

KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

Brüssel, den 22.12.2008
KOM(2008) 882 endgültig

BERICHT DER KOMMISSION AN DEN RAT, DAS EUROPÄISCHE PARLAMENT, DEN EUROPÄISCHEN WIRTSCHAFTS- UND SOZIALAUSSCHUSS UND DEN AUSSCHUSS DER REGIONEN

zur Durchführung der Empfehlung des Rates vom 2. Dezember 2003 zur Krebsfrüherkennung (2003/878/EG)

1. VORWORT

1.1. Einleitung

Am 2. Dezember 2003 haben die Gesundheitsminister der Europäischen Union einstimmig eine Empfehlung zur Krebsfrüherkennung[1] angenommen. Die Empfehlung des Rates der Europäischen Union zur Krebsfrüherkennung bestätigt sowohl die Bedeutung der Krebsbelastung in der europäischen Bevölkerung als auch die Belege für die Wirksamkeit der Früherkennung von Brust- und Gebärmutterhalskrebs und des Kolorektalkarzinoms bei der Verringerung der Krankheitslast.

Die Empfehlung des Rates nennt Grundprinzipien für vorbildliche Praktiken bei der Krebsfrüherkennung und fordert die Mitgliedstaaten auf, gemeinsame Maßnahmen zur Durchführung nationaler Programme zur Krebsfrüherkennung mit einem bevölkerungsweiten Konzept und einer angemessenen Qualitätssicherung auf allen Ebenen zu ergreifen, unter Berücksichtigung europäischer Qualitätssicherungsleitlinien für die Krebsvorsorge (soweit vorhanden). Die Kommission hat vor kurzem aktualisierte und erweiterte EU-Leitlinien für die Früherkennung von Brustkrebs[2] und Gebärmutterhalskrebs[3] veröffentlicht; umfassende europäische Qualitätssicherungsleitlinien für die Früherkennung des Kolorektalkarzinoms werden derzeit erstellt.

Die Entwicklung neuer Leitlinien zur Krebsfrüherkennung als Mittel zur Förderung der Gesundheit in einem alternden Europa wurde ebenfalls in der EU-Gesundheitsstrategie[4] betont. Die Durchführung der Empfehlung wurde auch vom Europäischen Parlament durch die Entschließungen unterstützt, die in den Jahren 2003[5], 2006[6] und 2008[7] angenommen wurden.

In der Empfehlung wird die Europäische Kommission aufgefordert, über die Durchführung der Krebsfrüherkennungsprogramme Bericht zu erstatten, zu prüfen, inwieweit die vorgeschlagenen Maßnahmen sich bewähren und die Notwendigkeit weiterer Maßnahmen zu erwägen. Dies ist der erste Bericht.

1.2. Grundlage des Berichts

Im Rahmen der Erstellung dieses Berichts forderte die Kommission die Mitgliedstaaten in der zweiten Hälfte des Jahres 2007 auf, an einer schriftlichen Umfrage teilzunehmen. 22 der 27 Mitgliedstaaten (82 %) schickten den Fragebogen

---

1 Empfehlung des Rates vom 2. Dezember 2003 zur Krebsfrüherkennung (2003/878/EG), ABl. L 327, S. 34.

2 EU guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis – 4th edition, Luxemburg, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, ISBN 92-79-01258-4, Katalognummer: ND-73-06-954-EN-C, © 2006 Europäische Gemeinschaften.

3 EU guidelines for quality assurance in cervical screening – 2nd edition, Luxemburg, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, ISBN 978-92-79-07698-5, Katalognummer: ND-70-07-117-EN-C, © 2008 Europäische Gemeinschaften.

4 Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013, KOM(2007) 630 endgültig vom 23.10.2007.

5 Entschließung des Europäischen Parlaments vom 5. Juni 2003 zu Brustkrebs in der Europäischen Union (P5_TA(2003)0270), ABl. C 68 E vom 18.3.2004, S. 611.

6 Entschließung des Europäischen Parlaments vom 25. Oktober 2006 zu Brustkrebs in der erweiterten Europäischen Union (P6_TA(2006)0449 B6-0528/2006), ABl. C 313 E vom 20.12.2006, S. 273.

7 Entschließung des Europäischen Parlaments vom 10. April 2008 zur Bekämpfung von Krebs in der erweiterten Europäischen Union (P6_TA(2008)0121).

bis Mai 2008 zurück (Belgien, Deutschland, Estland, Frankreich, Griechenland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn, Vereinigtes Königreich und Zypern).

Diese Umfrage wurde durch Informationen aus zwei laufenden europäischen Projekten ergänzt, die im Rahmen des EU-Aktionsprogramms im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008[8]) gefördert werden und sich mit der Überwachung, Bewertung und Qualitätssicherung der Krebsvorsorge beschäftigen: dem Europäischen Krebsnetzwerk (ECN) und dem Europäischen Krebsinformationsnetz (EUNICE).

Die Bevölkerungsstatistiken stammen aus dem Europäischen Statistischen System oder aus nationalen Quellen, wenn aktuellere Daten verfügbar waren. Die vorläufigen Ergebnisse wurden auf der informellen Ratstagung „Gesundheit" erörtert, die im April 2008 unter der slowenischen Ratspräsidentschaft stattfand; im Anschluss daran stellten mehrere Mitgliedstaaten weitere Informationen bereit. Daher kann der Status der Programmdurchführung für alle 27 Mitgliedstaaten berichtet werden. Die ausführlichen Ergebnisse, die das Europäische Krebsnetzwerk zusammengefügt und analysiert hat, wurden auch separat veröffentlicht (ECN-Bericht[9]).

