



ÖSTERREICH

Länderprofil Krebs

2025



European
Commission



Berichtsreihe „Länderprofil Krebs“

Das Europäische Register der Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung (European Cancer Inequalities Registry – ECIR) ist eine Leitinitiative im Rahmen von Europas Plan gegen den Krebs (Europe’s Beating Cancer Plan – EBCP). Es bietet solide und zuverlässige Daten zur Krebsprävention und -versorgung, um Entwicklungen, Unterschiede und Ungleichheiten zwischen Mitgliedstaaten, Regionen und Bevölkerungsgruppen zu erkennen. In den Länderprofilen Krebs werden Stärken, Herausforderungen und spezifische Maßnahmenbereiche für jeden der 27 EU-Mitgliedstaaten, Island und Norwegen als Richtschnur für Investitionen und Interventionen auf EU-, nationaler und regionaler Ebene im Rahmen von Europas Plan gegen den Krebs aufgezeigt. Das Europäische Register der Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung unterstützt überdies Leitinitiative 1 des Null-Schadstoff-Aktionsplans. Die Profile wurden von der OECD in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission erstellt. Das Team bedankt sich für die wertvollen Beiträge der nationalen Expert:innen sowie für die Anmerkungen des OECD-Gesundheitsausschusses und der EU-Themenarbeitsgruppe zum Register der Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung.

Daten- und Informationsquellen

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

Daneben werden zusätzliche Daten und Informationen der Gemeinsamen Forschungsstelle der Europäischen Kommission (EC-JRC), aus der EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC), der Weltgesundheitsorganisation (WHO), des Internationalen Krebsforschungszentrums (IARC), der Internationalen Atomenergie-Organisation (IAEO), der Europäischen Gesellschaft für pädiatrische Onkologie (SIOPE), der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA LGBTIQ), aus der Erhebung zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern (HBSC) sowie aus den länderspezifischen Gesundheitsprofilen und den Länderprofilen Krebs von 2023 und aus anderen nationalen Quellen (die unabhängig von privaten oder kommerziellen Interessen sind) verwendet. 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 Sterbe- und Inzidenzraten sind bezogen auf die von Eurostat im Jahr 2013 angenommene europäische Standardbevölkerung altersstandardisiert.

Die Kaufkraftparität (KKP) ist definiert als Währungsumrechnungskurs, der die Unterschiede im Preisniveau zwischen Ländern beseitigt und damit Vergleiche der Kaufkraft unterschiedlicher Währungen ermöglicht.

Haftungsausschluss: Dieser Bericht wird unter der Verantwortung des OECD-Generalsekretärs sowie der Präsidentin der Europäischen Kommission veröffentlicht. Die in diesem Bericht geäußerten Ansichten und verwendeten Argumente stellen nicht zwangsläufig die offizielle Meinung der OECD-Mitgliedsländer oder der Europäischen Union dar. Dieses Dokument sowie alle darin enthaltenen Daten und Karten berühren nicht den Status oder die Souveränität irgendeines Gebietes, die Festlegung internationaler Staats- oder Gebietsgrenzen oder die Bezeichnung von Gebieten, Städten oder Regionen. Namen von Ländern und Gebieten sowie die Karten, die in dieser gemeinsamen Veröffentlichung verwendet werden, entsprechen der OECD-Praxis.

Spezifischer Haftungsausschluss für die OECD zu territorialen Fragen:

Anmerkung der Republik Türkei: Die in diesem Dokument enthaltenen Angaben zu „Zypern“ beziehen sich auf den südlichen Teil der Insel. Es gibt keine Behörde, die sowohl die türkische als auch die griechisch-zypriotische Bevölkerung auf der Insel vertritt. Die Türkei erkennt die Türkische Republik Nordzypern (TRNC) an. Bis eine dauerhafte und gerechte Lösung im Rahmen der Vereinten Nationen gefunden wird, behält die Türkei ihren Standpunkt zur „Zypernfrage“ bei.

Anmerkung aller Mitgliedstaaten der Europäischen Union, die auch Mitglied der OECD sind, und der Europäischen Union: Die Republik Zypern wird von allen Mitgliedern der Vereinten Nationen mit Ausnahme der Türkei anerkannt. Die Angaben in diesem Dokument beziehen sich auf das Gebiet unter der tatsächlichen Kontrolle der Regierung der Republik Zypern.

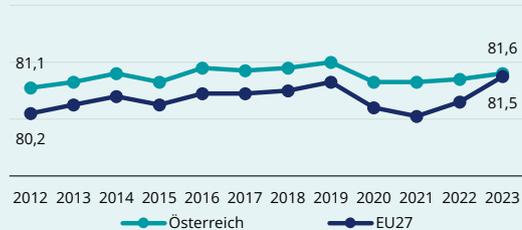
© OECD/Europäische Union, 2025. Im Fall von Widersprüchen zwischen dem ursprünglichen Bericht und übersetzten Versionen desselben ist ausschließlich der Text des ursprünglichen Berichts als maßgebend zu betrachten.

Inhalt

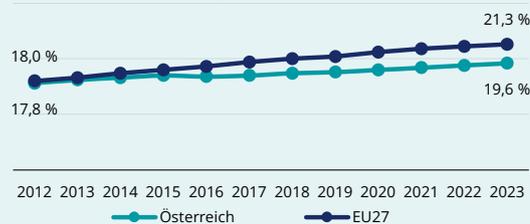
1. HIGHLIGHTS	3
2. KREBS IN ÖSTERREICH	4
3. RISIKOFAKTOREN UND PRÄVENTIONSSTRATEGIEN	9
4. FRÜHERKENNUNG	14
5. LEISTUNGSMERKMALE DER KREBSVERSORGUNG	17
5.1 Zugang	17
5.2 Qualität	21
5.3 Kosten und Kosten-Nutzen-Verhältnis	24
5.4 Wohlergehen und Lebensqualität	25
6. FOKUS AUF PÄDIATRISCHEN KREBSERKRANKUNGEN	28

Die wichtigsten Merkmale des Gesundheitssystems im Überblick

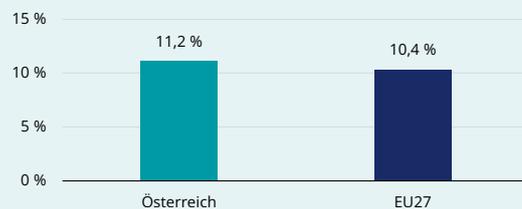
Lebenserwartung bei der Geburt (Jahre)



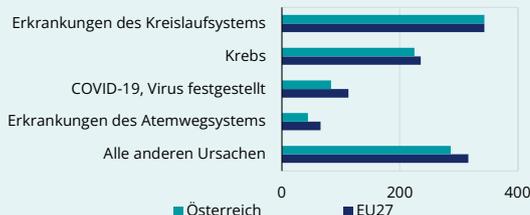
Anteil der älteren Bevölkerung (65+ Jahre, in %)



Gesundheitsausgaben als % des BIP, 2022 oder das nächstgelegene Jahr

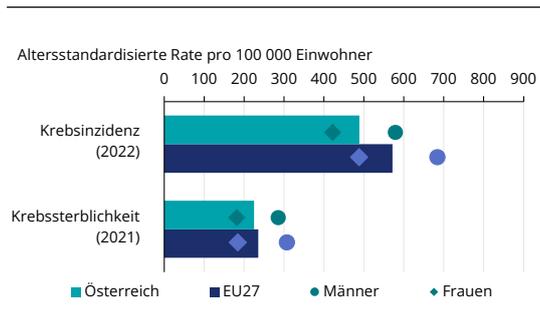


Altersstandardisierte Sterberate pro 100 000 Einwohner, 2021



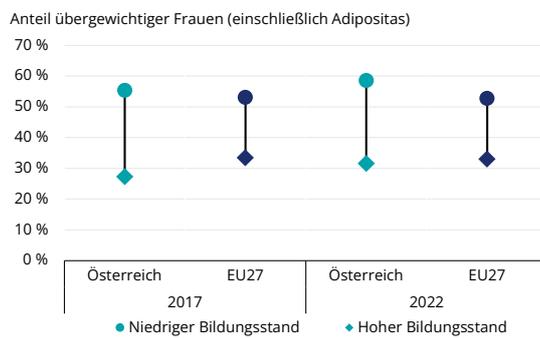
Quelle: Eurostat-Datenbank.

1. Highlights



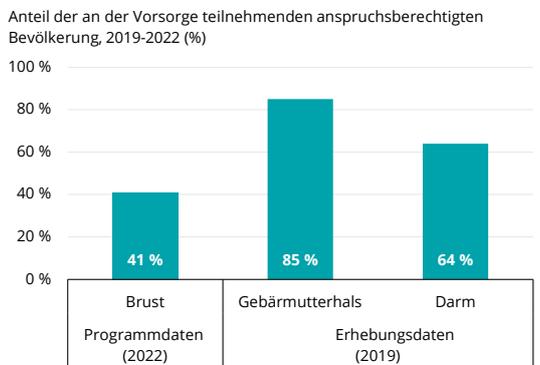
Krebs in Österreich

Krebs ist in Österreich die zweithäufigste Todesursache. Dennoch liegen die geschätzte Krebsinzidenzrate und die geschätzte Krebssterblichkeitsrate in Österreich unter dem EU-Durchschnitt. Lungenkrebs ist nach wie vor die häufigste krebsbedingte Todesursache in Österreich. Die zweithäufigste krebsbedingte Todesursache ist bei Frauen Brustkrebs, bei Männern Prostatakrebs.



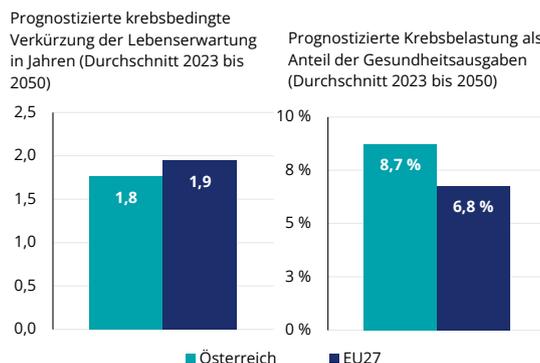
Risikofaktoren und Präventionsmaßnahmen

In Österreich ist die Prävalenz des Rauchens bei Erwachsenen und Jugendlichen zurückgegangen, wenngleich die Raten weiterhin höher sind als der EU-Durchschnitt. Mehr als die Hälfte der Erwachsenen in Österreich ist übergewichtig, wobei die Adipositasraten leicht über dem EU-Durchschnitt liegen und bei der Prävalenz von Übergewicht ein ausgeprägtes soziales Gefälle besteht. Bemerkenswert ist, dass Österreich bei der Impfquote gegen Humane Papillomaviren im unteren Drittel der EU-Länder liegt; allerdings hat das Land im Rahmen seiner Bemühungen zur Beseitigung von Gebärmutterhalskrebs das Höchstalter für die kostenlose Impfung auf 30 Jahre (unabhängig vom Geschlecht) heraufgesetzt.



Früherkennung

Das 2014 eingeführte Brustkrebs-Screeningprogramm richtet sich im Vergleich zu den anderen Ländern der EU an eine der größten Altersgruppen (Frauen im Alter von 45 bis 74 Jahren mit einer Opt-in-Option für Frauen zwischen 40 und 44 Jahren). Dennoch weist Österreich bei der Brustkrebsvorsorge einige der größten Ungleichheiten in der EU bezogen auf den Bildungsstand sowie erhebliche regionale Unterschiede auf. Österreich verfügt über kein bevölkerungsbezogenes Screeningprogramm für Gebärmutterhalskrebs, aber die auf eigenen Angaben beruhenden Quoten bei der Gebärmutterhalskrebsvorsorge gehören zu den höchsten in der EU. Im Jahr 2023 empfahl das österreichische Nationale Screening-Komitee, ein bevölkerungsbezogenes Darmkrebs-Screeningprogramm einzuführen. Die Vorsorgequoten sind in den letzten etwa zehn Jahren bei allen drei Krebsarten relativ stabil geblieben.



Leistungsfähigkeit der Krebsversorgung

Die Kostenübernahme für onkologische Medikamente ist in Österreich relativ hoch, wobei die Versorgung mit Strahlentherapiegeräten unter dem EU-Durchschnitt liegt. Österreich entwickelt auch umfassende Krebsnetzwerke, um die klinische Forschung zu stärken, die Rekrutierung für Studien zu erleichtern und die Präzisionsmedizin zu realisieren, die hochmoderne Diagnoseinstrumente und Therapien erfordert. Außerdem hat Österreich in der Krebsversorgung eine Pilotentwicklung zur elektronischen Erfassung patientenberichteter Therapieergebnisse auf den Weg gebracht. Es wird erwartet, dass Krebs in Österreich im Zeitraum 2023-2050 zu höheren Gesundheitsausgaben führen wird als im EU-Durchschnitt, doch rechnet das Land mit einem etwas geringeren Rückgang der Lebenserwartung durch Krebs als in der gesamten EU.

2. Krebs in Österreich

Österreich weist wesentlich niedrigere Krebsinzidenzraten auf als andere EU-Länder

Laut dem Europäischen Krebsinformationssystem (ECIS) der Gemeinsamen Forschungsstelle der EU-Kommission wurden im Jahr 2022 in Österreich ausgehend von den Inzidenztrends der Jahre vor der Pandemie rund 45 500 neue Krebsfälle erwartet.

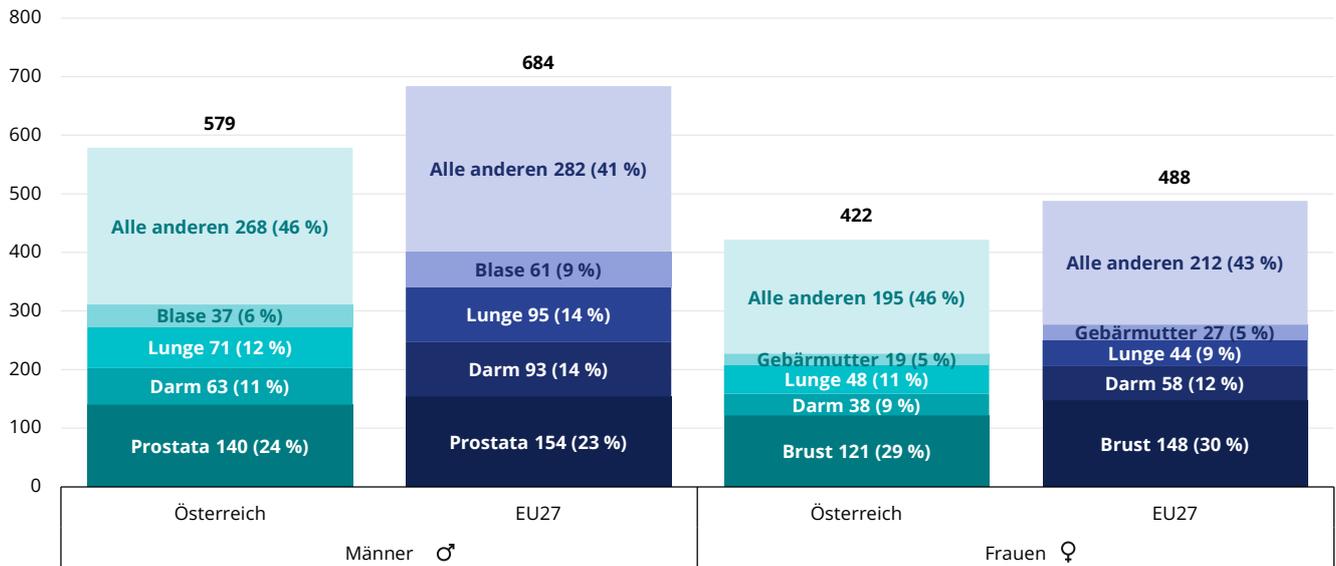
Die Krebsinzidenz in Österreich wurde im Jahr 2022 auf 489 pro 100 000 Einwohner geschätzt, was unter dem EU-weiten Wert von 572 pro 100 000 Einwohner liegt (Abbildung 1). Bei Männern waren die Raten 15 % niedriger und bei Frauen 14 % niedriger als der EU-Durchschnitt. Unter den EU+2-Ländern¹ weist Österreich sowohl bei

Männern als auch bei Frauen eine der niedrigsten Krebsinzidenzraten auf. Mit Blick auf die Zukunft schätzt das ECIS jedoch, dass zwischen 2022 und 2040 landesweit 23 % mehr Krebsfälle zu verzeichnen sein werden.

Wie in der gesamten EU sind bei Männern Prostatakrebs (24 %) und bei Frauen Brustkrebs (29 %) die häufigsten Krebsarten. Für beide Geschlechter folgt Lungenkrebs² – mit 12 % bei Männern (niedriger als der EU-Durchschnitt von 14 %) und 11 % bei Frauen (höher als der EU-Durchschnitt von 9 %). Der Anteil der Darmkrebsfälle liegt in Österreich mit 11 % bei Männern (im Vergleich zu 14 % in der EU) und 9 % bei Frauen (im Vergleich zu 12 % in der EU) unter dem EU-Durchschnitt.

Abbildung 1: Krebsinzidenzraten in Österreich liegen bei Männern und Frauen unter dem EU-Durchschnitt

Altersstandardisierte Inzidenzrate pro 100 000 Einwohner, Schätzungen, 2022



Anmerkungen: Bei den Zahlen für 2022 handelt es sich um Schätzungen, die auf Inzidenztrends aus vorherigen Jahren basieren und von den ermittelten Raten der jüngeren Vergangenheit abweichen können. Umfasst alle Krebslokalisierungen, mit Ausnahme von nicht-melanotischem Hautkrebs. „Gebärmutter“ bezieht sich nur auf Gebärmutterkrebs, nicht auf Gebärmutterhalskrebs. Quelle: Europäisches Krebsinformationssystem (ECIS). <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, abgerufen am 10.3.2024. © Europäische Union, 2024. Die prozentuale Aufschlüsselung der Inzidenz wurde auf der Grundlage altersstandardisierter Inzidenzraten neu berechnet und weicht daher von der prozentualen Aufschlüsselung der auf der ECIS-Website dargestellten absoluten Zahlen ab.

1 Zu den EU+2-Ländern gehören die 27 EU-Mitgliedstaaten (EU-27) sowie Island und Norwegen.
 2 Unter Lungenkrebs fallen auch Trachea- und Bronchuskarzinome.

Krebsinzidenzraten in Österreich variieren stark von Region zu Region

Von den EU+2-Ländern mit verfügbaren Daten wies Österreich mit 78 % einen der höchsten Werte für regionale Abweichungen bei der Inzidenz auf, wobei die geringste Abweichung in Dänemark (5 %) und die höchste in Bulgarien (108 %) zu verzeichnen war. Dies liegt an Unterschieden bei den Krebsrisikofaktoren, zu denen Verhaltens- und Umweltfaktoren ebenso gehören wie sozioökonomische Benachteiligung und der Zugang zu Krebsvorsorgeprogrammen (OECD, 2024a), sowie an Unterschieden zwischen den Bundesländern, was die Berichterstattungsverfahren angeht.

