European Cancer Inequalities Registry

DEUTSCHLAND

Länderprofile Krebs

2023

European Commission

OECD

BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Berichtsreihe „Länderprofil Krebs“

Das Europäische Register der Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung ist eine der Leitinitiativen von Europas Plan gegen den Krebs. Es liefert solide und zuverlässige Daten zur Krebsprävention und -versorgung und soll damit Entwicklungen, Unterschiede und Ungleichheiten zwischen den Mitgliedstaaten und Regionen erfassen und aufdecken. Mit den Länderprofilen Krebs werden in Bezug auf die 27 EU-Mitgliedstaaten sowie Island und Norwegen Stärken, Herausforderungen und spezifische Maßnahmenbereiche aufgezeigt, die als Richtschnur für Investitionen und Interventionen auf EU-, nationaler und regionaler Ebene im Rahmen von Europas Plan gegen den Krebs dienen können. Das Europäische Register für Krebsungleichheiten unterstützt auch die Leitinitiative 1 des Aktionsplans "Null Umweltverschmutzung„.

Die Profile entstehen aus der gemeinsamen Arbeit der OECD und der Europäischen Kommission. Das Team bedankt sich bei den nationalen experten, dem OECD Health Committee und der EU-Expertengruppe zum Register der Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung für die wertvollen Anmerkungen und Vorschläge.

Daten- und Informationsquellen

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

Zusätzliche Daten stammen auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), vom Internationalen Krebsforschungszentrum (International Agency for Research on Cancer – IARC), von der Internationalen Atomenergie-Organisation (IAEO), vom Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) sowie aus anderen (von privaten oder kommerziellen Interessen unabhängigen) einzelstaatlichen Quellen. 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 Kaufkraftparität (KKP) ist definiert als Währungsumrechnungskurs, der die Unterschiede im Preisniveau zwischen Ländern beseitigt und damit Vergleiche der Kaufkraft unterschiedlicher Währungen ermöglicht.

Haftungsausschluss: This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the Member countries of the OECD. This work was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union.

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

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

Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union: The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.

©OECD 2023

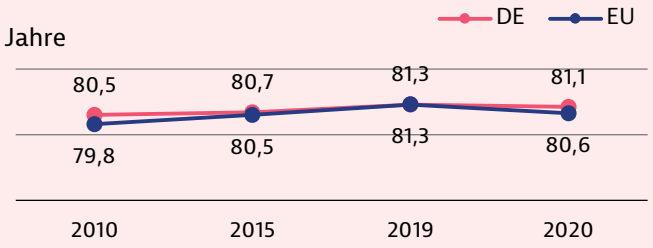
The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at https://www.oecd.org/termsand-conditions.

Inhalt

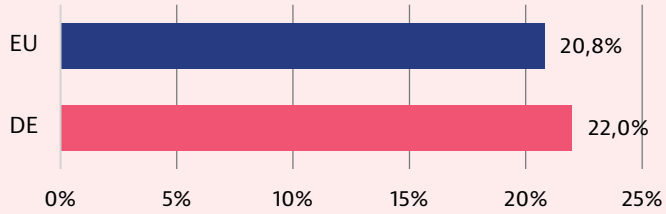
1. HIGHLIGHTS 3
2. KREBS IN DEUTSCHLAND 4
3. RISIKOFAKTOREN UND PRÄVENTIONSMASSNAHMEN 7
4. FRÜHERKENNUNG 10
5. LEISTUNGSFÄHIGKEIT DER KREBSVERSORGUNG 12
5.1 Zugang 12
5.2 Qualität 13
5.3 Kosten und Kosten-Nutzen-Verhältnis 15
5.4 COVID-19 und Krebs: Stärkung der Resilienz 16
6. UNGLEICHHEITEN IM FOKUS 18

Die wichtigsten Merkmale des Gesundheitssystems im Überblick

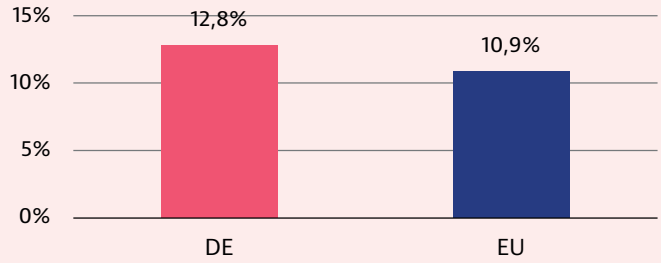
LEBENSERWARTUNG BEI DER GEBURT (JAHRE)



ANTEIL DER BEVÖLKERUNG 65+ JAHRE (2021)

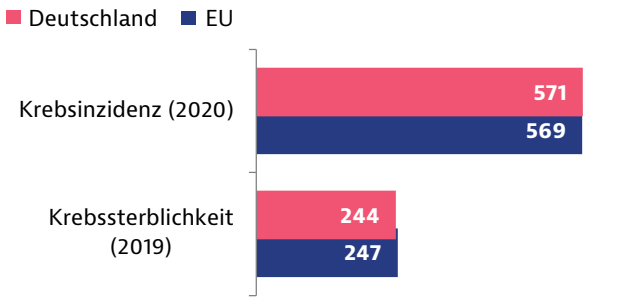


GESUNDHEITSAUSGABEN IN % DES BIP (2020)

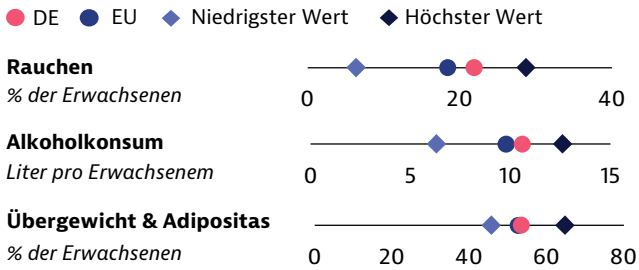


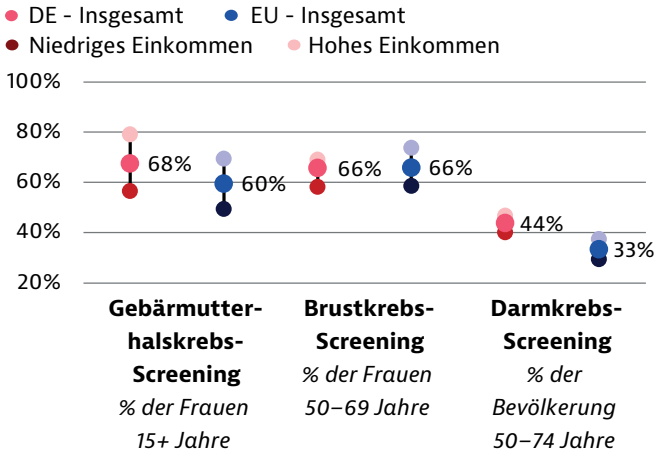
Quelle: Eurostat-Datenbank.

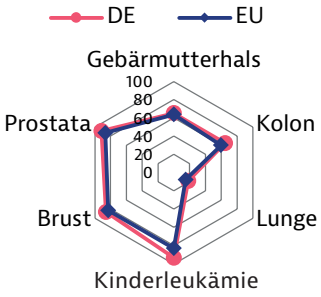
1. Highlights



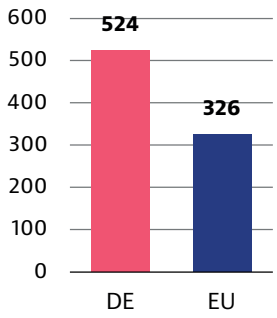
Altersstandardisierte Rate pro 100 000 Einwohner







5-Jahres-Nettoüberlebensrate nach Krebslokalisation, 2010-2014



Gesamtkosten für Krebs (EUR pro Kopf KKP), 2018

Krebs in Deutschland

Während die Krebsinzidenz in Deutschland konstant geblieben ist, nimmt die Prävalenz aufgrund höherer Überlebensraten zu. Altersstandardisiert liegt die geschätzte Inzidenz nahe am EU-Durchschnitt, ist aber rückläufig. Lungenkrebs ist nach wie vor die Krebsart mit der höchsten Sterblichkeit, wenngleich die Sterblichkeit durch Lungen-, Darm- und Magenkrebs rückläufig ist.

Risikofaktoren und Präventionsmaßnahmen

In der Bevölkerung gibt es nach wie vor eine hohe Rauchprävalenz und hohen schädlichen Alkoholkonsum; Übergewicht und Adipositas nehmen zu, wovon insbesondere weniger privilegierte Bevölkerungsgruppen betroffen sind. Die Krebsprävention ist Teil einer umfassenderen Politik zur Gesundheitsförderung und Prävention nicht übertragbarer Krankheiten.

Früherkennung

Die Früherkennung ist Teil des Nationalen Krebsplans; es gibt nationale Screeningprogramme für Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs. Die Teilnahmeraten an den Screenings auf Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs sind hoch und liegt bei Darm- und Gebärmutterhalskrebs leicht über dem EU-Durchschnitt.

Leistungsfähigkeit der Krebsversorgung

Der Zugang zur Versorgung wird in Deutschland, das zu den Ländern mit dem geringsten ungedeckten medizinischen Bedarf in der EU gehört, im Allgemeinen nicht als großes Problem angesehen. Die auf Krebs zurückzuführenden direkten Gesundheitsausgaben sind jedoch höher als in jedem anderen EU-Land. Die Fünf-Jahres-Nettoüberlebensrate ist zwischen 2004 und 2014 bei fast allen der häufigsten Krebsarten gestiegen oder gleich geblieben; die Überlebensrate liegt nach wie vor über dem EU-Durchschnitt. Bei Menschen mit seltenen Krebserkrankungen liegt die Fünf-Jahres-Überlebensrate über dem EU-Durchschnitt, bleibt aber unter jener der leistungsstärksten Länder.

2. Krebs in Deutschland

Die altersstandardisierte Krebsinzidenz ist in Deutschland seit 2017 rückläufig, die unbereinigte Inzidenz hat sich aber angesichts der alternden Bevölkerung und des mit zunehmendem Alter steigenden Risikos einer Krebserkrankung in den letzten Jahren nicht merklich verändert. Die Prävalenz nimmt zu, vor allem aufgrund besserer Überlebenschancen für Krebspatienten (ZfKD & GEKD, 2021).

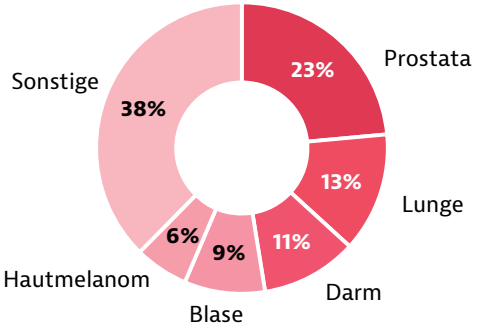
Für das Jahr 2020 wurden in Deutschland mehr als 530 000 neue Krebsfälle erwartet

Laut dem Europäischen Krebsinformationssystem (ECIS – European Cancer Information System) der Gemeinsamen Forschungsstelle wurden, auf der Grundlage der Inzidenztrends aus den Jahren vor der Pandemie, für das Jahr 2020 in Deutschland insgesamt 538 700 neue Krebsfälle erwartet (Abbildung 1) – das entspricht 668 Fällen pro 100 000 Einwohner. Bei der altersstandardisierten Inzidenz (571 pro 100 000) wurde

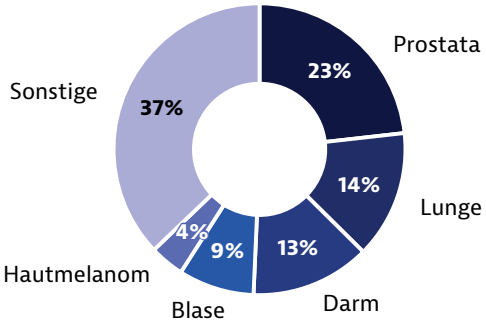
Abbildung 1. Im Jahr 2020 war die alterstandardisierte Krebsinzidenz bei deutschen Frauen höher als in der EU, bei Männern jedoch niedriger

Verteilung der Krebsinzidenz nach Geschlecht in Deutschland und der EU

DEUTSCHLAND - MÄNNER
289 396 Neuerkrankungen



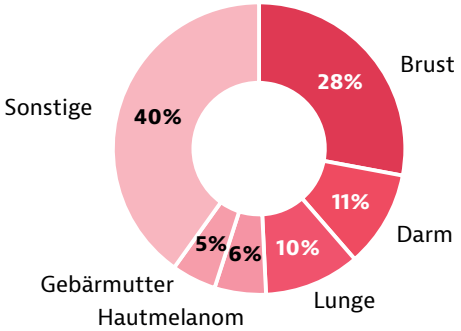
EU - MÄNNER
1 444 949 Neuerkrankungen



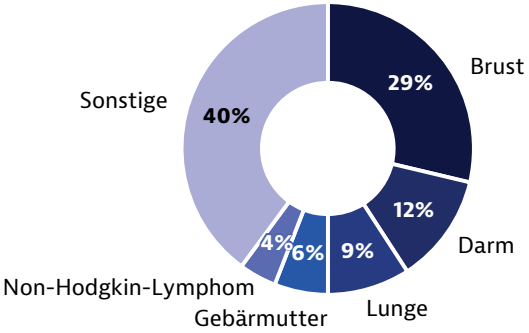
ALTERSSTANDARDISIERTE RATE (ALLE KREBSARTEN)

