European Cancer Inequalities Registry

ÖSTERREICH

Länderprofile Krebs

2023

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Berichtsreihe „Länderprofil Krebs“

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

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

Daten- und Informationsquellen

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

Zusätzliche Daten stammen auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), vom Internationalen Krebsforschungszentrum (International Agency for Research on Cancer – IARC), von der Internationalen Atomenergie-Organisation (IAEO), vom Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) sowie aus anderen (von privaten oder kommerziellen Interessen unabhängigen) einzelstaatlichen Quellen. Die berechneten EU-Durchschnitte sind die gewichteten Durchschnitte der 27 Mitgliedstaaten, sofern nichts anderes vermerkt ist. Island und Norwegen sind in diesen EU-Durchschnitten nicht berücksichtigt. Die Kaufkraftparität (KKP) ist definiert als Währungsumrechnungskurs, der die Unterschiede im Preisniveau zwischen Ländern beseitigt und damit Vergleiche der Kaufkraft unterschiedlicher Währungen ermöglicht.

Haftungsausschluss: This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the Member countries of the OECD. This work was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union. This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.
Note by the Republic of Türkiye: The information in this document with reference to "Cyprus" relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the "Cyprus issue".
Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union: The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.

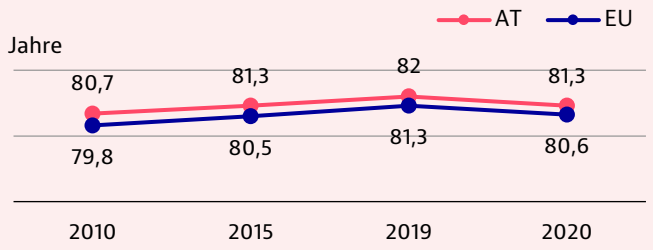
©OECD 2023
The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at https://www.oecd.org/termsand-conditions.

Inhalt

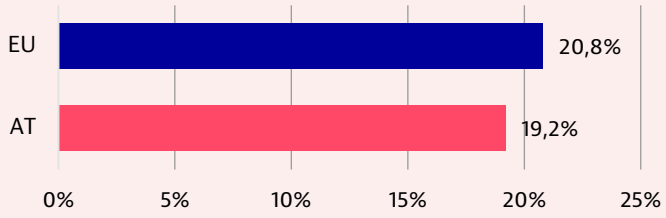
1. HIGHLIGHTS 3
2. KREBS IN ÖSTERREICH 4
3. RISIKOFAKTOREN UND PRÄVENTIONSSTRATEGIEN 7
4. FRÜHERKENNUNG 9
5. LEISTUNGSMERKMALE DER KREBSVERSORGUNG 11
5.1 Zugang 11
5.2 Qualität 13
5.3 Kosten und Kosten-Nutzen-Verhältnis 15
5.4 COVID-19 und Krebs: Stärkung der Resilienz 16
6. FOKUS AUF UNGLEICHHEITEN 18

Die wichtigsten Merkmale des Gesundheitssystems im Überblick

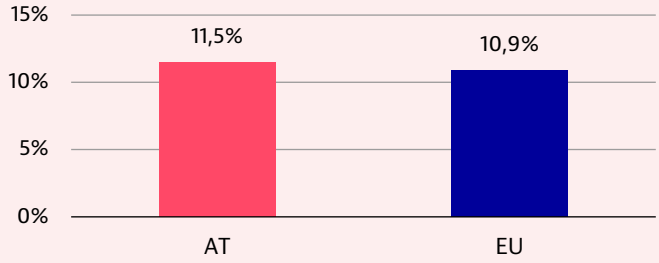
LEBENSERWARTUNG BEI DER GEBURT (JAHRE)



% BEVÖLKERUNG 65+ JAHRE (2021)

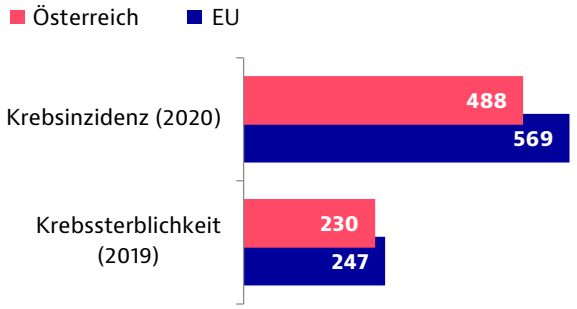


GESUNDHEITSAUSGABEN IN % DES BIP (2020)



Source: Eurostat Database.

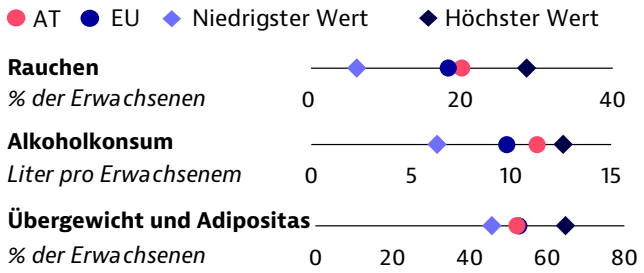
1. Highlights



Altersstandardisierte Rate pro 100 000 Einwohner

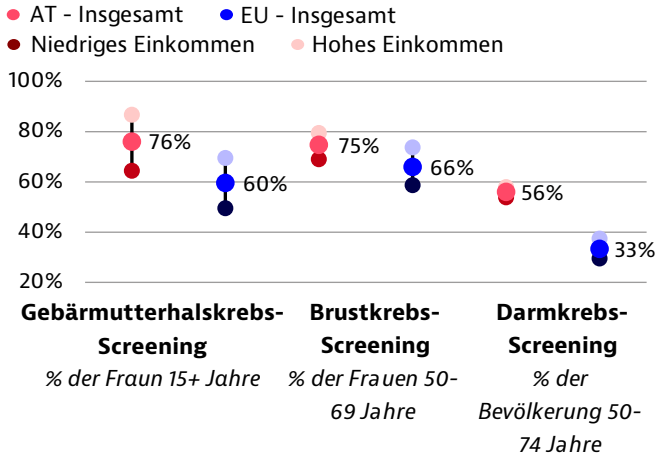
Krebs in Österreich

Inzidenz und Prävalenz von Krebs haben in Österreich im letzten Jahrzehnt zugenommen, gleichzeitig sind die Überlebenschancen gestiegen. Die erwartete altersstandardisierte Krebsinzidenz- und -sterblichkeit liegt jedoch unter dem EU-Durchschnitt. Lungenkrebs ist nach wie vor die häufigste Todesursache durch Krebs, während die Sterblichkeit aufgrund von Darm- und Magenkrebs deutlich zurückgegangen ist.



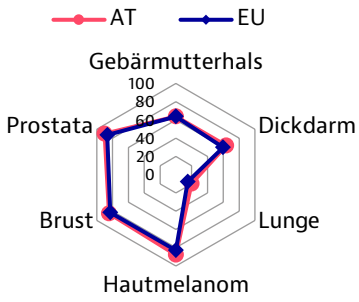
Risikofaktoren und Präventionsstrategien

Die Prävalenz des Rauchens ist nach wie vor hoch, und Übergewicht und Adipositas stellen ein zunehmendes Problem dar. Besonders trifft dies auf Menschen im erwerbsfähigen Alter und mit niedrigem Bildungsstand zu. Die Ausrichtung der Prävention erfolgt im Rahmen des Krebsrahmenprogramms Österreich.

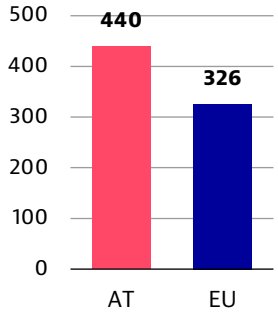


Früherkennung

Die Früherkennung von Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs gehört zu den Prioritäten des Krebsrahmenprogramms Österreich. Ein nationales Screeningprogramm gibt es zwar nur für Brustkrebs, doch werden die Vorsorgeuntersuchungen auf Darm- sowie Gebärmutterhalskrebs ebenfalls in hohem Maße in Anspruch genommen. Für diese Krebsarten sind derzeit nationale Screeningprogramme im Gespräch.



5-Jahres-Nettoüberlebensrate nach Krebslokalisation



Gesamtkosten von Krebs (EUR KKP pro Kopf), 2018

Leistungsmerkmale der Krebsversorgung

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung wird in Österreich allgemein nicht als schwerwiegendes Problem angesehen, wobei die direkten Gesundheitskosten im Zusammenhang mit Krebs über dem EU-Durchschnitt liegen. Die Fünf-Jahres-Nettoüberlebensrate ist in den letzten Jahrzehnten für nahezu alle häufigen Krebsarten mit Ausnahme von Gebärmutterhalskrebs gestiegen, und die Überlebensrate liegt weiterhin über dem EU-Durchschnitt. Bei Personen mit seltenen Krebserkrankungen liegt die Fünf-Jahres-Überlebensrate über dem EU-Durchschnitt, erreicht jedoch nicht die Werte der leistungsstärksten Länder.

2. Krebs in Österreich

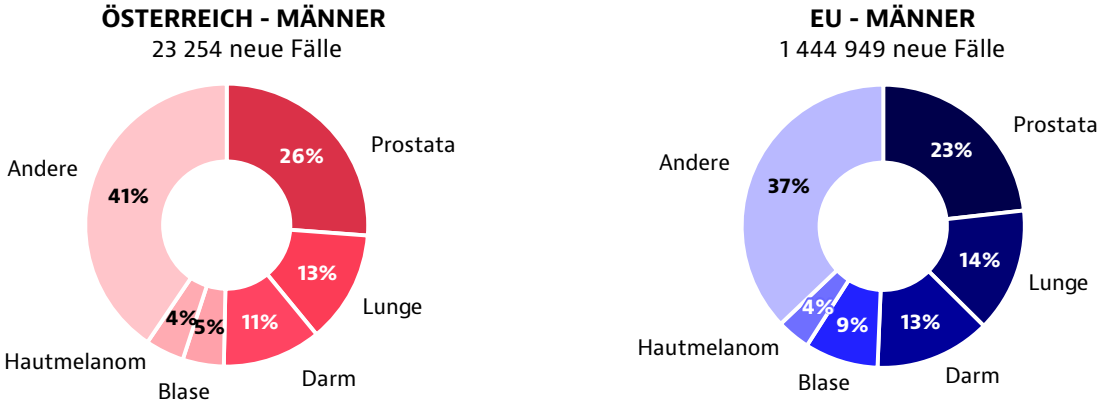
Sowohl Inzidenz als auch Prävalenz von Krebs haben in Österreich im letzten Jahrzehnt zugenommen, gleichzeitig sind die Überlebenschancen von Krebskranken gestiegen. Die steigende Inzidenz hängt primär mit der Bevölkerungsalterung und dem mit dem Alter zunehmenden Krebsrisiko zusammen. Gleichzeitig tragen verstärktes Screening und bessere Diagnosemethoden zu einer wirksameren Früherkennung bei und erhöhen somit die Zahl der registrierten Neuerkrankungen. Die steigende Prävalenz ergibt sich aus den höheren Überlebensraten (Krebshilfe und OeGHO, 2021).