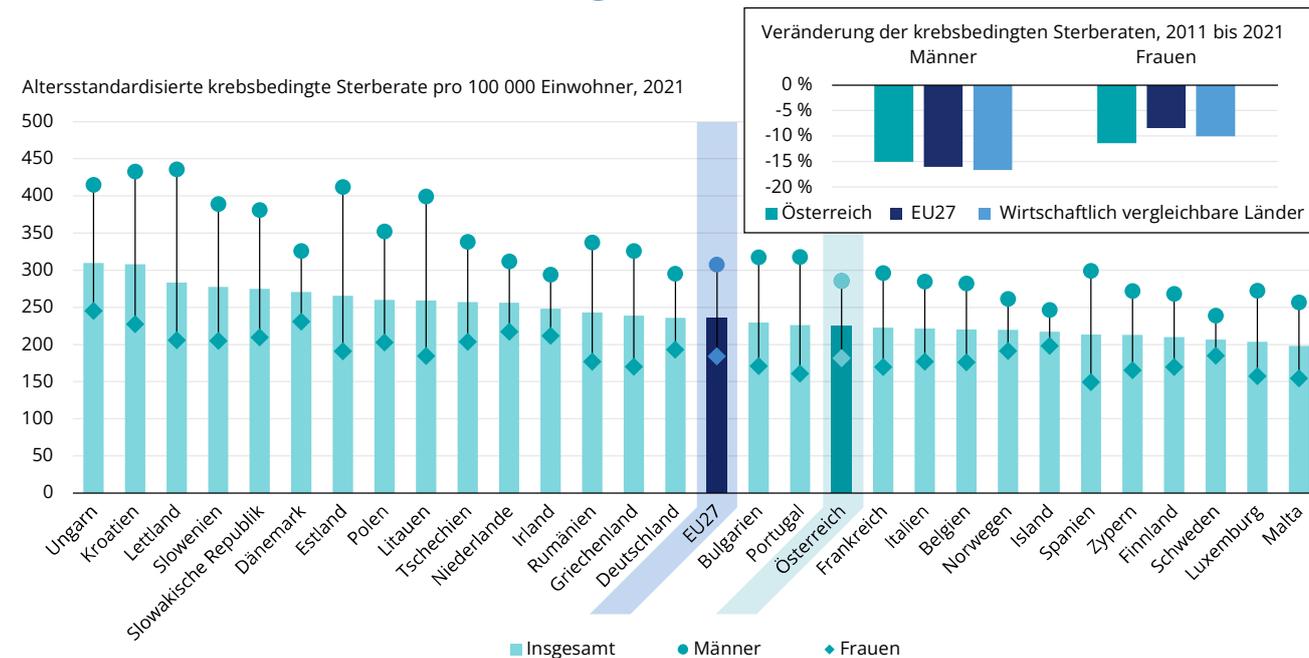
Österreichs Krebssterblichkeitsrate liegt 5 % unter dem EU-Durchschnitt

Die altersstandardisierte Sterblichkeitsrate liegt in Österreich bei 224 pro 100 000 Einwohnern und damit etwas unter dem EU-Durchschnitt von 235 pro 100 000 Einwohner. Lungenkrebs ist in Österreich sowohl bei Männern als auch bei

Frauen die häufigste Ursache für den Krebstod und macht 21 % der Krebstodesfälle bei Männern und 18 % bei Frauen aus. Prostatakrebs ist bei Männern mit 13 % der Krebstodesfälle die zweithäufigste Ursache, bei Frauen ist dies Brustkrebs mit 16 % der Krebstodesfälle. Darmkrebs, auf den rund 10 % der Gesamtzahl der Todesfälle durch Krebs zurückzuführen sind, ist bei beiden Geschlechtern die dritthäufigste krebbsbedingte Todesursache (Statistik Austria, 2024).

Die Sterblichkeitsraten bei Männern sind in Österreich zwischen 2011 und 2021 um 15 % und damit deutlich gesunken, doch der Rückgang ist geringer als in den mit Österreich wirtschaftlich vergleichbaren Ländern³, in denen er 17 % betrug. Auch bei Frauen gingen die Sterblichkeitsraten in Österreich im selben Zeitraum deutlich zurück, nämlich um 11 %, was etwas über den mit Österreich wirtschaftlich vergleichbaren Ländern lag, in denen der sich auf 10 % bezifferte (Abbildung 2).

Abbildung 2: Krebssterblichkeitsraten in Österreich gingen bei Männern langsamer zurück und bei Frauen schneller als in den wirtschaftlich vergleichbaren Ländern



Anmerkungen: Wirtschaftlich vergleichbare Länder sind definiert als Terzil-Cluster auf der Grundlage des Pro-Kopf-BIP 2022 in Kaufkraftstandards. Für Österreich sind die wirtschaftlich vergleichbaren Länder BE, DE, DK, IE, IS, LU, NL, NO und SE.
Quelle: Eurostat-Datenbank.

³ Wirtschaftlich vergleichbare Länder sind definiert als Terzil-Cluster auf der Grundlage des Pro-Kopf-BIP 2022 in Kaufkraftstandards. Für Österreich sind die wirtschaftlich vergleichbaren Länder BE, DE, DK, IE, IS, LU, NL, NO und SE.

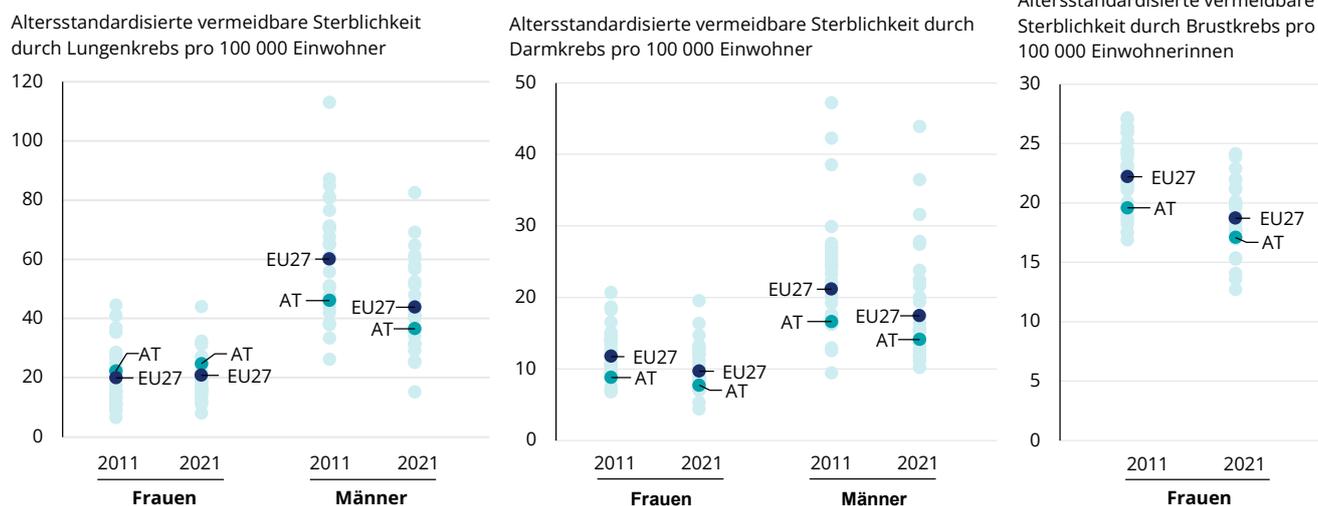
Rate der vermeidbaren Sterblichkeit durch Brust- und Darmkrebs in Österreich unter dem EU-Durchschnitt, aber Rate der vermeidbaren Sterblichkeit durch Lungenkrebs bei Frauen höher

Die Untersuchung der vermeidbaren Sterblichkeit⁴ durch Lungenkrebs hat zu gemischten Ergebnissen geführt: Bei Männern ist die Rate im Jahr 2021 deutlich gesunken, nämlich auf 37 pro 100 000 Einwohner (17 % niedriger als der EU-Durchschnitt und ein Rückgang um 21 % seit 2011). Bei Frauen stieg die Rate auf 25 pro 100 000 Einwohner an, was 19 % über dem EU-Durchschnitt liegt und einem Anstieg um 11 % seit 2011 entspricht; dieser Wert ist erheblich höher als der Anstieg um 4 % bei Frauen in der gesamten EU in diesem Zeitraum (Abbildung 3). Die hohe Prävalenz des Rauchens bei Frauen in Österreich trägt zu diesen Trends bei. Aus OECD-Daten geht

hervor, dass in Österreich 18 % der Frauen im Alter ab 15 Jahren täglich rauchen – damit liegt Österreich bei der Raucherquote von Frauen im oberen Drittel der EU-Länder.

Österreich schneidet im Hinblick auf die Raten der vermeidbaren Sterblichkeit bei behandelbaren Krebsarten wie Brust- und Darmkrebs besser ab als der EU-Durchschnitt. Im Jahr 2021 lag die Rate der vermeidbaren Brustkrebssterblichkeit in Österreich bei 17 pro 100 000 Frauen und damit um 9 % unter dem EU-Durchschnitt. In Bezug auf Darmkrebs betrug die Rate bei Frauen 8 pro 100 000 Einwohner (20 % weniger als der EU-Durchschnitt) und bei Männern 14 pro 100 000 Einwohner (19 % weniger als der EU-Durchschnitt). Dies ist wahrscheinlich auf eine niedrigere Darmkrebsinzidenz und eine relativ hohe Teilnahme an den Darmkrebsvorsorgeprogrammen in Österreich zurückzuführen.

Abbildung 3: Vermeidbare Sterblichkeit durch Brust- und Darmkrebs ging zwischen 2011 und 2021 zurück, aber vermeidbare Lungenkrebssterblichkeit bei Frauen stieg an



Anmerkungen: Die Zahlen zur vermeidbaren Sterblichkeit beziehen sich auf Todesfälle von Menschen im Alter von unter 75 Jahren. Quelle: Eurostat-Datenbank. Die Daten beziehen sich auf 2021.

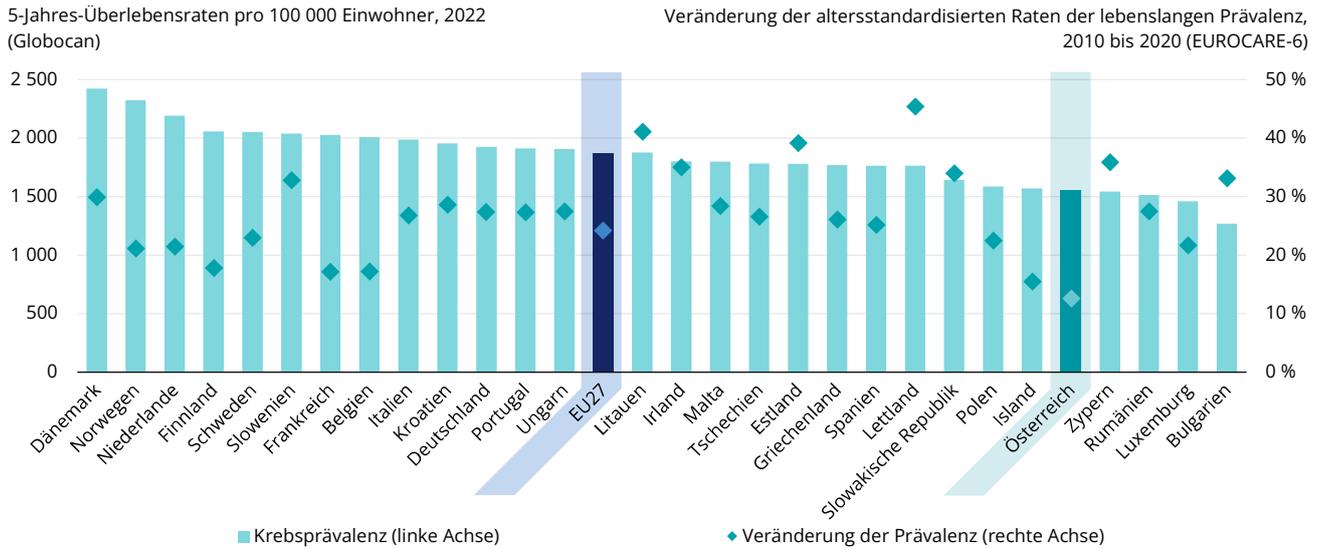
Österreichs Krebsprävalenzraten nach wie vor unter dem EU-Durchschnitt

Zwischen 1983 und 2022 verzeichnete das Österreichische Krebsregister rund 1,49 Millionen neue Krebserkrankungen bei rund 1,37 Millionen Menschen. Ende 2022 waren 402 805 dieser Personen noch am Leben, was etwa 4 % der Gesamtbevölkerung entspricht.

Im Jahr 2022 lag Österreichs Fünf-Jahres-Krebsprävalenzrate⁵ mit 1 550 pro 100 000 Einwohner unter dem EU-Durchschnitt von 1 876 pro 100 000 Einwohnern, was auf die niedrigere Inzidenzrate des Landes zurückzuführen ist (Abbildung 4). Zwischen 2010 und 2020 nahm die Krebsprävalenz in Österreich um 13 % zu, was deutlich unter dem Anstieg von 24 % in der EU lag.

4 Die vermeidbare Sterblichkeit umfasst sowohl Todesfälle, die durch wirksame Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und der Prävention hätten vermieden werden können, als auch Todesfälle, die durch rechtzeitige und wirksame medizinische Behandlungen hätten vermieden werden können.
 5 Der Begriff „Krebsprävalenz“ bezieht sich auf den Anteil der Bevölkerung, der die Diagnose Krebs erhalten hat und noch lebt, einschließlich derjenigen, die sich derzeit einer Krebsbehandlung unterziehen, und derjenigen, die die Behandlung bereits abgeschlossen haben. Die Fünf-Jahres-Krebsprävalenz umfasst Menschen, die die Diagnose Krebs innerhalb der letzten fünf Jahre erhalten haben, während die lebenslange Krebsprävalenz diejenigen einschließt, die die Krebsdiagnose zu einem beliebigen Zeitpunkt im Leben erhalten haben.

Abbildung 4: Entsprechend den niedrigen Inzidenzraten lag die geschätzte Fünf-Jahres-Krebsprävalenz in Österreich im Jahr 2022 deutlich unter dem EU-Durchschnitt

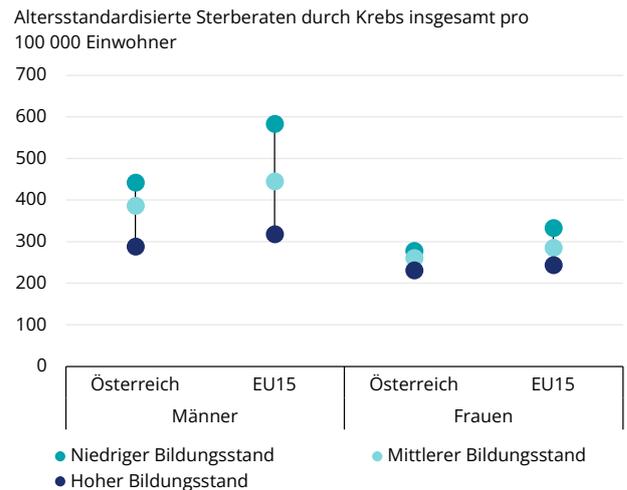


Quellen: Globocan-Datenbank 2024 der IARC; EUROCARE-6-Studie (De Angelis et al., 2024).

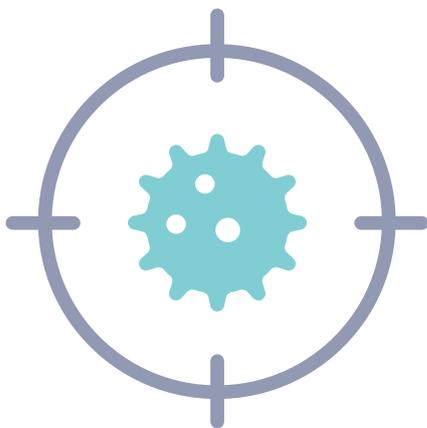
Höhere Krebssterblichkeitsraten in Österreich bei Menschen mit niedrigerem Bildungsstand, aber bildungsbezogenes Gefälle geringer als im EU-Durchschnitt

Bei den altersstandardisierten Krebssterblichkeitsraten sind erhebliche Gefälle im Hinblick auf den Bildungsstand zu verzeichnen; bei Personen mit niedrigerem Bildungsstand sind die Sterblichkeitsraten höher als bei Personen mit höherem Bildungsstand. Bei den Männern lag dieses Gefälle bei 53 % und damit deutlich unter dem EU-Durchschnitt von 84 %. Auch bei den Frauen befand sich lag das Gefälle mit 20 % unter dem EU-Durchschnitt von 37 %. Dies deutet darauf hin, dass es in Österreich zwar bildungsbezogene Diskrepanzen bei der Krebssterblichkeit gibt, diese jedoch weniger ausgeprägt sind als die Durchschnittswerte in der EU (Abbildung 5).

Abbildung 5: Krebssterblichkeitsrate lag bei Männern und Frauen mit niedrigerem Bildungsstand höher, aber Unterschiede fielen geringer aus als in der EU insgesamt



Anmerkungen: Die Daten aus der EU-CanIneq-Studie beziehen sich auf den Zeitraum 2015-2019. EU-15 bezieht sich auf den ungewichteten Durchschnitt von 14 EU-Ländern plus Norwegen. Quelle: Europäische Kommission/IARC/Erasmus MC (2024), Mapping Socio-economic Inequalities in Cancer Mortality across European countries. Factsheet des ECIR zu Ungleichheiten.



Das Krebsrahmenprogramm Österreich skizziert die zentralen Elemente der Krebsversorgung

Das 2014 verabschiedete „Krebsrahmenprogramm Österreich“, dessen Aktualisierung 2025 abgeschlossen werden soll, enthält spezifische strukturelle und operative Leitlinien zur Unterstützung und Verbesserung der Krebsversorgungsinfrastruktur (Kasten 1). Im Krebsrahmenprogramm Österreichs werden eine Reihe kritischer Bereiche hervorgehoben: Krebsvorsorge,

psychoonkologische Betreuung, Prävention, Qualität der Versorgung, Zugang zu innovativen Therapien, Lebensqualität von Krebsüberlebenden, Forschung und Entwicklung, Palliativversorgung, onkologische Rehabilitation, Datenmanagement und Berücksichtigung der Bedürfnisse von benachteiligten Bevölkerungsgruppen, insbesondere von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen. Zu den wichtigsten Strategien gehören die

Gewährleistung eines gleichberechtigten Zugangs zu modernen Diagnosemethoden und evidenzbasierten Therapien, die Durchführung bevölkerungsbezogener Screeningprogramme zur Früherkennung, die Stärkung der Gesundheitskompetenz und die Verbesserung der Qualität und Nutzung von Daten im Nationalen Krebsregister für eine verbesserte Planung und Überwachung des Krankheitsverlaufs (Gesundheitsministerium, 2014).

Kasten 1: Das „Krebsrahmenprogramm Österreich“ steht teilweise im Einklang mit den Schlüsselprioritäten von Europas Plan gegen den Krebs

Das Krebsrahmenprogramm Österreichs ist älter als Europas Plan gegen den Krebs und bildet daher nicht genau dessen zentrale Prioritäten ab. Es zielt darauf ab, Risikofaktoren wie Rauchen, Infektionen, Umweltverschmutzung und ungesunde Verhaltensweisen zu bekämpfen, Screeningprogramme zur Früherkennung von Darm- und Gebärmutterhalskrebs zu entwickeln, eine hoch qualifizierte onkologische Versorgung mit qualitätssichernden Maßnahmen für Diagnostik und Therapie sicherzustellen, den Bedarf an spezialisierten Palliativ- und Hospizeinrichtungen zu überprüfen und gleichzeitig die Ausbildung in der Palliativversorgung auszubauen sowie die psychoonkologische Betreuung und Rehabilitation für Krebspatient:innen zu verbessern. Keines der drei Querschnittsthemen von Europas Plan gegen den Krebs ist vollständig in das Krebsrahmenprogramm Österreich integriert, doch es umfasst die Aufstockung der Mittel für die Krebsforschung, die Verbesserung der nationalen Statistik und Verbesserungen beim Zugang und bei den Wartezeiten für Betroffene, insbesondere bei pädiatrischen Krebserkrankungen (Tabelle 1).