Deutschland	665 pro 100 000 Einwohner
EU	686 pro 100 000 Einwohner

DEUTSCHLAND - FRAUEN
249 323 Neuerkrankungen



EU - FRAUEN
1 237 588 Neuerkrankungen



ALTERSSTANDARDISIERTE RATE (ALLE KREBSARTEN)

Deutschland	500 pro 100 000 Einwohner
EU	484 pro 100 000 Einwohner

Anmerkung: Uterus bezieht sich nur auf Gebärmutterkrebs, nicht auf Gebärmutterhalskrebs. Diese Schätzungen erfolgten vor der COVID-19-Pandemie auf der Grundlage von Inzidenztrends aus früheren Jahren und können von den in den letzten Jahren beobachteten Raten abweichen.
Quelle: Europäisches Krebsinformationssystem (ECIS). https://ecis.jrc.ec.europa.eu, abgerufen am 9.5.2022. © Europäische Union, 2022.

erwartet, dass sie leicht über dem EU-Durchschnitt (569 pro 100 000) liegen würde, allerdings bei Männern unter (665 gegenüber 686) und bei Frauen über dem EU-Durchschnitt (500 gegenüber 484) (Abbildung 1). Obwohl die Wahrscheinlichkeit einer Krebsdiagnose bei Männern höher ist, wurde von einem weniger deutlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern in Deutschland (30 % höher bei Männern) als in der EU (40 % höher bei Männern) ausgegangen. Auch die Krebsbelastung in der Bevölkerung, gemessen an den verlorenen behinderungsbereinigten Lebensjahren (DALYs – Disability-Adjusted Life Years) pro 100 000 Einwohner, wurde für Deutschland höher eingeschätzt als im EU-Durchschnitt.

Bei Frauen wurde erwartet, dass Brustkrebs mit 28 % der Neuerkrankungen in Deutschland im Jahr 2020 (29 % in der EU) die häufigste Krebsart sein würde, gefolgt von Darmkrebs (11 %) und Lungenkrebs (10 %), Melanomen (6 %) und Gebärmutterkrebs (5 %). Es wurde angenommen, dass in der EU Darmkrebs häufiger vorkommen würde, gefolgt von Lungen- und Gebärmutterkrebs und Non-Hodgkin-Lymphomen. Für Deutschland wurden niedrigere Inzidenzen für Frauen bei Darm- und Gebärmutterkrebs als in der EU erwartet, bei Lungen- und Brustkrebs sowie Melanomen jedoch höhere.

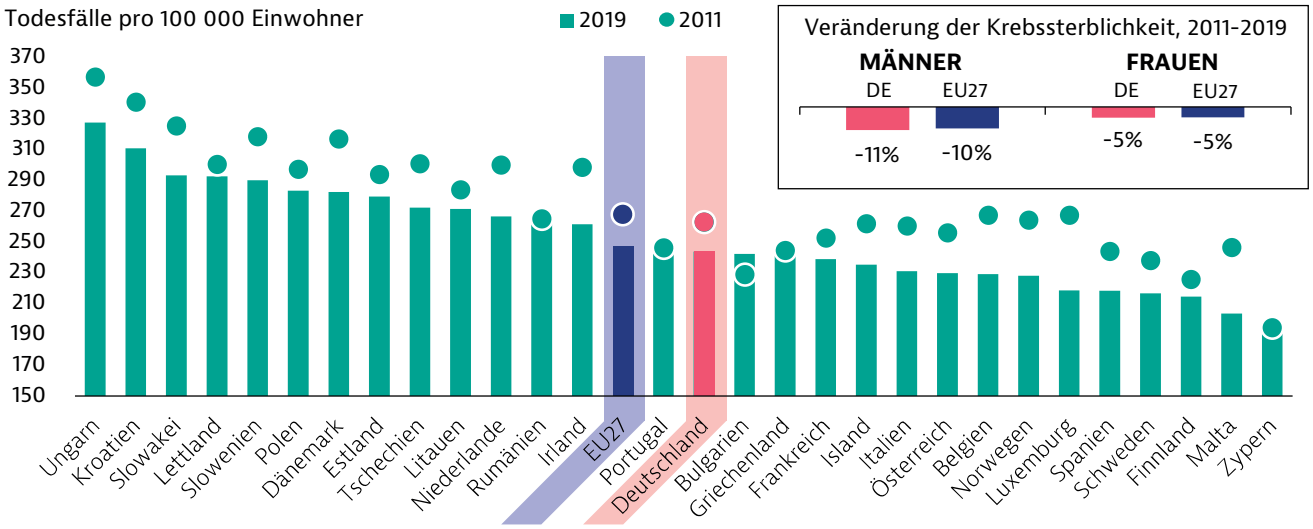
Bei Männern wurde davon ausgegangen, dass Prostatakrebs mit 23 % der Neuerkrankungen die häufigste Krebsart sein würde, gefolgt von Lungenkrebs (13 %), Darmkrebs (11 %) und Blasenkrebs (9 %). Diese Reihenfolge entspricht jener in der EU. Die Inzidenzen für Blasenkrebs und Melanome wurden für Deutschland höher eingeschätzt als für die EU, jedoch niedriger für Prostata-, Lungen- und Darmkrebs.

Es wurde erwartet, dass im Jahr 2020 Magenkrebs 3 % der Krebsneuerkrankungen bei Männern und 2 % bei Frauen ausmachen würde, während Melanome der Haut sowohl bei Männern als auch Frauen 6 % der Krebsneuerkrankungen ausmachen würden. Bei pädiatrischen Krebserkrankungen lag die geschätzte altersstandardisierte Inzidenz für das Jahr 2020 bei Kindern unter 15 Jahren bei 19 pro 100 000 und damit über dem EU-Durchschnitt (15 pro 100 000 Einwohner). Im Jahr 2013 betrug die geschätzte Zahl der Neuerkrankungen an seltenen Krebsarten in Deutschland 112 617.

Die Gesamtkrebssterblichkeit in Deutschland ist mit dem EU-Durchschnitt vergleichbar

Die altersstandardisierte Krebssterblichkeit ist in Deutschland zwischen 2011 und 2019 zurückgegangen. Wie in der gesamten EU war der Rückgang bei Männern deutlicher (-11 % in Deutschland gegenüber -10 % in der EU) als bei Frauen (-5 % in Deutschland und der EU) (Abbildung 2).

Abbildung 2. Die Krebssterblichkeit in Deutschland ist ähnlich schnell zurückgegangen wie in der EU

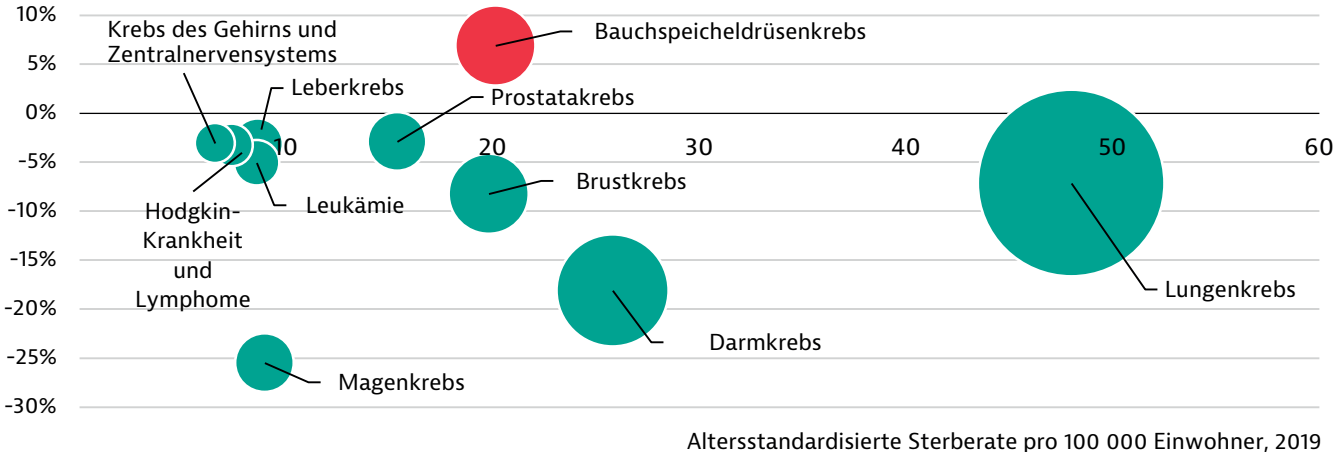


Anmerkung: Der EU-Durchschnitt ist gewichtet (berechnet von Eurostat für 2011-2017 und von der OECD für 2018-2019).
Quelle: Eurostat-Datenbank.

Den größten Anteil am gesamten Rückgang der Sterblichkeit hatte der Rückgang bei Darm- und Lungenkrebs, gefolgt von Magenkrebs. Trotzdem bleiben Lungen- und Darmkrebs die beiden Krebsarten mit der höchsten Sterblichkeit, gefolgt von Bauchspeicheldrüsen- und Brustkrebs (Abbildung 3). Bauchspeicheldrüsenkrebs war die einzige der häufigen Krebsarten, bei der die Sterblichkeit im Zeitraum 2011-2019 zunahm (+7 %). Studien aus den späten 1990er- und 2000er-Jahren ergaben, dass die Sterblichkeit in Bevölkerungsgruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status deutlich höher war – auch durch Darm-, Lungen- und Magenkrebs (Lampert, Hoebel & Kroll, 2019). Es liegen jedoch keine aktuellen Daten über Ungleichheiten bei der Krebssterblichkeit vor. Eine Studie zu sozioökonomischen Mustern der Krebsinzidenz, bei der neuere Registerdaten herangezogen wurden, zeigte unterschiedliche Muster zwischen Frauen und Männern und bei verschiedenen Krebslokalisierungen (Hoebel et al., 2018).

Abbildung 3. Die Sterblichkeitsraten sind nach wie vor bei Lungen- und Darmkrebs am höchsten

Veränderung der Krebssterblichkeit, 2011-2019 (bzw. das nächstgelegene Jahr)



Anmerkung: Rote Kreise stehen für einen Anstieg bei der prozentualen Veränderung der Krebssterblichkeit im Zeitraum 2011-2019, grüne Kreise für einen Rückgang. Die Größe der Kreise ist proportional zu den Sterblichkeitsraten im Jahr 2019. Die Sterblichkeit ist bei einigen dieser Krebsarten gering, daher sind die prozentualen Veränderungen mit Vorsicht zu interpretieren. Die Größe der Kreise für die Sterblichkeitsraten ist zwischen den Ländern nicht vergleichbar.
Quelle: Eurostat-Datenbank.

Zwischen 2000 und 2019 gab es bei den potenziell verlorenen Lebensjahren aufgrund bösartiger Neubildungen einen relativen Rückgang um 28 % – im Jahr 2019 waren das 1 208 verlorene Lebensjahre pro 100 000 Personen im Alter von bis zu 75 Jahren. Mit 1 306 bzw. 1 117 verlorenen Lebensjahren im Jahr 2019 war der relative Rückgang bei Männern (33 %) etwas größer als bei Frauen (21 %).

Der Nationale Krebsplan bildet seit 2008 die Grundlage für die meisten Bereiche der deutschen Krebspolitik

Der im Jahr 2008 initiierte Nationale Krebsplan bildet den übergeordneten politischen Rahmen für die Krebsbekämpfung in Deutschland. Er bezieht alle relevanten Akteure des zersplitterten Gesundheitssystems ein und legt 13 strategische Ziele mit rund 40 untergeordneten Zielen fest. Diese sind im Einklang mit Europas Plan gegen den Krebs (Europäische Kommission, 2021) in vier Handlungsfelder unterteilt: Screening und Früherkennung, Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung, Sicherstellung der Behandlung und Patientenorientierung (Bundesgesundheitsministerium, 2020). Im Januar 2019 hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung die Initiative „Nationale Dekade gegen Krebs“ ins Leben gerufen[1]. Das übergeordnete Ziel ist die Stärkung der patientenorientierten Krebsforschung durch eine stärkere Einbeziehung der Patienten in die Vorbereitung, Auswahl und Durchführung der Forschung. Krebsprävention und Früherkennung bilden einen besonderen Schwerpunkt. Außerdem wird es eine gezieltere Unterstützung für die Forschung geben, und Innovationen werden den Patientinnen und Patienten schneller zur Verfügung gestellt.

Ein breites Spektrum von Akteuren des Gesundheitssystems beteiligt sich an den Maßnahmen gegen Krebs

Die Zuständigkeiten für die Gesundheitspolitik in Deutschland, einschließlich der Krebspolitik, sind zwischen der Bundesregierung, den Regierungen der 16 Bundesländer und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgeteilt. Die Hauptaufgabe des Bundesministeriums für Gesundheit ist die Regulierung des Gesundheitssystems, einschließlich der GKV und der Gesundheitsdienstleister, durch den Erlass von Gesetzen sowie von Verordnungen und Verwaltungsvorschriften. Auf Bundesebene wurden seit 2010 Rechtsvorschriften zur Förderung der Krebspolitik erlassen, darunter 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 Palliativbehandlung. Die Zuständigkeiten sind jedoch auch auf Bundesebene zersplittert: So fällt beispielsweise die Forschung in den Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, während die Prävention von Berufskrebs sowie die Rehabilitation zum Teil in den Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales fallen.

Die Prävention ist hauptsächlich Ländersache, wird aber von der GKV und der Pflegeversicherung mitfinanziert. Das Bundespräventionsgesetz wurde 2015 verabschiedet, um die Zusammenarbeit zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, den Ländern sowie den regionalen und lokalen Behörden durch die Nationale Präventionskonferenz zu stärken, die eine nationale Präventionsstrategie festlegt und deren Umsetzung beaufsichtigt. Die Bundesregierung strebt eine Ausweitung des Präventionsgesetzes und die Erstellung

1 *Siehe https://www.dekade-gegen-krebs.de/de/home/home_node.html*

eines nationalen Präventionsplans mit einem konkreten Maßnahmenbündel an.

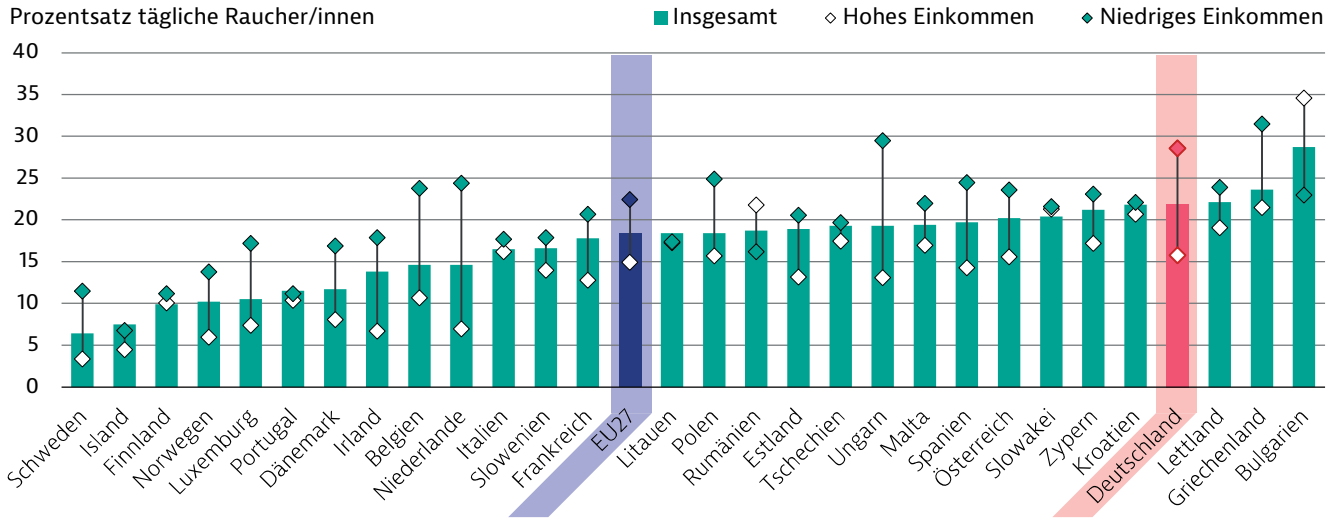
Daneben spielen mehrere andere Akteure des deutschen Gesundheitssystems eine wichtige Rolle in der Krebspolitik. So waren an der Ausarbeitung des Nationalen Krebsplans rund 25 Interessengruppen, verschiedene medizinische Fachverbände und Patientenvertreter beteiligt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) setzt sich aus den Selbstverwaltungsorganisationen der Krankenkassen, Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser zusammen und ist das höchste Beschlussgremium für diese auf nationaler Ebene. Die Einbeziehung von Patientenvertreterinnen und -vertretern und Verbänden der Pflegeberufe in die Entwicklung von G-BA-Richtlinien ist gesetzlich vorgeschrieben. Die nationale Agentur für die Bewertung von Gesundheitstechnologien (HTA – Health Technology Assessment) bezieht regelmäßig Patientenorganisationen ein, außerdem führt ein Patientenvertreter bzw. eine Patientenvertreterin den Vorsitz in ihrem Kuratorium. Zudem werden die Patientinnen und Patienten formell in die Entwicklung klinischer Leitlinien durch medizinische Fachgesellschaften einbezogen.

3. Risikofaktoren und Präventionsmaßnahmen

In Deutschland wird mehr geraucht als in den meisten EU-Ländern

Deutschland hatte 2019 mit 22 % einen der höchsten Anteile an täglichen Zigarettenrauchern bzw. -raucherinnen in der EU, im Vergleich zum EU-Durchschnitt von 18 %. Obwohl der Anteil in allen Bevölkerungsgruppen über dem EU-Durchschnitt liegt, ist Rauchen in Deutschland bei Personen im erwerbsfähigen Alter (26 % gegenüber 21 % in der EU) und bei Männern (25 % gegenüber 22 %) besonders verbreitet. In Deutschland gibt es zudem ein deutlicheres Bildungs- und Einkommensgefälle: Die Prävalenz des täglichen Rauchens ist bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau (25 %) höher als bei Personen mit hohem Bildungsniveau (14 %) und bei niedrigem Einkommen (29 %) höher als bei höherem Einkommen (16 %) (Abbildung 4).

Abbildung 4. Die täglichen Raucherquoten und die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen liegen über dem EU-Durchschnitt



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt ist gewichtet (berechnet von Eurostat).
Quelle: Eurostat-Datenbank (EHIS). Die Daten beziehen sich auf 2019.

Auch Alkoholkonsum ist in Deutschland weit verbreitet

Deutsche ab 15 Jahren konsumierten im Jahr 2020 pro Kopf 10,6 Liter reinen Alkohol, also etwas mehr als im EU-Durchschnitt (9,8 Liter). Schädlicher Alkoholkonsum war in Deutschland ebenfalls weiter verbreitet (4,6 % der Bevölkerung gaben einen schädlichen Alkoholkonsum an, gegenüber 2,7 % in der EU) und unter deutschen Männern häufiger als unter Frauen (4,9 % gegenüber 4,3 %). Dies schlägt sich in einer deutlich höheren Krebsinzidenz bei Männern nieder, die auf Alkohol zurückzuführen ist (15,1 pro 100 000

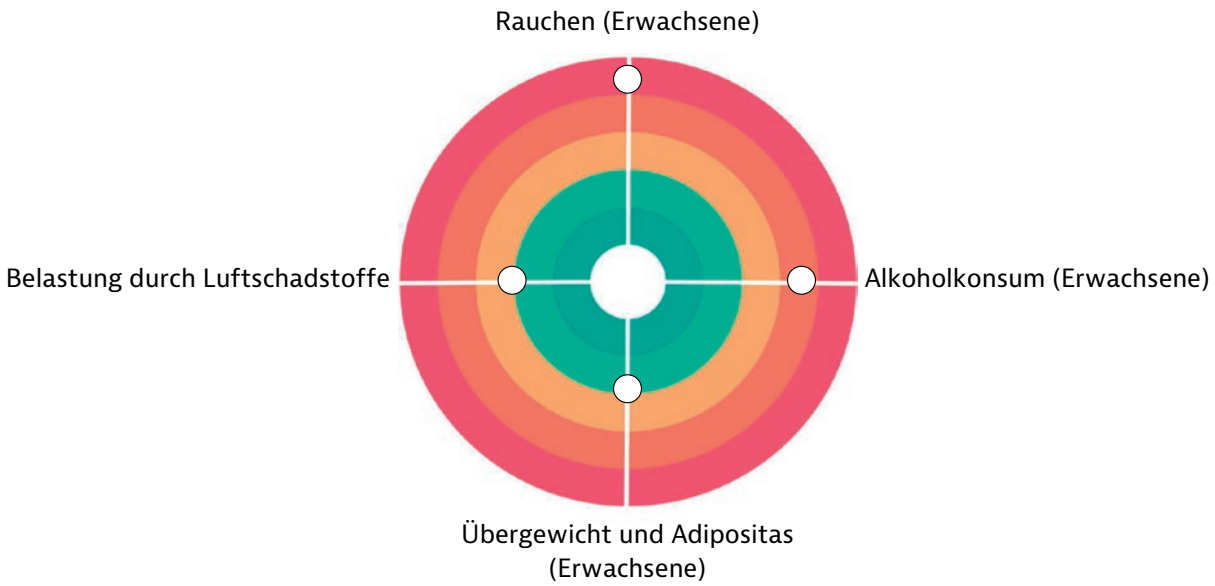
gegenüber 8,9 pro 100 000 Frauen). Diese Rate liegt jedoch bei Männern unter dem EU-Durchschnitt (17,9 pro 100 000), bei Frauen über dem EU-Durchschnitt (7,7 pro 100 000). Im Gegensatz zu vielen anderen verhaltensbedingten Risikofaktoren ist schädlicher Alkoholkonsum bei Bevölkerungsgruppen mit höherem Bildungsniveau (4,9 %) weiter verbreitet als bei jenen mit niedrigerem Bildungsniveau (3,8 %), bei jenen mit höherem Einkommen (5,8 %) häufiger als bei jenen mit niedrigerem Einkommen (4,4 %) und bei jenen in städtischen Gebieten (5,1 %) häufiger als in ländlichen (3,9 %). In allen diesen Bevölkerungsgruppen ist der Anteil von Personen mit schädlichem Alkoholkonsum in Deutschland höher als in der EU.

Übergewicht und Adipositas nehmen zu, insbesondere bei weniger privilegierten Bevölkerungsgruppen

Obgleich Deutschland bei Übergewicht und Adipositas relativ zu anderen EU-Ländern gut abschneidet (Abbildung 5), nehmen, wie in der gesamten EU, auch in Deutschland Übergewicht und Adipositas zu. Zwischen 2014 und 2019 stieg der Anteil der übergewichtigen oder adipösen Deutschen von 51 % auf 54 % und lag damit in beiden Jahren leicht über dem EU-Durchschnitt (50 % bzw. 53 %). Mehr als 60 % der Männer waren 2019 übergewichtig oder adipös, verglichen mit 47 % der Frauen, obwohl der Anstieg im Laufe der Zeit bei Frauen etwas höher ausfiel. Der seit 2014 verzeichnete Anstieg war vor allem auf Menschen im erwerbsfähigen Alter und mit niedrigerem Bildungsniveau zurückzuführen. Mehr als 55 % der 15- bis 64-Jährigen mit niedrigerem Bildungsniveau waren 2019 übergewichtig oder adipös (entspricht dem EU-Durchschnitt), verglichen mit nur 44 % im Jahr 2014.

Obwohl ungesunde Lebensweisen – darunter schlechte Ernährung und Bewegungsmangel – in Deutschland weniger eine Rolle zu spielen scheinen als in vielen anderen EU-Ländern, könnten sie in einigen Bevölkerungsgruppen ein zunehmendes Problem darstellen. Während beispielsweise der Anteil der Bevölkerung, der mindestens 150 Minuten pro Woche für gesundheitsfördernde körperliche Aktivitäten aufwandte, in der deutschen Bevölkerung insgesamt leicht zunahm (von 48 % auf 49 % zwischen 2014 und 2019) und über dem EU-Durchschnitt lag (33 % im Jahr 2019), ging er zwischen 2014 und 2019 bei Menschen im Rentenalter (von 43 % auf 37 %) und bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau (von 44 % auf 42 %) zurück. Außerdem lag der tägliche Obst- und Gemüseverzehr unter dem EU-Durchschnitt, stieg aber in Deutschland zwischen 2014 und 2019 an – allerdings rascher bei Menschen mit hohem Bildungsniveau.

Abbildung 5. Deutschland schneidet bei Übergewicht und Adipositas sowie bei Luftschadstoffbelastung besser ab als andere EU Länder"



Anmerkung: 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.
Quellen: OECD-Berechnungen auf Basis der EHIS 2019 für Raucher- und Übergewichts-/Adipositasraten, OECD-Gesundheitsstatistik 2022 und Globales Informationssystem für Alkohol und Gesundheit (GISAH) der WHO für Alkoholkonsum (2020) und Eurostat für Luftverschmutzung (2019).