1.3. Relative Krebsbelastung im Verhältnis zur Krankheitslast insgesamt

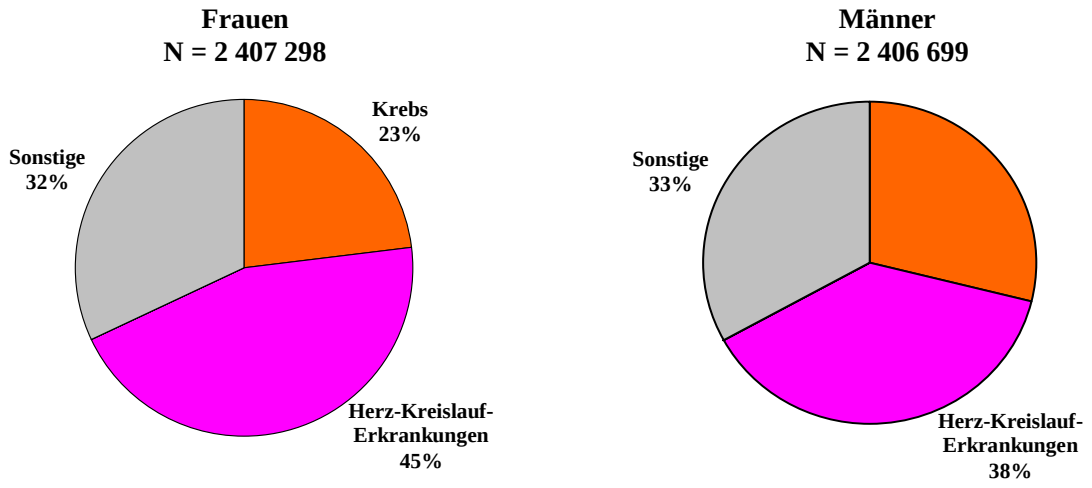
Krebs war im Jahr 2006 nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in der Europäischen Union; zwei von zehn Todesfällen bei Frauen (das entspricht 554 000 Todesfällen) und drei von zehn Todesfällen bei Männern (das entspricht 698 000 Todesfällen) waren darauf zurückzuführen (Abbildung 1a). Aufgrund der alternden Bevölkerung wird dieser Anteil voraussichtlich jedes Jahr weiter ansteigen, wenn keine Gegenmaßnahmen von der EU oder den Mitgliedstaaten ergriffen werden.

---

8 Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008), ABl. L 271 vom 9.10.2002, S. 1.

9 First report on the implementation of the Council Recommendation on Cancer Screening by the European Cancer Network and the European Network for Information on Cancer, Luxemburg (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/cancer_screening.pdf).

Abbildung 1a: Gesamtzahl der Todesfälle in der EU im Jahr 2006 und Anteil der beiden häufigsten Todesursachen



Quelle: EUROSTAT 2006

Was die Zahl der Krebsfälle angeht, so wird jedes Jahr bei 3,2 Millionen Europäern Krebs diagnostiziert, in den meisten Fällen Brustkrebs, Kolorektalkarzinom oder Lungenkrebs. Die Krebsbelastung ist in der Europäischen Union jedoch bei weitem nicht gleichmäßig verteilt (Einzelheiten siehe Abschnitt 1.5)[10].

Wie durch die nationalen Unterschiede der krebsbedingten Sterblichkeit verdeutlicht wird, besteht in der ganzen Gemeinschaft ein erhebliches Potenzial für die Senkung der krebsbedingten Todesfälle durch den Austausch von Informationen und vorbildlichen Praktiken bei der Krebsprävention und -bekämpfung auf EU-Ebene. So kann die Zusammenarbeit in der EU einen erheblichen Mehrwert schaffen, wie er seit 1987 im Rahmen des Programms „Europa gegen den Krebs“ insbesondere im Bereich der Krebsfrüherkennung erarbeitet wurde.

1.4. Spezifische Belastung durch Brust- und Gebärmutterhalskrebs und Kolorektalkarzinom

Brust- und Gebärmutterhalskrebs und Kolorektalkarzinom sind eine häufige Leidens- und Todesursache in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union[10]. Nach Schätzungen der Inzidenz- und Sterberaten durch die Internationale Krebsforschungsagentur (IARC) gab es bei den europäischen Frauen im Jahr 2006 in Bezug auf Brustkrebs 331 000 Neuerkrankungen und 90 000 Todesfälle und in Bezug auf Gebärmutterhalskrebs 36 500 Neuerkrankungen und 15 000 Todesfälle[11]. Im gleichen Jahr wurde die Zahl der Neuerkrankungen mit einem Kolorektalkarzinom bei Frauen auf 140 000 und bei Männern auf 170 000 geschätzt. Die Sterberate aufgrund eines Kolorektalkarzinoms in der EU wurde bei Frauen auf 68 000 und bei Männern auf 78 000 geschätzt. Zusammen verursachen diese Krebsarten bei Frauen in der EU fast eine von zwei Neuerkrankungen (47 %) und einen von drei krebsbedingten Todesfällen (32 %). Bei Männern macht das

[10] Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P (2007), „Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006“, in Ann Oncol 18: 581-592.

[11] Die Schätzungen der IARC zur Gebärmutterhalskrebs-Sterberate enthalten einen Anteil von Todesfällen aufgrund von „nicht spezifiziertem Gebärmutterkrebs“.

Kolorektalkarzinom derzeit eine von acht Neuerkrankungen (13 %) und einen von neun krebsbedingten Todesfällen (11 %) aus (Abbildung 1b und 1c).

Abbildung 1b: Gesamtzahl der Krebsfälle in der EU im Jahr 2006 und Anteil von Brust- und Gebärmutterhalskrebs und Kolorektalkarzinom[9,10]

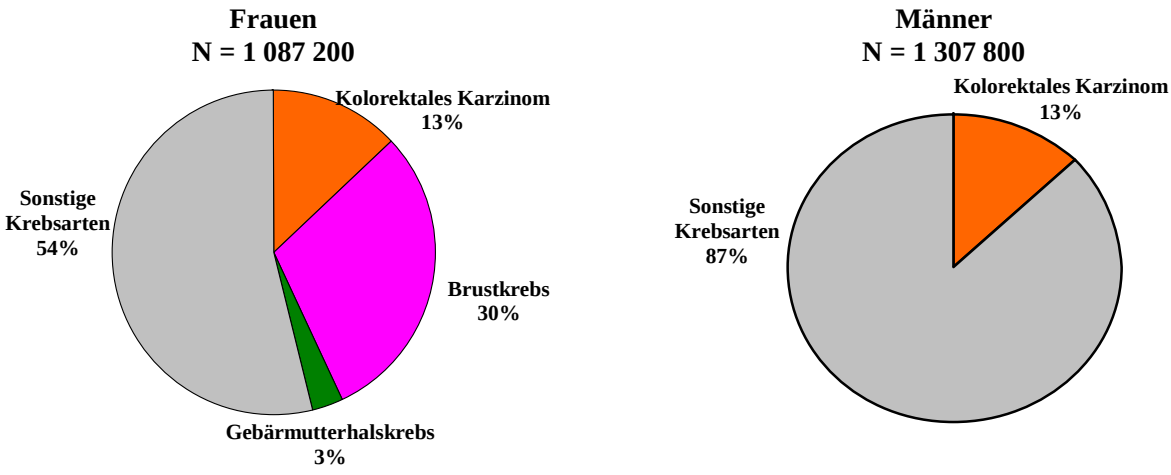
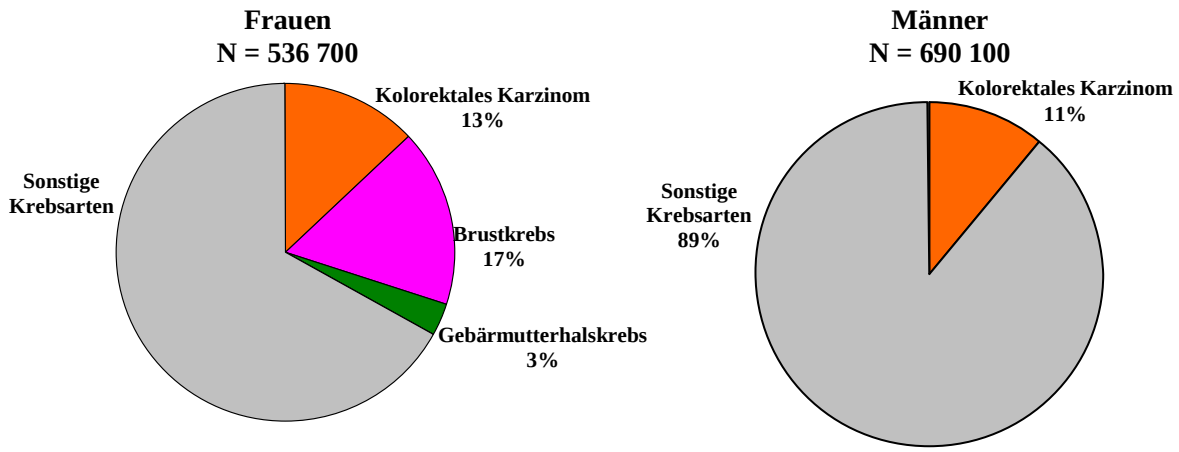


Abbildung 1c: Gesamtzahl der krebsbedingten Todesfälle in der EU im Jahr 2006 und Anteil der Todesfälle aufgrund von Brust- und Gebärmutterhalskrebs und Kolorektalkarzinom (Prozentanteile bei den Frauen ergeben durch Runden der Zahlen nicht 100.[9,10])



1.5. Unterschiede in der Zahl der Krebsfälle in den 27 EU-Mitgliedstaaten[10]

Die Inzidenz- und Sterberaten dieser Krebsarten sind innerhalb der EU stark unterschiedlich, was eine hohe Gesundheitsbelastung in einigen Mitgliedstaaten bedeutet.

Nach Schätzungen der IARC hat Belgien mit 137,8[12] die höchste Inzidenzrate für Brustkrebs bei einer Sterberate von 33,5, während Dänemark mit 34,5 die höchste Sterberate bei einer Inzidenzrate von 122,6 hat. Rumänien hat mit 61,2 die niedrigste

[12] Entsprechend der üblichen Praxis sind die Inzidenz- und Sterberaten in diesem Bericht pro 100 000 Personen angegeben.

Inzidenzrate für Brustkrebs bei einer Sterberate von 23,9, und Spanien hat mit 19,2 die niedrigste Sterberate bei einer Inzidenzrate von 93,6.

Die Krankheitslast durch Gebärmutterhalskrebs ist besonders ungleich verteilt. Nach Schätzungen der IARC hat Rumänien mit 24,5 die höchste Inzidenzrate für Gebärmutterhalskrebs und mit 17,0 auch die höchste Sterberate. Finnland hat mit 4,9 die niedrigste Inzidenzrate und mit 1,6 auch die niedrigste Sterberate. Der Anteil der mit dieser Krebsart verbundenen Krebsfälle und Todesfälle liegt mit einer Ausnahme in sämtlichen Mitgliedstaaten, die der EU in den Jahren 2004 und 2007 beigetreten sind, deutlich höher.

