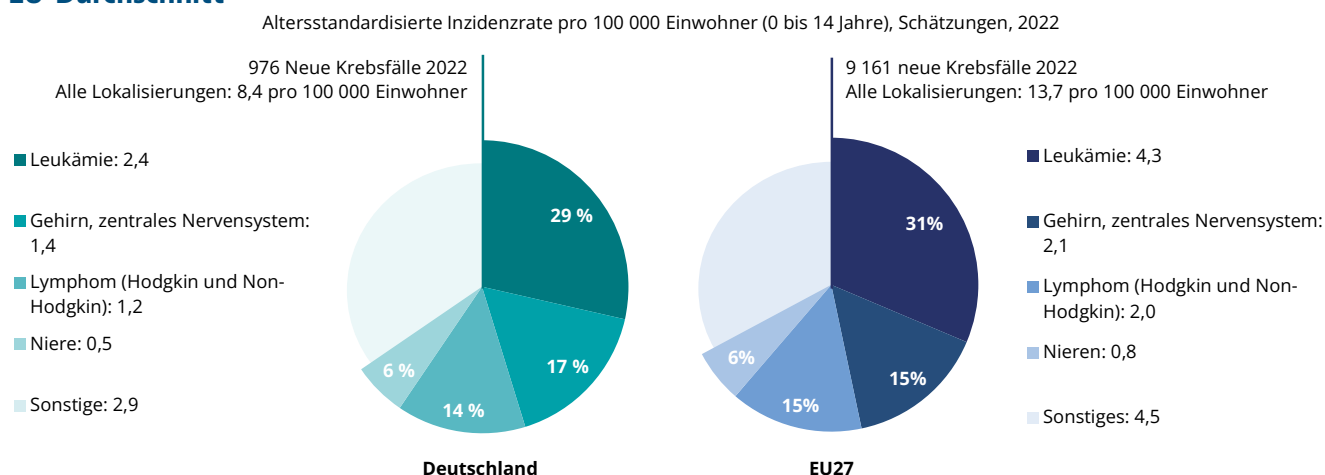
6. Fokus auf pädiatrischen Krebserkrankungen

Laut ECIS wurde in Deutschland im Jahr 2022 schätzungsweise bei 976 Kindern und Jugendlichen bis 15 Jahren Krebs diagnostiziert. Die Inzidenzrate für die Altersgruppe 0 bis 14 Jahre im Jahr 2022 wurde auf 8,4 pro 100 000 Kinder geschätzt, was deutlich unter dem EU-weiten Wert von 13,7 pro 100 000 liegt (Abbildung 17). Eurostat-Daten zeigen, dass die Sterberaten etwas niedriger sind, wobei die dreijährige durchschnittliche Sterberate in

Deutschland bei 2,0 pro 100 000 Kinder und in der EU bei 2,1 liegt.

Ähnlich wie beim Trend in der gesamten EU sind die Inzidenzraten in Deutschland bei Jungen höher als bei Mädchen. Zu den häufigsten Krebsarten zählen Leukämie mit 2,4 Fällen pro 100 000 Kinder (29 %), Krebserkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems mit 1,4 Fällen pro 100 000 (17 %), Lymphome mit 1,2 Fällen pro 100 000 (14 %) und Nierenkrebs mit 0,5 pro 100 000 (6 %).

Abbildung 17: Die Krebsinzidenzraten bei Kindern in Deutschland liegen deutlich unter dem EU-Durchschnitt



Anmerkungen: Die Schätzungen für 2022 basieren auf Inzidenztrends aus vorherigen Jahren und können von den ermittelten Raten der jüngeren Vergangenheit abweichen. „Alle Lokalisierungen“ umfasst alle Krebslokalisierungen mit Ausnahme von nicht-melanotischem Hautkrebs.

Quellen: Europäisches Krebsinformationssystem (ECIS) zur Krebsinzidenz. <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, abgerufen am 10.3.2024. © Europäische Union, 2024

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein neugeborenes Kind in den ersten 18 Lebensjahren an einer malignen Krankheit erkrankt, beträgt 0,3 %. Am häufigsten treten solche Krankheiten bei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren auf. Rund 80 % aller Kinder überleben eine Krebserkrankung derzeit für einen Zeitraum von mindestens 15 Jahren. Aus dem Deutschen Kinderkrebsregister geht hervor, dass etwa 7 % der Patientinnen und Patienten innerhalb von 30 Jahren nach der Diagnose einen zweiten Krebstyp (kein Rezidiv) entwickeln. Die Überlebenschancen bei Tumorerkrankungen des zentralen Nervensystems im Kindesalter haben sich im Großen und Ganzen stetig verbessert, was zu einer wachsenden Zahl von Überlebenden von

Krebs im Kindesalter geführt hat (Wellbrock et al., 2024).

Laut dem OCEAN-Projekt von SIOPE zur Krebsversorgung bei Kindern gibt es in Deutschland rund 60 Einrichtungen, die sich mit der Behandlung von Kindern und jungen Menschen mit Krebs befassen (SIOPE, 2024). Von diesen Einrichtungen werden vier als Krebszentren bezeichnet und 13 sind Teil des Konsortiums für innovative Therapien für Kinder und Jugendliche mit Krebs (Innovative Therapies for Children and Adolescents with Cancer – ITCC), das die Entwicklung neuer, wirksamer Therapien insbesondere für Krebspatientinnen und -patienten

mit schlechten Prognosen oder begrenzten Behandlungsmöglichkeiten erleichtern soll.

Alle wichtigen Infrastruktur- und Behandlungsmodalitäten stehen in Deutschland für Kinder und junge Menschen zur Verfügung, darunter Stammzelltransplantationen, Zugang zu Phase-I- und Phase-II-Studien, Kliniken zur Versorgung von Überlebenden und Palliativversorgung. Von den 436 klinischen Studien zur Krebsversorgung, die im

Zeitraum 2010 bis 2022 in Europa mit Kindern und jungen Menschen durchgeführt wurden, wurde ein Drittel in Deutschland durchgeführt. Im Jahr 2018 standen jedoch nur 74 % der 68 Arzneimittel, die für die Behandlung von Krebs bei Patientinnen und Patienten im Alter von 0 bis 18 Jahren als wesentlich eingestuft wurden, in Deutschland zur Verfügung, verglichen mit dem EU-Durchschnitt von 76 % (Vassal et al., 2021).

Behrens et al. (2018), Krebs durch Übergewicht, geringe körperliche Aktivität und ungesunde Ernährung, [www.aerzteblatt.de/archiv/199673/Krebs-durch-Uebergewicht-geringe-koerperliche-Aktivitaet-und-ungesunde-Ernaehrung#:~:text=Ein%20R%C3%BCckgang%20der%20Ballaststoffzufuhr%20von,Lungenkrebs%20\(um%209%20%25\).](http://www.aerzteblatt.de/archiv/199673/Krebs-durch-Uebergewicht-geringe-koerperliche-Aktivitaet-und-ungesunde-Ernaehrung#:~:text=Ein%20R%C3%BCckgang%20der%20Ballaststoffzufuhr%20von,Lungenkrebs%20(um%209%20%25).)

Brzoska, P., Aksakal, T., Yilmaz-Aslan, Y. (2020), Utilization of cervical cancer screening among migrants and non-migrants in Germany: results from a large-scale population survey, *BMC Public Health*, 20(1):5. doi:10.1186/s12889-019-8006-4.

De Angelis, R. et al. (2024), Complete cancer prevalence in Europe 2020 by disease duration and country (EUROCare-6): a population-based study, *Lancet Oncology*, 25(3):293-307. doi:10.1016/S1470-2045(23)00646-0.

Deutsche Krebsgesellschaft (2022), Krebs und finanzielle Not: www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/leben-mit-krebs/beratung-und-hilfe/armutrisiko-krebs.html, abgerufen am 22.8.2024.

EONS (2020), EONS Cancer Nursing Index 2020: <https://cancernurse.eu/advocacy/eons-cancer-nursing-index-2020>.

Frauenselbsthilfe Krebs (2024), Disease-Management-Programm Brustkrebs, www.frauenselbsthilfe.de/infothek/dmp-brustkrebs.html, abgerufen am 7.8.2024.

Hermes-Moll et al. (2021), Multidisziplinäre Tumorkonferenzen in Deutschland, www.krebsgesellschaft.de/files/dkg/deutsche-krebsgesellschaft/content/pdf/Zertifizierung/Publikationen/Hermes-Moll_K2021_Multidisziplin%C3%A4re%20Tumorkonferenzen%20in%20Deutschland.pdf.

Jansen, L. et al. (2023), Trends in cancer incidence by socio-economic deprivation in Germany in 2007 to 2018: an ecological registry-based study,

International Journal of Cancer, 153(10):1784-96. doi:10.1002/ijc.34662.

OECD (2024), Beating cancer inequalities in the EU: spotlight on cancer prevention and early detection, Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/14fdc89a-en>.

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023), Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung - Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen, Berlin, Gesundheitsministerium, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/5_Stellungnahme_Potenzialanalyse_bf_Version_1.1.pdf.

Schmitt, J. et al. (2023), „Initial cancer treatment in certified versus non-certified hospitals“, *Deutsches Ärzteblatt international*, <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0169>.

SIOPE (2024), Childhood Cancer Country Profile: Germany, Brüssel, SIOPE Europe, <https://siope.eu/media/documents/ocean-projectgermany.pdf>.

Umweltbundesamt (2024), Luftqualität 2023, www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/3521/publikationen/uba_hgp_luftqualitaet_dt.pdf.

Vassal, G. et al. (2021), „Access to essential anticancer medicines for children and adolescents in Europe“, *Annals of Oncology*, Bd. 32/4, S. 560-568, <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.12.015>.

Wellbrock, M. et al. (2024), Registration, incidence patterns, and survival trends of central nervous system tumors among children in Germany 1980–2019: an analysis of 40 years based on data from the German Childhood Cancer Registry, *Pediatric Blood and Cancer*, 71(6):e30954. doi:10.1002/pbc.30954.

Liste der Länderabkürzungen

Belgien	BE	Frankreich	FR	Lettland	LV	Österreich	AT	Slowenien	SI
Bulgarien	BG	Griechenland	EL	Litauen	LT	Polen	PL	Spanien	ES
Dänemark	DK	Irland	IE	Luxemburg	LU	Portugal	PL	Tschechien	CZ
Deutschland	DE	Island	IS	Malta	MT	Rumänien	RO	Ungarn	HU
Estland	EE	Italien	IT	Niederlande	NL	Schweden	SE	Zypern	CY
Finnland	FI	Kroatien	HR	Norwegen	NO	Slowakei	SL		

European Cancer Inequality Registry

Länderprofil Krebs 2025

Das Europäische Register der Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung ist eine Leitinitiative im Rahmen von Europas Plan gegen den Krebs. Es bietet solide und zuverlässige Daten zur Krebsprävention und -versorgung, um Entwicklungen, Unterschiede und Ungleichheiten zwischen Mitgliedstaaten und Regionen zu erkennen. Das Register enthält eine Website und ein Datenwerkzeug, das von der Gemeinsamen Forschungsstelle der Europäischen Kommission erarbeitet wurde (<https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/>), ebenso wie eine Reihe von zweijährlich erscheinenden Länderprofilen Krebs und einen übergeordneten Bericht zu Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung in Europa.

In den Länderprofilen Krebs werden Stärken, Herausforderungen und spezifische Maßnahmenbereiche für jeden der 27 EU-Mitgliedstaaten, Island und Norwegen als Richtschnur für Investitionen und Interventionen auf EU-, nationaler und regionaler Ebene im Rahmen von Europas Plan gegen den Krebs aufgezeigt. Das Europäische Register

der Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung unterstützt überdies Leitinitiative 1 des Null-Schadstoff-Aktionsplans.

Die Profile wurden von der OECD in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission erstellt. Das Team bedankt sich für die wertvollen Anmerkungen und Vorschläge der nationalen Expert:innen, des OECD-Gesundheitsausschusses und der EU-Themenarbeitsgruppe zum Register der Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung.

Jedes Länderprofil Krebs bietet eine kurze Synthese zu:

- der nationalen Krebsbelastung,
- den Risikofaktoren für Krebs mit Fokus auf verhaltens- und umweltbezogenen Risikofaktoren,
- Früherkennungsprogrammen,
- der Leistungsfähigkeit der Krebsversorgung mit Fokus auf Zugänglichkeit, Versorgungsqualität, Kosten und Lebensqualität.

Zitierweise:

OECD/European Commission (2025), Länderprofil Krebs: Deutschland 2025, EU-Länderprofile zum Thema Krebs, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/f169e393-de>.

Ursprünglich in englischer Sprache unter dem Titel veröffentlicht: OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Germany 2025, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/f3a3cfcf-en>.

Im Falle von Unstimmigkeiten ist ausschließlich der Text der englischen Version als verbindlich anzusehen.

© OECD/European Union 2025 für diese deutsche Ausgabe.



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 or of its Member countries or of 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's or European Commission's logo, visual identity or cover image without express permission or suggest the OECD or European Commission endorses 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.