Die Luftschadstoffbelastung ist in Deutschland geringer als in der EU

Aus den Daten geht hervor, dass die Belastung durch Luftschadstoffe und gefährliche Chemikalien unter dem EU-Durchschnitt liegt, aber bestimmte Untergruppen besonders davon betroffen sein können. So dürfte in Deutschland ein größerer Anteil der Männer im erwerbsfähigen Alter gefährlichen Chemikalien ausgesetzt sein als in der EU insgesamt, ein Problem, das insbesondere Männer in hochqualifizierten manuellen Berufen betrifft. Die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales erlassenen Vorschriften und Regelungen zielen darauf ab, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vor Gesundheitsrisiken und insbesondere vor Berufskrebs zu schützen.

Im Jahr 2019 erreichte die PM_{10}-Belastung[2] in Deutschland 16 µg/m³ und lag damit unter dem EU-Durchschnitt (21 µg/m³). Auch die $PM_{2,5}$-Konzentration war in Deutschland niedriger als in der EU (11 µg/m³ gegenüber 13 µg/m³). Nach Angaben des Institute for Health Metrics and Evaluation waren 2019 schätzungsweise 3 % aller Todesfälle in Deutschland auf die Belastung durch Ozon und $PM_{2,5}$ zurückzuführen, womit die Rate unter dem EU-Durchschnitt (4 %) liegt.

Die Krebsprävention ist Teil einer umfassenderen Prävention nicht übertragbarer Krankheiten

Die Krebsprävention ist Teil eines umfassenderen Ansatzes zur Prävention nicht übertragbarer Krankheiten, der auf die Bekämpfung gemeinsamer lebensstilbedingter Risikofaktoren wie Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Rauchen und Alkoholkonsum abzielt. Daher deckt der Nationale Krebsplan (NKP) die Primärprävention nicht ab. Im Jahr 2020 entfielen 3,2 % der deutschen Gesundheitsausgaben auf die Prävention, also etwas weniger als im EU-Durchschnitt (3,4 %).

Ein 2008 ins Leben gerufener nationaler Aktionsplan fördert gesunde Ernährung und Bewegung mit dem Ziel, die damit verbundene Krankheitslast zu verringern. Dazu gehören wissenschaftlich abgesicherte Empfehlungen für die Bevölkerung und auch spezifische Initiativen. Zudem wurde vom Bundesministerium für Gesundheit 2015 eine Initiative zur Prävention von Adipositas im Kindesalter gestartet.

Prävention und Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Gruppen werden vom bundesweiten Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit koordiniert, der 2003 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gegründet wurde. Dem Verbund gehören 75 Partnerorganisationen an, die das gemeinsame Ziel verfolgen, Präventionsprojekte, -maßnahmen und -programme für diese Gruppen zu dokumentieren und zu veröffentlichen. Auf seiner Website finden sich Informationen zu mehr als 2 000 Initiativen, darunter mehrere zur Krebsprävention. Ein weiteres Ziel ist die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention für bestimmte Gruppen.

Krebsspezifische Maßnahmen ergänzen umfassendere Strategien zur Prävention nicht übertragbarer Krankheiten. Beispiele hierfür sind die Informations- und Beratungsangebote der Deutschen Krebsgesellschaft in den einzelnen Bundesländern sowie Impfungen gegen Infektionen, die Risikofaktoren für Krebs sind. Impfungen gegen humane Papilloma-Viren (HPV) und Hepatitis B werden von der GKV für Kinder und Jugendliche vollständig übernommen (Kasten 1). Gezielte und gruppenspezifische Informationen über die HPV-Impfung werden über verschiedene Kanäle angeboten.

Kasten 1. HPV- und Hepatitis-B-Impfung

Schätzungen zufolge wurden 47 % der 15-jährigen Mädchen in Deutschland 2019 vollständig gegen HPV geimpft, was unter dem EU-Durchschnitt (59 %) und deutlich unter der Impfrate vieler EU-Länder liegt. Obwohl die altersstandardisierte Inzidenz von Gebärmutterhalskrebs und die Sterblichkeit leicht unter dem EU-Durchschnitt liegen, sind beide höher als in vielen EU-Ländern.

Die Ständige Impfkommission empfiehlt eine HPV-Grundimmunisierung mit zwei Dosen für Kinder und Jugendliche im Alter von 9 bis 14 Jahren oder mit drei Dosen für Jugendliche, die im Alter von 15 bis 17 Jahren eine Grundimmunisierung erhalten. Die GKV übernimmt jedoch in der Regel die Kosten für alle Impfdosen, die zur Vervollständigung der Grundimmunisierung bis zum Alter von 18 Jahren erforderlich sind. Die HPV-Impfung wurde ursprünglich nur für Mädchen empfohlen. Die Empfehlung wurde 2018 auf Jungen ausgeweitet, bis Ende 2019 wurde die Impfung aber nur von 5 % der 15-jährigen Jungen in Anspruch genommen.

Laut WHO wurden 87 % der Einjährigen in Deutschland im Jahr 2020 gegen Hepatitis B geimpft, was unter dem EU-Durchschnitt (94 %) liegt. Die Ständige Impfkommission empfiehlt eine Impfung mit insgesamt drei Dosen im Alter von zwei, vier bzw. elf Monaten. Das Nachholen der Grundimmunisierung wird bis zum Alter von 17 Jahren empfohlen. Spätere Auffrischungsimpfungen oder ein Grundimmunisierungsschema werden nur für gefährdete Personengruppen und Personen mit bestimmten Indikationen auf der Grundlage von Antikörpertests empfohlen.

Quellen: RKI, 2022a & 2022b; RKI 2021; WHO, 2022.

2 *Feinstaub (PM – Particulate Matter) wird nach seiner Größe eingeteilt: PM_{10} bezieht sich auf Partikel mit einem Durchmesser von weniger als 10 Mikrometer; $PM_{2,5}$ bezieht sich auf Partikel mit einem Durchmesser von weniger als 2,5 Mikrometer.*

4. Früherkennung

In Deutschland gibt es nationale Früherkennungsprogramme für Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs

Für Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs gibt es in Deutschland populationsbasierte Früherkennungsprogramme, die den EU-Leitlinien entsprechen. Das Screeningprogramm für Brustkrebs wurde 2005 eingeführt und wird seit 2009 bundesweit flächendeckend umgesetzt, gefolgt von den Mitte 2019 und Anfang 2020 eingeführten Programmen für Darm- und Gebärmutterhalskrebs. Diese wurden im Rahmen des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes eingeführt, das 2013 in Kraft trat und darauf abzielte, das opportunistische Screening auf Gebärmutterhals- und Darmkrebs in nationale Programme umzuwandeln, in Einklang mit den EU-Leitlinien und als Teil eines umfassenderen Rechtsrahmens. Die Einführung nationaler Screeningprogramme für Darm- und Gebärmutterhalskrebs war eines der drei Ziele des Nationalen Krebsplans im Bereich der Früherkennung; die anderen Ziele waren die Verbesserung des Informationsangebots über das Screening und eine höhere Teilnahme der Bevölkerung sowie die formale Evaluation der Wirksamkeit von Screeningprogrammen anhand von Registerdaten (Bundesgesundheitsministerium, 2020). Derzeit ist die Einführung eines Screenings auf Lungenkrebs mittels niedrigdosierter Computertomografie (CT) in Diskussion.

Während das Bundesministerium für Gesundheit die Rahmenbedingungen für die Früherkennung vorgibt, fallen die technischen Spezifikationen und die Durchführung der Krebsscreeningprogramme in den Zuständigkeitsbereich der GKV und der Gesundheitsdienstleister, die vom G-BA beaufsichtigt werden. Verschiedene Interessenträger veröffentlichen Informationen über das Krebsscreening, um den Zugang zu den Angeboten zu erleichtern, und der G-BA veröffentlicht Informationen zu allen von der GKV angebotenen Screeningprogrammen. Die neueste Fassung der umfassenden Krebsfrüherkennungs-Richtlinie wurde 2020 veröffentlicht und deckt neben den drei nationalen Screeningprogrammen auch die Früherkennung von Prostata- und Hautkrebs, einschließlich Melanomen, ab (G-BA, 2020). Der G-BA hat sich 2020 gegen ein generelles Screening auf Prostatakrebs entschieden. Grundlage dafür war eine Bewertung der nationalen HTA-Agentur, nach der es dadurch zu einer hohen Anzahl von falsch-positiven Ergebnissen und möglichen Schäden für Patienten durch unangemessene Behandlungen kommen könnte. Das System für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz trägt ebenfalls zur Prävention und Früherkennung von Krebserkrankungen bei, die durch eine Exposition am Arbeitsplatz verursacht werden.

Die Teilnahmeraten am Brustkrebsscreening sind ähnlich hoch wie im EU-Durchschnitt

Die jüngste Evaluation des deutschen Früherkennungsprogramms für Brustkrebs im Jahr 2021 ergab, dass bei Erstuntersuchungen pro 1 000 Frauen 7,7 neue Tumore und bei Folgeuntersuchungen pro 1 000 Frauen 5,6 neue Tumoren entdeckt wurden, davon 79 % in einem Stadium mit günstiger Prognose. Die Auswirkungen auf die Sterblichkeit wurden noch nicht analysiert, die Evaluation ergab aber, dass das Programm wirksam ist und die meisten Ziele der EU-Leitlinien erreicht, mit Ausnahme der Teilnahmerate (Kääb-Sanyal & Hand, 2021).

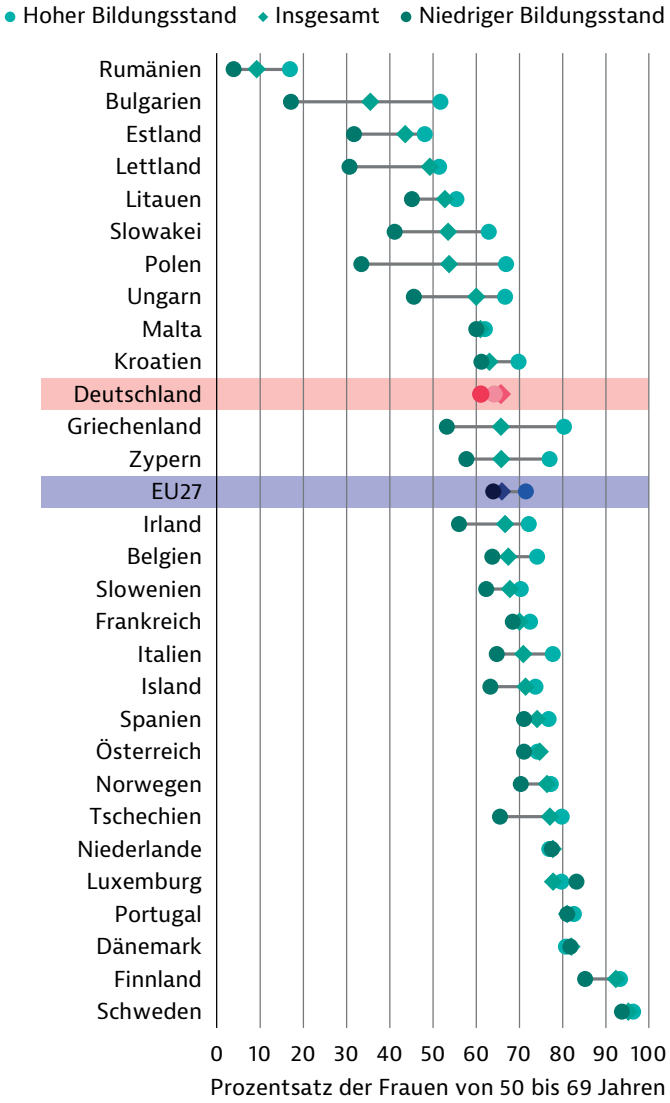
Laut nationalen Daten lag die Teilnahmerate am nationalen Früherkennungsprogramm für Brustkrebs im Jahr 2019 in der Zielgruppe der Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren bei 50 %. Laut der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS) von 2019 gaben jedoch 65,7 % der Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren in Deutschland an, in den vorangegangenen zwei Jahren eine Mammografie erhalten zu haben, verglichen mit 65,9 % in der gesamten EU. Das Einkommens- und Bildungsgefälle war weniger stark ausgeprägt als im EU-Durchschnitt, wenngleich die Unterschiede zwischen Frauen mit hohem und niedrigem Einkommen deutlich waren. Die Teilnahmerate war bei Frauen mit niedrigem Einkommen (58,2 %) niedriger als bei Frauen mit hohem Einkommen (69,0 %) und bei Frauen mit niedrigem Bildungsniveau (61,1 %) niedriger als bei Frauen mit hohem Bildungsniveau (64,2 %) (Abbildung 6). Derzeit wird über eine Ausweitung der Altersgrenzen für die Zielgruppe des Screenings diskutiert.

Die Teilnahmeraten am Screening auf Gebärmutterhals- und Darmkrebs sind hoch

Da die anderen Krebsscreeningprogramme erst vor Kurzem eingeführt wurden, sind noch keine Evaluationen veröffentlicht worden. Gemäß den G-BA-Richtlinien und dem Nationalen Krebsplan werden die Krebsfrüherkennungsprogramme im Hinblick auf die Einhaltung der Leitlinien, die Teilnahmerate und die Ergebnisse, einschließlich Inzidenz und Sterblichkeit, evaluiert (Bundesgesundheitsministerium, 2011).