Das Krebsrahmenprogramm Österreich steht nicht im unmittelbaren Einklang mit Europas Plan gegen den Krebs

Säulen von Europas Plan gegen den Krebs				Querschnittsthemen von Europas Plan gegen den Krebs		
Prävention	Früherkennung	Diagnose und Behandlung	Lebensqualität	Ungleichheiten in Bezug auf Krebs	Krebskrankheiten im Kindesalter	Forschung und Innovation
●	●	●	●	●	●	●

Anmerkungen: Blau: Das Krebsrahmenprogramm Österreich enthält einen eigenen Abschnitt zu diesem Thema. Orange: Das Thema wird in einem Abschnitt des Programms behandelt, bildet jedoch nicht den alleinigen Schwerpunkt. Rosa: Dieses Thema ist im Krebsrahmenprogramm Österreich nicht enthalten.

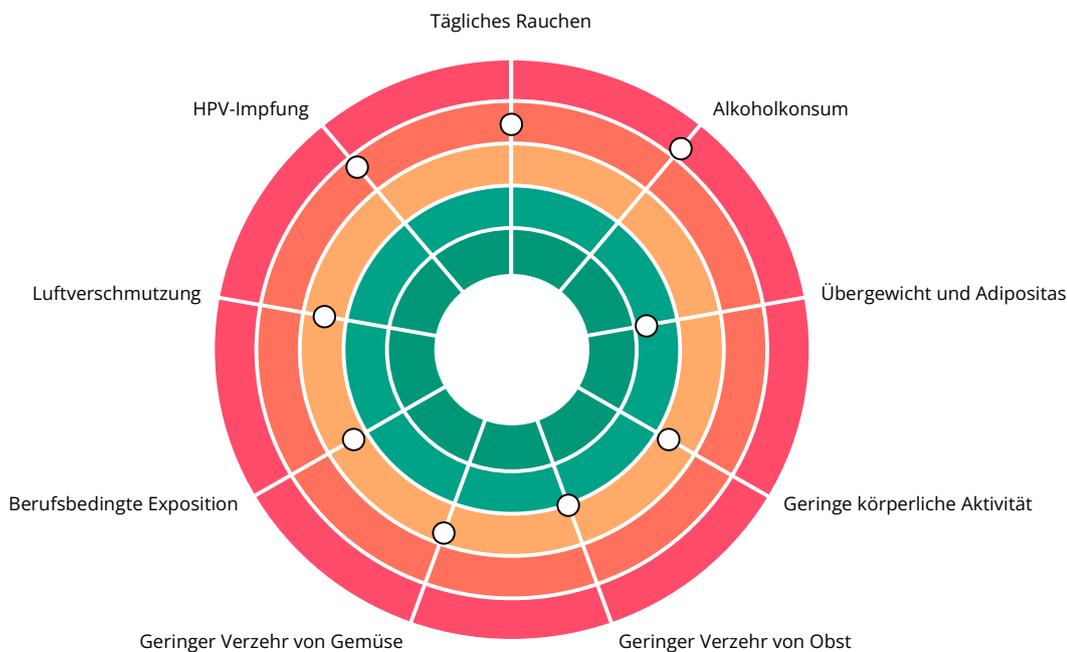
Quelle: Übernommen aus „Study on mapping and evaluating the implementation of Europe’s Beating Cancer Plan“ (noch nicht veröffentlicht).

3. Risikofaktoren und Präventionsstrategien

Etwa 40 % der Krebsfälle weltweit werden auf bekannte Krebsrisikofaktoren zurückgeführt, und Österreich könnte seine Krebsbelastung durch eine stärkere Fokussierung auf die wichtigsten veränderbaren Risikofaktoren verringern (Abbildung 6). Das Land hat den Anteil der Präventionsausgaben an seinen gesamten Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren erhöht, von 2 % im Jahr 2019 auf 7 % im Jahr 2022.⁶ Dennoch schneidet es bezüglich des Rauchens bei Erwachsenen (21 % im

Vergleich zum EU-Durchschnitt von 18 %), dem Alkoholkonsum (12 Liter pro Kopf im Vergleich zum EU-Durchschnitt von 10 Litern pro Kopf) und den Impfquoten gegen das Humane Papillomavirus (HPV) (53 % gegenüber dem EU-Durchschnitt von 64 %) schlecht ab. Die größten Erfolge hat Österreich bei den Übergewichtsraten zu verzeichnen; etwas über die Hälfte der Bevölkerung ist übergewichtig (53 %), was nur geringfügig über dem EU-Durchschnitt von 51 % liegt.

Abbildung 6: Österreich hat im Vergleich zu anderen EU-Ländern eine hohe Prävalenz des Rauchens und des Alkoholkonsums



Anmerkungen: Je näher ein Punkt am Mittelpunkt liegt, 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. Luftverschmutzung wird als Feinstaub mit einem Durchmesser von weniger als 2,5 Mikrometern (PM_{2,5}) gemessen.

Quellen: OECD-Berechnungen auf der Grundlage der EU-SILC-Erhebung 2022 zu Übergewicht, Adipositas, Bewegung und Obst- und Gemüseverzehr (bei Erwachsenen); Eurofound-Erhebung zur berufsbedingten Exposition; OECD-Gesundheitsstatistik zu Rauchen, Alkoholkonsum (bei Erwachsenen) und Luftverschmutzung; WHO zur HPV-Impfung (15-jährige Mädchen).

Österreich hat integrierte Strategien zur Krebsprävention umgesetzt

Das „Krebsrahmenprogramm Österreich“ umfasst verschiedene Strategien zur Verringerung der

Krebsinzidenz durch Früherkennung, Impfungen und Änderung des Lebensstils. Impfprogramme spielen eine wichtige Rolle bei der Verringerung von HPV-assoziierten bösartigen Tumoren wie Gebärmutterhalskrebs. Die Ausweitung der

⁶ Präventionsausgaben, die in Gesundheitskonten verzeichnet werden, sollten Aktivitäten außerhalb der nationalen Programme umfassen (z. B. opportunistisches Krebs-Screening oder Beratung für die Raucherentwöhnung bei routinemäßigen Arztbesuchen), jedoch haben die Länder in der Praxis unter Umständen Schwierigkeiten mit der Ermittlung der Präventionsausgaben außerhalb solcher Programme.

kostenlosen HPV-Impfung bis zum 30. Geburtstag im Juli 2024 war ein wesentlicher Teil dieser Bemühungen im Einklang mit den Zielen der EU und der WHO, Gebärmutterhalskrebs bis 2030 durch groß angelegtes Impfen zu beseitigen (Krebshilfe und OeGHO, 2023).

Der Krebsrahmenprogramm enthält spezifische Präventionsmaßnahmen, die mit dem übergreifenden Rahmen in Einklang stehen. Dazu gehören die Förderung einer gesunden Lebensweise zur Verringerung des Tabak- und Alkoholkonsums, einer gesunden Ernährung und der körperlichen Aktivität, die allesamt für die Verringerung des Krebsrisikos von entscheidender Bedeutung sind. Darüber hinaus zielen Sensibilisierungs- und Aufklärungskampagnen darauf ab, Verhaltensweisen zu ändern, die das Krebsrisiko erhöhen, wie Rauchen, schlechte Ernährung und Bewegungsmangel. Auch bieten mehrere Online-Gesundheitsportale umfassende Informationen zu den Themen Krebsprävention, Behandlungsmöglichkeiten, Lebensweise und Unterstützungsdienste.

Bemühungen zur Verringerung des Tabakkonsums in Österreich zeigen Erfolge, stoßen aber auf Schwierigkeiten

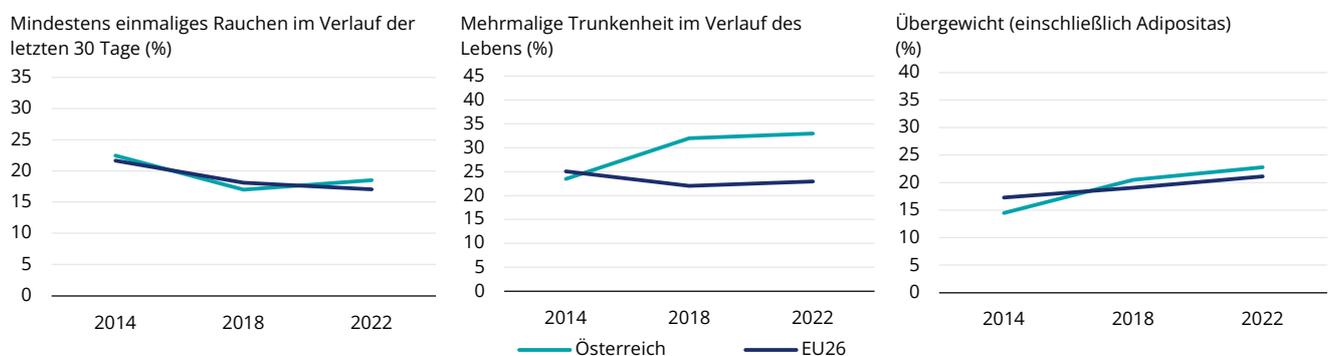
Die Rate der täglich Rauchenden ist in Österreich zwischen 2014 und 2019 von 24 % auf 21 % gesunken, was einen erheblichen Fortschritt darstellt. Dieser Wert liegt jedoch immer noch über dem jüngsten EU-Durchschnitt von 18 %. Die Raten sind bei Männern höher als bei Frauen (24 % gegenüber 18 %). Obwohl der Anteil Rauchender bei Jugendlichen zwischen 2014 und 2022 von 23 % auf 19 % zurückgegangen sind, liegt er über dem EU-Durchschnitt von 17 % (Abbildung 7). Es gibt auch sozioökonomische Unterschiede beim Rauchen; so gibt ein höherer Anteil von Kindern

im Schulalter mit niedrigerem Familienwohlstand (nach der Family Affluence Scale) an, in den letzten 30 Tagen geraucht zu haben.

Österreich belegt auf der „Tobacco Control Scale“, mit der die Umsetzung gesetzlicher Tabakkontrolle auf Ebene von Nationalstaaten gemessen wird, den 26. von 37 Plätzen (Joossens, 2022). Österreich hat die Tabakwerbung zwar in Rundfunk und Fernsehen sowie im Kino, im Freien und in Verkaufsstellen verboten, beschränkt aber weder Internetwerbung noch indirekte Werbung. Österreich hat den so genannten Goldstandard der Einheitsverpackung noch nicht übernommen, und obwohl die umfassenden gesetzlichen Rauchverbote von 2019 eine bedeutende positive Entwicklung darstellen, müssen die Maßnahmen zur Tabakkontrolle in Bereichen wie Tabakbesteuerung und Einflussnahme durch die Industrie noch verbessert werden. Darüber hinaus könnte das Land die Erstattung für Raucherentwöhnungsdienste erhöhen und die Primärversorgungsmaßnahmen rund um die Raucherentwöhnung verstärken.

Doch auch wenn die Zahlen der traditionell Rauchenden zurückgehen, stellt die zunehmende Beliebtheit von E-Zigaretten bei jungen Menschen eine neue Herausforderung dar. Im Jahr 2022 hatten 21 % der 15-Jährigen in Österreich in den letzten 30 Tagen mindestens einmal E-Zigaretten geraucht, was dem EU-Durchschnitt entspricht. Österreich hat eine Vorschrift erlassen, wonach die Verpackung von E-Zigaretten einen gesundheitsbezogenen Warnhinweis enthalten muss und E-Zigaretten nur an über 18-Jährige verkauft werden dürfen. Sie können rezeptfrei erworben werden, doch ihr Konsum an öffentlichen Orten unterliegt rechtlichen Einschränkungen (GSTHR, 2024).

Abbildung 7: Zwischen 2014 und 2022 stiegen die Raten von wiederholter Trunkenheit und von Übergewicht bei Jugendlichen erheblich an und lagen über dem EU-Durchschnitt



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2022 und auf Kinder im Alter von 15 Jahren. Quelle: Erhebung zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern.

Alkoholkonsum der österreichischen Bevölkerung liegt über dem EU-Durchschnitt

Den Daten für 2022 zufolge liegt die Prävalenz des Alkoholkonsums in Österreich bei 12 Litern pro Kopf; dies ist einer der höchsten Werte in der EU. Mit Besorgnis ist festzustellen, dass die Rate des wiederholten Rauschtrinkens bei Jugendlichen zwischen 2014 und 2022 – entgegen dem EU-weiten Trend – um zehn Prozentpunkte angestiegen ist. Im Jahr 2022 ist etwa jeder dritte 15-Jährige in Österreich häufiger als einmal im Leben betrunken gewesen, wobei der EU-Durchschnitt bei 23 % liegt.

Im Bereich der öffentlichen Gesundheit wurden Initiativen zur Senkung des Alkoholkonsums durchgeführt, z. B. Beschränkungen des Verkaufs von Alkohol, partielle Regelungen für die Werbung im öffentlich-rechtlichen Fernsehen und Mindestaltersgrenzen für den Kauf von Alkohol (mit regionalen Unterschieden von 16 bis 18 Jahre). Gemäß den Kategorien der Globalen Strategie der WHO zur Reduktion schädlichen Alkoholkonsums gehört Österreich zu den acht Ländern, in denen die wenigsten Maßnahmen umgesetzt wurden (OECD, 2024a).

Übergewichtsraten bei Jugendlichen und Erwachsenen steigen, wobei Unterschiede im Hinblick auf den Bildungsstand bestehen

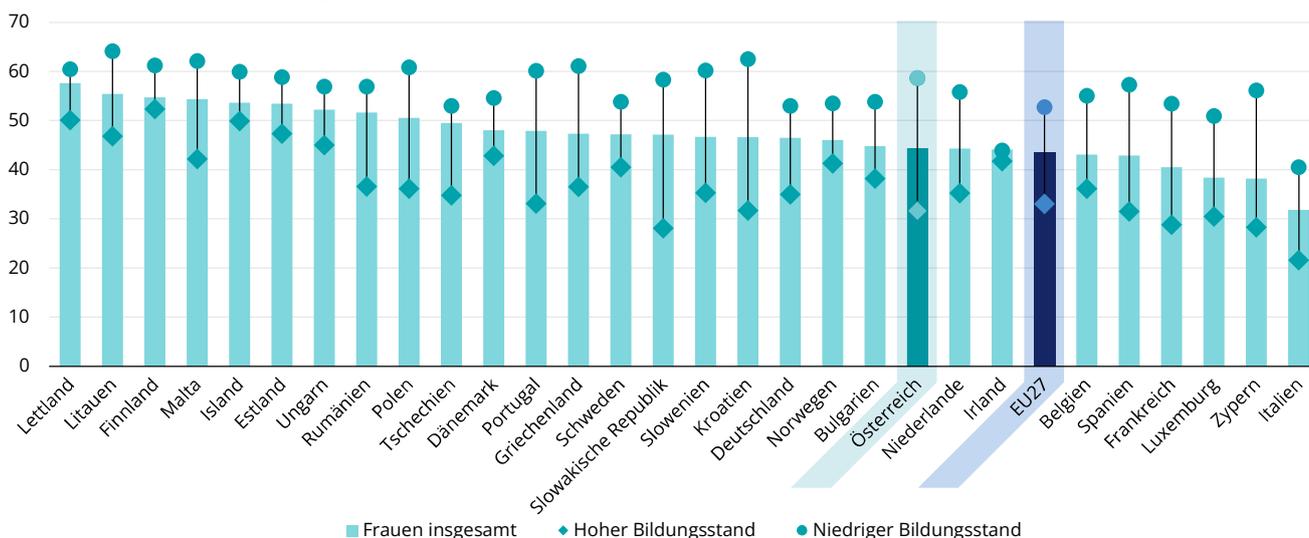
Österreich verzeichnet einen Anstieg der Übergewichts- und Adipositasraten. Unter

erwachsenen Frauen lag die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Jahr 2022 bei 44 %, was dem EU-Durchschnitt entspricht (Abbildung 8). Die Unterschiede im Hinblick auf den Bildungsstand waren groß: 59 % der österreichischen Frauen mit niedrigerem Bildungsstand waren übergewichtig, bei den Frauen mit höherem Bildungsstand waren es nur 32 %; dies entspricht einem Unterschied von 27 Prozentpunkten gegenüber dem Unterschied von 20 Prozentpunkten in der EU insgesamt. Die Übergewichtsraten sind zwischen 2017 und 2022 bei Frauen aller Bildungsniveaus gestiegen, während sie in der Gesamt-EU geringfügig rückläufig waren. Bei den Männern lag die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Jahr 2022 bei 61 % und damit etwas über dem EU-Durchschnitt von 60 %. Dies stellt einen Anstieg seit 2017 dar, als die Rate noch bei 59 % lag, während der EU-Durchschnitt im selben Zeitraum stabil geblieben ist.

Übergewicht und Adipositas sind auch eine Folge von schlechter Ernährung. Im Jahr 2022 aßen 44 % der österreichischen Erwachsenen Obst und 45 % Gemüse seltener als einmal täglich (gegenüber 39 % bzw. 40 % in der EU).

Abbildung 8: Prävalenz von Übergewicht bei erwachsenen Frauen lag über dem EU-Durchschnitt, wobei Frauen mit niedrigerem Bildungsstand höhere Raten aufwiesen

% der Frauen ab 18 Jahren mit Übergewicht (einschließlich Adipositas), 2022



Anmerkung: Als Übergewicht (einschließlich Adipositas) gilt ein BMI von über 25.
Quelle: Eurostat-Datenbank.

Im Zeitraum 2014-2022 stieg die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei 15-Jährigen in Österreich um acht Prozentpunkte, womit die Rate im Jahr 2022 etwa zwei Prozentpunkte über dem EU-Durchschnitt lag. Bei den österreichischen Jugendlichen wurden jedoch positive Veränderungen der Ernährungsgewohnheiten beobachtet. Zwischen 2014 und 2022 stieg der tägliche Obstverzehr um vier Prozentpunkte und der tägliche Gemüseverzehr um neun Prozentpunkte, was auf wirksame Initiativen im Bereich der öffentlichen Gesundheit hindeutet. Im Jahr 2022 betrug die Prävalenz des täglichen Obstverzehrs bei den 15-Jährigen 38 % und lag damit acht Prozentpunkte über dem EU-Durchschnitt.

Österreich hat mit Maßnahmen zur Begrenzung bestimmter Nährstoffe in Lebensmitteln mäßige Erfolge erzielt, doch müssen die nationalen Normen für die Nährwertkennzeichnung, die gesetzliche Einschränkung von mit Zucker gesüßten Getränken in Schulen und die Verfügbarkeit von Lebensmitteln in der Nähe von Schulen verbessert werden. Unzureichende Ernährungsleitlinien und ein Mangel an Kampagnen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit sind weitere Defizite (WCRF International, 2023a).

Österreich hat zwar eine Strategie gegen Adipositas bei Erwachsenen entwickelt, es fehlt jedoch eine Strategie, die sich speziell gegen Adipositas im Kindesalter richtet, was die Notwendigkeit eines umfassenderen Ansatzes verdeutlicht. In Bereichen wie finanziellen Anreizen für gesündere Lebensmittel, gesundheitsbezogene Lebensmittelsteuern, Vermarktungsvorschriften bezogen auf junge Menschen und Ernährungsberatung im Gesundheitswesen müssten verstärkt Maßnahmen getroffen werden, um dem zunehmenden Trend von Übergewicht und Adipositas über sämtliche Altersgruppen und Bildungsniveaus hinweg entgegenzuwirken.

Tägliche körperliche Aktivität österreichischer Jugendlicher gestiegen, Raten bei den Erwachsenen entsprechen dem EU-Durchschnitt

Von den Erwachsenen in Österreich geben 69 % an, sich weniger als dreimal pro Woche körperlich zu betätigen, was dem EU-Durchschnitt entspricht. Dieser Prozentsatz ist in Österreich bei Personen mit höherem Bildungsstand geringer (65 %) als bei solchen mit niedrigerem Bildungsstand (77 %) – ein Trend, der auch in anderen EU-Ländern zu beobachten ist. Österreich liegt bezüglich des Bevölkerungsanteils, der die empfohlene körperliche Aktivität pro Woche unterschreitet, in

der unteren Hälfte der EU-Länder. Zwar wurde bei der täglichen körperlichen Aktivität der 15-Jährigen im Zeitraum 2014-2022 ein Anstieg um vier Prozentpunkte verzeichnet, jedoch war die Rate im Jahr 2022 (mit 15 %, was dem EU-Durchschnitt entspricht) immer noch besorgniserregend niedrig.

In Österreich gibt es in mäßigem Umfang Initiativen zur Bewegungsförderung in Schulen, Gemeinden, Freizeiteinrichtungen und am Arbeitsplatz sowie öffentliche Informationen zur Förderung von Verhaltensänderungen (WCRF International, 2023b). Defizite gibt es jedoch bei Strategien im Hinblick auf das unmittelbare Lebens- und Arbeitsumfeld der Menschen, wie z. B. Leitlinien für aktives Design in Frei- und Grünräumen und in der Verkehrsinfrastruktur, sowie bei Schulungen von Gesundheitspersonal zur Förderung körperlicher Aktivität und Bereitstellung entsprechender ambulanter Dienstleistungen.

Um Übergewicht, Adipositas und Bewegungsmangel zu bekämpfen, hat Österreich die Bewegungsempfehlungen des „Fonds Gesundes Österreich“ aus dem Jahr 2020 umgesetzt. Diese zielen darauf ab, die regelmäßige körperliche Betätigung in allen Altersgruppen, nämlich bei Kindern, Erwachsenen, älteren Erwachsenen und Schwangeren, zu fördern, unabhängig von Körper-, Sinnes- oder Mentalbehinderungen. In den Empfehlungen wird betont, wie wichtig es ist, sitzendes Verhalten zu verringern, vielfältige körperliche Aktivitäten auszuüben, um Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Gleichgewicht zu verbessern, und Menschen mit chronischen Erkrankungen spezifische Empfehlungen zu geben, wie sie ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden insgesamt verbessern können.

Österreich bemüht sich mit unterschiedlichen Maßnahmen darum, seine relativ niedrigen HPV-Impfquoten zu erhöhen

Österreich bietet im Rahmen eines umfassenden Programms kostenlose HPV-Impfungen ab neun Jahren für alle Geschlechter an, und dieses Programm ist auf alle Menschen bis 21 Jahre ausgeweitet worden. Vom 1. Juli 2024 bis zum 31. Dezember 2025 werden auch Personen im Alter von 21 bis 29 Jahren Anspruch auf kostenlose HPV-Impfungen haben. Das Programm umfasst öffentliche Aufklärungskampagnen zur Sensibilisierung für die Impfung gegen HPV und schreibt die Registrierung im elektronischen Impfpass vor. Neben den Schulen stehen HPV-Impfungen durch registrierte Ärzt:innen in öffentlichen Impfzentren in den Bundesländern und während des Wehrdienstes zur Verfügung. Dennoch gehört Österreich mit

seiner HPV-Impfquote zu den Ländern im unteren Drittel, und die Impfquoten reichen nach wie vor für eine Herdenimmunität nicht aus (Waser, Heiss und Borena, 2022). Im Jahr 2021 hatten rund 53 % der 15-jährigen Jungen und Mädchen in Österreich beide Dosen des HPV-Impfstoffs erhalten.

Die Hepatitis-B-Durchimpfungsquote der Einjährigen ist in Österreich mit 84 % hoch, doch ist dies die EU-weit niedrigste Quote; der EU-Durchschnitt liegt bei 92 %. Darüber hinaus wurden weniger als 50 % der Personen, die sich Drogen injizieren – eine der am stärksten gefährdeten Gruppen – gegen Hepatitis B geimpft (ECDC, 2022).

Exposition gegenüber Umweltbelastungen wird mit Initiativen angegangen

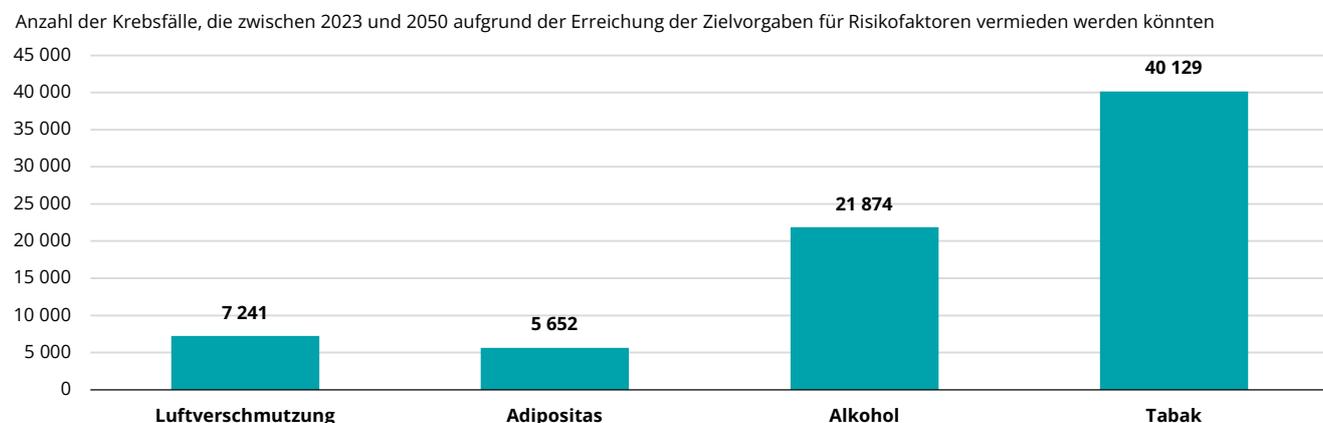
Im Jahr 2020 lagen die PM_{2,5}-Feinstaubwerte in Österreich bei 11 µg/m³ – ähnlich wie im EU-Durchschnitt. Dennoch waren 2021 in Österreich schätzungsweise 36 Todesfälle pro 100 000 Einwohner auf die Exposition gegenüber PM_{2,5}-Feinstaub zurückzuführen. Das Land bemüht sich, die Verschmutzung durch den Straßenverkehr zu verringern, um eine Verbesserung der Luftqualität herbeizuführen. Es gibt staatliche

Programme zur Förderung der aktiven Mobilität auf dem Schul- und Arbeitsweg sowie Zeittickets für den öffentlichen Nahverkehr, die für die meisten Verkehrsmittel gelten. Ein knappes Viertel der österreichischen Erwachsenen gibt an, am Arbeitsplatz Chemikalien oder schädlichen Stoffen ausgesetzt zu sein; dieser Wert liegt nur geringfügig unter dem EU-Durchschnitt.

Erreichung der Zielvorgaben für Krebsrisikofaktoren würde viele neue Krebsfälle in Österreich verhindern

Gemäß der Modellierung der OECD zur strategischen Planung der öffentlichen Gesundheit („Strategic Public Health Planning“, SPHeP) könnten durch die Erreichung der Ziele zur Reduzierung des Tabakkonsums zwischen 2023 und 2050 in Österreich 40 129 neue Krebserkrankungen verhindert werden (Abbildung 9). Ebenso könnten durch die Erreichung der Ziele zur Reduzierung des Alkoholkonsums im selben Zeitraum 21 874 neue Krebserkrankungen vermieden werden. Weitere 7 241 Fälle könnten durch die Erreichung der Ziele zur Reduzierung der Umweltverschmutzung und 5 652 Fälle durch die Erreichung der Ziele zur Reduzierung von Adipositas verhindert werden.

Abbildung 9: Österreich könnte bis 2050 mehr als 40 000 neue Krebserkrankungen verhindern, wenn es die Ziele zur Verringerung des Tabakkonsums erreicht



Anmerkungen: Das Ziel in Bezug auf Tabak sieht vor, dass der Tabakkonsum zwischen 2010 und 2025 um 30 % reduziert wird und dass im Jahr 2040 weniger als 5 % der Bevölkerung Tabak konsumieren. Bei Alkohol ist die Zielvorgabe eine Reduzierung sowohl des Alkoholkonsums und als auch von Alkoholexzessen (sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einem einzelnen Anlass für Erwachsene) um jeweils 20 % zwischen 2010 und 2030. Hinsichtlich der Luftverschmutzung müsste ein jährlicher PM_{2,5}-Feinstaubdurchschnittswert von maximal 10 µg/m³ bis 2030 und von maximal 5 µg/m³ bis 2050 erreicht werden. In Bezug auf Adipositas besteht das Ziel darin, die Zahlen bis 2025 auf das Niveau von 2010 zu senken.

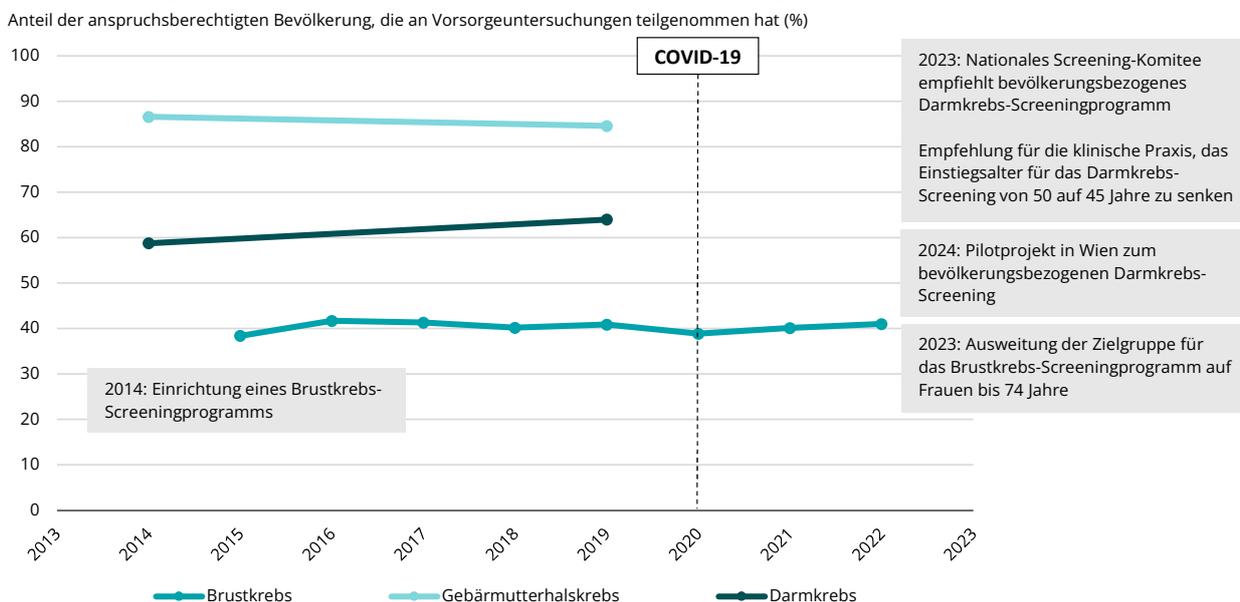
Quelle: OECD (2024), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, DOI: <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

4. Früherkennung

Schlüsselkomponenten des „Krebsrahmenprogramms Österreich“ sind Früherkennungs- und Screeningprogramme, die sich auf Brust-, Gebärmutterhals- und Darmkrebs konzentrieren (Abbildung 10). Regelmäßige Vorsorgen werden gefördert, um Krebserkrankungen in einem frühen, besser behandelbaren Stadium zu entdecken. Um diese Ziele zu unterstützen, wurde 2021 das Nationale Screening-Komitee auf Krebserkrankungen ins Leben gerufen.

Diesem unabhängigen Expertengremium gehören Fachleute aus verschiedenen Bereichen (öffentliche Gesundheit, Epidemiologie, Onkologie, Pathologie, Gesundheitsökonomie, Recht, Ethik und Patientenvertretungen) an, die die Entwicklung, Umsetzung und Verbesserung nationaler, evidenzbasierter und qualitätsgesicherter Krebsvorsorgeprogramme überwachen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022).

Abbildung 10: Auf eigenen Angaben beruhende Daten verweisen auf hohe Quoten bei der Gebärmutterhals- und Darmkrebsvorsorge, aber da kein bevölkerungsbezogenes Screening stattfindet, liegen auch keine Daten aus entsprechenden Programmen vor



Anmerkungen: Die Teilnahmequoten für die drei Krebsvorsorgeprogramme basieren auf Mammografie-Screening bei Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren in den letzten zwei Jahren, Gebärmutterhalskrebsvorsorge bei Frauen im Alter von 20 bis 69 Jahren in den letzten drei Jahren und Darmkrebsvorsorge bei der Bevölkerung im Alter von 50 bis 74 Jahren in den letzten drei Jahren. Für Brustkrebs Programmdaten angegeben. Da Österreich nicht über bevölkerungsbezogene Screeningprogramme für Gebärmutterhals- oder Darmkrebs verfügt, sind zu diesen Krebsarten Umfragedaten angegeben.
Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2024.

Die Zielaltersgruppe für das Brustkrebs-Screeningprogramm wurde erweitert, unter Beibehaltung der Opt-in-Optionen

Das 2014 eingeführte österreichische Brustkrebs-Screeningprogramm richtet sich an Frauen im Alter von 45 bis 74 Jahren. Im Juni 2023 wurde die Zielgruppe auf Frauen bis 74 Jahre ausgeweitet. Frauen im Alter von 40 bis 44 Jahren und Frauen über 74 Jahre werden nicht angeschrieben, können sich aber telefonisch oder online anmelden. Österreich gehört zu den EU-Ländern mit der größten Kernzielgruppe für das

Brustkrebs-Screening, und die jüngste Änderung des Programms steht im Einklang mit der Altersspanne, die in der aktualisierten Empfehlung des Rates zur Krebsfrüherkennung von 2022 vorgeschlagen wurde. Das Brustkrebs-Screening wird in Österreich regional durchgeführt und von speziellen Stellen koordiniert, die versicherte Frauen einladen, wobei diese in den teilnehmenden Radiologiezentren Termine vereinbaren können, ohne dass eine Überweisung erforderlich ist. Frauen ohne Versicherung können eine Einladung beantragen.

Die Teilnahmequote an diesem Programm ist im Laufe der Jahre relativ stabil geblieben (und im Vergleich zu anderen EU-Ländern relativ niedrig) und lag 2022 bei 41 %. Durch die COVID-19-Pandemie wurde das österreichische Brustkrebs-Screeningprogramm zwar unterbrochen, doch danach haben sich die Teilnahmequoten wieder stabilisiert (Kasten 2).

Im Jahr 2023 wurde die Kostenerstattung für Allgemeinmediziner:innen und Gynäkolog:innen eingeführt, die Frauen im Rahmen des Brustkrebs-Screeningprogramms beraten und Risikobewertungen durchführen.

Kasten 2: Die COVID-19-Pandemie beeinträchtigte das österreichische Brustkrebs-Screeningprogramm, doch die Teilnahme hat sich wieder stabilisiert

In einem Evaluierungsbericht über das österreichische Brustkrebs-Screeningprogramm wurde dessen Leistung in den Jahren 2020 und 2021 analysiert, wobei auf die Auswirkungen von COVID-19 hingewiesen wurde. In diesem Zeitraum nahmen 614 835 Frauen im Alter von 45 bis 69 Jahren teil, was einem Anteil von 40 % der anspruchsberechtigten Frauen entsprach. Die COVID-19-Pandemie verursachte 2020 einen Rückgang der Teilnahme um 13 %, doch 2021 stieg die Inanspruchnahme wieder um 22 % an, wengleich die Teilnahme im Vergleich zu 2018/2019 insgesamt leicht gesunken war, nämlich um 1 %. Im Jahr 2022 nahmen nur rund 300 000 Frauen an dem Programm teil, was auf das Zweijahres-Intervall und die Auswirkungen der Pandemie zurückzuführen ist. Die Zahl der entdeckten Tumore, die mit hoher Wahrscheinlichkeit bösartig waren, ging 2020 um 10 % zurück, stieg 2021 um 18 % an und stabilisierte sich 2022. In dem Bericht wird empfohlen, die Kommunikationsstrategien zu verbessern und Ärzt:innen des Vertrauens zu mobilisieren, um die Teilnahme zu erhöhen.

Quelle: Gollmer, Link und Weißenhofer (2023).

Österreich verfügt zwar nicht über ein bevölkerungsbezogenes Screeningprogramm für Gebärmutterhalskrebs, hat aber hohe auf eigenen Angaben beruhende Vorsorgequoten

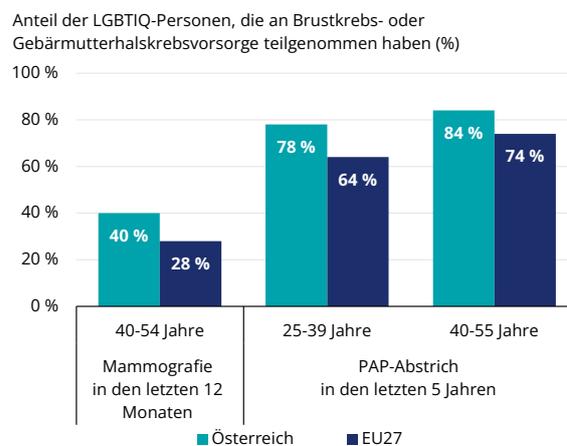
Österreich verfügt nicht über ein bevölkerungsbezogenes Screeningprogramm für Gebärmutterhalskrebs, sodass es keine Programmdaten zu den entsprechenden Vorsorgequoten gibt. Die auf eigenen Angaben beruhenden Screeningquoten für Gebärmutterhalskrebs gehören jedoch zu den höchsten in der EU. Im Jahr 2019 wurden 85 % der anspruchsberechtigten Frauen im Alter von 20 bis 69 Jahren untersucht, gegenüber 82 % im Jahr 2006. Allerdings lag die geschätzte Fünf-Jahres-Überlebensrate bei Frauen mit einer Gebärmutterhalskrebsdiagnose im Zeitraum 2014-2018 mit 66 % auf einem ähnlichen Niveau wie bei Frauen, die 1994-1998 eine solche Diagnose erhalten hatten (siehe Abschnitt 5.2). Um die Ergebnisse zu verbessern, könnte Österreich ein qualitätsgesichertes und DNA-gestütztes nationales HPV-Screeningprogramm umsetzen.

LGBTIQ-Personen in Österreich nehmen in höherem Maße an Vorsorgeuntersuchungen für Brust- und Gebärmutterhalskrebs teil als LGBTIQ-Personen in der EU insgesamt

Laut der EU-weiten LGBTIQ-Umfrage III ist die Teilnahme von LGBTIQ-Personen an Krebsvorsorgeuntersuchungen in Österreich höher als in anderen EU-Ländern (Abbildung 11). Bei der Brustkrebsvorsorge gaben 40 % der cisgeschlechtlichen LGBTIQ-Frauen, Trans-Frauen und intersexuellen Personen im Alter von

40 bis 54 Jahren in Österreich an, sich in den vorangegangenen zwölf Monaten einer Mammografie unterzogen zu haben, was deutlich über dem EU-Durchschnitt von 28 % liegt. Bei der Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs gaben 78 % der relevanten LGBTIQ-Bevölkerung im Alter von 25 bis 39 Jahren in Österreich an, sich in den vorangegangenen fünf Jahren einem Abstrich unterzogen zu haben (höher als der EU-weite Prozentsatz von 64 %), während es bei den 40- bis 55-Jährigen im Land 84 % waren (höher als der EU-weite Wert von 74 %).

Abbildung 11: Bei LGBTIQ-Personen ist die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen höher als im EU-Durchschnitt



Anmerkung: Die Ergebnisse der LGBTIQ-Erhebung beziehen sich auf Altersgruppen und/oder Screening-Intervalle, die nicht mit dem Screening-Ansatz für die Bevölkerung in den EU-Ländern übereinstimmen, und sollten daher nicht verglichen werden. Quellen: Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (LGBTIQ-Erhebung III der EU).

Österreich hat die Leitlinien für die Darmkrebsvorsorge erweitert und dabei eine Aktualisierung der Verfahren und eine landesweite Abdeckung in den Blick genommen

Im Jahr 2023 empfahl das Nationale Screening-Komitee Österreichs, ein bevölkerungsbezogenes Darmkrebs-Screeningprogramm mittels Darmspiegelung oder immunchemischer Stuhltests durchzuführen, das jedoch noch nicht realisiert wurde. Derzeit gibt es nur eine opportunistische Darmkrebsvorsorge. Im Januar 2023 wurde dafür das Mindestalter auf 45 Jahre gesenkt, sodass die Altersspanne der Zielgruppe nun bei 45-75 Jahren liegt. Das Screening erfolgt entweder mit einer Darmspiegelung alle zehn Jahre oder mit einem immunchemischen Stuhltest alle zwei Jahre, auf den eine Darmspiegelung folgt, falls er positiv ausfällt. Es gibt jedoch keine einheitliche landesweite Abdeckung für immunchemische Stuhltests, deren Verfügbarkeit je nach Region und Einrichtung unterschiedlich ist. Selbst ohne ein bevölkerungsbezogenes Screeningprogramm zeigt die Darmkrebsvorsorge in Österreich positive Trends, wobei die auf eigenen Angaben beruhenden Teilnahmequoten zwischen 2014 und 2019 von 59 % auf 64 % gestiegen sind und zu den höchsten in der EU gehören.

Genetische Beratungen und Tests in Bezug auf erblich bedingte Krebserkrankungen sind verfügbar

In Österreich werden in sechs Zentren für Medizinische Genetik (Graz, Innsbruck, Salzburg, Linz, Hanusch-Krankenhaus Wien und Medizinische Universität Wien) genetische Beratungen und Tests in Bezug auf erblich bedingte Krebserkrankungen angeboten. Eine genetische Beratung wird auch außerhalb dieser sechs Zentren angeboten, z. B. in gynäkologischen Praxen, die eng mit den Zentren zusammenarbeiten. Durch die Beratung soll ermittelt werden, ob Gentests angezeigt sind und in welchem Umfang eine weiterführende Diagnostik erforderlich ist. Außerdem werden die Ergebnisse der Gentests entsprechend den Vorgaben des österreichischen Gentechnikgesetzes den Patient:innen erläutert.

Neben einer Beratung werden Gentests für Personen empfohlen, in deren Familienanamnese Krebs, mehrfache Tumoren oder auch Krebserkrankungen in jungen Jahren aufgetreten sind. Im Mittelpunkt steht dabei der Nachweis von Keimbahnmutationen in Suppressor-Genen wie BRCA1 und BRCA2, die das Risiko von Brust-, Eierstock-, Prostata- und Bauchspeicheldrüsenkrebs erheblich erhöhen. Prädiktive Tests werden für Betroffene kostenlos durchgeführt, abgedeckt

ist jedoch nur erblich bedingter Brust- und Eierstockkrebs.

Wenn Gentests für diagnostische Zwecke als notwendig erachtet werden, werden die Kosten von der Krankenversicherung oder der anfordernden medizinischen Einrichtung übernommen. Die Abrechnungsmodalitäten für genetische Diagnostik unterscheiden sich jedoch von Bundesland zu Bundesland, daher bedarf es anerkanntermaßen einer Harmonisierung der Vergütung genetischer Leistungen, damit österreichweit eine hohe Qualität bei den Untersuchungen und Beratungen erhalten wird (Krebshilfe und OeGHO, 2023).

Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen ist je nach Geschlecht, sozioökonomischem Hintergrund und regionalen Merkmalen unterschiedlich

Laut den Daten der Europäischen Gesundheitsumfrage von 2019 gibt es bei der Inanspruchnahme von Darmkrebsvorsorge in Österreich in der Altersgruppe der 50- bis 74-Jährigen große geschlechtsspezifische Unterschiede. In Österreich nahmen 52 % der Männer und 62 % der Frauen im Alter von 50 bis 74 Jahren an Vorsorgeuntersuchungen teil – dies ist einer der größten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der EU. Darüber hinaus weist Österreich bei der Brustkrebsvorsorge einige der größten Ungleichheiten in der EU auf, mit einem Abstand von zwölf Prozentpunkten zwischen Personen mit höherem und solchen mit niedrigerem Bildungsstand.

Es bestehen auch erhebliche regionale Unterschiede bei den Mammografie-Teilnahmequoten, die 2020-2021 zwischen 12 % und 51 % lagen, was zeigt, dass für ihre Steigerung gezielte Maßnahmen erforderlich sind, wobei der Schwerpunkt auf dem Verständnis der zugrunde liegenden Ursachen liegen sollte. Sozioökonomische Faktoren wie Haushaltseinkommen und Migrationshintergrund spielen eine wichtige Rolle: In Österreich sind Frauen mit Migrationshintergrund häufig mit sprachlichen und kulturellen Hindernissen und einer potenziellen Diskriminierung im Gesundheitssystem konfrontiert, was zu niedrigeren Teilnahmequoten führt. Im Gegensatz dazu gehen ein höherer sozioökonomischer Status und eine bessere Gesundheitskompetenz mit einer höheren Teilnahme an Screeningprogrammen einher (Gollmer, Link und Weißenhofer, 2023).

Es wurden umfassende Strategien zur Verbesserung von Screening und Früherkennung umgesetzt

Österreich hat verschiedene Initiativen umgesetzt, um die Früherkennung von Krebs und die Zugänglichkeit der entsprechenden Screening- und Früherkennungsdienste zu verbessern. Dazu gehören nationale Bemühungen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit, einschließlich der Verbreitung von Informationsbroschüren, der Durchführung von Medienkampagnen und der Bereitstellung von Ressourcen auf Gesundheitssportalen, um die Öffentlichkeit über die Bedeutung der Krebsvorsorge aufzuklären. Mit diesen Bemühungen soll sichergestellt werden, dass die Menschen über die Verfügbarkeit und

den Nutzen von Krebsfrüherkennungsmethoden informiert werden.

Es werden aktiv Primärversorgungszentren einbezogen, damit diese ihren Patient:innen Krebsvorsorgeuntersuchungen empfehlen, und es wurden Schnellverfahren etabliert, um die Diagnoseprozeduren für Patient:innen mit positiven Befunden zu beschleunigen. Darüber hinaus werden Anstrengungen unternommen, um die Datenlage zu verbessern, damit Ungleichheiten bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen überwacht und beseitigt werden können, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf benachteiligten Bevölkerungsgruppen liegt (Krebshilfe und OeGHO, 2023).

5. Leistungsmerkmale der Krebsversorgung

5.1 Zugang

Das österreichische Gesundheitssystem ist sehr komplex und fragmentiert, auch wenn es einen nahezu universellen Versicherungsschutz bietet

Das österreichische Gesundheitssystem ist durch eine strukturelle und finanzielle Fragmentierung gekennzeichnet. Die Zuständigkeiten für die Verwaltung des Gesundheitssystems sind auf Bund und Länder sowie auf unternehmerische Akteure aufgeteilt. Die österreichische Sozialversicherung (SV) bietet einen nahezu universellen Versicherungsschutz: Nur etwa 0,1 % der Bevölkerung waren 2021 nicht ausreichend versichert. In Österreich erfolgt die Zuordnung zu einem Sozialversicherungsträger über den Arbeitsplatz. Der Großteil der privaten Ausgaben erfolgt in Form von Selbstzahlungen, hauptsächlich für Leistungen, die nur teilweise oder gar nicht von der SV übernommen werden, etwa Konsultationen bei Ärzt:innen ohne SV-Vertrag und Zuzahlungen. Private Versicherungen spielen nur eine geringe Rolle.

Mit umfangreichen Reformen wurde versucht, die Fragmentierung des Gesundheitssystems zu beseitigen. Im Jahr 2020 wurde die Zahl der Sozialversicherungsträger durch Zusammenlegungen von 21 auf fünf reduziert. Der größte

Träger deckt heute mehr als 80 % der Versicherten ab. Trotz einiger Schritte zur Konvergenz der Leistungen bestehen nach wie vor Unterschiede, da durch die Zusammenlegung der Rechtsrahmen für die Aushandlung von Verträgen zwischen Sozialversicherungsträgern und staatlichen Vertretungen der Gesundheitsdienstleister nicht geändert wurde.

Österreich hat eines der teuersten Gesundheitssysteme in der EU. Im Jahr 2022 beliefen sich die Gesundheitsausgaben pro Kopf (bereinigt um Kaufkraftunterschiede) auf 4 745 EUR gegenüber dem EU-Durchschnitt von 3 533 EUR. Die Gesundheitsausgaben machten 11 % des BIP aus, was in etwa dem EU-Durchschnitt entspricht (10%).

Das österreichische Gesundheitssystem ist nach wie vor krankenhauszentriert, obwohl Bemühungen unternommen wurden, den Anteil stationärer zugunsten ambulanter Behandlungen zu verringern. Die personellen Herausforderungen werden durch die hohen Kosten für neue Krebsmedikamente und -behandlungen noch verschärft. Des Weiteren erschweren geografische Diskrepanzen den Zugang, da spezialisierte Krebsbehandlungen ungleich verteilt sind; besonders benachteiligt sind ländliche Gebiete. Diese Unterschiede in der Zugänglichkeit können

zu Verzögerungen bei Diagnostik und Behandlung führen, was sich auf die Therapieergebnisse insgesamt negativ auswirkt (Krebshilfe und OeGHO, 2023).

Trotz einer insgesamt hohen Zahl an Ärzt:innen und Pflegekräften besteht in Österreich ein erheblicher Arbeitskräftemangel in der Versorgung von Krebspatient:innen

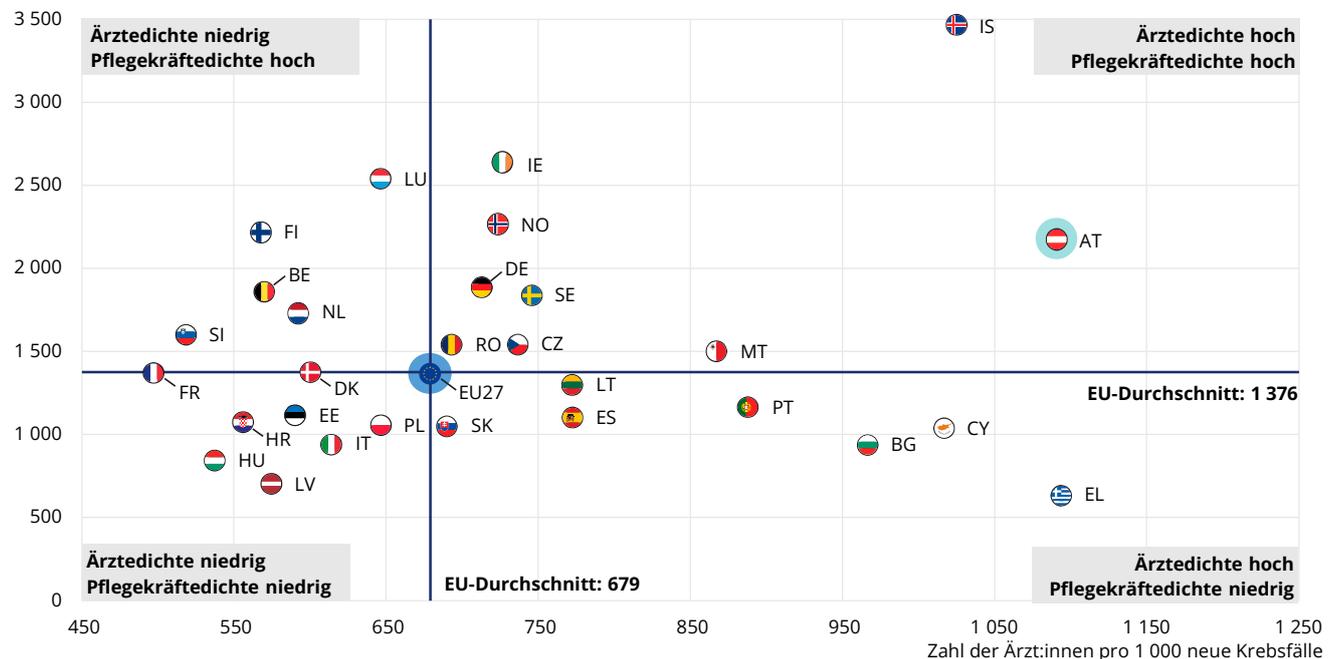
Österreich verfügt über eine beeindruckend hohe Zahl an Angehörigen der Gesundheitsberufe: 1 091 Ärzt:innen und 2 170 Pflegekräfte pro 1 000 neue Krebsfälle; dies liegt deutlich über dem EU-Durchschnitt von 679 Ärzt:innen und 1 376 Pflegekräften pro 1 000 neue Krebsfälle (Abbildung 12). Die Zahl der praktizierenden Allgemeinmediziner:innen gehört jedoch zu den niedrigsten in der EU, obwohl Österreich im Jahr 2021 EU-weit die zweithöchste Ärztedichte aufwies. Immer wieder diskutiert werden Themen wie die Ungleichgewichte zwischen Regionen und medizinischen Fachrichtungen sowie die alternde Ärzteschaft.

Darüber hinaus wurde in der OECD-Erhebung von 2023 zu den Leistungsmerkmalen der Krebsversorgung trotz dieser hohen Zahlen beim medizinischen Fachpersonal auf erhebliche Engpässe in kritischen Bereichen hingewiesen, darunter bei Allgemeinmediziner:innen, Hausärzt:innen, Strahlentherapeut:innen, Pflegekräften in der stationären Onkologie und ambulanten Pflegekräften. Diese Engpässe sind in ländlichen Regionen besonders akut, was die Herausforderung einer gerechten Versorgung von Krebspatient:innen zusätzlich verschärft. Bis 2030 werden in Österreich voraussichtlich etwa 75 000 Pflegepersonen fehlen, was die Dringlichkeit aufzeigt, Pflegekräfte zu gewinnen und zu halten (Krebshilfe und OeGHO, 2023).

Österreich weist eine hohe Dichte von Onkologiefachärzt:innen auf, die bei acht pro 100 000 Einwohnern liegt. Doch ebenso wie beispielsweise Tschechien, Ungarn und Italien berichtet auch Österreich von einer unzureichenden geografischen Verteilung von Onkolog:innen, wodurch die einheitliche Versorgung gefährdet wird.

Abbildung 12: Österreich besitzt EU-weit eine der höchsten Quoten von Ärzt:innen und Pflegekräften pro 1 000 neue Krebsfälle

Zahl der Pflegekräfte pro 1 000 neue Krebsfälle

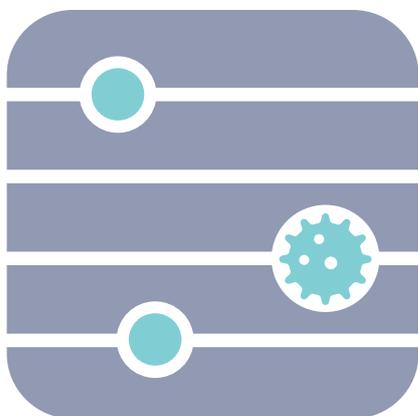


Anmerkungen: Die Daten über Pflegekräfte umfassen alle Kategorien von Pflegekräften (nicht nur diejenigen, die der EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen entsprechen). Die Daten beziehen sich auf praktizierende Pflegekräfte, außer in Portugal und der Slowakischen Republik, wo sie sich auf beruflich aktive Pflegekräfte beziehen. In Griechenland wird die Zahl der Pflegekräfte unterschätzt, da nur in Krankenhäusern tätige Pflegekräfte berücksichtigt werden. In Portugal und Griechenland beziehen sich die Daten auf alle approbierten Ärzt:innen, was zu einer großen Überschätzung der Anzahl der praktizierenden Ärzt:innen führt. Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet.
Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2024. Die Daten beziehen sich auf 2022 oder auf das letzte verfügbare Jahr.

Fachkräfte für die onkologische Pflege in Österreich stehen vor Herausforderungen

In Österreich gibt es keine offizielle Spezialisierung auf onkologische Pflege. Es werden zwar Weiterbildungskurse angeboten, allerdings mit unterschiedlichem Umfang und einer Mindestdauer von nur vier Wochen. Pflegekräfte, die diese Kurse absolvieren, werden als „Cancer Nurse“ bezeichnet. In einer Bewertung der European Oncology Nursing Society (EONS) schnitt Österreich in den Bereichen Patientensicherheit und Sicherheit am Arbeitsplatz gut ab und erreichte unter den EU-Ländern den dritten Platz (EONS, 2020). In der Bewertung wurde jedoch auch festgestellt, dass es an Lehrpersonal für Masterstudiengänge im Bereich Cancer Nursing fehlt. Österreich verfügt zwar über eine Fachgesellschaft für onkologische Pflege, und das Krebsrahmenprogramm Österreich umfasst auch die Pflege, doch besteht Raum für Verbesserungen durch eine Verstärkung der von Pflegekräften koordinierten Krebsversorgung und die Etablierung von Führungspositionen im Bereich Cancer Nursing in Onkologiezentren.

Von Expert:innen wird gefordert, die Position der Cancer Nurse im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festzuschreiben, um landesweit einheitliche Standards für eine hochwertige Versorgung zu gewährleisten, und diese Spezialisierung im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) zu verankern. Die Lehrpläne für die Ausbildung werden allerdings vom Bildungsministerium überwacht, und es bestehen nach wie vor bürokratische Hürden, um diesen Wandel zu vollziehen. Darüber hinaus wurde vorgeschlagen, durch die Etablierung von Fachkarrieren sowie eine angemessene Gehaltseinstufung die Attraktivität des Berufs zu erhöhen (Krebshilfe und OeGHO, 2023).

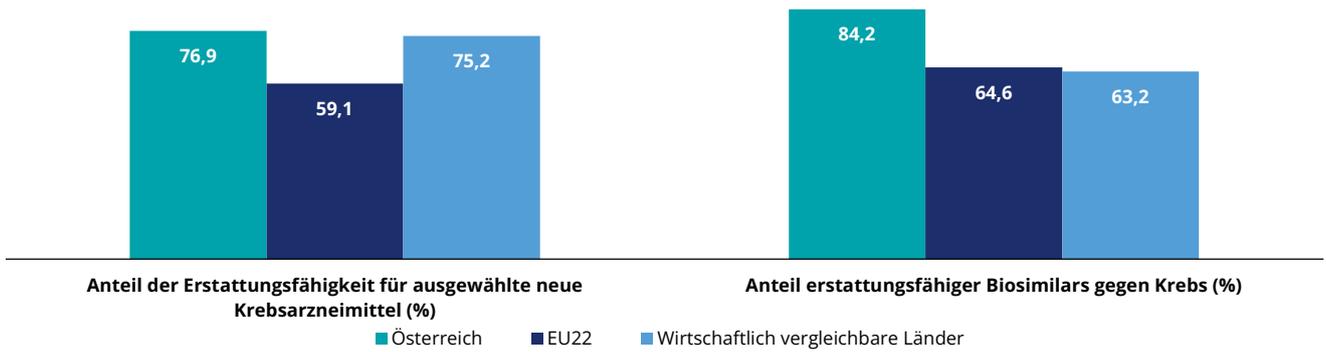


Österreich weist hohe öffentliche Erstattungen für Krebsarzneimittel und relativ kurze Zeitspannen zwischen Zulassung und Erstattung auf

Österreich ist bei den Erstattungen für Krebsarzneimittel führend: 77 % einer Auswahl von Krebsmedikamenten mit hohem klinischem Nutzen werden von öffentlicher Hand finanziert – diese Quote liegt deutlich über dem EU-Durchschnitt von 59 % und etwas höher als die Quote von 75 % in den wirtschaftlich vergleichbaren Ländern (Abbildung 13). Auch bei den Biosimilars hat Österreich mit 84 % eine hohe Erstattungsrate, die weit über dem Durchschnitt von 63 % in den wirtschaftlich vergleichbaren Ländern liegt.

Zu den hohen Erstattungssätzen für Krebsmedikamente in Österreich gesellt sich die relativ kurze Dauer von durchschnittlich 83 Tagen von der Zulassung durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) bis zur nationalen Genehmigung der Kostenerstattung hinzu; damit nimmt Österreich hier den zweiten Rang hinter Deutschland (20 Tage) ein. Allerdings bestehen bei 30 % der Indikationen neuerer Krebsarzneimittel zusätzliche Beschränkungen der anspruchsberechtigten Patientenpopulation gegenüber der EMA-Zulassung – der höchste Anteil unter den mit Österreich wirtschaftlich vergleichbaren Ländern. Zu diesen Beschränkungen gehört zum Beispiel, dass die Kosten nur für jene Patient:innen übernommen werden, die mit größter Wahrscheinlichkeit von einem neuen Arzneimittel profitieren werden, wenn dessen Wirksamkeit ungewiss ist. Damit die Arzneimittelausgaben nicht überhandnehmen, setzt Österreich auf finanzielle Vereinbarungen über den kontrollierten Markteintritt und eine bedingte Erstattung, die eine Neubewertung und Neuverhandlung der Preise im Laufe der Zeit erforderlich macht. Österreich ist auch Mitglied der Beneluxa-Initiative, eines freiwilligen kollaborativen Zusammenschlusses mit Belgien, den Niederlanden, Luxemburg und Irland zur Bewertung von Gesundheitstechnologien. Solche proaktiven Strategien tragen dazu bei, dass Patient:innen rechtzeitig Zugang zu neuen und wirksamen Krebstherapien erhalten, während gleichzeitig die Tragfähigkeit des Haushalts sichergestellt wird.

Abbildung 13: Der Anteil an Erstattungen für innovative Krebsarzneimittel und Biosimilars ist in Österreich höher als im EU-Durchschnitt und in den wirtschaftlich vergleichbaren Ländern



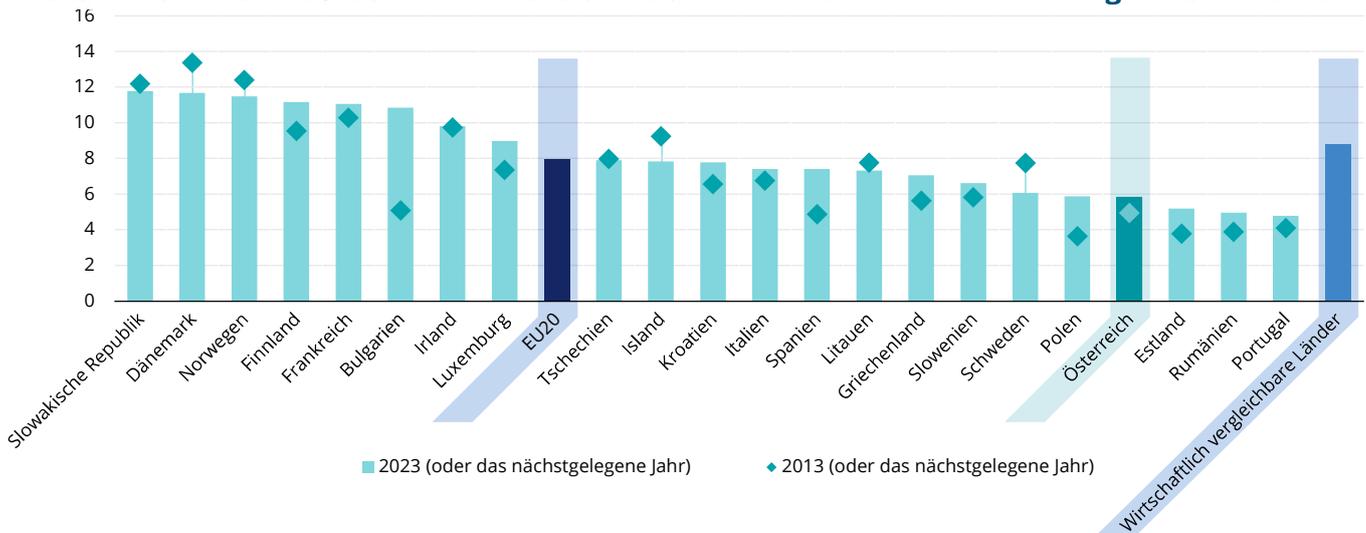
Anmerkungen: Die Analyse umfasst eine Stichprobe von 13 Indikationen von zehn neuen Krebsarzneimitteln für Brust- und Lungenkrebs mit hohem klinischem Nutzen und 19 Biosimilars von drei Krebsarzneimitteln (Bevacizumab, Rituximab, Trastuzumab), für die am 26. März 2023 eine aktive Zulassung durch die Europäische Arzneimittelagentur bestand. Die Daten entsprechen dem Anteil der Indikationen oder Biosimilars, die am 1. April 2023 auf der Liste für öffentliche Erstattungen standen. Wirtschaftlich vergleichbare Länder sind definiert als Terzil-Cluster auf der Grundlage des Pro-Kopf-BIP 2022 in Kaufkraftstandards. Für Österreich sind die wirtschaftlich vergleichbaren Länder BE, DE, DK, IE, IS, NL, NO und SE. Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet. Quelle: Hofmarcher, Berchet und Dedet (2024), „Access to oncology medicines in EU and OECD countries“, OECD Health Working Papers, Nr. 170, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/c263c014-en>.

Obwohl Österreich eine weniger gute Versorgung mit Strahlentherapieausrüstung hat als die EU, investiert es in hochwertige Diagnosegeräte

Trotz des hohen Niveaus der Erstattungen für Arzneimittel steht Österreich mit nur sechs Strahlentherapieeinheiten pro 1 000 000 Einwohner vor Herausforderungen bei der Verfügbarkeit von Bestrahlungsgeräten; dies sind 27 % weniger als der EU-Durchschnitt von acht Einheiten pro 1 000 000 Einwohner und 34 % weniger als der Durchschnitt von neun Einheiten pro

1 000 000 Einwohner in den wirtschaftlich vergleichbaren Ländern (Abbildung 14). Dieser Mangel kann sich auf den rechtzeitigen Zugang zu notwendigen Strahlentherapien auswirken, die für eine wirksame Krebsbehandlung von entscheidender Bedeutung sind. Allerdings hat Österreich seit 2012 bei den Strahlentherapiegeräten einen Anstieg um 18 % verzeichnet. Rund die Hälfte der österreichischen Strahlentherapiegeräte ist unter zehn Jahren alt, und weitere 30 % sind 10-14 Jahre alt, was in etwa dem EU-Durchschnitt entspricht.

Abbildung 14: Österreichs Bestand an Strahlentherapiegeräten pro 1 000 000 Einwohner liegt deutlich unter dem EU-Durchschnitt und dem Durchschnitt der wirtschaftlich vergleichbaren Länder



Anmerkungen: Die überwiegende Mehrheit der Strahlentherapiegeräte in den EU-Ländern findet sich in Krankenhäusern. Die Daten für Portugal und Frankreich beziehen sich nur auf Geräte in Krankenhäusern, während die Daten zu den übrigen Ländern alle Geräte umfassen. Für Österreich sind die wirtschaftlich vergleichbaren Länder DK, IE, IS, NO und SE. Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet. Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2024.

Österreich weist eine höhere Dichte fortschrittlicher diagnostischer Bildgebungsgeräte auf als der EU-Durchschnitt: 2,5 Positronen-Emissions-Tomografie-Scanner (PET-Scanner) pro 1 000 000 Einwohner (gegenüber 2,3 pro 1 000 000 Einwohner in der EU), 26 Magnetresonanztomografiegeräte (MRT-Geräte) pro 1 000 000 Einwohner (gegenüber 18 pro 1 000 000 Einwohner in der EU) und 28 Computertomografiescanner (CT-Scanner) pro 1 000 000 Einwohner (gegenüber 27 pro 1 000 000 Einwohner in der EU). Außerdem werden Anstrengungen unternommen, um die Infrastruktur zu verbessern und eine breite Verteilung von Diagnosegeräten – insbesondere in unterversorgten Gebieten – sicherzustellen, damit ein gleichberechtigter Zugang gewährleistet ist. Derzeit laufen Projekte zur Sicherstellung der erforderlichen Ressourcen, die sowohl Ausrüstung als auch geschultes Personal für den Einsatz fortschrittlicher Diagnoseinstrumente umfassen. Darüber hinaus investiert Österreich in Aus- und Weiterbildungsprogramme für Angehörige der Gesundheitsberufe, um deren Kompetenz bei der Nutzung der neuesten Technologien sicherzustellen (Krebshilfe und OeGHO, 2023).

Österreich verbessert auch aktiv die Verfügbarkeit moderner Diagnoseinstrumente, z. B. für dreidimensionale Echtzeit-Bildgebung und Hochpräzisions-Strahlentherapien. Diese Technologien werden in das Gesundheitssystem integriert, um die Präzision und Wirksamkeit der Krebsvorsorge und -behandlung zu verbessern.

Österreichs Gesundheitsreformen konzentrieren sich auf den Ausbau der Telemedizin und der interdisziplinären Versorgung

Österreich hat in den letzten zehn Jahren erhebliche Fortschritte bei der Integration von Dienstleistungen für Krebspatient:innen und bei der Verbesserung der Zugänglichkeit dieser Leistungen gemacht. Bei den aktuellen Gesundheitsreformen im Zuge des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) liegt der Schwerpunkt auf der Verkürzung der Wartezeiten und dem verstärkten Einsatz von Telemedizin und digitalen multidisziplinären Tumorboards (MDTB), um die Koordinierung der Pflege zu verbessern und einen zeitnahen Zugang zu Behandlungen zu gewährleisten. Zu den Reformen gehört auch die Einführung von Schnellverfahren zur Beschleunigung des Diagnoseprozesses für Menschen mit positiven Screeningergebnissen.

Ein weiterer Schwerpunkt der Reformen liegt auf der Ausweitung des Einsatzes der Telemedizin, um die Zugänglichkeit und Kontinuität der Versorgung von Krebspatient:innen zu verbessern. Die Initiativen zum Ausbau der Telemedizin umfassen auch digitale Gesundheits-Apps, die derzeit für die Integration in das österreichische Gesundheitssystem erprobt werden. Sie unterstützen die Behandlung und das Management von Gesundheitsbeschwerden, wobei die Kosten gegebenenfalls durch die Krankenversicherung übernommen werden, wenn dies für notwendig erachtet wird. Die Nutzung von digitalen Konsultationen durch Onkolog:innen und andere Fachärzt:innen ermöglicht virtuelle Sprechstunden zur Erörterung von Symptomen, Behandlungsplänen und Therapiefortschritten, wodurch Anfahrtszeiten vermieden und Wartezeiten in Kliniken verkürzt werden (Krebshilfe und OeGHO, 2023).

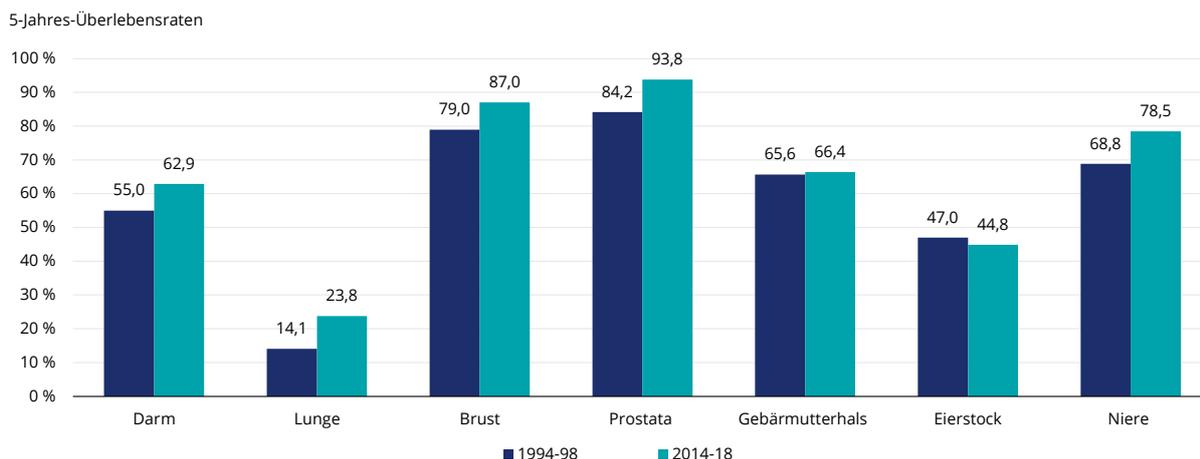
5.2 Qualität

Das Österreichische Krebsregister zeigt Verbesserungen bei den Fünf-Jahres-Überlebensraten und unterstreicht die anhaltenden Herausforderungen

Österreich verfügt über hochwertige nationale Daten zu den Überlebensraten von Krebspatient:innen, einschließlich einer detaillierten Analyse auf der Grundlage des Krankheitsstadiums (d. h. lokal oder metastasiert), die unschätzbare Erkenntnisse für eine Verbesserung der Therapieergebnisse bieten. Die relative Fünf-Jahres-Überlebensrate bei Betroffenen, die im Zeitraum 2014-2018 eine Krebsdiagnose erhalten hatten, betrug 62 %. Allerdings gibt es beim Lungenkrebs einen geschlechtsspezifischen Unterschied bei den Überlebensraten, da diese 21 % bei Männern und 28 % bei Frauen betragen.

Zwischen den Zeiträumen 1994-1998 und 2014-2018 haben sich die Überlebensraten von Krebs deutlich verbessert (Abbildung 15). Lungenkrebs wies mit einem Anstieg der Überlebensraten von 14 % auf 24 % die größte Verbesserung auf. Es gab jedoch keine nennenswerte Verbesserung der Überlebensrate bei Gebärmutterhalskrebs, die relativ stabil blieb, und beim Eierstockkrebs ging die Überlebensrate sogar leicht zurück.

Abbildung 15: Die Fünf-Jahres-Überlebensraten sind bei den meisten vorherrschenden Krebsarten im Laufe der Zeit deutlich gestiegen



Quelle: Österreichisches Krebsregister.

Österreich verzeichnet im Vergleich zum EU-Durchschnitt einen erheblichen Rückgang der durch Krebs potenziell verlorenen Lebensjahre

Neben den Überlebensdaten ist das Merkmal potenziell verllorener Lebensjahre eine ergänzende Messgröße für die Auswirkungen verschiedener Krebserkrankungen auf die Gesellschaft, wobei hier die Krebstodesfälle jüngerer Menschen stärker ins Gewicht fallen. Anhand der Veränderung der potenziell verlorenen Lebensjahre bei verschiedenen Krebslokalisationen in einem bestimmten Zeitraum können Verbesserungen in den Krebsversorgungssystemen durch Verringerungen der vorzeitigen Sterblichkeit erkannt werden. Im Jahr 2021 verzeichnete Österreich für alle Krebslokalisationen 1 081 potenziell verlorene Lebensjahre pro 100 000 Einwohner, was 20 % unter dem EU-Durchschnitt von 1 355 lag. Seit 2012 ist der Wert der durch Krebs potenziell verlorenen Lebensjahre in Österreich um 24 % zurückgegangen,

Im Jahr 2021 trug Lungenkrebs mit 242 Jahren pro 100 000 Einwohner am stärksten zu den potenziell verlorenen Lebensjahren bei, war aber gleichzeitig eine Krebsart mit einem der stärksten Rückgänge seit 2012, nämlich um 24 % (Abbildung 16). Bei den vorherrschenden Krebslokalisationen gab es lediglich beim Bauchspeicheldrüsenkrebs in diesem Zeitraum einen Anstieg, der allerdings sehr gering ausfiel (0,4 %).

Österreichs vertikal gestuftes Krebsversorgungssystem gewährleistet eine umfassende und spezialisierte Versorgung

Die relativ niedrige Rate der potenziell verlorenen Lebensjahre und ihre Verbesserung

im Laufe der Zeit dürften mit dem hohen Niveau der Krebsversorgung in Österreich zusammenhängen, welches vertikal gestufte Krebsversorgungssysteme eingerichtet hat, die aus Spitzenzentren, regionalen Spezialzentren und lokalen zertifizierten Krebszentren bestehen. Die Spitzenzentren, die innerhalb von 120 Minuten für ihren Einzugsbereich von mindestens 500 000 Einwohnern erreichbar sein sollen, bieten die am stärksten spezialisierte Behandlung. Die Spezialzentren mit einem Einzugsbereich von mindestens 300 000 Einwohnern bieten eine Behandlung, die innerhalb von 60 Minuten erreichbar ist. Sie werden von angeschlossenen Onkologiezentren und standortbasierten Spezialist:innen für Diagnostik, Überweisung und Versorgungskontinuität unterstützt. Forschung und Lehre sowie die Behandlung von seltenen Krebsarten und Hochrisikopatient:innen sind Referenzzentren vorbehalten. Diese Struktur erleichtert eine hochmoderne Krebsbehandlung und stellt sicher, dass Betroffene auf den verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems angemessen versorgt werden. Ebenso wie andere Länder mit kleiner und mittlerer Bevölkerungszahl, etwa Dänemark, Estland, Island und Norwegen, organisiert Österreich Überweisungen ins Ausland und beteiligt sich an der internationalen Zusammenarbeit bei seltenen Krebserkrankungen oder spezifischen Therapien, um nicht vorhandenes Fachwissen innerhalb des eigenen Landes zu ergänzen.

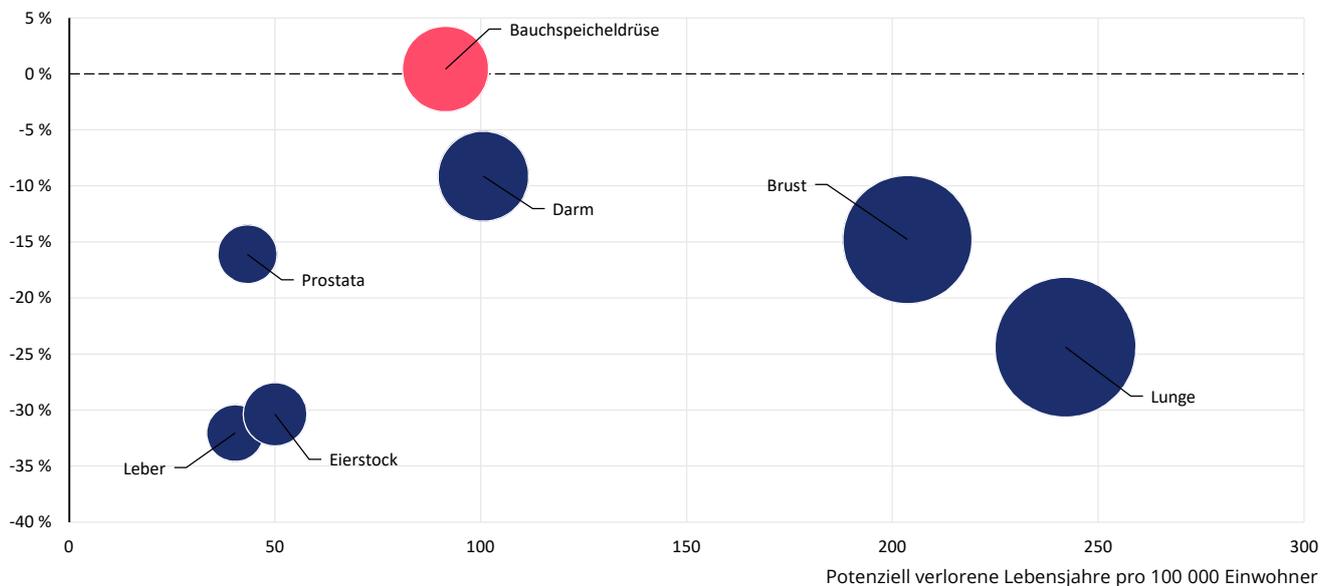
Österreich arbeitet daran, onkologische Spitzenzentren (Comprehensive Cancer Centres, CCC) und deren übergreifendes Netzwerk (Comprehensive Cancer Care Network, CCCN) in sein Gesundheitssystem zu integrieren, um die Koordinierung und Qualität der Krebsversorgung zu verbessern. Diese Integration erfolgt im Zuge der

österreichischen Beteiligung an der Gemeinsamen Aktion CraNE der EU zum Aufbau eines Netzwerks onkologischer EU-Spitzenzentren. Geplant sind auch ein EU-weites Zertifizierungsverfahren und eine EU-weite Standardisierung, um eine hochwertige Krebsversorgung und -forschung zu gewährleisten.

Darüber hinaus unterstützen interaktive Tools der Österreichischen Krebshilfe zusammen mit operativen Online-Magazinen Krebspatient:innen und deren Betreuungspersonen aktiv, indem sie zugängliche und benutzerfreundliche Informationen und emotionale Unterstützung anbieten.

Abbildung 16: Im Jahr 2021 lagen die durch Krebs potenziell verlorenen Lebensjahre in Österreich unter den EU-Durchschnittswerten, insbesondere bei Lungenkrebs

Prozentuale Veränderung der potenziell verlorenen Lebensjahre 2012 bis 2022 (oder das nächstgelegene verfügbare Jahr) (%)



Anmerkungen: Die PYLL-Rate bei Brust-, Gebärmutterhals- und Eierstockkrebs bezieht sich nur auf Frauen, während sich die PYLL-Rate bei Prostatakrebs auf Männer bezieht. Rosafarbene Kreise stehen für einen Anstieg bei der prozentualen Veränderung der PYLL im Zeitraum 2012 bis 2022 (oder bis zum letzten verfügbaren Jahr), blaue Kreise für einen Rückgang. Die Größe der Kreise ist proportional zu den PYLL-Raten im Jahr 2022.

Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2024.

Österreich integriert multidisziplinäre Tumorboards und Qualitätsüberwachung in die Krebsversorgung

Im Krebsrahmenprogramm Österreich wird die entscheidende Rolle multidisziplinärer Tumorboards für die Sicherstellung eines koordinierten und umfassenden Ansatzes bei der Krebsbehandlung hervorgehoben. Regelmäßige Interaktionen zwischen Fachleuten für Pathologie, Radiologie, Thoraxchirurgie und Onkologie werden durch kontinuierliche Schulungen und Konferenzen erleichtert, wodurch die Zusammenarbeit und der Wissensaustausch gefördert werden. In molekularen Tumorboards kommen Expert:innen aus den Bereichen Genetik, Onkologie und Pathologie zusammen, um genetische Varianten zu interpretieren und personalisierte Behandlungspläne zu entwickeln. Die Qualitätsüberwachung ist integraler Bestandteil, wobei standardisierte Verfahren und Ergebnisbewertungen implementiert wurden,

um in der Krebsversorgung hohe Standards aufrechtzuerhalten (Krebshilfe und OeGHO, 2023).

Das von Statistik Austria verwaltete Österreichische Nationale Krebsregister sammelt seit 40 Jahren bundesweit Krebsdaten und liefert wichtige Informationen für epidemiologische Studien, gesundheitspolitische Evaluierungen und die internationale Forschung. Zu den jüngsten Innovationen gehört die Möglichkeit, gleichzeitige Inzidenzraten zu dokumentieren, damit Forschende erkennen können, wann für ein und dieselbe Person mehrere Krankheiten in den Datenbanken erfasst werden, was zu einem genaueren Verständnis der Begleiterkrankungen und ihrer Auswirkungen auf die Therapieergebnisse führt.

Das Österreichische Krebsregister ist umfassend, was die nationale Abdeckung betrifft, und enthält grundlegende Daten wie Inzidenzraten, Krebsstadien, Behandlungs-, Überlebens- und Sterblichkeitsraten. Dies ermöglicht die wirksame Verfolgung von Krankheitsverläufen

und Therapieergebnissen im ganzen Land. Der Mangel an Screeningdaten, genetischen Informationen und Indikatoren auf der Grundlage von Patientenangaben im Register kann jedoch zu Einschränkungen bei manchen Krebsbekämpfungs- und -forschungstätigkeiten führen.

Die zunehmende Nutzung von Patientenrückmeldungen zu Therapieergebnissen zeigt, wie sehr sich Österreich um eine individuelle Krebsversorgung bemüht

Österreich hat die Qualität der Versorgungsmaßnahmen anhand von Patientenrückmeldungen aus den Jahren 2015 und 2022 bemessen; diese betrafen Patient:innen ab 14 Jahren, die eine Krankenhausbehandlung und ambulante Nachsorge erhielten, darunter auch Betroffene, die mit Krebs lebten. In Österreich werden zunehmend von Patient:innen gemachte Angaben zu Therapieergebnissen (Patient-Reported Outcomes, PRO) genutzt, die z. B. Symptome und die Lebensqualität betreffen. In Österreich gibt es mehrere Initiativen, bei denen zur Datenerhebung elektronische PRO-Systeme genutzt werden, darunter einige mit Rückrufsystemen, bei denen Patient:innen kontaktiert werden, wenn ihre Antworten potenzielle Probleme erkennen lassen. Im Rahmen des eSMART-Projekts der EU werden die Vorteile dieser Technologie in einer multinationalen Studie bewertet, an der auch Österreich beteiligt ist.

Darüber hinaus hat die Medizinische Universität Innsbruck ein Telemonitoringsystem namens ePROtect für junge Krebspatient:innen eingeführt. Für dieses wurden bei den Beteiligten eine hohe Akzeptanz und eine hohe Mitwirkung verzeichnet, was auf eine positive Reaktion und ein wirksames Engagement vonseiten sowohl der Patient:innen als auch ihrer Familien hindeutet. Die Einrichtung von Online-Portalen für PRO in klinischen Krebsversorgungsroutinen stellt jedoch neue rechtliche Herausforderungen für Krankenhäuser dar. Mit der Pilotentwicklung des Anfang 2024 gestarteten Onkip-Portals im Tumorzentrum Oberösterreich soll ein klarer rechtlicher Rahmen für diese digitalen Werkzeuge geschaffen werden (Krebshilfe und OeGHO, 2023).

5.3 Kosten und Kosten-Nutzen-Verhältnis

Die Krebsversorgung in Österreich führt zu merklichen Gesundheitsausgaben, etwa durch Kosten für Diagnostik, Behandlungen, Medikamente und Nachsorge. Die österreichischen Preise für ambulante Krebsarzneimittel bewegen sich im Allgemeinen um den Median der EU, während die Preise für stationäre Krebsarzneimittel zu den höchsten in der EU gehören. Diese Diskrepanz ist auf die fehlende Preisregulierung für Krankenhausarzneimittel in Österreich zurückzuführen (Vogler, 2021).

Laut der SPHeP-Modellierung der OECD wird der Gesamtbetrag der Gesundheitsausgaben in Österreich zwischen 2023 und 2050 aufgrund der Krebsbelastung um schätzungsweise 8,7 % steigen. Dies entspricht einem Durchschnitt von 368 EUR (KKP) pro Person und Jahr (Abbildung 17). Dieser Wert liegt deutlich über dem Durchschnitt der EU-19 (242 EUR).

Insgesamt dürften die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben für die Krebsversorgung zwischen 2023 und 2050 in Österreich um 63 % steigen, gegenüber 59 % in der EU-27. Allerdings gilt es auch zu beachten, dass klinische Versuche erheblich zum österreichischen Gesundheitssystem und zur Wirtschaft beitragen, insbesondere in der Onkologie (Kasten 3).

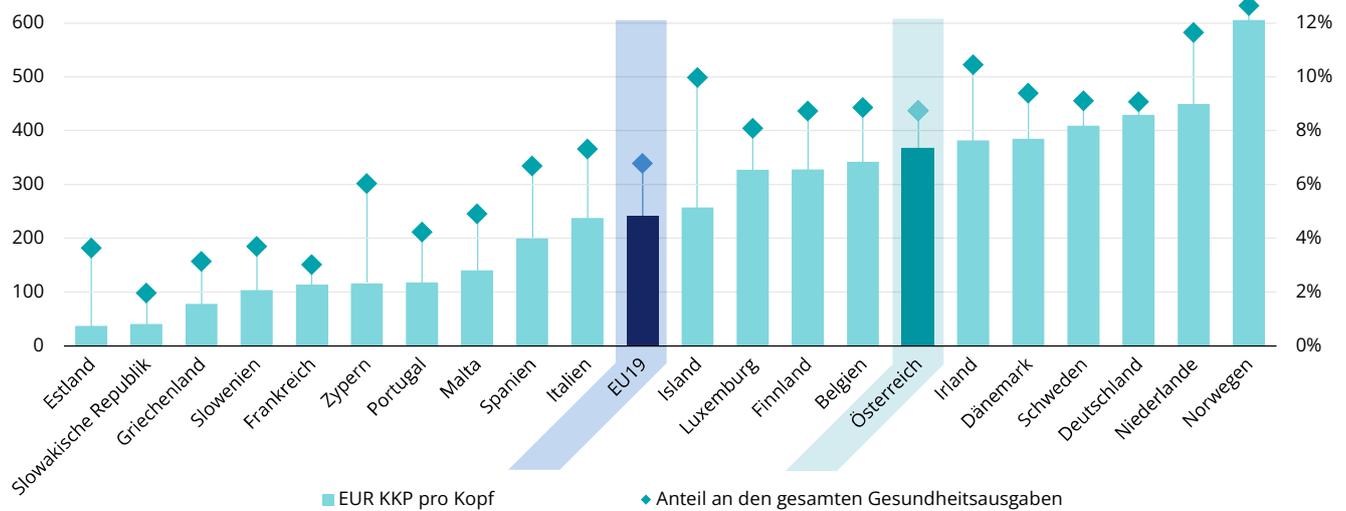
Im Zeitraum 2023-2050 dürfte der Verlust an Vollzeitäquivalenten (VZÄ) wegen der notwendigen krebbedingten Reduzierung der Beschäftigung in Österreich durchschnittlich 138 VZÄ pro 100 000 Einwohner betragen, was unter dem EU-Durchschnitt von 178 VZÄ pro 100 000 Einwohner liegt. Österreich rechnet auch mit einem Verlust von 74 VZÄ pro 100 000 Einwohner aufgrund von Absentismus und Präsentismus⁷, was etwas unter dem EU-Durchschnitt von 81 VZÄ pro 100 000 Einwohner liegt.

⁷ Der Begriff „Präsentismus“ bezieht sich auf einen Produktivitätsverlust, der entsteht, wenn Beschäftigte aufgrund einer Krankheit, einer Verletzung oder eines sonstigen Zustands am Arbeitsplatz nicht voll funktionsfähig sind.

Abbildung 17: Belastung des Gesundheitsbudgets durch Krebs im Zeitraum 2023 bis 2050 wird voraussichtlich über dem EU-Durchschnitt liegen

Voraussichtliche EUR KKP pro Kopf, pro Jahr
(Durchschnitt 2023-50)

Voraussichtlicher Anteil an den Gesundheitsausgaben gesamt, pro Jahr
(Durchschnitt 2023-50)



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet.

Quelle: OECD (2024b), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, DOI: <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Kasten 3: Klinische Prüfungen treiben in Österreich Fortschritte in der Onkologie voran

Die klinische Forschungslandschaft Österreichs, insbesondere in der Onkologie, spielt eine entscheidende Rolle für Fortschritte bei der Krebsbehandlung und ist ein Wirtschaftsfaktor. Der Anteil der Onkologie an der gesamten klinischen Forschung liegt mit 52 % weit über dem Anteil der Hämatologie (15 %), der Autoimmunerkrankungen (11 %), der Neurologie (11 %), der Kardiologie (6 %) und der Stoffwechselerkrankungen (5 %). Von der Industrie finanziell unterstützte klinische Prüfungen haben erhebliche Auswirkungen auf das Gesundheitssystem, denn sie tragen jährlich mit rund 101 Mio. EUR zu den Behandlungskosten bei und führten 2018 zur Generierung von 144 Mio. EUR, wobei sie wirtschaftliche Vorteile wie die Schaffung von Arbeitsplätzen und eine höhere Produktivität mit sich bringen.

Trotz dieser Leistungen steht Österreich vor Herausforderungen; hier ist zum Beispiel der Mangel an Nachwuchsforschenden und Fachpersonal in den Studienzentren zu nennen, der die Attraktivität des Landes für klinische Prüfungen gefährdet. Die EU-Verordnung über klinische Prüfungen, mit der die Bewertungs- und Überwachungsverfahren harmonisiert werden, könnte den „Fast-Mover-Vorteil“ Österreichs bei der Genehmigung von Prüfungen verringern und damit die bisherige Flexibilität und Geschwindigkeit des Landes beeinträchtigen.

Quelle: Krebshilfe und OeGHO (2023).

5.4 Wohlergehen und Lebensqualität

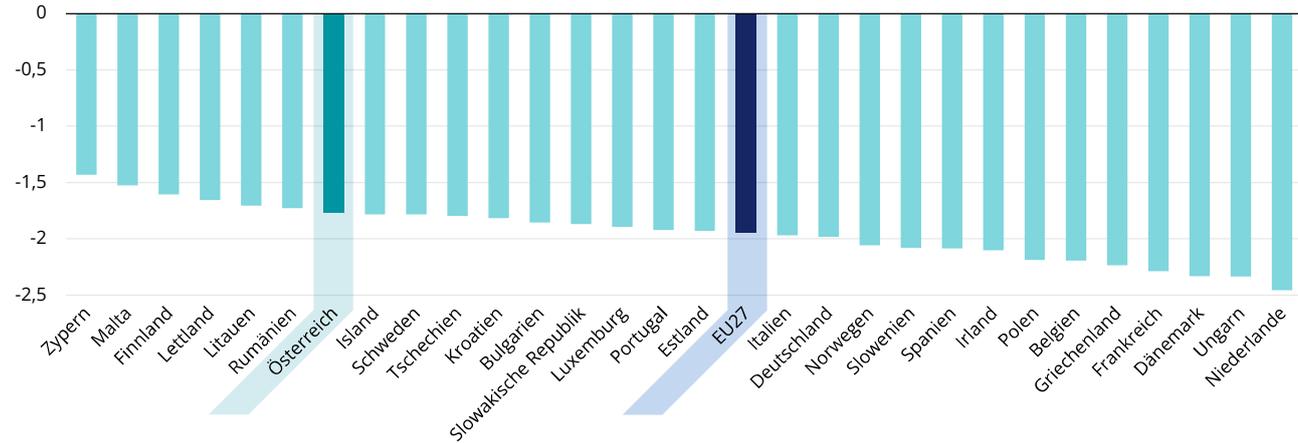
In Österreich kann ein Rückgang der Lebenserwartung aufgrund von Krebs erwartet werden

Laut der SPHeP-Modellierung der OECD wird Krebs die Lebenserwartung der Bevölkerung in Österreich zwischen 2023 und 2050 im Vergleich zu einem Szenario ohne Krebs um 1,8 Jahre senken – ein Wert, der leicht unter dem EU-Durchschnitt von 1,9 Jahren liegt (Abbildung 18). Darüber

hinaus belastet Krebs die psychische Gesundheit der Bevölkerung durch die damit verbundenen Symptome und Behandlungsnebenwirkungen und die Auswirkungen auf das tägliche Leben, die gesellschaftlichen Aufgaben und die Erwerbstätigkeit in erheblichem Maße. Nach dem SPHeP-Modell der OECD wird in Österreich auch mit höheren Depressionsraten aufgrund von Krebs gerechnet, und zwar mit einer zusätzlichen altersstandardisierten Rate von zehn Fällen pro 100 000 Einwohner pro Jahr im Zeitraum 2023-2050, was etwas unter dem Wert von 17 Fällen pro 100 000 Einwohner in der Gesamt-EU liegt.

Abbildung 18: Im Zeitraum 2023-2050 dürfte Krebs die Lebenserwartung in Österreich weniger stark senken als im EU-Durchschnitt

Prognostizierte Reduzierung der Lebenserwartung in Jahren aufgrund von Krebs (Durchschnitt 2023 bis 2050)



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet.

Quelle: OECD (2024b), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, DOI: <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Österreich hat das Recht auf Vergessenwerden für Krebsüberlebende nicht umgesetzt

Das Recht auf Vergessenwerden von ehemaligen Krebserkrankten ist nach wie vor ein wichtiges Thema in der gesamten EU. Dieses Recht soll es Menschen ermöglichen, ihre Krebsgeschichte gegenüber Finanzinstituten nicht offenlegen zu müssen und somit Diskriminierungen beim Zugang zu Krediten und Versicherungen zu verhindern. Während Länder wie Frankreich und Spanien dieses Recht eingeführt haben, welches dafür sorgt, dass Krebsüberlebende fünf Jahre nach der Behandlung nicht mehr verpflichtet sind, ihre Krankengeschichte offenzulegen, müssen Österreich und die meisten EU-Länder ähnliche Rechtsvorschriften erst noch erlassen. Darüber hinaus fehlen in Österreich speziell für Krebspatient:innen konzipierte Programme zur Erhaltung der Fruchtbarkeit.

Es gibt in Österreich einen Rechtsrahmen für die Hospiz- und Palliativversorgung, aber der Mangel an angemessen ausgebildeten Fachkräften und die fehlende Sensibilisierung der Öffentlichkeit führen zu Herausforderungen bei der Umsetzung

Das österreichische Patientenverfügungs-Gesetz bietet einen Rechtsrahmen für Entscheidungen in Bezug auf das Lebensende. In dem Gesetz werden die Rechte von Patient:innen dargelegt, fundierte Entscheidungen bezüglich ihrer Versorgung zu treffen, einschließlich des Rechts, lebensverlängernde Behandlungen abzulehnen. Trotz dieses soliden Rechtsrahmens bestehen bei der Umsetzung des Gesetzes in der Praxis nach wie vor erhebliche Herausforderungen.

Eine der größten Herausforderungen für die österreichische Hospiz- und Palliativversorgung ist der Mangel an ausgebildeten Fachkräften. Zu den wichtigsten Empfehlungen, um hier Abhilfe zu schaffen, gehören die Verbesserung der Aus- und Weiterbildung in der Palliativversorgung, die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten und die Unterstützung des Gesundheitspersonals beim Umgang mit komplexen ethischen Fragen und Diskussionen im Zusammenhang mit der Hospiz- und Palliativversorgung. Auch muss die Öffentlichkeit stärker für die Hospiz- und Palliativversorgung sensibilisiert werden, da diese Dienste vielen unbekannt sind. In einem Bericht aus dem Jahr 2023 wird hervorgehoben, dass Investitionen in die berufliche Bildung, die Integration interdisziplinärer Palliativteams, die Stärkung der Rechtsrahmen für die Hospiz- und Palliativversorgung und die Durchführung öffentlicher Aufklärungskampagnen erforderlich sind (Krebshilfe und OeGHO, 2023).

In einer im Peer-Review-Verfahren begutachteten Studie wurde die Qualität der Sterbebegleitung für österreichische Krebspatient:innen bewertet, wobei für den Zeitraum 2012-2016 die Hospitalisierung, die Behandlung und die Verfügbarkeit von Palliativversorgung untersucht wurden (Robausch, Grössmann und Wild, 2021). Zu den Hauptkenntnissen gehörte, dass mehr als die Hälfte der Betroffenen in Krankenhäusern verstarb, was auf eine möglicherweise übermäßige Nutzung stationärer Einrichtungen und auf die Notwendigkeit eines breiteren Zugangs zu alternativen Versorgungsumgebungen wie Hospizen oder häuslicher Pflege hindeutet. Nur von 13 % der Patient:innen wurde bei ihrem letzten

Krankenhausaufenthalt vor dem Tod Palliativversorgung in Anspruch genommen. Daran zeigt sich, dass es bei der frühzeitigen Verlegung und beim Zugang zu Palliativstationen Lücken gibt. Allerdings erhielten in den letzten 30 Lebenstagen nur wenige Patient:innen Chemotherapien, Bestrahlungen oder Therapien mit monoklonalen Antikörpern, was möglicherweise Bemühungen widerspiegelt, auf intensivmedizinische Behandlungen am Lebensende zu verzichten. Die Studie legt nahe, dass in Österreich zwar bestimmte Aspekte wie die Minimierung der Aufnahmen auf Intensivstationen wirksam umgesetzt werden, es aber erheblichen Raum für Verbesserungen gibt, wenn es darum geht, die Zahl der Sterbefälle in Krankenhäusern zu verringern und mehr Patient:innen rechtzeitig auf Palliativstationen zu verlegen.

Psychoonkologische Interventionen für Krebspatient:innen stehen in Österreich zwar zur Verfügung, allerdings mit regionalen Unterschieden beim Zugang

Fast die Hälfte der Krebspatient:innen in Österreich leidet unter Angstzuständen und Depressionen, ein Drittel wünscht sich psychoonkologische Unterstützung. Besonders hoch ist dieser Bedarf bei Patient:innen, die sozioökonomisch benachteiligt sind, Risikoverhalten aufweisen, einen schlechten Zugang zu medizinischer Versorgung haben oder mangelnde Behandlungskohärenz aufweisen. Psychoonkologische Interventionen verbessern die psychische Gesundheit und die Lebensqualität und verringern körperliche Symptome, was sie zu einem essenziellen Bestandteil der

Krebsbehandlung in Österreich macht. Obwohl sie anerkannt sind, bestehen nach wie vor Herausforderungen bei der Sicherstellung einer breiten und wirksamen Umsetzung solcher Maßnahmen, wobei man weiterhin um eine Verbesserung des Zugangs, insbesondere für benachteiligte Bevölkerungsgruppen, bemüht ist (Krebshilfe und OeGHO, 2023).

Österreich bietet informellen Pflegepersonen erhebliche Unterstützung, u. a. bezahlten und unbezahlten Urlaub, indirekte Geldleistungen und einen umfassenden Versicherungsschutz

Österreich gewährt eine Woche bezahlte Pflegefreistellung pro Jahr für die Betreuung kranker Kinder oder naher Angehöriger und unter bestimmten Bedingungen bis zu sechs Monate Pflegefreistellung. Das Pflegekarenzgeld wird in gleicher Höhe gezahlt wie das Arbeitslosengeld (55 % des täglichen Nettoeinkommens). Das Bundesgesetz zur Regelung der Familienhospizkarenz bietet flexible Arbeitsregelungen oder bis zu sechs Monate unbezahlten Urlaub zur Sterbebegleitung von Angehörigen oder Begleitung schwerstkranker Kinder bei voller Übernahme der Kranken- und Pensionsversicherungsbeiträge. Österreich gewährt pflegenden Angehörigen zwar keine direkte Geldleistung, bietet Pflegepersonen von Leistungsempfängern mit einem monatlichen Einkommen von weniger als 2 500 EUR jedoch eine formale indirekte Geldleistung (Rocard und Llana-Nozal, 2022).

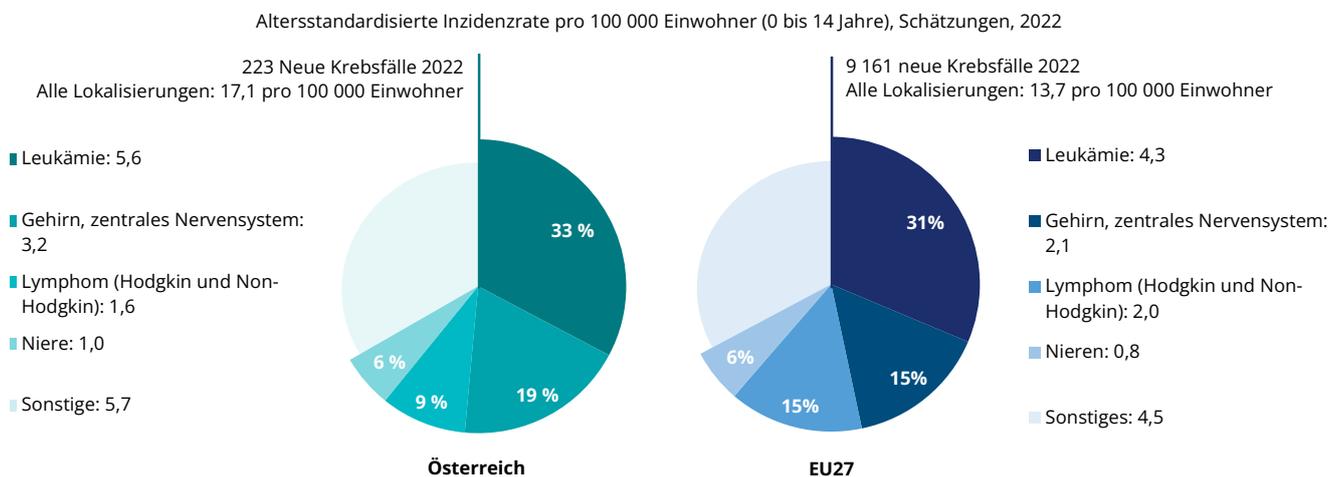
6. Fokus auf pädiatrischen Krebserkrankungen

Laut ECIS wurde in Österreich im Jahr 2022 bei 223 Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 15 Jahren Krebs diagnostiziert. Die österreichischen Inzidenzraten für die Altersgruppe 0-14 Jahre waren im Jahr 2022 höher und wurden auf 17,1 pro 100 000 Kinder geschätzt, verglichen mit 13,7 pro 100 000 Kinder in der EU-27 (Abbildung 19). Ebenso wie in der Gesamt-EU sind auch in Österreich die Inzidenzraten bei Mädchen etwas niedriger als bei Jungen. Die häufigsten Krebsarten in Österreich sind Leukämie mit 5,6 Fällen pro 100 000 Kinder

(33 %), Hirntumoren und Tumoren des zentralen Nervensystems mit 3,2 Fällen pro 100 000 Kinder (19 %), Lymphome mit 1,6 Fällen pro 100 000 Kinder (9 %) und Nierenkrebs mit 1 Fall pro 100 000 Kinder (6 %).

Während die Krebsinzidenzraten bei den 0- bis 14-Jährigen in Österreich höher sind als in der EU, zeigen Eurostat-Daten, dass die Sterblichkeitsraten niedriger sind, wobei die Sterblichkeitsrate im Dreijahresdurchschnitt auf 1,8 pro 100 000 Kinder; in der EU liegt der Wert bei 2,1.

Abbildung 19: Krebsinzidenzraten bei Kindern in Österreich höher als in der EU



Anmerkungen: Die Schätzungen für 2022 basieren auf Inzidenztrends aus vorherigen Jahren und können von den ermittelten Raten der jüngeren Vergangenheit abweichen. „Alle Lokalisierungen“ umfasst alle Krebslokalisierungen mit Ausnahme von nicht-melanotischem Hautkrebs.

Quellen: Europäisches Krebsinformationssystem (ECIS) zur Krebsinzidenz. <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, abgerufen am 10.3.2024. © Europäische Union, 2024.

Laut dem Projekt „Organisation of Care & Research for Children with Cancer in Europe“ (OCEAN) der Europäischen Gesellschaft für pädiatrische Onkologie (SIOPE) verfügt Österreich über sechs Einrichtungen, die an Krebs erkrankte Kinder behandeln, wobei eine relativ gute geografische Verteilung sichergestellt ist (SIOPE, 2024). Alle 13 Infrastrukturaspekte und Behandlungsmethoden sind im Land verfügbar, darunter autologe und allogene Stammzellentransplantationen, Strahlentherapien mit Photonen und Protonen, Brachytherapie, Phase-I- und Phase-II-Studien zu neuen Therapien, onkologische Reha-Kliniken und Palliativpflege. Krebskranke Kinder in Österreich können auch von einem

internationalen Tumorboard profitieren, das eine Partnerschaft mit dem Kinderkrankenhaus Philadelphia unterhält.

Zwischen 2010 und 2022 wurden 436 klinische Prüfungen an Kindern und jungen Menschen in Europa durchgeführt, davon 61 (14 %) in Österreich. Das St. Anna Kinderspital und die Medizinische Universität Wien, die sich beide in der Hauptstadt befinden, sind die ausgewiesenen Zentren des Kooperationsnetzwerks „Innovative Therapies for Children and Adolescents with Cancer“ (Innovative Therapien für krebskranke Kinder und Jugendliche), das Kindern und jungen Menschen mit rezidierten oder refraktären

malignen Erkrankungen Zugang zu innovativen Therapien ermöglicht. Im Jahr 2018 waren 78 % der 68 Arzneimittel, die für die Krebstherapie bei Patient:innen im Alter von 0 bis 18 Jahren als wesentlich eingestuft wurden, in Österreich erhältlich, was dem EU-Durchschnitt von 76 % entspricht (Vassal et al., 2021).

De Angelis, R. et al. (2024), „Complete cancer prevalence in Europe 2020 by disease duration and country (EUROCARE-6): a population-based study“, *Lancet Oncology*, Bd. 25 Nr. 3, S. 293-307, doi:10.1016/S1470-2045(23)00646-0.

EONS (2020), EONS Cancer Nursing Index 2020, <https://cancernurse.eu/advocacy/eons-cancer-nursing-index-2020/>, abgerufen am 7.8.2024.

Gollmer, A., Link, T., Weißenhofer, S. (2023), *Vierter Evaluationsbericht zum Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm: Evaluationsbericht für die Jahre 2014 bis 2021*, Wien, Gesundheit Österreich.

GSTHR (2024), Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in Austria, <https://gsthr.org/countries/profile/aut/>, abgerufen am 29.5.2024.

Joossens, L. et al. (2022), *The Tobacco Control Scale 2021 in Europe*, Brüssel, Smoke Free Partnership, <https://www.tobaccocontrolscale.org/wp-content/uploads/2022/12/TCS-Report-2021-Interactive-V4.pdf>.

Krebshilfe, OeGHO (2023), *Österreichischer Krebsreport 2023*, Wien, MedMedia, <https://www.krebsreport.at/Krebsreport-2023.pdf>.

Bundesministerium für Gesundheit (2014), *Krebsrahmenprogramm Österreich*, Wien, Onkologie-Beirat, <https://www.bmg.gv.at>.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022), *Cancer Strategies in Austria*, Wien, Onkologie-Beirat, https://ec.europa.eu/assets/sante/health/non_communicable_diseases/docs/ncd_20220211_co04_en.pdf.

OECD (2024a), *Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection*, OECD Health Policy Studies, Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/14fdc89a-en>.

OECD (2024b), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Robausch, M., Grössmann, N., Wild, C. (2021), „Cancer care near the end-of life in Austria: a retrospective data analysis“, *European Journal of Cancer Care*, Bd. 30 Nr. 4:e13423, doi:10.1111/ecc.13423.

Rocard, E., Llana-Nozal, A. (2022), „Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind“, *OECD Health Working Papers*, Nr. 140, Paris, OECD Publishing, <https://dx.doi.org/10.1787/0f0c0d52-en>.

SIOPE (2024), *Childhood cancer country profile: Austria*, Brüssel, SIOPE Europe, <https://siope.eu/media/documents/ocean-projectaustria.pdf>.

Statistik Austria (2024), *Krebserkrankungen*, abrufbar unter: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/krebserkrankungen>.

Vassal, G. et al. (2021), „Access to essential anticancer medicines for children and adolescents in Europe“, *Annals of Oncology*, Bd. 32 Nr. 4, S. 560-568, <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.12.015>.

Vogler, S. et al. (2021), *Preisvergleich ausgabenstarker Arzneispezialitäten 2019*, Wien, Gesundheit Österreich, https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1868/1/PPI_Top_2019_Preisstudie_final_bf.pdf.

Waser, M., Heiss, R., Borena, W. (2022), „Factors affecting children’s HPV vaccination in Austria: Evidence from a parent survey“, *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, Bd. 18 Nr. 6:e2126251, doi:10.1080/21645515.2022.2126251.

WCRF International (2023a), *Nutrition policy status in Austria: NOURISHING policy index*, London, World Cancer Research Fund International, <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2023/04/Austria-NOURISHING-snapshot-May-2023.pdf>.

WCRF International (2023b), *Physical activity policy status in Austria: MOVING policy index*, World Cancer Research Fund International, <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2024/11/Austria-MOVING-snapshot-May-2024.pdf>.

Liste der Länderabkürzungen

Belgien	BE	Frankreich	FR	Lettland	LV	Österreich	AT	Slowenien	SI
Bulgarien	BG	Griechenland	EL	Litauen	LT	Polen	PL	Spanien	ES
Dänemark	DK	Irland	IE	Luxemburg	LU	Portugal	PL	Tschechien	CZ
Deutschland	DE	Island	IS	Malta	MT	Rumänien	RO	Ungarn	HU
Estland	EE	Italien	IT	Niederlande	NL	Schweden	SE	Zypern	CY
Finnland	FI	Kroatien	HR	Norwegen	NO	Slowakei	SL		

Länderprofil Krebs 2025

Das Europäische Register der Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung ist eine Leitinitiative im Rahmen von Europas Plan gegen den Krebs. Es bietet solide und zuverlässige Daten zur Krebsprävention und -versorgung, um Entwicklungen, Unterschiede und Ungleichheiten zwischen Mitgliedstaaten und Regionen zu erkennen. Das Register enthält eine Website und ein Datenwerkzeug, das von der Gemeinsamen Forschungsstelle der Europäischen Kommission erarbeitet wurde (<https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/>), ebenso wie eine Reihe von zweijährlich erscheinenden Länderprofilen Krebs und einen übergeordneten Bericht zu Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung in Europa.

In den Länderprofilen Krebs werden Stärken, Herausforderungen und spezifische Maßnahmenbereiche für jeden der 27 EU-Mitgliedstaaten, Island und Norwegen als Richtschnur für Investitionen und Interventionen auf EU-, nationaler und regionaler Ebene im Rahmen von Europas Plan gegen den Krebs aufgezeigt. Das Europäische Register der

Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung unterstützt überdies Leitinitiative 1 des Null-Schadstoff-Aktionsplans.

Die Profile wurden von der OECD in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission erstellt. Das Team bedankt sich für die wertvollen Anmerkungen und Vorschläge der nationalen Expert:innen, des OECD-Gesundheitsausschusses und der EU-Themenarbeitsgruppe zum Register der Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung.

Jedes Länderprofil Krebs bietet eine kurze Synthese zu:

- der nationalen Krebsbelastung,
- den Risikofaktoren für Krebs mit Fokus auf verhaltens- und umweltbezogenen Risikofaktoren,
- Früherkennungsprogrammen,
- der Leistungsfähigkeit der Krebsversorgung mit Fokus auf Zugänglichkeit, Versorgungsqualität, Kosten und Lebensqualität.

Zitierweise:

OECD/European Commission (2025), Länderprofil Krebs: Österreich 2025, EU-Länderprofile zum Thema Krebs, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/f1856ead-de>.

Ursprünglich in englischer Sprache unter dem Titel veröffentlicht: OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Austria 2025, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/c8d574cc-en>.

Im Falle von Unstimmigkeiten ist ausschließlich der Text der englischen Version als verbindlich anzusehen.

© OECD/European Union 2025 für diese deutsche Ausgabe.



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

This work is made available under the Creative Commons Attribution 4.0 International licence. By using this work, you accept to be bound by the terms of this licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

Attribution – you must cite the work.

Translations – you must cite the original work, identify changes to the original and add the following text: *In the event of any discrepancy between the original work and the translation, only the text of original work should be considered valid.*

Adaptations – you must cite the original work and add the following text: *This is an adaptation of an original work by the OECD and the European Union. The opinions expressed and arguments employed in this adaptation should not be reported as representing the official views of the OECD or of its Member countries or of the European Union.*

Third-party material – the licence does not apply to third-party material in the work. If using such material, you are responsible for obtaining permission from the third party and for any claims of infringement.

You must not use the OECD's or European Commission's logo, visual identity or cover image without express permission or suggest the OECD or European Commission endorses your use of the work.

Any dispute arising under this licence shall be settled by arbitration in accordance with the Permanent Court of Arbitration (PCA) Arbitration Rules 2012. The seat of arbitration shall be Paris (France). The number of arbitrators shall be one.