Für 2020 wurden in Österreich mehr als 44 000 neue Krebsfälle erwartet

Laut dem Europäischen Krebsinformationssystem (ECIS) der Gemeinsamen Forschungsstelle wurden im Jahr 2020 in Österreich ausgehend von den Inzidenztrends der Jahre vor der Pandemie rund 44 000 neue Krebsfälle erwartet (Abbildung 1). Das entspricht 504 Fällen pro 100 000 Einwohner. Die altersstandardisierte Inzidenz in Österreich sollte den Schätzungen zufolge (488 pro 100 000 Einwohner) niedriger sein als der EU-Durchschnitt (569 pro 100 000 Einwohner). Für alle Krebsarten

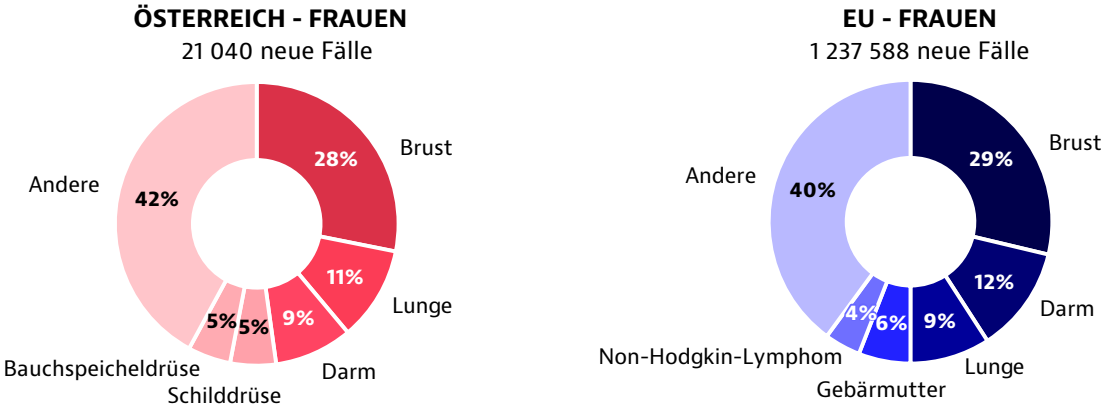
Abbildung 1: Altersstandardisierte Krebsinzidenz in Österreich für beide Geschlechter war niedriger als in der EU im Jahr 2020

Geschlechterverteilung der Krebsinzidenz in Österreich und der EU



ALTERSSTANDARDISIERTE RATE (ALLE KREBSERKRANKUNGEN)

Österreich	568 pro 100 000 Einwohner
EU	686 pro 100 000 Einwohner



ALTERSSTANDARDISIERTE RATE (ALLE KREBSERKRANKUNGEN)

Österreich	430 pro 100 000 Einwohner
EU	484 pro 100 000 Einwohner

Anmerkung: Gebärmutterkrebs schließt nicht Gebärmutterhalskrebs ein. Diese Schätzungen wurden vor der COVID-19-Pandemie auf der Grundlage von Inzidenztrends früherer Jahre erstellt und können von den beobachteten Raten jüngerer Jahre abweichen.
Quelle: Europäisches Krebsinformationssystem (ECIS). https://ecis.jrc.ec.europa.eu, abgerufen am 9.5.2022. © Europäische Union, 2022

zusammen wurde erwartet, dass im Geschlechtervergleich Männer in Österreich eine um etwa 30 % höhere Inzidenz aufweisen (568 gegenüber 430 pro 100 000). EU-weit wurde dieser Abstand auf 40 % geschätzt (686 gegenüber 484 pro 100 000) (Abbildung 1). Die Krebsbelastung in der Bevölkerung, gemessen an der Zahl verlorener behinderungsbereinigter Lebensjahre (DALY), war in Österreich geringer als im EU-Durchschnitt (4 936 gegenüber 5 757 pro 100 000 Einwohner).

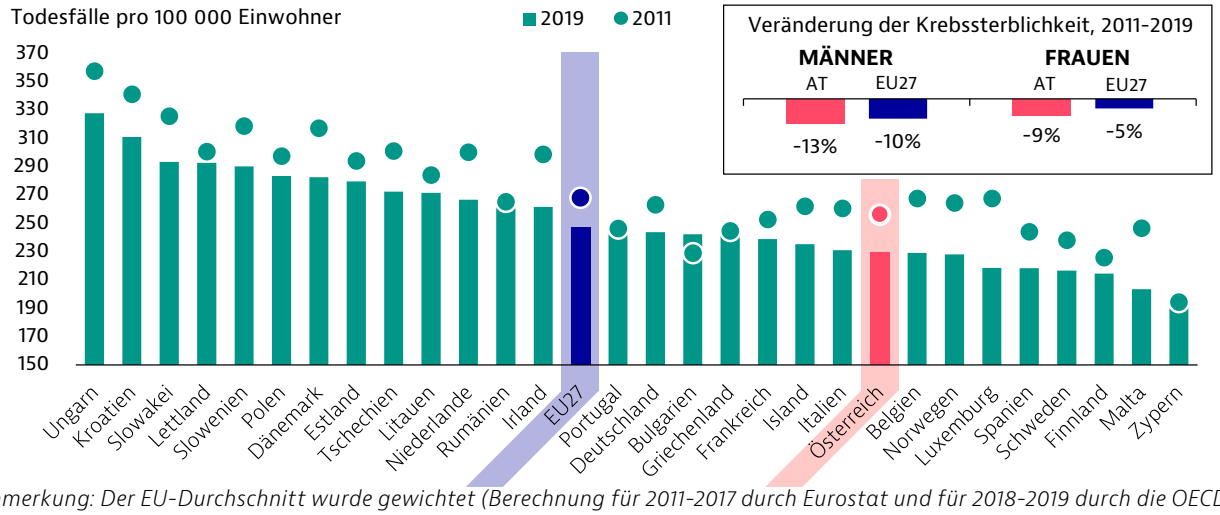
Bei Frauen wiesen die Schätzungen Brustkrebs mit 28 % der Neuerkrankungen in Österreich im Jahr 2020 als häufigste Krebsart aus (EU: 29 %). Es folgten Lungenkrebs (11 % gegenüber 9 % in der EU) und Darmkrebs (9 % gegenüber 12 % in der EU). Bei Brust- und Darmkrebs wurden für Frauen in Österreich niedrigere Inzidenz erwartet als in der EU, bei Lungen-, Schilddrüsen- und Bauchspeicheldrüsenkrebs hingegen höhere.

Bei Männern wurde in den Prognosen davon ausgegangen, dass Prostatakrebs mit 26 % der Neuerkrankungen die häufigste Krebsart sein würde, gefolgt von Lungen- (13 %), Darm- (11 %) und Blasenkrebs (5 %) sowie von Melanomen (4 %). Dies sind dieselben fünf häufigsten Krebsarten wie in der EU insgesamt, ihre Inzidenz dürfte in Österreich jedoch vergleichsweise niedriger ausfallen. In Bezug auf pädiatrische Krebserkrankungen lag die altersstandardisierte Inzidenz bei Kindern unter 15 Jahren im Jahr 2020 bei 15 pro 100 000, was in etwa dem EU-Durchschnitt entspricht. 2013 lag die Schätzung für Neuerkrankungen an seltenen Krebsarten in Österreich bei 10 576.

Krebssterblichkeit in Österreich liegt insgesamt unter dem EU-Durchschnitt

Die Krebssterblichkeit lag 2011 unter dem EU-Durchschnitt (256 pro 100 000 Einwohner in Österreich gegenüber 268 in der EU). Aufgrund einer stärkeren Abnahme in Österreich hat sich der Abstand bis 2019 vergrößert (230 gegenüber 247). Der Rückgang fiel bei Männern (-13 %) deutlicher aus als bei Frauen (-9 %), übertraf jedoch für beide Geschlechter die EU-Durchschnittswerte (Männer -10 %, Frauen -5 %) (Abbildung 2).

Abbildung 2: Krebssterblichkeit ist in den letzten Jahren in Österreich stärker gesunken als in der EU



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet (Berechnung für 2011-2017 durch Eurostat und für 2018-2019 durch die OECD).
Quelle: Eurostat-Datenbank.

Die Rückgänge der Sterblichkeit durch Darm- und Magenkrebs trugen am stärksten zu diesem Gesamtrückgang bei (Abbildung 3), wenngleich die für alle übrigen, nicht einer einzelnen Lokalisierung zugeordneten Krebsarten registrierte Abnahme noch stärker ins Gewicht fiel. Wie schon im Jahr 2011 waren Lungen-, Darm- und Bauchspeicheldrüsenkrebs auch 2019 die drei Krebsherde mit der höchsten Mortalität. Während die Sterblichkeit durch Lungenkrebs leicht zurückging, trat bei Bauchspeicheldrüsenkrebs im selben Zeitraum eine geringfügige Zunahme auf.

Im Jahr 2019 lag die Gesamtsterblichkeit für Magenkrebs bei 8 pro 100 000 Einwohner und damit geringfügig unter dem EU-Durchschnitt (10 pro 100 000 Einwohner). Bei Hautmelanomen erreichte die Sterberate insgesamt 4 pro 100 000 Einwohner (EU: 3 pro 100 000 Einwohner).

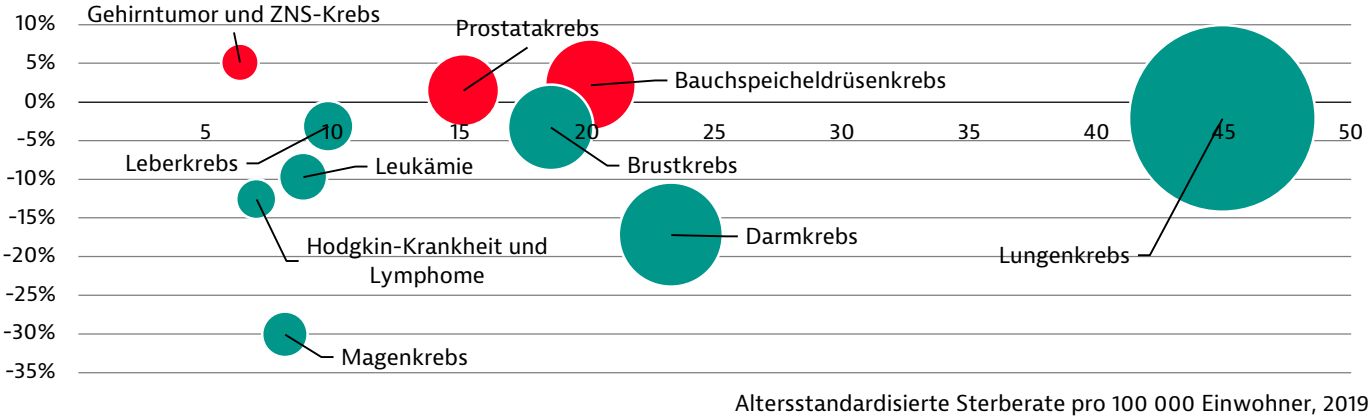
Übereinstimmend mit der unionsweiten Situation fiel 2019 die Sterblichkeit an allen Krebsarten bei Männern (Österreich: 292 pro 100 000, EU: 328) höher aus als bei Frauen (Österreich: 187 pro 100 000, EU: 191). Dafür dürften eine höhere Prävalenz von Risikofaktoren und ein anderes Gesundheitsverhalten bei Männern, gekoppelt mit einer höheren Inzidenz, eher ausschlaggebend sein als Behandlungsergebnisse: Die vermeidbare Sterblichkeit[1] war 2018 bei Männern (76 pro 100 000) mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen (35 pro 100 000), während es sich bei der behandelbaren Sterblichkeit[2] genau umgekehrt verhielt (Männer: 15 pro 100 000, Frauen: 31).

1 *Vermeidbare Sterblichkeit bezieht sich auf bösartige Neubildungen von Lippen, Mundhöhle, Rachen, Speiseröhre, Magen, Leber, Luftröhre, Bronchien und Lunge, Gebärmutterhals und Blase.*

2 *Behandelbare Sterblichkeit bezieht sich auf bösartige Neubildungen von Dick- und Enddarm, Brust, Gebärmutterhals, Gebärmutter, Hoden und Schilddrüse.*

Abbildung 3: Lungen-, Darm- und Bauchspeicheldrüsenkrebs fielen für die Krebssterblichkeit am stärksten ins Gewicht

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



Anmerkung: Rote Kreise stehen für einen Anstieg in der prozentualen Veränderung der Krebssterblichkeit im Zeitraum 2011-2019; grüne Kreise stehen für einen Rückgang. Die Größe der Kreise ist proportional zu den Sterblichkeitsraten im Jahr 2019. Die Sterberate einiger dieser Krebsarten ist niedrig, weshalb die prozentualen Veränderungen mit Vorsicht zu bewerten sind. Die Größe der Kreise für Sterberaten ist zwischen den Ländern nicht vergleichbar.
Quelle: Eurostat-Datenbank.

Insgesamt ist in Österreich für den Zeitraum 2000-2019 ein relativer Rückgang der durch bösartige Neubildungen potenziell verlorenen Lebensjahre um 32 % zu verzeichnen. Im Jahr 2019 lag dieser Verlust für die österreichische Bevölkerung bei 1 106 Lebensjahren pro 100 000 Personen im Alter von 75 Jahren.

Aufsicht über Fortschritte bei der Krebsbekämpfung liegt auf nationaler Ebene

Das Krebsrahmenprogramm Österreich ist das übergeordnete Politikinstrument für die Steuerung der Krebsprävention, -erkennung und -versorgung im Land. Seit seiner Verabschiedung im Jahr 2014 wird es in allen relevanten Bereichen des Gesundheitswesens und des Gesundheitssystems umgesetzt. Das Programm ist an sechs strategischen Zielen ausgerichtet, jeweils untermauert durch eine Reihe von operativen Zielen (Bundesministerium für Gesundheit, 2014).

2009 wurde ein Onkologiebeirat eingerichtet, der den Gesundheitsminister in Fragen der Krebsprävention und -versorgung sowie der Umsetzung des Krebsrahmenprogramms berät. Er setzt sich aus politischen Entscheidungsträgern und Experten von Gesundheitsdienstleistern, Kostenträgern, Ministerien und Behörden sowie aus Vertretern von Patientenorganisationen zusammen. Seit Einführung des Krebsrahmenprogramms überwacht der Beirat die Fortschritte bei der Verwirklichung seiner Ziele und veröffentlicht halbjährliche Berichte (BMSGPK, 2021a). 2021 wurde zudem das „Nationale Screening-Komitee auf Krebserkrankungen" ins Leben gerufen, dem Fachleute aus den Bereichen Medizin, Recht und öffentliche Gesundheit sowie ein Patientenvertreter angehören. Seine Aufgabe ist es, die Ausweitung bundesweiter Screening-Programme über Brustkrebs hinaus – zunächst für Darmkrebs – zu steuern (siehe Abschnitt 4).