Daten aus dem Jahr 2019 (vor der Einführung der nationalen Programme) zufolge lag die Teilnahmerate an Screeninguntersuchungen für Gebärmutterhals- und Darmkrebs über dem EU-Durchschnitt. Von den deutschen Frauen im Alter von 15 Jahren und darüber gaben 68 % an, in den letzten drei Jahren einen Pap-Abstrich durchführen haben zu lassen, verglichen mit 60 % in der gesamten EU (Abbildung 7). Wie in der EU wurde das Screening von Frauen im Alter von 15

Abbildung 6. Das Bildungsgefälle bei den Teilnahmeraten am Brustkrebsscreening ist weniger stark ausgeprägt als im EU-Durchschnitt

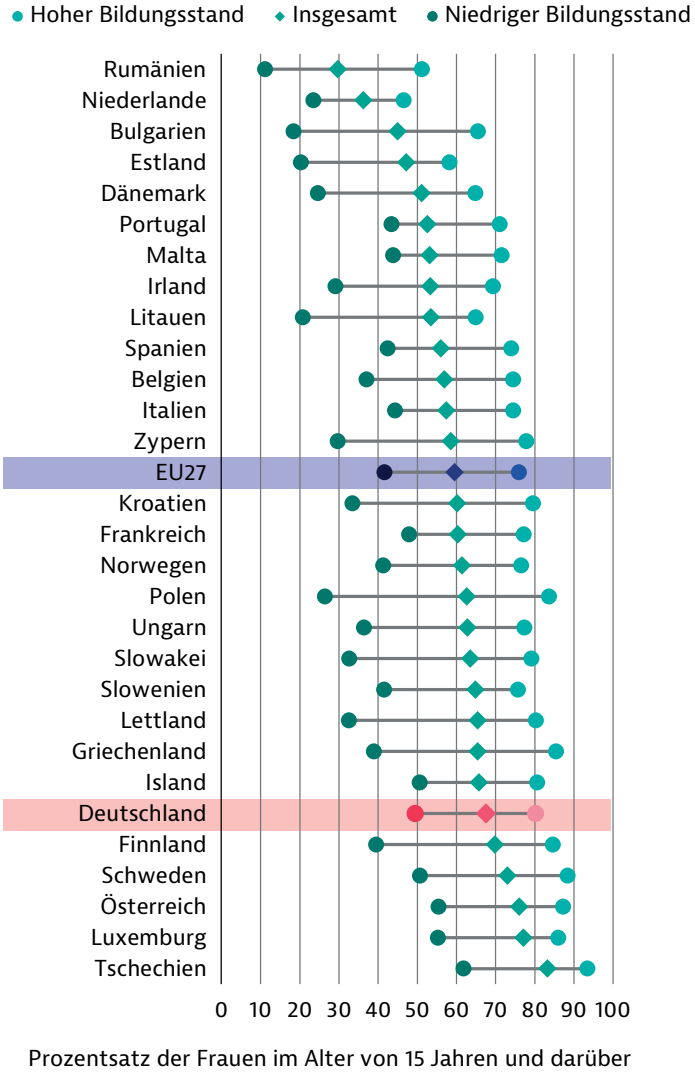


Anmerkung: Der EU-Durchschnitt ist gewichtet (berechnet von Eurostat). Die Abbildung zeigt den Prozentsatz der Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren, die angaben, in den letzten zwei Jahren eine Mammografie erhalten zu haben.
Quelle: Eurostat-Datenbank (EHIS). Die Daten beziehen sich auf 2019.

bis 64 Jahren häufiger in Anspruch genommen, und es gab deutliche Unterschiede in Bezug auf Bildung und Einkommen, dafür waren die Unterschiede zwischen Stadt und Land aber gering. Im Jahr 2019 gaben mehr Frauen mit einem hohen Bildungsniveau (80 %) als mit einem niedrigen (50 %) (Abbildung 7) und mehr Frauen mit einem hohen Einkommen (79 %) als mit einem niedrigen (57 %) an, in den letzten drei Jahren einen Pap-Abstrich durchführen haben zu lassen.

Deutschland gehört zu den Ländern mit der höchsten Teilnahmerate am Darmkrebsscreening in der EU: 43,8 % der Bevölkerung im Alter von 50 bis 74 Jahren gaben 2019 an, innerhalb der letzten zwei Jahre an einer Screeninguntersuchung teilgenommen zu haben (während es im EU-Durchschnitt 33,3 % waren). Frauen lassen sich häufiger untersuchen als Männer, ebenso Personen mit hohem Einkommen. Das Einkommensgefälle ist in Deutschland nicht so ausgeprägt wie im EU-Durchschnitt, während die Unterschiede zwischen den Geschlechtern größer sind als im EU-Durchschnitt.

Abbildung 7. Ähnlich wie im EU-Durchschnitt gibt es ein deutliches Bildungsgefälle bei den Teilnahmeraten am Screening auf Gebärmutterhalskrebs



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt ist gewichtet (berechnet von Eurostat). Die Abbildung zeigt den Prozentsatz der Frauen im Alter von 15 Jahren und darüber, die angaben, in den letzten drei Jahren einen Pap-Abstrich durchführen haben zu lassen.
Quelle: Eurostat-Datenbank (EHIS). Die Daten beziehen sich auf 2019.

5. Leistungsfähigkeit der Krebsversorgung

5.1 Zugang

Der Zugang zur Krebsversorgung ist eines der strategischen Ziele des Nationalen Krebsplans

Gemäß den strategischen Zielen des Nationalen Krebsplans sollen alle Krebspatienten eine hochwertige Versorgung erhalten, unabhängig von Alter, Geschlecht, ethnischer Herkunft, Wohnort und Versicherungsstatus. Dabei soll es sich um eine sektorenübergreifende, integrierte Versorgung handeln, einschließlich Selbsthilfe, und es sollte eine bedarfsorientierte psychologische Unterstützung angeboten werden (Bundesgesundheitsministerium, 2020). In der GKV sind etwa 90 % der deutschen Bevölkerung versichert; dies ermöglicht einen gleichberechtigten Zugang zu Prävention und Behandlung, unabhängig von Einkommen, Versicherungsbeiträgen, Wohnort und Risikoprofil. Der Großteil der übrigen Bevölkerung ist privat versichert. Die Langzeitpflege wird durch ein separates Sozialversicherungssystem finanziert, und die Rehabilitation wird teilweise durch die gesetzliche Rentenversicherung finanziert. Die Prävention von Berufskrebs sowie die Behandlung und Rehabilitation von anerkannten Berufskrankheiten, einschließlich Krebs, werden von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung übernommen.

Krebsdienste sind in der Regel bei der Inanspruchnahme kostenlos. Im Rahmen der ambulanten Versorgung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, sogenannte Terminservicestellen für die Vermittlung von Facharztterminen zu betreiben. In der Regel darf die Wartezeit nicht mehr als vier Wochen betragen. 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 1,8 % der EU-Bevölkerung im Jahr 2020 aus diesen Gründen auf ärztliche Untersuchungen verzichteten. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Einkommensgruppen sind beim ungedeckten medizinischen Bedarf gering.

Die Zugänglichkeit der Krebsversorgung wird in Deutschland allgemein als gut angesehen

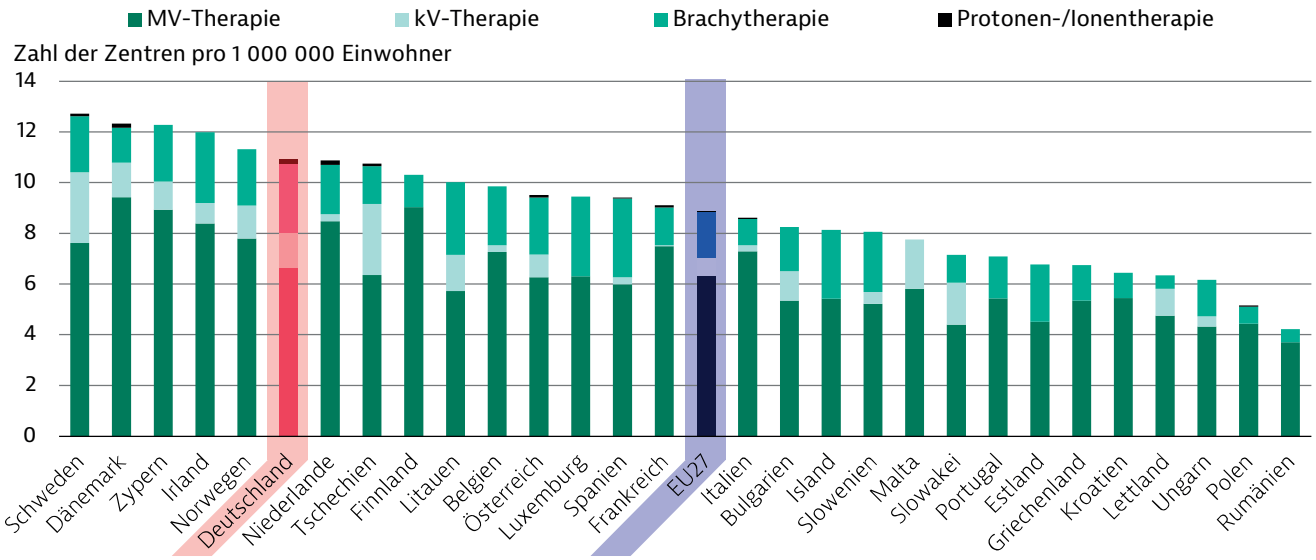
Es gibt zwar nur wenige international vergleichbare Daten zur physischen Zugänglichkeit, doch das deutsche Gesundheitssystem ist nach wie vor krankenhauszentriert, was bei der Gewährleistung des Zugangs zu spezialisierten Krebsbehandlungen von Vorteil sein kann. Die Zahl der stationären Patientenbehandlungen pro 100 000 Einwohner ist bei allen Krebsarten höher als in allen anderen EU-Ländern, obwohl dies zum Teil auf eine deutlich unter dem EU-Durchschnitt liegende Zahl von Tagesfällen zurückzuführen sein könnte. Die Zahl der CT- und Magnetresonanztomografie-Scanner (MRT) pro 100 000 Einwohner gehört zu den höchsten in der EU, und auch die Dichte der Partikeltherapiezentren liegt über dem EU-Durchschnitt (Abbildung 8). Die Zahl der Onkologen (3,54 pro 100 000 Einwohner im Jahr 2015) liegt in etwa im Mittelfeld der EU-Länder. Krebszentren bieten in einem dreistufigen System zertifizierter Krankenhäuser spezialisierte Behandlungen an (siehe Abschnitt 5.2).

Deutschland gilt allgemein als eines der EU-Länder mit dem besten Zugang zu neuen Arzneimitteln im ambulanten Sektor, einschließlich onkologischer Arzneimittel. Neue Produkte werden nach ihrer behördlichen Zulassung sofort von der GKV erstattet, ohne dass im ersten Jahr nach der Zulassung eine Preisregulierung erfolgt. Aus diesem Grund bringt die Pharmaindustrie ihre Produkte häufig zuerst in Deutschland auf den Markt. Ab dem zweiten Jahr nach Markteinführung werden die Preise durch das interne Referenzpreissystem oder GKV-Verhandlungen auf Basis einer formalen Bewertung des therapeutischen Zusatznutzens durch den G-BA und die nationale HTA-Agentur reguliert, wie im Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes von 2011 festgelegt (Wenzl & Paris, 2018). Die verfügbaren Daten lassen im Allgemeinen darauf schließen, dass es keine Zugangsprobleme aufgrund einer fehlenden GKV-Abdeckung gibt (Chapman, Paris & Lopert, 2020; Moye-Holz & Vogler, 2022). Die Preisgestaltung und die Kostenübernahme für Arzneimittel im stationären Sektor sind jedoch weitgehend ungeregelt, und es sind nur wenige Informationen öffentlich zugänglich.

