



Frau
 Präsidentin des Nationalrates
 Mag.³ Barbara Prammer
 Parlament
 1017 Wien

XXIV. GP.-NR
 11642 /AB
 08. Aug. 2012
 zu 11982/J

Alois Stöger
 Bundesminister

GZ: BMG-11001/0166-I/A/15/2012

Wien, am 7. August 2012

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische
Anfrage Nr. 11982/J des Abgeordneten Dr. Karlsböck und weiterer Abgeordneter
 nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Einleitend ist festzuhalten, dass zur Beantwortung der vorliegenden
 parlamentarischen Anfrage eine Stellungnahme des Hauptverbandes der
 österreichischen Sozialversicherungsträger eingeholt wurde, die den nachstehenden
 Ausführungen zugrunde liegt.

Frage 1:

Zunächst ist anzumerken, dass die in Rede stehende Studie das Ziel hatte, vor allem
 den Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Entwicklung und Krebserkrankungen
 zu untersuchen. Es handelt sich dabei um eine weltweite Prognose der absoluten
 Anzahl von Krebsfällen basierend auf dem sogenannten „Human development Index“
 (HDI) und bezogen auf das Weltbevölkerungswachstum bis zum Jahr 2030. Der HDI
 berücksichtigt Lebenserwartung, Ausbildungsniveau und Bruttonationalprodukt und
 wurde in der Studie mit der Krebsentwicklung im Zeitraum 1988 - 2002 verglichen.
 Dabei wurde festgestellt, dass bestimmte Krebsarten in Regionen mit höherem HDI
 häufiger vorkommen als in solchen mit niedrigerem HDI. Die global erwartete
 Steigerung des HDI sollte statistisch daher auch zu einem Anstieg der Häufigkeit der
 entsprechenden Krebsarten führen.

Dazu ist allerdings Folgendes zu beachten: Die Autoren nehmen in ihrem Artikel
 mehrfach darauf Bezug, dass die Datenlage nicht ideal sei, auch betonen sie immer

wieder, dass sie von der heutigen Situation ausgehen und die Prognosen daher einem gewissen Unsicherheitsfaktor unterliegen, den sie nicht genau bestimmen können. Zusammenfassend kann daher festgehalten werden, dass es sich um eine Prognose handelt, die auf Schätzungen beruht und daher Unsicherheiten unterliegt, zudem beruhen die Prognosemethoden auf einer relativ einfachen Extrapolation der Zeittrends und beziehen Änderungen in Risikofaktoren etc. nicht ein.

Auf Österreich bezogen ist hinsichtlich der demographischen Entwicklung anzumerken, dass 2001 1,72 Mio. Österreicher/innen über 60 Jahre alt waren. Im Jahr 2021 ist ein Anstieg dieser Population auf 2,28 Mio. anzunehmen und im Jahr 2041 ist mit insgesamt 2,85 Mio. Österreicher/inne/n im Alter von über 60 Jahren zu rechnen.

Da das mediane Alter bei den meisten soliden Tumoren bei 65 Jahren liegt, ist naheliegend, dass die Inzidenzen auch in Österreich ansteigen werden. Aber selbst bei einer Zunahme der Inzidenz von Tumoren von absolut ca. 45% kann nicht von einer Verdoppelung der Inzidenz bzw. Mortalität gesprochen werden.

Das Risiko für Männer, bis zu ihrem 75. Lebensjahr an einem bösartigen Tumor zu erkranken, lag 1999 bei 37%, stieg in den folgenden Jahren an und ging bis zum Jahr 2009 auf 32% zurück. Bei Frauen zeigte sich eine leicht sinkende Tendenz von 24% auf 23%.

Bray et al. geben in ihrer Arbeit auch an, dass das kumulative Lebenszeitrisiko an Lungen-, Brust-, Darm- oder Prostatakrebs zu erkranken, in den wirtschaftlich gut entwickelten Ländern etwas mehr als 3% beträgt. Bei den anderen Krebslokalisationen übersteigt nur die Magenkrebskrankung das 1% kumulative Lebenszeitrisiko.

Weiters geht die Prognose der Autoren von der jetzigen Situation aus und berechnet die Entwicklungen auf Basis des heute in der Gesellschaft vorherrschenden Gesundheitsverhaltens. Die prognostizierte Steigerung an Krebskrankungen wäre daher nur unter der Voraussetzung als besorgniserregend einzustufen, dass keine präventiven Maßnahmen gesetzt und in den therapeutischen und rehabilitativen Möglichkeiten keine weitere Entwicklung erfolgen würde und es darüber hinaus auch in der palliativen Versorgung zu keiner Weiterentwicklung mehr käme.

Frage 2:

In den wirtschaftlich hoch entwickelten Ländern ist mehr als die Hälfte der Krebskrankungen auf Brust-, Lungen, Darm- und Prostatakrebs zurückzuführen. Es wird immer wieder ein Zusammenhang zur Ernährung postuliert; eine Assoziation kann in Kohortenstudien, Migrationsstudien und ökologischen Studien nachgewiesen werden.

Randomisierte Studien, die auch über lange Zeitperioden durchgeführt werden und die einen ursächlichen Zusammenhang wissenschaftlich begründen könnten, sind zur Themenstellung Ernährung und Krebserkrankung noch weitgehend ausständig.

Wahrscheinlich ist aber der beobachtete Effekt zwischen Lebensstilfaktoren, wie z.B. Ernährung und Krebsrisiko, hauptsächlich durch das Körperfett und die geringe physische Aktivität von Frauen und Männern zu erklären (Romaguera et al. 2012).

Gesichert ist, dass durch verbesserte Hygienebedingungen bei Lebensmitteln und verbesserte Konservierungsmethoden die Inzidenzen von Ösophagus- und Magenkarzinomen zurückgehen. Die Einnahme von Ballaststoffen, Obst und Gemüse scheint ebenfalls die Inzidenz von colorektalen Karzinomen zu reduzieren, hier gibt es jedoch widersprüchliche Daten (Andrew Chan, Gastroenterology 2010).

Durch Routineendoskopien als Screeningmethoden (Vorsorgecolonoskopie) wird die Inzidenzrate von Dickdarmkarzinomen aufgrund der hohen Entdeckungsrate steigen. Es ist aber erfreulicherweise eine Abnahme der altersstandardisierten Inzidenz (auf 100.000 Personen bezogen) von 37 auf 29 zu beobachten (1983 bis 2009).

Frage 3:

Die International Agency for Research on Cancer/IARC schätzt, dass 9% der postmenopausalen Brustkrebsfälle, 11% der Kolonkrebsfälle, 25% der Nierenkrebsfälle, 37% der Ösophaguskrebsfälle und 39% der Endometriumkrebsfälle auf Übergewicht und Adipositas zurückzuführen sind (Stein & Colditz 2004).

In Österreich waren 3,7% der Krebsneuerkrankungen von Männern und 6,0% der von Frauen im Jahr 1995 mit Übergewicht und Adipositas assoziiert (Statistik Austria). Den höchsten Anteil der mit Übergewicht und Adipositas assoziierten Krebsneuerkrankungen hatten das Endometriumkarzinom bei den Frauen (35,1%) und das Nierenkarzinom bei den Männern (23,9%), für Frauen und Männer der Gallenblasenkrebs (24% und 25%). Die beiden letzteren Karzinomlokalisationen treten eher selten auf.

Mit Ausnahme von Brustkrebs bei postmenopausalen Frauen sind die Krebslokalisationen, die mit Übergewicht und Adipositas in Verbindung gebracht werden, in Österreich relativ selten.