Durch die Einbindung von Patientenvertretungen im Onkologiebeirat und im Screening-Komitee ist der allgemeinen Einschätzung nach eine gute Berücksichtigung von Patienteninteressen in der nationalen Politikgestaltung gegeben. Auf institutioneller Ebene ist dies weniger der Fall, etwa im Hinblick auf die Qualitätssicherungsprozesse von onkologischen Behandlungszentren.

Mehrere Interessengruppen und zivilgesellschaftliche Organisationen spielen wichtige Rollen in der Krebspolitik

Neben der Bundesregierung und ihren staatlichen Stellen spielt in Österreich eine Reihe von Akteuren des Gesundheitssystems eine tragende Rolle in der Krebspolitik. Dazu gehören die Sozialversicherungsträger, medizinische Fachverbände und privat-gemeinnützige Organisationen wie die Österreichische Krebshilfe, ein spendenfinanzierter Verein. Die Krebshilfe versteht sich als Anlaufstelle für die Vorsorge, Früherkennung und Therapie von Krebs. Ihre Aufgaben umfassen u. a. Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit, die Förderung der Krebsforschung und Qualitätssicherung sowie die Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen. In Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO) veröffentlicht die Krebshilfe jährlich den österreichischen Krebsreport (Krebshilfe und OeGHO, 2021).

In den letzten Jahren wurden verschiedene Anstrengungen unternommen, um in Bezug auf die Planung und Durchführung der österreichischen Gesundheitspolitik eine verbesserte Abstimmung zwischen Bund, Ländern und diversen Interessengruppen herbeizuführen, hauptsächlich auf der Grundlage schriftlicher Vereinbarungen und eines gemeinsamen österreichweiten Gesundheitsplans (OECD, 2019). Darunter fallen auch krebsbezogene Politikmaßnahmen und Gesundheitsdienste (siehe Abschnitt 5.1).

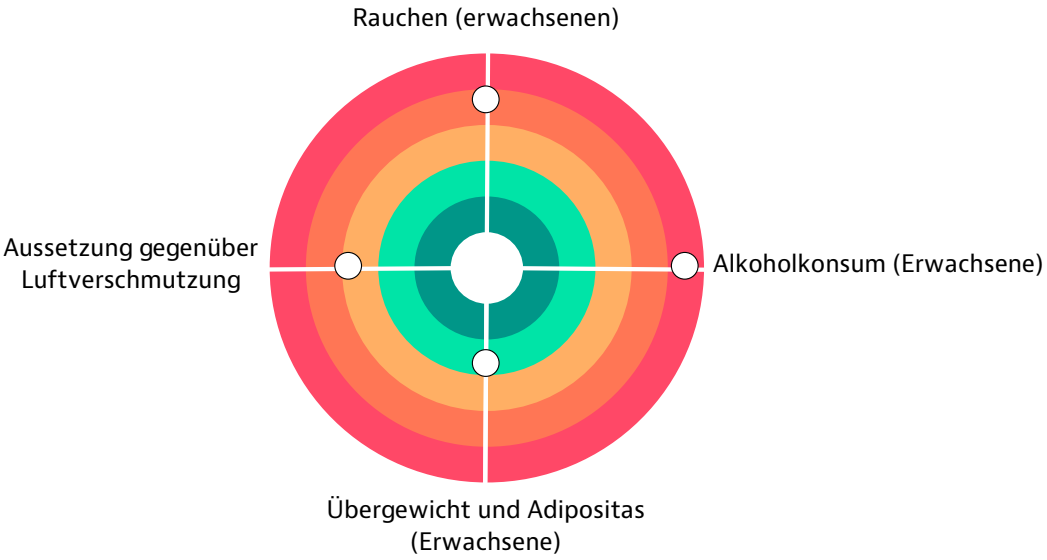
3. Risikofaktoren und Präventionsstrategien

In Österreich sind rauchen und alkoholkonsum höhere risikofaktoren für Krebs als in anderen EU Ländern (Abbildung 4).

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

Zigarettenkonsum ist in Österreich weiter verbreitet als in der EU. Obwohl der Anteil jener, die angeben, täglich Zigaretten zu rauchen, seit 2014 in Österreich stärker gesunken ist als im EU-Durchschnitt, bejahten diese Frage im Jahr 2019 noch 20 % der österreichischen Bevölkerung. EU-weit lag der entsprechende Wert bei 18 %. Tägliche Raucher waren in allen Bevölkerungsgruppen mit Ausnahme der Kohorte ab 65 Jahren stärker vertreten als im EU-Durchschnitt (7 % in Österreich gegenüber 9 % in der EU). Besonders auffällig war der Unterschied unter der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (Österreich: 24 %, EU: 22 %) sowie für Frauen (18 % bzw. 15 %). In der innerösterreichischen Betrachtung rauchten Männer häufiger als Frauen, und es zeigte sich ein deutliches Gefälle im Zusammenhang mit dem Bildungs- und Einkommensniveau: Die Prävalenz war bei Personen mit niedrigem Bildungsstand um sechs Prozentpunkte höher als bei Personen mit hohem Bildungsstand, und bei Personen mit niedrigem Einkommen um acht Prozentpunkte höher als bei Personen mit hohem Einkommen (Abbildung 5).

Abbildung 4: Rauchen und Alkoholkonsum bedeutende Risikofaktoren für Krebs in Österreich



Anmerkung: Je näher ein Punkt dem Zentrum ist, desto besser schneidet ein Land im Vergleich zu anderen EU-Ländern ab. Kein Land liegt im weißen „Zielbereich", da in allen Ländern in allen Bereichen noch Fortschritte möglich sind.
Quellen: Rauchen sowie Übergewicht/Adipositas – Berechnungen der OECD auf der Grundlage der EHIS-Umfrage 2019 zu Übergewicht/Adipositas; Alkoholkonsum – OECD-Gesundheitsstatistik 2022 und Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) der Weltgesundheitsorganisation (2020); Luftverschmutzung – Eurostat (2019).

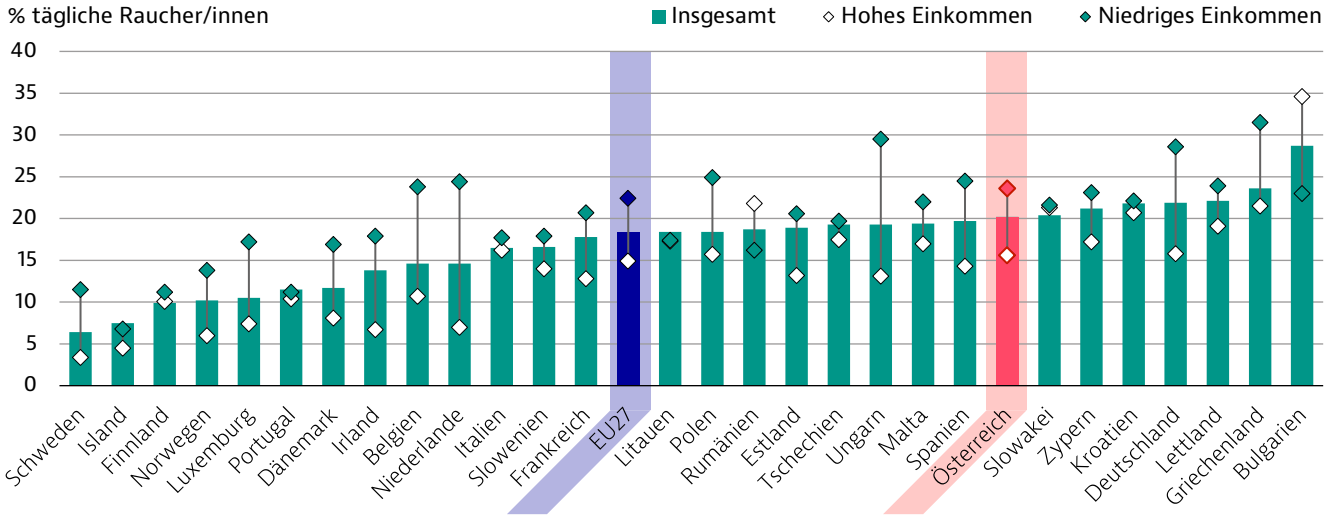
Alkoholkonsum ist höher als in vielen anderen EU-Staaten

Österreichs Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren konsumierte 2020 durchschnittlich 11,3 l reinen Alkohol (OECD, 2022). Dem steht im EU-weiten Vergleich eine durchschnittliche Menge von 9,8 l gegenüber (Abbildung 5). Gemäß dem europaweiten Trend konsumieren Männer mehr Alkohol als Frauen. Gefährlicher Alkoholkonsum tritt ebenfalls bei Männern (1,1 % gegenüber 0,7 % bei Frauen) sowie bei Personen mit niedrigem Einkommen (1,0 % gegenüber 0,9 % bei Personen mit hohem Einkommen) häufiger auf. Damit korrelierte bis zu einem gewissen Grad die höhere, dem Alkoholkonsum zuordenbare Krebsinzidenz unter Männern im Jahr 2020. Sie lag bei 13 pro 100 000 (EU-Durchschnitt: 18), bei Frauen indes bei 9,9 pro 100 000 (EU-Durchschnitt: 12,3). Im Gegensatz zu vielen anderen verhaltensbezogenen Risikofaktoren ist Alkoholkonsum in Bevölkerungsgruppen mit höherem Bildungsstand weiter verbreitet. Die Maßnahmen Österreichs gegen Alkoholmissbrauch umfassen Werbebeschränkungen und strenge Strafen bei Alkohol am Steuer; allerdings sind die Maßnahmen zur Verringerung der Verfügbarkeit von Alkohol für Jugendliche und Minderjährige laxer.

Steigende Tendenz bei Übergewicht und Adipositas in Österreich

Übergewicht und Adipositas sind zunehmende Risikofaktoren in der österreichischen Bevölkerung.

Abbildung 5: Das einkommensabhängige Gefälle bei der Prävalenz des Rauchens ist markant



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet (Berechnung durch Eurostat).
Quelle: Eurostat-Datenbank, Europäische Gesundheitsbefragung (EHIS) Die Daten beziehen sich auf 2019.

Zwar blieb der Anteil der übergewichtigen oder adipösen Menschen in Österreich im Jahr 2014 noch unter dem EU-Durchschnitt (47 % gegenüber 50 %), doch ist die Tendenz steigend: 2019 lag Österreich schon fast gleichauf mit dem EU-Durchschnitt (52 % gegenüber 53 %). Mehr als 60 % der Männer waren im Jahr 2019 übergewichtig oder adipös, bei Frauen betrug der Anteil 44 %. Beide Geschlechter wiesen indes im Zeitverlauf ähnliche Zuwächse auf. Andererseits schlägt sich in dieser Entwicklung der Trend unter Personen im erwerbsfähigen Alter und Personen mit niedrigerem Bildungsniveau besonders stark zu Buche.

Unter anderem werden dafür ungesunde Lebensweisen einschließlich schlechter Ernährung und Bewegungsmangel verantwortlich gemacht. Der tägliche Obstkonsum und die für gesundheitsfördernde körperliche Aktivität aufgewendete Zeit sind in Österreich zwischen 2014 und 2019 zurückgegangen, der tägliche Gemüsekonsum stagnierte. Unterdessen war die Tendenz EU-weit in allen drei Punkten steigend. Besonders stark rückläufig entwickelte sich die körperliche Aktivität bei Menschen mit niedrigem Bildungsstand und bei Menschen ab 65 Jahren. 2019 gaben nur 29 % der österreichischen Bevölkerung mit niedrigem Bildungsstand an, sich pro Woche mindestens 150 Minuten körperlich zu betätigen. Das lag zwar noch über dem EU-Durchschnitt von 25 %, aber weit unter dem Wert von 2014 (44 %, EU-Durchschnitt: 23 %). Eine stärkere Vorsorgepolitik und größere Anstrengungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit könnten dazu beitragen, ungesunde Lebensweisen einzudämmen. Im Jahr 2020 entfielen 3,6 % der österreichischen Gesundheitsausgaben auf Prävention – mehr als der Durchschnitt der EU-Länder (3,4 %).