Verbesserungen bei der Sterbebegleitung, Rehabilitation und Gesundheitskompetenz sind jüngste Prioritäten

Der Zugang zu Rehabilitation und Sterbebegleitung wurde in der ersten Phase des Nationalen Krebsplans als Lücke erkannt, weshalb ein spezifisches Ziel zur Abdeckung dieser Bereiche hinzugefügt wurde. Palliativleistungen werden sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich erbracht und von der GKV übernommen, wenn sie als medizinisch notwendig erachtet werden. Für unheilbar Kranke gibt es spezialisierte ambulante Palliativdienste. Das Hospiz- und Palliativgesetz von 2015 gilt als Meilenstein im Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung. Seine Hauptziele waren die Verbesserung und der Ausbau

Abbildung 8. Deutschland hat eine überdurchschnittlich hohe Dichte an Partikeltherapiezentren



Anmerkung: MV steht für Megavolt und kV für Kilovolt. Der EU27-Durchschnitt ist ungewichtet (berechnet von der OECD).
Quelle: Internationale Atomenergie-Organisation.

des Zugangs zur Hospiz- und Palliativversorgung in allen Bereichen, die Förderung der Zusammenarbeit zwischen professionellen und ehrenamtlichen Diensten zur medizinischen, pflegerischen, hospizlichen und psychosozialen Begleitung in Netzwerken, und die Gewährleistung einer individuellen Beratung und Unterstützung von Patienten und ihren Angehörigen durch die Krankenkassen. Durch die Umsetzung des Gesetzes wurde das Angebot an ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativdiensten erheblich ausgeweitet und die Netzwerke zwischen diesen Diensten wurden gestärkt, sodass sie nun eine auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflege und Unterstützung bieten. Die am höchsten spezialisierte Rehabilitation wird von onkologischen Rehabilitationskliniken mit interdisziplinären Teams von Fachleuten angeboten, wozu auch die psychologische Unterstützung gehören kann. Rehabilitationsleistungen können von Hausärzten oder Krebsspezialisten verordnet werden und werden von der GKV, der Rentenversicherung und der Unfallversicherung für Patienten übernommen, bei denen ein medizinischer Bedarf festgestellt wird und die nach Abschluss der Akutbehandlung rehabilitationsfähig sind. Durch ein Bundesgesetz aus dem Jahr 2021 wurden die GKV-Mittel für die psychologische Betreuung von Krebspatienten verdoppelt und das Angebot erweitert.

Gesundheitskompetenz und Patientenorientierung sind Querschnittsthemen des Nationalen Krebsplans und der Nationalen Dekade gegen Krebs. Die informierte Entscheidungsfindung ist zu einem zentralen Thema der jüngsten Politik geworden, was 2017 zur Gründung der Allianz für Gesundheitskompetenz geführt hat. Darin verpflichten sich alle relevanten Akteure des Gesundheitssystems, darunter der G-BA, die GKV und Ärzteverbände und -vereinigungen, gemeinsam Projekte zur Förderung der Gesundheitskompetenz zu entwickeln.

Das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten aus dem Jahr 2013 hat die Rechte der Patienten klar geregelt und ihre Position gegenüber Gesundheitsdienstleistern gestärkt. Nach den neuen Vorschriften sind die Gesundheitsdienstleister verpflichtet, Patienten zu informieren und aufzuklären und Behandlungsfehler zu dokumentieren; die Patienten haben das Recht auf Einsicht in ihre Patientenakte. Gesundheitsbezogene Informationen sind über das nationale Gesundheitsportal für alle zugänglich, und für Migranten und andere Personen mit Sprachbarrieren gibt es eine eigene Website mit Gesundheitsinformationen in 40 Sprachen. Krebsspezifische Informationen sind auf verschiedenen Websites verfügbar, wie jenen des nationalen Krebsinformationsdienstes und des Krebsinformationsnetzes der Stiftung Deutsche Krebshilfe.

5.2 Qualität

Die Überlebenschancen bei der Behandlung von Krebs haben sich in Deutschland verbessert

Die Fünf-Jahres-Nettoüberlebensrate, ein Marker für die Qualität der Versorgung, ist in Deutschland zwischen 2004 und 2014 bei fast allen häufigen Krebsarten gestiegen oder gleich geblieben. Obwohl die Zuwachsraten im Allgemeinen geringer waren als in der EU, liegt die Überlebensrate aufgrund höherer Ausgangswerte weiterhin über dem EU-Durchschnitt. Bei Personen, bei denen zwischen 2010 und 2014 eine Diagnose gestellt wurde, werden die höchsten Überlebensraten derzeit bei Prostatakrebs (92 % gegenüber einem EU-Durchschnitt von 87 %) und bei Leukämie im Kindesalter (91 % gegenüber einem EU-Durchschnitt von 82 %) erreicht (Abbildung 9). Auch bei Brustkrebs ist die Überlebensrate hoch (86 % gegenüber einem EU-Durchschnitt von 83 %), bei Lungenkrebs aber nach wie vor gering (18 % gegenüber 15 % in der EU).

Bei Speiseröhrenkrebs (+ 4,2 Prozentpunkte gegenüber + 4,5 in der EU) und Darmkrebs. (+ 2,8 gegenüber + 7,6 in der EU) wurde ein deutlicher Anstieg des Überlebens verzeichnet, während das Überleben von Gebärmutterhalskrebs praktisch konstant blieb. Für Menschen mit seltenen Krebserkrankungen liegt die Fünf-Jahres-Überlebensrate derzeit bei 51 % und damit etwas über dem EU-Durchschnitt von 49 %, aber weiterhin unter den leistungsstärksten Ländern in der EU (59 % in Island und 54 % in Finnland, Italien und Norwegen).

Abbildung 9. Die Fünf-Jahres-Nettoüberlebensrate liegt in Deutschland bei den meisten Krebsarten über dem EU-Durchschnitt

Prostatakrebs	Kinderleukämie	Brustkrebs	Gebärmutterhalskrebs	Darmkrebs	Lungenkrebs
Deutschland: 92%	Deutschland: 91%	Deutschland: 86%	Deutschland: 65%	Deutschland: 65%	Deutschland: 18%
EU24: 87%	EU24: 82%	EU24: 83%	EU24: 64%	EU24: 60%	EU24: 15%

Anmerkung: Die Daten beziehen sich auf Personen, die zwischen 2010 und 2014 eine Diagnose erhalten haben. Kinderleukämie bezieht sich auf akute lymphoblastische Leukämie.
Quelle: CONCORD-Programm, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Die Krebsbehandlung erfolgt in einem dreistufigen System und unterliegt nationalen Leitlinien

Seit 2003 hat die Deutsche Krebsgesellschaft ein bundesweites System für die Zertifizierung von Krebszentren eingerichtet. Die Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung ist auch eines der vier Handlungsfelder des Nationalen Krebsplans, wozu sechs der dreizehn strategischen Ziele beitragen. Obwohl die Teilnahme am Zertifizierungssystem freiwillig ist, werden inzwischen etwa 60 % der jährlichen Krebsfälle in zertifizierten Zentren behandelt. Dieser Ansatz der Zentralisierung der Versorgung wird durch nachweislich bessere klinische Ergebnisse unterstützt. Mindestvolumenvorgaben – d. h., die Krankenhausvergütung für Krebsoperationen wird von einer Mindestzahl durchgeführter Eingriffe im Vorjahr abhängig gemacht – tragen ebenfalls zur Zentralisierung bei.

Die Versorgung erfolgt über drei Stufen von Krankenhäusern, die onkologisch spezialisiert und von der Deutschen Krebsgesellschaft und der Stiftung Deutsche Krebshilfe zertifiziert sind. 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. Es gibt 15 zertifizierte Onkologische Spitzenzentren, die die höchste Stufe darstellen und ein breites Spektrum von Krebsarten unter Einbeziehung aller klinischen Aspekte behandeln. Sie betreiben auch Forschung und Lehre. Auf der zweiten Stufe folgen die zertifizierten Onkologischen Zentren (derzeit 141), die eine Versorgung für verschiedene Krebsarten anbieten und auf mehrere Fachgebiete spezialisiert sind. Die unterste Stufe bilden 1130 zertifizierte Organkrebszentren, die auf eine Krebsart oder ein Fachgebiet spezialisiert sind. Auf allen drei Stufen stellen die Zentren Knotenpunkte in einem regionalen Netzwerk dar, das auch Ärzte im niedergelassenen Bereich umfasst, die die ambulante Versorgung unterstützen.

Mit der Umsetzung des Nationalen Krebsplans wurde zudem die Entwicklung klinischer Leitlinien auf der Grundlage solider internationaler Erkenntnisse angestoßen. Die derzeit 32 klinischen, onkologischen Leitlinien werden von spezialisierten Krebszentren in Abstimmung mit der GKV angewendet und bieten Qualitätsstandards für alle wichtigen Krebsarten in den Bereichen Früherkennung, Diagnose, Therapie, Nachsorge und Palliativbehandlung. Im Rahmen des nationalen Leitlinienprogramms Onkologie werden Leitlinien entwickelt und fortgeschrieben. Es wurde 2008 von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften ins Leben gerufen, in der verschiedene Fachgesellschaften, die Deutsche Krebsgesellschaft und die Stiftung Deutsche Krebshilfe zusammengeschlossen sind. Zu den wichtigsten Grundsätzen bei der Festlegung der Leitlinien gehören die Einbeziehung von Interessenträgern und Patienten, redaktionelle Unabhängigkeit, systematische Recherche, Auswahl und Bewertung der Evidenz und formale Verfahren zur Konsensfindung. Darüber hinaus gibt es derzeit 28 Patientenleitlinien in leicht verständlicher Sprache, die ebenfalls Teil des nationalen Leitlinienprogramms sind.

Die Versorgung pädiatrischer Krebspatienten erfolgt ebenfalls zentralisiert in spezialisierten onkologischen Zentren, die als Netzwerk unter der Aufsicht der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie betrieben werden. Seit den 1980er-Jahren gibt es ein separates Kinderkrebsregister, in dem fast alle an Krebs erkrankten Kinder erfasst sind. Dies erleichtert die Nachsorge bis ins Erwachsenenalter und damit die Erforschung von Langzeitfolgen, Zweittumoren und Langzeitüberleben. Infolge der Verbesserungen bei der Diagnostik und der

multimodalen Therapie stieg die Überlebensrate für Kinder mit Krebs von 67 % in den frühen 1980er-Jahren auf 87 % bei Mädchen und 86 % bei Jungen, die zwischen 2009 und 2018 diagnostiziert wurden und im Kinderkrebsregister erfasst sind.

Patienten mit seltenen Krebserkrankungen werden in Onkologischen Spitzenzentren und zertifizierten Onkologischen Zentren behandelt. Diese gehören in der Regel den Europäischen Referenznetzwerken an und nehmen an klinischen Studien teil. Epidemiologische Daten und Überlebensdaten zu einer Reihe seltener Krebserkrankungen werden in Veröffentlichungen auf der Grundlage von Daten des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) bereitgestellt. Für seltene Krankheiten und Krebserkrankungen wird 2024 ein Modellprojekt anlaufen, bei dem die Genomsequenzierung zur personalisierten und umfassenden Diagnostik und geeigneten Therapiefindung genutzt werden soll. Klinische und genomische Daten werden in einer sicheren Dateninfrastruktur unter Einhaltung des Gendiagnostikgesetzes und der Datenschutzbestimmungen verknüpft.

Patientenberichtete Ergebnisse werden nach wie vor begrenzt genutzt

Obwohl das Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) des Robert Koch-Instituts – der Behörde der Bundesregierung für Krankheitsüberwachung und -prävention – einen nationalen Krebsdatensatz pflegt, werden Daten, einschließlich patientenberichteter Ergebnisse und Erfahrungen (Patient-reported Outcome Measures (PROMs) und Patient-reported Experience Measures (PREMs)), nur begrenzt für die Qualitätssicherung und -verbesserung genutzt. Auf Krankenhausebene werden im Rahmen von Zertifizierungsaudits Wartezeiten, die Einbeziehung von unterstützenden Berufsgruppen zur Patientenbetreuung (Sozialarbeiter, Psychoonkologen, Patientenvertreter usw.) und eine Reihe von PROMs für die Behandlung bestimmter Krebsarten, einschließlich Brust-, Prostata- und Darmkrebs, überprüft. Die Ergebnisse werden für laufende Qualitätsverbesserungsprozesse genutzt. Diese PROMs werden auch in laufenden wissenschaftlichen Studien ermittelt und ausgewertet. Die Deutsche Krebsgesellschaft veröffentlicht jährlich anonymisierte Berichte über die Ergebnisse dieser Audits.

Die Verbesserung der Interoperabilität und der Nutzung von Krebsdatensätzen ist eine Priorität

Die Bundesländer sind per Gesetz zur Führung eines Krebsregisters ab 2020 verpflichtet. Gemäß dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz von 2013 werden einige Daten der Bundesländer, die den gesamten Patientenpfad von der Diagnose über die Behandlung bis hin zur Genesung oder zum Tod abdecken, an das Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) übermittelt, wo sie zu einem bundesweiten Datensatz zusammengeführt, qualitätsgeprüft und ausgewertet werden. In Zusammenarbeit mit der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland veröffentlicht das ZfKD regelmäßig Berichte über Krebsepidemiologie und Überlebensdaten, wobei die Daten für die wissenschaftliche Forschung zur Verfügung gestellt werden können.

