INITIATIVKREIS PATIENT:INNEN

vision zero

WAS BRAUCHT DIE ONKOLOGIE HEUTE UND IN DER ZUKUNFT WIRKLICH?

REFORMFORDERUNGEN DER PATIENT:INNEN AN DIE DEUTSCHE POLITIK

INITIATIVKREIS • PATIENT:INNEN

vision zero

WELCHE HERAUSFORDERUNGEN SEHEN WIR PATIENT:INNEN?

- Es gibt mehr von Krebs Betroffene, aufgrund steigender Inzidenzen onkologischer Erkrankungen
- Mehr Cancer Survivor durch besseres Überleben, erfordert mehr Nachsorgeangebote
- Wissensexplosion in der Krebsforschung
- Deutschland als Studienstandort fällt zurück. Dadurch bedingt, entsteht eine geringere Verfügbarkeit innovativer Therapieoptionen

UNSERE VISION FÜR EINE UMFASSENDE, NACHHALTIGE VERSORGUNG BEDEUTET PATIENT:INNENPERSPEKTIVEN IN DEN MITTELPUNKT ALLER ÜBERLEGUNGEN STELLEN!

- Vielfalt der Betroffenen in der Krebsforschung stärker berücksichtigen
- Kräfte aller Stakeholder bündeln
- Aufschwung der Nationalen Dekade gegen Krebs langfristig nützen
- Prävention in allen Instanzen des Lebens stärken
- Digitalisierung im Gesundheitssystem umfassend umsetzen
- KI-Potentiale unterstützend nützen
- Weiterentwicklung des Medizinforschungsgesetzes zum Einschluss akademischer Studien

EXECUTIVE SUMMARY

EXECUTIVE SUMMARY
DER PATIENT:INNEN-AGENDA

für eine moderne, gerechte und innovationsfreundliche Krebsversorgung in Deutschland

Krebserkrankungen stellen mit jährlich über 500.000 Neuerkrankungen und rund 230.000 Todesfällen eine der größten gesundheitspolitischen und volkswirtschaftlichen Herausforderungen dar. Trotz einer starken Forschungs- und Versorgungslandschaft fällt Deutschland im internationalen Vergleich zurück: Bürokratische Hürden, unterfinanzierte Prävention und unzureichende Digitalisierung verhindern, dass entstehende Innovationen Patient:innen schnell und flächendeckend zugutekommen. Die Patient:innen setzen sich daher für eine umfassende Reformagenda bestehend aus sieben Themenfeldern ein; damit eine exzellente, inklusive und international wettbewerbsfähige Versorgung wohnortsnah entsteht und nachhaltig bleibt.

1. VERSORGUNG

Die Versorgungsqualität hängt in Deutschland vom Wohnort ab. Während Spitzenzentren modernste Therapie bieten, bestehen in der Fläche große Defizite. Nötig ist die Vernetzung von Kompetenzzentren und regionalen Strukturen, der Einsatz von Telemedizin, Community Nurses sowie verbindliche Standards für den qualitätsgesicherten Zugang für alle Patient:innen.

2. PRÄZISIONSMEDIZIN

Molekulare Diagnostik und personalisierte Therapien sind in Deutschland noch zu selten und oft nur in späten Krankheitsstadien verfügbar. Es fehlt ein umfassender Anspruch auf Molekulare Tumorboards und die Anerkennung von Real-World-Daten für Kostenübernahmen. Frühzeitige Diagnostik, gesicherte Finanzierung und der diskriminierungsfreie, zügige Zugang zu innovativen Therapien sind entscheidend.

3. FORSCHUNG & INNOVATION

War Deutschland 2016 noch weltweit auf Rang 2 bei klinischen Studien, liegt es heute lediglich auf Platz 4, überholt von Spanien und China. Ursachen sind lange Genehmigungsverfahren, fragmentierte Strukturen und instabile Förderbedingungen. Notwendig sind schnellere, unbürokratische Studienprozesse, nachhaltige Finanzierung der „Nationalen Dekade gegen Krebs" und die Diversifizierung von Lieferketten für Medikamente.

4. DIGITALISIERUNG, DATEN & KÜNSTLICHE INTELLIGENZ

Zwischen 3-5 % der Versicherten nutzt aktiv die ePA (Berichte AOK & Ärztezeitung). Ohne zentrale, interoperable Dateninfrastruktur bleiben Forschung und Versorgung fragmentiert. Politik muss die ePA verpflichtend für GVK und PKV einführen, Netzwerke wie nNGM oder NCT nachhaltig finanzieren und Datenschutz europäisch harmonisieren. KI kann Diagnosen beschleunigen, Therapien präzisieren und Sprachbarrieren überwinden, somit maßgeblich Behandler:innen unterstützen. Fehlende Infrastruktur und unklare ethische Leitlinien blockieren jedoch den Einsatz. Erforderlich sind Investitionen in IT-Systeme, verbindliche ethische Standards und gezielte Förderung patientenzentrierter KI-Anwendungen.

5. PRÄVENTION

Nur 2,8 % der GKV-Ausgaben fließen in Prävention & Vorsorge (2024, vdek), während wir uns mehr als das zehnfache für Krankenhausaufenthalte kosten lassen (32,7% GVK-Ausgaben 2024). Dabei verursachen tabakassoziierte Erkrankungen über 30 Mrd. € direkte Kosten pro Jahr. Deutschland braucht eine massive Aufstockung der Präventionsausgaben, die flächendeckende Einführung wirksamer Screening-Programme (z. B. Lungenkrebs) und ein Lernen von Best-Practice Modellen bspw. aus Skandinavien.

6. KOOPERATIONEN

Die Forschungslandschaft ist fragmentiert, Doppelstrukturen kosten Zeit und Ressourcen. Nationale Netzwerke wie NCT oder DKTK müssen gestärkt und internationale Kooperationen ausgebaut werden, um Translation und Zugang zu globalen Datenpools zu sichern.

7. PATIENT:INNENBETEILIGUNG

Eine umfassende Patient:innenvertretung ist zentral für Akzeptanz und Qualität in der onkologischen Versorgung & Forschung, bleibt aber oft ehrenamtlich und unstrukturiert. Benötigt werden Förderprogramme, Stipendien, Patientenkoordinator:innen und steuerliche Entlastungen. Nur so lässt sich Beteiligung professionalisieren und auf viele Schultern verteilen. Dazu können bestehende Strukturen der Krebs-Selbsthilfe als Partner systematisch einbezogen werden. Viele Selbsthilfeorganisationen verfügen bereits über gewachsene Vertrauensstrukturen, Erfahrungswissen und Kompetenzen in der Begleitung von Patient:innen.

FAZIT

Deutschland hat die wissenschaftlichen, medizinischen und ökonomischen Voraussetzungen, wieder eine führende Rolle in der Krebsmedizin einzunehmen. Doch dafür braucht es eine entschlossene politische Agenda: Bürokratieabbau, Digitalisierung, Präzisionsmedizin, Prävention und internationale Kooperation müssen jetzt konsequent umgesetzt werden. Patient:innen erwarten klare Entscheidungen, für eine moderne, gerechte und innovationsfreundliche Krebsversorgung, die Leben rettet und zugleich den Standort Deutschland nachhaltig stärkt - gerade in Zeiten globaler gesundheitspolitischer Umbrüche.

AGENDA

- SICHERN EINER BESSEREN ZUKUNFT GEGEN KREBS
- HANDELN FÜR DIE PATIENT:INNEN
- INVESTIEREN IN PRÄVENTION, INNOVATION UND VERSORGUNG

Jährlich rund **500.000 Neuerkrankungen an Krebs** in Deutschland,

gleichzeitig **jährlich 230.000 Todesfälle durch Krebs.**

45.000 Todesfälle durch **Lungenkrebs** pro Jahr, alle 12 Minuten stirbt ein Mensch an dieser Erkrankung.

Nur 2,8 % der GKV-Ausgaben fließen in Prävention **(8,8 Mrd. € von 312,3 Mrd. €, vdek 2024),** während gleichzeitig 2,4% für Transportfahrten und 32,7% für Krankenhausbehandlungen ausgegeben werden.

Tabakkonsum verursacht 30 Mrd. € **direkte Krankheitskosten** pro Jahr und zusätzlich 67 Mrd. € volkswirtschaftliche Folgekosten.

Die industrielle **Gesundheitswirtschaft** trägt 12,5% zum deutschen BIP bei (2024, WifOR), ein steigendes Wachstumspotenzial, das durch gezielte Investitionen gehoben werden kann.

FORTSCHRITT FÜR PATIENT:INNEN:
UNSERE ZENTRALEN FORDERUNGEN UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Mit Blick auf steigende Krebsinzidenzen bei gleichzeitig verbesserter Überlebensraten, starken Wissenssteigerungen in der Krebsforschung und den Herausforderungen eines modernen Versorgungssystems richten die Patient:innen folgende zentrale Anliegen aus sieben Handlungsfeldern an Politik und Entscheidungsträger.

1.
VERSORGUNG EXZELLENT, WOHNORTNAH & INKLUSIV GESTALTEN

- Ausbau und Stärkung des kollaborativen Arbeitens zwischen der Fläche und den großen Zentren (Auch für Cancer Survivors)
- Förderung von Community-Nurses und Telemedizin für bessere Versorgung zu Hause
- Keine Diskriminierung beim Zugang zu neuesten Therapien aufgrund von Alter, Wohnort oder Versicherung
- Vielfalt der Betroffenen systematisch einbeziehen, Diskriminierung erfassen und abbauen, Patient:innen aktiv in Forschung und Entscheidungsprozesse (Shared Decision Making) einbinden

Deutschland verfügt über ein leistungsfähiges Gesundheitssystem und international anerkannte onkologische Spitzenzentren. Doch die Qualität der Versorgung hängt stark vom Wohnort ab: Während universitäre Zentren modernste Diagnostik und Therapien anbieten, bestehen in ländlichen Regionen und kleineren Kliniken deutliche Versorgungslücken.[1] Besonders für Cancer Survivors, deren Zahl durch verbesserte Überlebensraten dank immer neuerer und präziserer Therapieoptionen stetig wächst, sind wohnortnahe Nachsorgeangebote entscheidend.

Trotz der grundsätzlichen Leistungsfähigkeit des Systems bestehen strukturelle Ungleichheiten. Der Zugang zu innovativen Therapien und klinischen Studien hängt oft von Alter, Versicherungsstatus, sozioökonomischen Faktoren oder Migrationshintergrund ab.[2] Besonders vulnerable Gruppen, ältere Menschen, Patient:innen mit seltenen Tumoren oder mit Sprachbarrieren, haben schlechtere Chancen auf bestmögliche Behandlung. Zudem fehlt es an systematischer Erfassung von Diskriminierung und an strukturierten Konzepten, um Vielfalt in Forschung und Versorgung einzubeziehen. Auch die Integration von Patient:innen in Entscheidungen, etwa über Shared Decision Making, ist noch unzureichend umgesetzt.[3]

Durch die konsequente Vernetzung von Spitzenzentren mit regionalen Versorgungsstrukturen können Expertise und Innovation in die Fläche getragen werden. Digitale Lösungen wie Telemedizin und der Einsatz von Community Nurses eröffnen die Möglichkeit, wohnortnahe Betreuung sicherzustellen und Versorgungslücken gerade in ländlichen Regionen zu schließen.[4,5] Zudem können digitale Anwendungen auf KI-Basis helfen, Sprachbarrieren zu überwinden und Patient:innen besser in Therapieentscheidungen einzubinden.[6] Die Erhebung und Analyse von Daten zu Diskriminierung und Versorgungsgerechtigkeit würde darüber hinaus helfen, Ungleichheiten systematisch abzubauen.

Eine moderne Krebsversorgung darf nicht von Alter, Herkunft oder Wohnort abhängen. Politik und Gesundheitssystem müssen Strukturen schaffen, die eine exzellente, wohnortnahe und inklusive Versorgung für alle garantieren. Dazu gehören die verbindliche Vernetzung von Spitzenzentren und regionalen Einrichtungen, die Förderung digitaler Versorgungsmodelle und die aktive Einbindung von Patient:innen in Forschung und Entscheidungen.[7] So kann Deutschland nicht nur Versorgungsgerechtigkeit sichern, sondern auch international als Modell für eine moderne, inklusive Krebsversorgung vorangehen.

2.
PRÄZISIONSMEDIZIN ERMÖGLICHEN – ZUGANG ZU DIAGNOSTIK & THERAPIE

- Umfassende, frühzeitige molekulare Diagnostik für alle geeigneten Patient:innen, nicht nur in späten Krankheitsstadien
- Anspruch auf Vorstellung im Molekularen Tumorboard (MTB) für komplexe Fälle und geeignete Finanzierung dieser Boards
- Ausbau von Therapieoptionen: Zugang zu innovativen Behandlungen, Studien und Off-Label-Therapien – auch in frühen Therapielinien und unabhängig von Alter, Versicherung oder Wohnort
- Entwicklung und Akzeptanz neuer Evidenzkriterien für Kostenübernahmen (z.B. Real World Daten als Entscheidungsgrundlage), um Off-Label-Therapien schneller verfügbar zu machen und Marktrücknahmen von Medikamenten zu verhindern

Die Onkologie befindet sich in einer Phase rasanter Innovationssprünge: Molekulare Diagnostik und Stratifizierung, Immuntherapien und KI-gestützte Verfahren eröffnen neue Möglichkeiten für personalisierte Therapien.[8] In Deutschland ist der Zugang zu diesen Ansätzen jedoch fragmentiert.[9] Molekulare Diagnostik wird vielerorts erst in späten Krankheitsstadien angewendet, obwohl frühe Tests für eine zielgerichtete Behandlung entscheidend wären.[10] Auch Molekulare Tumorboards (MTBs), die für komplexe Fälle eine interdisziplinäre Bewertung sicherstellen sollen, sind zwar etabliert, ihre Finanzierung ist jedoch oft projektgebunden und damit nicht nachhaltig gesichert.[11]

Es gibt bislang keinen verbindlichen Rechtsanspruch auf die Vorstellung im MTB, sodass Patient:innen unterschiedlich behandelt werden. Zudem bestehen erhebliche Ungleichheiten beim Zugang zu innovativen Therapien und Off-Label-Anwendungen: Alter, Wohnort oder Versicherungsstatus beeinflussen die Chancen, an Studien teilzunehmen oder frühzeitig innovative Behandlungen zu erhalten.[12] Ein weiteres Defizit betrifft die Evidenzbewertung: Real-World-Daten werden in Deutschland bisher kaum genutzt, obwohl sie wichtige Entscheidungsgrundlagen für Kostenübernahmen und die Verhinderung von Marktrücknahmen liefern könnten.[13]

Die systematische Einführung einer frühzeitigen molekularen Diagnostik für alle geeigneten Patient:innen würde die Grundlage für personalisierte Therapien erheblich verbessern. Ein verbindlicher Anspruch auf MTBs und eine gesicherte Finanzierung könnten sicherstellen, dass komplexe Fälle einheitlich und qualitativ hochwertig behandelt werden. Darüber hinaus bietet die Anerkennung neuer Evidenzformen, insbesondere Real-World-Daten, die Möglichkeit, innovative Therapien schneller verfügbar zu machen und gleichzeitig Kosteneffizienz zu sichern. Internationale Best Practices zeigen zudem, dass patientenzentrierte Zugänge zu Studien und Off-Label-Therapien die Versorgungsgerechtigkeit deutlich erhöhen können.[13, 14]

Präzisionsmedizin darf in Deutschland nicht länger ein Privileg Weniger bleiben. Politik und Gesundheitssystem müssen den strukturellen Rahmen schaffen, damit jede:r Patient:in frühzeitig Zugang zu moderner Diagnostik, MTBs und innovativen Therapien erhält. Die Anerkennung von Real-World-Daten als Ergänzung klinischer Studien würde die Translation beschleunigen und den Forschungsstandort stärken. So kann Präzisionsmedizin zu einem Motor werden, der nicht nur Überlebenschancen verbessert, sondern auch Versorgungsgerechtigkeit und Innovationskraft nachhaltig fördert.

3.
FORSCHUNG & INNOVATION BESCHLEUNIGEN, KLINISCHE STUDIEN STÄRKEN

- Schnellere, unbürokratische Zulassung und Durchführung von klinischen Studien, auch für akademische Forschung – analog zu Best-Practices etwa aus UK, Spanien oder Dänemark

- Deutlich mehr, einfacheren Zugang zu Studien, auch im europäischen Ausland, ohne bürokratische Hürden für Patient:innen
- Förderung und Finanzierung langfristiger Forschungsinitiativen ("Nationale Dekade gegen Krebs") und Patient:innen-naher Forschung
- Diversifizierung und Absicherung der Lieferketten für Krebsmedikamente, Aufbau europäischer Produktion und verbindliche Liefervereinbarungen

Deutschland war lange ein international führender Standort für klinische Forschung. Im Jahr 2016 belegte es weltweit Platz 2 hinter den USA bei der Zahl pharmazeutisch initiierter Studien. Inzwischen liegt Deutschland nur noch auf Rang 4 und wurde von Ländern wie Spanien und China überholt.[15, 16] Dabei sind klinische Studien eine fundamentale Grundlage für den Zugang von Patient:innen zu innovativen Therapien und für die Translation wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgung.

Die Gründe für den Rückgang sind vielfältig: Lange und komplexe Genehmigungsverfahren hemmen die Durchführung von Studien, insbesondere im akademischen Bereich. Hinzu kommen komplexe Datenschutzregelungen und fehlende Harmonisierung mit europäischen Standards, die die Nutzung vorhandener medizinscher und Gesundheits-Daten erheblich erschweren.[17, 18] Vertragsverhandlungen zwischen Kliniken und Sponsoren sind häufig langwierig, da es vielerorts noch an einheitlichen Musterverträgen fehlt. Die schnelle Implementierung der Standardvertragsklauseln wie im MFG vorgesehen, ist dringend notwendig und zeitkritisch.[19] Zudem bestehen personelle und infrastrukturelle Engpässe an Studienzentren, und es mangelt an stabilen Förderstrukturen sowie finanziellen Anreizen für patientennahe Forschung.[20]

Andere europäische Länder zeigen, dass es auch anders geht: In Großbritannien, Spanien oder Dänemark wurden Verfahren zur Genehmigung und Durchführung klinischer Studien erheblich beschleunigt, ohne Qualitätsstandards zu senken.[21] Deutschland kann gut von diesen Best Practices lernen. Eine nachhaltige Finanzierung der Nationalen Dekade gegen Krebs sowie die Stärkung akademischer Forschung würden die Basis für langfristige Initiativen sichern. Gleichzeitig bietet die Diversifizierung der Lieferketten für Krebsmedikamente, etwa durch europäische Produktionskapazitäten und verbindliche Liefervereinbarungen, die Chance, Versorgungssicherheit herzustellen und Abhängigkeiten zu reduzieren.

Deutschland muss dringend handeln, um wieder ein führender Forschungsstandort zu werden. Ein entschlossener Abbau bürokratischer Hürden, die gezielte Förderung akademischer und innovativer Studien und der Ausbau internationaler Kooperationen sind dafür zentrale Bausteine. So können Forschungsergebnisse schneller in die klinische Versorgung übertragen werden, Patient:innen erhalten frühzeitigen Zugang zu innovativen Therapien, und die Wettbewerbsfähigkeit des Standorts wird nachhaltig gestärkt. Die Politik steht in der Verantwortung, diesen Reformprozess einzuleiten, im Interesse der Betroffenen und als Signal für Europas Rolle in der globalen Krebsforschung.

4.

DIGITALISIERUNG UND DATEN FÜR BESSEREVERSORGUNG NUTZEN, HIERBEI KÜNSTLICHE INTELLIGENZ VERANTWORTUNGSVOLL EINSETZEN

- Aufbau sicherer, hochwertiger Dateninfrastruktur – zentrale, vernetzte Datenbanken und digitale Patient:innenakten
- Verpflichtende Einführung und konsequente Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte (ePA) für alle Versicherten und Versorgungspartner
- Ermöglichung und Förderung digitaler Netzwerkstrukturen (Netzwerke wie nNGM, NCT, DKTK, ZPM, DNPM), um Diagnostik, Therapie und Forschung zu verknüpfen
- Balance zwischen Datenschutz und dem Interesse der Patient:innen an bestmöglicher Datennutzung für Versorgung und Forschung
- Förderung medizinischer KI-Lösungen zur Unterstützung bei Diagnose und Therapie und gezielte Investitionen in IT-Infrastruktur

- Entwicklung und Umsetzung verbindlicher ethischer Leitlinien für den KI-Einsatz im Interesse der Patient:innen
- Einsatz digitaler Hilfsmittel und KI zur besseren Unterstützung von Patient:innen mit Sprachbarrieren

Deutschland verfügt über eine starke Forschungslandschaft und moderne Spitzenmedizin, bleibt bei der Digitalisierung jedoch weit hinter anderen europäischen Ländern zurück. Die elektronische Patientenakte (ePA) ist bisher nur bei 3-5 % der Versicherten aktiv genutzt (Berichte AOK & Ärztezeitung), während Länder wie Dänemark und Estland fast flächendeckende Anwendungen etabliert haben.[22-24] Daten aus Diagnostik, Therapie und Nachsorge sind häufig fragmentiert und werden nicht systematisch genutzt. Netzwerke wie nNGM, NCT, DKTK oder ZPM zeigen zwar, wie digitale Kooperation Forschung und Versorgung voranbringen können, doch ihre Finanzierung ist oft projektbezogen und nicht nachhaltig gesichert.[25, 26]

Die fehlende digitale Infrastruktur verhindert eine effiziente Nutzung von Daten. Viele Kliniken arbeiten mit veralteten IT-Systemen, die weder interoperabel noch kompatibel mit modernen Anwendungen sind.[27, 28] Zudem bestehen erhebliche Unsicherheiten durch komplexe Datenschutzregelungen und mangelnde europäische Harmonisierung. Diese führen dazu, dass wertvolle Daten noch nicht genutzt werden können, obwohl Patient:innen ein legitimes Interesse daran haben, dass ihre Daten im Sinne einer besseren Versorgung und Forschung eingesetzt werden.[29]

Eine sichere, hochwertige und vernetzte Dateninfrastruktur kann die Basis für Präzisionsmedizin und eine moderne Krebsversorgung schaffen. Die konsequente Einführung und Weiterentwicklung der ePA würde es ermöglichen, Behandlungsdaten sektorenübergreifend zu nutzen und Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Der Ausbau digitaler Netzwerke wie nNGM oder NCT kann Diagnostik, Therapie und Forschung enger miteinander verknüpfen und die Translation von Innovationen beschleunigen.[25, 30] Zugleich bietet eine verantwortungsvolle Balance zwischen Datenschutz und Datennutzung die Möglichkeit, Vertrauen zu schaffen und gleichzeitig den Zugang zu Forschung zu sichern.

Digitalisierung ist der Generalschlüssel für eine moderne, patientenzentrierte Krebsmedizin. Deutschland muss jetzt handeln, um von einem digitalen Nachzügler zu einem Vorreiter zu werden. Durch eine flächendeckende Einführung der ePA, den Aufbau interoperabler Dateninfrastrukturen und die Förderung digitaler Netzwerke können Forschungsergebnisse schneller in die Versorgung übertragen werden. So entsteht ein System, das nicht nur effizienter und präziser, sondern auch gerechter ist, im Interesse aller Patient:innen und im Sinne der internationalen Wettbewerbsfähigkeit.

Künstliche Intelligenz (KI) hat das Potenzial, die Onkologie grundlegend zu verändern. Bereits heute zeigen Anwendungen in Radiologie und Pathologie, wie Algorithmen Tumoren schneller und präziser identifizieren oder genetische Marker analysieren können.[31-34] Internationale Entwicklungen, etwa in den USA oder China, verdeutlichen, dass KI zunehmend ein Treiber medizinischer Innovation ist. In Deutschland dagegen kommt der Einsatz nur schleppend voran. Klinische Pilotprojekte existieren, doch eine systematische Integration in die Versorgung fehlt.
Die größten Hindernisse liegen in der fehlenden IT-Infrastruktur und der mangelnden Interoperabilität vieler Systeme. Viele Kliniken arbeiten mit veralteter Technik, die für KI-Anwendungen ungeeignet ist.[35, 36] Hinzu kommen unklare rechtliche Rahmenbedingungen und fehlende ethische Leitlinien. Patient:innen in Deutschland können derzeit noch nicht sicher sein, dass KI-Systeme diskriminierungsfrei, transparent und nachvollziehbar eingesetzt werden.[37] Gleichzeitig fehlen politische Initiativen, die den Einsatz von KI für besonders vulnerable Gruppen, etwa Patient:innen mit Sprachbarrieren, systematisch fördern.[3]

Richtig eingesetzt, kann KI die Krebsversorgung effizienter, präziser und gerechter machen. Sie kann Ärzt:innen bei Diagnose- und Therapieentscheidungen unterstützen und Behandlungsprozesse beschleunigen. Zudem eröffnet der Einsatz von KI-basierter Übersetzungs- und Kommunikationssoftware neue Möglichkeiten, Patient:innen mit Sprachbarrieren gleichberechtigt einzubinden und so bestehende Ungleichheiten abzubauen.[3, 38] Verbindliche ethische Leitlinien und eine gründliche Auseinandersetzung mit internationalen Guidelines würden sicherstellen, dass KI-Anwendungen patientenzentriert und verantwortungsvoll genutzt werden.[39] Internationale Best Practices zeigen, dass die Kombination aus Investi-

tionen in digitale Infrastruktur, klaren Regeln und gezielter Förderung von Anwendungen die Translation neuer Technologien erheblich beschleunigt.[40]

Deutschland muss jetzt die Grundlagen schaffen, damit KI nicht länger ein Randphänomen, sondern ein integraler Bestandteil moderner Krebsmedizin wird. Dazu gehören gezielte Investitionen in digitale Infrastruktur, die Entwicklung verbindlicher ethischer Leitlinien und die Förderung patientenzentrierter Anwendungen. Wenn Politik und Versorgung diese Rahmenbedingungen schaffen, kann KI nicht nur Diagnostik und Therapie verbessern, sondern auch Versorgungsgerechtigkeit stärken und Deutschland international als Innovationsstandort positionieren.

5.
PRÄVENTION STÄRKEN, WISSENS- & VERSORGUNGSLÜCKEN SCHLIESSEN

- Massive Investitionen in Aufklärung, Gesundheitsförderung und den Zugang zu Vorsorgeangeboten auf bundesweiter Ebene
- Übernahme erfolgreicher Präventionskonzepte (z.B. aus Dänemark und anderen skandinavischen Ländern) und politische Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben schaffen

Krebs ist mit jährlich über 500.000 Neuerkrankungen und rund 230.000 Todesfällen eine der größten gesundheitspolitischen und volkswirtschaftlichen Herausforderungen in Deutschland (RKI 2023; Destatis 2023). Obwohl Prävention nachweislich Erkrankungen vermeiden und Mortalität senken kann, werden dafür nur 2,8 % der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aufgewendet, etwa 8,8 Mrd. Euro von insgesamt 312,3 Mrd. Euro (vdek 2024). Zum Vergleich: Allein für Krankentransporte werden jährlich 2,4% der GKV Ausgaben verausgabt (7,5 Mrd. Euro), während die Kosten für Krankenhausbehandlungen 32,7% (102,2 Mrd. Euro) der Ausgaben darstellen. Gleichzeitig verursacht allein Tabakkonsum 30,3 Mrd. Euro direkte Krankheitskosten und zusätzlich 66,9 Mrd. Euro indirekten volkswirtschaftliche Folgekosten.[41]

Die bestehenden Präventionsprogramme sind oft projektbezogen und erreichen vulnerable Gruppen nur unzureichend. Lücken bestehen insbesondere beim Zugang zu Früherkennung für Hochrisikogruppen, etwa beim Lungenkrebs-Screening: Obwohl internationale Studien wie NELSON zeigen, dass ein Niedrigdosis-CT die Mortalität signifikant senken kann, nach dem GBA Beschluss von 18.6.2025 müssen diese Screening-Programme nun auch sinnvoll und niederschwellig umgesetzt werden und dafür Infrastruktur geschaffen.[42, 43] Zudem mangelt es an verbindlichen politischen Rahmenbedingungen, die gesundheitsfördernde Lebensstile, von Ernährung bis Bewegung, systematisch unterstützen. Im internationalen Vergleich sind viele Länder deutlich weiter. In Europa kann man sich an Dänemark oder Schweden orientieren, welche umfassende nationale Präventionsstrategien mit klarer Regulierung und breiter Aufklärung etabliert haben[44-47] – interessanterweise sind auch die Gesamtgesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP dieser Länder deutlich geringer als in Deutschland.[48]

Eine konsequente Stärkung von Prävention eröffnet erhebliche Potenziale. Massive Investitionen in Aufklärung und Gesundheitsförderung könnten die Zahl vermeidbarer Krebserkrankungen signifikant senken und gleichzeitig volkswirtschaftliche Kosten reduzieren. Die Übernahme erfolgreicher Modelle aus Skandinavien, etwa Tabakpolitik, Bewegungsprogramme oder verbindliche Präventionsziele in der Gesetzgebung, könnte die Grundlage für eine bundesweite Präventionsstrategie in Deutschland bilden. Darüber hinaus würde beispielsweise der Aufbau einer unabhängigen Deutschen Präventionsstiftung die langfristige Finanzierung sichern und das Vertrauen in die Wirksamkeit solcher Maßnahmen erhöhen.

Prävention darf nicht länger das „Stiefkind" der Gesundheitspolitik bleiben. Deutschland hat die Chance, durch gezielte Investitionen, die flächendeckende Einführung wirksamer Vorsorgeangebote und die Schaffung klarer Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben die Krebsinzidenz nachhaltig zu senken. Damit ließen sich nicht nur Leben retten, sondern auch volkswirtschaftliche Lasten verringern. Eine starke Präventionspolitik ist zugleich ein zentrales Signal: Sie zeigt, dass Politik Verantwortung übernimmt, für die Patient:innen von heute und die Gesellschaft von morgen.

6.
KOMPETENZEN & KRÄFTE BÜNDELN, INTERNATIONAL KOOPERIEREN

- Vernetzung von Krebszentren, Kliniken und Forschungseinrichtungen durch nationale und internationale Kooperationen
- Systematische Erfassung und Vermeidung von Doppelstrukturen, effizienter Ressourceneinsatz für gemeinsames Ziel einer besseren Versorgung
- Stärkere Unterstützung für schnelle Translation von Forschung in die Versorgung

Deutschland verfügt über international renommierte Krebszentren und leistungsfähige Forschungsstrukturen. Nationale Netzwerke wie das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen (NCT), das Deutsche Konsortium für Translationale Krebsforschung (DKTK) oder das Nationale Netzwerk Genomische Medizin (nNGM) zeigen, wie durch Vernetzung von Forschung und Versorgung Fortschritte erzielt werden können.[26] Dennoch arbeiten viele Einrichtungen weiterhin zu isoliert, und die vorhandenen Strukturen sind oft projektbezogen finanziert.

Die Fragmentierung der Forschungslandschaft führt zu ineffizientem Ressourceneinsatz und Doppelstrukturen. Studienzentren konkurrieren um begrenzte Mittel, anstatt Synergien systematisch zu nutzen. Zudem fehlt eine zentrale Steuerung, um Translation, also die schnelle Überführung von Forschungsergebnissen in die Versorgung, konsequent voranzutreiben. Während Länder wie die USA (e.g., NSTC) oder Dänemark koordinierte nationale Programme aufgebaut haben, die Daten, Infrastruktur und Expertise bündeln, bleibt Deutschland in Teilen hinter diesem Anspruch zurück. Internationale Kooperationen sind bislang nicht ausreichend strategisch verankert, sodass Deutschland den Zugang zu großen Datenpools und gemeinsamen Studienplattformen weniger effektiv nutzt als andere führende Forschungsnationen.

Eine konsequente Bündelung der vorhandenen Kompetenzen würde nicht nur Ressourcen schonen, sondern auch die internationale Wettbewerbsfähigkeit stärken. Durch eine engere Vernetzung von Krebszentren, Kliniken und Forschungseinrichtungen könnten Forschungsergebnisse schneller in die Versorgung übertragen werden.[49] Internationale Allianzen, etwa im Rahmen europäischer Krebsforschungsprogramme (bspw. EACR, EU Mission on Cancer, UNCAN, ECPDC), eröffnen Zugang zu großen Datensätzen, erleichtern gemeinsame klinische Studien und beschleunigen den Wissenstransfer.[50, 51] Darüber hinaus schafft eine koordinierte Struktur die Möglichkeit, Patient:innen frühzeitiger einzubeziehen und so Forschung noch stärker an den Bedürfnissen der Betroffenen auszurichten.[3]

Deutschland hat die Chance, durch eine klare politische Steuerung die Fragmentierung der Forschungs- und Versorgungslandschaft zu überwinden. Notwendig sind nachhaltige Finanzierungsmodelle, verbindliche Mechanismen zur Vermeidung von Doppelstrukturen und eine strategische Ausweitung internationaler Kooperationen. Wenn Kräfte gebündelt und Kompetenzen vernetzt werden, kann Deutschland zum Motor einer patientenzentrierten, innovativen Krebsmedizin in Europa werden, mit messbaren Vorteilen für Forschung, Versorgung und Patient:innen.

7.
NACHHALTIGE STÄRKUNG DER PATIENTEN:INNENBETEILIGUNG DURCH WEITERE FINANZIELLE UND STRUKTURELLE MASSNAHMEN

- Förderung der Entwicklung von Patienten:innenvertreter:innen (Kosten für Weiterbildung, Projektförderung, Stipendien o.ä.) und der notwendigen Strukturen dazu (z.B. Patientenkoordinatoren), um langfristig die Patienten:innenbeteiligung weiter zu stärken und auf viele Schultern zu verteilen.
- Steuererleichterung für Patient:innenvertreter:in, vergleichbar mit der Übungsleiterpauschale

Patient:innenbeteiligung ist ein zentrales Element einer modernen, patientenzentrierten Krebsversorgung. In Deutschland sind Patient:innenvertretungen bereits in Ethikkommissionen, Forschungsprojekten und gesundheitspolitischen Gremien aktiv eingebunden. Ihre Perspektive verbessert die Qualität von Forschung und Versorgung und stärkt das Vertrauen in Entscheidungen.[52] Dennoch fehlen bislang stabile Strukturen und ausreichende finanzielle Unterstützung, um diese Beteiligung langfristig zu sichern.

Patient:innenvertretung basiert häufig auf ehrenamtlichem Engagement und ist damit stark von einzelnen Personen abhängig. Es fehlt an systematischen Qualifizierungsangeboten, die Vertreter:innen in die Lage versetzen, Forschung und Versorgung kompetent mitzugestalten, sogar obwohl es tolle Initiativen und Leuchttürme gibt, die zeigen wie man Forschung gemeinsam gestalten kann (z.b.NCT-PEAK). Leider existieren im allgemeinen kaum institutionalisierte Strukturen wie Patientenkoordinator:innen, die eine kontinuierliche Einbindung von Patient:innen gewährleisten könnten. Auch steuerliche Regelungen sind unzureichend: Während andere gesellschaftliche Engagements, etwa im Sport, durch die Übungsleiterpauschale gefördert werden, gibt es für Patient:innenvertretungen bislang keine vergleichbaren Entlastungen. Dadurch wird nicht nur bürgerschaftliches Engagement im Gesundheitswesen strukturell benachteiligt, gleichzeitig wird die Heterogenität/Vielfalt der Patient:innen und Ihrer Hintergründe nicht inkludiert oder gefördert.

Eine nachhaltige Förderung der Patient:innenbeteiligung durch finanzielle Unterstützung (z. B. Projektförderungen, Stipendien, Weiterbildungskosten) würde sicherstellen, dass Engagement nicht vom individuellen Ressourcenhintergrund abhängt. Der Aufbau fester Strukturen wie Patientenkoordinator:innen könnte Beteiligung professionalisieren und auf viele Schultern verteilen. Steuererleichterungen nach dem Vorbild der Übungsleiterpauschale würden Patient:innenvertreter:innen zudem finanziell entlasten und ihre Arbeit aufwerten.[3] Gleichzeitig würde die Förderung der Qualifizierung gewährleisten, dass Patient:innen auf Augenhöhe mit Forschenden und Ärzt:innen agieren können, ein entscheidender Schritt für echte Partizipation.[7, 53]

Deutschland hat die Möglichkeit, Patient:innenbeteiligung aus einer projektbezogenen Nischenaufgabe in eine tragende Säule der Gesundheitspolitik zu überführen. Mit gezielten Förderinstrumenten, struktureller Verankerung und steuerlicher Anerkennung kann Beteiligung nachhaltig gestärkt werden. Dies wäre nicht nur ein Zeichen der Wertschätzung für die Betroffenen, sondern auch ein entscheidender Beitrag zur Qualität von Forschung und Versorgung. Eine starke Patientenvertretung bedeutet mehr Transparenz, mehr Vertrauen und bessere Ergebnisse, für die Patient:innen von heute und die Gesundheitssysteme von morgen.

REFERENZEN

1. Stangl S, Rauch S, Rauh J, Meyer M, Müller-Nordhorn J, Wildner M, et al. Disparities in accessibility to evidence-based breast cancer care facilities by rural and urban areas in Bavaria, Germany. Cancer. 2021;127(13):2319–32.
2. Tetzlaff F, Nowossadeck E, Jansen L, Michalski N, Barnes B, Kraywinkel K, et al. Widening area-based socioeconomic inequalities in cancer mortality in Germany between 2003 and 2019. Sci Rep-Uk. 2023:1––11.
3. fokus pii. Mit KI zur gemeinsamen Entscheidungsfindung in der Medizin - Praktischer Wegweiser. 2025.
4. Nurtsch A, Teufel M, Jahre LM, Esber A, Rausch R, Tewes M, et al. Drivers and barriers of patients' acceptance of video consultation in cancer care. Digit Health. 2024;10:20552076231222108.
5. Schuldt A, uch C. Projekt im hohen Norden: Pflegekräfte als Decision Coaches. Pflegezeitschrift. 2020;73(3):10–2.
6. Geiger F, Novelli A, Berg D, Hacke C, Sundmacher L, Kopeleva O, et al. The Hospital-Wide Implementation of Shared Decision-Making-Initial Findings of the Kiel SHARE TO CARE Program. Dtsch Arztebl Int. 2021;118(13):225–6.
7. Gallagher JH, Vassy JL, Clayman ML. Navigating the uncertainty of precision cancer screening: The role of shared decision-making. PEC Innov. 2023;2:100127.
8. Hendriks LEL, Cortiula F, Martins-Branco D, Mariamidze E, Popat S, Reck M. Updated treatment recommendations for systemic treatment: from the ESMO oncogene-addicted metastatic NSCLC living guideline. Annals of Oncology.
9. Hönikl LS, Lange S, Butenschoen VM, Delbridge C, Meyer B, Combs SE, et al. The role of molecular tumor boards in neuro-oncology: a nationwide survey. BMC Cancer. 2024;24(1):108.
10. Griesinger F, Eberhardt W, Nusch A, Reiser M, Zahn MO, Maintz C, et al. Biomarker testing in non-small cell lung cancer in routine care: Analysis of the first 3,717 patients in the German prospective, observational, nation-wide CRISP Registry (AIO-TRK-0315). Lung Cancer. 2021;152:174–84.
11. Lutz S, D'Angelo A, Hammerl S, Schmutz M, Claus R, Fischer NM, et al. Unveiling the Digital Evolution of Molecular Tumor Boards. Target Oncol. 2025;20(1):27–43.
12. (OECD). OfEC-oaD. Access to Oncology Medicines in EU and OECD Countries. OECD Working Paper; 2024.
13. de Pouvourville G, Cunningham D, Fricke FU, Lindgren P, Mantovani L, Murphy LA, et al. Across-Country Variations of Real-World Data and Evidence for Drugs: A 5-European-Country Study. Value Health. 2023;26(4s):3–10.
14. Stenzinger A, Moltzen EK, Winkler E, Molnar-Gabor F, Malek N, Costescu A, et al. Implementation of precision medicine in healthcare-A European perspective. J Intern Med. 2023;294(4):437–54.
15. Kuschel A-S, Ernst R, Beck J-P, Borchert K, Braun S, Ruppert T, et al. Evaluating Patient Participation in Clinical Trials for CLL and SLE in Germany—A Mixed-Methods Study on Enrollment Potential Based on Claims Data. Healthcare. 2024;12(21):2127.
16. Vintura. Studienstanort-Barometer Deutschland. 2025.
17. vfa. Klinische Studien: Langsam, bürokratisch. 2024.
18. Becker R, Chokoshvili D, Dove ES. Legal bases for effective secondary use of health and genetic data in the EU: time for new legislative solutions to better harmonize data for cross-border sharing? International Data Privacy Law. 2024;14(3):223–46.
19. vfa. Mustervertragsklauseln für klinische Prüfungen. 2025.
20. Richter-Kuhlmann E. Forschende Ärzte in Weiterbildung: Clinician Scientist als Option. Deutsches Ärzteblatt. 2019;116(50)::p. A–2337 / B–1920 / C–186.
21. First-ever MHRA analysis of UK clinical trial applications finds new opportunities to drive medical breakthroughs for patients [press release]. https://www.gov.uk/, 10.04.2025 2025.
22. Thiel RD, Lucas; Schmidtmann, Daniel; Klaus Piesche; Hüsing Tobias; Rennoch, Jonas; Stroetmann, Veli; Stroetmann, Karl, Kostera, Thomas. #SmartHealthSystems: Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich
Auszug Estland. 2018 29.11.
23. Hinsberg Shea L. National Digital Healthcare the Estonian Experience https://opensourcehealthcare.org/articles/national-digital-healthcare-estonia#fn-11: opensourcehealthcare.org; [
24. Sikkut R. Learning from the Estonian e-health system. Health Europa Quaterly; 2019. p. 08: 82–5.
25. Anna Kron RB, Christof von Kalle, Bärbel Söhlke, Jürgen Wolf. Vom Potenzial eines lernenden Gesundheitssystems. Deutsches Ärzteblatt. 2025;Jg. 122, Heft 16.
26. Kästner A, Kron A, van den Berg N, Moon K, Scheffler M, Schillinger G, et al. Evaluation of the effectiveness of a nationwide precision medicine program for patients with advanced non-small cell lung cancer in Germany: a historical cohort analysis. The Lancet Regional Health – Europe. 2024;36.
27. L.E.K. The Future of Digital Health in European Hospitals. European Hospital Survey Series; 2023.
28. Berger R. Hospital IT Monitor 2024. München: Roland Berger GmbH; 2024.
29. Köngeter A, Schickhardt C, Jungkunz M, Bergbold S, Mehlis K, Winkler EC. Patients' Willingness to Provide Their Clinical Data for Research Purposes and Acceptance of Different Consent Models: Findings From a Representative Survey of Patients With Cancer. J Med Internet Res. 2022;24(8):e37665.
30. Kauczor H-U, von Stackelberg O, Nischwitz E, Chorostowska-Wynimko J, Hierath M, Mathonier C, et al. Strengthening lung cancer screening in Europe: fostering participation, improving outcomes, and addressing health inequalities through collaborative initiatives in the SOLACE consortium. Insights into Imaging. 2024;15(1):252.
31. Haserück A. Blickwinkel: Wie gelingt in Kliniken der KI-Einsatz? Dtsch Arztebl International. 2024;121(17):–8876–.
32. Kiehl L, Kuntz S, Höhn J, Jutzi T, Krieghoff-Henning E, Kather JN, et al. Deep learning can predict lymph node status directly from histology in colorectal cancer. Eur J Cancer. 2021;157:464–73.
33. Díaz O, Rodríguez-Ruíz A, Sechopoulos I. Artificial Intelligence for breast cancer detection: Technology, challenges, and prospects. European Journal of Radiology. 2024;175:111457.
34. Jiang X, Hoffmeister M, Brenner H, Muti HS, Yuan T, Foersch S, et al. End-to-end prognostication in colorectal cancer by deep learning: a retrospective, multicentre study. The Lancet Digital Health. 2024;6(1):e33–e43.
35. SOTI. Digitale Zwickmühle im Gesundheitswesen: Zwischen Innovationsdruck und Systemrisiken. 2025.
36. OECD. OECD Artificial Intelligence Review of Germany. OECD Publishing, Paris; 2024.
37. Lawson McLean A, Yen TL. Machine Translation for Multilingual Cancer Patient Education: Bridging Languages, Navigating Challenges. J Cancer Educ. 2024;39(5):477–8.
38. Janzen S, Saxena P, Agnes C, Maaß W. KI in der Rehabilitation – Anwendung künstlicher mentaler Modelle für eine personalisierte Medizin. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2025;68(8):889–97.
39. WHO. Ethics and governance of artificial intelligence for health. 2025 25.03.2025.
40. Pearlman PC, Divi R, Huppi R, Garton E, Kidambi S, Tandon P, et al. First Decade of the National Cancer Institute's Affordable Cancer Technologies Program: Accelerating Translational Technology Research and Development for Cancer Globally. JCO Global Oncology. 2025(11):e2500200.
41. Krebshilfe DKD. Tabakatlas Deutschland 2025. Pabst Science Publishers; 2025.
42. de Koning HJ, van der Aalst CM, de Jong PA, Scholten ET, Nackaerts K, Heuvelmans MA, et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. N Engl J Med. 2020;382(6):503–13.
43. Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. N Engl J Med. 2011;365(5):395–409.
44. Linnansaari A, Ollila H, Pisinger C, Scheffels J, Kinnunen JM, Rimpelä A. Towards Tobacco-Free Generation: implementation of preventive tobacco policies in the Nordic countries. Scandinavian Journal of Public Health. 2023;51(8):1108–21.
45. Ermann LL, Klefbom L. Swedish tobacco policy: Key learnings to decrease smoking and challenges that still lie ahead. Tob Prev Cessat. 2024;10.
46. Mats B, Margareta K, Lars J, Yvonne F. The Swedish model of health dialogues, a combined individual- and community-based primary preventive program for cardiovascular disease, is associated with reduced mortality: a systematic review. BMC Public Health. 2025;25(1):3288.
47. Chauca Strand G, Strömberg U, Forsberg A, Bonander C. Impact of organised colorectal cancer screening on age-specific population incidences: evidence from a quasi-experimental study in Sweden. Eur J Epidemiol. 2024;39(1):87–96.
48. OECD. Health expenditure as a percentage of gross domestic product (GDP) in selected countries as of 2023. Statista. Statista Inc. 2024.
49. Topham JT, Lawlor RT, Lemaire D, Casolino R, Biankin AV. Data sharing in cancer research: perceived risks and the consequences of not sharing. The Lancet Oncology. 2024;25(3):275–6.
50. Gomez F, Danos AM, Del Fiol G, Madabhushi A, Tiwari P, McMichael JF, et al. A New Era of Data-Driven Cancer Research and Care: Opportunities and Challenges. Cancer Discov. 2024;14(10):1774–8.
51. An operational concept for a European Cancer Patient Digital Centre – EU missions – Cancer: Publications Office of the European Union; 2024.
52. Schilling I, Bleidorn J, Ehrmann U, Müller-Fries E, Rathjen KI, Saedler K. Chancen und Herausforderungen der aktiven Beteiligung von Patient*innen an klinischer Forschung in Deutschland – Eine Betrachtung aus den Perspektiven eines Patient*innenvertreters, einer klinischen Forscherin und zweier Mitarbeiterinnen des Forschungsfördermanagements. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2021;163:66–75.
53. Montori VM, Ruissen MM, Hargraves IG, Brito JP, Kunneman M. Shared decision-making as a method of care. BMJ Evidence-Based Medicine. 2023;28(4):213–7.

DANKE!

Wir bedanken uns herzlich bei den Autor:innen für die engagierte Erarbeitung der vorliegenden Reformforderungen sowie bei den Unterzeichner:innen und dem Redaktionsteam.

Autor:innen
Bärbel Söhlke
Karin Strube
Katharina Kaminski
Gereon Mänzel
Johannes Förner
Rudolf Hauke*

*Listung nach alphabetischer Reihenfolge der Vornamen

Unterzeichner:innen
Alexandra von Korff
Bastian Schwarz
Beate Bergatt-Kuhl
Claudia Grehn
Klaus Kronewitz
Nadja Will
Uli und Michael Roth

Redaktion
Dr. Claudia Grehn
Dr. Julia Löffler

INITIATIVKREIS PATIENT:INNEN vision zero

vision zero GEMEINSAM GEGEN KREBS

KONTAKT
VISION ZERO E.V.

OFFICE BERLIN
Helix Hub
Lennéstr. 1
10785 Berlin

OFFICE MÜNCHEN
Kederbacher Str. 12
81377 München

info@vision-zero-oncology.de
www.vision-zero-oncology.de

Fotonachweis:
©AdobeStock_1645168201

Stand: November 2025

ROTE KARTE DEM KREBS

vision zero
GEMEINSAM GEGEN KREBS

NATIONALE DEKADE GEGEN KREBS
UNTERSTÜTZER

www.vision-zero-oncology.de