

360° Onkologie 19

Krebs und Politik – eine Publikation
der Deutschen Krebsgesellschaft
Ausgabe 19 | Dezember 2025

© Parradee/ adobestock.com

WISSEN AUS ERSTER HAND

Hoffnungsträger Prävention

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

Gesundheitsprävention in Deutschland

Schätzungsweise eine halbe Million Menschen erkrankt in Deutschland jährlich neu an Krebs. Um die 40 Prozent dieser Krebsfälle wären durch Prävention zu vermeiden, wie wir aus Studien wissen. 40 Prozent – das entspricht 200.000 Krebspatient*innen weniger. 200.000 Schicksale und meist lange, komplexe, kostspielige Behandlungen. Unter menschlichen, medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten kaum vorstellbar, dass so wenig unternommen wird, um diese vermeidbaren Neuerkrankungen auch tatsächlich zu verhindern.

Dafür, dass Prävention in Deutschland endlich den Stellenwert erhält, der ihr zusteht, setzt sich das Wissenschaftsbündnis Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) seit 15 Jahren ein. Mit der Deutschen Krebsgesellschaft und anderen Fachgesellschaften und Verbänden als Partner bleibt DANK auch künftig laut und „unbequem“.

Denn wenn die Bundespolitik Prävention endlich ernst nähme, ließen sich noch weitaus mehr Erkrankungen verhindern. Maßnahmen, die Krebs verhindern helfen, unterscheiden sich kaum von bekannten, aber viel zu spärlich umgesetzten Präventionsmaßnahmen. Rauchen, Alkohol, zu viel Zucker, zu wenig Bewegung – es sind die Klassiker, mit denen sich neben verschiedenen Krebsentitäten auch viele andere Leiden in Verbindung bringen lassen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, leistungseinschränkende Krankheiten von Lunge, Leber und Verdauungsorganen. Dass wir als Gesellschaft in Deutschland weiterhin so zaghaft gegen die genannten Risikofaktoren vorgehen, ist – man muss es so hart sagen – eine politisch gewollte Entscheidung. Und zwar eine, die gegen die überwiegende Meinung der Bevölkerung getroffen wird, wie eine Umfrage der Verbraucherzentrale Bundesverband zeigte. Nehmen wir ungesunde Ernährung als Beispiel: Über 90 Prozent der Befragten

halten es für sinnvoll, die Mehrwertsteuer auf gesunde Lebensmittel abzuschaffen. Fast ebenso viele sprechen sich für strengere Werbebeschränkungen für ungesunde Produkte zum Schutz von Kindern aus. Fast 80 Prozent befürworten eine Abgabe auf stark zuckerhaltige Getränke. Diese hohen Zustimmungsraten sind ein

Inhalt

Titelthema: Gesundheitsprävention in Deutschland	1
Editorial Dr. Johannes Bruns	2
Nachgefragt	3
Verhältnisprävention	4
Prävention zwischen	5
Eigenverantwortung und staatlichem Eingriff	
Lungenkrebscreening – Potenzial und Stolpersteine	6
Partnerschaft im Nationalen Krebsplan	7
DKG-Meldungen/Impressum	8

Dr. Johannes Bruns

Generalsekretär

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

bruns@krebsgesellschaft.de



© Georg Rötter

Liebe Leser*innen,

bei Krebsprävention denken viele sofort an Früherkennungsuntersuchungen oder Präventionskampagnen. Das ist wichtig, denn Früherkennung kann Leben retten und Krebsprävention das Erkrankungsrisiko vermindern. Gesellschaftlich gesehen greift das aber zu kurz. Krebsprävention sollte nicht alleinstehen, genauso wenig wie die Prävention von Adipositas oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen alleinstehen sollte. Wer Prävention ernst nimmt, muss sie breit denken. Denn Maßnahmen, die Krebs vorbeugen, schützen oft auch vor anderen Erkrankungen: Eine gesunde Ernährung senkt das Risiko für Tumoren – und für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes. Und wer Städte so plant, dass Grünflächen, Radwege und gute Luftqualität dazugehören, betreibt Krebs- und Herzinfarktprävention gleichzeitig.

Prävention ist eine Querschnittsaufgabe, die über einzelne Themenbereiche hinausreicht. Und sie betrifft auch die Bildung, Arbeitswelt, Umwelt- und Sozialpolitik: Sie alle beeinflussen, ob Gesundheit gelingen kann. Ein umfassender Ansatz braucht einen klaren politischen Rahmen, eine abgestimmte Strategie, die Prävention in allen Ressorts mitdenkt und verzahnt. Ein breiter Präventionsbegriff stärkt die Gesundheit als Ganzes. Auch wenn wir Zahlen zu vermeidbaren Krebsfällen nennen: Die Evidenz zeigt, dass Verhältnisprävention bei vielen Krankheitsbildern gleichzeitig wirkt. Die Politik ist gefordert, die Rahmenbedingungen zu schaffen. Ebenso gilt für Verbände wie den unseren, Prävention in diesem umfassenden Sinn zu denken und gemeinsam voranzubringen.

Beste Grüße

Dr. Johannes Bruns

Zeichen dafür, wie sehr Gesundheit den Menschen am Herzen liegt und dass die Bürger*innen auch die Politik in der Verantwortung sehen.

Trotzdem setzt die Bundesregierung eher auf freiwillige Selbstverpflichtungen und unverbindliche Vorschläge denn auf konsequente fiskal- und ordnungspolitische Maßnahmen. Insbesondere angesichts der angespannten Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung ist das unverständlich, denn gerade steuerliche Eingriffe hätten doppelt positive Auswirkungen: Erhöhungen von Tabak- oder Alkoholsteuern würden Geld in den Staatshaushalt leiten und zusätzlich durch preisbedingte Verhaltensänderungen langfristig auch das Gesundheitssystem entlasten. Eine Umstrukturierung der Mehrwertsteuersätze auf gesunde und ungesunde Lebensmittel ließe sich aufkommensneutral gestalten und würde dennoch über die Verschiebung der Ernährungsgewohnheiten langfristige Ersparnisse bringen.

Dieses Auseinanderklaffen von Bevölkerungswunsch und politischer Realität hat

sicherlich mit dem Framing zu tun: Es ist nicht populär, von Verboten und höheren Steuern zu sprechen. Es muss uns daher gelingen, eine positive Erzählung zu finden – ein Narrativ, das sich auf die gesundheitsfördernden und kostendämpfenden Potenziale steuernder Maßnahmen konzentriert, statt sie als übergriffige Regulierung abzutun.

Im Englischen gibt es für diese (scheinbare) Übergriffigkeit den Begriff des „Nanny State“. Ein britischer Think Tank ordnet europäische Staaten im „Nanny State Index“ ein. Das Ergebnis gibt zu denken: Unter 29 untersuchten Staaten belegt Deutschland den letzten Platz. Nirgendwo sonst in Europa werden Alkohol, Tabak- bzw. Nikotinkonsum und Nahrungsmittel bzw. Softdrinks so wenig reguliert wie hierzulande. Dabei machen andere Staaten vor, wie es gehen könnte. In Großbritannien beispielsweise haben die Tories eine nachweislich effektive Zuckersteuer eingeführt und machten im Oktober 2023 sogar einen Vorschlag, wie sich eine rauchfreie Generation schaffen ließe. Es ist ein Armutszeugnis für die deutsche Politik, dass

solche ambitionierten Vorschläge nicht schon viel früher konstruktiv und öffentlichkeitswirksam erörtert wurden.

Wie also weiter? Es hilft nur Beharrlichkeit und Druck zu machen. Definiert man mit Max Weber Politik als „ein starkes langsames Bohren von harten Brettern“, ist die Gesundheitsprävention vielleicht eines der härtesten Bretter überhaupt. Auch im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD wird sie eher unambitioniert abgehandelt. Vielleicht bietet aber die schwierige Finanzsituation der Krankenkassen und des Bundeshaushaltes eine Chance, denn Prävention spart bares Geld. Die DANK und mit ihr die Deutsche Krebsgesellschaft als Partnerin werden sich auch weiterhin dafür einsetzen, dass Prävention in Deutschland endlich den ihr zustehenden Stellenwert erlangt. Denn es geht um weit mehr als 200.000 Krebsfälle im Jahr.

Barbara Bitzer

Geschäftsführerin DANK

bitzer@ddg.info

Richard Hartlaub

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

Nachgefragt



Franziska Holz
Geschäftsführerin Hamburger
Krebsgesellschaft e.V.
f.holz@krebshamburg.de

... bei den Ländern

Präventionsangebote im Sinne der Verhältnisprävention schaffen gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen. Beim UV- und Hitzeschutz heißt das, Strukturen, Prozesse und Umgebungen so zu gestalten, dass sie gesundheitsschonend wirken – etwa durch bauliche und räumliche Maßnahmen, organisatorische Anpassungen sowie die Bereitstellung von Schutzkleidung und -ausrüstung. Die Landeskrebsgesellschaften (LKG) beraten Politik, Träger und Einrichtungen bei der Umsetzung solcher Maßnahmen. Sie bringen ihre Expertise insbesondere bei der Entwicklung von

Leitlinien und Standards zur Krebsprävention ein. Darüber hinaus unterstützen sie Einrichtungen bei der Ressourcenbeschaffung – etwa durch die Suche nach Sponsoren für Sonnenschutzmittel oder Schutzkleidung – und setzen sich für länderübergreifende Standards und Sammelbestellungen ein, um Mengenrabatte zu ermöglichen. Der Schwerpunkt der LKG liegt jedoch in der Verhaltensprävention. Das Ziel: Menschen befähigen, sich gesundheitsgerecht zu verhalten – durch Wissensvermittlung, Förderung von Fähigkeiten, Motivation sowie Eltern- und Multiplikatorenarbeit.

... in der Bundespolitik



Linda Heitmann, MdB
Grüne Bundestagsfraktion
linda.heitmann@bundestag.de

Damit Menschen gesund leben und altern können, bedarf es gesunder Lebensweisen und einer wirksamen Risikoreduktion. Aus der Forschung wissen wir, dass das effektivste politische Mittel hierfür die Verhaltensprävention ist. Hier muss Gesundheitspolitik ansetzen! Bewährt hat sich z. B. die Erhöhung der Tabaksteuer. Obwohl die Gefahren des Rauchens seit vielen Jahren bekannt sind, raucht in Deutschland dennoch fast jede*r vierte Erwachsene. Viele Raucher*innen haben bereits vor dem 18. Lebensjahr zu rauchen

begonnen. Eine kontinuierliche Erhöhung der Tabaksteuer würde den Konsum senken, insbesondere junge Menschen abschrecken und durch Rauchen bedingte Erkrankungen zurückdrängen. Eine weitere Stellschraube ist, Werbung und Sponsoring für Zigaretten und E-Zigaretten nicht zuzulassen. Insbesondere in den sozialen Medien werden diese immer noch trotz des geltenden Werbeverbotes als cool dargestellt. Ebenso gilt es, die Einhaltung des Jugendschutzes an Verkaufsstellen streng zu kontrollieren.

... im Vereinigten Königreich



Benjamin Hawkins
University of Cambridge School of
Clinical Medicine
Ben.hawkins@mrc-epid.cam.ac.uk

Effective regulation to reduce non-communicable diseases, including cancer, requires population-level prevention measures to reduce aggregate consumptions of products such as tobacco, alcohol, ultra-processed foods, sugar and salt. Experience across policy contexts make clear that industry actors oppose such regulations and propose ineffective alternatives, particularly voluntary and self-regulatory regimes and approaches which emphasise consumer choice versus industry practices. The great-

est progress towards effective population level prevention in the United Kingdom has been made in tobacco control, fuelled by the ideas that cigarettes are uniquely harmful and the tobacco companies uniquely mendacious political actors. Yet, other industries have proven big tobacco is far from the exception. Public health needs a bold new approach where we apply widely accepted policies from tobacco control to other health-harming products and exclude industry actors from policymaking.

Verhältnisprävention für ein gesünderes Deutschland

Verhältnisprävention zielt darauf ab, Lebensbedingungen und Strukturen so zu verändern, dass gesundheitsförderndes Verhalten erleichtert und gesundheitliche Risiken reduziert werden. Dazu gehören regulatorische Maßnahmen wie Nichtraucherschutzgesetze, Infrastrukturmaßnahmen wie der Ausbau von Fußwegen sowie ökonomische Instrumente wie die Besteuerung von Tabak. Der große Vorteil: „Solche Maßnahmen erreichen ganze Bevölkerungsgruppen gleichzeitig und wirken nachhaltig. Damit haben sie einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit auf Bevölkerungsebene“, sagt Michael Laxy, Professor für Public Health und Prävention.

Wie unterscheidet sich Verhältnisprävention von anderen klassischen Präventionsansätzen?

Laxy: Ein zentrales Merkmal der Verhältnisprävention besteht darin, dass durch die Schaffung gesünderer Lebensumwelten idealerweise positive Gesundheitseffekte eintreten, ohne dass Einzelpersonen Gesundheitswissen oder bewusste Verhaltensanstrengungen aufbringen müssen. Damit steht sie im Gegensatz zur Verhaltensprävention, die direkt beim Individuum ansetzt und aktives Mitwirken erfordert. Ein Beispiel: Soll die Rauchprävalenz gesenkt werden, können Aufklärungskampagnen gestartet werden – das ist Verhaltensprävention. Werbeverbote, Rauchverbote und Tabaksteuern verändern hingegen die Rahmenbedingungen – das ist Verhältnisprävention. Eine erfolgreiche Präventionsstrategie verknüpft idealerweise beide Ansätze miteinander – wichtig ist jedoch, dass ohne eine Anpassung der Verhältnisse aufklärende Appelle meist verpuffen.

Welche politischen Maßnahmen wirken nachweislich am stärksten? Gibt es hierzu Daten?

Laxy: Wenn wir auf die Prävention nichtübertragbarer Erkrankungen schauen, gehören ökonomische Instrumente und regulatorische Maßnahmen nachweislich zu den wirksamsten Ansätzen. Besonders gut belegt ist die Wirksamkeit von Tabaksteuern – sie zählen zu den effektivsten Einzelmaßnahmen, um den Tabakkonsum in der Bevölkerung zu senken. Ähnlich robuste Evidenz gibt es für Alkoholsteuern, Abgaben auf zuckergesüßte Getränke, Rauchverbote in öffentlichen Räumen, Werbebeschränkungen für ungesunde Produkte sowie für Maßnahmen, die den Salz-, Zucker- oder Fettgehalt reduzieren. Viele dieser Maßnahmen sind kostengünstig umsetzbar und werden deshalb von der Weltgesundheitsorganisation als Interventionen mit besonders vorteilhaftem Kosten-Nutzen-Verhältnis empfohlen.

Welche Länder sind Vorreiter in der Verhältnisprävention und was lässt sich aus deren Erfahrungen ableiten?

Laxy: Vorreiter der Verhältnisprävention im Bereich Tabakkontrolle sind Länder wie Irland und Großbritannien. Dort werden Tabakprodukte hoch besteuert, Werbung streng reguliert und Rauchver-

bote in öffentlichen Räumen umfassend umgesetzt. Skandinavische Länder verfügen über die restriktivsten Alkoholgesetze. Weltweit erheben inzwischen auch mehr als 100 Staaten Abgaben auf zuckergesüßte Getränke. Studien zeigen, dass solche Abgaben die Nachfrage und den Konsum wirksam senken und die Gesundheit der Bevölkerung verbessern. In Großbritannien ging eine nach Zuckergehalt gestaffelte Herstellerabgabe mit deutlichen Reformulierungen, einem geringeren Zuckerkonsum sowie einem Rückgang kariesbedingter Krankenhausbehandlungen bei Kindern einher. Ungarn oder Mexiko gehen in diesem Bereich zum Beispiel noch weiter und besteuern Produkte mit hohem Energie-, Salz-, Fett- und Zuckergehalt.

Wie wirken diese Maßnahmen auf soziale Ungleichheit?

Laxy: Verhältnispräventive Maßnahmen verringern in den meisten Fällen gesundheitliche und soziale Ungleichheit. Sie wirken unabhängig vom individuellen Gesundheitswissen und erreichen auch Bevölkerungsgruppen mit den größten gesundheitlichen Risiken – häufig Menschen mit eingeschränkten finanziellen und sozialen Ressourcen. Entscheidend ist jedoch die Wahl der Maßnahme und deren Ausgestaltung. Ein Beispiel: Bei einer pauschalen Abgabe auf zuckergesüßte Getränke fallen die gesundheitlichen Effekte bei Haushalten mit niedrigem Einkommen am größten aus, da diese am meisten diese Getränke konsumieren und besonders preissensitiv reagieren – gleichzeitig ist ihre finanzielle Belastung zunächst aber auch am höchsten. Wird die Abgabe hingegen nach Zuckergehalt gestaffelt und senken Hersteller infolgedessen den Zuckergehalt, entstehen auch gesundheitliche Vorteile, ohne dass Personen mit hohem Konsum übermäßig belastet werden.

Was hindert Deutschland aktuell an einer konsequenteren Verhältnisprävention?

Laxy: Die Gründe sind vielschichtig. Zum einen spielen kommerzielle Interessen eine wichtige Rolle: Aus vielen Ländern ist gut dokumentiert, dass die Lebensmittel-, Tabak- und Alkoholindustrie versucht durch politische Einflussnahme regulatorische Maßnahmen zu verhindern. Zum anderen sind die erheblichen gesundheitlichen, wirtschaftlichen und sozialen Folgen nichtübertragbarer Krankheiten – und die Bedeutung einer konsequenten Verhältnisprävention – in der öffentlichen und politischen Debatte bislang möglicherweise nicht ausreichend präsent. Darüber hinaus hat Verhältnisprävention eine normative Dimension: Denn es gibt unterschiedliche Auffassungen darüber, wie weit staatliche Eingriffe gehen sollten – eine Debatte, die offen und sachlich geführt werden muss. Letztlich braucht es für die Umsetzung solcher Maßnahmen politische Mehrheiten.

Prof. Michael Laxy

Technical University of Munich, TUM School of Medicine and Health/
Munich Center for Health Economics and Policy
michael.laxy@tum.de

Prävention zwischen Eigenverantwortung und staatlichem Eingriff

Die gesündere Wahl zur einfacheren Wahl machen – dieser Slogan beschreibt in knapper Form einen Ansatz, der in der Prävention und Gesundheitsförderung vieldiskutiert und als aussichtsreich angesehen wird. Er steht in gewisser Nähe zum Konzept des Nudgings, bei dem es darum geht, Verhaltensänderungen durch sanfte Anreize oder Umweltveränderungen anzustoßen, ohne direkt auf die Auswahl Einfluss zu nehmen.

Neben dem Nudging-Konzept des sogenannten libertären Paternalismus hat auch der harte Paternalismus in der Präventionspraxis vieler Länder einen – wenn auch oft umstrittenen – Platz. Diese Art des Paternalismus spielt in der Prävention chronischer Erkrankungen durchaus eine wichtige Rolle: Man denke nur an Werbe- und andere Verbote für Tabak und Alkohol. Allerdings steht zur Rechtfertigung dieser regulatorischen Maßnahmen oft das Wohlergehen Dritter, beispielsweise von Kindern, im Vordergrund. Die Einschränkung der individuellen freien Wahl, die eben auch für ein gesundheitsgefährdendes Verhalten wie Rauchen ausfallen kann, wird weniger diskutiert. Dies hat mit dem hohen Stellenwert der individuellen Freiheit zu tun, den viele Regulierungsbehörden in Demokratien zumindest nicht infrage stellen wollen. Die Eigenverantwortung steht dann auch im Mittelpunkt des libertären Modells, bei dem die freie Entscheidung über das eigene Gesundheitsverhalten über allem steht und staatliche Eingriffe in das Gesundheitsverhalten als unzulässig abgelehnt werden.

Keine einheitliche Linie bei der Prävention

In der Realität der Prävention treffen wir alle diese Linien in unterschiedlichem Maße an, wobei die Wahrnehmung, wann es sich um Bevormundung handelt, je nach Maßnahme sehr unterschiedlich ist. Beispiele sind zielgerichtete kommunale Maßnahmen zur Bewegungsförderung durch städtische Parks und Sportanlagen oder die Verringerung von Luft- und sonstigen Umweltschadstoffen. Diese könnten als Bevormundung interpretiert werden, da sie die Gesundheit unhinterfragt über andere Güter stellen – zugegebenermaßen findet sich eine solche Argumentation extrem selten. Anders sieht es aus, wenn es um konkrete Verbote oder höhere Steuern beispielsweise auf Tabak oder Alkohol geht. Die gesellschaftliche Stimmung und der Stellenwert der individuellen Entscheidungsfreiheit gegenüber der Förderung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen prägen die politische Entscheidung für mehr oder weniger Regulation. Allerdings wird die vielbeschworene freie Entscheidung vielfach stark von kommerziellen Interessen beeinflusst, den sogenannten kommerziellen Determinanten der Gesundheit. Ernährungs-, Alkohol- und Tabakmarketing zielen darauf ab, dass sich entsprechende Produkte besser verkaufen, die „freie“ Entscheidung also konkret auf den Produkterwerb und -konsum hinausläuft. Dies ebenso wie der niedrigschwellige Zugangsweg zum Rauchen dank Hunderttausender von Zigarettenautomaten im Land kann auch als Nudging hin zu gesundheitsschädlichem Verhalten gesehen



werden. Diesen Kräften kann die Einzelperson in gewissem Maße entgegenwirken, etwa indem sie sich bestmöglich informiert und sich mit viel Gesundheitskompetenz für präventives Verhalten entscheidet. Die Befähigung hierfür variiert jedoch in der Gesellschaft, sodass aus dem vordergründig libertären Ansatz gesundheitliche Ungleichheit und Ungerechtigkeit resultieren.

Konzept „rauchfreie Generation“

Radikal neu unter den Präventionsmaßnahmen ist das Konzept der „rauchfreien Generation“, wie es etwa in Großbritannien vorbereitet wird. Nach aktuellem Planungsstand ist es für ab dem Jahr 2009 Geborene nicht mehr möglich, legal Tabak zu erwerben, auch nicht im Erwachsenenalter. Auf längere Sicht wird es damit ein Produkt geben, das unverkäuflich ist und vom Markt verschwinden dürfte. Dann würde sich auch die Frage der freien Entscheidung für oder gegen das Rauchen nicht mehr stellen, da Rauchen keine umsetzbare Option mehr wäre. Könnte man dann noch von Bevormundung sprechen? Zumindest in Großbritannien flossen in die Gesamtabwägung zwischen Entscheidungsfreiheit und Regulierung auch ökonomische Aspekte ein: Pro Jahr geht es um 82.000 rauchbedingte Todesfälle, 3 Milliarden £ Kosten für den NHS und über 17 Milliarden £ Produktivitätseinbußen.

Deutschland hat im europäischen Vergleich in jedem Fall Bedarf an einer viel entschiedeneren Prävention. Dabei gilt es, mit der Bevölkerung in den Diskurs zu gehen und das Spannungsfeld zwischen Freiwilligkeit und staatlicher Regulierung für die verschiedenen Präventionsansätze jeweils neu zu reflektieren und zu verhandeln.

Prof. Hajo Zeeb

Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie-BIPS, Bremen
zeeb@leibniz-bips.de

Prof. Ulrike Haug

Health Sciences Bremen, Universität Bremen

Lungenkrebscreening – Potenzial und Stolpersteine

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) am 18. Juni 2025 die Einführung einer Lungenkrebsfrüherkennung als Kassenleistung beschlossen. Voraussichtlich ab April 2026 können starke Raucher*innen im Alter zwischen 50 und 75 Jahren alle zwölf Monate eine Untersuchung der Lunge mittels Niedrigdosis-Computertomographie (NDCT) wahrnehmen. Damit ist ein längerer Prozess zum Abschluss gekommen, dem die sogenannte Lungenkrebsfrüherkennungsverordnung (LuKrFrühErkV) des verantwortlichen Bundesministeriums sowie eine Nutzen-Risiko-Bewertung durch das Bundesamt für Strahlenschutz vorausgegangen sind. Lungenkrebs ist weltweit die häufigste krebsbedingte Todesursache. Vor diesem Hintergrund ist die Einführung eines Screenings zu begrüßen und verspricht, die Prävention von Lungenkrebs in Deutschland zu verbessern. Gleichzeitig gibt es bei der Umsetzung der Maßnahme verschiedene Punkte zu beachten, damit ihr Potenzial im größtmöglichen Umfang realisiert wird.

Aufseiten der Leistungserbringer ist sicherzustellen, dass ausreichend qualifizierte Ärzt*innen entlang des Screeningprozesses vorhanden sind. Für das Risiko-Assessment sind Internist*innen, Hausarzt*innen und Arbeitsmediziner*innen vorgesehen, welche laut KFE-RL über eine Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung verfügen müssen. Dies ist jedoch nicht bei allen Ar-

beitsmediziner*innen der Fall – hier sollte bei den Regelungen entsprechend nachgebessert werden. Auch die Fortbildung der Erst- und Zweitbefunder ist ein wichtiger Punkt. Die notwendige Qualifizierung wird derzeit vorbereitet, über 1.500 Radiolog*innen sind bereits qualifiziert. Außerdem müssen die Leistungen hinreichend vergütet sein. So wird sichergestellt, dass bei möglichst vielen geeigneten Raucher*innen ein Screening durchgeführt wird.

In der LuKrFrühErkV wurden bereits grobe Begriffsbestimmungen für kontrollbedürftige sowie abklärungsbedürftige Befunde vorgenommen. In der kürzlich aktualisierten S3-Leitlinie zum Lungenkarzinom wurden evidenzbasierte Empfehlungen formuliert, die die Vorgaben der KFE-RL sowie der LuKrFrühErkV ergänzen. In diesem Rahmen wurde von den beteiligten Expert*innen empfohlen, die sogenannte „V-Lung-RADS 2022“-Klassifikation zur Einstufung der Befunde zu verwenden.

Aufgrund der Einführung des Lungenkrebscreenings als singuläre Maßnahme wird eine epidemiologische Qualitätssicherung zunächst allenfalls auf regionaler Ebene möglich sein. Daher wird man in den ersten Jahren nur einen eingeschränkten Überblick darüber haben, wie viele Teilnehmer*innen des Screenings tatsächlich an Lungenkrebs erkrankt sind. Positiv hervorzuheben ist, dass der G-BA mit der KFE-RL beschlossen hat, bis spätestens zum Ablauf des Jahres

2028 die regulatorischen und strukturellen Voraussetzungen für ein Monitoring zur Qualitätssicherung der Lungenkrebsfrüherkennung zu schaffen.

Der Erfolg der Früherkennungsmaßnahme wird auch in großem Maße davon abhängen, in welchem Umfang die geeigneten Bevölkerungsgruppen an die Maßnahme herangeführt werden können. Der G-BA hatte zu diesem Zweck das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit der Erarbeitung einer Patient*inneninformation beauftragt. Diese Informationen sollten auch in einfacher Sprache vorhanden sein, um relevante Bevölkerungsschichten zu erreichen. Denkbar wären zudem webbasierte Lösungen, in denen Bürger*innen ihr individuelles Risiko ermitteln können. In einem gemeinsamen Positionspapier der am Lungenkrebscreening beteiligten Fachgesellschaften haben wir uns für einen programmatischen Ansatz unter Einbeziehung von Einladungsschreiben ausgesprochen. Da die hierfür notwendigen Informationen zum Raucherstatus den Kostenträgern bislang nur eingeschränkt vorliegen, sollten Hausarzt*innen ebenfalls in die Kontaktaufnahme einbezogen werden. Im Rahmen des schon bestehenden kassenfinanzierten Gesundheits-Check-ups ließen sich gezielt die für das Screening geeigneten Personen identifizieren und ansprechen.

Ein Erfolg ist, dass durch die Einführung des Lungenkrebscreenings eine intersektorale Zusammenarbeit zwischen niedergelassenem und stationärem Bereich erreicht wird, welche sich zukünftig noch weiter ausbauen lässt. An den von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Lungenkrebszentren sind die Grundvoraussetzungen zur Koordination und Durchführung von NDCT-Lungenkrebscreenings vorhanden. Perspektivisch sollte eine Einbettung der Maßnahme in ein strukturiertes Screeningprogramm unter Einbeziehung der Lungenkrebszentren ins Auge gefasst werden.

Prof. Jens Vogel-Claussen

Klinik für Radiologie, Charité –
Universitätsmedizin Berlin
jens.vogel-claussen@charite.de



Partnerschaft im Nationalen Krebsplan

Der Nationale Krebsplan (NKP) ist seit 2008 maßgeblich für die Ausrichtung der onkologischen Versorgungslandschaft in Deutschland. In diesem freiwilligen Kooperations- und Koordinierungsprogramm ist die Deutsche Krebsgesellschaft seit Beginn dabei – sie hat den NKP zusammen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. initiiert. Die erste Phase endete 2024 und kann wichtige Fortschritte vorweisen. In der anschließenden Phase gibt es jetzt neue Schwerpunkte – auch im Bereich Krebsprävention.

Im Mittelpunkt des NKP stand bisher die Weiterentwicklung in vier Handlungsfeldern: in der Früherkennung, der Versorgungsstruktur und -qualität, der Sicherstellung einer effizienten Behandlung und der Stärkung der Patient*innenorientierung. Prävention spielte also seit Beginn des NKP eine wichtige Rolle – bei der Früherkennung von Krebs, also in der sekundären Prävention. Was wurde hier bisher erreicht?

Neben dem etablierten Mammografie-screening sind mittlerweile auch das Darm- und Gebärmutterhalskrebscreening als organisierte Programme ausgestaltet. Was das heißt, wurde 2013 im Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) formuliert: Alle Anspruchsberechtigten werden zum jeweiligen Screening regelmäßig eingeladen. Die Einladung enthält umfassende und verständliche Informationen über die jeweilige Untersuchung. Ziel ist nicht nur eine Verbesserung der Teilnahmequote, sondern auch eine informierte Entscheidung – für oder gegen eine Teilnahme. Im KFRG ist auch geregelt, welche Maßzahlen neben der Teilnahmequote für die Evaluation zu erheben sind. Diese werden seit 2018 in den Evaluationsberichten des Mammografie-Screening-Programms berichtet. Die Ziele des NKP wurden und werden also zunehmend umgesetzt.

Die Fortsetzung und Neuausrichtung des NKP wurde 2024 eingeläutet und bedeutet auch eine Verschiebung des Fokus



im Bereich Krebsprävention. Die primäre Prävention spielte in der ersten Runde des NKP noch keine Rolle. Jetzt rücken auch Strategien in den Vordergrund, die verhindern sollen, dass Krebs überhaupt erst auftritt.

Die Steuerungsgruppe des NKP beschloss im Zuge der Neuausrichtung, eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe (AG) Krebsprävention einzurichten. In einem Workshop wurden vorrangige Aktionsbereiche priorisiert. Das sind einerseits vier Themen, die Risikofaktoren mit anderen nicht-übertragbaren Volkserkrankungen teilen: Tabak- und Alkoholkonsum, Ernährung und Bewegung. Durch die Schnittmengen mit anderen Erkrankungen wird hier von einem großen präventiven Potenzial und Synergien ausgegangen. Der Schwerpunkt HPV-Impfung richtet sich gezielt gegen HPV-assoziierte Krebserkrankungen.

Die Krebsfrüherkennung bleibt ein Schwerpunkt. Insbesondere im Bereich der risikoadaptierten Früherkennung wird noch Potenzial gesehen. Das gezielte Screening anhand multipler Risikofaktoren bietet die Chance, weniger Personen gezielt zu untersuchen und das Verhältnis von Nutzen und möglichen Nachteilen (z. B. falsch-positive Ergebnisse, Überdiagnosen) zu optimieren. Damit die Ziele und Botschaften der Krebsprävention auch

verständlich und zielgruppengerecht in die Bevölkerung gelangen, sind Information und Aufklärung ein eigenständiges Thema. Ein besseres Verständnis von Risikofaktoren und Präventionsmaßnahmen kann im besten Fall eine Änderung ungesunder und krebsförderlicher Verhaltensweisen unterstützen, die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen fördern und informierte Entscheidungen in der primären und sekundären Prävention stärken.

Der thematische Umfang der Krebsprävention im NKP ist also deutlich ausgeweitet mit vier Themenfeldern der Primärprävention zusätzlich zur Früherkennung sowie dem Querschnittsthema Information und Aufklärung. Nach der konstituierenden Sitzung der AG im Juni werden die Themen derzeit in Verantwortung ausgewiesener Expert*innen ausgearbeitet: Wie ist der aktuelle Stand, was sind die Ziele und wie können diese erreicht werden? Daraus werden Handlungsempfehlungen für die Politik abgeleitet. Erste Schritte in der zweiten Phase des NKP im Bereich Krebsprävention sind also eingeleitet und es bleibt spannend, wie das proklamierte Präventionspotenzial erreicht werden soll.

Jan Stellamanns

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
stellamanns@krebsgesellschaft.de

DKG-Meldungen

125 Jahre Deutsche Krebsgesellschaft: Verantwortung und ein neuer Preis

Am 18. Februar 1900 wurde die Deutsche Krebsgesellschaft gegründet. Im Herbst wurde dieses Jubiläum gefeiert. Erstmals vergeben wurde zu diesem Anlass der Ernst-von-Leyden-Preis der Deutschen Krebsgesellschaft für ein Lebenswerk. Mit dem Preis werden Menschen geehrt, die sich besonders um die Ziele der DKG verdient gemacht haben. Preisträger ist Prof. Wolff Schmiegel. Die Festveranstaltung diente auch dem Blick auf historische Ereignisse und aktuelle Verantwortung, die über die Onkologie hinausgehen: Prof. Peter Voswinkel präsentierte eine historische Analyse der bedeutenden Rolle der jüdischen Gründungsväter der DKG. Zwei Drittel der Gründungsväter und Mitglieder der Gesellschaft waren Juden oder wurden aufgrund ihrer Verwandtschaftsverhältnisse dazu gezählt. Sie verloren während der Zeit der Nationalsozialisten ihre universitären und gesellschaftlichen Posten, wurden zur Emigration gezwungen oder ermordet. Passend dazu betonte der ehemalige Bundestagspräsident Prof. Norbert Lammert in seiner Rede, dass in Hinblick auf die Demokratie in Deutschland sowohl Besorgnis als auch Zuversicht gerechtfertigt seien. Wichtig sei, dass Demokratien auch wehrhaft gegenüber ihren Gegnern sein können. Den Rückblick zu den Veranstaltungen finden Sie hier: www.krebsgesellschaft.de/125-jahre-dkg.

Dr. Johannes Bruns

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
bruns@krebsgesellschaft.de



Norbert Lammert bei der Festveranstaltung zu 125 Jahren Deutsche Krebsgesellschaft

DKFZ, DKH und DKG fordern strengere Regeln fürs Rauchen und Dampfen

Laut dem DKFZ, der Deutschen Krebshilfe und der DKG hinkt Deutschland bei der Tabakkontrolle und dem Nichtrauchererschutz weit hinterher. Anlässlich der Nationalen Krebspräventionswoche 2025 mit dem Schwerpunktthema „Fakten gegen Dampf und Rauch“ fordern die drei Organisationen daher eine konsequente Tabakprävention: Die Politik wird aufgefordert, die Tabaksteuer zu erhöhen, konsequent Werbeverbote durchzusetzen und vor allem Kinder und Schwangere vor Passivrauch zu schützen. <https://tinyurl.com/Rauch-und-Dampf>.

Anja Södler und Angelina Gromes

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
presse@krebsgesellschaft.de

Gesundheitspolitik: Stellungnahme zum Referentenentwurf des KHAG

Die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. sieht das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) nach wie vor als notwendigen ersten Schritt in die richtige Richtung. Die im Krankenhausreformangepassungsgesetz (KHAG) vorgesehenen Änderungen bewertet die DKG allerdings kritisch – sie stellen aus Sicht der Fachgesellschaft einen erheblichen Rückschritt dar. Die DKG nimmt unter anderem Stellung zu den Änderungsvorschlägen zu den onkologischen Mindestmengen und den Ausnahmeregelungen für die Bundesländer. Die Stellungnahme finden Sie hier: www.krebsgesellschaft.de/media/positionen.

Miriam Renz

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
renz@krebsgesellschaft.de

Termine

Deutscher Krebskongress 2026

18. bis 21. Februar 2026

www.dkk2026.de

Brennpunkt Onkologie

22. April und 22. Juni 2026

www.krebsgesellschaft.de/brennpunkt-onkologie

Deutsche Krebsstiftung:

Onlinekurs Reha nach Krebs

Teil 1 und 2

26. Januar und 2. Februar 2026

www.deutsche-krebsstiftung.de/termine

Impressum

Herausgeber

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
Kuno-Fischer-Straße 8, 14057 Berlin
Tel.: 030 3229329-0, Fax: 030 3229329-66
service@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de

Generalsekretär: Dr. Johannes Bruns
Vereinsregisternummer: VR 27661 B
Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg
Umsatzsteuer-ID-Nummer: 27/640/57920

Redaktion

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
Dr. Johannes Bruns (V. i. S. d. P.), Sofie Lange,
Angelina Gromes, Anja Södler, Clara Teich,
Richard Hartlaub (Redaktion), Renate Babnik
(Gestaltung/Projektmanagement)

Druck

Druckerei Schöpfel GmbH, Weimar
Tel.: 03643 202296, Fax: 03643 202150
info@druckerei-schoepfel.de

Designkonzeption und Gestaltung

Federmann und Kampczyk design gmbh
www.federmann-kampczyk.de

Redaktionsschluss Dezember 2025

Auflage 2.500

Bestellung/Abbestellung

www.krebsgesellschaft.de/360-grad-onkologie

ISSN 2510-4268