Die Luftschadstoffbelastung ist in Österreich geringer als EU-weit

Im Jahr 2019 erreichte die PM_{10}-Feinstaubbelastung[3] in Österreich 17 µg/m³ und lag damit unter dem EU-Mittelwert (21 µg/m³). Bei der Feinstaubfraktion der Partikelgröße $PM_{2,5}$ fiel die Konzentration in Österreich etwas niedriger aus als in der EU insgesamt (12 µg/m³ gegenüber 13 µg/m³). Nach Angaben des Institute for Health Metrics and Evaluation waren die Ozonexposition und die Exposition gegenüber $PM_{2,5}$-Feinstaub im Jahr 2019 für schätzungsweise 3 % aller Todesfälle in Österreich verantwortlich. Mit diesem Anteil blieb Österreich unter dem EU-Mittelwert.

Das Krebsrahmenprogramm Österreich steckt Präventionsziele ab

Die Präventionsmaßnahmen im Rahmen der Politik zur Krebsbekämpfung werden über das Krebsrahmenprogramm Österreich gesteuert. Das erste seiner sechs strategischen Ziele ist auf eine verringerte Inzidenz bei Krebserkrankungen ausgerichtet. Ferner ist im Programm die Bereitstellung evidenzbasierter und zielgruppenorientierter Informationen vorgesehen, die die Bevölkerung zu Entscheidungen befähigen sollen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken, und die die Orientierung im Gesundheitssystem erleichtern sollen. Als Schwerpunktbereiche sind genannt: allgemeine Gesundheitsförderung, Rauchen, Ernährung, Bewegung, Alkohol, ultraviolette Sonnenstrahlung, Straßenverkehr/Mobilität, infektiöse Agentien sowie medizinbezogenes Verhalten und Gesundheitskompetenz.

Die Rauchentwöhnung („Rauch-Stopp") ist eines der operativen Ziele des Programms, verbunden mit einer Reihe spezifischer Maßnahmen, darunter ein Rauchverbot in der Gastronomie und am Arbeitsplatz

3 *Bei Feinstaub (Particulate Matter – PM) wird nach der Partikelgröße unterschieden: PM_{10} ist die Größenfraktion mit einem Durchmesser von weniger als 10 Mikrometern; $PM_{2,5}$ ist die Größenfraktion mit einem Durchmesser von weniger als 2,5 Mikrometern.*

sowie die Förderung zielgruppenspezifischer Rauchentwöhnungsangebote.

Im Rahmen des operativen Ziels „Stärken der Gesundheitskompetenz“ werden im öffentlichen Gesundheitsportal Österreichs Informationen über Krebserkrankungen in einfacher Sprache veröffentlicht, darunter auch Aufklärung über Risikofaktoren und Vorbeugung. Dabei wird u. a. auf Krankheitserreger sowie Umwelt- und Lebensstilfaktoren eingegangen, und es werden Empfehlungen zu einer Reihe von Themen gegeben: Rauchentwöhnung, regelmäßige Bewegung, gesunde Ernährung, Vermeidung von Übergewicht, wenig/kein Alkoholkonsum, Vermeidung übermäßiger Sonnenstrahlung und Impfempfehlungen.

Weitere operative Ziele des Krebsrahmenprogramms betreffen die Vermeidung von Virus-assoziierten Krebserkrankungen durch Impfungen und die Reduktion von Verkehrsemissionen. Bislang liegen die Impfquoten jedoch unter den EU-Durchschnittswerten (Kasten 1).

Kasten 1: Impfraten bei HPV und Hepatitis B liegen unter dem EU-Durchschnitt

Obwohl keine belastbaren Daten über die Inanspruchnahme der Impfung gegen Humane Papilloma-Viren (HPV) vorliegen, wird geschätzt, dass weniger als die Hälfte der 15-jährigen Mädchen in Österreich geimpft ist. Diese Quote liegt unter dem EU-Durchschnitt (59 %) und ist jedenfalls viel niedriger als in vielen anderen EU-Ländern. Die Impfung wird vom Gesundheitsministerium für alle bis zum 30. Lebensjahr empfohlen. Für Personen ab dem 30. Lebensjahr gibt es keine Empfehlung, außer bei Vorliegen bestimmter Risikofaktoren. Im Rahmen eines Impfprogramms für Kinder wird eine kostenlose HPV-Impfung für Mädchen und Jungen im Alter von 9-12 Jahren angeboten. Empfohlen werden zwei Impfungen im Abstand von 6-12 Monaten. Für Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr (seit der COVID-19-Pandemie angehoben vom 15. Lebensjahr) werden in öffentlichen Impfzentren Nachholimpfungen zu ermäßigten Kosten angeboten.

Laut der WHO waren im Jahr 2020 87 % der Einjährigen in Österreich gegen Hepatitis B geimpft, was unter dem EU-Durchschnitt von 94 % liegt. Das Gesundheitsministerium empfiehlt die Impfung für alle Altersgruppen bis zum 65. Lebensjahr. Für bestimmte Risikogruppen werden Antikörpertests und regelmäßige Auffrischungsimpfungen empfohlen. Die Impfung ist für alle Kinder bis zum Schulabschlussalter kostenfrei und im allgemeinen Impfprogramm für Kleinkinder enthalten.

Quellen: BMSGPK, 2022b; Krebshilfe, 2022; WHO, 2022.

4. Früherkennung

Nur Brustkrebs unterliegt einem nationalen Screening-Programm

Die Früherkennung von Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs gehört zu den Prioritäten des Krebsrahmenprogramms Österreich. Für die drei Krebsarten erreicht die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen Werte über dem EU-Durchschnitt. Die Einhaltung der Kriterien der Kosteneffizienz und der Angemessenheit von Früherkennungsprogrammen sowie das Erreichen von Qualitätskriterien bei der Früherkennung sind operative Ziele des Programms. Bislang gibt es jedoch nur ein nationales Screening-Programm, und zwar für Brustkrebs (eingeführt 2014). Bei allen anderen Krebsarten finden nach wie vor nur opportunistische Vorsorgeuntersuchungen statt. Das Brustkrebs-Screeningprogramm basiert auf den europäischen Leitlinien (Europäische Kommission, 2022) und richtet sich an Frauen im Alter von 45 bis 69 Jahren, wobei eine Teilnahme ab dem 40. Lebensjahr möglich ist.

An einem umfassenden Screening-Programm für Darmkrebs wird derzeit gearbeitet. Die Umsetzung weiterer Screening-Programme wird sich an den Empfehlungen des Europäischen Rates orientieren, die überarbeitete Leitlinien für die Früherkennung von Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs enthalten. Das 2021 eingerichtete „Nationale Screening-Komitee auf Krebserkrankungen“ hat die Aufgabe, dies zu beaufsichtigen und qualitativ hochwertige Screening-Programme zu fördern. Die Österreichische Krebshilfe veröffentlicht in Zusammenarbeit mit medizinischen Fachgesellschaften die folgenden Empfehlungen zur Krebsfrüherkennung, wenngleich diese die Krebspolitik auf Bundes- und Länderebene nicht in jeder Hinsicht widerspiegeln:

- Brustkrebs: Mammografie ab dem 40. Lebensjahr in zweijährigem Abstand. Ergänzende Ultraschalluntersuchung bei Bedarf (individuelle Entscheidung durch Radiologen).
- Gebärmutterhalskrebs: Ab dem 20. Lebensjahr einmal jährlich Krebsabstrich. Ab dem 30. Lebensjahr alle drei Jahre ein HPV-Test, unabhängig von Impfstatus (wobei HPV-Impfung und gleichzeitiger Abstrich zu vermeiden sind).
- Prostatakrebs: Vorsorgeuntersuchung regelmäßig ab dem 45. Lebensjahr (mit unbestimmten Intervallen).
- Darmkrebs: Jährlicher Test auf Blut im Stuhl ab dem 40. Lebensjahr. Koloskopie (Darmspiegelung) ab dem 50. Lebensjahr alle zehn Jahre bei Stellen, die das „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“ haben.

- Hautkrebs: Hautselbstuntersuchung zweimal jährlich. Bei jeder beobachteten Veränderung ist der Hautarzt aufzusuchen.

Die Teilnahmerate an Brustkrebsscreening ist in Österreich höher als in den meisten anderen EU-Ländern

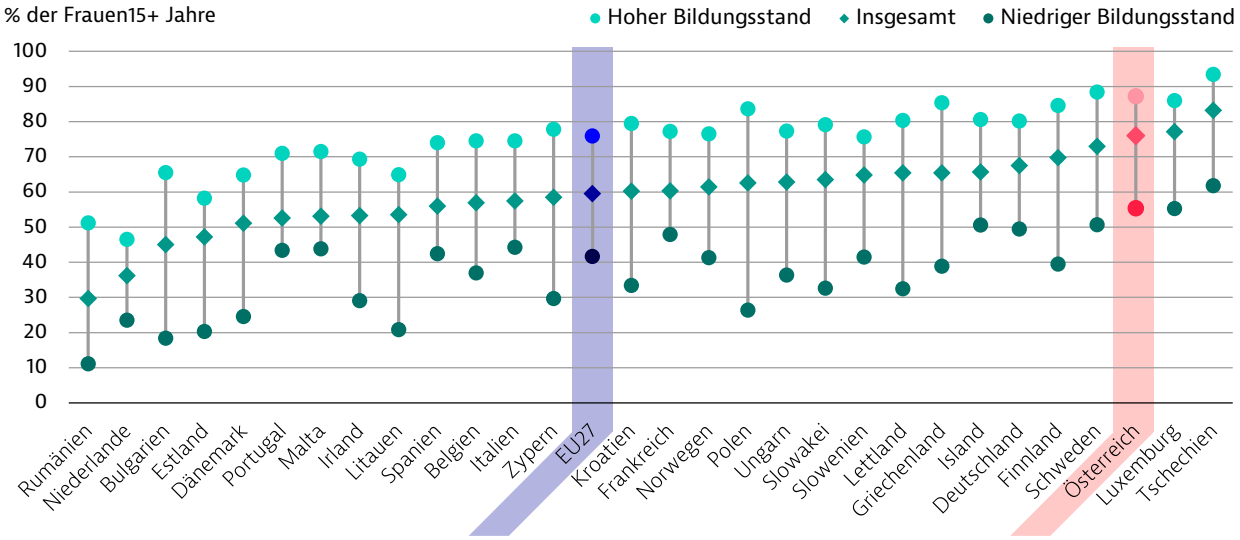
Im Jahr 2019 gaben 75 % der österreichischen Frauen im Alter von 50-69 Jahren an, sich innerhalb der letzten zwei Jahre einer Mammografie unterzogen zu haben, was über dem EU-Durchschnitt von 66 % liegt. Niedrigere Screeningraten waren bei Frauen mit niedrigem Bildungsstand (71 % gegenüber 74 % bei Frauen mit hohem Bildungsstand) bzw. niedrigem Einkommen (69 % gegenüber 79 % bei Frauen mit höherem Einkommen) zu beobachten. Auch diese Diskrepanzen zwischen diesen Bevölkerungsgruppen fielen geringer aus als im EU-Durchschnitt. Im Jahr 2014 verzeichneten in Städten lebende Frauen höhere Screeningraten als in ländlichen Gebieten lebende Frauen (75 % bzw. 70 %).

Zwischen 2014 und 2019 wurden im Rahmen des nationalen Screeningprogramms 443 bösartige Tumore pro 100 000 Untersuchungen entdeckt. Das entspricht dem 2,1-Fachen der Inzidenz vor Einführung des Programms. Die Zeit zwischen Untersuchungstermin und Befunderstellung betrug durchschnittlich 1,6 Werktage. In 77 % der Fälle wurde das Karzinom in einem prognostisch günstigen Frühstadium festgestellt. Obwohl die angepeilte Teilnahmerate von 70 % nicht erreicht wurde, lag die Brustkrebsdetektionsrate bei neuen Fällen über dem Ziel (Gollmer, Link und Weißenhofer, 2021).

Inanspruchnahme der opportunistischen Untersuchungen auf Gebärmutterhalskrebs ist eine der höchsten in der EU

Wenngleich es sich um opportunistische Vorsorgeuntersuchungen handelt und keine systematische Qualitätssicherung stattfindet, erreichte die Screeningrate bei Gebärmutterhalskrebs durch Abstrichuntersuchungen in Österreich 2019 ebenfalls höhere Werte als der EU-Durchschnitt (76 % der Frauen ab 15 Jahren gegenüber 60 %) (Abbildung 6). Wie in der gesamten EU wurde das Früherkennungsprogramm jedoch von Frauen zwischen dem 15. und 64. Lebensjahr stärker in Anspruch genommen, und es zeigten sich deutliche Diskrepanzen: 87 % der Frauen mit hohem Bildungsstand gaben an, sich in den letzten drei Jahren einem Abstrich unterzogen zu haben, während es bei Frauen mit niedrigem Bildungsstand nur 55 % waren. Unter Frauen mit hohem Einkommen erreichte die Teilnahme 87 %, gegenüber 64 % bei Frauen mit niedrigem Einkommen. Dagegen wurde das Screening in ländlichen Gebieten stärker in Anspruch genommen als in Städten (80 % bzw. 77 %).

Abbildung 6: Es besteht ein Bildungsgefälle bei der Inanspruchnahme der Gebärmutterhalskrebs-Vorsorgeuntersuchung



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet (Berechnung durch Eurostat). Die Zahl entspricht dem Prozentsatz der Frauen ab dem 15. Lebensjahr, die angaben, sich in den letzten drei Jahren einem Gebärmutterhalsabstrich unterzogen zu haben.
Quelle: Eurostat, EHIS. Die Daten beziehen sich auf 2019.

Ungleichheiten bei der Darmkrebsvorsorge in Österreich sind gering

Im Jahr 2019 gaben 56 % der österreichischen Bevölkerung im Alter von 50-74 Jahren an, in den letzten zwei Jahren an einer Darmkrebsvorsorgeuntersuchung teilgenommen zu haben. Damit wird eine Inanspruchnahme erreicht, die im europäischen Spitzenfeld liegt (EU-Durchschnitt: 33 %), wenngleich es sich nach wie vor um opportunistische Untersuchungen ohne systematische Qualitätssicherung handelt. Die Diskrepanzen nach Geschlecht, Einkommen sowie zwischen Stadt- und Landbevölkerung sind gering. Personen mit hohem Bildungsstand verzeichnen im Vergleich zu jenen mit niedrigem Bildungsstand höhere Screeningraten (59 % bzw. 50 %).

5. Leistungsmerkmale der Krebsversorgung

5.1 Zugang

Zugang zur Krebsversorgung ist eines der sechs strategischen Ziele des Krebsrahmenprogramms

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung einschließlich der Krebsversorgung wird in Österreich allgemein nicht als schwerwiegendes Problem angesehen. Der gleichberechtigte Zugang zu einer angemessenen, das notwendige Maß jedoch nicht überschreitenden Gesundheitsversorgung ist ein Grundprinzip der österreichischen Sozialversicherung. Im Krebsrahmenprogramm Österreich ist der gleichberechtigte Zugang zu Versorgungsstrukturen und Innovationen – unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft und sozioökonomischem Hintergrund – als eines der sechs strategischen Ziele verankert. Die Bemühungen zur Verbesserung der Zugänglichkeit folgen den im Österreichischem Strukturplan Gesundheit (ÖSG) auf Bundesebene vorgenommenen Weichenstellungen. Der ÖSG enthält die Zielsetzung, physische und soziale Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung im Allgemeinen abzubauen. Dafür ist auch die Umsetzung von Überwachungsmechanismen in Bezug auf Öffnungs- und Wartezeiten sowie die Zufriedenheit der Bevölkerung mit den Gesundheitsdiensten vorgesehen.

Kraft dieser Grundsätze ist die Beanspruchung der Krebsversorgung in der Regel kostenlos. Laut der EU-SILC-Erhebung tendiert der ungedeckte medizinische Bedarf aufgrund von Kosten, Entfernungen oder Wartezeiten in Österreich im Jahr 2020 gegen null. Demgegenüber verzichteten EU-weit schätzungsweise 1,8 % der Bevölkerung aus den genannten Gründen auf medizinische Untersuchungen. Auch zwischen den Geschlechtern und den Einkommensgruppen gibt es nur minimale Abweichungen hinsichtlich des ungedeckten Bedarfs.

Finanzierungs- und Krebsversorgungsstrukturen sind in Österreich fragmentiert

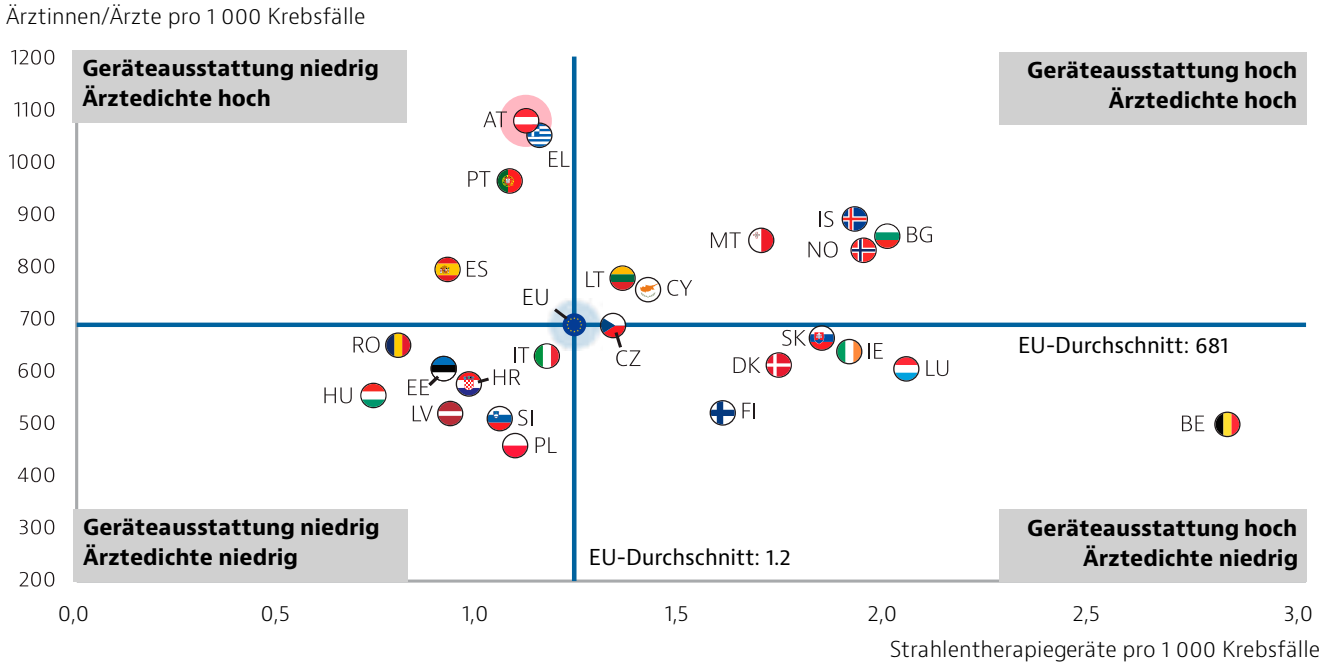
Obwohl die allgemeine Ausgestaltung der Gesundheitspolitik primär Bundessache ist (siehe Abschnitt 2), sind die Finanzierungs- und Leistungsstrukturen im österreichischen Gesundheitssystem zersplittert und hängen von der Zusammenarbeit zwischen Bund, Ländern, Sozialversicherungsträgern und anderen Beteiligten ab. Während die Sensibilisierung der Öffentlichkeit in hohem Maße von privaten gemeinnützigen Organisationen wie der Österreichischen Krebshilfe getragen wird, stützt sich die Früherkennung auf opportunistische Untersuchungen durch Gesundheitsdienstleister und ein koordiniertes Screening-Programm, das von den Sozialversicherungsträgern über Verträge mit Screeningzentren umgesetzt wird. Die Therapie findet überwiegend in öffentlich finanzierten Spitälern und mit Unterstützung durch von den Sozialversicherungsträgern finanzierten Fachärzten im niedergelassenen Bereich statt. Die Österreichische Krebshilfe betreibt u. a. 63 Beratungsstellen, in denen Patienten und deren Angehörige von ausgebildeten Beratern psychoonkologische, ernährungstherapeutische und sozialrechtliche Hilfestellung, Unterstützung bei Fragen zu „Sexualität und Krebs“ und Unterstützung bei der Kommunikation mit Kindern von an Krebs erkrankten Eltern erhalten. Ergänzt wird das Angebot durch eine finanzielle Soforthilfe für Patienten, die durch die Erkrankung in finanzielle Not geraten sind.

Obwohl internationale Vergleichsdaten über Einschränkungen im physischen Zugang nur begrenzt verfügbar sind, lässt sich sagen, dass Österreichs Gesundheitssystem nach wie vor stark krankenhauszentriert ist. Bei allen Krebsarten liegt der Anteil stationär aufgenommener Fälle pro 100 000 Einwohner über dem jeweiligen EU-Durchschnitt. Sowohl die Ärztedichte im Verhältnis zur Zahl der Krebsfälle als auch die Zahl der Partikeltherapiezentren und modernen Bildgebungsgeräte pro 100 000 Einwohner liegen über dem EU-Durchschnitt. Bei der Ausstattung mit Strahlentherapiegeräten bleibt Österreich indes unter dem EU-Durchschnitt (Abbildung 7). Auf Bundesebene wird über den Österreichischen Strukturplan Gesundheit die physische Verfügbarkeit krebsbezogener Dienstleistungen gesteuert. Das betrifft insbesondere die spezialisierte Behandlung auf den drei Ebenen von Behandlungszentren (siehe Abschnitt 5.2)

Neue Krebstherapien sind in Österreich offenbar gut zugänglich

Über den Zugang zu Arzneimitteln liegen ebenfalls nur spärliche Daten vor, sie deuten aber im Allgemeinen darauf hin, dass in Österreich diesbezüglich kein Problem besteht und dass die Inanspruchnahme im EU-Vergleich im oberen Bereich liegt. Es gibt weder Ausgabengrenzen noch Mengenbeschränkungen, und alle Arzneimittel im ambulanten Bereich werden von den Sozialversicherungsträgern übernommen, wofür teilweise aber eine vorherige Genehmigung einzuholen ist. In Bezug auf Arzneimittel im stationären Bereich wenden Spitäler vereinzelt lokale Beschränkungen an, sodass der Zugang mitunter je nach Krankenhaus unterschiedlich ist. Der gleichberechtigte Zugang zu neuer Krebsdiagnose- und Krebstherapietechnik durch deren Aufnahme ins System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) ist

Abbildung 7: Die Ärztedichte ist hoch, Ausstattungsdichte mit Strahlentherapiegeräten geringer



Anmerkungen: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet (Berechnung durch die OECD). Berücksichtigt wurden Strahlentherapiegeräte von Spitälern und Anbietern in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Die Daten beziehen sich auf Ärztinnen und Ärzte (ohne Krankenpflege- und Betreuungspersonal).
Quellen: Eurostat und OECD-Gesundheitsdatenbank (die Daten beziehen sich auf 2020 oder das nächstgelegene Jahr).

ein operatives Ziel des Krebsrahmenprogramms und unterliegt einem entsprechenden Monitoring. Eine Evaluierung liegt bislang lediglich im Hinblick auf den Einsatz monoklonaler Antikörper in Spitälern vor. Die Anzahl der diesbezüglichen Leistungen hat sich von 2007 auf 2018 mehr als verdreifacht, Therapien mit monoklonalen Antikörpern werden hauptsächlich in „Zentral- und Schwerpunkt-Krankenanstalten" verabreicht, und die durchschnittliche Zeitspanne von der EMA-Zulassung bis zur Verfügbarkeit im LKF-Leistungskatalog betrug 18 Monate.

Die Verlagerung der Leistungserbringung in den ambulanten Bereich hat sich seit 2014 rapide beschleunigt. Demgegenüber sind im tagesklinischen Setting erbrachte Leistungen nach dem Höchststand im Jahr 2017 rückläufig und das Leistungsvolumen im stationären Bereich blieb nahezu konstant (Mathis-Edenhofer und Eglau, 2020). Dahinter steht eine bewusste Politik der Ambulantisierung, die mit einem neuen Abrechnungsmodell ambulanter Leistungen für Krankenhäuser einhergeht, wodurch das Vergütungsmodell stärker an das Modell für stationäre Leistungen angeglichen wird.

Um die Teilnahmemöglichkeiten an klinischen Studien zu neuen Krebstherapien zu fördern (ebenfalls ein operatives Ziel des Krebsrahmenprogramms), wurde 2018 auf Empfehlung des Onkologiebeirats und nach einer Pilotphase in den Jahren 2016-2017 eine eigene Onlineplattform eingerichtet. Diese ist über das öffentliche Gesundheitsportal Österreichs aufrufbar und fungiert als Informationsquelle in Bezug auf klinische Studien mit dem Ziel, Angehörige der Gesundheitsberufe bei der Aufnahme von Patienten zu unterstützen. Daneben dient sie aber auch als Auskunftsstelle für die Allgemeinbevölkerung. Während die Zahl klinischer Studien in Österreich im Zeitraum 2016-2020 konstant blieb, ging jene der teilnehmenden Patienten zurück (Abbildung 8).

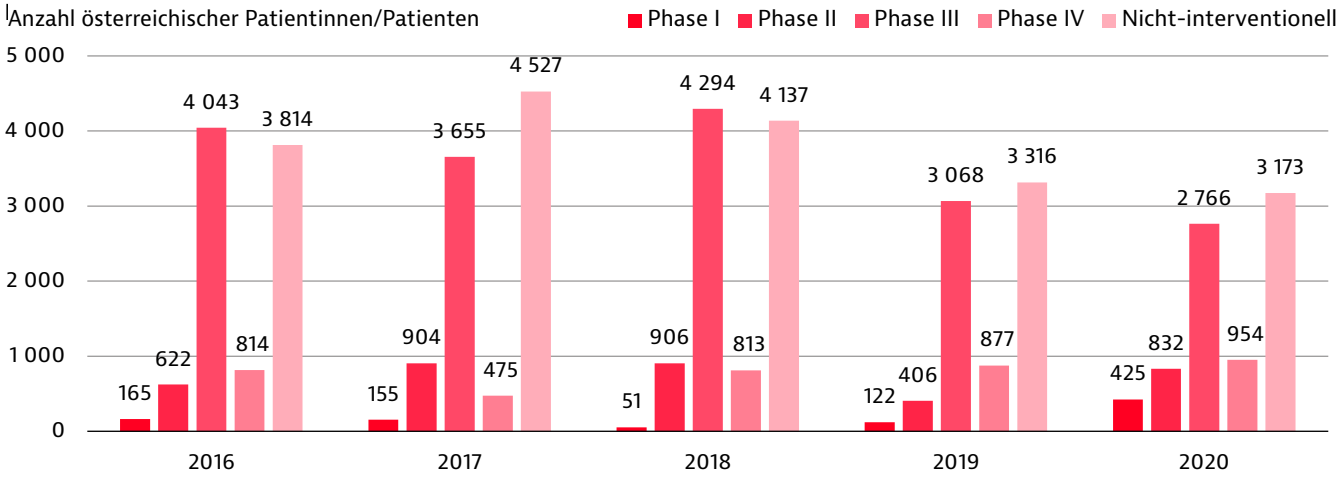
Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung ist seit den letzten 15 Jahren eine Priorität

Sterbebegleitung hat im Politikinstrumentarium einen hohen Stellenwert und das Krebsrahmenprogramm Österreich trägt den Versorgungslücken und dem ungedeckten Bedarf auf diesem Gebiet Rechnung. Dies spiegelt sich in drei operativen Zielen wider: Auf- und Ausbau spezialisierter Einrichtungen, Monitoring der Bedarfsannahmen und Ausbau der relevanten Basisausbildung.

Insgesamt 357 Anbieterorganisationen wirken an einem abgestuften Versorgungsrahmen für Erwachsene mit, der zwischen 2004 und 2006 gemeinsam von Bund, Ländern und allen relevanten Beteiligten etabliert wurde. Der Rahmen zur Palliativ- und Hospizversorgung für Erwachsene wurde 2013 um ein spezifisches Konzept für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene erweitert. Diese Rahmenpläne sind in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) eingeflochten. Die Dienstleisterkategorien umfassen Palliativstationen/-einheiten in Krankenhäusern und stationäre Hospize in Langzeitpflegeeinrichtungen mit insgesamt 492 Betten, ergänzt durch Tageshospize, ambulante sowie mobile Teams, die sowohl Gesundheitsfachkräfte als auch Patienten unterstützen (Hospiz Österreich, 2021). Krebspatienten stellen die Mehrheit der Betreuungsfälle: Auf sie entfallen 72 % der Palliativpatienten in Langzeitpflegestationen sowie 88 % der Patienten in Palliativstationen/-einheiten

Abbildung 8: Teilnahme österreichischer Patienten an klinischen Krebsstudien war zwischen 2016 und 2020 rückläufig

Anzahl der Patienten in von der Pharmaindustrie finanzierten klinischen Krebsstudien nach Phase und nichtinterventionelle Studien (NIS)



Anmerkung: Unbereinigte Rohdaten aus Umfragen, absolute Teilnehmerzahlen in durchschnittlich 86 % aller klinischen Krebsstudien.
Quelle: Mitgliederumfrage der PHARMIG Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs (2022).

der Krankenhäuser. Um den Zugang zur Hospiz- und Palliativversorgung zu überwachen, wurden zwei Indikatoren in den Vordergrund gestellt: die Wartezeit zwischen Anmeldezeitpunkt und Aufnahme auf Palliativstationen; und der Anteil der angemeldeten Patienten, der aus Verfügbarkeitsgründen nicht in der Palliativstation aufgenommen wurde (BMSGPK, 2022a). Daten sind derzeit nur für den Indikator Wartezeit verfügbar, und es liegen noch keine Berichte vor.

Im Krebsrahmenprogramm Österreich war auch ein 2012 erstellter Rehabilitationsplan enthalten. Dieser geht aufgrund der steigenden Prävalenz und Überlebenswahrscheinlichkeit von einer Zunahme des Rehabilitationsbedarfs aus. Dementsprechend lautet das Ziel, für den Ausbau des stationären und ambulanten Angebots zu sorgen, um sowohl die psychische und physische als auch die soziale und berufliche Rehabilitation zu fördern. Das soll sich positiv auf die gesellschaftliche und berufliche Wiedereingliederung Krebsüberlebender auswirken.

5.2 Qualität

Die Gesamtqualität der Krebsversorgung in Österreich hat sich verbessert

Die Fünf-Jahres-Nettoüberlebensrate ist zwischen 2004 und 2014 für nahezu alle häufigen Krebsarten gestiegen. Obwohl das Ausmaß dieser Entwicklung hinter dem EU-Durchschnitt zurückblieb, liegen die Überlebensraten dank einer besseren Ausgangslage weiterhin über den EU-Durchschnittswerten (Abbildung 9).

Unter allen Personen, die zwischen 2010 und 2014 eine Krebsdiagnose erhielten, waren die höchsten Überlebensraten bei Prostatakrebs (90 % in Österreich gegenüber 87 % in der EU) und Brustkrebs (85 % gegenüber 83 %) zu verzeichnen. Die Überlebensrate bei Lungenkrebs ist nach wie vor schlecht (20 % gegenüber 15 %), wenn auch gegenüber den zwischen 2000 und 2004 Diagnostizierten eine Verbesserung um 4,3 Prozentpunkte (ausgehend von knapp über 15 %) zu beobachten war. Bei Magenkrebs (+5,4 Prozentpunkte), Hautkrebs (+4,4) und Darmkrebs (+4,0) verbuchte Österreich ebenfalls beachtliche Zuwächse bei den Überlebensraten. Demgegenüber sank die Überlebensrate bei Gebärmutterhalskrebs um 1,5 Prozentpunkte, während im EU-Durchschnitt eine Verbesserung um 5,5 Prozentpunkte erreicht wurde – Österreich liegt damit nunmehr im europäischen Mittelfeld. Die Überlebensrate bei Prostatakrebs blieb unverändert, während sie im EU-Durchschnitt einen deutlichen Anstieg aufwies. Bei Menschen mit seltenen Krebsarten erreicht die Fünf-Jahres-Überlebensrate 52 %. Das liegt über dem EU-Durchschnitt von 49 %, kommt aber nicht an das Spitzenfeld heran (59 % in Island, 54 % in Finnland, Italien und Norwegen).

Die Krebsbehandlung erfolgt nach einem dreistufigen System

Zwei der sechs strategischen Ziele des Krebsrahmenprogramms Österreich haben einen Bezug zur Versorgungsqualität: „Verringerte Mortalität bei Krebserkrankungen und längeres Überleben der Patientinnen und Patienten durch evidenzbasierte und zeitgerechte Früherkennung, Diagnostik und Behandlung“ und „Verbesserung der bzw. Erhalt von hoher Lebensqualität der an Krebs Erkrankten in allen Phasen der Erkrankung sowie auch für Angehörige und Bezugspersonen“. Im Programm sind Qualitätssicherungsprozesse und die obligatorische Bewertung von struktur-, prozess- und ergebnisbezogenen Qualitätskriterien festgelegt, die in operativen Zielen und anderen Bundesrichtlinien definiert sind. Ein weiteres Programmziel betrifft die Förderung

Abbildung 9: Fünf-Jahres-Nettoüberlebensraten sind bei den meisten Krebsarten in Österreich über dem EU-Durchschnitt

Prostatakrebs	Brustkrebs	Gebärmutterhalskrebs	Darmkrebs	Lungenkrebs
Österreich: 90%	Österreich: 85%	Österreich: 64%	Österreich: 64%	Österreich: 20%
EU24: 87%	EU24: 83%	EU24: 64%	EU24: 60%	EU24: 15%

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

leicht zugänglicher Information zugunsten der Gesundheitskompetenz und Entscheidungsfindung von Patientinnen und Patienten. Die Umsetzung der Monitoring-Prozesse verläuft jedoch schleppend, und bislang werden nur wenige Qualitätsindikatoren gemeldet.

Die spezialisierte Krebsversorgung ist dreistufig angeordnet, wie im Österreichischen Strukturplan Gesundheit, dem wichtigsten Mechanismus zur Qualitätsverbesserung, festgelegt. Der am höchsten spezialisierte Versorgungsbereich entfällt auf die onkologischen Referenzzentren mit einem Einzugsbereich von mindestens 500 000 Einwohnern und einer Erreichbarkeit von maximal 120 Minuten für die gesamte Wohnbevölkerung. Spezialzentren sind auf Einzugsbereiche von mindestens 300 000 Menschen und eine Erreichbarkeit innerhalb von 60 Minuten ausgelegt. Die assoziierte onkologische Versorgung wiederum wirkt unterstützend vor allem für Spezialzentren im Hinblick auf Diagnostik, Überweisung und Versorgungskontinuität, ähnlich zum Arbeitsfeld der Fachärzte im niedergelassenen Bereich. Im Plan sind ferner strukturelle und prozessbezogene Kriterien definiert. Für Referenzzentren gelten dabei die höchsten Anforderungen, etwa im Hinblick auf das Vorhandensein von Fachbereichen und Sonderfächern, die Verfügbarkeit von Diagnose- und Therapieverfahren und die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch die Einrichtung von „Tumorboards“ (Kasten 2).

Forschung, Lehre und die Behandlung von seltenen Krebsarten und Hochrisikopatienten sind Referenzzentren vorbehalten. Die Behandlung seltener Krebsarten unterliegt auch dem Nationalen Aktionsplan für seltene Erkrankungen, durch den die Beteiligung von Spitälern an europäischen Referenznetzen gewährleistet wird. Kinder mit Krebserkrankungen werden in Referenz- und Spezialzentren behandelt, die ein eigenes Netz für pädiatrische Onkologie betreiben und einen Forschungsschwerpunkt auf Krebs bei Kindern aufweisen.

Kasten 2: Interdisziplinäre Tumorboards zur gemeinsamen Festlegung von Behandlungsempfehlungen

Die Einrichtung von Tumorboards und die interdisziplinäre Entscheidungsfindung in der individualisierten Behandlung für jeden Patienten sind wesentliche Bausteine der strukturellen Maßnahmen zur Qualitätssteigerung. Es handelt sich um das einzige operative Ziel mit Bezug zur Qualitätssicherung in der Krebsbehandlung, das bisher erreicht wurde. Die Tumorboards unterliegen einer im Jahre 2015 nach Empfehlungen des Onkologiebeirats erstellten Rahmengeschäftsordnung. Mit dieser werden die Zusammensetzung der Boards, das Prozedere für die Ausarbeitung der abgestimmten Empfehlungen und die Dokumentationspflichten geregelt. Den Tumorboards müssen mindestens fünf Fachärzte angehören, und zwar je einer des zuständigen Sonderfaches, für Innere Medizin und Hämatologie, für Strahlentherapie-Radioonkologie, für Radiologie sowie für Pathologie.

Quelle: Krebshilfe und OeGHO (2021).

Auf Patientenangaben beruhende Messgrößen fließen in Österreich nicht in die Qualitätsbewertung der Krebsversorgung ein

Vorzeitige vom Gesundheitsversorgungsystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (Mortality Amenable to Health Care – MAHC) ist der wichtigste Indikator zur Outcome-Messung, der in Österreich derzeit im Rahmen des zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern vereinbarten Prozesses überwacht wird (BMSGPK, 2021b). Jedoch findet keine Aufschlüsselung nach Erkrankungen statt, und krebsspezifische Indikatoren werden nicht separat ausgewiesen. Der Einsatz von Messinstrumenten zur Berücksichtigung Patienten-berichteter Angaben zum Therapieergebnis (Patient-Reported Outcome Measures – PROMs) und Patienten-berichteter Erfahrungen (Patient-reported Experience Measures – PREMs) steckt noch in den Kinderschuhen und dient vor allem Forschungszwecken. Die Gesamtzufriedenheit

mit der Gesundheitsversorgung in der Bevölkerung ist der einzige regelmäßig berichtete PREM-Wert. Zur Qualitätsüberwachung auf dem Gebiet der Langzeitpflege und Palliativversorgung wurden in den Vereinbarungen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern ein struktureller und zwei PROM-Indikatoren als vorrangig eingestuft: Anteil der Palliativstationen, die PROMs implementiert haben; Anteil der Patientinnen/Patienten, die mittlere bis starke Schmerzen zu Beginn der Behandlung hatten und keine oder leichte Schmerzen am Ende der Behandlungsphase haben und Anteil der Patientinnen/Patienten, die mittlere bis starke Atemnot zu Beginn der Behandlung hatten und keine oder leichte Atemnot am Ende der Behandlungsphase haben (BMSGPK, 2022a). Diese Messungen erfolgen nicht spezifisch für die Onkologie, und es liegen noch keine Daten zu ihnen vor.

Anpassungen der Datenstrukturierung und -verwaltung könnten eine detailliertere Analyse von Krebsdaten erleichtern

Das Österreichische Nationale Krebsregister ist die wichtigste Datenquelle für Epidemiologie, Diagnose und Behandlung von Krebs. Es deckt das gesamte Bundesgebiet ab und wird von der nationalen Statistikbehörde (Statistik Austria) geführt, die auf der Grundlage der Daten jährliche Analysen zu Risikofaktoren, Inzidenz, Prävalenz und Überleben veröffentlicht. Onkologische Zentren und Behörden – die auf Bundesländerebene teilweise auch eigene Register führen – übermitteln die Daten über ein elektronisches Meldeformular. Seit 2019 enthalten die Daten eine verschlüsselte Patientenkennung, die es Statistik Austria ermöglicht, unter Wahrung der Datenschutzgrundsätze die Registerdaten mit anderen Datensätzen zu verknüpfen. Dies könnte im Prinzip eine detailliertere Krebsdatenanalyse ermöglichen, insbesondere von Ungleichheiten nach Dimensionen, die über die Aufschlüsselung nach Geschlecht und Alter hinausgehen, unter Verwendung von im Register erfassten Variablen. Bisher wurden jedoch noch keine Auswertungen verknüpfter Datensätze veröffentlicht. Eine Analyse der Tumorstadien-Daten ist in Arbeit.

Im Krebsrahmenprogramm Österreich sind zwar keine spezifischen Maßnahmen für benachteiligte sozioökonomische Gruppen vorgesehen, es zielt aber darauf ab, die onkologische Versorgung für Kinder und Jugendliche sowie für ältere Menschen besser zugänglich und angemessener zu gestalten. Ein operatives Ziel betrifft die Einführung eines „Survivorship Passports“ für junge Menschen, in dem alle für die langfristige Nachsorge relevanten Informationen zentral gespeichert werden sollen. Nachdem 2017 ein Umsetzungsplan erstellt wurde, steht der Einsatz des Passes nach wie vor in der Anfangsphase und ist auf Pilotspitäler in Wien beschränkt. Seit 2021 wird er im Rahmen des Projekts PanCareSurPass aus dem EU-Programm Horizont 2020 gefördert. Bei älteren Menschen liegt der Fokus auf der Verbesserung der multiprofessionellen Zusammenarbeit zur interdisziplinären Versorgung und der Förderung der Forschung zum Thema ältere Krebspatienten.

5.3 Kosten und Kosten-Nutzen-Verhältnis

Die effiziente Nutzung der Mittel des Gesundheitswesens gehört zu den Grundsätzen der Sozialversicherung in Österreich (Bundesministerium für Gesundheit, 2014). Eine gute Zugänglichkeit und Leistungsfähigkeit der krebsbezogenen Versorgung ist mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden. Kostendämpfungen im Gesundheitswesen waren und sind schwierig, nicht zuletzt aufgrund der zwischen Bund, Ländern und anderen Beteiligten (insbesondere den Sozialversicherungsträgern) zersplitterten Finanzierungszuständigkeiten. Österreich hat mit die höchsten Gesundheitsausgaben in der EU – sowohl in absoluten Zahlen pro Kopf als auch im Verhältnis zum BIP. Obwohl im Krebsrahmenprogramm Österreich die effiziente Nutzung der Mittel als Leitprinzip anerkannt wird, ist kein expliziter Mechanismus für die Kostenkontrolle oder die transparente und angemessene Zuweisung von Mitteln vorgesehen. Effizienzkriterien werden nur für nationale Früherkennungsprogramme genannt. Diese sollen nur dann initiiert werden, wenn alle anderen wirtschaftlicheren (einschließlich primärpräventiver) Maßnahmen bereits umgesetzt wurden und die Kostenwirksamkeit der Intervention erwiesen ist.

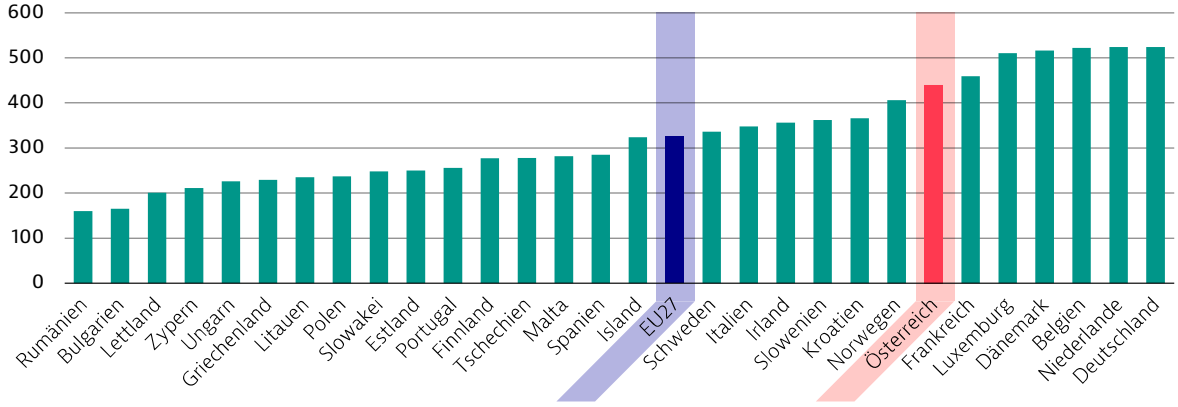
Österreichs Pro-Kopf-Ausgaben für Krebsversorgung sind im EU-weiten Spitzenfeld

Im Jahr 2018 betrugen die Gesamtkosten für Krebs in Österreich 440 EUR pro Kopf, bereinigt um die Kaufkraftparität (KKP). Das liegt deutlich über dem EU-Durchschnitt (326 EUR), aber noch unter den Ländern mit den höchsten Kosten, die 500 EUR pro Kopf übersteigen (Abbildung 10). Die direkten Gesundheitsausgaben machen knapp 60 % der Gesamtkosten aus (EU-Durchschnitt: 49 %), darunter 22 % für Krebsarzneimittel (EU: 15 %). Jüngste Vergleiche offenbarten, dass die Arzneimittelpreise in Österreichs stationärem Sektor – wie für zahlreiche Krebstherapien – zu den EU-weit höchsten gehören (Vogler et al., 2021). Andererseits liegen die Kostenanteile für informelle Pflege (Österreich 9 %, EU: 12 %) und gesundheitsbedingte Produktivitätsverluste (7 % gegenüber 13 %) unter den EU-Durchschnittswerten; bei den Produktivitätsverlusten durch vorzeitigen Tod liegen beide gleichauf (25 %).

Es ist anzumerken, dass mehrere an der Krebsversorgung in Österreich mitwirkende Akteure auf Spendenfinanzierung und/oder ehrenamtliche Mitarbeit angewiesen sind. Das gilt etwa für alle von der Österreichischen Krebshilfe in den Bereichen Sensibilisierung, Schulung, Screening und Patientenunterstützung angebotenen Aktivitäten, trifft aber auch auf die ehrenamtliche Palliativversorgung und Sterbebegleitung zu, wie Hospizberater.

Abbildung 10: Der gute Zugang zur Krebsversorgung in Österreich hat seinen Preis

EUR KKP pro Kopf



Anmerkung: Der EU27-Durchschnitt ist ungewichtet (Berechnung durch die OECD).
Quelle: Hofmarcher et al. (2020).

Die Bewertung von Gesundheitstechnologien könnte Effizienzsteigerungen erlauben, wird aber noch nicht systematisch durchgeführt

Die Vergütungs- und Kostendämpfungsmechanismen, soweit vorhanden, sind für die Onkologie dieselben wie für andere Medizinbereiche. Die Kostenübernahme für ambulante Leistungen und verschreibungspflichtige Arzneimittel unterliegt den Entscheidungen der Sozialversicherungsträger, wobei für Facharztleistungen im niedergelassenen Bereich hauptsächlich die Einzelleistungsvergütung zum Tragen kommt. Die Finanzierung des stationären Krankenhaussektors wird zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern gebündelt und über Fixzuschüsse und die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF, österreichische Variante des DRG – diagnosebezogene Fallpauschalen – Konzepts) abgewickelt. Ambulante und teilstationäre Leistungen der Spitäler werden seit 2019 auf LKF-Basis vergütet, was mit einer deutlichen Verlagerung der medikamentösen Krebsbehandlung vom stationären in den ambulanten Sektor einhergeht. Die Strukturplanung und die Entscheidungen über die systemweite Ressourcenallokation, einschließlich der Ausgabenziele für das gesamte Gesundheitssystem, werden über Vereinbarungen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern gesteuert, die dafür gemeinsam in der Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) vertreten sind (OECD, 2019).

Die Förderung der Bewertung von Gesundheitstechnologien (Health Technology Assessment – HTA) wurde im Bundes-Zielsteuerungsvertrag als Notwendigkeit anerkannt, und es existiert ein österreichisches HTA-Institut. Dennoch wird die HTA nur begrenzt und nicht systematisch verwendet. Es gibt weder übergeordnete gesetzliche Rahmenbedingungen für eine verbindliche Berücksichtigung von HTA in der Entscheidungsfindung noch explizite und allgemein akzeptierte methodische Grundsätze. Wenn eine HTA durchgeführt wird, bleiben die Ergebnisse unveröffentlicht, was die Entscheidungen intransparent macht. Im Jahr 2020 veröffentlichte das Gesundheitsministerium auf Grundlage eines Beschlusses der B-ZK einen Katalog von 12 HTA-Empfehlungen, einschließlich einer Priorisierung von Bereichen, in denen eine HTA angewendet werden sollte, darunter Krebsmedikamente. Der Rechnungshof Österreich sprach im Hinblick auf Entscheidungen über die Aufnahme von Arzneimitteln des stationären Sektors in die Regelfinanzierung ebenfalls eine Empfehlung für die Verwendung von HTA aus. Schließlich plädierte auch der Onkologiebeirat in seinem jüngsten Tätigkeitsbericht 2019-2021, der dem Monitoring der Umsetzung des Krebsrahmenprogramms Österreich gewidmet ist, dafür, dass Krebsmedikamente und ihr Einsatz einer systematischeren Evaluierung, einschließlich einer Kosten-Nutzen-Bewertung, einer Budget-Impact-Analyse und einer Überwachung hinsichtlich ihrer angemessenen Verwendung unterzogen werden (BMSGPK, 2021a).

5.4 COVID-19 und Krebs: Stärkung der Resilienz

Drastischer Rückgang von Früherkennungsuntersuchungen im ersten Lockdown

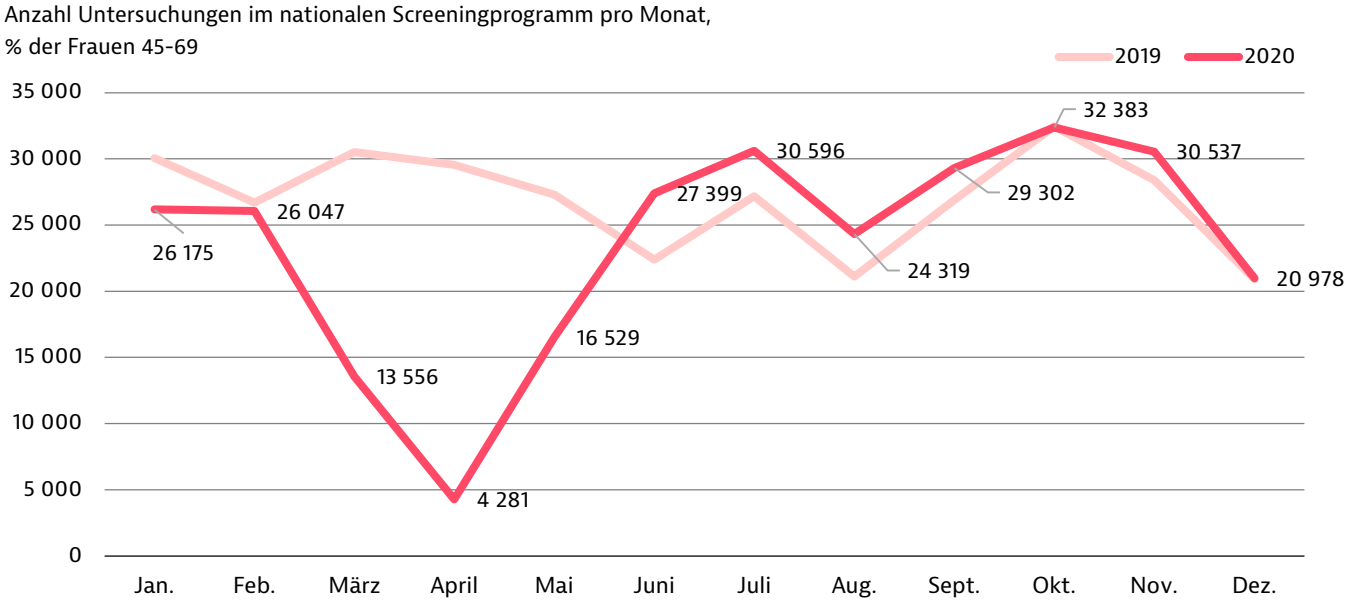
Die COVID-19-Pandemie, die im März 2020 zu einem ersten generellen Lockdown in Österreich führte, wirkte sich in zweierlei Hinsicht auf die Krebserkennung und -versorgung aus. Erstens war das Risiko eines schweren COVID-19-Krankheitsverlaufs für Menschen mit aktiver Krebserkrankung aufgrund ihres geschwächten Immunsystems und der Krebstherapie höher, nicht zuletzt deshalb, weil beide Erkrankungen ähnliche Risikofaktoren haben. Daten aus Österreich zeigen eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eindeutig höhere COVID-19-Sterblichkeit unter Krebspatienten. Zweitens ging die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zurück, und einzelne Initiativen wurden in den ersten Monaten der Pandemie vollkommen eingestellt. In Kombination mit der Vorbehaltung von Krankenhauskapazitäten für die Behandlung von COVID-19-Fällen führte dies zu Verzögerungen bei der Diagnose und Behandlung von Krebs. Allgemein war während des ersten Lockdowns die Inanspruchnahme

von nicht COVID-19 Gesundheitsleistungen besonders stark beeinträchtigt. Mit Umsetzung der Maßnahmen zur Verhinderung einer Infektionsübertragung stabilisierten sich die Dienste für die verbleibenden Monate des Jahres 2020 jedoch wieder sehr schnell. So fiel der Rückgang gegenüber den Vorjahren letztlich weniger stark aus als erwartet.

Laut den Meldungen etwa zum nationalen Brustkrebs-Screeningprogramm erreichte die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen (Mammografie und Ultraschall) im März und April 2020 nur 44 % bzw. 14 % der entsprechenden Vorjahreswerte. Ab Mai stellte sich indes wieder eine mit dem Vorjahr vergleichbare Inanspruchnahme ein, und das Screening wurde auch während des zweiten Lockdowns im Oktober und November 2020 aufrechterhalten (Abbildung 11), sodass für das gesamte Jahr ein Rückgang um nur 12 % zu verzeichnen war.

Auch die Zahl der Koloskopien zur Früherkennung von Darmkrebs brach bei Verhängung des ersten Lockdowns nahezu auf null ein, erreichte aber innerhalb von 10 Wochen wieder das Niveau von 2019, sodass die Gesamtzahl für 2020 um 15 % niedriger war als 2019.(Krebshilfe & OeGHO, 2021) Hingegen blieb die Hepatitis-B-Impfrate 2020 im Vergleich zu den Vorjahren unverändert.

Abbildung 11: Brustkrebs-Screening war pandemiebedingt erheblich beeinträchtigt, stabilisierte sich aber rasch



Anmerkung: Anzahl Untersuchungen im nationalen Screeningprogramm pro Monat, Frauen im Alter von 45-69 Jahren.
Quelle: Österr. Brustkrebs-Früherkennungsprogramm (BKFP) / Gesundheit Österreich GmbH (GOeG).

COVID-19-Eindämmungs- und Abhilfemaßnahmen bewirkten auch einen Rückgang der Krebsbehandlungen

Die Pandemiefolgen schlugen sich auch in der Zahl behandelter Krebsfälle zu Buche. Nicht dringende Diagnoseverfahren und Eingriffe wurden während des ersten Lockdowns verschoben. Hinzu kam von April bis Juni 2020 der verzögerte Effekt der im Lockdown vorübergehend gesunkenen Screeningzahlen. Im April und Mai 2020 erfolgten im Vergleich zu den Vorjahresmonaten insgesamt etwa 20 % weniger stationäre Aufnahmen von Krebspatienten, unabhängig von der Art der erbrachten Leistungen. Ab Juni stieg die Zahl wieder an und blieb für den Rest des Jahres 2020 in etwa auf demselben Niveau wie 2019 (Eglau, 2021). Den stärksten Effekt hatte die COVID-19-Pandemie auf die Anzahl chirurgischer Eingriffe, allen voran Brustkrebsoperationen. Die Zahl der durchgeführten Strahlentherapien ging ebenfalls zurück, wenn auch in geringerem Maße, und die Zahl der mit Krebsmedikamenten behandelten Patienten nahm 2020 weiter zu, allerdings langsamer als in den Vorjahren.

Abgesehen von den strengen Abstandsregeln und Hygieneprotokollen in Gesundheitseinrichtungen, die nach der ersten Welle und den Lockdowns von 2020 zur Eindämmung der COVID-19-Übertragung beschlossen wurden, sowie von Kampagnen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit und von der Aufrechterhaltung des Gesundheitsbetriebs wurden infolge der Pandemie keine Maßnahmen mit besonderem Schwerpunkt auf Krebsbehandlung ergriffen. Empfehlungen für die COVID-19-Schutzimpfung in Verbindung mit einer Krebsbehandlung wurden von der OeGHO formuliert und in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Krebshilfe veröffentlicht. Auch die nationale Sachverständigengruppe für Immunisierungsfragen („Nationales Impfgremium“) hat spezifische Empfehlungen für die COVID-19-Impfung bei Krebspatienten abgegeben.

6. Fokus auf Ungleichheiten

Inzidenz und Prävalenz von Krebs haben in Österreich zugenommen, gleichzeitig sind die Überlebenschancen gestiegen. Nach altersstandardisierten Berechnungen sollte die Krebsinzidenz für beide Geschlechter unter dem EU-Durchschnitt liegen, wenngleich im innerösterreichischen Geschlechtervergleich auf Männer ein um etwa 30 % höherer Wert entfällt.

Ungesunde Lebensweisen, Übergewicht und Adipositas sind zunehmende Krebsrisikofaktoren in der Bevölkerung, und die Prävalenz des Rauchens ist nach wie vor hoch. Dies trifft insbesondere auf Menschen am unteren Ende der Einkommensverteilung und Menschen mit niedrigem Bildungsstand zu.

- Die Prävalenz von Adipositas ist bei Menschen mit niedrigem Bildungsstand fast um 40 % höher als bei jenen mit dem höchsten Bildungsstand. Parallel dazu geben 24 % der Menschen im untersten Einkommensquartil an, täglich Zigaretten zu rauchen – mehr als 50 % über der Prävalenz im höchsten Einkommensquartil. Der Alkoholkonsum hingegen fällt bei Menschen mit höherem Bildungsstand etwas höher aus.
- Ungleichheiten sind auch beim Zugang zu Früherkennungsangeboten zu beobachten. Die Brustkrebsvorsorge wird von Frauen mit höherem Bildungsstand, höherem Einkommen und in städtischen Gebieten stärker wahrgenommen, wenngleich die Unterschiede zwischen diesen Teilgruppen maximal 15 % betragen.
- Bei Gebärmutterhalskrebs ist die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen unter Frauen mit hohem Bildungsstand um mehr als 50 % höher als bei Frauen mit niedrigem Bildungsstand. Zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Einkommensquintil liegt eine Kluft von 35 %. Zwar gibt es bisher nur für Brustkrebs ein nationales Screeningprogramm, doch erreicht die Inanspruchnahme von Screeningangeboten im EU-Vergleich überdurchschnittliche Werte – und zwar nicht nur für Brust-, sondern auch für Darm- und für Gebärmutterhalskrebs, wo rein opportunistische Vorsorgeuntersuchungen stattfinden.
- Der Zugang zur Gesundheitsversorgung einschließlich der Krebsversorgung wird allgemein nicht als schwerwiegendes Problem angesehen. Der gleichberechtigte Zugang zur Gesundheitsversorgung ist ein Grundprinzip der österreichischen Sozialversicherung, und im Krebsrahmenprogramm Österreich ist der gleichberechtigte Zugang zu Versorgungsstrukturen und Innovationen – unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft und sozioökonomischem Hintergrund – als strategisches Ziel verankert. Die Krebsversorgung ist in der Regel kostenlos, und ungedeckter medizinischer Bedarf aufgrund von Kosten, Entfernungen oder Wartezeiten tendiert gegen null.

Dem steht ein hoher Kostenaufwand gegenüber: Die direkten Gesundheitskosten im Zusammenhang mit Krebs liegen über dem EU-Durchschnitt.
Das Krebsrahmenprogramm Österreich und der Österreichische Strukturplan Gesundheit sind die beiden wichtigsten übergeordneten Politikinstrumente in der Krebsbekämpfung. Sie vereinen alle Beteiligten des Gesundheitssystems, darunter Bund und Länder, die Sozialversicherungsträger sowie diverse Akteure und Wohltätigkeitsorganisationen einschließlich der Österreichischen Krebshilfe.

Literaturhinweise

BMSGPK (2021a), *Onkologie in Österreich: Tätigkeitsbericht des Onkologie-Beirates 2019-2021*. Wien, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

BMSGPK (2021b), *Outcome-Messung im Gesundheitswesen (aktualisierte Fassung 2021)*. Wien, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

BMSGPK (2022a), *Fact Sheet & Methodische Übersicht: Outcome-Messung: Hospiz- und Palliativversorgung (Palliativstationen)*. Wien, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

BMSGPK (2022b), *Impfplan Österreich 2022*. Wien, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

Bundesministerium für Gesundheit (2014), *Krebsrahmenprogramm Österreich*. Wien, Bundesministerium für Gesundheit.

Eglau K. (2021), *Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die stationäre Spitalsversorgung anhand ausgewählter Bereiche*. Wien, Gesundheit Österreich, https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1633.

Europäische Kommission (2022), *European guidelines on breast cancer screening and diagnosis*. https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/ecibc/european-breast-cancer-guidelines. Abgerufen am 11.10.2022.

Gollmer A., Link T. und Weißenhofer S. (2021), *Dritter Evaluationsbericht zum Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm*. Wien, Gesundheit Österreich, https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1875.

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

Hospiz Österreich (2021), *Hospiz und Palliative Care in Österreich, Datenauswertung 2020*. Wien, Dachverband Hospiz Österreich, https://www.hospiz.at/statistik/.

Krebshilfe und OeGHO (2021), *Österreichischer Krebsreport 2021*. Wien, MedMedia Verlag und Mediaservice, https://www.krebsreport.at/.

Krebshilfe (2022), *HPV-Impfung gegen Krebs*. Wien, Österreichische Krebshilfe, https://www.krebshilfe.net/fileadmin/user_upload/Dachverband/Brosch%C3%BCren/2022_HPV_01.pdf

Mathis-Edenhofer S. und Eglau K. (2020), *Verwendung innovativer onkologischer Pharmakotherapie in österreichischen Krankenanstalten*. Wien, Gesundheit Österreich, https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1379.

OECD (2021), *Preventing harmful alcohol use: key findings Austria*, Paris, OECD Publishing, https://www.oecd.org/austria/Preventing-Harmful-Alcohol-Use-Key-Findings-AUSTRIA.pdf.

OECD (2019), *Österreich: Länderprofil Gesundheit 2021*, Paris, OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/bdde3767-de .

Vogler S. et al. (2021), *Preisvergleich ausgabenstarker Arzneispezialitäten 2019*, Wien, Gesundheit Österreich, https://jasmin.goeg.at/id/ep

Liste der Länderabkürzungen

België	BE	Finland	FI	Italië	IT	Nederland	NL	Slovenië	SI
Bulgarije	BG	Frankrijk	FR	Kroatië	HR	Noorwegen	NO	Slowakije	SK
Cyprus	CY	Griekenland	EL	Letland	LV	Oostenrijk	AT	Spanje	ES
Denemarken	DK	Hongarije	HU	Litouwen	LT	Polen	PL	Tsjechië	CZ
Duitsland	DE	Ierland	IE	Luxemburg	LU	Portugal	PT	Zweden	SE
Estland	EE	IJsland	IS	Malta	MT	Roemenië	RO		

European Cancer Inequalities Registry

Länderprofile Krebs 2023

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

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

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

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

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

Zitierweise:
OECD (2023), *Länderprofile Krebs: Österreich 2023*, ,
EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/0f690cb3-de.

ISBN: 9789264881808 (PDF)
Series : EU Country Cancer Profiles

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES