

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Vorschlag für einen Beschluß des Europäischen Parlaments und des Rates über einen Aktionsplan 1995-1999 zur Krebsbekämpfung im Zuge des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit

Mitteilung der Kommission der Europäischen Gemeinschaften über die Krebsbekämpfung im Zuge des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit

KOM(94) 83 endg.; Ratsdok. 6630/94

Übermittelt vom Bundesministerium für Wirtschaft am 10. Mai 1994 gemäß § 2 des Gesetzes über die Zusammenarbeit von Bund und Ländern in Angelegenheiten der Europäischen Union (BGBl. I 1993 S. 313 ff.).

Die Vorlage ist von der Kommission der Europäischen Gemeinschaften am 26. April 1993 dem Herrn Präsidenten des Rates der Europäischen Union übermittelt worden.

Der Wirtschafts- und Sozialausschuß und der Ausschuß der Regionen werden an den Beratungen beteiligt.

Da sich der Vorschlag auf Artikel 129 EGV stützt, findet das Mitentscheidungsverfahren Anwendung. Nach den Vorstellungen der Kommission sollte das Europäische Parlament seine Stellungnahme in erster Lesung im September 1994 abgeben, und der Rat sollte seinen gemeinsamen Standpunkt im Oktober 1994 festlegen.

Die Kommission strebt eine Beschlußfassung durch den Rat und durch das Europäische Parlament vor Ende 1994 an.

Hinweis: Vgl. Drucksache 579/85 = AE-Nr. 850628, Drucksache 363/89 = AE-Nr. 891646 und Drucksache 942/93 = AE-Nr. 933633.

BEGRÜNDUNG

1. Krebserkrankungen sind für ein Viertel der Sterbefälle in der Europäischen Gemeinschaft verantwortlich und waren daher schon immer eine der Hauptsorgen der nationalen Gesundheitsbehörden. Zusammen mit den Unfällen ist Krebs die häufigste Todesursache in der Altersgruppe unter 75 Jahren. Im Laufe der letzten Jahrzehnte ist die Krebsmortalität aufgrund der zunehmenden Bevölkerungsalterung deutlich gestiegen. Den neuesten Daten (1990) zufolge kommt es in der Europäischen Gemeinschaft jährlich zu 1 300 000 Neuerkrankungen und 840 000 Todesfällen durch Krebs. Ab dem 50. Lebensjahr steigt die Krebsinzidenz mit zunehmendem Alter rasch an; das mediane Alter zum Zeitpunkt der Diagnose einer Krebserkrankung liegt in der Gemeinschaft bei 65 Jahren. Werden keine Strategien zur Krebsbekämpfung entwickelt, die wirksame Präventiv- und Behandlungsmaßnahmen umfassen, ist in den nächsten 15 Jahren mit einem Anstieg der Krebsmortalität zu rechnen.
2. Die Parallele von Inzidenz und Lebensalter ist der Grund, warum sinnvolle Vergleiche nach Zeitverlauf oder geographischen Gebieten nur zwischen altersstandardisierten Populationen gezogen werden können. In diesen Populationen ist zweierlei zu beobachten:
 - Die Krebshäufigkeit hat sich, bei konstantem Alter, in den letzten Jahrzehnten nur unwesentlich verändert.
 - Sie liegt in den nördlichen Mitgliedstaaten der Gemeinschaft höher, jedoch ist der Gemeinschaftsdurchschnitt um rund 15 % niedriger als in den mittel- und osteuropäischen Ländern.
3. Bei der Untergliederung in vier Altersgruppen ergibt sich folgendes Bild:
 - Bei Kindern unter 15 Jahren ist Krebs nach den Unfällen die zweite Todesursache, obwohl die Mortalität infolge von Fortschritten in der Behandlung stark zurückgegangen ist.
 - Auch in der Altersgruppe von 15 bis 30 Jahren steht Krebs nach den Sterbefällen durch Gewalteinwirkung (Unfälle, Selbstmord) an zweiter Stelle.
 - Zwischen 30 und 65 Jahren ist er eine wichtige Todesursache.
 - In der Altersgruppe über 65 Jahren nimmt er wieder den zweiten Platz ein, bleibt jedoch deutlich hinter den kardiovaskulären Krankheiten zurück, deren Inzidenz in dieser Gruppe mit zunehmendem Alter rascher ansteigt als diejenige von Krebs.
4. Neuere Zahlen bestätigen, daß ein beträchtlicher Prozentsatz der Krebserkrankungen und Sterbefälle durch Krebs mit der Lebensführung in Verbindung gebracht werden kann. Es steht fest, daß 30 % der Krebserkrankungen auf Tabakkonsum zurückzuführen sind und daß ein zwar geringerer, aber nicht unerheblicher Teil durch übermäßigen Alkoholgenuß bedingt ist. Wie sich die Ernährungsweise genau auswirkt, konnte noch nicht geklärt werden; daß sie es tut, ist jedoch erwiesen (einige Sachverständige sind der Ansicht, daß 30 % der Todesfälle darauf zurückzuführen sind). Es wird allgemein anerkannt, daß eine ausgewogene Ernährung mit einem angemessenen Verzehr von Obst und Gemüse vorbeugend gegen bestimmte Krebsarten, darunter auch die häufigsten, wirkt. Luftverschmutzung, kontaminierte Nahrungsmittel und ionisierende Strahlen sind unmittelbar wohl nur für knapp 2 % der krebsbedingten Sterbefälle verantwortlich. Im großen und ganzen geht man jedoch davon aus, daß 70 % der krebsbedingten Todesfälle auf der Wahl der individuellen Lebensführung und Umwelt beruhen.

5. Der Europäische Rat reagierte (im Mai und im Dezember 1985) auf die Besorgnis der nationalen Entscheidungsträger und der Gemeinschaftsbürger angesichts dieser alarmierenden Situation: er beschloß die Durchführung eines Programms "Europa gegen den Krebs", für die anschließend die Europäische Kommission, der Ministerrat und das Europäische Parlament die Verantwortung übernahmen. Von 1987 bis 1989 wurde ein erster Aktionsplan mit Erfolg durchgeführt. Angesichts der ermutigenden Ergebnisse genehmigten Rat und Europäisches Parlament die Durchführung eines zweiten Aktionsplans von 1990 bis 1994. Über die beiden Aktionspläne legte die Kommission dem Rat regelmäßig Jahresberichte vor. Darüber hinaus verabschiedete sie gemäß dem Beschluß vom 17.5.1990 am 15.3.1993 einen Bericht über die Bewertung der ersten sechs Jahre der Durchführung des Programms, der Rat und Parlament zur Prüfung vorgelegt wurde. In seiner Entschliebung vom 13.12.1993 bestätigt der Rat, wie wichtig die Fortführung des Programms "Europa gegen den Krebs" ist und ersucht um die rechtzeitige Vorlage eines dritten Aktionsplans.
6. In seiner Entschliebung vom 27.5.1993 verlieh der Rat dem Wunsch Ausdruck, daß im Rahmen dieses dritten Aktionsplans unter Gewährleistung der Kontinuität mit den vorhergehenden Plänen auch den anderen von der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit ergriffenen Maßnahmen Rechnung getragen wird, insbesondere diejenigen, die sich auf den neuen Artikel 129 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft stützen. Die Kommission nahm am 24.11.1993 eine Mitteilung über den Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit an, die unter Berücksichtigung der entsprechenden Wünsche des Europäischen Parlaments und des Rates den Platz der Krebsbekämpfung innerhalb der von der Kommission festgelegten vorrangigen Aktionsbereiche und den Zusammenhang mit diesen Bereichen beschreibt.
7. Der Aktionsplan zielt außerdem darauf ab, eine wechselseitige Ergänzung mit verschiedenen Gemeinschaftsmaßnahmen sicherzustellen, auch mit den Bereichen Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer am Arbeitsplatz und Verbraucherschutz. Hauptziel ist die Gewinnung von neuen Erkenntnissen über die Ursachen von Krebs und die Möglichkeiten der Prävention. Durch eine weitreichendere Verbreitung der Erkenntnisse über die Ursachen von Krebs und über die Prävention sowie durch die Förderung der Vergleichbarkeit und Weitergabe dieser Informationen soll der Plan zum Erreichen der gemeinschaftlichen Ziele beitragen und als Anregung für Maßnahmen in den Mitgliedstaaten dienen. Zu diesem Zweck empfiehlt er die Durchführung von 20 Aktionen in den grundlegenden Bereichen Datensammlung, Information, Gesundheitserziehung, krebsspezifische Ausbildung des Gesundheitspersonals, Früherkennung und Vorsorgeuntersuchungen, Studien und Maßnahmen im Bereich der Behandlungsqualität sowie Forschung. Gemäß den in der Mitteilung der Kommission KOM(93) 559 vom 24.11.1993 dargelegten Erfordernissen des Subsidiaritätsprinzips wurden die gemeinschaftlichen Aktivitäten so konzipiert, daß sie die Mitgliedstaaten bei der vollen Verwirklichung ihrer Ziele der Krebsbekämpfung unterstützen, und bei ihrer Durchführung wird für einen möglichst großen gemeinschaftlichen Mehrwert Sorge getragen.
8. In dem vorliegenden Vorschlag für einen Beschluß des Rates wurden die im Anschluß an den letzten Bewertungsbericht abgegebenen Stellungnahmen des Europäischen Parlaments und der Mitgliedstaaten berücksichtigt. Ferner sind die im Rahmen der ersten beiden Aktionspläne, bei deren Durchführung die Kommission vom Ausschuß hochrangiger Krebsforscher aus den Mitgliedstaaten wertvolle Unterstützung erhielt, gewonnenen Erfahrungen eingeflossen. In diesem Vorschlag wird das Subsidiaritätsprinzip gewahrt, den unterschiedlichen Gegebenheiten in den Mitgliedstaaten Rechnung getragen, und es sind geeignete Anhörungsverfahren und Bewertungsmodalitäten für die geplanten Aktionen vorgesehen.

Vorschlag für einen
BESCHLUSS DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES
über einen Aktionsplan 1995 - 1999 zur Krebsbekämpfung
im Zuge des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit

DAS EUROPÄISCHE PARLAMENT UND DER RAT DER EUROPÄISCHEN UNION -

gestützt auf den Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, insbesondere auf Artikel 129,

auf Vorschlag der Kommission⁽¹⁾,

nach Stellungnahme des Wirtschafts- und Sozialausschusses⁽²⁾,

nach Stellungnahme des Ausschusses der Regionen⁽³⁾,

in Erwägung nachstehender Gründe:

Der Europäische Rat hat auf seinen Tagungen vom Juni 1985 in Mailand und vom Dezember 1985 in Luxemburg die Bedeutung eines europäischen Programms zur Krebsbekämpfung betont.

Der Rat und die im Rat vereinigten Vertreter der Regierungen der Mitgliedstaaten haben am 7.7.1986 eine Entschließung⁽⁴⁾ über ein erstes Aktionsprogramm der Europäischen Gemeinschaften gegen den Krebs und am 17.5.1990 den Beschluß 90/238/Euratom/EGKS/EWG⁽⁵⁾ über einen zweiten Aktionsplan 1990-1994 im Rahmen des Programms "Europa gegen den Krebs" angenommen.

Das Europäische Parlament hat in seiner Entschließung vom 15.12.1993 gefordert, daß die Bemühungen im Bereich der Krebsbekämpfung intensiviert werden⁽⁶⁾.

In seiner Entschließung vom 13.12.1993⁽⁷⁾ ersucht der Rat die Kommission, rechtzeitig einen Entwurf für einen dritten Aktionsplan vorzulegen und dabei der Entschließung des Rates vom 27. Mai 1993 über künftige Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und den in deren Anhang dargelegten Zielen und Verbesserungen Rechnung zu tragen.

(1)

(2)

(3)

(4) ABl. Nr. C 184 vom 23. 7.1986, S. 19.

(5) ABl. Nr. L 137 vom 30. 5.1990, S. 31.

(6)

(7) ABl. Nr. C 15 vom 18. 1.1994, S. 1.

Die Krebsverhütung ist einer der vorrangigen Aktionsbereiche der Gemeinschaft im Zuge des von der Kommission aufgestellten Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit und trägt gleichzeitig den anderen Maßnahmen der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit Rechnung.

Nach Maßgabe des Subsidiaritätsprinzips wird die Gemeinschaft in den Bereichen, die nicht in ihre ausschließliche Zuständigkeit fallen, wie beispielsweise die Krebsverhütung, nur tätig, wenn die in Betracht gezogenen Maßnahmen nach Umfang und Wirkung besser auf Gemeinschaftsebene durchgeführt werden können.

Die Zusammenarbeit mit den zuständigen internationalen Einrichtungen und den Ländern außerhalb der Gemeinschaft sollte verstärkt werden.

Krebs ist eine schwere Krankheit, die in Zusammenhang mit der Lebensführung steht. Daher ist es angebracht, gegen die entsprechenden Risikofaktoren, insbesondere gegen das Rauchen, vorzugehen. Diese Maßnahmen werden auch bei der Bekämpfung anderer Krankheiten, vor allem der kardiovaskulären Krankheiten, zum Tragen kommen.

Das Programm trägt zur Erreichung der in Artikel 129 des Vertrages genannten Gemeinschaftsziele bei, indem eine weitere Verbreitung des Wissens über die Ursachen von Krebs und über die Prävention sowie eine bessere Vergleichbarkeit und Verbreitung der entsprechenden Informationen sichergestellt und ergänzende Maßnahmen insbesondere in der Gesundheits-erziehung entwickelt werden.

Der Beratende Ausschuß und die nationalen Koordinierungsausschüsse spielen bei der Durchführung des Programms eine wichtige Rolle.

In operationeller Hinsicht empfiehlt sich, die im Rahmen der vorhergehenden Aktionspläne getätigten Investitionen auf der Ebene sowohl der europäischen Pilotnetze als auch der Mobilisierung aller an der Krebsbekämpfung beteiligten Akteure beizubehalten und auszubauen.

Es erscheint angebracht, zur Vermeidung von Doppelarbeit den Erfahrungsaustausch zu fördern und gemeinsam Basismodule zur Aufklärung der Öffentlichkeit, zur Gesundheitserziehung und zur Ausbildung des Gesundheitspersonals zu erarbeiten.

Um den Nutzen und die Wirksamkeit des Aktionsplans zu steigern, ist es wichtig, die Aktionen insbesondere hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und der Verwirklichung der Ziele sowohl auf nationaler als auch auf gemeinschaftlicher Ebene einer kontinuierlichen Bewertung zu unterziehen und gegebenenfalls die erforderlichen Korrekturen vorzunehmen.

Dieser Aktionsplan sollte über eine Dauer von fünf Jahren durchgeführt werden, damit genug Zeit für die Durchführung der Maßnahmen zur Verfügung steht und die gesteckten Ziele erreicht werden können -

BESCHLIESSEN:

Artikel 1

Vom 1. Januar 1995 bis 31. Dezember 1999 wird ein gemeinschaftlicher Aktionsplan zur Krebsbekämpfung durchgeführt.

Artikel 2

Die Kommission gewährleistet die Durchführung der im Anhang dargelegten Aktionen nach Maßgabe von Artikel 5 und in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten und mit im Bereich der Krebsprävention tätigen Einrichtungen und Organisationen.

Artikel 3

Die Haushaltsbehörde bestimmt die Höhe der finanziellen Mittel für jedes Haushaltsjahr.

Artikel 4

Die Kommission sorgt für Kontinuität und Komplementarität zwischen den im Rahmen dieses Aktionsplans durchzuführenden gemeinschaftlichen Maßnahmen und den anderen einschlägigen Gemeinschaftsprogrammen und -initiativen, einschließlich des Forschungsprogramms für Biomedizin und Gesundheitswesen des Rahmenprogramms im Bereich der Forschung.

Artikel 5

Die Kommission wird von einem Ausschuß mit beratender Funktion unterstützt, der sich aus den Vertretern der Mitgliedstaaten zusammensetzt und in dem der Vertreter der Kommission den Vorsitz führt.

Der Vertreter der Kommission unterbreitet dem Ausschuß einen Entwurf der zu treffenden Maßnahmen. Der Ausschuß gibt eine Stellungnahme zu diesem Entwurf innerhalb einer Frist ab, die der Vorsitzende unter Berücksichtigung der Dringlichkeit der betreffenden Frage - erforderlichenfalls durch eine Abstimmung - festsetzen kann.

Die Stellungnahme wird in das Protokoll aufgenommen; darüber hinaus hat jeder Mitgliedstaat das Recht zu verlangen, daß sein Standpunkt im Protokoll festgehalten wird.

Die Kommission berücksichtigt soweit wie möglich die Stellungnahme des Ausschusses. Sie unterrichtet den Ausschuß darüber, inwieweit sie seine Stellungnahme berücksichtigt hat.

Artikel 6

1. Im Rahmen der Durchführung dieses Aktionsplans wird die Zusammenarbeit mit Drittländern und mit im Bereich der öffentlichen Gesundheit tätigen internationalen Organisationen einschließlich der Weltgesundheitsorganisation und des Internationalen Krebsforschungszentrums gefördert.
2. Die EFTA-Staaten und die mittel- und osteuropäischen Länder können sich unter den Bedingungen, die in den mit der Gemeinschaft geschlossenen Abkommen vorgesehen sind, an den im Anhang beschriebenen Maßnahmen beteiligen.

Artikel 7

1. Die Kommission veröffentlicht jährlich einen Bericht über den Stand des Aktionsplans und über die Möglichkeiten einer Gemeinschaftsfinanzierung in den verschiedenen Aktionsbereichen, in dem die von allen Mitgliedstaaten zu erstellenden Berichte berücksichtigt werden. Sie übermittelt diese Berichte dem Europäischen Parlament, dem Rat, dem Wirtschafts- und Sozialausschuß und dem Ausschuß der Regionen.
2. Ausgehend von einem Zwischenbericht, den die Kommission vor Ende 1997 vorlegt, unterziehen das Europäische Parlament und der Rat die durchgeführten Aktionen einer Bewertung. Nach der Abwicklung des Aktionsplans wird ein Gesamtbericht vorgelegt.

Geschehen zu Brüssel am

Im Namen des Europäischen Parlaments
Der Präsident

Im Namen des Rates
Der Präsident

AKTIONEN 1995 - 1999

I. KREBSREGISTER UND EPIDEMIOLOGISCHE STUDIEN

1. Unterstützung des Austauschs von Informationen und Erfahrungen auf dem Gebiet der Sammlung und Weitergabe von zuverlässigen und vergleichbaren Daten für Krebsregister (Inzidenz, Mortalität und Überlebensraten). Errichtung und Ausbau eines europäischen Netzes in Zusammenarbeit mit dem Internationalen Krebsforschungszentrum (IARC).
2. Unterstützung der Durchführung von epidemiologischen Studien auf europäischer Ebene und der Verbreitung ihrer Ergebnisse auf dem Gebiet der Identifizierung von (physikalischen, biologischen und chemischen) Karzinogenen, der mit der Exposition gegenüber diesen Agenzien verbundenen Risiken, der Präventivmaßnahmen und der Schätzung der Überlebensraten sowie der Ursachen für die dabei beobachteten Unterschiede. Ausgehend von diesen Ergebnissen: Unterstützung der Ausarbeitung und Verbreitung von Empfehlungen. Kohortenstudien über Krebs, Ernährung und Gesundheit (EPIC-Netz), Unterstützung von epidemiologischen Studien, die auf der Erforschung des Präventionspotentials der Ernährung (Identifizierung krebshemmender Substanzen, Änderung spezifischer Ernährungsfaktoren) und eventuell von chemischen Stoffen mit protektiver Wirkung basieren.

II. PRÄVENTION**A. AUFKLÄRUNG DER ÖFFENTLICHKEIT**

3. Jährliche Veranstaltung einer europäischen Woche der Krebsbekämpfung.
4. Wirksamere Übermittlung von Appellen zur Krebsverhütung, insbesondere der Empfehlungen des Europäischen Kodex zur Krebsbekämpfung, durch Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen für spezifische Zielgruppen (Lehrer, Allgemeinärzte usw.), Pilotprojekten, Studien und Analysen der Methoden zur Gesundheitsförderung sowie bei der Bewertung dieser Aktionen.
5. Unterstützung der Netze von Pilotaktionen für Information und Austausch im Bereich der Krebsverhütung unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Europäischen Kodex zur Krebsbekämpfung und der zu diesem Zweck eingesetzten Sachverständigenausschüsse, um zur Ermittlung und Verbreitung der zweckdienlichsten Vorgehensweisen beizutragen.
6. Förderung von Aufklärungskampagnen, mit denen bestimmte Bevölkerungsgruppen – insbesondere an öffentlich zugänglichen Orten und am Arbeitsplatz – für die Gesundheitsförderung und die Krebsverhütung sensibilisiert werden sollen.

7. Anregung von Projekten zur Förderung des Nichtrauchens, die eine europäische Dimension aufweisen; Bewertung der Umsetzung von Empfehlungen bezüglich des Tabakkonsums in der Öffentlichkeit, vor allem in öffentlichen Verkehrsmitteln und in Schulen. Förderung einer Politik gegen das Passivrauchen zum Schutz der diesem Risiko am stärksten ausgesetzten Gruppen, insbesondere der Schwangeren und Kinder. Bewertung der in den Mitgliedstaaten der Gemeinschaft ergriffenen Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums, wie beispielsweise Verbot bzw. Einschränkung der direkten und indirekten Werbung, Nichteinbeziehung von Tabak in den Preisindex, Verbreitung der im Rahmen dieser Bewertungen gewonnenen Erkenntnisse. Unterstützung und Bewertung von Pilotaktionen zur Förderung des Nichtrauchens in Zusammenarbeit mit Gesundheitspersonal und Lehrkräften im Rahmen der Netze zum Austausch zwischen den Mitgliedstaaten wie den Netzen der Nichtraucherstädte, Nichtraucherkrankenhäuser und der Jugendclubs.
8. Auswahl, Verbreitung und Bewertung der bewährtesten Raucherentwöhnungsmethoden in den Mitgliedstaaten im Rahmen von Pilotaktionen, in denen diese Methoden in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitspersonal eingesetzt werden. Fortsetzung der Einstufung gefährlicher Stoffe und Zubereitungen im Hinblick auf eine bessere Verpackung und Kennzeichnung.

B. GESUNDHEITSERZIEHUNG

9. Beitrag zur Ausarbeitung und Durchführung integrierter Gesundheitserziehungsprogramme in verschiedenen Umfeldern, jedoch mit besonderem Schwerpunkt auf der Krebsverhütung. Festlegung und Durchführung ergänzender Krebsverhütungsprojekte für spezifische Zielgruppen in verschiedenen Kontexten. Bewertung der auf Jugendliche abzielenden Maßnahmen zur Gesundheitserziehung mit Schwerpunkt auf der Förderung des Verantwortungsbewußtseins des einzelnen für seine Gesundheit, des Nichtrauchens und einer gesunden Ernährung sowie auf den Risiken einer übermäßigen Exposition der Haut gegenüber UV-Strahlen.
10. Unterstützung des Erfahrungsaustauschs im Rahmen der integrierten Gesundheitserziehungsprogramme zwecks Verbesserung der Erstausbildung und der Weiterbildung der Lehrkräfte und der Leiter von Projekten auf dem Gebiet der Krebsverhütung unter Berücksichtigung der im Rahmen von Programmen wie Erasmus gesammelten Erfahrungen und der unterstützenden Maßnahmen der Kommission im Bildungsbereich.
11. Unterstützung der Ausarbeitung, der Verbreitung und der Bewertung von Lehrmaterial von gemeinschaftlichem Interesse zum Thema Krebsverhütung, das im Rahmen der Pilotnetze getestet wurde.
12. Durchführung von Studien und Verbreitung ihrer Ergebnisse zwecks Erweiterung des Wissensstands über die Wahrnehmung, die Jugendliche von Krebs, Rauchen, Ernährungsgewohnheiten und den Risiken einer übermäßigen Exposition der Haut gegenüber UV-Strahlen haben. Durchführung von Analysen zur Verbesserung der auf Kinder und Jugendliche abzielenden Präventionsprogramme.

C. AUSBILDUNG DES GESUNDHEITSPERSONALS

13. Fortsetzung der Durchführung der Empfehlung der Kommission vom 8. November 1989 über die krebsspezifische Ausbildung des Gesundheitspersonals: Unterstützung der Errichtung und der regelmäßigen Bewertung der Leistungsfähigkeit der europäischen Pilotnetze für die krebsspezifische Erstausbildung und Weiterbildung der medizinischen und zahnmedizinischen Berufe und der Pflegeberufe.
14. Verbesserung der krebsspezifischen theoretischen und praktischen Kenntnisse (Primärprävention, Reihenvorsorgeuntersuchungen insbesondere auf Gebärmutterhalskrebs und Brustkrebs, Früherkennung und Behandlungsqualität) durch Förderung der Mobilität des Gesundheitspersonals (insbesondere der Ausbilder) zwischen den Spitzenforschungszentren der Mitgliedstaaten, die eine hochwertige Ausbildung anbieten, in den Fällen, in denen die Mobilität nicht im Rahmen bereits bestehender Gemeinschaftsprogramme wie COMETT II oder FORCE gefördert wird.
15. Unterstützung des Erfahrungsaustauschs, der Durchführung und der Verbreitung der Empfehlungen von Konsenskonferenzen über bewährte medizinische Vorgehensweisen und von Sachverständigengruppen mit dem Ziel der Beschleunigung der Verbreitung und Umsetzung der Ergebnisse der kontrollierten Studien. Ausarbeitung von Lehrmaterial von europäischem Interesse zwecks Verbesserung der krebsspezifischen Ausbildung des Gesundheitspersonals insbesondere unter Verwendung interaktiver Computerprogramme; Bewertung der Leistungsfähigkeit dieses Materials im Rahmen von Pilotnetzen. Insbesondere Unterstützung der Entwicklung, Durchführung und Bewertung von Präventionsmodulen für das Gesundheitspersonal und von Modulen zur Hilfestellung bei Diagnose und Wahl der Therapie.

III. PRÄVENTION DURCH FRÜHERKENNUNG UND SYSTEMATISCHE VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

16. Unterstützung der Errichtung und Bewertung europäischer Netze von Pilotprojekten im Bereich der Reihenvorsorgeuntersuchungen auf Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs ausgehend von auf europäischer Ebene abgegebenen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Vorsorgeuntersuchungen sowie Unterstützung bei der Veranstaltung von Zusammenkünften, auf denen geprüft werden soll, ob die Pilotprojekte auf die nationale und regionale Ebene ausgeweitet werden können.
17. Unterstützung der gemeinschaftsweiten Einführung und Verbreitung einer gemeinsamen Terminologie und Klassifikation für die Zytopathologen der Europäischen Gemeinschaft zwecks Verbesserung der anatomisch-zytopathologischen Auswertung von Befunden, insbesondere bei Brustkrebs- und Gebärmutterhalskrebsverdacht.
18. Unterstützung von europäischen Studien über die Durchführbarkeit von Reihenvorsorgeuntersuchungen auf andere Krebsarten (Eierstöcke, Prostata, Haut, Kolon/Rektum, Mundhöhle) unter Berücksichtigung insbesondere der medizinischen, psychologischen, sozialen und wirtschaftlichen Aspekte.

IV. STUDIEN UND MAßNAHMEN IM BEREICH DER QUALITÄT DER BEHANDLUNG VON KREBS-PATIENTEN

19. Unterstützung von europäischen Studien und Verbreitung ihrer Ergebnisse, insbesondere im Rahmen von Zusammenkünften und des Erfahrungsaustauschs auf europäischer Ebene mit dem Ziel, neue Erkenntnisse über die Verfahren der Qualitätskontrolle sowohl für die Diagnostik (radiologische und anatomisch-zytopathologische Untersuchungen) als auch für die Behandlung (Strahlen- und Chemotherapie) einschließlich der Palliativbehandlung zu gewinnen und deren Wirksamkeit zu verbessern. Berücksichtigung der psychologischen und sozialen Aspekte insbesondere in bezug auf die Lebensqualität der Kranken. Verbreitung und Bewertung der bewährtesten Vorgehensweisen zur Qualitätssicherung im Rahmen der Netze von Pilotprojekten.

V. FORSCHUNG

20. Beitrag zur Festlegung von Prioritäten für die Krebsforschung im Zuge des Rahmenforschungsprogramms und insbesondere des Forschungsprogramms im Bereich Biomedizin und Gesundheitswesen, das auch Grundlagenforschung und klinische Forschung über Krebs umfaßt. Unterstützung bei der Erstellung eines Verzeichnisses der Arbeiten von europäischem Interesse in der krebsbezogenen Grundlagenforschung und klinischen Forschung; Hilfestellungen bei der Umsetzung von Ergebnissen der Grundlagenforschung in klinische Versuche; Netze zum Informationsaustausch über laufende klinische Versuche und Hilfe bei der Einleitung multizentrischer und multinationaler klinischer Versuche zwecks Beschleunigung der Bewertung neuer Behandlungsverfahren.

Mitteilung der Kommission über die Krebsbekämpfung im Zuge des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit

INHALTSVERZEICHNIS

I	EINFÜHRUNG	12
II	DIE ENTWICKLUNG DER KREBSERKRANKUNGEN IN DEN MITGLIEDSTAATEN DER EUROPÄISCHEN UNION	14
III	ÜBERBLICK ÜBER DIE BEREITS AUF GEMEINSCHAFTSEBENE ERGRIFFENEN MASSNAHMEN ZUR KREBSBEKÄMPFUNG	19
IV	DER ANSATZ DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN	23
	a. Zielsetzungen und Mittel	23
	b. Der Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und das Programm Europa gegen den Krebs	24
	c. Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten	27
	d. Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen und Drittländern	27
V	Der dritte Aktionsplan	29
	a. Prioritäre Aktionen	29
	a.1 Krebsregister und epidemiologische Studien	30
	a.2 Spezifische Präventivmaßnahmen	32
	a.2.1 Aufklärung der Öffentlichkeit und spezifischer Gruppen	33
	a.2.2 Gesundheitserziehung	34
	a.2.3 Ausbildung des Gesundheitspersonals	36
	a.3 Früherkennung und systematische Vorsorgeuntersuchungen	37
	a.4 Qualitätskontrolle in der Behandlung (einschließlich palliativer Behandlung)	39
	a.5 Forschung: Beitrag zur Formulierung von Zielen und zur Ver- breitung von Ergebnissen	41
	b. Konsultation und Beteiligung	41
	b.1 Beratender Ausschuß	41
	b.2 Expertengruppe	42
	b.3 Andere beteiligte Gruppen	42
	c. Bewertung und Berichte	42
	c.1 Jahresbericht über die Durchführung des Aktionsplans	43
	c.2 Unabhängige Peer-review-Bewertung der wichtigsten unterstützten Aktionen und Untersuchungen	43
	c.3 Zwischenbericht und Gesamtbericht über die Wirksamkeit des Aktionsplans	43
	d. Allgemeine Informationsmaßnahmen	43
VI	BUDGET	44

I EINFÜHRUNG

1. In ihrer Mitteilung vom 24. November 1993 über den Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit (KOM(93)559 endg.) legte die Kommission einen Rahmen für die künftigen Maßnahmen auf Gemeinschaftsebene fest, mit denen das Ziel des Gesundheitsschutzes verwirklicht werden soll, das seit Inkrafttreten des Vertrags über die Europäische Union in Artikel 3 Buchstabe o und Artikel 129 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft festgeschrieben ist. Die Rolle der Gemeinschaft wird dahingehend definiert, daß sie die Bemühungen der Mitgliedstaaten im Bereich der öffentlichen Gesundheit unterstützt, indem sie ihnen bei der Formulierung und Durchsetzung von Zielen und Strategien behilflich ist und zur gemeinschaftsweiten Bereitstellung von Leistungen des Gesundheitsschutzes beiträgt, wobei als Zielvorstellung der beste bereits in einem Gebiet der Gemeinschaft erreichte Standard anzusetzen ist.
2. Bei der Einleitung von Maßnahmen gemäß Artikel 129 muß die Gemeinschaft auf die Verhütung von Krankheiten und den Schutz der Gesundheit abzielen. Anhand der in der Mitteilung der Kommission genannten Kriterien wurde Krebs als eine Priorität für das Tätigwerden der Gemeinschaft ausgewählt. Krebs ist eine Krankheit,
 - die unbehandelt zu signifikant frühzeitigen Todesfällen und/oder zu einer hohen Gesamtmortalität führt;
 - die bedeutende Gesundheitsbeschwerden, hohe Morbidität und/oder funktionelle Einschränkungen verursacht;
 - die erhebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität sowie in sozio-ökonomischer Hinsicht hat.

Objektive Daten (Mortalitäts- und Morbiditätszahlen sowie Gesundheitsindikatoren) und subjektivere Wahrnehmungen bestätigen, daß Krebs in der Tat zu den weitverbreiteten schwerwiegenden Krankheiten zählt. Außerdem handelt es sich um eine Krankheit, für die praktikable Präventivmaßnahmen zur Verfügung stehen, da einige ihrer Risikofaktoren in Zusammenhang mit den Lebensgewohnheiten stehen. Dieser Umstand unterstreicht die Bedeutung, die der Fortsetzung der Präventionskampagnen zukommt.

3. Für die Gesundheitsentwicklung in den Mitgliedstaaten während der vergangenen Jahrzehnte war der Anstieg zweier Krankheiten kennzeichnend, die in Zusammenhang mit Lebensweise und Lebensalter stehen, nämlich Krebs und kardiovaskuläre Krankheiten. Sie sind mit Abstand die häufigste Todesursache bei den über 40jährigen in der Union und waren als solche bereits Anlaß zu einzelstaatlichen gesundheitspolitischen Überlegungen, bevor dann der Krebs 1985 zum Hauptziel der präventiven Maßnahmen der Gemeinschaft wurde.
4. Etwa 25 % der Todesfälle in der Europäischen Union sind durch Krebserkrankungen verursacht; dabei gibt es relativ geringe Schwankungen von Land zu Land, und in den nördlichen Mitgliedstaaten sind verhältnismäßig mehr Krebstote als in den südlichen zu verzeichnen. Der deutliche Anstieg der krebsbedingten Todesfälle in der Union in den vergangenen Jahrzehnten ist durch

das immer höhere Lebensalter der Bevölkerung bedingt, da die Krebsinzidenz in der Altersgruppe der über 50jährigen mit zunehmendem Alter rasch ansteigt und das mediane Alter bei der ersten Krebsdiagnose etwa 65 Jahre beträgt. Die vorliegenden Daten der Krebsregister lassen erkennen, daß dieser Trend der zunehmenden Inzidenz und Mortalität ohne angemessene Präventionsstrategien in den kommenden 15 Jahren sich weiter fortsetzen und möglicherweise sogar beschleunigen wird.