Ungarn hat mit 106,0 die höchste Inzidenzrate für das Kolorektalkarzinom und mit 54,4 auch die höchste Sterberate. Griechenland hat mit 31,0 die niedrigste Inzidenzrate für das Kolorektalkarzinom und mit 15,5 gleichzeitig die niedrigste Sterberate.

2. ERGEBNISSE

2.1. Überblick über die Ergebnisse

Die folgenden Karten zeigen die aktuelle Abdeckung bevölkerungsweiter Früherkennungsprogramme in der ganzen EU.

Verteilung der Programme zur Brustkrebsfrüherkennung mit Hilfe von Mammografieuntersuchungen in der EU im Jahr 2007

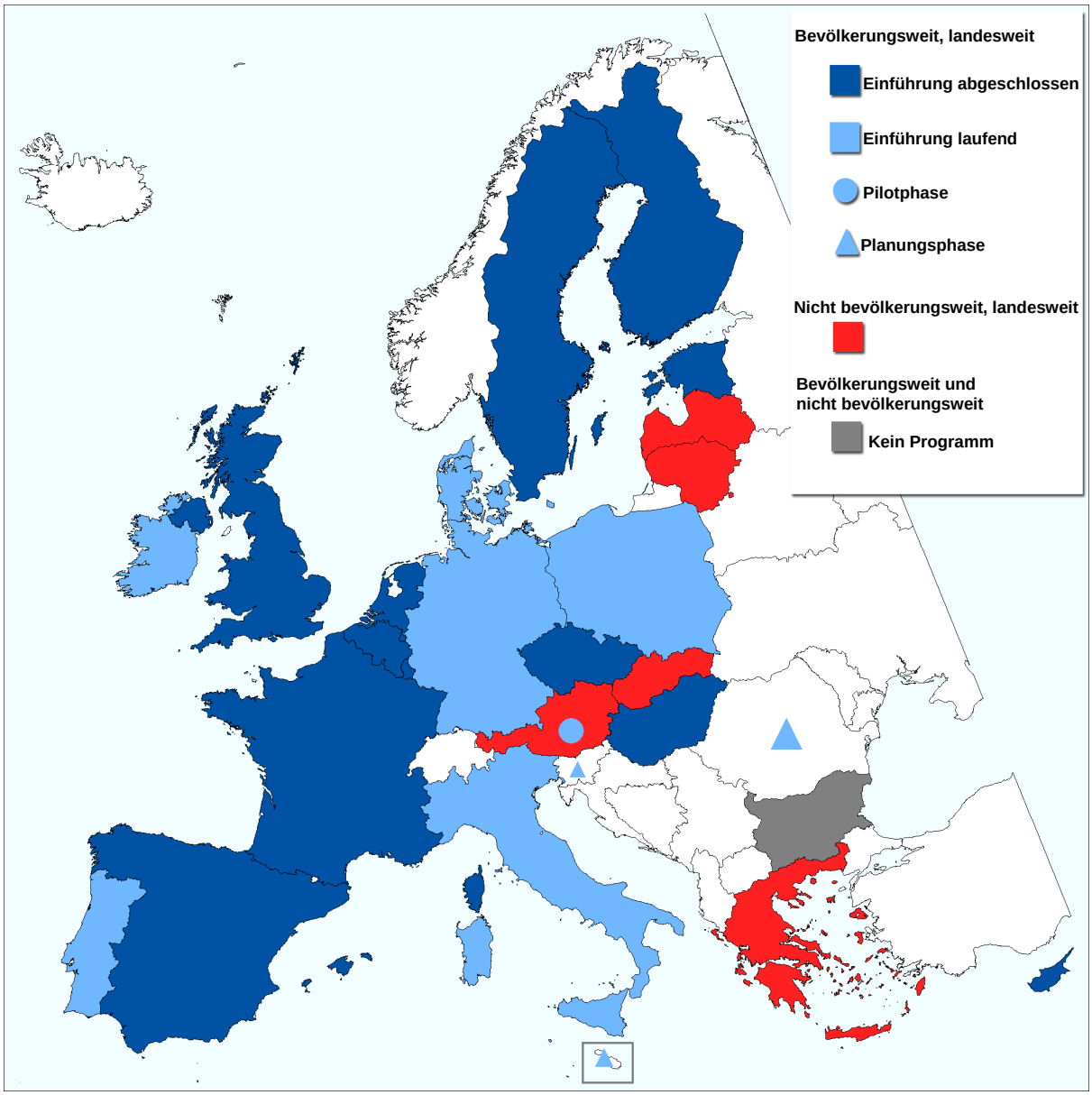


Abbildung 2: Programme für die Brustkrebsfrüherkennung in der Europäischen Union im Jahr 2007, nach Programmart (bevölkerungsweit, nicht bevölkerungsweit, kein Programm) und Umsetzungsstatus des Landes (bevölkerungsweit: landesweit oder regional, Einführung abgeschlossen oder laufend, Pilotphase und/oder Planungsphase; nicht bevölkerungsweit: landesweit oder regional). Die gezeigten Programme verwenden eine Früherkennungsuntersuchung (Mammografie), die vom Rat der Europäischen Union im Jahr 2003 empfohlen wurde[1].

Quelle: ECN[9]

Verteilung der Programme zur Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung mit Hilfe zytologischer Untersuchungen in der EU im Jahr 2007

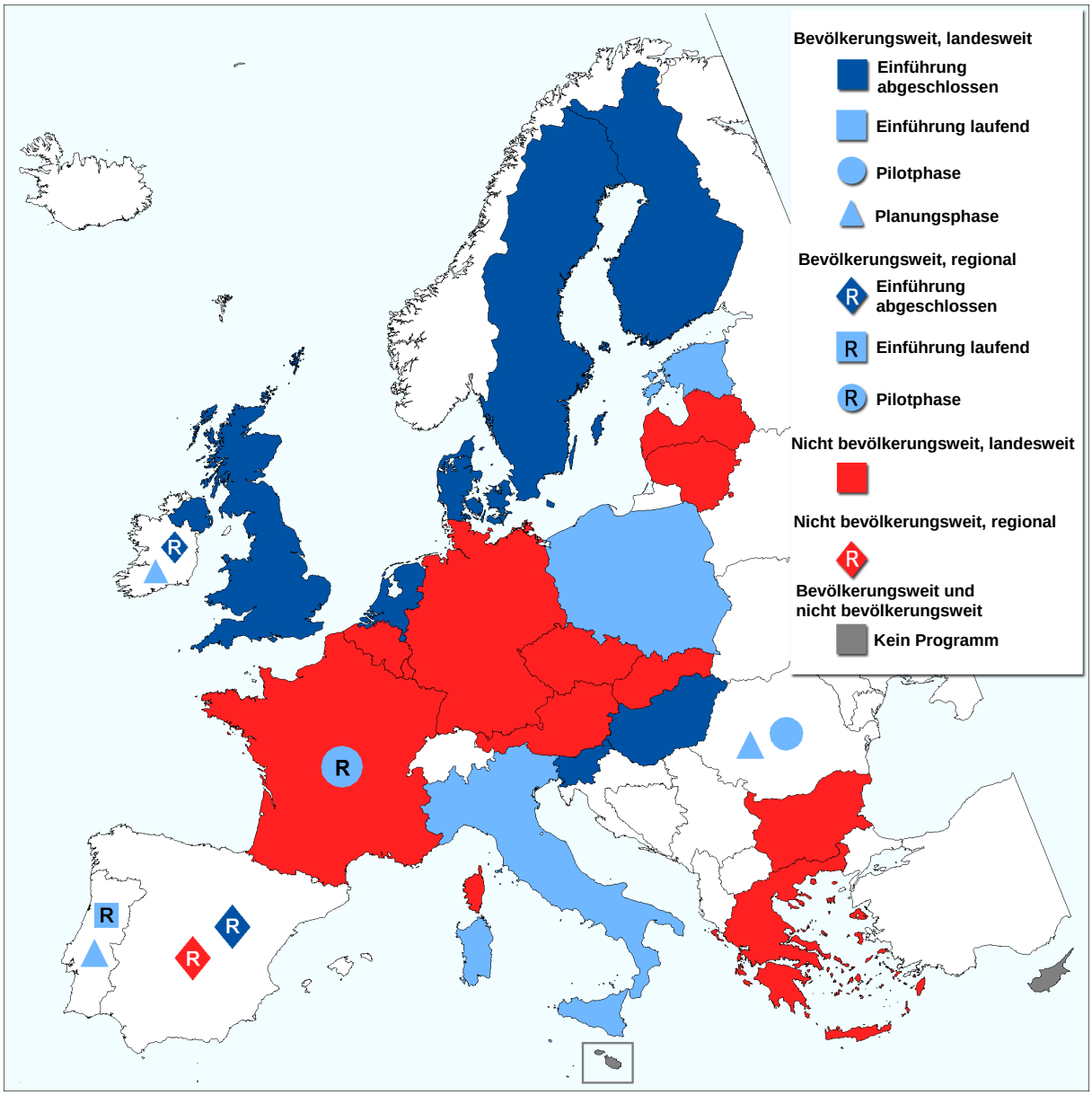


Abbildung 3: Programme für die Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung in der Europäischen Union im Jahr 2007, nach Programmart (bevölkerungsweit, nicht bevölkerungsweit, kein Programm) und Umsetzungsstatus des Landes (bevölkerungsweit: landesweit oder regional, Einführung abgeschlossen oder laufend, Pilotphase und/oder Planungsphase; nicht bevölkerungsweit: landesweit oder regional). Die gezeigten Programme verwenden eine Früherkennungsuntersuchung (Pap-Test), die vom Rat der Europäischen Union im Jahr 2003 empfohlen wurde[1].

Quelle: ECN[9]

Verteilung der Programme zur Früherkennung des Kolorektalkarzinoms mit Hilfe von Untersuchungen auf okkultes Blut im Stuhl in der EU im Jahr 2007

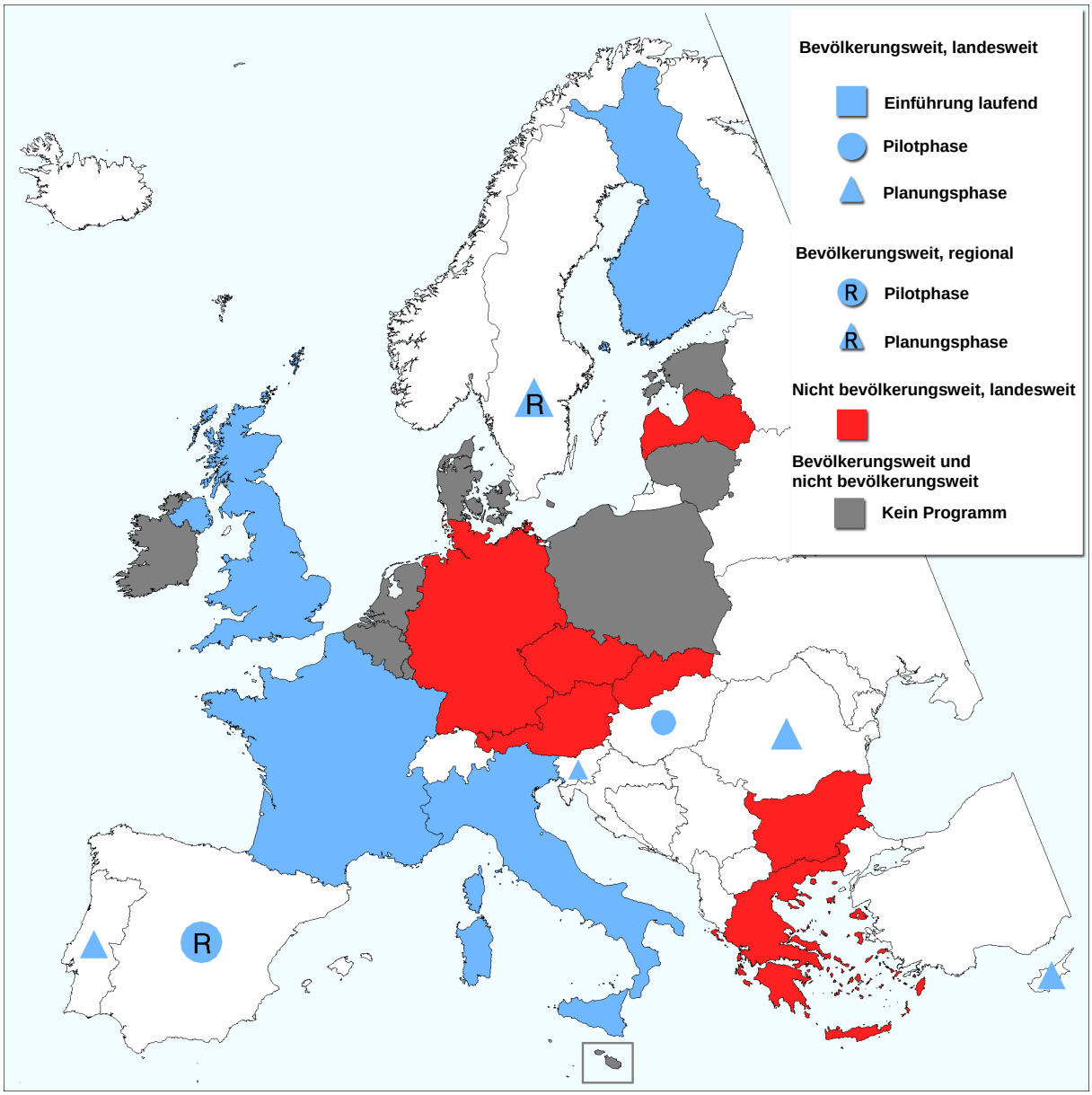


Abbildung 4: Programme für die Früherkennung des Kolorektalkarzinoms mit Hilfe von Untersuchungen auf okkultes Blut im Stuhl in der Europäischen Union im Jahr 2007, nach Programmart (bevölkerungsweit, nicht bevölkerungsweit, kein Programm) und Umsetzungsstatus des Landes (bevölkerungsweit: landesweit oder regional, Einführung abgeschlossen oder laufend, Pilotphase und/oder Planungsphase; nicht bevölkerungsweit: landesweit oder regional). Die gezeigten Programme verwenden eine Früherkennungsuntersuchung, die vom Rat der Europäischen Union im Jahr 2003 empfohlen wurde[1].

Quelle: ECN[9]

Wie aus diesen drei Karten ersichtlich wird, wurden bereits große Fortschritte gemacht, aber es sind noch weitere Fortschritte erforderlich:

- Für Brustkrebs haben nur 22 Mitgliedstaaten bevölkerungsweite Früherkennungsprogramme oder führen solche ein,
- für Gebärmutterhalskrebs sind es nur 15 Mitgliedstaaten und
- für das Kolorektalkarzinom sind es nur 12 Mitgliedstaaten.

Die jährliche Zahl der Vorsorgeuntersuchungen in der EU ist zurzeit beträchtlich; dennoch ist dies nur die Hälfte der jährlich zu erwartenden Menge an Mindestuntersuchungen, wenn die in der Empfehlung des Rates genannten Früherkennungsuntersuchungen allen EU-Bürgern entsprechenden Alters zugänglich wären (etwa 125 Mio. Untersuchungen pro Jahr). Darüber hinaus erfolgen weniger als die Hälfte der gegenwärtig durchgeführten Untersuchungen (41 %) als Teil bevölkerungsweiter Programme, die einen organisatorischen Rahmen für die umfangreiche Qualitätssicherung gemäß der Empfehlung des Rates bieten.

2.2. Durchführung der Empfehlung des Rates in den Mitgliedstaaten

2.2.1. Durchführung von Krebsfrüherkennungsprogrammen

Abschnitt 1 der Empfehlung des Rates umfasst eine Reihe von Schutzmaßnahmen und fachlichen, ethischen und rechtlichen Standards, die bei der Durchführung von Früherkennungsprogrammen in den Mitgliedstaaten zu beachten sind. Er enthält acht Empfehlungen, die darauf abzielen, dass die Durchführung der Früherkennungsprogramme strikt nachweisgestützt ist, dass die europäischen Leitlinien für vorbildliche Praktiken beachtet werden, dass ethische Standards bei der Aufklärung über Vorteile und Risiken eingehalten werden, dass eine angemessene Nachversorgung von bei der Früherkennung festgestellten Läsionen möglich ist, und nicht zuletzt, dass ein angemessener Datenschutz gewährleistet ist. Mindestens zwei von drei Mitgliedstaaten (67 %) geben an, dass sie die meisten dieser acht Empfehlungen zur Einführung von Früherkennungsprogrammen befolgen.

2.2.2. Registrierung und Verarbeitung der Früherkennungsdaten

Abschnitt 2 umfasst vier Empfehlungen, die darauf abzielen, dass die ordnungsgemäße Funktion eines qualitätsgesicherten Früherkennungsprogramms sichergestellt ist, dass ein elektronisches System für die Aufforderung zu Erst- und Folgeuntersuchungen vorhanden ist und dass sämtliche Daten über die Früherkennungsuntersuchungen erfasst, verwaltet und evaluiert werden.

Ein sehr großer Teil der auskunftgebenden Mitgliedstaaten gibt an, diese Punkte zu befolgen. 18 von 22 Mitgliedstaaten (82 %) setzen zentralisierte Datenverarbeitungssysteme für die Durchführung der Programme und ein System für die Aufforderung zu Erst- und Folgeuntersuchungen der zu erfassenden Personen ein. 20 von 22 Mitgliedstaaten (91 %) geben an, dass nicht nur Daten über die Untersuchungsergebnisse erfasst, verwaltet und evaluiert werden, sondern auch über die Beurteilung von Personen mit positiven Ergebnissen und über die Diagnose. Der gleiche hohe Konformitätsgrad wird auch für die vollständige Beachtung der europäischen Datenschutzvorschriften bei der Datenbehandlung, insbesondere in Bezug auf personenbezogene Gesundheitsdaten, vor der Einführung der Krebsfrüherkennungsprogramme gemeldet.

2.2.3. Überwachung

Abschnitt 3 umfasst drei Empfehlungen, die die erforderliche Grundlage für die Qualitätssicherung durch eine regelmäßige Überwachung der Früherkennungsprogramme legen sollen.

Obwohl die Mehrzahl der Mitgliedstaaten angibt, dass sie zwei der drei spezifischen Punkte in diesem Abschnitt über die Überwachung erfüllen, lag die Konformität deutlich niedriger als für die meisten Punkte in allen anderen Abschnitten (außer Abschnitt 6).

In Bezug auf Punkt 3 a) in der Empfehlung des Rates geben nur 55 % der auskunftgebenden Mitgliedstaaten an, dass Ablauf und Ergebnis der systematischen Früherkennung regelmäßig durch einen unabhängigen Peer Review überwacht werden, und 59 % geben an, dass die Ergebnisse der Bevölkerung und dem die Früherkennung durchführenden Personal rasch mitgeteilt werden. Der geringere Anteil der Mitgliedstaaten, die eine solche Überwachung durchführen, reflektiert die Tatsache, dass die entsprechenden Fragen in der EU-Umfrage nur eingeschränkt auf Mitgliedstaaten anwendbar sind, in denen noch keine bevölkerungsweiten Krebsfrüherkennungsprogramme eingeführt wurden. Der relativ sehr geringe Anteil (45 %) von Mitgliedstaaten, die angeben, dass die Früherkennungsprogramme durch nationale Krebsregister überwacht werden, erfordert noch eine weitergehende Untersuchung.

2.2.4. Schulung

Abschnitt 4 enthält eine Empfehlung, die die Bedeutung der Schulung des gesamten an den Früherkennungsprogrammen beteiligten Fachpersonals unterstreicht.

Es wird eine sehr hohe Konformität für Abschnitt 4 der Empfehlung des Rates über Schulung gemeldet. 20 von 22 Mitgliedstaaten (91 %) geben an, dass das Personal der Früherkennungsprogramme auf allen Ebenen angemessen geschult ist, um erstklassige Untersuchungsergebnisse gewährleisten zu können.

2.2.5. Erfüllung der Anforderungen

Abschnitt 5 umfasst zwei Empfehlungen, die einen hohen Grad der Teilnahme der Bevölkerung an den Früherkennungsprogrammen anstreben, einschließlich besonderer Maßnahmen zur Sicherstellung eines gleichberechtigten Zugangs für bestimmte sozial und wirtschaftlich benachteiligte Bevölkerungsgruppen.

Ein hoher Anteil der Mitgliedstaaten gibt an, dass sie diese Empfehlung des Rates befolgen. 20 von 22 Mitgliedstaaten (91 %) geben an, dass eine hohe Teilnahme der Zielbevölkerung angestrebt wird, wenn Reihenuntersuchungen angeboten werden. 18 von 22 Mitgliedstaaten (82%) geben an, dass Maßnahmen ergriffen werden, um den gleichberechtigten Zugang zur Früherkennung sicherzustellen, wobei berücksichtigt wird, dass gegebenenfalls bestimmte sozioökonomische Gruppen gezielt angesprochen werden müssen.

2.2.6. Einführung neuartiger Früherkennungsuntersuchungen

Abschnitt 6 umfasst fünf Empfehlungen dazu, wie neue Früherkennungsverfahren in zwei verschiedenen Szenarien zu handhaben bzw. einzuführen sind: zum einen neuartige Früherkennungsuntersuchungen und zum anderen Varianten oder Verbesserungen der empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen, die im Anhang der Empfehlung des Rates zur Krebsfrüherkennung aufgeführt sind.

Etwa 11 von 22 Mitgliedstaaten (50 %) geben an, dass sie die verschiedenen Punkte in Abschnitt 6 über die Einführung neuartiger Früherkennungsuntersuchungen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der internationalen Forschung befolgen.

3. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Vier Jahre nachdem der Rat der Europäischen Union eine Empfehlung zur Krebsfrüherkennung angenommen hat, haben die meisten Mitgliedstaaten Maßnahmen gemäß der Empfehlung ergriffen und beabsichtigen, noch weitere Maßnahmen durchzuführen, wenn die Durchführung noch nicht abgeschlossen ist. So folgten der Formulierung gemeinsamer gesundheitspolitischer Prioritäten und Grundsätze auf europäischer Ebene Maßnahmen auf der Ebene der Mitgliedstaaten, um die gemeinsamen Strategien und Prioritäten umzusetzen.

Insgesamt hat die EU jedoch trotz dieser erheblichen Anstrengungen erst etwa die Hälfte des Weges zur Durchführung der Empfehlung zurückgelegt. Etwas weniger als die Hälfte der Bevölkerung, die gemäß der Empfehlung durch die Früherkennung erfasst werden sollte, ist tatsächlich erfasst, und weniger als die Hälfte dieser Untersuchungen werden im Rahmen eines Früherkennungsprogramms durchgeführt, das die Anforderungen der Empfehlung erfüllt.

Dies verdeutlicht die Notwendigkeit für stärkere Anstrengungen in den Mitgliedstaaten, unterstützt durch die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten sowie die fachliche, organisatorische und wissenschaftliche Unterstützung für Mitgliedstaaten, die bevölkerungsweite Früherkennungsprogramme einführen oder verbessern möchten. Von einer solchen Unterstützung und von weiteren Anstrengungen zur Verbesserung und Erhaltung der hohen Qualität von Früherkennungsprogrammen ist ein erheblicher Mehrwert zu erwarten.

Die Arbeiten zur Unterstützung der Durchführung der Empfehlung werden fortgesetzt. Beispielsweise würden es EU-weite Akkreditierungs-/Zertifizierungssysteme[13] für die Vorsorge auf Basis der EU-Leitlinien für die Qualitätssicherung der Krebsfrüherkennung und die Prüfung dieser Systeme in Pilotprojekten den Programmen ermöglichen, ihre Anstrengungen auf die Erfüllung der EU-Standards zu konzentrieren. Dadurch könnten wiederum die Mitgliedstaaten das Potenzial der bevölkerungsweiten Früherkennungsuntersuchungen ausschöpfen, die Krebsbelastung in der Bevölkerung zu verringern.

Obwohl das Ausmaß der Aktivitäten das zu erwartende Niveau noch lange nicht erreicht hat, ist der Aufwand an personellen und finanziellen Ressourcen bereits beträchtlich. Daher bedarf es anhaltender Bemühungen auf Gemeinschaftsebene und innerhalb der Mitgliedstaaten zur Festlegung geeigneter und wirksamer Maßnahmen, um unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Entwicklung die Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit gegenwärtiger und zukünftiger Früherkennungsaktivitäten sicherzustellen. Die regelmäßige systematische Untersuchung, Überwachung und Bewertung der Durchführung von Krebsfrüherkennungsprogrammen und die EU-weite Berichterstattung zu deren

[13] Verordnung (EG) Nr. 765/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. Juli 2008 über die Vorschriften für die Akkreditierung und Marktüberwachung im Zusammenhang mit der Vermarktung von Produkten und zur Aufhebung der Verordnung (EWG) Nr. 339/93 des Rates, ABl. L 218 vom 13.8.2008, S. 30.

Stand werden weiterhin den Informationsaustausch über erfolgreiche Entwicklungen unterstützen und Schwachpunkte, die einer Verbesserung bedürfen, aufzeigen.

Krebs ist nach wie vor eine der größten Gesundheitsbelastungen in der Europäischen Union. Die Empfehlung zur Krebsfrüherkennung ist eine gemeinsame EU-weite Verpflichtung zur Durchführung praktischer Maßnahmen zur Verringerung dieser Belastung in der Praxis, zum Nutzen einzelner Bürger und ihrer Familien wie auch der Gesellschaft als ganzes. Wie dieser Bericht zeigt, stellt die Einführung dieser Früherkennungsmaßnahmen eine Herausforderung dar, und es sind weitere Anstrengungen erforderlich, um die Empfehlung vollständig durchzuführen.

Diese Initiative beschäftigt sich nur mit einem Aspekt des Kampfs gegen Krebs. Maßnahmen für eine bessere Krebsüberwachung und -prävention auf der Ebene der Gemeinschaft und der Mitgliedstaaten können dazu beitragen, das Auftreten von Neuerkrankungen überhaupt zu reduzieren; der Einsatz bewährter Behandlungen kann dazu beitragen, eine bessere Prognose für Krebskranke zu erreichen, und die zukünftigen Behandlungserfolge können durch die europäische Zusammenarbeit in der Krebsforschung verbessert werden. Die Kommission wird auch überlegen, ob und in welcher Form die Mitgliedstaaten in Zukunft weitere Unterstützung bei anderen Problemstellungen im Zusammenhang mit Krebserkrankungen erhalten können.

Die Kommission beabsichtigt, im Jahre 2009 partnerschaftliche Maßnahmen zur Krebsbekämpfung einzuleiten. In diesem Rahmen sollen EU-weite Verpflichtungen zu konkreten Aktionen zur Krebsprävention und -bekämpfung eingegangen und Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung abgebaut werden. Ziel ist es, die Mitgliedstaaten zu unterstützen, indem ein Rahmen für die Ermittlung und gemeinsame Nutzung von Informationen, Kapazitäten und Fachwissen im Bereich der Krebsprävention und -bekämpfung geschaffen und wichtige Stakeholder in der gesamten Europäischen Union in gemeinsame Anstrengungen zur Senkung der Krankheitslast durch Krebs eingebunden werden.