Die stärkere Verknüpfung von Krebs- und Genomdaten und die Verbesserung der Interoperabilität onkologischer Datensätze und der IT-Infrastruktur sind Schwerpunktbereiche, insbesondere im Rahmen des Nationalen Krebsplans und der Nationalen Dekade gegen Krebs. Das Gesetz zur bundesweiten Erfassung und Zusammenführung von Krebsregisterdaten aus dem Jahr 2021 zielt darauf ab, die Nutzung der Daten für die Qualitätskontrolle und Forschung zu verbessern. Der aktuelle Registerdatensatz wird ab 2023 durch klinische Daten ergänzt, insbesondere über die angewendeten Therapien und den Verlauf der Krankheit. Darüber hinaus wird die zulässige Verzögerung bei der Datenmeldung von zwei Jahren auf ein Jahr verkürzt. In einem zweiten Schritt entwickelt das ZfKD gemeinsam mit anderen Akteuren aus Versorgung und Forschung ein Konzept für den Aufbau einer Plattform für einen beschleunigten Datenzugang und die Verknüpfung von Krebsregisterdaten mit anderen Datensätzen. Im September 2022 starteten die Akteure dieses vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Kooperationsprojekt.

5.3 Kosten und Kosten-Nutzen-Verhältnis

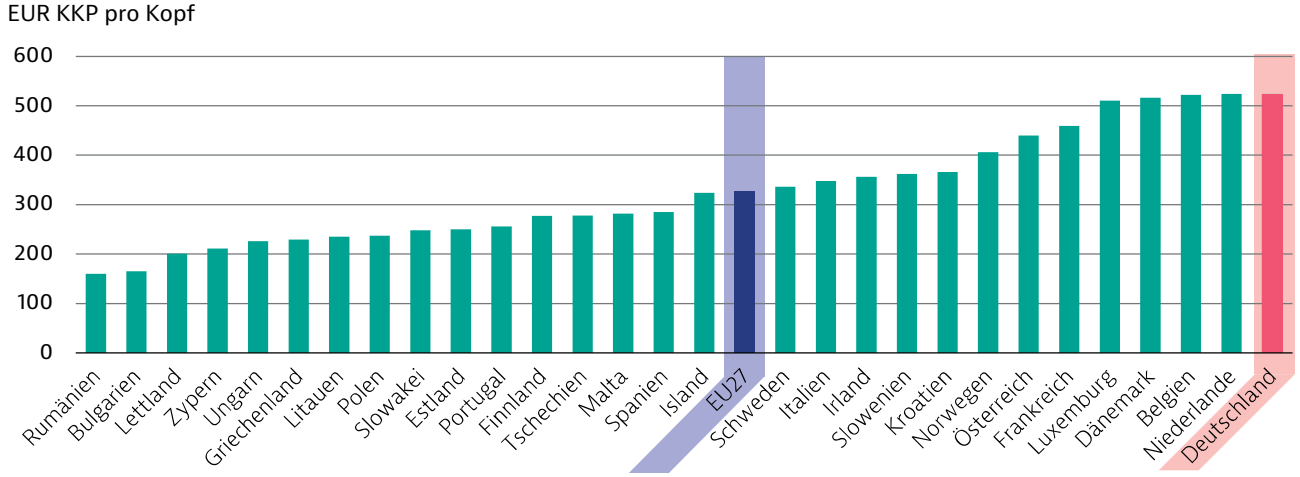
Die Pro-Kopf-Ausgaben für die Krebsversorgung sind in Deutschland höher als in jedem anderen EU-Land

Ein Grundprinzip der deutschen GKV ist die Abdeckung medizinisch notwendiger Leistungen zur Erkennung und Heilung von Krankheiten, zur Verhütung ihrer Verschlimmerung oder zur Linderung von Symptomen, auch bei Krebs. Leicht zugängliche und leistungsfähige Krebsdienste sind jedoch mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden. Die Aufsplitterung der Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und anderen Akteuren – insbesondere der GKV und den Gesundheitsdienstleistern – erschwert eine systematische Kostendämpfung. Deutschland hat unter den EU-Ländern die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen, sowohl in absoluten Zahlen als auch im Verhältnis zum BIP.

Im Jahr 2018 beliefen sich die Gesamtkosten für Krebs in Deutschland auf 524 EUR pro Kopf, bereinigt nach Kaufkraftparitäten (KKP). Neben den Niederlanden sind dies die höchsten Kosten unter allen EU-Ländern (der EU-Durchschnitt betrug 326 EUR) (Abbildung 10). Die direkten Versorgungsausgaben machen fast 55 % der Gesamtkosten aus (gegenüber 49 % in der EU), darunter 16 % für Krebsmedikamente (gegenüber 15 % in der gesamten EU). Wenngleich der Anteil an den Gesamtkosten mit dem EU-Durchschnitt vergleichbar ist, gehört Deutschland zu den Ländern mit den höchsten Ausgaben für Krebsmedikamente, was mit der umfassenden Kostenübernahme für Arzneimittel und dem Fehlen einer Preisregulierung im ersten Jahr nach der Zulassung zusammenhängen könnte (siehe

Abschnitt 5.1). Obwohl es nur wenige Daten gibt, könnten die Preise höher sein als in vielen anderen Ländern: Ein kürzlich durchgeführter internationaler Vergleich ergab, dass die Preise für Krebsmedikamente in Deutschland zu den höchsten in der EU gehören, selbst bei Bereinigung nach Kaufkraftparitäten (Moye-Holz & Vogler, 2022). Andererseits liegen die Kostenanteile für die informelle Pflege (11 % gegenüber 12 % in der EU) und morbiditätsbedingte Produktivitätsverluste (9 % gegenüber 13 % in der EU) leicht unter dem EU-Durchschnitt, während die Produktivitätsverluste durch Frühsterblichkeit sowohl in Deutschland als auch in der EU 25 % der Gesamtkosten ausmachen.

Abbildung 10. Die Kosten von Krebs sind in Deutschland höher als in allen anderen EU-Ländern



Anmerkung: Der EU27-Durchschnitt ist ungewichtet (berechnet von der OECD).
Quelle: Hofmarcher et al. (2020).

Für alle neuen Arzneimittel erfolgt eine HTA-Bewertung

Die Mechanismen zur Vergütung von Gesundheitsdienstleistern und zur Kostendämpfung sind für Krebs dieselben wie für andere Krankheiten. Über die Kostenübernahme für ambulante Leistungen und verschreibungspflichtige Arzneimittel entscheidet die GKV, wobei bei fachärztlichen Leistungen im niedergelassenen Bereich meist eine Einzelleistungsvergütung nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab erfolgt, der von einem Ausschuss aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes beschlossen wird. Die stationäre Behandlung wird von der GKV nach diagnosebezogenen Fallgruppen vergütet, während die Bundesländer Kapitalinvestitionen und Infrastruktur finanzieren. Für bestimmte hochpreisige Arzneimittel werden über die Pauschalbeträge für ganze Behandlungsepisoden hinausgehende zusätzliche Zahlungen geleistet. Für alle Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen oder einer neuen Kombination bestehender Wirkstoffe und für Arzneimittel, die für eine neue Indikation vermarktet werden, muss innerhalb des ersten Jahres nach der Markteinführung eine HTA-Bewertung (Health Technology Assessment – Bewertung von Gesundheitstechnologien) erfolgen. Ausgenommen sind Produkte, deren jährliche Auswirkungen auf den GKV-Haushalt voraussichtlich unter 1 Mio. EUR liegen, und für Arzneimittel für seltene Leiden mit jährlichen Auswirkungen auf den Haushalt von weniger als 50 Mio. EUR. Ab dem zweiten Jahr nach der Markteinführung werden die Preise für Arzneimittel, für die im Rahmen der HTA-Bewertung ein therapeutischer Zusatznutzen festgestellt wurde, zwischen dem Zulassungsinhaber und dem GKV Spitzenverband verhandelt; Arzneimittel ohne Zusatznutzen werden in interne Festbetragsgruppen eingeordnet (Wenzl & Paris, 2018).

5.4 COVID-19 und Krebs: Stärkung der Resilienz

Eine Krebs-Taskforce überwachte die Auswirkungen von COVID-19 auf die Krebsversorgung

Die COVID-19-Pandemie, die ab März 2020 zu erheblichen Einschränkungen der Mobilität und des sozialen Lebens in Deutschland führte, wirkte sich in zweierlei Hinsicht auf die Krebserkennung und -behandlung aus. Erstens hatten Krebspatienten ein höheres Risiko, an COVID-19 zu sterben, wobei die Sterblichkeit bei Menschen mit einer kürzlich diagnostizierten, progressiven oder weit fortgeschrittenen Krebserkrankung besonders hoch war, obwohl die Inzidenz von COVID-19 bei Krebspatienten nicht höher war als in der Allgemeinbevölkerung (ZfKD & GEKD, 2021). Dies hängt auch mit den gemeinsamen Risikofaktoren der beiden Krankheiten zusammen – insbesondere fortgeschrittenes Alter und Komorbiditäten. Zweitens wurde ein Rückgang der onkologischen Leistungen (einschließlich Screening, Chirurgie und Diagnostik sowie psychosoziale Betreuung) verzeichnet, vor allem in den frühen Phasen der Pandemie. Der Grund dafür waren Bedenken wegen eines erhöhten Infektionsrisikos, insbesondere

vor der Verfügbarkeit von COVID-19-Impfstoffen, und eine vorübergehende Verlagerung der Kapazitäten auf die Versorgung von COVID-19-Patienten, was zu einer geringeren Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führte, die nicht mit COVID-19 zusammenhängen. Die Gesamtauswirkungen auf die Krebsversorgung hielten sich jedoch in Grenzen. Überdurchschnittliche Krankenhauskapazitäten und ein starker struktureller Rahmen des Gesundheitssystems könnten dazu beigetragen haben, die Auswirkungen von COVID-19 abzuschwächen.

Zwar erfolgte keine gezielte Echtzeitüberwachung von Daten, um die Auswirkungen der Pandemie auf die Krebsversorgung zu ermitteln, doch die Deutsche Krebsgesellschaft und die Stiftung Deutsche Krebshilfe haben in der Anfangsphase eine gemeinsame Krebs-Taskforce eingerichtet, um die Auswirkungen durch regelmäßige Befragungen von Krebszentren zu überwachen. Um den Zugang zur Gesundheitsversorgung während der strengsten Beschränkungen der Mobilität und der sozialen Kontakte weiterhin zu gewährleisten, wurde die Verfügbarkeit von telemedizinischen Diensten ausgeweitet, um den Kontakt zwischen Patienten und Angehörigen der Gesundheitsberufe aufrechtzuerhalten. Neben den Maßnahmen zur Eindämmung der Übertragung von COVID-19 standen während der Pandemie die Kommunikation der Risiken, die mit dem Aufschieben notwendiger Arzttermine verbunden sind, und die Sensibilisierung dafür im Mittelpunkt der politischen Bemühungen.

Die ersten beiden Pandemiewellen hatten die größten Auswirkungen auf die Krebsdienste

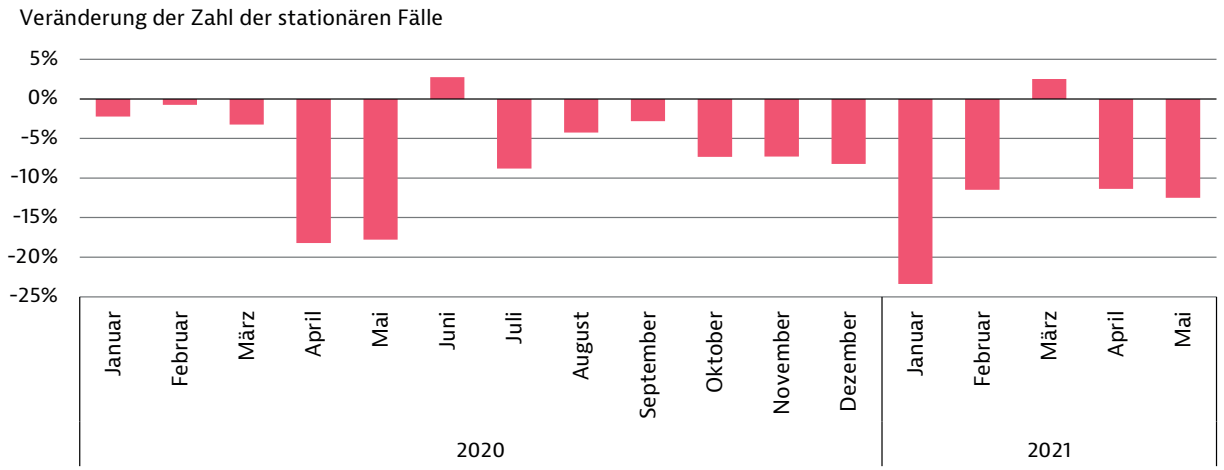
Im Allgemeinen waren die Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten während der ersten COVID-19-Welle im April und Mai 2020 am stärksten; nach der zweiten Infektionswelle von November 2020 bis Januar 2021 waren sie weniger deutlich (ZfKD & GEKD, 2021). Laut Studien zur Bewertung der Auswirkung der Pandemie auf den Umfang der onkologischen Leistungen waren die Auswirkungen auf die Diagnostik und die therapeutischen Verfahren moderat. Die Auswirkungen waren in Krankenhäusern stärker zu spüren als bei den Leistungen niedergelassener Ärzte.