II DIE ENTWICKLUNG DER KREBSERKRANKUNGEN IN DEN MITGLIEDSTAATEN DER EUROPÄISCHEN UNION

5. Nach den jüngsten Daten (1990) sind in der Europäischen Union jährlich 1,3 Millionen neue Krebserkrankungen und 840 000 krebsbedingte Todesfälle zu verzeichnen. Dank dem Vorhandensein eines brauchbaren Netzes von Krebsregistern, das nunmehr die Mehrzahl der Mitgliedstaaten der Europäischen Union abdeckt, kann die epidemiologische Situation der meisten Mitgliedstaaten verglichen werden.
6. In allen Mitgliedstaaten war die Mortalität bei den Männern höher als bei den Frauen, wobei die Unterschiede in den einzelnen Ländern jedoch verschieden stark ausgeprägt sind. In der Union insgesamt ist die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu sterben, für Frauen um 40 % geringer als für Männer. Die höheren Morbiditäts- und Mortalitätszahlen der Männer haben ihre Ursache vor allem in dem stärkeren Tabak- und Alkoholkonsum, gefolgt von der berufsbedingten Exposition gegenüber Karzinogenen sowie von den biologischen Unterschieden zwischen den Geschlechtern. Die am häufigsten zum Tode führende Krebserkrankung der Männer ist der Lungenkrebs (130 000 Fälle/Jahr), gefolgt vom Krebs der Prostata, des Colon und des Magens. Bei den Frauen ist die Mortalität am häufigsten durch Brustkrebs bedingt (über 150 000 Fälle/Jahr), gefolgt von Krebs der Lunge, des Colon, des Magens sowie der Geschlechtsorgane. In einigen Ländern jedoch (Dänemark, Vereinigtes Königreich), in denen der Tabakkonsum der Frauen lange Zeit stark ausgeprägt war, ist der Lungenkrebs zum Teil ebenso häufig wie der Brustkrebs. Bei Kindern sind alljährlich 7 500 neue Krebsfälle und 2 500 Todesfälle zu verzeichnen. Hier sind Leukämie sowie Krebs des Nervensystems (Gehirn) und Lymphom die häufigsten Krebserkrankungen.
7. Da die Krebsinzidenz mit zunehmendem Alter ansteigt, können sinnvolle historische oder geographische Vergleiche nur mit altersstandardisierten Populationen angestellt werden. Dabei lassen sich zwei Tatsachen feststellen:
 - bei gleichem Alter hat sich die Krebshäufigkeit in den letzten Jahren nicht signifikant geändert;
 - die Krebsmorbidität und -mortalität der Männer ist in der Union etwa 10 % höher als in den skandinavischen Ländern und ungefähr 15 % niedriger als in den mittel- und osteuropäischen Ländern. Ein noch größerer Unterschied besteht zu den Ländern der ehemaligen UdSSR, wo die Krebsinzidenz in den vergangenen Jahrzehnten erheblich angestiegen ist.
8. Will man eine eingehendere Analyse vornehmen, so muß man entsprechend der üblichen epidemiologischen Praxis vier Altersgruppen betrachten. Bei den Kindern (unter 15 Jahre) ist Krebs die zweithäufigste Todesursache nach den Unfällen. Doch konnte dank der Fortschritte in der Krebstherapie die Krebsmortalität in dieser Altersgruppe erheblich gesenkt werden. Auch in der Altersgruppe der 15- bis 30jährigen ist Krebs die zweithäufigste Todesursache nach gewaltsamem Tod (Unfall oder Selbstmord). Auch hier ging die Mortalität deutlich zurück,

wenngleich die Morbidität konstant blieb. In der Altersgruppe der 30- bis 65jährigen ist Krebs nach wie vor eine häufige Todesursache; dies gilt insbesondere für den Lungenkrebs bei Männern, wenngleich er etwas von den kardiovaskulären Erkrankungen überschattet wird. Bei Frauen dieser Altersgruppe ist jedoch der Brustkrebs die häufigste Todesursache. Bei den über 65jährigen ist Krebs die zweithäufigste Todesursache nach den kardiovaskulären Erkrankungen.

9. Unterteilt man die Krebserkrankungen in zwei Gruppen - Krebs aufgrund von Tabakkonsum bzw. von Tabak- und Alkoholkonsum (Krebs der Lunge, Speiseröhre, der oberen Atemwege, des Verdauungstrakts und der Blase) einerseits und die übrigen Krebserkrankungen andererseits -, so zeigt sich, daß die Morbiditäts- und Mortalitätszahlen für die erste Gruppe in den letzten Jahrzehnten angestiegen sind, denn die Behandlung dieser Krebsarten mit ernster Prognose hat nur geringe Fortschritte gemacht. Die besondere Rolle des Tabaks wird noch deutlicher, wenn man die Anzahl der durch tabakbedingte Krebserkrankungen verlorenen Lebensjahre betrachtet, denn diese Krebsarten treten in jüngerem Lebensalter auf als die übrigen. Was die übrigen Krebsarten betrifft, so gingen sowohl Morbidität als auch Mortalität in der genannten Altersgruppe leicht zurück, und es gab auch einige Fortschritte in der Therapie.
10. Die vorliegenden Daten, denen zufolge 30 % der Krebstodesfälle auf Tabak, 3 bis 10 % (je nach Land) auf Alkohol und etwa 30 % auf die Ernährung zurückzuführen sind, belegen, daß mehr als zwei Drittel der krebsbedingten Todesfälle in Zusammenhang mit der Lebensweise stehen und insofern prinzipiell durch Verhaltensänderungen vermieden werden können. Der unmittelbare Einfluß von Luftverschmutzung und kontaminierten Lebensmitteln erweist sich als äußerst gering (weniger als 2 %), wofür die konstante Inzidenz des Lungenkrebses bei Nichtrauchern und der erhebliche Rückgang des Magenkrebses sprechen. Jedoch spiegeln angesichts der langen Latenzzeit zwischen der Exposition gegenüber Risikofaktoren und dem Auftreten der meisten Krebserkrankungen die Mortalitäts- und Morbiditätszahlen die Risiken wider, denen die Betroffenen in früheren Jahren ausgesetzt waren. Mit anderen Worten, eine heute stattfindende Exposition gegenüber krebsinduzierenden Faktoren kann u. U. eine Krebserkrankung verursachen, die jahrelang inapparent bleibt.
11. Was die Inzidenz bestimmter Krebsarten betrifft, gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten. So variiert beispielsweise der Krebs der Mundhöhle, der in Zusammenhang mit dem Tabak- und Alkoholgenuß bei Männern steht, zwischen 1 % in den Niederlanden und 9 % in Frankreich. Bei den Frauen sind die entsprechenden Zahlen etwa um den Faktor fünf geringer. Bei jüngeren Menschen wurde in mehreren Ländern ein zunehmender Trend des Mundkrebses beobachtet.
12. Die Mitgliedstaaten mit der höchsten Inzidenz tabakbedingter Krebsarten sind die Länder im Nordwesten (Belgien, Dänemark, Niederlande, Vereinigtes Königreich). Hier ging der Tabakkonsum zwar bei den Männern leicht zurück, nahm jedoch bei den Frauen signifikant zu. So entwickelte sich im Vereinigten Königreich der Lungenkrebs zur häufigsten Ursache von Krebstodesfällen bei Frauen in bestimmten Regionen und Altersgruppen. Was die Soziologie des Rauchens angeht, so findet sich in allen Mitgliedstaaten die gleiche Struktur: je niedriger das Bildungsniveau und der sozioökonomische Status, desto höher ist der

Tabakkonsum. Im Vereinigten Königreich beispielsweise haben die Aufklärungskampagnen über das Tabakrauchen bei den sozial höhergestellten Schichten deutliche Wirkung gezeigt. Rauchen und die dadurch bedingten Krebserkrankungen entwickeln sich allmählich zu einem spezifischen Stigma der sozial schwächeren Schichten. Die höchsten Mortalitätszahlen für tabak- und alkoholbedingte Krebserkrankungen weist Frankreich auf. Auch hier spielt der sozioökonomische Status eine große Rolle. So ist beispielsweise der Speiseröhrenkrebs bei sozial schwächeren Schichten sechsmal so häufig wie bei Personen mit höherem Bildungsstand.

13. Bezüglich der Krebsinzidenz und -mortalität einzelner Gewebe und Organe sind folgende Trends zu beobachten:
14. **Lunge:** Der Lungenkrebs ist der am meisten verbreitete Krebs in der Union; auf ihn entfallen bei den Männern fast 30 % der krebsbedingten Todesfälle, bei den Frauen 10 %. Der dramatische Anstieg der Häufigkeit in den vergangenen 50 Jahren läßt sich durch den Tabakkonsum erklären, bei weitem die wichtigste Ursache des Lungenkrebses. Derzeit zeigt sich in mehreren Mitgliedstaaten eine Stabilisierung der Inzidenz bei hohen Werten, und das Vereinigte Königreich verzeichnet einen leichten Rückgang. Dagegen läßt sich in den südlichen Mitgliedstaaten bei den Frauen ein rascher Anstieg der Inzidenz und Mortalität beobachten.
15. **Kolon und Rektum:** Kolon- und Rektumkarzinom zusammengekommen sind nach dem Lungenkrebs die am weitesten verbreiteten Krebsarten in der Gemeinschaft. In den nördlichen und westlichen Mitgliedstaaten sind Inzidenz und Mortalität besonders hoch. Diese Krebsarten sind mit der modernen westlichen Ernährungsweise assoziiert, die einen hohen Anteil an Fett und Protein, möglichen Risikofaktoren, enthält, hingegen wenig Gemüse, Obst und Ballaststoffe, denen man eine protektive Wirkung zuschreibt. Bestimmte berufsbedingte Expositionen, einige Aspekte des Reproduktionsverhaltens, Bewegungsmangel und eine stattgehabte Cholecystektomie wurden als potentielle Ursachen einiger dieser Erkrankungen vermutet, wenngleich ihr Einfluß eher gering sein dürfte. In allen Mitgliedstaaten blieb die Inzidenz entweder konstant oder stieg an. Demgegenüber sind die Mortalitätsraten gesunken, besonders bei den Frauen.
16. **Brust:** Der Brustkrebs ist in der Union die häufigste Krebserkrankung bei Frauen und macht 24 % aller Krebsfälle und 19 % der krebsbedingten Todesfälle aus. In den nördlichen Mitgliedstaaten (Dänemark, Niederlande, Vereinigtes Königreich) sind Inzidenz und Mortalität höher als im Süden (Griechenland, Spanien, Frankreich, Italien), und zwar fast doppelt so hoch. Die Inzidenz ist in sämtlichen Mitgliedstaaten angestiegen, während die Mortalität bei jüngeren Frauen in einigen nördlichen Mitgliedstaaten in jüngster Zeit zurückgegangen ist. Folgende Risikofaktoren sind mit einem erhöhten Brustkrebsrisiko assoziiert: Brustkrebsfälle in der Familie, große Körperhöhe, benigne Vorerkrankungen der Brust, bestimmte Aspekte der Reproduktion wie z. B. erste Geburt in fortgeschrittenem Alter, Nullipara, früher Eintritt der Menarche und später Eintritt der Menopause, Einnahme von oralen Kontrazeptiva in jungem Alter und ungehinderte

Östrogenverabreichung zur Linderung der Klimakteriumsbeschwerden sowie Exposition gegenüber ionisierender Strahlung. Auch die Ernährungsweise, besonders fett- und proteinreiche Kost tierischen Ursprungs, wurde als Kausalfaktor beschuldigt. Besondere Bedeutung kommt u. U. der Ernährung in der Kindheit zu. Mehrere Studien legten eine positive Assoziation zwischen erhöhtem Alkoholkonsum und dieser Krebsart nahe.

17. **Magen:** In den vergangenen Jahrzehnten ging die Inzidenz des Magenkrebses in nahezu allen Ländern der Welt zurück. Dennoch ist diese tödliche Krebsart nach wie vor eine der häufigsten bösartigen Erkrankungen. In der Union sind 6 % aller krebsbedingten Todesfälle dem Magenkrebs zuzuschreiben. Diese Krebsart ist besonders häufig in Portugal, Mittelitalien und Süddeutschland. In sämtlichen Mitgliedstaaten ist die Rate bei Männern doppelt so hoch wie bei Frauen. Der rückläufige Verzehr von stärkehaltigen, geräucherten, gesalzenen und gebratenen Nahrungsmitteln sowie der ansteigende Konsum von Gemüse und Zitrusfrüchten ist möglicherweise die Ursache. Die europäische prospektive epidemiologische Erhebung über den Zusammenhang zwischen Ernährung und Krebs, die im Rahmen des Programms "Europa gegen den Krebs" durchgeführt wird, dürfte hierüber nähere Aufschlüsse liefern.
18. **Mundhöhle, Rachen und Speiseröhre:** Der Anteil der Todesfälle, die durch Krebs der Mundhöhle und des Rachens bedingt sind, schwankt von einem Mitgliedstaat zum anderen erheblich, bei Männern zwischen 1 % und 9 %. Betrachtet man die Gemeinschaft als Ganzes, so beträgt die Rate bei den Frauen etwa 20 % der Zahlen bei den Männern. Übermäßiger Alkohol- und Tabakkonsum, insbesondere in Kombination, sind Risikofaktoren für Krebs der Mundhöhle und des Rachens. In Europa ähnelt das Auftreten des Speiseröhrenkrebses bei Männern demjenigen des Krebses der Mundhöhle und des Rachens, und in der Tat sind die wichtigsten Risikofaktoren, Alkohol und Tabak, bei beiden Krankheiten die gleichen; bei den Frauen ist der Trend ähnlich wie derjenige des Lungenkrebses.
19. **Prostata:** Auf den Prostatakrebs entfallen etwa 12 % aller neuen Krebserkrankungen bei Männern und 10 % der krebsbedingten Todesfälle in der Union. Er ist die zweithäufigste Krebserkrankung bei Männern. Inzidenz und Mortalität sind in den nördlichen Ländern größer als im Süden, jedoch ist die Schwankungsbreite gering. Die Ätiologie des Prostatakrebses ist noch ungeklärt, wenngleich man sexuelle Faktoren angeführt hat; u. U. sind auch Ernährungsgewohnheiten mit einem erhöhten Risiko assoziiert, insbesondere der Verzehr von stark fett- und proteinhaltigen Nahrungsmitteln. Die Inzidenz dieser Krebsart ist in allen Mitgliedstaaten angestiegen, wenngleich dies möglicherweise nur die Einführung von diagnostischen Verfahren widerspiegelt, die zu einer größeren Verfügbarkeit von Gewebeproben geführt haben.

20. **Gebärmutterhals:** Beim Gebärmutterkrebs spielt die Infektion mit dem humanen Papilloma-Virus (HPV), insbesondere Typ 16 und 18, eine Rolle. Die Infektion erfolgt meistens beim Geschlechtsverkehr, wodurch sich die beobachtete Assoziation mit der Anzahl der Geschlechtspartner und dem Alter beim ersten Geschlechtsverkehr erklärt. Inzidenz und Mortalität sind allgemein zurückgegangen, was zum Teil auf die erfolgreichen Vorsorgeuntersuchungen zurückzuführen ist.

21. **Haut:** Basalzellkarzinom und Spinaliom der Haut sind besonders bei Personen mit schwach pigmentierter Haut relativ häufig. Als Risikofaktoren kommen übermäßige Exposition gegenüber ultravioletter Strahlung, z. B. Sonnenlicht, oder berufliche Exposition gegenüber karzinogenen Substanzen in Betracht. Diese Krebsarten sind glücklicherweise relativ leicht zu entdecken und haben gute Heilungschancen. Daher liegt die Mortalität erheblich unter der Inzidenz. Die **Melanominzidenz** in den Mitgliedstaaten schwankt bei den Männern um das Vier- und bei den Frauen um das Fünffache, wobei die Zahlen in den südlichen Mitgliedstaaten niedriger sind als im Norden. Zwar liegt die Mortalität deutlich unter der Inzidenz, dennoch weisen beide Indikatoren ein gleich starkes Nord-Süd-Gefälle für beide Geschlechter auf. Im Gegensatz zu anderen Krebsarten ist die Inzidenz in allen Ländern bei den Frauen höher. Es gibt Hinweise darauf, daß Sonnenlicht das Risiko des malignen Melanoms erhöht, der Zusammenhang ist jedoch nicht offensichtlich. Die Ungleichheit wird verschiedenen Arten der Sonnenexposition sowie einem Nord-Süd-Gefälle des Melanomrisikos zugeschrieben, das mit der zunehmenden Schutzwirkung der natürlichen Hautpigmentation zusammenhängt. In den meisten Mitgliedstaaten nahm die Melanominzidenz jährlich um etwa 7 % zu.

III ÜBERBLICK ÜBER DIE BEREITS AUF GEMEINSCHAFTSEBENE ERGRIFFENEN MASSNAHMEN ZUR KREBSBEKÄMPFUNG

22. Im Mai 1985 gaben die Staats- und Regierungschefs auf der Tagung des Europäischen Rates in Mailand ihrem Wunsch nach einer koordinierten europäischen Krebsbekämpfungsstrategie Ausdruck. Als Antwort darauf erarbeitete die Kommission einen Vorschlag für ein Programm "Europa gegen den Krebs", das 1987 verabschiedet wurde. Seither hat der Europäische Rat mehrfach eine wichtige Rolle für das Programm "Europa gegen den Krebs" gespielt: im Dezember 1986 beschloß er in London, daß 1989 das Europäische Jahr der Aufklärung über Krebs sein solle, und im Dezember 1989 sagte er in Straßburg erneut seine Unterstützung für das Programm und für den zweiten Aktionsplan 1990 - 1994 zu.
23. Der Rat hat seit 1985 bei zahlreichen Anlässen sein besonderes Interesse an dem Thema bekundet und mehrere Entschlüsse und Beschlüsse über die Durchführung der ersten zwei Aktionspläne und bestimmter einzelner Punkte der Strategie verabschiedet, insbesondere auf dem Gebiet der Bekämpfung des Rauchens. Mit der Entschlußung des Rates vom 13. Dezember 1993 wurde die Kommission ersucht, rechtzeitig einen Entwurf für einen dritten Aktionsplan vorzulegen, der der Entschlußung des Rates vom 27. Mai 1993 über die künftigen Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit sowie den im Anhang aufgeführten Zielen und Verbesserungen Rechnung tragen sollte.
24. Auch das Europäische Parlament hat in regelmäßigen Abständen die Kommission ersucht, in der Krebsbekämpfung tätig zu werden, insbesondere auf den Gebieten des Rauchens, der Qualitätskontrolle der Behandlung, der Palliativbehandlung und der Aufklärungskampagnen. In seiner Entschlußung vom 15. Dezember 1993 sprach sich das Parlament dafür aus, daß die Maßnahmen der Union zur Krebsbekämpfung intensiviert werden.
25. Der Wirtschafts- und Sozialausschuß hat sich dieser Strategie angeschlossen und befürwortende Stellungnahmen zur Durchführung des Programms "Europa gegen den Krebs" abgegeben.
26. Diese Sorgen wurden von der Kommission mittels zweier Aktionspläne gegen Krebs in aktive Maßnahmen umgesetzt. Ein erster Aktionsplan (1987 - 1989) wurde erfolgreich durchgeführt. Ein zweiter Aktionsplan (1990 - 1994) wurde im Mai 1990 mit einem größeren Budget verabschiedet. Dieser Plan läuft Ende 1994 aus. Bei der Fortsetzung der Kampagne über diesen Zeitpunkt hinaus ist es erforderlich, diejenigen Projekte weiterzuverfolgen, die sich am wertvollsten erwiesen haben. Mit dem Inkrafttreten des Vertrags über die europäische Union hat sich die Rechtsgrundlage für diese Gemeinschaftsaktion geändert: das Programm gehört nunmehr in den Kontext von Artikel 129 über das Gesundheitswesen.

27. Die ersten zwei Aktionspläne deckten vier Hauptbereiche ab:

- a) Krebsprävention mit dem Schwerpunkt Rauchen, da ein Drittel als krebserkrankten Todesfälle in Zusammenhang mit dem Rauchen stehen. Unter anderem wurden gemeinschaftliche Rechtsvorschriften erlassen, und die Gemeinschaft finanzierte europaweite Studien und Forschungsarbeiten, Aufklärungskampagnen, Gesundheitserziehungskampagnen in Schulen sowie die Ausbildung von Angehörigen der Gesundheitsberufe. Informationen über die Prävention wurden durch den Europäischen Kodex zur Krebsbekämpfung verbreitet, der von dem Ausschuss hochrangiger Krebsforscher formuliert und von den Gesundheitsministern 1987 gebilligt worden war.
- b) Systematische Krebsvorsorgeuntersuchungen und Früherkennung. Hier stellte die Gemeinschaft Mittel zur Verfügung für Aufklärungs-, Erziehungs- und Ausbildungskampagnen, für Studien und Forschungsarbeiten von europaweitem Interesse sowie für die Einrichtung europäischer Netzwerke von Pilotprojekten für Krebsvorsorgeuntersuchungen, die in Anlehnung an die Empfehlung von hochrangigen Experten Leitlinien für vorbildliche Verfahren erstellen sollten.
- c) Im Bereich der Ausbildung hat die Gemeinschaft Maßnahmen für Angehörige der Gesundheitsberufe und den Erfahrungsaustausch unterstützt, um einen Konsens über gute Verfahren zu erzielen, die zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten übertragbar sind.
- d) Krebsforschung. Der Ausschuss hochrangiger Krebsforscher hat im Rahmen der beiden ersten Aktionspläne eine globale Strategie festgelegt, und zwar für die Bereiche Grundlagenforschung, klinische Forschung und Unterstützung der Mobilität von Forschern zwischen den Mitgliedstaaten zwecks Verbesserung ihrer Ausbildung. Sofern im Rahmen des FuE-Programms für Medizin und Gesundheitswesen (1987 - 1991) und/oder des Forschungsprogramms für Biomedizin und Gesundheitswesen (1990 - 1994) des gemeinschaftlichen Rahmenprogramms im Bereich der Forschung Vorhaben von hinreichend hoher Qualität eingereicht wurden, lag diese Strategie der Auswahl der Bewerber der offenen Verfahren zugrunde.

28. Mit der Gemeinschaftsaktion werden zwei Ansätze verfolgt: einerseits der Einsatz von rechtsetzenden Maßnahmen wie die Ausarbeitung von europäischen Rechtsvorschriften für die Primärprävention¹ (Kampagnen gegen das Rauchen, Exposition gegenüber karzinogenen Stoffen am Arbeitsplatz usw.), und auf der anderen Seite hat die Gemeinschaft Maßnahmen finanziert, die den Prioritäten der beiden ersten Aktionspläne entsprechen.
29. Schließlich wurde der durch ein gemeinschaftliches Vorgehen zu erzielende Mehrwert in den beiden ersten Aktionsplänen des Programms unter Beweis gestellt, indem gemeinsame Ziele festgelegt, eine effektive Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in die Wege geleitet und die erfolgreichsten Verfahren gemeinschaftsweit verbreitet und übernommen wurden. Beispiele für diesen Mehrwert sind:
- die Zusammenstellung und Verbreitung des Europäischen Kodex zur Krebsbekämpfung, insbesondere während des Europäischen Jahres der Aufklärung über Krebs (1989) und der alljährlich stattfindenden Krebsinformationswoche; hierdurch konnten die Kenntnisse der Allgemeinbevölkerung über Krebs verbessert und ihr entsprechendes Problembewußtsein geschärft werden, vor allem, was Verhütungs- und Schutzmaßnahmen betrifft; darüber hinaus wurde auch die Bereitschaft geweckt, sich gegebenenfalls möglichst frühzeitig einer Behandlung zu unterziehen;

¹ - Entschließung des Rates und der im Rat vereinigten Vertreter der Regierungen der Mitgliedstaaten vom 7. Juli 1986 über ein Aktionsprogramm der Europäischen Gemeinschaften gegen den Krebs (ABl. Nr. C 184 vom 23.7.1986, S. 19)

- Entschließung des Rates und der im Rat vereinigten Minister für das Gesundheitswesen der Mitgliedstaaten vom 18. Juli 1989 über ein Rauchverbot in öffentlich zugänglichen und frequentierten Räumen (ABl. Nr. C 189 vom 26.7.1989, S. 1)

Richtlinie des Rates 89/622/EWG vom 13. November 1989 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Etikettierung von Tabakerzeugnissen (ABl. Nr. L 359 vom 8.12.1989, S. 1), geändert durch Richtlinie 92/41/EWG, die mit Artikel 8 a den Verkauf von Tabak zum oralen Gebrauch verbietet.

- Beschluß 90/238/Euratom, EGKS, EWG des Rates und der im Rat vereinigten Vertreter der Regierungen der Mitgliedstaaten vom 17. Mai 1990 über einen Aktionsplan 1990 - 1994 im Rahmen des Programms "Europa gegen den Krebs" (ABl. Nr. L 137 vom 30.5.1990, S. 31)

- Richtlinie des Rates 90/239/EWG vom 17.05.1990 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über den höchstzulässigen Teergehalt von Zigaretten (ABl. Nr. L 137 vom 30.5.1990, S. 36)

- Unterstützung von Pilotprogrammen zur Krebsvorsorgeuntersuchung und von Forschungsarbeiten über Ernährung und krebserregende Stoffe, deren Ergebnisse von sämtlichen Mitgliedstaaten genutzt werden konnten, wodurch eine effizientere Nutzung der Forschungsmittel möglich war;
- Unterstützung von Programmen für die Ausbildung und den Austausch von Fachkräften zwecks Verbesserung des Standards in den Mitgliedstaaten, sowie Förderung der Verbreitung technischer Standards für Vorsorgeuntersuchungen, Diagnose und Behandlungsqualität.

IV DER ANSATZ DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

a. Zielsetzungen und Mittel

30. Die Mitteilung der Kommission über den Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit (KOM(93) 559 endg.) sieht in Ziffer 50 vier Ziele vor, die die Grundlage für das Wirken der Gemeinschaft bilden sollten:
- i) die Verhütung vorzeitiger Todesfälle, von denen insbesondere die junge und berufstätige Bevölkerung betroffen ist;
 - ii) die Verlängerung der Lebenserwartung ohne gesundheitliche Beeinträchtigung;
 - iii) die Förderung der Lebensqualität durch Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und die Verhütung chronischer Krankheiten und Behinderungen;
 - iv) die Förderung des allgemeinen Wohlergehens der Bevölkerung, insbesondere durch Minimierung der wirtschaftlichen und sozialen Krankheitsfolgen.
- Das Programm "Europa gegen den Krebs" soll dazu dienen, alle diese Ziele zu verfolgen.
31. Vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheit aus kann davon ausgegangen werden, daß die in Ziffer 54 der Mitteilung der Kommission aufgeführten Kriterien auch erfüllt werden, da Krebserkrankungen zweifellos in erheblichem Umfang zu einem frühzeitigen Tod führen und eine hohe Morbidität nach sich ziehen sowie erhebliche sozio-ökonomische Auswirkungen, zum Beispiel hinsichtlich der Behandlungskosten, haben und da darüber hinaus praktikable Präventivmaßnahmen bestehen. Aus den Lehren des ersten und zweiten Aktionsplans, die im Zuge des Bewertungsprozesses gezogen wurden und hier dargestellt werden, geht hervor, daß beträchtliche Möglichkeiten existieren, durch Gemeinschaftsmaßnahmen einen Mehrwert zu erreichen, und zwar sowohl durch Einsparungen infolge wirtschaftlicher Maßstabvergrößerung als auch durch die Verbreitung der Projektergebnisse.
32. Wie in der Mitteilung der Kommission ausgeführt, wird der Schwerpunkt des Wirkens der Gemeinschaft insbesondere darin bestehen, daß die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten gefördert wird, daß ihre Aktivitäten unterstützt werden und daß in enger Zusammenarbeit mit ihnen die einzelstaatlichen Politiken und Programme koordiniert werden. In der Praxis läuft dies darauf hinaus, gemeinsame Aktionen, Netzwerke und Informationsaustauschsysteme aufzubauen und durchzuführen bzw. zu betreiben. Im Bereich der Krebsbekämpfung sind im Zuge der bisherigen Arbeiten im Rahmen des ersten und zweiten Programms "Europa gegen den Krebs" viele dieser Aktionen bzw. Einrichtungen bereits aufgebaut worden.
33. Bei der zukünftigen Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit müssen der Grundsatz der Subsidiarität und die in Ziffer 27 der Mitteilung der Kommission ausgeführten Erwägungen Berücksichtigung finden. Die Kommission darf nur dann und in dem Umfang tätig werden, wenn und insoweit die Ziele nicht in ausreichendem Maße von den Mitgliedstaaten selber

verwirklicht werden können und somit angesichts der Größenordnung oder der Auswirkungen der vorgeschlagenen Aktionen von der Gemeinschaft wirksamer erreicht werden können. Die durchzuführenden Maßnahmen sollten anhand einer vorherigen Bewertung ausgewählt werden und bei einem optimalen Kosten-Nutzen-Verhältnis einen gemeinschaftlichen Mehrwert ergeben.

34. Bei der Bewertung der Notwendigkeit von Gemeinschaftsaktivitäten im Bereich Krebsbekämpfung will man in Zukunft insbesondere die folgenden Kriterien zugrunde legen:

- Durchführung von Aktivitäten, die ein solches Ausmaß annehmen, daß die Mitgliedstaaten sie selber nicht oder nur unter Schwierigkeiten durchführen könnten;
- von Aktivitäten, deren gemeinsame Durchführung augenscheinlich Vorteile bieten würde, auch wenn die entstehenden zusätzlichen Kosten berücksichtigt werden;
- einer Aktion, die, angesichts der Tatsache, daß auf nationaler Ebene ergänzende Arbeiten durchgeführt werden, die Möglichkeit eröffnet, daß in der Gemeinschaft insgesamt bedeutsame Ergebnisse erreicht werden;
- einer Aktion, die erforderlichenfalls, zur Aufstellung von Normen und Standards für vorbildliche Verfahren führt;
- von Aktivitäten, die zur Verstärkung von Solidarität und sozialem Zusammenhalt in der Gemeinschaft beitragen und deren harmonische Gesamtentwicklung fördern.

b. Der Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und das Programm Europa gegen den Krebs

35. Bei dem dritten Aktionsplan zur Krebsbekämpfung handelt es sich um das erste Programm, das innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit verkündet wird. Mit ihm will man die bitter benötigten Maßnahmen im Rahmen des Programms Europa gegen den Krebs weiterführen, wobei auf den im Zuge der zwei ersten Pläne erbrachten Leistungen aufgebaut werden soll. Der Aktionsplan enthält spezifische Aktivitäten zur Krebsbekämpfung, und es wird darin angestrebt, die Fähigkeit des Gesundheitspersonals und der medizinischen Fachkräfte sowie der Behörden im Gesundheitsbereich zu verstärken, diese Geißel der Menschheit zu bekämpfen. Diese Aktivitäten sollen mit anderen vorgeschlagenen Aktivitäten innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die als "horizontale" Programme organisiert sind, vereinbar sein und diese ergänzen. Diese letztgenannten Aktivitäten, bei denen es um die Erforschung der grundlegenden Ursachen für zahlreiche Krankheiten geht, haben zum Ziel, eine gesunde Lebensführung und Umwelt zu fördern, wobei angemessene Szenarien und Lernmöglichkeiten eingesetzt werden, bei denen in einer strukturierten und sachgemäßen Weise auf spezifische Krankheiten hingewiesen wird. Diese Erwägungen sind von besonderem Interesse für die

Gesundheitsinformation für die Öffentlichkeit insgesamt oder spezifische Gruppen, für die Gesundheitserziehung sowie die Ausbildung von Gesundheitspersonal und -fachkräften.

36. Dem Programm Europa gegen den Krebs kommt bei der Gesundheitserziehung in Schulen nur eine begrenzte und spezifische Rolle zu. Eine begrenzte Rolle, da die Krebsverhütung nur eines der Ziele der Gesundheitserziehung darstellt, die sich auch mit der Verhütung des Drogenmißbrauchs, der Aids-Prävention, der Verhütung von Selbstmorden und vor allem der Gesundheitsförderung befassen muß. Trotzdem stellt die Krebsbekämpfung eine überaus wichtige Aufgabe dar, da der Gedanke an Krebs zu einer beträchtlichen Motivierung bei Lehrern und Eltern führt und seine Auswirkungen bei der europäischen Bevölkerung nur allzu sichtbar sind - einer von vier Erwachsenen stirbt an Krebs.
37. Die Kommission wird sich darum bemühen sicherzustellen, daß Krebsbekämpfungsvorhaben höchstmögliche Priorität beigemessen wird und sie mit angemessenen finanziellen Mitteln ausgestattet werden. Solchen Vorhaben werden präzise Ziele gesetzt, die auf eine Verringerung der Krebsmortalität bis zum Jahre 2000 abheben, was das ursprüngliche Ziel und *raison d'être* des Programms war. Die Kommission wird großangelegten Projekten mit weitreichenden Auswirkungen, an denen in größtmöglichem Umfang staatliche und nichtstaatliche Organisationen beteiligt sind, Vorrang einräumen. Sie wird auf Antrag auch bei der Ausarbeitung von Kooperationsvereinbarungen zwischen Mitgliedstaaten mitwirken und, falls erforderlich, Unterstützung von seiten zuständiger internationaler Organisationen zugänglich machen.
38. Die Gemeinschaftspolitik umfaßt zahlreiche Bereiche, die die Krebsbekämpfung berühren; in ihrer Mitteilung verpflichtet sich die Kommission zu gewährleisten, daß Fragen des Gesundheitsschutzes, mithin auch der Krebsprävention, die sich aus diesen Bereichen ergeben, in vollem Umfang berücksichtigt werden. Die Kommission hat geeignete interne Verfahren geschaffen, mit denen die Einhaltung dieser Zusage durch eine angemessene Koordination und Konsultation bei der Erarbeitung relevanter politischer Maßnahmen gewährleistet werden soll. Darüber hinaus wird die Kommission jährlich einen Bericht über die den Gesundheitsschutz betreffenden Aspekte der verschiedenen Politiken vorlegen, und zwar im Rahmen ihres Gesamtberichts.
39. Besondere Bedeutung kommt bei der Krebsbekämpfung der Forschung zu. Gemäß Artikel 130 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft wird die gesamte Forschung ab 1994 in dem System von Rahmenprogrammen zusammengefaßt, wobei der Anfang mit dem vierten Rahmenprogramm (1994-1998) gemacht wird. Dieses umfaßt u. a. das zweite Forschungsprogramm für Biomedizin und Gesundheitswesen (1994 - 1995), das auch die Krebsforschung betrifft.
40. Die Strategie zur Verhütung des Tabakkonsums, die auch andere Gemeinschaftspolitiken einbindet, soll weiterverfolgt und ausgebaut werden. So trat die Reform der gemeinsamen Marktorganisation für Tabak mit dem Wirtschaftsjahr 1993/94 in Kraft. Im Rahmen der neuen Marktvereinbarungen wird die Tabakerzeugung in der Gemeinschaft von 430 000 auf 350 000 Tonnen und die Ausgaben für die Marktstützung von 1 300 Millionen auf 817 Millionen

ECU gesenkt. In Zukunft unterliegt die Tabakerzeugung einer strengen Quotenregelung, außerhalb deren keinerlei Subventionen mehr gezahlt werden. Im Zuge der Reform wurde ferner ein Sonderfonds eingerichtet, der Studien über die Möglichkeit, weniger toxische Tabakarten anzubauen, unterstützen soll. Dieser Fonds wird durch eine Abschöpfung von den Erzeugerbeihilfen finanziert und soll auch einen nicht unerheblichen Betrag für die Gesundheitsaufklärung über die mit dem Tabakkonsum einhergehenden Risiken bereitstellen. Was die Besteuerung von Tabakerzeugnissen betrifft, so wird die Kommission einen Bericht ausarbeiten, in dem möglicherweise aufgetretene Probleme berücksichtigt werden, und, falls erforderlich, einen Vorschlag für eine einschlägige Richtlinie ausarbeiten, und zwar im Hinblick auf eine Verbesserung der Bedingungen für die Errichtung des Binnenmarkts und unter Berücksichtigung sonstiger Ziele des Vertrags (Bereiche öffentliche Gesundheit, Landwirtschaft, Umweltschutz).

41. Seit der Verabschiedung der ersten Richtlinie über Arzneimittel¹ verfolgten die einschlägigen Rechtsvorschriften der Gemeinschaft durchgehend zwei Ziele, nämlich Gesundheitsschutz und freien Warenverkehr. Der Ausschuß für Arzneispezialitäten, in dem die zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten vertreten sind, hat der Frage der Entwicklung von Arzneimitteln zur Krebsbehandlung Priorität zuerkannt. Zu diesem Zweck wurde ein Leitfaden für die Durchführung klinischer Versuche mit Krebsmitteln verabschiedet und in dem Band "Die Regelung der Arzneimittel in der Europäischen Gemeinschaft, Band III, Addendum, Juli 1990" veröffentlicht.
42. Um den Patienten gemeinschaftsweit rasch und zeitgleich Zugang zu wichtigen neuen Medikamenten (Hochtechnologieprodukte und biotechnologisch hergestellte Arzneimittel) zu verschaffen, wurde mit Richtlinie 87/22/EWG² ein gemeinschaftliches Koordinierungsverfahren eingeführt. Es wurde für eine Vielzahl von Arzneimitteln zur In-vivo-Diagnose von Krebs, zur Behandlung verschiedener Krebsformen und zur Linderung von Nebenwirkungen bei Krebsbehandlungen eingesetzt.
43. Im Juni und Juli 1993 verabschiedete der Rat eine Verordnung und mehrere Richtlinien, mit denen das künftige System für den freien Warenverkehr der Arzneimittel eingeführt wurde, zu dem auch ein zentralisiertes Gemeinschaftsverfahren für die Genehmigung mit verbindlichen Entscheidungen für bestimmte Arzneimittelkategorien sowie die Schaffung der Europäischen Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln zählen. Im Rahmen dieses Systems sollen neue Mittel zur Krebsbehandlung nach Maßgabe ihrer klinischen Bedeutung Zugang zu dem "zentralisierten" Verfahren haben, das die Erstellung einer gemeinschaftlichen Bewertung des betreffenden Produkts unter Leitung eines Berichterstatters umfaßt. Die strengen Fristen, die für das zentralisierte Verfahren vorgesehen sind, werden die rasche Bearbeitung der Anträge deutlich verbessern, und aufgrund der daraus fließenden verbindlichen Genehmigung werden diese wichtigen neuartigen Erzeugnisse dann den Patienten überall in der Gemeinschaft zum gleichen

¹ Richtlinie 65/65/EWG, ABl. Nr. 22 vom 9.2.1965

² ABl. Nr. L 15 vom 17.1.1987

Zeitpunkt zur Verfügung stehen. Die im Rahmen der Internationalen Harmonisierungskonferenz (ICH) stattfindende internationale Harmonisierung der technischen Anforderungen soll zur Unterbindung doppelter Tests und Versuche führen, die einen beträchtlichen Aufwand an Zeit, Arbeitskraft und Finanzmitteln erfordern, und somit dazu beitragen, daß die Patienten rasch zu neuen Arzneimitteln, auch solchen zur Krebsbehandlung, Zugang bekommen.

c. Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten

44. Vielen der prioritären Aktionen im dritten Aktionsplan zur Krebsbekämpfung würde eine Hochleistungsinfrastruktur zur Informationsverbreitung, mit der die Auswirkungen der Aktionen maximiert werden können, sehr zugute kommen. Sofern sinnvoll, soll eine enge Zusammenarbeit mit dem Programm Bereiche der allgemeinrelevanten Telematiksysteme im Zuge des vierten Rahmenprogramms in Angriff genommen werden, um den Einsatz und Ausbau einer derartigen Infrastruktur zu stimulieren, wie dies auch in dem Weißbuch der Kommission über Wachstum, Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung (Dokument KOM(93) 700 endg., Brüssel, 5. Dezember 1993) vorgesehen wurde.
45. Die Kommission ist bereit, die Mitgliedstaaten gemäß der Mitteilung der Kommission über den Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit (KOM(93) 559 endg.) zu unterstützen. In der Entschließung des Rates vom 13. Dezember 1993, in der es um künftige Orientierungen für das Programm "Europa gegen den Krebs" geht, wird die Kommission ausdrücklich aufgefordert, eine Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten bei der Qualitätskontrolle in den Bereichen Behandlung, Palliativmedizin und Betreuung der Kranken zu fördern. Spezifische Vorschläge dazu werden nachstehend in dem Abschnitt über die Qualitätskontrolle in der Behandlung ausgeführt.

d. Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen und Drittländern

46. Der Prozeß der Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen hat sich positiv entwickelt. Dies gilt für die WHO und insbesondere das Internationale Krebsforschungszentrum (IARC), wo die Zusammenarbeit die Form von gemeinsamen Vorhaben und von Koordinierungsarbeiten angenommen hat, die von dem Zentrum im Zuge der ersten beiden Aktionspläne durchgeführt wurden.
47. Im Rahmen einer allgemeinen Intensivierung der Beziehungen zwischen Union und WHO soll spezifischen Präventionsaktionen besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Gleichmaßen will man die bereits enge Zusammenarbeit mit dem IARC weiterverfolgen, was Krebsregister (insbesondere im Zusammenhang mit dem Europäischen Netz von Krebsregistern), die Epidemiologie (durch Koordinierung von europäischen Studien), Indikatoren und die Bewertung der Karzinogenität von Chemikalien betrifft. Zusätzlich dazu soll die Krebsvorbeugung im Rahmen von Gesundheitserziehungsaktivitäten berücksichtigt werden, die von dem "Europäischen Netz gesundheitsfördernder Schulen" durchgeführt werden, das

gemeinsam von der WHO, dem Europarat und der Europäischen Gemeinschaft unterstützt wird.

48. Die Zusammenarbeit mit der OECD soll hinsichtlich der Prävention umweltbedingter chemischer Risiken - insbesondere des Risikos der Karzinogenität - fortgesetzt werden. Dasselbe gilt für die Zusammenarbeit mit der IAO hinsichtlich der entsprechenden Risiken am Arbeitsplatz.
49. Die Zusammenarbeit mit den verschiedenen zwischenstaatlichen internationalen Organisationen, die sich mit unterschiedlichen Aspekten der Krebsprävention befassen, muß weiterverfolgt und ausgebaut werden. Der Vorrang bei dieser Zusammenarbeit muß der Stimulierung von Maßnahmen zum Austausch von Erfahrung und Fachwissen, der effektiven Koordinierung bestehender oder geplanter Netze und der Vermeidung von Doppelarbeit eingeräumt werden.
50. Eine Kooperation muß auch mit internationalen wissenschaftlichen NRO begründet werden, wie dem FECS (Federation of European Cancer Societies (Verband der europäischen Krebsgesellschaften)) und der EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer (Europäische Organisation zur Erforschung und Krebsbehandlung)), der OEIC (Organisation of European Cancer Institutes (Organisation europäischer Krebsinstitute)) hinsichtlich der Ausbildung und dem Ausbau der Beziehungen zu Mittel- und Osteuropa, der UICC (International Union Against Cancer (Internationale Vereinigung zur Krebsbekämpfung)) und den ECL (European Cancer Leagues (Europäische Krebsligen)), was die Information der Öffentlichkeit angeht - alle diese Organisationen verfügen über wissenschaftliches Fachwissen auf ihrem jeweiligen Gebiet, das in dem dritten Aktionsplan im Rahmen des Krebsprogramms nutzbar gemacht werden sollte. Insbesondere bieten sich Möglichkeiten für ein Zusammenwirken mit der UICC bei gemeinsamen Aktionen im Bereich Prävention und Vorsorgeuntersuchungen.
51. Im Rahmen der beiden vorangegangenen Aktionspläne wurde mit verschiedenen europäischen Drittländern, insbesondere Schweden, Norwegen und der Schweiz eine fruchtbare Zusammenarbeit erreicht, wobei diese Länder als offizielle oder inoffizielle Beobachter an dem Programm teilnahmen, ob bei der Arbeit an wissenschaftlichen Projekten oder im Rahmen von Initiativen von Krebsligen und Vereinigungen zur Krebsbekämpfung. Diese offene Haltung soll auch im Zuge des dritten Aktionsplans beibehalten werden. Hier ist eine weitere Zusammenarbeit mit Drittländern vorgesehen, insbesondere mit den EFTA-Ländern und denjenigen Ländern Mittel- und Osteuropas, die Assoziationsabkommen mit der Union unterzeichnet haben. Man will der Möglichkeit weiterer Formen der Zusammenarbeit, insbesondere der allmählichen Öffnung des Programms für diese Länder, nachgehen. Somit könnte sich die Zusammenarbeit auf die Erhebung epidemiologischer Daten, die Durchführung spezifischer Präventionsaktionen sowie Informations- und Aufklärungskampagnen, die Ausbildung von Angehörigen des Gesundheitspersonals sowie Vorsorgeuntersuchungen und Überwachungsmaßnahmen erstrecken.

V DER DRITTE AKTIONSPLAN

a. Prioritäre Aktionen

52. Für eine bessere Berichterstattung über die Krebstrends sind eine genauere Erhebung und eine schnellere Aktualisierung der Daten über Krebsmortalität und -morbidity notwendig. Daher sollten Einrichtungen, die sich als wirksam erwiesen haben, wie das Europäische Netz der Krebsregister, weiter unterstützt werden, denn sie eröffnen neue Perspektiven im Bereich der Krebs Epidemiologie.
53. Da drei Viertel aller Krebserkrankungen auf die Art der Lebensführung zurückzuführen sind, ist die Prävention nach wie vor eine Schlüsselstrategie mit einem enormen Potential. Die Kampagne gegen das Rauchen sollte eine der wichtigsten Prioritäten in diesem Bereich sein, denn ein Drittel der Krebsmortalität ist allein auf das Rauchen zurückzuführen. Außerdem ist erwiesen, daß nicht nur die Raucher selbst gefährdet sind, sondern auch die Menschen in ihrer Umgebung (Passivrauchen). Es ist daher angebracht, die Aktionen zur Senkung des Trends zum Rauchen insbesondere bei Jugendlichen und bei Frauen fortzusetzen. Hier können durch Rechtsvorschriften auf Gemeinschaftsebene sowie durch Unterstützung von Pilot- und Demonstrationsprojekten einflußreicher Gruppen wie Gesundheitspersonal, Lehrer und Medien noch Fortschritte erzielt werden. Auch andere Risikofaktoren, wie eine unausgewogene Ernährung oder die Exposition gegenüber karzinogenen Einwirkungen wie ultraviolette Strahlung oder gefährliche Stoffe, die beispielsweise am Arbeitsplatz vorhanden sein können, rechtfertigen unter angemessener Berücksichtigung des Subsidiaritätsprinzips weitere Maßnahmen der Gemeinschaft sowohl in Form von Rechtsvorschriften als auch von Pilotprojekten für bestimmte Zielgruppen. Besonders wichtig sind in diesem Zusammenhang Kampagnen zur Aufklärung der Öffentlichkeit und zur Gesundheitserziehung in Schulen, mit denen die Menschen stärker für die Gefahren des Rauchens, des übermäßigen Alkoholkonsums, einer unausgewogenen Ernährung sowie der Exposition gegenüber krebserzeugenden Stoffen sensibilisiert werden sollen. Bestimmte Bevölkerungsgruppen, insbesondere Kinder, Jugendliche und Arbeitnehmer, müssen als Zielgruppen angesprochen werden.
54. Zuverlässige Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen, insbesondere für Brust- und Gebärmutterhalskrebs, die mit geeigneten Qualitätssicherungsmechanismen durchgeführt werden, könnten die Zahl der Todesfälle durch Krebs senken. Sie sind daher ebenfalls ein wichtiger Aspekt der Präventionsstrategie. Dieser Ansatz könnte zweckmäßigerweise auch auf andere Krebsarten wie Kolon-, Ovarial-, Prostata- und Mundhöhlenkrebs ausgeweitet werden.
55. Gleichzeitig sollte der Aktionsplan weiterhin andere wichtige Tätigkeitsbereiche abdecken. So muß beispielsweise die Forschung vorangetrieben werden, und das Programm wird dazu beitragen, Prioritäten zu setzen. Es muß eine Bestandsaufnahme der Forschungsarbeiten erstellt werden, insbesondere der klinischen Forschung. Die rasche Verbreitung von Ergebnissen der Grundlagenforschung und klinischer Versuche wird eine der Prioritäten sein, denn dies ist ein Bereich, in dem die enge Zusammenarbeit und der rasche Informationsaustausch zwischen europäischen Krebsforschungsinstituten und Krankenhäusern die Wirksamkeit jedes nationalen Programms wesentlich verbessern.

56. Es ist wichtig, die auf europäischer Ebene eingeleiteten Maßnahmen zur Ausbildung von Gesundheitspersonal fortzusetzen und weiterzuentwickeln, denn sie hatten eine positive Auswirkung auf die Qualität der Ausbildung auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene und werden dazu beitragen, die noch zwischen den Mitgliedstaaten bestehenden Unterschiede auszugleichen. Sinnvoll ist auch die Anregung neuer Initiativen, zur Einbeziehung der wichtigsten Fortschritte bei Krebsprävention, -diagnose und -behandlung in die Ausbildungsprogramme für das Gesundheitspersonal. Der Schlüssel zu dieser Aktion ist die kontinuierliche Weiterbildung.
57. Im Bereich des Behandlungsmanagements sollte die im zweiten Aktionsplan verfolgte Strategie in Richtung einer Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten weiterentwickelt werden, und zwar insbesondere im Hinblick auf die Qualitätskontrolle der Behandlung, speziell der palliativen Behandlung, und die Berücksichtigung der psycho-sozialen Dimension von Krebs. Der Erfahrungsaustausch und die Weitergabe von Kenntnissen über die auf europäischer Ebene anerkannten vorbildlichen Verfahren sollten gefördert werden.
58. Da das Programm als Katalysator und Anstoß für die nationalen Maßnahmen der Mitgliedstaaten gegen den Krebs gewirkt hat, konnten in den ersten Jahren ermutigende Ergebnisse erzielt werden. Um sie zu konsolidieren und die wichtigsten Bereiche für künftige Aktionen zur Erreichung der Ziele des Programms abzustecken, müssen für den Aktionsplan ausreichende Mittel zur Verfügung gestellt werden. Hauptzweck der empfohlenen rechtlichen und finanziellen Instrumente ist es, die in den Mitgliedstaaten verfolgten Politiken zu erleichtern und zu bestärken. Auch das Partnerschaftskonzept, das sich bei der Motivierung und Mobilisierung der verschiedenen beteiligten Akteure als außerordentlich erfolgreich erwiesen hat, muß weiterverfolgt und ausgebaut werden.
59. Bei der Analyse und Beurteilung der Ergebnisse sind Verbesserungen erforderlich; daher ist der Erarbeitung einer Programmbewertungsmethode, die die gewonnenen Erfahrungen sowie die im Bewertungsbericht und von den nationalen Sachverständigen vorgelegten Empfehlungen berücksichtigt, besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

a.1 Krebsregister und epidemiologische Studien

60. Krebsregister sind eine wesentliche Komponente jedes rationalen Systems zur Beurteilung des Krebsgeschehens in der Bevölkerung und ein unentbehrliches Hilfsmittel für Krebsbekämpfungsstrategien. Sie liefern die notwendigen Daten zur Planung künftiger Maßnahmen und das Instrumentarium für die Durchführung analytischer und deskriptiver epidemiologischer Studien. Mit den Daten der zur Zeit bestehenden Register können nicht alle diese Ziele erreicht werden, da ihre Vergleichbarkeit nicht ausreichend gewährleistet ist.

61. Die Hauptziele sollten sein:

- Verbesserung der Krebsregistrierung
- Erleichterung der Erhebung zuverlässiger und vergleichbarer Daten über die Anzahl der Krebsfälle insbesondere in Zusammenarbeit mit der WHO, damit diese Krankheit überwacht werden kann, ihre Trends erkannt und europaweite epidemiologische Studien konzipiert werden können.

62. Epidemiologische Studien müssen fortgesetzt werden, insbesondere die europäischen Kohortenstudien im Rahmen der European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). Sie müssen unterstützt werden, damit sichergestellt ist, daß sie unter den besten Bedingungen stattfinden. Aus wissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Sicht ist es wichtig, daß wir aus den Daten über Ernährung und biologische Vorgänge lernen können, die über einen Zeitraum von zehn Jahren aus der Beobachtung von etwa 350 000 Personen gewonnen werden.

63. Es wird allgemein anerkannt, daß der häufige Verzehr von frischem Obst und Gemüse das Risiko von Krebserkrankungen des Verdauungstrakts und der Atemwege verringert. Obwohl noch keine vollständige Klarheit über die Wirkungsweise besteht, scheinen einige in diesen Nahrungsmitteln enthaltenen Mikronährstoffe und krebshemmenden Stoffe für diesen Schutzeffekt verantwortlich zu sein. Epidemiologische Studien sollten sich mit diesem Bereich beschäftigen und den Schwerpunkt auf die Möglichkeit einer Krebsprävention durch Ermittlung der vor Krebs schützenden Agenzien und durch Veränderung bestimmter Ernährungsgewohnheiten legen.

64. Epidemiologische Forschung, die auf Primärprävention und gesundheitspolitische Intervention abzielt, einschließlich der Erforschung von Risikofaktoren in der Umwelt, muß unterstützt werden. Dabei sollten folgende Hauptbereiche abgedeckt werden:

- Durchführung von Studien zum Zusammenhang zwischen Krebs, Gesundheit und Ernährung;
- Anregung epidemiologischer Studien mit dem Schwerpunkt Prävention;
- Verbesserung der Bekämpfung von Karzinogenen;
- Förderung von Informations- und Erfahrungsaustausch.

a.2 Spezifische Präventivmaßnahmen

65. Die in den ersten beiden Aktionsplänen verfolgte Risikopräventionsstrategie, deren Grundpfeiler die Förderung des Europäischen Kodex, rechtsetzende Maßnahmen auf europäischer Ebene und der verstärkte Austausch von Erfahrungen über Kampagnen zur Aufklärung der Öffentlichkeit sowie zur Gesundheitserziehung in der Schule waren, hat sich als sehr wirksam erwiesen. Präventivmaßnahmen, die darauf abzielen, die Europäer für die Krebsrisiken zu sensibilisieren und sie somit zu einer gesünderen Lebensweise zu motivieren, muß daher eine hohe Priorität zukommen. Das gleiche gilt für Maßnahmen, mit denen die Gemeinschaft nationale Aktionen vorantreiben kann. In diesem Zusammenhang ist die Verringerung des Tabak- und Alkoholkonsums nach wie vor das wichtigste Mittel zur Senkung der Krebsmortalität.
66. Nach Angaben der WHO gibt es in der Union jedes Jahr 450 000 Todesfälle, die auf das Rauchen zurückzuführen sind. Die Prävention des Tabakkonsums bleibt daher das vorrangige Anliegen, und die entsprechenden Informationskampagnen müssen ausgeweitet werden. Zur Verstärkung dieser Strategie sollte jeder Mitgliedstaat entscheiden, welche Ziele er erreichen will, und sie der Kommission mitteilen. Fortgesetzt und weiterentwickelt werden müssen u. a. folgende Aktionen:
- Warnung gefährdeter Gruppen wie Kinder und Schwangere vor den Gefahren des Rauchens; für diese Gruppen könnte eine Charta erarbeitet werden.
 - Schutz der Nichtraucher, insbesondere in öffentlich zugänglichen Räumen und am Arbeitsplatz;
 - Ausbau bereits bestehender Netze (Nichtraucherstädte, Nichtraucherkrankenhäuser, Treffpunkte für jugendliche Nichtraucher);
 - Unterstützung bei der Durchführung der wirksamsten Methoden zur Verhinderung des Rauchens und zur Raucherentwöhnung;
 - Unterstützung von Aufklärungskampagnen, die sich an Lehrer und an sonstige Erwachsene richten, die für die Erziehung von Jugendlichen außerhalb der Schule verantwortlich sind;
 - stärkere Beteiligung an Informationskampagnen der WHO, insbesondere am Welt-Nichtrauchertag (31. Mai jeden Jahres);
 - Angleichung der Tabakpreise in der Gemeinschaft an das höchste Preisniveau;
 - Förderung der Einführung eines Preisindex für die Lebenshaltung ohne Berücksichtigung des Tabakpreises und Bewertung der Auswirkungen dieser Maßnahme in den Ländern, in denen sie eingeführt wurde;

Bewertung von Politiken zur Reduzierung des Tabakkonsums, insbesondere der Einschränkung direkter und indirekter Werbung für Tabakerzeugnisse, die in den Mitgliedstaaten eingeführt wurde.

a.2.1 Aufklärung der Öffentlichkeit und spezifischer Gruppen

67. Die Aufklärung der Öffentlichkeit ist eines der wirksamsten Mittel zur Krebsprävention und zur Gesundheitsförderung. Daher sollten auch weiterhin Informationskampagnen organisiert werden, insbesondere für bestimmte wichtige Zielgruppen und zu bestimmten Zeitpunkten wie beispielsweise während der Europäischen Wochen gegen den Krebs. Das Hauptinstrument sollte der Europäische Kodex gegen den Krebs bleiben, den der Ausschuß hochrangiger Krebsforscher 1986 angenommen hat und der seitdem in den Mitgliedstaaten weite Verbreitung fand. Der Kodex könnte anhand aktueller Forschungsergebnisse überarbeitet und auf neue Zielgruppen oder spezifische Umgebungen wie öffentlich zugängliche Räume und Arbeitsplätze zugeschnitten werden.
68. Vorgeschlagene Ziele:
- Die Europäer sollten insbesondere durch Verbreitung des Europäischen Kodex besser über Krebsprävention informiert und zu einer gesünderen Lebensführung angeregt werden.
 - Der Informationsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten über ihre Maßnahmen zur Krebsprävention sollte verbessert werden.
 - Informationskampagnen sollten wirksamer auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtet werden, z. B. auf Angehörige der Gesundheitsberufe, Arbeitgeber und Gewerkschaften, freie Wohlfahrtsverbände und Lehrer.
69. Die Strategie sollte folgende Hauptbereiche abdecken:
- die Veranstaltung weiterer Europäischer Wochen zur Aufklärung über Krebsprävention;
 - die Erarbeitung von Informationsdossiers, mit denen bestimmte Zielgruppe angesprochen werden, z. B. Raucherentwöhnungskampagnen für Frauen, insbesondere schwangere Frauen;
 - Heranziehung der Medien für die Verbreitung von Informationen über Krebsprävention und Abstimmung dieser Informationen auf die soziokulturellen Gegebenheiten der einzelnen Mitgliedstaaten;
 - Förderung von Untersuchungen und Erhebungen, mit denen die Wirksamkeit der Informationskampagnen bewertet werden soll;
 - Unterstützung bei der Organisation von Treffen zum europaweiten Erfahrungsaustausch über die wirksamsten Methoden der Aufklärung über Krebsprävention;

- Informationen für Ärzte, Zahnärzte, Krankenpflegepersonal und andere Gesundheitsberufe wie z. B. Apotheker sowie Aufklärung gefährdeter Gruppen über die Notwendigkeit, zur Früherkennung von Krebs einen Arzt aufzusuchen, wie es im Europäischen Kodex gegen den Krebs empfohlen wird.

a.2.2 Gesundheitserziehung

70. Gesundheitserziehung ist ein lebenslanger Prozeß, der bereits im frühesten Kindesalter beginnt. Es gibt jedoch zwei Schlüsselbereiche, in denen die Gesundheitserziehung eine der höchsten Prioritäten sein sollte: Schule und Arbeitsplatz. Der Schwerpunkt sollte auf positiven Aussagen liegen; so sollte die Gesundheit z. B. als eine Art begrenztes Kapital dargestellt werden, das nicht durch ungesunde Verhaltensweisen wie den Mißbrauch erlaubter oder unerlaubter Stoffe verschwendet oder geschädigt werden sollte.
71. Die Gesundheitserziehung in der Schule soll Kindern in einem frühen Stadium, nämlich bereits in der Primarschule, wenn sie am ehesten bereit sind, gesunde Lebens- und Verhaltensweisen zu übernehmen, ein Gefühl für ihre individuelle Verantwortung vermitteln. Sie ist auch ein Mittel zum Abbau sozialer Unterschiede, da jedem Kind die gleichen Voraussetzungen zur Vorbereitung auf ein gesundes Leben als Erwachsener mitgegeben werden.
72. Der Schwerpunkt der künftigen Arbeit sollte daher auf der Unterstützung der Mitgliedstaaten in ihren Bemühungen liegen, ein Programm für die grundlegende Gesundheitserziehung in der Schule und ein Mindestprogramm für die Lehrerbildung zu erarbeiten und zu erproben. Zu diesem Zweck sollte sowohl der Austausch von Erfahrungen und Lehrmaterial gefördert werden als auch die Durchführung und Bewertung von Piloterziehungsprojekten zu Themen wie Rauchen, Ernährung und übermäßige Sonnenexposition. Bei diesen Aktivitäten sollten nicht allein die zuständigen Minister (Bildungs- und Gesundheitsminister) eng zusammenarbeiten, sondern alle Akteure im schulischen Umfeld (Eltern, Lehrer und Schulleiter). Zweckmäßig wäre auch die Einbeziehung von Nichtregierungsorganisationen, die wahrscheinlich einen wichtigen Beitrag zur Förderung und Unterstützung der Gesundheitserziehung in Schulen leisten könnten, insbesondere in Ländern und Regionen mit schwach entwickelten Infrastrukturen und Gesundheitserziehungsmaßnahmen. Begleitet werden sollte die Initiative von einer strengen Bewertung sowohl der Anwendung der Unterrichtskonzepte als auch der Ergebnisse. Auf diese Weise können die Ergebnisse auf andere Länder übertragen werden. Diese Maßnahmen werden hauptsächlich im Rahmen des künftigen horizontalen Programms für Gesundheitsförderung, -information, -erziehung und -ausbildung durchgeführt; zur Ergänzung und Verstärkung sind spezifische krebsbezogene Maßnahmen sowie Maßnahmen für andere Zielgruppen wie Arbeitnehmer, Gesundheitspersonal, Lehrer usw. vorgesehen.

73. Will man das Konzept der "gesundheitsfördernden Schule", das auf der ersten europäischen Konferenz über Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen (veranstaltet in Dublin im Rahmen des Programms "Europa gegen den Krebs") eingeführt wurde, mit Inhalt füllen, so ist zu sagen, daß die Gesundheitserziehung nur dann wirksam sein kann, wenn sie in einen größeren Zusammenhang gestellt wird, der auch das sozio-kulturelle Umfeld der Kinder berücksichtigt. Die Hauptziele sollten sein:
- Förderung einer gesunden Lebensführung bei der Bevölkerung, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen;
 - Sensibilisierung der Eltern für die Gesundheitserziehung in der Schule und Motivierung für die praktische Umsetzung dessen, was die Kinder in der Schule gelernt haben;
 - Koordinierung von Aktionen des Krebsprogramms mit Maßnahmen, die im Rahmen anderer Programme durchgeführt werden, insbesondere mit denen internationaler Organisationen, die auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung tätig sind;
 - Anregung von Maßnahmen zur Einführung von Innovationen in die Erstausbildung und Weiterbildung von Lehrern und anderen für die Gesundheitserziehung verantwortlichen Personen.
74. Besonderes Gewicht könnte auf folgende Punkte gelegt werden:
- Erarbeitung und Einführung von Programmen für die grundlegende Gesundheitserziehung, wobei Risikofaktoren des Krebses, wie Rauchen und Ernährung, Priorität einzuräumen ist;
 - Motivierung von Kindern und Jugendlichen für Gesundheitserziehung und ihre Beteiligung an der Erarbeitung von entsprechenden Lehrinhalten;
 - Einbeziehung der Eltern bei der praktischen Umsetzung der Lehrinhalte sowohl in der Schule (Kindern frisches Obst mitgeben usw.) als auch zu Hause;
 - Förderung der Motivation von Lehrern durch Veranstaltung von Seminaren und Konferenzen und durch Bereitstellung von audiovisuellem Lehrmaterial.

a.2.3 Ausbildung des Gesundheitspersonals

75. Die Maßnahmen, die im Rahmen der ersten beiden Aktionspläne auf europäischer Ebene eingeleitet wurden, haben sich positiv auf die Qualität der Ausbildung auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene ausgewirkt und dazu beigetragen, die bei der Ausbildung des Gesundheitspersonals zwischen den Mitgliedstaaten bestehenden Unterschiede abzubauen. Sie basierten auf der Empfehlung der Kommission vom 27. November 1989 über die Ausbildung von Gesundheitspersonal im Bereich Krebs; diese Empfehlung ist noch immer relevant und wird als Grundlage für Aktionen dienen, die an Ärzte, Krankenpflegepersonal und Zahnärzte gerichtet sind. Die bereits eingeleiteten Initiativen sollten fortgesetzt werden, um sicherzustellen, daß das unmittelbar mit der Krebsprävention und -behandlung befaßte Gesundheitspersonal die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten erwirbt, die ihm ein rasches und entschlossenes Handeln ermöglichen.
76. In Anbetracht der raschen Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Kenntnisse und der Überfüllung von Erstausbildungsprogrammen ist die Erarbeitung von Weiterbildungskonzepten insbesondere in der medizinischen Ausbildung von wesentlicher Bedeutung.
77. Die wichtigsten Ziele können wie folgt zusammengefaßt werden:
- Verbesserung der Kenntnisse und Fähigkeiten des Gesundheitspersonals (Ärzte, Pflegepersonal, Zahnärzte) im Bereich Krebs, insbesondere seiner Prävention;
 - Förderung einer zweckentsprechenden Ausbildung, insbesondere durch Einrichtung und Unterstützung von Ausbildungsnetzen (Erstausbildung und Weiterbildung) für Gesundheitspersonal, das in der Krebsbehandlung tätig ist;
 - Verbesserung der Ausbildung anderer Gruppen des Gesundheitspersonals, z. B. Apotheker und Datenmanager;
 - Gewährleistung, daß in der Ausbildung auch die psycho-sozialen Aspekte von Krebs abgedeckt werden.
78. Die Ausbildungsstrategie sollte folgende Hauptbereiche auf europäischer Ebene abdecken:
- Einsetzung von Arbeitsgruppen, die sich aus Krebsexperten und Vertretern der Gesundheitsfachberufe zusammensetzen, die an den bestehenden Ausbildungsnetzen teilnehmen (Ärzte, Pflegepersonal, Zahnärzte);
 - Konsolidierung der Beziehungen zu nationalen und regionalen Behörden;
 - Erarbeitung geeigneter Materialien für die Ausbildung von Gesundheitspersonal in Onkologie (einschließlich Primärprävention von Krebs) entsprechend dem auf europäischer Ebene gefundenen Konsens; Ver-

folgung innovativer Ansätze einschließlich Netzen und EUROCODE für den schnellen Informationsaustausch;

- Maßnahmen zur Erleichterung der Mobilität von Angehörigen des Gesundheitspersonals zwischen Mitgliedstaaten zu Ausbildungszwecken, insbesondere zwischen Hochleistungszentren, die hervorragende Ausbildungskurse anbieten, soweit dies nicht durch bestehende Gemeinschaftsprogramme abgedeckt ist;
- Unterstützung für europäische Seminare für Ausbilder von Gesundheitspersonal, auf denen Kenntnisse über die wichtigsten Fortschritte bei der Krebsbekämpfung vermittelt werden: Prävention (einschließlich Epidemiologie), Vorsorgeuntersuchungen und Diagnose.

a.3 Früherkennung und systematische Vorsorgeuntersuchungen

79. Krebsvorsorgeuntersuchungen sind für die Erreichung des Hauptziels des Programms von grundlegender Bedeutung. In den ersten beiden Aktionsplänen ging es im wesentlichen um Vorsorgeuntersuchungen auf Brust- und Gebärmutterhalskrebs.
80. Die Einführung systematischer Brustkrebsvorsorgeuntersuchungen für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren in Kombination mit Diagnose und Therapie für Frauen, bei denen sich ein Verdacht ergibt, ist sehr wichtig. In elf Mitgliedstaaten wurde ein Netz von Pilotprojekten für Brustkrebsvorsorgeuntersuchungen eingerichtet. Diese Projekte waren in der Anfangsphase darauf ausgerichtet, Vorsorge- und Qualitätskontrollmethoden zu untersuchen und den Erfahrungsaustausch zu erleichtern, und haben nun allmählich die Phase der tatsächlichen Verbesserung und Qualitätskontrolle erreicht. Hochrangige Experten haben 1992 auf europäischer Ebene Leitlinien für die Qualitätssicherung bei Vorsorgeuntersuchungen auf Brustkrebs festgelegt. Verbesserungen können erreicht werden durch eine angemessene Ausbildung für alle an Brustkrebsvorsorgeuntersuchung beteiligten Berufsgruppen, die Einbeziehung der Allgemeinärzte zur Gewährleistung einer hohen Beteiligungsquote und die Anwendung europäischer Empfehlungen für zuverlässige Mammographieuntersuchungen.
81. Eine hochrangige Expertengruppe hat 1993 europäische Leitlinien für Vorsorgeuntersuchungen auf Gebärmutterhalskrebs aufgestellt. Gleichzeitig wurde unter Berücksichtigung dieser Leitlinien ein europäisches Netz von Pilotprojekten eingerichtet, für die eine begleitende Ausbildung des beteiligten Gesundheitspersonals in den Bereichen Zytologie und Qualitätssicherung erforderlich ist. Außerdem müssen eine gemeinsame Terminologie und ein gemeinsames Klassifikationssystem erarbeitet werden.

82. All diese Aktionen, die es ermöglicht haben, die in einigen Mitgliedstaaten gewonnenen Kenntnisse und Erfahrungen in der gesamten Europäischen Union zu verbreiten, und die Anlaß zu Empfehlungen und zur Durchführung von Pilotprojekten auf europäischer Ebene waren, muß der dritte Aktionsplan fortsetzen und weiterentwickeln, insbesondere in den Bereichen, in denen befriedigende Ergebnisse erzielt wurden (Brust- und Gebärmutterhalskrebs). Wenn die Kosten-Nutzen- und Durchführbarkeitsstudien für andere Krebsarten (Kolon-, Prostata-, Ovarial- und Mundhöhlenkrebs) ermutigende Ergebnisse aufweisen, könnte dieser Bereich jedoch allmählich ausgeweitet werden.
83. Die Ziele sollten sein:
- Beitrag zur Entwicklung und Einrichtung effektiver Vorsorgesysteme unter Berücksichtigung der Besonderheiten jedes Mitgliedstaats;
 - breitere Anwendung geeigneter Praktiken auf der Grundlage der Europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung bei Krebsvorsorge und -früherkennung aufgestellt wurden;
 - Verbesserung der Qualität von Krebsvorsorgeuntersuchungen durch Förderung der Weiterbildung des Gesundheitspersonals.
84. Die Strategie sollte folgende Hauptbereiche abdecken:
- Umsetzung der europäischen Empfehlungen zur Qualitätssicherung bei Vorsorgeuntersuchungen auf Brust- und Gebärmutterhalskrebs;
 - Erarbeitung und Verbreitung gemeinsamer Terminologien für bestimmte Fachgebiete, insbesondere für Zytopathologen in der Europäischen Union;
 - Förderung von gemeinschaftsrelevanter Forschung zur Wirksamkeit und Durchführbarkeit von Vorsorgeuntersuchungen auf bestimmte Krebsarten wie Kolon-, Prostata, Mundhöhlen- und Ovarialkrebs;
 - Unterstützung für die Ausbildung des Gesundheitspersonals, insbesondere im Rahmen europäischer Netze von Hochleistungszentren;
 - Kosten-Nutzen-Analyse für Vorsorgeuntersuchungen auf verschiedene Krebsarten.

a.4 Qualitätskontrolle in der Behandlung (einschließlich palliativer Behandlung)

85. Schwerpunkt des Bereichs Behandlungsmanagement war im zweiten Aktionsplan war der Informationsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten. Die diesem Aspekt beigemessene Bedeutung ist gerechtfertigt durch die zunehmende Mobilität innerhalb der Gemeinschaft und die Notwendigkeit, in den einzelnen Ländern vergleichbare Standards sicherzustellen. Die Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Kenntnisse und die unterschiedlichen Verfahren des Behandlungsmanagements in der Gemeinschaft erfordern (wie der Rat in seiner Entschließung vom 13.12.1993 feststellte), daß die Gemeinschaft Maßnahmen unterstützt, mit denen die vorbildlichen Verfahren im Behandlungsmanagement und in der Qualitätskontrolle ausfindig gemacht werden können. Ergänzt werden sollten sie durch Verbesserungen beim Datenaustausch mit Hilfe neuer Computer- und Telekommunikationstechnologien. Die klinische Forschung vervollständigt das Maßnahmenpaket. Alle diese Aktionen dürfen weder das Subsidiaritätsprinzip verletzen noch in die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Erbringung von Gesundheitsleistungen eingreifen.
86. Unter Berücksichtigung des Subsidiaritätsprinzips und der Bedeutung wirksamer Maßnahmen auf nationaler Ebene sind für diese Art von Aktion folgende Hauptziele vorgesehen:
- Einrichtung von Netzen und Mechanismen, mit denen neue Behandlungsmethoden verglichen und bewertet werden können, insbesondere neuartige therapeutische Wirkstoffe und neue Technologien. Besonders wichtig ist es zu klären, warum bei verschiedenen Krebsarten von Region zu Region, manchmal von Stadt zu Stadt, beträchtliche Unterschiede in den Überlebensraten zu beobachten sind (später erster Arztbesuch, Verzögerung bei Diagnose oder Behandlungsbeginn, inadäquate Verordnung oder Durchführung der Behandlung).
 - Besondere Aufmerksamkeit ist der Verbesserung der Qualität der Behandlung, die dem Krebspatienten angeboten wird, einschließlich der palliativen Behandlung zu widmen. Hier besteht ein wichtiges Gemeinschaftsinteresse, was Kenntnisse über die besten Techniken und Methoden betrifft. Ziel der Aktion in diesem Bereich ist es, die Festlegung einer gemeinsamen Terminologie und den Vergleich von Praktiken zu unterstützen, um die Verbreitung einschlägiger Kenntnisse bei den Angehörigen des Gesundheitspersonals zu erleichtern.
 - Bei der Behandlung ist der Austausch von Erfahrungen und die Verbreitung der vorbildlichen Verfahren und Kenntnisse auf Gemeinschaftsebene zweckmäßig.
87. Der gewählte Ansatz soll:
- ein Netz von Krebsbehandlungspraktiken schaffen, damit diese verbessert werden können;

- Treffen auf europäischer Ebene unterstützen, auf denen das bestmögliche Vorgehen beim Behandlungsmanagement, einschließlich der palliativen Behandlung, ausgewählt wird, das sich zur Verbreitung in den Mitgliedstaaten eignet;
 - die Auswirkungen von Qualitätskontrollverfahren mit Hilfe von Pilotprojekten bewerten.
88. Im Bereich der palliativen Behandlung wäre es angebracht, die Umsetzung der Schlußfolgerungen eines Berichts zu unterstützen, der 1992 von einer Gruppe hochrangiger Experten für das Programm "Europa gegen den Krebs" erstellt wurde. Das bedeutet:
- regelmäßige Bewertung des aktuellen Stands der Palliativbehandlung in der Gemeinschaft;
 - Definition von Qualitätskriterien für die Palliativbehandlung im Rahmen eines europäischen Konsenses;
 - Verbesserung der Ausbildung des Gesundheitspersonals in der Palliativbehandlung.
89. Unter angemessener Berücksichtigung der Subsidiarität und in enger Zusammenarbeit mit den zuständigen internationalen Organisationen wie der WHO werden mit diesem Ansatz folgende Maßnahmen gefördert:
- Unterstützung von Arbeiten zum Status der Palliativbehandlung in der Europäischen Gemeinschaft;
 - Veranstaltung einer europäischen Konsens-Konferenz über die Bedeutung einer Ausbildung in palliativer Behandlung im Rahmen des Medizinstudiums sowie Verbreitung der Konferenzergebnisse in den Mitgliedstaaten;
 - weitere Forschungsarbeiten und Untersuchungen über die Praxis der Palliativbehandlung und die Umsetzung der Ergebnisse bei der Weiterbildung des Gesundheitspersonals.

a.5 Forschung: Beitrag zur Formulierung von Zielen und zur Verbreitung von Ergebnissen

90. Wie in Artikel 130 f bis 130 q des Vertrags niedergelegt, verbleibt die Verantwortung für die Krebsforschung bei den einschlägigen Maßnahmen des gemeinschaftlichen Rahmenprogramms für die Forschung, insbesondere beim Forschungsprogramm für Biomedizin und Gesundheitswesen, das Grundlagenforschung und klinische Forschung abdeckt. Die gemäß diesem Aktionsplan 1995 - 1999 durchzuführenden Maßnahmen liefern einen Beitrag zu den Aktionen des nächsten vorgeschlagenen Biomedizinischen Programms (1994 - 1998); für die Abstimmung zwischen diesen beiden Maßnahmenpaketen trägt die Kommission Sorge. Auch klinische Studien sollten durch die Ermöglichung transeuropäischer klinischer Versuche unterstützt werden in Fällen, in denen die Anzahl der Patienten einen solchen Ansatz wünschenswert erscheinen läßt. Die bestehenden offiziellen und informellen Netze sollen soweit wie möglich genutzt werden, um ein Höchstmaß an Effizienz sicherzustellen.
91. Das Programm soll zur Ermittlung des Bedarfs an Krebsforschung auf europäischer Ebene beitragen und die Schaffung einer Bestandsaufnahme der laufenden Forschungsarbeiten unterstützen.
92. Was die Verbreitung von Forschungsergebnissen betrifft, so sind die Unterstützung wissenschaftlicher Bewertung, die Veranstaltung von Konsens-Konferenzen und der Austausch von Wissenschaftlern vorgesehen. Letzterer wird bereits bestehende Programme im Bereich der Mobilität von Forschern und Universitätsangehörigen ergänzen.

b. Konsultation und Beteiligung

b.1 Beratender Ausschuß

93. Die Erfahrungen des ersten und zweiten Aktionsplans haben deutlich gemacht, daß ein Ausschuß zur Unterstützung der Kommission notwendig ist. Daher wird die Kommission die Einsetzung eines Beratenden Ausschusses unter Vorsitz der Kommission und mit Vertretern aus allen Mitgliedstaaten vorschlagen, damit die verschiedenen Partner, einschließlich der wissenschaftlichen Experten auf höchster Ebene und der nationalen Verwaltungen, so vollständig wie möglich in die in diesem dritten Aktionsplan vorgesehenen Aktivitäten einbezogen werden können. Die Zusammensetzung des Ausschusses sollte eine angemessene Vertretung der Interessen und Fachkenntnisse der nationalen Verwaltungen, der Gesundheitsberufe und der einschlägigen Nichtregierungsorganisationen gewährleisten.

b.2 Expertengruppe hochrangiger Krebs Sachverständiger

94. Die Kommission wird bei ihrer Tätigkeit von einer Expertengruppe führender Krebs Sachverständiger unterstützt. Diese Expertengruppe, deren Mitglieder aus den Mitgliedstaaten kommen werden, berät die Kommission in wissenschaftlichen und technischen Aspekten der vorgeschlagenen Aktivitäten. Bei der Abwicklung der ersten zwei Aktionspläne erhielt die Kommission von einer ähnlichen Gruppe (Ausschuß hochrangiger Krebsforscher) wertvolle Unterstützung.

b.3 Andere beteiligte Gruppen

95. Die Kommission unterstützt weiterhin die bestehenden nationalen Koordinierungsausschüsse für das Krebsprogramm mit dem Ziel, die Motivation und das Engagement der nationalen Akteure zu stärken. Diese nationalen Ausschüsse, deren Zusammensetzung und Geschäftsordnung ausschließlich auf lokaler Ebene festgelegt werden, haben sich als sehr wertvoll erwiesen, indem sie die zahlreichen mit Krebs befaßten Organisationen und Berufsgruppen zu engerer Zusammenarbeit auf nationaler Ebene veranlaßt haben.
96. Während der ersten sieben Jahre der Gemeinschaftsaktion gegen den Krebs haben die Nichtregierungsorganisationen, insbesondere die Krebsverbände und -ligen, großzügig Finanzmittel und Fachwissen beigetragen. Im Hinblick auf die hilfreiche Rolle, die diese Organisationen für Prävention, Behandlung und Forschung spielen, wird die Kommission ihre Beziehungen zu ihnen aufrechterhalten und verstärken, und zwar sowohl durch den obengenannten Beratenden Ausschuß als auch durch direkte Beziehungen zu den europäischen Krebsligen und ähnlichen Gruppierungen. Insbesondere werden sie weiterhin ihre führende Rolle bei der Vorbereitung und Durchführung der Europäischen Wochen gegen den Krebs wahrnehmen.
97. Der breit gesteckte Rahmen der Maßnahmen gegen den Krebs sowie die vielfältigen Beziehungen zu anderen Aspekten der öffentlichen Gesundheit machen es erforderlich, daß die Kommission flexibel auf die Notwendigkeit zur Einbeziehung der verschiedenen Partner reagiert. Die Kommission gewährleistet die Koordinierung der Aktionen dieses Programms mit den Maßnahmen im Rahmen von Programmen, die in der Mitteilung der Kommission über den Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit vorgesehen sind, sowie mit anderen relevanten Gemeinschaftspolitiken.

c. Bewertung und Berichte

98. Die Bewertung des Aktionsplans und die Berichterstattung erfolgen in drei Schritten; dies sind:

- ein Jahresbericht über die Durchführung des Programms, der dem Rat, dem Europäischen Parlament, dem Wirtschafts- und Sozialausschuß sowie dem Ausschuß der Regionen vorgelegt wird;
- eine unabhängige Peer-review-Bewertung der wichtigsten finanzierten Maßnahmen und Untersuchungen;
- einen Gesamtbericht über die Effizienz und Wirksamkeit der im Rahmen des Aktionsplans eingeleiteten Projekte, den die Kommission den zuständigen Institutionen im zweiten Halbjahr 1997 vorzulegen hat.

c.1 Jahresbericht über die Durchführung des Aktionsplans

99. Zweck dieses Berichts ist es sicherzustellen, daß die Institutionen – und über sie alle Betroffenen – in vollem Umfang über den Fortschritt der im Rahmen des Aktionsplans unternommenen Maßnahmen informiert werden. Er enthält eine Analyse der im Zuge der verschiedenen Aktionen unterstützten Projekte enthalten sowie umfassende Informationen über Aktivitäten in anderen für Krebs relevanten Bereichen.

c.2 Unabhängige Peer-review-Bewertung der wichtigsten unterstützten Aktionen und Untersuchungen

100. Die in den ersten beiden Aktionsplänen gewonnenen Erfahrungen haben gezeigt, daß sowohl auf nationaler als auch auf europäischer Ebene eine effektivere Bewertung der im Rahmen des Programms unterstützten Aktionen notwendig ist. Eine solche Bewertung würde die Übertragbarkeit der Ergebnisse von Pilotprojekten auf andere Länder erleichtern und somit den gemeinschaftlichen Mehrwert des Programms steigern. Zur Einführung einer derartigen effektiven Bewertung kann die Kommission nationale Verwaltungen und andere einschlägige Experten konsultieren, um geeignete Kriterien und Protokolle zu erarbeiten.

c.3 Zwischenbericht und Gesamtbericht über die Wirksamkeit des Aktionsplans

101. Die Kommission legt bis Ende 1997 einen Zwischenbericht vor, der es dem Rat und dem Europäischen Parlament ermöglichen soll, zu bewerten, ob für die letzten beiden Jahre des Aktionsplans Änderungen des Ansatzes oder der Haushaltsmittel für das Programm angebracht sind. Bei seiner Erarbeitung berücksichtigt die Kommission alle bereits vorgelegten Berichte, einschließlich derjenigen des ersten und zweiten Aktionsplans. Ferner legt die Kommission nach Abwicklung des Aktionsplans einen abschließenden Gesamtbericht vor.

d. Allgemeine Informationsmaßnahmen

102. Zusätzlich zu den in Absatz VI.a.2.1 genannten Aufklärungsaktionen wird die Kommission sicherstellen, daß die Ergebnisse der wichtigsten Maßnahmen, Untersuchungen und Bewertungen interessierten Kreisen sowie der breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

103. Für die ersten beiden Aktionspläne waren Finanzmittel in der Größenordnung von 9 bis 10 Millionen ECU bzw. 10 bis 11 Millionen ECU vorgesehen. Die vorgeschlagenen Mittel für den dritten Aktionsplan sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

AKTIONSBEREICH	HAUSHALT 1993	HAUSHALT 1994	VEH 1995 (MIO.ECU/JAHR) vorläufige Aufschlüsselung	1996	1997	1998	1999	SUMME 1995 bis 1999
				Vorläufige Planung				
1. Krebsregistrierung	2,1	2,3	2,0					
2. Prävention durch Maßnahmen gegen Risikofaktoren								
A. Aufklärung der Öffentlichkeit								
B. Gesundheitserziehung	2,6	2,6	2,0					
C. Ausbildung des Gesundheits- personals	2,4	2,4	2,0					
	1,7	1,7	1,5					
3. Prävention durch Früherkennung und systematische Vorsorgeuntersuchungen	1,4	1,5	2,0					
4. Studien und Untersuchungen im Bereich der Behandlung von Krebs- patienten, Bestandsaufnahme und Verbreitung von Methoden	0,6	0,8	1,5					
INSGESAMT	10,8	11,3	11	12	13	14	14	64

Finanzbogen

1 BEZEICHNUNG DER MASSNAHME

Dritter Aktionsplan zur Krebsbekämpfung (1995-1999)

2 HAUSHALTSLINIE

Posten B3-4304 (Krebsbekämpfung)

3 RECHTSGRUNDLAGE

- Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, insbesondere Artikel 2
- Vertrag über die Europäische Union, insbesondere Artikel 129
- Entschließung des Rates und der im Rat vereinigten Vertreter der Regierungen der Mitgliedstaaten vom 7. Juli 1986 über ein Aktionsprogramm der Europäischen Gemeinschaften gegen den Krebs (ABl. Nr. C 184 vom 23.7.1986, S. 19)
- Schlußfolgerungen des Europäischen Rates vom 5. und 6. Dezember 1988 über eine langfristige Informationskampagne in allen Mitgliedstaaten zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krebs
- Beschluß 90/238/Euratom,EGKS,EWG des Rates und der im Rat vereinigten Vertreter der Regierungen der Mitgliedstaaten vom 17. Mai 1990 über einen Aktionsplan 1990 - 1994 im Rahmen des Programms "Europa gegen den Krebs" (ABl. Nr. L 137 vom 30.5.1990, S. 31)
- Bericht der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament und den Wirtschafts- und Sozialausschuß über die Bewertung der Wirksamkeit der Aktionen im Rahmen des Programms "Europa gegen den Krebs" (1987 - 1992) (KOM(93) 93 endg.)
- Schlußfolgerungen des Rates und der im Rat vereinigten Minister für das Gesundheitswesen vom 27. Mai 1993
- Mitteilung der Kommission über den Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit (KOM(93) 559 endg.)
- Entschließung des Rates vom 13. Dezember 1993 bezüglich der künftigen Orientierungen für das Programm "Europa gegen den Krebs" im Anschluß an seine Bewertung für den Zeitraum 1987 - 1992

4 BESCHREIBUNG DER MASSNAHME

4.1 Allgemeines Ziel der Maßnahme: Aktionsplan zur Krebsbekämpfung mit dem Ziel, die Krebsmortalität in der Europäischen Union zu senken

Für das Programm "Europa gegen den Krebs" wurde gleich zu Beginn, d. h. Anfang 1987, als der erste Aktionsplan aufgelegt wurde, ein genaues Ziel festgelegt, nämlich, die Zahl der krebsbedingten Todesfälle bis zum

Jahr 2000 um 15 % zu senken. Dies bedeutet die Hoffnung auf Leben für 150 000 Europäer. Während der Abwicklung des ersten Aktionsplans, der 1989 mit der Veranstaltung eines Europäischen Jahres der Aufklärung über Krebs auslief, lag der Schwerpunkt auf der Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit, vor allem durch Bekanntmachung und Verbreitung der "Zehn Gebote" des Europäischen Kodex zur Krebsbekämpfung

Die Ergebnisse können zwar nur schwer beziffert werden, lassen aber auf eine tatsächliche Beeinflussung der Art und Weise schließen, in der die Bevölkerung die Krebs-Risikofaktoren wahrnimmt; auf dieser Grundlage setzte der zweite Aktionsplan, der den Zeitraum 1990-1994 abdeckt, die Maßnahmen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit fort, wobei vor allem die beteiligten Partner als zusätzliche Multiplikatoren hilfreich waren. Die alljährlich zu einem bestimmten Thema des Europäischen Kodex veranstalteten Wochen der Krebsaufklärung spielten ebenfalls eine wichtige Rolle. Gleichzeitig wurden im Bereich der Gesundheitserziehung spezifische Aktionen eingeleitet mit dem Ziel, auf nationaler und europäischer Ebene eine entsprechende Strategie zu entwickeln. Besondere Bemühungen galten den Schulen und dem Lehrpersonal. Ferner wurde die Ausbildung des Gesundheitspersonals in der Krebsprävention ausgeweitet, insbesondere für Allgemeinärzte, Zahnärzte und Pflegepersonal. Schließlich erfuhr der Bereich der Früherkennung durch die Einrichtung europäischer Netzwerke, insbesondere für Brust- und Gebärmutterhalskrebs, ständige Verbesserungen.

Die bisher erzielten Ergebnisse wurden im Bericht der Kommission an den Rat einer Bewertung unterzogen und waren Gegenstand einer Entschließung des Rates vom 13. Dezember 1993, mit der die Kommission um die Ausarbeitung eines dritten Aktionsplans ersucht wurde; dieser Plan läuft 1995 an und soll auf dem bisher Erreichten aufbauen. Nach Maßgabe der bisherigen Erfahrungen und Ergebnisse soll den Aktionen nunmehr ein anderer Schwerpunkt gegeben werden, was sich auch in der prozentualen Aufschlüsselung des Budgets niederschlägt, die dem Entwurf eines Beschlusses beigelegt wird. Da jedoch die Präventivmaßnahmen für bestimmte Zielgruppen wie Jugendliche und Frauen weitergeführt werden, ist Kontinuität gewährleistet.

Zwischenziele: werden während der Abwicklung des Plans für die einzelnen Bereiche festgesetzt. Einige Beispiele:

- für den Bereich Früherkennung und Vorsorgeuntersuchungen: Ermittlung und Verbreitung vorbildlicher Verfahren, die auf den in den Qualitätssicherungsprotokollen auf europäischer Ebene ausgearbeiteten Leitlinien basieren
- für den Bereich Gesundheitserziehung: Erprobung von spezifischen Basisprogrammen und eines Mindestprogramms für die krebsbezogene Ausbildung des Lehrpersonals
- für den Bereich Ausbildung: Einrichtung von Netzwerken für die Ausbildung des in der Krebsbekämpfung tätigen Gesundheitspersonals

- für den Bereich Ernährung: Aufstellung qualitativer Ziele nach Maßgabe der ersten Ergebnisse der EPIC¹-Studie

Mittel zur Erreichung des Ziels:

Weiterentwicklung der Präventivmaßnahmen

- durch Aktionen, die auf die Risikofaktoren abstellen (Aufklärung der Öffentlichkeit und Gesundheitserziehung, Ausbildung des Gesundheitspersonals);
- durch Früherkennung und systematische Vorsorgeuntersuchungen;
- durch Verbesserung der Datenerhebung und Aktualisierung der Informationen über Krebsmortalität und -morbidity (Krebsregister und epidemiologische Studien)

Studien und Maßnahmen im Bereich der Qualität der Behandlung von Krebspatienten

- 4.2 Dauer der Maßnahme:** von 1. Januar 1995 bis 31. Dezember 1999. Modalitäten für Erneuerung oder Verlängerung noch nicht bestimmt.

5 EINSTUFUNG DER AUSGABEN

Nichtobligatorische Ausgaben

6 ART DER AUSGABEN

- Zuschuß zwecks Kofinanzierung mit anderen öffentlichen und/oder privaten Geldgebern (nicht mehr als ein bestimmter Prozentsatz der Gesamtkosten der vorgeschlagenen Projekte).

7 FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN

- 7.1 Berechnungsweise für die Gesamtkosten der Maßnahme:** Für die Durchführung der Maßnahme im Zeitraum 1995-1999 dürfte ein Gesamtbetrag in Höhe von 64 Millionen ECU erforderlich sein. Vorgesehen ist eine gewisse Intensivierung der Aktivitäten in den Jahren von 1996 bis 1998, um dann im letzten Jahr der Abwicklung zum normalen Rhythmus zurückzukehren. Außerdem wurde nach den ersten zehn Jahren des Programms dem Umstand Rechnung getragen, daß der Subsidiarität nunmehr breiterer Raum einzuräumen ist; in der Tat können einige Aktionen schrittweise in die Mitgliedstaaten verlagert werden, wo sie bessere Bedingungen vorfinden.

¹European Prospective Investigation on Cancer nutrition and health.

7.2

Aufschlüsselung nach Kostenelementen. Die vorgeschlagene Mittelzuweisung für den dritten Aktionsplan, wie sie aus der folgenden Tabelle ersichtlich ist, beläuft sich auf knapp 13 Millionen ECU jährlich für den Zeitraum 1995-1999. Zur Orientierung wird für die Jahre 1994 und 1995 die Aufschlüsselung nach Aktionsbereichen gegeben. Die indikativen Beträge für die folgenden Jahre müssen im Rahmen der folgenden Vorentwürfe des Haushaltsplans bestätigt werden.

Für das Jahr 1995 berücksichtigt der vorgeschlagene Betrag von 11 Millionen ECU (geringfügig unter dem Betrag für 1994) die derzeit angespannte Haushaltslage, entspricht dabei jedoch den Erfordernissen der Programmabwicklung.

AKTIONSBEREICH	HAUSHALT 1993	HAUSHALT 1994	VEH 1995 (MIO.ECU/JAHR) vorläufige Aufschlüsselung	1996	1997	1998	1999	SUMME 1995 bis 1999
				Vorläufige Planung				
1. Krebsregister und epidemiologische Studien	2,1	2,3	2,0					
2. Prävention durch Maßnahmen gegen Risikofaktoren								
A. Aufklärung der Öffentlichkeit	2,6	2,6	2,0					
B. Gesundheitserziehung	2,4	2,4	2,0					
C. Ausbildung des Gesundheitspersonals	1,7	1,7	1,5					
3. Prävention durch Früherkennung und systematische Vorsorgeuntersuchungen	1,4	1,5	2,0					
4. Studien und Maßnahmen im Bereich der Qualität der Behandlung von Krebspatienten, Bestandsaufnahme und Verbreitung von Methoden	0,6	0,8	1,5					
	10,8	11,3	11	12	13	14	14	64

7.3 Indikativer Fälligkeitsplan für Verpflichtungs- und Zahlungsermächtigungen

	1995	1996	1997	1998	1999	Summe
Verpflichtungsermächtigungen	11	12	13	14	14	64
Zahlungsermächtigungen						
1995	5					
1996	5	6				
1997	1	5	6			
1998		1	4,5	8,5		
1999			2,5	5	7	
Folgende Haushaltsjahre				0,5	7	
Insgesamt	11	12	13	14	14	64

8 VORGESEHENE BETRUGSBEKÄMPFUNGSMASSNAHMEN (UND GEGEBENENFALLS ERGEBNISSE)

Punktuelle Kontrollen bei den Auftragnehmern zur Feststellung der verwendeten Finanzmittel sowie der genauen Verwendungsarten. Derartige Kontrollen wurden bereits im Haushaltsjahr 1993 durchgeführt und haben sich als wirksam erwiesen.

9 ANGABEN ZUR KOSTEN-WIRKSAMKEITS-ANALYSE

9.1 Quantifizierbare Einzelziele, Zielgruppe

- Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Entwicklung ihrer eigenen Mittel zur Krebsbekämpfung, insbesondere bei ihren Präventionsstrategien, ihrer innergemeinschaftlichen Zusammenarbeit und beim Zugang zur Information mittels Schaffung transnationaler Netze (z. B. das Globalink-Netz, das auf Gemeinschaftsebene entwickelt wurde und raschen Zugang zu zahlreichen Daten ermöglicht).
- Suche nach neuen Zielgruppen, insbesondere unter der Hochrisikopopulation: schwangere Frauen, Kinder und Jugendliche.
- Entwicklung europaweiter Netzwerke (Ausbildung, Vorsorgeuntersuchungen, Qualitätskontrolle), die eine Verbesserung der Wirksamkeit von Präventivmaßnahmen sowohl bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe als auch bei der Bevölkerung ermöglichen.

9.2 Begründung der Maßnahme: Rationelle Nutzung der Mittelausstattung durch:

- a) konkrete Anwendung des Subsidiaritätsprinzips bei der Bestimmung der durchzuführenden und zu kofinanzierenden Maßnahmen; letztere werden auf nationaler Ebene beschlossen und durchgeführt, und zwar mit Unterstützung und unter der Verantwortung der nationalen Gesundheitsministerien und wissenschaftlicher Experten;
- b) Bestimmung und Auswahl von Projekten für eine Kofinanzierung in den Bereichen Prävention, Gesundheitserziehung, Aufklärung der Öffentlichkeit, Ausbildung und Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten bei der Krebsbekämpfung; bei dieser Art von Projekten erfolgt die Auswahl und Durchführung mit Hilfe der nationalen Koordinierungsausschüsse, die in jedem Land eingesetzt wurden und denen sämtliche Akteure der Krebsbekämpfung angehören;

- c) den Begriff des "gemeinschaftlichen Mehrwerts", der auch weiterhin seinen Ausdruck finden wird in der Koordinierung der nationalen Maßnahmen, in der Verbreitung von Informationen und Erfahrungen, der Festsetzung von Prioritäten, der Erweiterung der bestehenden europäischen Netzwerke, der Auswahl europäischer Projekte sowie der Motivierung und Mobilisierung sämtlicher Akteure durch partnerschaftliches Vorgehen.

Bei der Durchführung ihres Programms wird die Kommission von einem besonderen Ausschuß unterstützt, der in regelmäßigen Abständen ein breites Spektrum von Fragen prüft und die Kommission bei der Entscheidung berät, welche Priorität den vorgeschlagenen Maßnahmen zuzuerkennen ist.

Die wichtigste Methode bei der Abwicklung des Programms ist die Unterstützung von in den Mitgliedstaaten durchgeführten Projekten. Bei der Auswahl prioritärer Projekte werden weitestgehend die allgemeinen Ziele und die Zwischenziele zugrunde gelegt; die Durchführung der Maßnahmen hängt auch von der Qualität und Zuverlässigkeit der im Laufe des Jahres der zuständigen Stelle vorgelegten Projekte ab.

Im einzelnen werden bei der Auswahl der eingereichten Projekte folgende Kriterien zugrunde gelegt:

- Vereinbarkeit mit den Zielen und Übereinstimmung mit mindestens einem der festgelegten Ziele
- Prüfung des gemeinschaftlichen "Mehrwerts" des Projekts (Beteiligung mehrerer Staaten, Entwicklung eines Modells, das sich auf andere Mitgliedstaaten übertragen läßt, Informationen, die in anderen Mitgliedstaaten nutzbar sind, usw.)
- wahrscheinliche Wirksamkeit und Rentabilität
- klare Darstellung und Begründung des Bedarfs
- Zielgruppe der Maßnahme
- Zweckmäßigkeit der vorgeschlagenen Methode
- Kompetenz und Erfahrung des Auftragnehmers
- Angemessenheit der Finanzmittel im Verhältnis zu den Zielen
- Unterstützung der Projekte durch die nationalen Partner
- objektive Bewertung.

9.3 Follow-up und Bewertung der Maßnahme

Das Follow-up der Maßnahme wird auf europäischer Ebene durch den Sachverständigenausschuß und die zuständigen Stellen der Kommission sichergestellt, und auf nationaler Ebene durch die nationalen Koordinierungsausschüsse, die Gesundheits- und Bildungsministerien, die NRG sowie die für die Durchführung und Abwicklung der Maßnahme verantwortlichen Personen.

Die Bewertung wird gewährleistet durch:

- einen jährlichen Bericht über den Stand der Programmabwicklung, der dem Rat, dem Europäischen Parlament, dem Wirtschafts- und Sozialausschuß sowie dem Ausschuß der Regionen vorgelegt wird,
- eine unabhängige Bewertung der wichtigsten Maßnahmen und der subventionierten Studien,
- einen Gesamtbericht über die Zuverlässigkeit und Wirksamkeit der im Rahmen des Aktionsplans durchgeführten Projekte, den die Kommission den zuständigen Einrichtungen im zweiten Halbjahr 1997 vorlegt.

Für die Bewertung ausgewählte Erfolgsindikatoren:

- Ergebnisse und Schlußfolgerungen der Sachverständigensitzungen
- Abschätzung der erreichten Zielgruppe und Berichterstattung in den Medien
- Bewertung mehrerer Projekte durch Beamte und/oder Mitarbeiter der Kommission (finanzielle und fachliche Aspekte)
- Analyse der Zwischenberichte über die geplanten und finanzierten Maßnahmen, damit gegebenenfalls Korrekturen erfolgen können
- Impaktstudien durch externe Stellen
- Zweckmäßigkeit der von den Auftragnehmern angewandten Methoden
- Angemessenheit der Finanzmittel im Verhältnis zu den Zielen
- Klarheit der ursprünglichen Zielsetzung
- Kompetenz und Erfahrung der Auftragnehmer
- Verbreitung der Ergebnisse

Vorgesehene Modalitäten und Periodizität der Bewertung

- Erstellung von Zwischen- und Abschlußberichten über die durchgeführten Maßnahmen
- Erarbeitung eines "Modell"-Bewertungsblatt für die Maßnahmen, das die Begünstigten zusammen mit den Abschlußberichten einzureichen haben, und Überprüfung dieser Blätter durch die Beamten (in der Kommission oder vor Ort)

9.4 Übereinstimmung mit der Finanzplanung

- Ist die Maßnahme in der Finanzplanung der GD für die betreffenden Jahre berücksichtigt? Ja

10 VERWALTUNGS-AUSGABEN (TEIL A DES HAUSHALTSPLANS)

Ausschließlich mit der Maßnahme befaßtes Personal.
Der Personalrahmen wird eingehalten.

08.07.94

Beschluß

des Bundesrates

Vorschlag für einen Beschluß des Europäischen Parlaments und des Rates über einen Aktionsplan 1995-1999 zur Krebsbekämpfung im Zuge des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit

Mitteilung der Kommission der Europäischen Gemeinschaften über die Krebsbekämpfung im Zuge des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit

KOM(94) 83 endg.; Ratsdok. 6630/94

Der Bundesrat hat in seiner 672. Sitzung am 8. Juli 1994 gemäß §§ 3 und 5 EUZBLG die folgende Stellungnahme beschlossen:

1. Der Bundesrat befürwortet das Engagement der Europäischen Union zur gemeinsamen Krebsbekämpfung innerhalb der Gemeinschaft und begrüßt die Fortsetzung des Krebsprogramms. Nachdem nunmehr Artikel 129 EGV die rechtliche Grundlage bildet, sind die Mitgliedstaaten besonders aufgefordert, an der Gestaltung, Durchführung und Bewertung der Fachprogramme mitzuwirken.
2. In seinen Stellungnahmen zum Aktionsrahmen öffentliche Gesundheit der Europäischen Union vom 28. Mai 1993 - BR-Drucksache 284/93 (Beschluß) - und vom 25. Februar 1994 - BR-Drucksache 942/93 (Beschluß) -, der in Ausführung von Artikel 129 EGV aufgestellt wurde, hat der Bundesrat auf die aus Ländersicht wesentlichen Elemente in der Zusammenarbeit mit der Europäischen Union hingewiesen.

Der Bundesrat betont, daß er an den darin aufgestellten Grundsätzen festhält und diese auch für Einzelprogramme der Gemeinschaft gelten.

Insbesondere werden folgende Punkte erneut hervorgehoben:

- Strikte Wahrung des Grundsatzes der Subsidiarität,
- sinn- und maßvolle Nutzung der neuen Kompetenz der Gemeinschaft; sorgfältige Setzung von Prioritäten und
- Notwendigkeit einer besseren Koordinierung von Maßnahmen mit Bezug auf die öffentliche Gesundheit.

...

3. Diesen Anforderungen wird die Vorlage zum Teil noch nicht gerecht. Deshalb wird die Bundesregierung aufgefordert, auf die Verwirklichung folgender Punkte hinzuwirken:

- An der Forderung nach einem Rahmenprogramm der Gemeinschaft für den Bereich öffentliche Gesundheit muß festgehalten werden, um eine verbindliche Gesamtkonzeption zu gewährleisten. Aus der Vorlage wird nicht ersichtlich, welchen Stellenwert das Krebsprogramm in diesem Gesamtrahmen hat; das Programm muß der Vielzahl der von Krebs betroffenen Menschen gerecht werden.
- In dem Beschluß des Europäischen Parlaments und des Rates müssen Ziele, Inhalte und Aktionsrahmen klar festgelegt werden. Bei der Formulierung der Inhalte und bei der Durchführung der einzelnen Maßnahmen sind die Grenzen von Artikel 129 EGV strikt einzuhalten. Dies gilt gerade für den Bereich der Behandlung und Versorgung.

Insbesondere ist zu beachten:

- Entsprechend Artikel 129 EGV sind die fachlichen Ziele des Aktionsprogramms "Europa gegen den Krebs" für die anderen Programme und Aktionen der Gemeinschaft verbindlich vorzugeben (z.B. 4. FTE-Programm).
- Der Finanzrahmen und die Aufteilung auf Projektbereiche sowie die Jahrgänge müssen im Beschluß selbst festgelegt werden, um die Transparenz des Programms zu gewährleisten und die Mitwirkung der Mitgliedstaaten zu sichern.
- In dem Beschluß des Europäischen Parlaments und des Rates muß darüber hinaus die Zusammenarbeit klar geregelt werden; sie muß folgenden Anforderungen genügen:

Bei der Konzeption, Durchführung und Bewertung des Programms ist sicherzustellen, daß die Mitgliedstaaten beteiligt werden und mitentscheiden können. Politisch operative Fragen dürfen nur in Gremien beraten und entschieden werden, die von Vertretern der Regierungen der Mitgliedstaaten besetzt sind. Hierauf sind die Regeln für die Aufgabenverteilung, die Zusammensetzung und die Verfahren für die von der Kommission einzurichtenden Gremien entsprechend auszurichten.

So ist anstelle des vorgesehenen Beratungsausschusses ein Verwaltungsausschuß einzurichten. Damit die Mitgliedstaaten effektiv mitwirken können, ist eine regelmäßige und rechtzeitige Information durch die Kommission unumgänglich.

Die Benennungsverfahren für Experten müssen einen ausreichenden Einfluß der Mitgliedstaaten gewährleisten.

- Es sind konkrete Grundsätze für die Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen und Drittstaaten zu formulieren mit dem Ziel, insbesondere deren Erfahrungen zu nutzen und Doppelarbeit zu vermeiden.

4. Inhaltlich unterstützt der Bundesrat im übrigen die vorliegende Konzeption des Programms. Durch folgende Änderungen und Umgewichtungen sollte das Programm jedoch noch verbessert werden:

- Aufgrund der zunehmenden Erkrankungshäufigkeit an Brustkrebs ist hier ein besonderer Schwerpunkt zu legen.
- Die betriebliche Gesundheitsförderung ist bei der Planung und Förderung von Präventionsaktionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit miteinzubeziehen.
- Die Wirkung psychischer Zustände auf die Krebsentstehung ist zu erforschen, und es sind psychische Bewältigungsstrategien zu entwickeln.
- Die Erfahrungen sowohl im Bereich allgemeiner öffentlicher Krebsprävention wie auch in der Gesundheitserziehung zeigen, daß das Wissen über das "richtige" Verhalten alleine nicht ausreicht, um auf den Konsum von Tabak und/oder Alkohol zu verzichten. Demgemäß sollten Studien angeregt werden, die die Möglichkeit der Motivation Erwachsener und Jugendlicher zu einem nicht selbstzerstörerischen Verhalten untersuchen.
- Die Unterschiede von regionalen Tumorinzidenzen unter Berücksichtigung sozio-ökonomischer Faktoren sollten untersucht werden.
- Eine vergleichende Evaluation von Früherkennungsuntersuchungen in verschiedenen Ländern der Europäischen Union sollte durchgeführt werden.
- Vergleichende Studien zu familiär auftretenden Tumoren sollten gefördert werden.
- Therapiestudien mit der Zielrichtung der Evaluation vorhandener Daten und Studien zum Auftreten von Zweittumoren sollten in das Programm aufgenommen werden.