Gerade Adipositas und damit assoziierte Risikofaktoren wie Hypertonie und Diabetes führen in erster Linie zu Gefäßerkrankungen, sodass davon auszugehen ist, dass Patientinnen und Patienten mit diesen Risikofaktoren eher an kardiovaskulären Erkrankungen versterben als an Tumoren. Wie bei allen Lebensstiluntersuchungen ist z.B. Adipositas meist auch mit einer ungesunden Lebensweise und Bewegungsmangel assoziiert, sodass Interpretationen dieser Studienergebnisse immer problematisch sein werden, jedenfalls aber alles zur Förderung eines gesunden Lebensstils zu tun ist.

Frage 4:

Wohlstand steht immer im Zusammenhang mit einer sinkenden Geburtenrate in der Bevölkerung. Die Zunahme an Brustkrebskrankungen in fast allen Ländern ist nicht allein auf die sinkende Geburtenrate zurückzuführen, hierfür sind mehrere Faktoren ausschlaggebend, wie die Östrogenexposition, Umweltfaktoren wie Weichmacher sowie Übergewicht und Adipositas in und nach den Wechseljahren.

In ihrem Artikel nehmen die Autoren bei Brust- und Prostatakrebskrankungen darauf Bezug, dass nicht nur demografische Veränderungen und das Risikoverhalten für die Prognose wichtig sind, sondern auch die Früherkennungsmodalitäten.

In Österreich gibt es laut Statistik Austria keinen Anstieg der Inzidenz von Mammakarzinomen in den letzten 12 Jahren (1997 bis 2009). Diese war von 1983 bis 1997 zwar deutlich angestiegen (57 auf 77), sinkt aber seither kontinuierlich auf 69 ab (Altersstandardisierte Rate auf 100.000 Frauen).

Frage 5:

Grundsätzlich stellen Präventionsmaßnahmen, das therapeutische Vorgehen und die palliative Versorgung wesentliche Faktoren für die Zu- und Abnahme sowie den Verlauf von Krebskrankungen und -todesfällen in der Bevölkerung dar.

Der in meinem Ressort etablierte Onkologiebeirat wurde daher von mir beauftragt, ein nationales Krebsrahmenprogramm zu erarbeiten, das geeignet ist, die insgesamt gute Position Österreichs in der Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten nicht nur aufrechtzuerhalten, sondern weiter auszubauen und zu verbessern.

Ein langfristiges Programm erscheint auch wichtig, um inhaltliche Qualitäten sicherzustellen und Voraussetzungen für eine auch künftig richtungsweisende Position und Qualität des österreichischen Gesundheitssystems zu garantieren.

Hinsichtlich der Präventionsmaßnahmen darf ich auf den von mir ins Leben gerufenen Nationalen Aktionsplan Ernährung (NAP.e) verweisen, dessen Zielsetzungen eine Verringerung von Fehl-, Über- und Mangelernährung sowie eine Trendumkehr der steigenden Übergewichts- und Adipositaszahlen bis 2020 umfassen. Der NAP.e wird jährlich überarbeitet, um Aktualität und eine qualitätsgesicherte Vorgangsweise zu gewährleisten; der Fokus liegt weiterhin bei den Zielgruppen Kinder, Schwangere, Stillende und sozial Schwache, neu dazu kommt die Zielgruppe der älteren Menschen.

Im NAP.e wird auch die Bedeutung von Bewegungsmangel in der Entstehung von Erkrankungen hervorgehoben. Im Bewusstsein, dass körperliche Bewegung, Gesundheit und Lebensqualität in einem engen Zusammenhang stehen, wurde daher von meinem Ressort gemeinsam mit dem Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport der Nationale Aktionsplan Bewegung (NAP.b) erarbeitet, der dem hohen Stellenwert von Bewegung für die Gesundheit durch Förderung der körperlichen

Aktivität Rechnung tragen wird (der Entwurf befindet sich derzeit im Konsultationsverfahren).

Auch der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger weist darauf hin, dass das Krebsrisiko nach den vorliegenden Informationen zu ca. 30% aus genetischen Faktoren, zu 30% aus dem westlichen Lebensstil, zu 30% aus Nikotinkonsum und zu 5 - 10% aus dem Faktor Umwelt und Industrie resultiert und führt in diesem Zusammenhang weiter aus:

„Als wichtigste Schutzmaßnahmen gegen Krebserkrankungen gelten ein lebenslanges Normalgewicht und ein normaler Bauchumfang, daher stehen Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung sowie vermehrt körperlicher Bewegung im Vordergrund. Da der Nikotinkonsum eine wesentliche Rolle bei der Krebsentstehung spielen kann, wird der bisher schon durchgeföhrten Raucherberatung bzw. Entwöhnung als echter Krebsschutzfaktor eine immer wichtigere Rolle zukommen. Umweltschutzmaßnahmen, welche die Belastung durch unsere Umwelt (Essen, Trinken, Einatmen, sowie allgemeine Belastung) erkennen und minimieren sind in Zukunft in jedem Krebspräventionsprogramm einzubeziehen.“

Nahezu alle im Bereich der Prävention gesetzten Maßnahmen von Veranstaltungen mit Bewegungs- und Ernährungsberatung über Vorsorgeuntersuchungen bis hin zu Disease-Management-Programmen und gezielten Screeningmaßnahmen haben nicht nur zum Ziel, die allgemeine Gesundheit der Versicherten zu verbessern, sondern auch die Früherkennung derartiger Krankheiten zu fördern und somit eine bessere Behandlung zu ermöglichen.“

Hinsichtlich Brustkrebs- und Darmkrebsvorsorge kann auf die aktuellen intensiven Bemühungen meines Ressorts, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer verwiesen werden. Mir ist es ein besonderes Anliegen evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Früherkennungsuntersuchungen zu ermöglichen. Ab 2013 soll daher das neue Brustkrebsscreening für 45- bis 69-Jährige Frauen in wesentlich gesteigerter Qualität im Verhältnis zu den bisherigen Untersuchungen zur Verfügung stehen.

Ebenso besteht seit 2005 mit Einführung der neuen Vorsorgeuntersuchung die Möglichkeit einer Darmkrebsvorsorge, die von immer mehr Personen genutzt wird und die als eine sehr sinnvolle Vorsorgemaßnahme gilt, weil diese Krebsart im Regelfall sehr lange bis zur vollen Ausbildung benötigt und durch Entfernung von verdächtigen Polypen während der Darmspiegelung und nachfolgender histologischer Kontrollen Krebserkrankungen wirksam verhindert werden können.

Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind bemüht, im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten und unter Wahrung der auf dem eingeschlagenen Konsolidierungspfad bereits erzielten Erfolge durch eine Fülle von Einzelmaßnahmen

und Projekten die Früherkennung von Krebserkrankungen zu fördern und das Erkrankungsrisiko zu senken.

So werden von der Wiener Gebietskrankenkasse zahlreiche gesundheitsfördernde Maßnahmen, wie etwa Raucherentwöhnungsprogramme, Ernährungsberatung, etc. angeboten und Maßnahmen vorangetrieben, die die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen, wie etwa dem Brustkrebsscreening (ab 2013 im Rahmen des nationalen Brustkrebsfrüherkennungsprogramms), der Darmspiegelung oder der Vorsorgeuntersuchung, erhöhen.

Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse hat bedingt durch die Zunahme chronischer Erkrankungen, neuer Konsummuster, Bewegungsmangel und die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung, die Gesundheitsförderungsstrategie „Integrierte Gesundheitsförderung - 2012 bis 2016“ zur Stärkung und Ausweitung des Präventions- und Gesundheitsförderungsbereiches beschlossen, die eine Reihe unterschiedlichster präventiver Maßnahmen beinhaltet, welche teilweise auch bedarfsgerecht im Bereich Setting „Schule“ und „Betriebliche Gesundheitsförderung“ einfließen und für deren Entwicklung, Implementierung, Koordinierung und praktische Umsetzung ein multidisziplinäres Team eingesetzt wird. Die Kasse hat für die Gesundheitsförderungsstrategie 2012 bis 2016 rund 17 Mio. € (ohne Personalkosten) im ordentlichen Haushalt budgetiert.

Die Burgenländische Gebietskrankenkasse weist darauf hin, dass das Burgenland im Bundesländervergleich einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Vorsorgeuntersuchungen hat. Die BGKK forciert auch das Mammakarzinomscreening. Finanziell werden die Maßnahmen zur Krebsprävention mit den geplanten Einsparungen koordiniert.

Von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse werden im Bereich der Primärprävention (Gesundheit soll erhalten und die Entstehung von Krankheit möglichst verhindert werden) zusätzlich zur betrieblichen Gesundheitsförderung Programme speziell zum Thema Ernährung, Rauchen und Bewegung angeboten. Im Bereich der Sekundärprävention (Früherkennung von Erkrankungen, sodass durch eine entsprechende Therapie das Fortschreiten der Erkrankung verhindert werden kann oder sogar eine vollständige Heilung möglich ist) können auf Kosten der Kasse verschiedene Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen werden.

Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse bietet Versicherten qualitätsgesicherte Programme in den Themenfeldern Tabakentwöhnung, Ernährung, schulische und betriebliche Gesundheitsförderung sowie Vorsorgeuntersuchungen an. Seit 2007 engagiert sich die Kasse gemeinsam mit dem Land Steiermark und Vivid, Fachstelle für Suchtprävention, mit der Tabakpräventionsstrategie Steiermark in der Tabakentwöhnung. Mit umfangreicher Informationsweitergabe über die Gefahren des Rauchens, die schädlichen Folgen des Passivrauches und die Vorteile eines Rauchstopps durch regelmäßige Öffentlichkeitsarbeit und Kampagnen wird die

Bevölkerung zu diesem Thema sensibilisiert. Weiters wird umfassende evidenzbasierte Tabakentwöhnung angeboten. Mit dem erfolgreichen „Rauchfrei in 6 Wochen“-Seminar konnten seit 2007 an die 3.000 Personen entwöhnt werden. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Fortbildung von Gesundheitsberufen in der Tabakprävention. Durch intensive Präventionsarbeit und Tabakentwöhnung wird ein wesentlicher Beitrag zur Reduktion des Krebsrisikos in der Bevölkerung geleistet. Die Finanzierung der Maßnahmen erfolgt ebenfalls in einer Kooperation von Kasse und Land Steiermark.

Um dem Anstieg von Adipositas entgegenzuwirken und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung positiv zu beeinflussen, setzt die Steiermärkische Gebietskrankenkasse insbesondere mit verschiedenen Projekten und Initiativen an der Zielgruppe der Schwangeren, Stillenden und deren Familien an. Andererseits organisiert die Kasse Fortbildungen für Gesundheitsberufe, die mit der Zielgruppe in Kontakt sind und vernetzt mit Institutionen/Berufsvertretungen und Vereinen zu diesem Thema. Die Zielgruppe der sozial Benachteiligten und Migrant/inn/en findet dabei besondere Berücksichtigung. Die Vorhaben werden in einem gemeinsamen Projekt mit dem Land Steiermark umgesetzt.

Mit den Programmen „Gesunde Schule, bewegtes Leben“ sowie „Gesunde Mitarbeiter/innen erfolgreiche Unternehmen“ bietet die Steiermärkische Gebietskrankenkasse in der gesamten Steiermark langfristige Begleitung und Unterstützung auf dem Weg zur gesunden Schule bzw. dem gesunden Betrieb. Bis dato wurden 62 Schulen und über 9.500 Schüler/innen sowie 81 Betriebe mit über 45.000 Beschäftigten erreicht. Die Programme werden von der STGKK teilweise aus Mitteln des Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung gemäß § 447h ASVG finanziert.

Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau tritt für eine Förderung der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungs-Programmen, wie Darmspiegelungen (ev. schon vor dem 50. Lebensjahr), für Frauen jährliche frauenärztliche Untersuchungen (Abstrichuntersuchung von Gebärmutterhals und Muttermund) sowie Mammografien, für Männer jährliche Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, die unter anderem eine Prostatauntersuchung enthalten, ein.

Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern geht in ihren Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen speziell auf die Thematik der richtigen Ernährung ein. Die einzelnen Aktionen sind sowohl auf die Zielgruppe der Kinder bzw. Jugendlichen als auch für Erwachsene ausgerichtet.

Fragen 6 und 8:

Notwendige Maßnahmen im Bereich der Prävention und im Bereich der kurativen Medizin werden auch in Zukunft finanziert sein. So sind keine Einsparungen in der Gesundheitsversorgung vorgesehen, sondern es soll lediglich eine Dämpfung der derzeitigen Steigerungen der öffentlichen Gesundheitsausgaben erreicht werden. Das

bedeutet, dass die Gesundheitsausgaben weiterhin in moderatem Maße, entsprechend dem zu erwartenden durchschnittlichen BIP-Wachstum, zunehmen können.

Zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung ist vereinbart, dass eine prozentuell geringere Zunahme der Gesundheitsausgaben in den kommenden Jahren durch entsprechende Strukturveränderungen im Gesundheitssystem, durch Prozessoptimierungen in den Behandlungsabläufen und durch eine stärkere Ausrichtung der Gesundheitsversorgung auf präventive Maßnahmen, die in weiterer Folge zu einem geringeren Bedarf an kurativen Maßnahmen führen, erreicht werden soll. Zu diesem Zweck wird das zwischen dem Bund, den Ländern und der Sozialversicherung bereits vereinbarte partnerschaftliche Zielsteuerungssystem für das österreichische Gesundheitswesen gemeinsam mit dem vereinbarten Ausgabendämpfungspfad für die öffentlichen Gesundheitsausgaben in den nächsten Jahren umgesetzt werden. So werden gerade durch die Realisierung dieses zielorientierten Steuerungsmodells sowohl der niederschwellige Zugang und die hohe Qualität der Gesundheitsversorgung als auch die langfristige Finanzierbarkeit der im Gesundheitswesen notwendigen Maßnahmen gewährleistet.

Seitens des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger wird dazu Folgendes ausgeführt:

„Die Krankenversicherungsträger haben aufgrund ihrer gesetzlichen Verpflichtung alle aus dem Titel Krankheit zustehenden Pflichtleistungen bzw. -aufgaben (Krankenbehandlung, Anstaltpflege, medizinische Rehabilitation usw.) zu gewähren. Der Umfang der kurativen Heilbehandlung ist somit gesetzlich vorgegeben und wird seitens der Krankenversicherungsträger in erster Linie durch den Ärztegesamtvertrag und dessen Honorarordnung präzisiert. Bereits bisher wird in der kurativen Medizin die nach dem aktuellsten Stand der Wissenschaft für das jeweilige Krankheitsbild am besten geeignete Methode zur Verfügung gestellt.“

Nach den Vorgaben des Gesetzgebers soll der Behandlungsauftrag wie bisher erfüllt und Einsparungen durch ökonomischeren Mitteleinsatz erzielt werden. Daher wird es auch durch die geplanten Einsparungen zu keinen Leistungseinschränkungen für die Versicherten kommen.

Die laufenden Aktivitäten im Bereich der Weiterentwicklung des ÖSG und der RSG nehmen auf Änderungen der Epidemiologie unabhängig von der Ursache Bedacht. Mit der Verschiebung der Häufigkeit von Krankheitsbildern geht auch eine Änderung in den Behandlungsmöglichkeiten einher, weil eine Zunahme der Häufigkeit den jeweiligen Bereich attraktiver für Forschung und Entwicklung macht. Die Forschungsförderung nimmt daher auch bei der Vorbereitung auf epidemiologische Veränderungen einen wichtigen Stellenwert ein (Beispiel Oncotyrol als Krebszentrum - Beteiligung auch der Sozialversicherung).

Da die Prognose den Zeitraum bis 2030 umfasst, ist der derzeitige Konsolidierungspfad dadurch nicht gefährdet. Die Dynamik der Änderungen für Österreich wird - wie aus der Beschreibung ersichtlich - anders als die weltweite Dynamik ausfallen. Im Bereich der kurativen Medizin sind daher keine Maßnahmen erkennbar, die aufgrund der erwähnten Studienergebnisse speziell gesetzt werden müssten.“

Frage 7:

Wie bereits zu Frage 5 erwähnt, habe ich den Onkologiebeirat mit der Erarbeitung eines nationalen Krebsrahmenprogramms beauftragt. Ziel des Programmes ist es, Voraussetzungen für eine auch künftig richtungsweisende Position und Qualität des österreichischen Gesundheitssystems zu garantieren.

Selbstverständlich fließen auch neuere Entwicklungen in den Leistungskatalog der Krankenversicherungsträger ein. Vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wurde in diesem Zusammenhang mitgeteilt, dass etwa von der Wiener Gebietskrankenkasse 2011 folgende neue Maßnahmen in die Honorarordnung aufgenommen wurden:

- „*Fachärzte für Urologie haben seit dem 1. April 2011 die Abrechnungsmöglichkeit für ein ausführliches uro-onkologisches Beratungsgespräch bei Krebsdiagnose sowie Krebsverdacht. Mit der Einführung dieser Leistung wurde der Umstand, dass Karzinome im urologischen Bereich die zweithäufigste Krebserkrankung darstellen, berücksichtigt, da speziell in diesem Bereich Handlungsbedarf bestand.*
- *Für die Fachgruppe für Frauenheilkunde und Geburtshilfe wurde ab 1. April 2011 die Leistung „frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen“ in den Leistungskatalog aufgenommen. Im Vordergrund dieses Beratungsgesprächs soll die verstärkte Bewusstseinsbildung Jugendlicher gegenüber sexuell übertragbaren Krankheiten, die teilweise auch für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs verantwortlich sind, stehen. Eine ausführliche Beratung zur Prophylaxe von derartigen Infektionen erschien insbesondere in der Altersgruppe der 12- bis 18-jährigen von hoher Bedeutung.*

Weiters werden die im Rahmen des Nationalen Brustkrebs-Früherkennungs-Programms verbindlich geregelten Qualitätskriterien auf die kurativ durchgeführte Mammographie übertragen und haben daher in Kürze auch Teil des kurativen Tarifkatalogs zu sein.“

Bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse laufen über die im kurativen Bereich bereits in der Honorarordnung abgebildeten sowohl therapeutischen als auch

diagnostischen Leistungen derzeit folgende Pilotprojekte:

- „*Palliativversorgung: damit soll die Betreuung und Lebensqualität von Menschen mit unheilbaren, fortgeschrittenen Erkrankungen verbessert werden und eine bestmögliche Betreuung vor Ort ermöglicht werden.*“
- *Akutgeriatrie: dieses Projekt dient in erster Linie einer besseren Vernetzung zwischen intramuralem und extramuralem Bereich und soll die Behandlungsqualität und die Kommunikation zwischen diesen beiden Bereichen im Sinne der Patienten optimieren.“*

Die Tiroler Gebietskrankenkasse hat nach Mitteilung des Hauptverbandes spezifische Projekte gestartet, die die Versorgung von Krebskranken verbessern sollen. Konkret geht es dabei um die Hospiz- und Palliativversorgung sowie Sonderverträge für die onkologische Versorgung. Zudem werden Zuschüsse zu Rehabilitationsaufenthalten im Krebszentrum Lanzerhof (Brustkrebsnachsorge) gewährt.

Ganz allgemein ist darauf hinzuweisen, dass internationale und nationale Vergleiche zur Verfügbarkeit von (hochpreisigen) Onkologika für Österreich eine sehr hohe Versorgungsdichte und einen niederschwelligen Zugang zeigen.

Abschließend ist auch anzumerken, dass eine eindeutige Trennung zwischen Leistungen der Prävention und kurativen Leistungen nicht immer möglich ist.