Die nationalen Screeningprogramme wurden zwischen Ende März und Anfang Mai 2020 weitgehend eingestellt, sodass die Zahl der Untersuchungen in diesem Zeitraum stark zurückging, danach aber schnell wieder das Vorjahresniveau erreichte. Beispielsweise ergab eine im Juli 2020 durchgeführte Umfrage, dass 40 % der Befragten, die einen Termin für eine Krebsscreeninguntersuchung hatten, die Untersuchung aufgrund von COVID-19 verschoben hatten (Heidemann et al., 2022). Allerdings blieb der jährliche Rückgang der Screeninguntersuchungen für Brustkrebs zwischen 2019 und 2020 bei etwa 10 % (ZfKD & GEKD, 2021). Einer anderen Studie mit Schwerpunkt auf Darmkrebs zufolge ging von März 2020 bis Mai 2021 die Zahl der diagnostischen Koloskopien in Krankenhäusern im Vergleich zum Vorjahr um etwa 15 % und in Arztpraxen um 3 % zurück, während die Zahl der Koloskopien zur Früherkennung zwischen 2019 und 2020 weiter anstieg.

Therapeutische und chirurgische Eingriffe gingen bei Darmkrebs um etwa 10 % zurück, verglichen mit nur 6-7 % bei der Onkologie im Allgemeinen (Rückher et al., 2022; ZfKD & GEKD, 2021). Abbildung 11 veranschaulicht den Unterschied in der Gesamtzahl der stationär behandelten Krebsfälle zwischen 2020 und 2021 und dem Vorjahr. Vorläufige Datenanalysen zeigen außerdem, dass sich das Gesundheitsverhalten in den einzelnen Bevölkerungsgruppen infolge der Pandemie unterschiedlich verändert haben könnte, sodass Ungleichheiten bei den Risikofaktoren für Krebs möglicherweise noch verschärft worden sind; es gibt jedoch nur wenige aussagekräftige Analysen (Jordan et al., 2020). Laut ZfKD sind Analysen der Auswirkungen von COVID-19 auf die Krebssterblichkeit auf der Grundlage von Registerdaten nicht vor 2023

Abbildung 11. Die COVID-19-Pandemie hatte starke Auswirkungen auf die Zahl der Krebsbehandlungen

Entwicklung der Gesamtzahl der stationären Krebsfälle nach Monaten in 2020-21 im Vergleich zum gleichen Zeitraum im Jahr 2019



Quelle: Rückher et al. (2022).

möglich. Sobald dies möglich ist, plant das ZfKD jedoch, die onkologische Versorgung während der Pandemie anhand bundesweiter Daten aus den Krebsregistern und anderen Quellen zu analysieren.

Es wurden verschiedene Studien durchgeführt, um die Versorgung während der Pandemie mit jener früherer Jahre zu vergleichen, Lücken zu ermitteln und klinische Empfehlungen und Leitlinien zu entwickeln und damit die onkologische Versorgung auf ähnliche Zeiten mit knappen Ressourcen vorzubereiten. Dazu gehörten eine breit angelegte Studie über die ethischen, rechtlichen und gesundheitsökonomischen Auswirkungen der Pandemie auf die Onkologie sowie verschiedene Studien über die Ressourcenallokation für die Versorgung bestimmter Krebserkrankungen. Diese führten zu Leitlinien für die Priorisierung und Ressourcenallokation bei der Behandlung.

6. Ungleichheiten im Fokus

Die altersstandardisierte Krebsinzidenz nimmt in Deutschland ab, liegt aber immer noch leicht über dem EU-Durchschnitt. Obwohl bei deutschen Männern die Wahrscheinlichkeit einer Krebsdiagnose um 30 % höher ist als bei Frauen, ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern weniger ausgeprägt als in der EU. Außerdem nimmt die Krebsprävalenz aufgrund der höheren Überlebenschancen zu.

In Deutschland bestehen bei den Risikofaktoren deutliche soziale Unterschiede und Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

- Zwar wird in allen Bevölkerungsgruppen häufiger geraucht als in der EU, doch ist das tägliche Rauchen bei Männern um mehr als 35 % häufiger als bei Frauen und bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau oder niedrigem Einkommen um mehr als 80 % häufiger als bei Personen mit hohem Bildungsniveau oder hohem Einkommen.
- Schädlicher Alkoholkonsum ist im Gegensatz zu vielen verhaltensbedingten Risikofaktoren häufiger bei höher Gebildeten (4,9 % der Bevölkerung gegenüber 3,8 % bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau), bei Personen mit hohem Einkommen (5,8 % gegenüber 4,4 %) und städtischen Bevölkerungsgruppen (5,1 % gegenüber 3,9 %).
- Mehr als 60 % der Männer sind übergewichtig oder adipös im Vergleich zu 47 % der Frauen, wobei der Anstieg vor allem bei Menschen im erwerbsfähigen Alter oder mit einem niedrigen Bildungsniveau zu beobachten ist.

Seit 2009 gibt es ein nationales Screeningprogramm für Brustkrebs, und seit 2019 und 2020 laufen Programme für Darm- und Gebärmutterhalskrebs. Es gibt ein deutliches Einkommens- und Bildungsgefälle.

- Die Teilnahmerate am Brustkrebsscreening ist bei Frauen aus höheren Einkommensschichten um mehr als 10 % höher als bei Frauen aus niedrigeren Schichten.
- Bei der Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung sind die Ungleichheiten sogar noch ausgeprägter, mit Unterschieden von 60 % zwischen Gruppen mit höherer und niedrigerer Bildung und 40 % zwischen Gruppen mit höherem und niedrigerem Einkommen.
- Auch die Teilnahmerate am Darmkrebsscreening ist bei Frauen und Personen mit hohem Einkommen höher.

Die gesetzliche Krankenversicherung bietet einen gleichberechtigten Zugang zu Prävention, Behandlung und Langzeitpflege, unabhängig von Einkommen, Wohnort und Risikoprofil, und deckt etwa 90 % der Bevölkerung ab. Der Großteil der übrigen Personen ist durch substitutive Privatversicherungen abgedeckt. Krebsdienste sind bei Inanspruchnahme kostenlos, und der ungedeckte medizinische Bedarf aus Gründen der Finanzen, der geografischen Erreichbarkeit oder der Wartelisten liegt fast bei null. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Einkommensgruppen beim ungedeckten medizinischen Bedarf sind ebenfalls gering. Die Kosten dafür sind hoch: Sowohl die Gesamtkosten für Krebs als auch die direkten Versorgungsausgaben sind in Deutschland höher als in jedem anderen EU-Land.

Es liegen keine Daten über Ungleichheiten bei den Ergebnissen der Krebsbehandlung vor; patientenberichtete Ergebnisse und Erfahrungen werden nur begrenzt genutzt. Die Qualität wird vor allem durch Zertifizierungsaudits der spezialisierten Zentren überwacht, und die Ergebnisse werden auf Krankenhausebene veröffentlicht. Insgesamt ist die Fünf-Jahres-Nettoüberlebensrate in Deutschland zwischen 2004 und 2014 bei fast allen häufigen Krebsarten gestiegen oder konstant geblieben, und obwohl die Zuwächse im Allgemeinen geringer ausfielen als in der EU, liegt die Überlebensrate aufgrund der höheren Ausgangswerte nach wie vor über dem EU-Durchschnitt.

Quellen

Bundesgesundheitsministerium (2020), *Ziele des Nationalen Krebsplans*. Berlin, Bundesgesundheitsministerium. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/UEbersicht_Ziele_des_Nationalen_Krebsplans_2020.pdf

Bundesgesundheitsministerium (2011), *Nationaler Krebsplan, Handlungsfeld 1: Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung, Ziel 3: Evaluation Krebsfrüherkennung*. Berlin, Bundesgesundheitsministerium. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Ziel_3_Evaluation_der_Krebsfrueherkennung.pdf

Chapman, S., Paris, V., Lopert, R. (2020), *Challenges in access to oncology medicines: policies and practices across the OECD and the EU*. Paris, OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/4b2e9cb9-en

Europäische Kommission (2021), *Europäischer Plan zur Krebsbekämpfung*. Brüssel, Europäische Kommission. https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_de

G-BA (2020), *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen*. Berlin, Gemeinsamer Bundesausschuss. https://www.g-ba.de/richtlinien/17/

Heidemann, C. et al. (2022), Non-utilisation of health care services during the COVID-19 pandemic: results of the CoMoLo study. *Journal of Health Monitoring*, 7(Suppl 1):2-17.

Hoebel, J. et al., *Socioeconomic Inequalities in Total and Site-Specific Cancer Incidence in Germany: A Population-Based Registry Study. Front Oncol.*, 25. Sept. 2018; 8:402. doi: 10.3389/fonc.2018.00402.

Hofmarcher, T. et al. (2020), *The cost of cancer in Europe 2018*. European Journal of Cancer, 129:41-49.

Jordan, S. et al. (2020), Health behaviour and COVID-19: initial findings on the pandemic. *Journal of Health Monitoring*, 5(Suppl 8):2-14.

Kääb-Sanyal, V., Hand, E. (2021), *Jahresbericht Evaluation 2019: Deutsches Mammographie-Screening-Programm*. Berlin, Gemeinsamer Bundesausschuss. https://www.g-ba.de/richtlinien/17/.

Rückher, J. et al. (2022), *Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die onkologische Versorgung*. In Klauber, J. et al. (Hrsg.) (2022), Krankenhaus-Report 2022. Berlin, Springer.

Lampert, T., Hoebel, J., Kroll, L. (2019), Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 4(1):3-14.

Moye-Holz, D. und Vogler, S. (2022), Comparison of prices and affordability of cancer medicines in 16 countries in Europe and Latin America. Applied Health Economics and Health Policy, 20:67-77.

RKI (2022a), *Epidemiologisches Bulletin* 4/2022. Berlin, Robert Koch-Institut. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/04_22.pdf?__blob=publicationFile

RKI (2022b), *Impfkalender 2022*. Berlin, Robert Koch-Institut. https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Aktuelles/Impfkalender.pdf?__blob=publicationFile;

RKI (2021), *Epidemiologisches Bulletin* 49/2021. Berlin, Robert Koch-Institut. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/49_21.pdf?__blob=publicationFile

Wenzl, M., Paris, V. (2018), *Pharmaceutical pricing and reimbursement in Germany*. Paris, OECD Publishing. https://www.oecd.org/els/health-systems/Pharmaceutical-Reimbursement-and-Pricing-in-Germany.pdf

ZfKD, GEKD (2021), *Krebs in Deutschland für 2017/2018*. Berlin, Robert Koch-Institut. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/krebs_in_deutschland_node.html

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	PT	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	SK		

European Cancer Inequalities Registry

Länderprofile Krebs 2023

Das Europäische Register der Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung ist eine der Leitinitiativen von Europas Plan gegen den Krebs. Es liefert solide und zuverlässige Daten zur Krebsprävention und -versorgung und soll damit Entwicklungen, Unterschiede und Ungleichheiten zwischen den Mitgliedstaaten und Regionen erfassen und aufdecken.Das Register umfasst eine Website und ein Dateninstrument, das von der Gemeinsamen Forschungsstelle der Europäischen Kommission entwickelt wurde (https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa. eu/), sowie eine Reihe von zweijährlich erscheinenden Länder-Krebsprofilen und einen übergreifenden Bericht über Ungleichheiten bei Krebs in Europa.

Mit den Länderprofilen Krebs werden in Bezug auf die 27 EU-Mitgliedstaaten sowie Island und Norwegen Stärken, Herausforderungen und spezifische Maßnahmenbereiche aufgezeigt, die als Richtschnur für Investitionen und Interventionen auf EU-, nationaler und regionaler Ebene im Rahmen von Europas Plan gegen den Krebs dienen können. Das Europäische Register für Krebsungleichheiten unterstützt auch die Leitinitiative 1 des des Aktionsplans "Null Umweltverschmutzung".

Die Profile entstehen aus der gemeinsamen Arbeit der OECD und der Europäischen Kommission. Das Team bedankt sich bei den nationalen experten, dem OECD Health Committee und der EU-Expertengruppe zum Register der Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung für die wertvollen Anmerkungen und Vorschläge.

Jedes Länder-Krebs-Profil bietet eine kurze Synthese von:

- der nationalen Krebsbelastung
- den Risikofaktoren für Krebs, wobei der Schwerpunkt auf verhaltensbedingten und umweltbedingten Risikofaktoren liegt
- von den Früherkennungsprogrammen
- den Leistungen der Krebsversorgung, wobei der Schwerpunkt auf Zugänglichkeit, Versorgungsqualität, Kosten und den Auswirkungen von COVID-19 auf die Krebsversorgung liegt

Zitierweise:
OECD (2023), *Länderprofile Krebs: Deutschland 2023*, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/435ea60e-de.

ISBN 9789264533226 (PDF)
Series : EU Country Cancer Profiles

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES