

Rudolf Anschober
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2020-0.229.924

Wien, 8.6.2020

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 1465J der Abgeordneten Mag. Drobits, Heinisch-Hosek und GenossInnen betreffend Krebserkrankungen** wie folgt:

Frage 1: *Die Diagnose Krebs stellt das Leben der Betroffenen auf den Kopf. Vor allem für im Berufsleben stehende Menschen stellen sich zahlreiche Fragen wie zB werde ich meinen Arbeitsplatz behalten, wovon werde ich leben, wie schaffe ich den Wiedereinstieg nach einem möglicherweise längeren Krankenstand, etc. Liegen Ihrem Ressort Daten vor, wie viele Personen aufgrund einer Krebserkrankung 2018 und 2019 arbeitsunfähig waren und sich im Krankenstand befanden (bitte nach Geschlechtern getrennt angeben)?*

Für das Jahr 2018 sind in der Krankenstands-Statistik des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger 39.071 unselbständig Erwerbstätige in der Krankheitsgruppe Neubildungen ausgewiesen (22.515 Frauen, 16.556 Männer). Die Gruppe Neubildungen umfasst neben Krebserkrankungen auch Krankenstände durch gutartige Tumore und sonstige Neubildungen (Bei Invaliditätspensionen ist der Anteil von Krebserkrankungen an allen Neubildungen etwa 90%). Eine Statistik für das Jahr 2019 liegt noch nicht vor.

Frage 2: *Wie viele an Krebs erkrankte Personen bezogen 2018 und 2019 Krankengeld und wie lange dauerten diese Krankenstände durchschnittlich (bitte nach Geschlechtern getrennt angeben)?*

Die durchschnittliche Dauer der Krankenstände aus Frage 1 für das Jahr 2018 war 42,5 Tage (43,6 Frauen, 40,9 Männer). Krankengeldtage sind ein Teil der Krankenstandstage, aber dazu liegen keine Daten vor. Für das Jahr 2019 liegen noch keine Daten vor.

Frage 3: *Wie viele an Krebs erkrankte Personen bezogen 2018 und 2019 Sonderkrankengeld (bitte nach Geschlechtern getrennt angeben)?*

ÖGK: In den Jahren 2018 und 2019 haben in Summe 297 an Krebs erkrankte unselbständig Erwerbstätige Sonderkrankengeld bezogen (166 Frauen, 131 Männer).

BVAEB: Im Jahr 2018 haben eine Frau und ein Mann, die an Krebs erkrankt sind, Sonderkrankengeld bezogen. Im Jahr 2019 hat niemand Sonderkrankengeld bezogen.

Frage 4: *Nach Ende des Krankengeldanspruches müssen Arbeitnehmerinnen wieder für einige Zeit arbeiten gehen, um pflichtversichert zu sein und dadurch einen neuerlichen Anspruch auf Krankengeld zu haben. Wer nach einem Jahr der Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens 13 Wochen arbeiten gehen kann, kann um eine Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension ansuchen. Wie viele an Krebs erkrankte Personen beziehen eine derartige Pension? Wie viele davon befristet? Wie hoch ist die Zuerkennungsrate und wie viele der Ansuchen wurden mittels Bescheid abgelehnt und befinden sich gerade im Zustand des Einspruches (bitte nach Geschlechtern getrennt angeben)?*

PVA: Zum Stand Dezember 2019 haben 6.451 an Krebs erkrankte Personen von der Pensionsversicherungsanstalt eine Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension bezogen (2.348 Frauen, 4.103 Männer). Davon waren 277 befristet (98 Frauen, 179 Männer). Im Jahr 2019 gab es 1.756 Zuerkennungen und 1.293 Ablehnungen (Zuerkennungsrate = 57,6%). Davon wurden zwischen Jänner 2019 und März 2020 229 Klagen in erster Instanz eingebracht. Von den Klagen sind 101 bereits erledigt.

BVAEB: Derzeit beziehen im Zuständigkeitsbereich der BVAEB in der gesetzlichen Pensionsversicherung 138 Personen mit einer Krebserkrankung eine Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension (31 Frauen, 107 Männer). Eine Leistung davon ist befristet. Im Jahr 2019 wurden 16 dieser Pensionen zuerkannt (5 Frauen, 11 Männer). Die Anzahl der abgelehnten Anträge bei Krebserkrankung ist nicht feststellbar.

Frage 5: *Wie viele Personen, die 2018 und 2019 Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung bezogen, befanden sich aufgrund einer Krebserkrankung im Krankenstand (bitte nach Geschlechtern getrennt angeben)?*

ÖGK: In den Jahren 2018 und 2019 befanden sich 8.169 an Krebs Erkrankte, die Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung bezogen, im Krankenstand (4.561 Frauen, 3.608 Männer).

BVAEB: Im Jahr 2018 befanden sich zwei an Krebs erkrankte Männer, die Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung bezogen, im Krankenstand. Im Jahr 2019 war es ein Mann.

Frage 6: *Wie viele an Krebs erkrankte Personen haben 2018 und 2019 den Status des "begünstigten behinderten Arbeitnehmers" beantragt und zuerkannt bekommen (bitte nach Geschlechtern getrennt angeben)?*

Anzahl der Personen, deren Feststellungsantrag zum Kreis der begünstigten Behinderten in den Jahren 2018 oder 2019 positiv entschieden wurde. Eingeschränkt auf Personen mit Gesundheitsschädigung(en) gemäß Einschätzungsverordnung - Kapitel 10 „BLUT, BLUTBILDENDE ORGANE UND DAS IMMUNSYSTEM“ (Positionen 10.03.01 – 10.03.10.) und/oder Kapitel 13 „MALIGNOME“ (Positionen 13.01.01 – 13.01.05):

Stand: 20.04.2020

Anzahl der Personen	2018			2019			Gesamt
	männlich	weiblich	Summe	männlich	weiblich	Summe	
Landesstelle Bgld	28	44	72	29	44	73	145
Landesstelle Kärnten	63	74	137	69	90	159	296
Landesstelle NÖ	131	247	378	141	214	355	733
Landesstelle OÖ	100	114	214	95	142	237	451
Landesstelle Slbg	11	34	45	15	45	60	105
Landesstelle Stmk	89	138	227	88	165	253	480
Landesstelle Tirol	48	59	107	52	86	138	245
Landesstelle VlbG	17	29	46	23	30	53	99
Landesstelle Wien	122	253	375	121	267	388	763
Summe	609	992	1.601	633	1.083	1.716	3.317

Aufgrund der geltenden Richtlinien zur Einschätzung von Behinderungen anhand der Einschätzungsverordnung erfolgen nach Antragstellung bezüglich Feststellung des Grades der Behinderung nach dem Behinderteneinstellungsgesetz bei Tumorpatientinnen und Tumorpatienten nach Entfernung eines Tumors bei Notwendigkeit einer weiterführenden onkologischen Behandlung innerhalb der Heilungsbewährung (in der Regel 5 Jahre) Einschätzungen der Grade der Behinderung zwischen 50-100%, abhängig von Lokalisation, Art, Ausdehnung, Therapie und individueller Funktionseinschränkung.

Somit ist bei angeführten Rahmenbedingungen bei Antragstellerinnen und Antragstellern im arbeitsfähigen Alter mit Malignomen von einer Zugehörigkeit zum Personenkreis der begünstigten, behinderten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auszugehen.

Nach Abschluss der Heilungsbewährung erfolgen Nachuntersuchungen, in deren Rahmen der dann vorliegende Gesundheitszustand erhoben und bewertet wird.

Bei weiterhin bestehender Tumoraktivität und Notwendigkeit weiterer, onkologischer Behandlung erfolgt auch weiterhin eine Einschätzung des Grades der Behinderung zwischen 50-100%.

Kann ein Malignom wegen der Lokalisation, seiner Ausdehnung oder anderer maßgeblicher Umstände nicht operativ entfernt oder nicht auf andere Weise zielführend behandelt werden, ist auf Dauer eine Einschätzung des Grades der Behinderung mit 100% vorzunehmen.

Ist aus medizinischer Sicht eine Heilung der Tumorerkrankung, entweder bereits nach der Primärbehandlung oder nach abgeschlossener, adjuvanter Behandlung nach Entfernung des Tumors nach Abschluss der Heilungsbewährung (in der Regel 5 Jahre) eingetreten, erfolgt eine Einschätzung des Grades der Behinderung zwischen 10-40%, entsprechend der individuell vorliegenden Funktionseinschränkungen.

Frage 7: *Wie viele an Krebs erkrankte Personen bezogen 2019 Wiedereingliederungsgeld (bitte nach Geschlechtern getrennt angeben)?*

ÖGK: In den Jahren 2018 und 2019 haben 894 an Krebs erkrankte Personen Wiedereingliederungsgeld bezogen (581 Frauen, 313 Männer).

BVAEB: Im Jahr 2019 haben 46 an Krebs erkrankte Personen Wiedereingliederungsgeld bezogen (39 Frauen, 7 Männer). Für das Jahr 2018 liegen uns keine Daten der BVAEB vor.

Frage 8: *Wie viele an Krebs erkrankte Personen bezogen 2018 und 2019 Rehabilitationsgeld (bitte nach Geschlechtern und Bundesländern getrennt angeben)?*

ÖGK: In den Jahren 2018 und 2019 haben 2.771 an Krebs erkrankte Personen Rehabilitationsgeld bezogen (1.081 Männer und 1.690 Frauen).

Anzahl Bezieher Rehabilitationsgeld ÖGK, 2018 und 2019

Bundesland	Frauen	Männer
Burgenland	61	42
Kärnten	136	80
Niederösterreich	413	252
Oberösterreich	192	161
Salzburg	86	32
Steiermark	286	187
Tirol	112	63
Vorarlberg	57	42
Wien	347	222
Österreich gesamt	1.690	1.081

BVAEB: Im Jahr 2018 und im Jahr 2019 haben jeweils 4 an Krebs erkrankte Männer und 4 an Krebs erkrankte Frauen bei der BVAEB (Abt. Eisenbahnen und Bergbau) Rehabilitationsgeld bezogen.

Frage 9: *Wie viele an Krebs erkrankte Personen standen 2018 und 2019 im Bezug der Mindestsicherung (bitte nach Geschlechtern und Bundesländern getrennt angeben)?*

ÖGK: In den Jahren 2018 und 2019 standen 4.038 an Krebs erkrankte Personen im Bezug der Mindestsicherung (2.173 Frauen, 1.865 Männer).

Anzahl Bezieher Mindestsicherung ÖGK, 2018 und 2019

Bundesland	Frauen	Männer
Burgenland	25	58
Kärnten	101	144
Niederösterreich	292	103
Oberösterreich	225	152
Salzburg	83	72
Steiermark	130	124
Tirol	80	121
Vorarlberg	174	150
Wien	1.063	941
Österreich gesamt	2.173	1.865

Frage 10: *Wie viele an Krebs erkrankte Personen hatten 2018 und 2019 nach Ende des Krankengeldbezuges weder Anspruch auf Wiedereingliederungsgeld, noch auf Rehabilitationsgeld oder Mindestsicherung? Welche sozialen Netze sind für diese Betroffenen vorhanden?*

Diese Daten liegen meinem Ressort nicht vor.

Frage 11: *Besonders schlimm trifft die Diagnose Krebs junge Menschen, die sich noch in Ausbildung befinden und noch keine Leistungsansprüche erworben haben. Wie viele Menschen sind in Österreich davon betroffen und welche sozialen Netze sind für diese Betroffenen vorhanden (bitte nach Geschlechtern getrennt angeben)?*

Diese Zahlen liegen meinem Ressort nicht vor.

Die in Frage 6 dargelegten Rahmenbedingungen bezüglich der Einschätzung des Grades der Behinderung gelten auch für Kinder im Vorschulalter und Kinder und Jugendliche in Ausbildung. Als soziale Netze sind der Bezug der erhöhten Familienbeihilfe und Leistungen, die im Bundesbehindertengesetz geregelt sind, zu erwähnen. Zudem besteht für Tumorpatientinnen und -patienten unabhängig des Lebensalters die Möglichkeit, Pflegegeld zu beantragen. Die Höhe desselben richtet sich nach dem im Rahmen ärztlicher

oder pflegerischer Gutachten festgestellten Betreuungs- und Hilfsbedarf im Sinne des Bundespflegegeldgesetzes.

Abschließend ist die Möglichkeit der hospiz- und palliativmedizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten jeden Lebensalters bei weit fortgeschrittenem Stadium einer Tumorerkrankung, in dem keine zielführenden, onkologischen Behandlungsmöglichkeiten mehr bestehen, zu erwähnen.

Frage 12: *Sie haben in einem Pressegespräch angekündigt, dass die Einrichtung eines nationalen Komitees für Screening auf Krebserkrankungen geplant ist. Dieses Komitee soll dem Gesundheitsminister Empfehlungen für die Implementierung neuer Screening-Programme liefern, aber auch bestehende Programme auf Basis von Evaluierungen weiterentwickeln. Wann wird dieses nationale Komitee eingerichtet? Wer wird diesem Komitee als Expertin angehören, was sind die Voraussetzungen und wer trifft die Auswahl?*

Aufgabe des Nationalen Komitees für Screening auf Krebserkrankungen ist die Beratung des Bundesministers für Gesundheit sowie der Sozialversicherung und der Länder zu Screening-Fragestellungen. Sämtliche Empfehlungen sowie Tätigkeiten des Gremiums werden transparent und nachvollziehbar zu gestalten sein. Die Etablierung wird in den nächsten Wochen erfolgen, die Personalentscheidung wird von mir getroffen.

Das Komitee soll aus ca. 10 Mitgliedern bestehen, und zwar aus Expertinnen/Experten der Bereiche Public Health, Epidemiologie, Onkologie, Pathologie, HTA, Gesundheitsökonomie, Recht, Ethik sowie nicht-ärztlichen Berufsgruppen; Vertreterinnen/Vertreter von Patientinnen/Patienten bzw. der Bevölkerung; in einem begleitenden Sounding-Board sollen Vertreterinnen/Vertreter der finanzierenden Organisationen bzw. Programmgestalter (SV, Länder, Bund) einbezogen werden.

Frage 13: *Seit 2014 gibt es in Österreich ein organisiertes Brustkrebs-Früherkennungsprogramm, das aktuell rund 50 % der Frauen erreicht. Welche Initiativen sind geplant, um mehr Frauen anzusprechen, dieses Programm zu nutzen? Was sind die Ergebnisse aus dem Früherkennungsprogramm?*

Vorausgeschickt wird, dass das erklärte Ziel des Brustkrebsfrüherkennungsprogramms nicht die Maximierung der Teilnahmequote, sondern die Ermöglichung einer mündigen Entscheidung der teilnahmeberechtigten Frauen für oder gegen die Programmteilnahme ist – dies vor dem Hintergrund, dass eine Programmteilnahme auch mit den prinzipiell möglichen Risiken falsch-positiver Untersuchungsergebnisse und damit in der

Retrospektive unnötigen Folgeuntersuchungen, invasiven Eingriffen oder Übertherapien verbunden ist. Der Nutzen und das mögliche Risiko einer Früherkennungsuntersuchung müssen von jeder Frau für sich vor dem Hintergrund des eigenen Gesundheitsbewusstseins und des persönlichen Sicherheitsbedürfnisses bewertet werden.

2014/15 haben 537.958 Frauen in der Kernzielgruppe der 45- bis 69-Jährigen (37 Prozent der teilnahmeberechtigten Frauen in dieser Altersgruppe) eine Früherkennungsuntersuchung in Anspruch genommen. Dieser Anteil ist in den Jahren 2016/17 um etwa 75.000 Frauen auf 613.049 (41 Prozent der teilnahmeberechtigten Frauen in der Kernzielgruppe) gestiegen. Fasst man diagnostische Mammografie und Früherkennungsmammografie zusammen, so haben 2014/15 rund 50 % und 2016/17 52 % der Frauen in der Zielgruppe eine Mammografie erhalten. Rechnet man zudem die so genannten Leermeldungen (bspw. bei Wahlarztleistungen) hinzu, so erhöht sich dieser Wert nochmals um 2 bis 5 Prozentpunkte.

Weiters muss für das Jahr 2014 angenommen werden, dass ein Teil der Früherkennungsuntersuchungen noch als diagnostische Mammografien abgerechnet wurde.

Als besonders kritisch muss angesehen werden, dass nur 54 % der Frauen in der Kernzielgruppe, die 2014/15 mit einem unauffälligen Ergebnis am BKFP teilgenommen haben, in den Jahren 2016/17 erneut eine Früherkennungsmammografie durchführen ließen. Wenngleich ein Teil der Frauen zu einem späteren Zeitpunkt wieder am BKFP teilgenommen hat, ist das ein starker Hinweis darauf, dass bei Frauen, die sich einmal für die Teilnahme am BKFP entschieden haben, die Einhaltung des empfohlenen Regelintervalls von zwei Jahren stärker gefördert werden könnte. Gleichzeitig bedeutet dies aber auch, dass es 2016/17 durchaus gelungen ist, zahlreiche Frauen erstmals zur Programmteilnahme zu motivieren.

Eine Befragung von Frauen in der Kernzielgruppe zeigt, dass vor allem hinsichtlich folgender für eine mündige Teilnahmeentscheidung wichtiger Punkte zusätzlicher Informationsbedarf besteht: Intervall und Teilnahmeregelungen, Risikofaktoren für eine Brustkrebs-Erkrankung, Nutzen und möglicher Schaden einer Brustkrebs-Früherkennung.

Weiters ist anzumerken, dass zwar der Zielwert von 70 % auf Basis der EU-Guidelines angestrebt wird, aber das Erreichen dieses oftmals ein langfristiger Prozess ist – vgl. Länder, die diesen Wert bereits erreicht haben, haben ein organisiertes Screening seit 10

Jahren und länger im Einsatz. Selbst Deutschland, wo das organisierte Screening seit rund 11 Jahren läuft, hat eine stabile Teilnahmerate von „nur“ 54 %.

Die Koordinierungsstelle entwickelt das BKFP auf Basis der Erfahrungen und Entwicklungen sowie der Evaluierungsergebnisse ständig weiter. So empfiehlt hinsichtlich der Erhöhung der Teilnahmerate die Gesundheit Österreich GmbH im Rahmen des Evaluierungsberichtes 2014-17 eine proaktivere Informationsstrategie.

Die Information der Frauen über Inhalte und Teilnahme am Programm steht bereits seit Jahren im Fokus und wird auf vielen Kanälen betrieben – Einladungsbrief, TV-Spot, Informationsunterlagen, BKFP-Website, Facebook-Seite, diverse Veranstaltungen, im Rahmen derer Frauen direkt angesprochen und informiert werden.

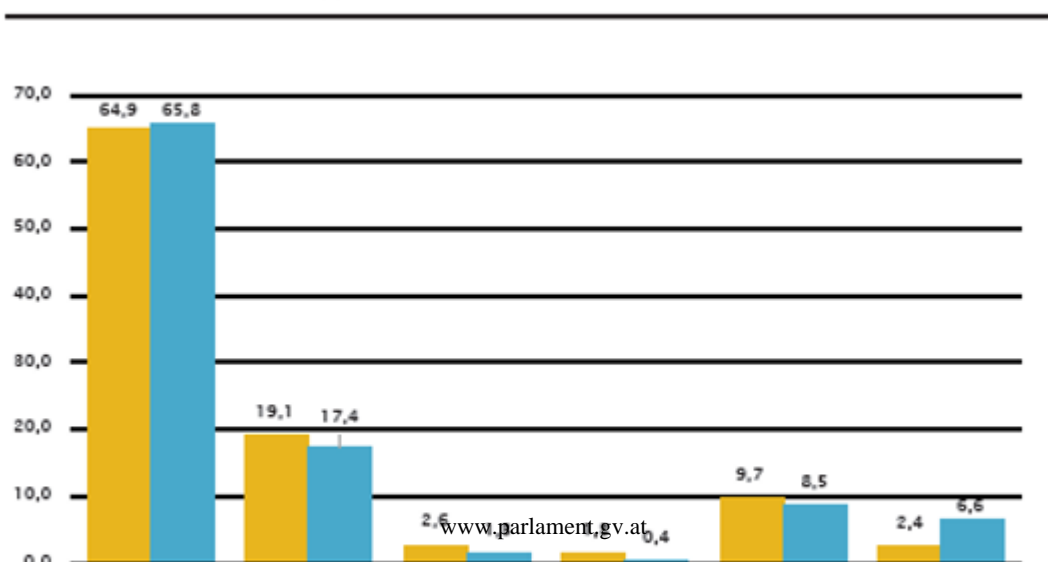
Aktuelle Umfrageergebnisse verdeutlichen auch, wie gut mittlerweile das Wissen bei den Frauen ist:

„Während im Jahr 2013 mit je etwa der Hälfte der Befragten die Anteile jener Personen mit mäßigem und hohem Informationsniveau sich mit jenen der Personen mit sehr niedrigem und niedrigem Informationsniveau die Waage hielten, verfügten im Jahr 2018 bereits mehr als drei Viertel der Befragten über ein mäßiges oder hohes Informationsniveau.“

Die Befragungsteilnehmerinnen fühlen sich – wie bei den vorangegangenen Befragungen – gut (64,4 Prozent) oder eher gut (25,9 Prozent) informiert.“ (Evaluierungsbericht 2014-2017)

Auch den aktuellen Informationsmaterialien/Einladungsunterlagen wird im Evaluierungsbericht 2014-17 ein „gutes Zeugnis ausgestellt“:

Abbildung 4.7:
Verständlichkeit der Einladungsunterlagen - in Prozent



Nicht vergessen werden darf, dass es sich um ein freiwilliges Programm handelt, sich daher jede Frau – selbst wenn sie in die Kernzielgruppe fällt und von der Sozialversicherung aktiv zur Teilnahme eingeladen wird – aus welchem Grund auch immer gegen eine Teilnahme entscheiden kann.

Es gibt Optimierungsmöglichkeiten in den Informationsmaterialien – so sollten bspw. das Einladungsschreiben sowie der beiliegende Folder im Sinne einer Niederschwelligkeit auf B1-Sprachniveau gebracht werden. Zudem gibt es aktuelle Empfehlungen der Donau Universität Krems (DUK) zur Optimierung der Broschüre; die DUK hat rezent (03/2020) eine Bewertung der BKFP-Broschüre vorgenommen, bei welcher die Broschüre 73/100 Punkten erhielt und Empfehlungen zur Verbesserung abgegeben, die im Rahmen der nächsten Überarbeitung/Aktualisierung umgesetzt werden sollen.

All diese Analysen und Maßnahmen unterstreichen, dass alle Beteiligten bestrebt sind, das BKFP in Abstimmung mit den Programmpartnern und im Interesse der Frauen ständig weiterzuentwickeln.

Abschließend wird auf die wichtige Rolle der Ärztinnen und Ärzte in der Information und Beratung der Frauen bzgl. einer Teilnahme am BKFP hingewiesen.

Frage 14: *Dickdarmkrebs ist die vierthäufigste Krebserkrankung in Österreich. Ist geplant ein Früherkennungsprogramm für Dickdarmkrebs - ähnlich dem Brustkrebs-Früherkennungsprogramm zu initiieren? Wenn ja, wann?*

Die geltenden Europäischen Leitlinien empfehlen aktuell neben einem Screening auf Brustkrebs auch die Implementierung eines organisierten Kolorektalkarzinom-Screening-Programms mit umfassender Qualitätssicherung in der gesamten Screeningkette. Ein solches Programm sei effektiver und auch effizienter als ein opportunistisches Screening.

Auch aus meiner Sicht wird die Einführung eines organisierten Kolorektalkarzinom-Screening-Programms als wichtig eingestuft, zumal auch der Onkologiebeirat dies, unter Beachtung aller entsprechenden Qualitätskriterien – siehe auch Krebsrahmenprogramm - befürwortet.

Im Rahmen eines Auftrags der Zielsteuerung – Gesundheit wird derzeit ein Qualitätsstandard Vorsorgekoloskopie erarbeitet. Zur Entscheidung für oder gegen ein Programm-Screening müssen jedoch darüber hinausgehende Kriterien für die Beurteilung der Evidenz, der Rentabilität, Effizienz und Angemessenheit eines Screening-Programms

geprüft werden. Alle dabei genannten Kriterien sollten erfüllt sein, bevor die Früherkennung von Erkrankungen initiiert und umgesetzt wird.

Diese Frage soll von dem von mir demnächst eingesetzten Nationalen Komitee für Screening auf Krebserkrankungen geprüft und beleuchtet werden.

Frage 15: *Für an Krebs erkrankte Kinder und Jugendliche ist die Einführung eines "Survivorship Passport" (SUPA) angedacht. In diesem SUPA sollen relevante Informationen (Diagnosen, Therapien und individuelle Nachsorgeempfehlungen) inkludiert werden. Wann soll dieser "Survivorship Passport" konkret eingeführt werden? Ist angedacht, dieses Modell auch für erwachsene Krebspatientinnen umzusetzen? Wenn ja, wann soll das Modell umgesetzt werden?*

Im nationalen Krebsrahmenprogramm wurde für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen die Implementierung eines „Survivorship Passports“ (SUPA) als operatives Ziel festgeschrieben. Demnach soll jede in Österreich an Krebs erkrankte Person der Zielgruppe einen SUPA erhalten, welcher in kondensierter Form die onkologischen Diagnosen und Therapien zusammenfasst und auf Basis der Therapielast individuelle Nachsorgeempfehlungen enthält. Dadurch soll die integrierte multidisziplinäre Versorgung und Nachsorge von an Krebs erkrankten Kindern und Jugendlichen verbessert und die Transition im Gesundheitssystem in den Erwachsenenbereich erleichtert werden, mit dem Ziel, langfristig eine bestmögliche Lebensqualität zu sichern.

Derzeit wird – um die Kosten für dieses Projekt genauer einschätzen zu können – die Erstellung eines Lastenhefts mittels Werkvertrags vergeben. Dieses sollte bis Ende September 2020 vorliegen. Darauf aufbauend kann eine Vergabe für die Programmierung und Implementierung des SUPA erfolgen.

Österreichs Position als ein im Bereich e-Health führendes Land in Europa soll durch die Umsetzung des SUPA in ELGA gestärkt werden. Der SUPA für Kinder und Jugendliche nach Krebserkrankung wird als ein Pilotprojekt für weitere Anwendungen im Gesundheitswesen betrachtet und hat eine Vorreiterrolle mit großem Potential (z.B im Bereich Krebserkrankungen bei Erwachsenen, bei seltenen Erkrankungen etc.).

Frage 16: *Welche Schritte sind zu Verbesserung der psychoonkologischen Unterstützung von Krebspatientinnen geplant? Wie viele PsychoonkologInnen stehen an Krebs erkrankten Menschen aktuell zur Verfügung (bitte nach Bund/Ländern gegliedert anführen)?*

Seitens meines Ressorts wurde die Bedeutung der psychoonkologischen Versorgung seit längerem erkannt und aus diesem Grund veranlasst, eine bundesweite Erhebung sozio-onkologischer Betreuungsangebote durchzuführen. (Auch basierend auf dem nationalen Krebsrahmenprogramm, welches das folgende Ziel enthält: „Für alle Personen mit der Diagnose Krebs, deren Angehörige sowie für spezielle Personengruppen mit einem definierten erhöhtem Krebsrisiko ist ein psychoonkologisches Betreuungsangebot sicherzustellen“.)

Die Publikation „Psychoonkologie in Österreich. Österreichweite Bestandsaufnahme des psychoonkologischen Versorgungsangebots“ erschien 2018 (Psychoonkologie in Österreich, Bd.1 2018). Demnach haben 468 Gesundheitsfachkräfte aus Medizin, Psychologie, Pflege, Pädagogik, Sozialarbeit u.a. einen psychoonkologischen Lehrgang einer entsprechenden Fachgesellschaft absolviert. Diese sind in den verschiedenen Settings (Akutkrankenanstalten, Rehabilitationszentren und im ambulanten Bereich) bundesweit tätig. Eine Differenzierung nach Bundesländern ist bei der Bestandserhebung nicht durchgeführt worden.

Einer der Arbeitsschwerpunkte der Koordinationsstelle Krebsrahmenprogramm der GÖG 2020 ist die Empfehlung für Screeningtools, die einen Bedarf an spezieller psychosozialer Versorgung für KrebspatientInnen erheben. Dazu werden aus der Vielzahl der Fragebögen zur Erfassung psychosozialer Belastungen, psychischer Störungen, personeller und sozialer Ressourcen sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität diejenigen Screening-Tools ausgewählt, die besonders häufig bei Krebspatient/inn/en eingesetzt werden und gute Kennwerte aufweisen. Dieses Projekt umfasst sowohl Screening-Instrumente für krebserkrankte Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene.

Überdies wird 2020 mit ersten Vorbereitungsschritten bezüglich einer Harmonisierung der spezifischen fachlichen Qualifizierung in der Psychoonkologie begonnen. Dazu bedarf es klarer Qualitätsvorgaben für die weiterbildenden Fachgesellschaften.

Frage 17: *Die Dokumentation und Auswerten von Falldaten sind ein untrügliches Barometer, wie effektiv und gut Krebsbehandlungen bei den Patientinnen funktionieren. Welche Initiativen gibt es seitens Ihres Ressorts, um eine stärkere Vernetzung zwischen Spitälern und Krankenhausträgern zu schaffen?*

Im Rahmen der Diagnosen- und Leistungsdokumentation gemäß Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen werden von sämtlichen Krankenanstalten auch Daten zu Krebsbehandlungen erhoben und regelmäßig ausgewertet. Diese Daten stellen

u.a. eine wesentliche Grundlage für die Gesundheitsplanung und für die laufende Qualitätsarbeit dar.

In der Versorgungsmatrix zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) sind auch für den Bereich der Onkologie entsprechende Vorgaben zu Planungsrichtwerten enthalten. Im Kapitel 3.2.3.9 des ÖSG werden des Weiteren detailliert Qualitätskriterien zur Versorgung von Krebserkrankungen ausgewiesen. Zentral ist die abgestufte Versorgung in Onkologie, wobei im ÖSG die Kooperation der Krankenanstalten unterschiedlicher Versorgungsstufen ausdrücklich vorgesehen ist. Ebenso ist die Einbringung aller Patientinnen und Patienten mit einer malignen Neuerkrankung in ein interdisziplinäres Tumorboard verpflichtend.

Die Umsetzung der Vorgaben des ÖSG erfolgt in den einzelnen Bundesländern mittels RSG (Regionale Strukturpläne Gesundheit). Deren Umsetzung ist Aufgabe der jeweiligen Träger der Krankenanstalten.

Frage 18: *Auch wenn dank besserer Behandlungsmöglichkeiten die Überlebenschancen bei Krebserkrankungen insgesamt steigen, dürfte es regionale Unterschiede bei der Häufigkeit und Mortalität unterschiedlicher Krebserkrankungen geben. Gibt es dazu aktuelle statistische Daten?*

Daten zu Krebsneuerkrankungen und Krebssterbefällen werden von Statistik Austria regelmäßig erhoben und publiziert. Diese Daten stehen selbstverständlich auch in der regionalen Gliederung nach Bundesländern zur Verfügung. Publiziert werden diese Daten auf den Webseiten der Statistik Austria und in Print-Publikationen des Österreichischen Nationalen Krebsregisters von Statistik Austria.

Für alle Malignome finden Sie Daten auf deren Webseite unter:

Statistiken > menschen_und_gesellschaft > gesundheit > krebserkrankungen > malignome_insgesamt

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/malignome_insgesamt/index.html

In diesen Tabellen:

Malignome, insgesamt (C00-C97, ohne C44) - Krebsinzidenz nach Bundesländern, Jahresdurchschnitt (2015/2017)

Malignome, insgesamt (C00-C97, ohne C44) - Krebsmortalität nach Bundesländern, Jahresdurchschnitt (2015/2017)

Nach demselben Schema finden Sie auf unseren Webseiten auch die Daten zu ausgewählten Tumorlokalisationen bzw. Lokalisationsgruppen.

In der Publikation „Krebserkrankungen in Österreich“ gibt es dazu auch grafische Darstellungen.

Die Publikation „Krebserkrankungen in Österreich, 2020“ wird höchstwahrscheinlich noch im Juni 2020 veröffentlicht werden.

Fragen 19 und 20:

- *Regionale Unterschiede bestehen auch im Zugang zu Versorgungsstrukturen und Krebsmedikamenten. Ist es richtig, dass der Einsatz neuer Therapien und Onkologika durch die einzelnen Kliniken und Klinikverbände bzw. die dortigen Arzneimittelkommissionen erfolgt?*
- *Falls ja, ist es für die Art der Versorgung von Krebspatientinnen davon abhängig, wo sie wohnen. Welche Maßnahmen sind seitens Ihres Ressorts geplant, um diesen aus Sicht der Patientinnen unbefriedigenden Zustand zu ändern und österreichweite Standards zu etablieren, welche Medikamente bei welchem Stadium der Erkrankung zum Einsatz kommen sollen?*

Welches Medikament bei welcher Person mit einer onkologischen Erkrankung zum Einsatz kommt, entscheidet die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt auf Basis der vorliegenden Evidenz. Davor ist der Patient bzw. die Patientin im Tumorboard zu besprechen und die für ihn bzw. für sie passende Therapieform, gemäß vorliegender Evidenz, auszuwählen. Die Einrichtung dieser interdisziplinären Tumorboards zur interdisziplinären Beratung und gemeinsamen Festlegung von Diagnostik und Therapien bei malignen Neuerkrankungen ist im ÖSG ausdrücklich vorgesehen. In der Onkologie werden monatlich zahlreiche neue Studien publiziert, die Auswirkungen auf aktuelle Behandlungen haben können. Für einige Erkrankungen werden von Seiten der

Fachgesellschaften Leitlinien herausgegeben. Die Diskussion über Behandlungsoptionen findet im Tumorboard statt.

Wenn ein neues Krebsmedikament – im Allgemeinen von der EMA (Europäische Arzneimittelagentur) – zugelassen ist, wird es im Falle des Einsatzes in Krankenanstalten in den Leistungskatalog des BMSGPK, der die Grundlage für die Abrechnung im Rahmen der LKF (leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) bildet, aufgenommen. Darüber hinaus besteht im Rahmen von klinischen Studien auch die Möglichkeit, nicht zugelassene Medikamente im sogenannten „off-label-use“ zu verwenden.

Im ÖSG ist für den Bereich der Onkologie eine abgestufte und modulare Versorgung festgelegt. Jede Person mit einer onkologischen Erkrankung ist in der Versorgungstufe zu behandeln, die für ihre Erkrankung vorgesehen ist, z.B. sind seltene Malignome oder komplexe Therapieverfahren dem onkologischen Zentrum vorbehalten. Falls ein Bundesland kein onkologisches Zentrum hat, sind Kooperationen mit einem solchen in einem anderen/angrenzenden Bundesland zu vereinbaren.

Die gemäß § 19a Abs. 1 KAKuG hinsichtlich der Auswahl und des Einsatzes von Arzneimitteln einzurichtenden Arzneimittelkommissionen haben insbesondere folgende Aufgaben:

- Erstellen einer Liste der Arzneimittel, die in der Krankenanstalt Anwendung finden (Arzneimittelliste);
- Adaptierung der Arzneimittelliste;
- Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung von und den Umgang mit Arzneimitteln.

Die endgültige Entscheidung über den Einsatz neuer Onkologika treffen allerdings die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und nicht die Arzneimittelkommissionen.

So ist in § 8 Abs. 2 KAKuG festgelegt, dass Patientinnen und Patienten von Krankenanstalten nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen bzw. zahnmedizinischen Wissenschaft ärztlich bzw. zahnärztlich zu behandeln sind (State of the art).

Zahlreiche Krebsmedikamente haben sehr hohe Preise und belasten damit die Budgets der Krankenanstalten – insbesondere falls (noch) keine Abrechnung über das LKF möglich ist.

Hohe Preise für patentgeschützte Arzneimittel wie etwa Krebsmedikamente sind ein international zu beobachtendes Phänomen, aber, wie auch in GÖG-Studien in den letzten Jahren gezeigt, weist Österreich bei den in Krankenanstalten eingesetzten Medikamenten im europäischen Vergleich deutlich höhere und bei einzelnen Medikamenten sogar die höchsten Listenpreise (d.h. offizielle Preise vor allfälligen vertraulichen Rabattverträgen) auf, während die Preise ausgabenstarker Medikamente im niedergelassenen Sektor um den EU-Durchschnitt liegen. Das hohe Preisniveau für Medikamente in Krankenanstalten ist unter anderem der Tatsache geschuldet, dass im stationären Sektor freie Preisgestaltung (d.h. keine Preisregulierung durch den Staat) besteht und keine systematischen Evaluationen (Health Technology Assessment), welche die Entscheidung über Beschaffung und Preis informieren können, durchgeführt werden.

In einer 2019 von meinem Ressort beauftragten und von der GÖG durchgeführten Studie zur Verwendung innovativer onkologischer Pharmakotherapie in österreichischen Krankenanstalten konnte gezeigt werden, dass monoklonale Antikörper in allen Bundesländern nach Aufnahme in die LKF angewendet werden, wobei diese hauptsächlich in besonders gut ausgestatteten Zentral- und Schwerpunkt-Krankenanstalten verabreicht werden.

Orale Krebsmedikamente werden auch im niedergelassenen Bereich eingesetzt. Die Entscheidung über die Verordnung derselben obliegt auch hier wieder der verschreibenden Ärztin/dem Arzt entsprechend den Behandlungs- und Verschreibelinien. Arzneimittel, die – nach entsprechender pharmakologischer, medizinisch-therapeutischer und ökonomischer Evaluierung – in den Erstattungskodex (die zentrale, für ganz Österreich gültige Arzneimittelliste im niedergelassenen Bereich) aufgenommen wurden, werden von den Krankenkassen finanziert; darüber hinaus können auch als nicht-erstattungsfähig eingestufte Medikamente erstattet werden. In den letzten Jahren hat der Einsatz solcher „No-Box“-Medikamente (darunter zahlreiche Krebsmedikamente) stark an Bedeutung gewonnen.

Angesichts der hohen Preise und Ausgaben für Krebsmedikamente, der fragmentierten Einkäuferlandschaft (einzelne Krankenanstalten bzw. Verbünde) und fehlender Preisregulierung besteht im stationären Sektor die Sorge, dass in der intramuralen Versorgung regionale Unterschiede vorliegen könnten.

Daher wurden im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit – dem partnerschaftlichen Reformvorhaben von Bund, Ländern und Sozialversicherung – diverse Maßnahmen vereinbart, unter anderem:

- Analyse der erforderlichen organisatorischen und rechtlichen Grundlagen für eine gemeinsame sektoren-, bundesländer- und EU-mitgliedsstaatenübergreifenden Beschaffung und Bewirtschaftung von Medikamenten
- Systematische Bewertung von medizinischem (Zusatz-)Nutzen von neuen Medikamenten bzw. bei Indikationsausweitung durch Health Technology Assessment (HTA) unter Berücksichtigung bereits existierender internationaler Vorgaben

Im Rahmen eines Modellprojekts unter dem Titel „Spitals-HEK“ werden derzeit HTAs für ausgewählte, in Krankenanstalten eingesetzte Medikamente durchgeführt.

Die geltenden Bestimmungen im KAKuG, die Vorgaben im ÖSG sowie die Leitlinien von Fachgesellschaften sollten ausreichend Grundlage dafür sein, dass die Behandlung von Krebspatientinnen und -patienten unabhängig von deren Wohnort bestmöglich erfolgt.

Frage 21: *Eine Analyse der Versorgungssituation bei Brustkrebs zeigt, dass die medizinische Versorgung bis zum Beginn der Nachsorge durchgängig gestaltet ist, aber sowohl Nachsorge als auch Z.B. die Beratung weniger koordiniert und abgestimmt erfolgt. Wo sieht Ihr Ressort hier Handlungsmöglichkeiten? Ist bei der Nachsorge bei Brustkrebs im Rahmen der neuen ÖGK sichergestellt, dass alle erkrankten Frauen in allen Bundesländern die gleichen Leistungen erhalten?*

Die Nachsorge von Krebserkrankungen ist ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung, um rechtzeitig ein Neuauftreten der Krankheit zu erkennen. Der behandelnde Arzt bzw. die Ärztin ist dafür verantwortlich und wird die Nachsorgetermine inkl. der dabei durchzuführenden Untersuchungen gemeinsam mit der Patientin festlegen. Wo die Nachsorge stattfindet ist unterschiedlich, in manchen Krankenanstalten werden diese Nachsorgeuntersuchungen in speziellen Spitalsambulanzen durchgeführt. Die Art der Untersuchungen kann von Patientin zu Patientin, abhängig von der Art und vom Stadium der Erkrankung, unterschiedlich sein.

Frage 22: *Kompetenzen im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen sind insbesondere bei onkologischen Erkrankungen von großer Bedeutung. Welche Programme gibt es, um Krebspatientinnen bei ihrer Krankheitsbewältigung zu unterstützen und das Präventionsverhalten zu fördern?*

Seitens meines Ressort wurde ein Arbeitsschwerpunkt 2020 auf das Thema Gesundheitskompetenz in der Onkologie gesetzt. Einerseits gibt es mit Hinblick auf

Krankheitsbewältigung Arbeiten zum Themenbereich „Gute Gesundheitsinformation“, wobei eine Ist-Stand-Erhebung sowie eine Bedarfsanalyse geplant sind, sowie zu „Gesprächsqualität“ mit dem Ziel, Fort- und Weiterbildungsangebote sowie Kompetenztrainings für Health-Professionals in der Onkologie anzubieten.

Was die Prävention betrifft, geht es neben der Inanspruchnahme von Vorsorgeprogrammen auch um die Vermeidung von unterschiedlichen Risikofaktoren, einschließlich der umweltbezogenen, und um eine persönliche gesunde Lebensführung, beispielsweise mit Hinblick auf Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Selbstfürsorge. Diese Themen bearbeiten wir im Rahmen des interministeriellen und intersektoralen Prozesses der Gesundheitsziele Österreich.

Frage 23: *Wie hoch sind aktuell die Ausgaben für onkologische Arzneimittel?*

Gemäß den Datenmeldungen der Landesgesundheitsfonds und des PRIKRAF an das Gesundheitsministerium betreffend die Abrechnung von medizinischen Leistungen nach dem Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-Modell) für das Modelljahr 2019 ist von Ausgaben für onkologische Arzneimittel in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten (intramural stationär und ambulant) und in den vom PRIKRAF finanzierten Krankenanstalten (intramural stationär) im Jahr 2019 in der Größenordnung von insgesamt etwa 500 Mio. EURO auszugehen.

Frage 24: *In Österreich sterben pro Jahr 1.820 Menschen an arbeitsbedingten Krebserkrankungen (ÖGB). Werden Sie sich für eine grundlegende Reform des Systems der Grenzwerte für krebserzeugende Substanzen am Arbeitsplatz mit risikobasierten Grenzwerten einsetzen? Welche Initiativen gibt es für präventive Maßnahmen in Betrieben?*

Unter dem Vorsitz des Zentralen Arbeitsinspektorates wurde eine Überarbeitung des Systems der Grenzwerte eingeleitet. Die grundlegende Änderung des geltenden Systems - angelehnt an risikobasierte Grenzwerte - wird derzeit politisch diskutiert.

Durch ihren Präventivdienst setzt sich die AUVA auf vielfältige Weise für den Arbeitnehmerschutz in den Betrieben sowie für die Unterstützung der Betriebe in arbeitnehmerschutzrechtlichen Belangen ein.

Durch das Betreiben von Forschungs- und Evaluierungsprojekten ist es für die AUVA essentiell, auf die raschen Entwicklungen, u.a. im technischen Sektor, und auf die daraus

resultierenden Gefahren und Gefahrenstoffe im Sinne eines wirksamen Arbeitnehmerschutzes besser reagieren zu können, neue Präventionsmethoden zu schaffen und Arbeits- wie auch Berufskrankheiten zu verhindern.

Zu den Initiativen für präventive Maßnahmen in Betrieben:

Im Sinne ihres Präventionsauftrages widmet die AUVA ihren Präventionsschwerpunkt 2018 bis 2020 der Information und der Bewusstseinsbildung rund um krebserzeugende Arbeitsstoffe und entwickelte die Kampagne „Gib Acht, Krebsgefahr!“

Die Zielsetzungen im Bereich der Primärprävention liegen erstens beim Erkennen von krebserzeugenden Arbeitsstoffen und zweitens beim sicheren Umgang mit diesen Stoffen. Mithilfe von themenspezifischen Informationsmaterialien, Beratungen vor Ort, Schulungen und Tools sollen Verantwortliche in Betrieben befähigt werden, Arbeitsplätze in Hinblick auf das Krebsrisiko sicher und gesund zu gestalten. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer werden insbesondere mit dem Thema der Hygiene am Arbeitsplatz adressiert, damit die Wahrscheinlichkeit, dass krebserzeugende Arbeitsstoffe in den Körper gelangen, verringert wird.

Der Präventionsschwerpunkt verfolgt die folgenden beiden Zielsetzungen:

1. Betriebliche Primärprävention: Durch maßgeschneiderte Beratungs- und Informationsangebote sowie Tools werden Betriebe beim Erkennen und bei der sicheren Handhabung von krebserzeugenden Arbeitsstoffen unterstützt.
2. Sekundärpräventive Aktivitäten: Mithilfe von gezielten Informationen und Tools wird das Wissen über die möglichen Zusammenhänge von Arbeit und Krebserkrankungen bei Ärztinnen und Ärzten geschärft und die Dunkelziffer von beruflichen Krebserkrankungen reduziert. Daraus gewonnene Erkenntnisse fließen in die Primärprävention ein.

Seit Beginn des Präventionsschwerpunktes hat die AUVA folgende Maßnahmen durchgeführt:

- Über 100.000 Betriebsberatungen zum Thema krebserzeugende Arbeitsstoffe anhand eines vordefinierten Beratungsablaufes: etwa 90 Prozent der Beratungen wurden durch die AUVA sicher Kleinbetriebsbetreuung abgedeckt. Rund 10% fanden in größeren Betrieben statt und wurden von Präventionsexpertinnen und -

experten der Unfallverhütungsdienste der Landesstellen und der Abteilung HUB in der Hauptstelle durchgeführt.

- 16 Schwerpunkt-Veranstaltungen mit insgesamt rund 4.100 Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowohl aus dem Bereich der betrieblichen Prävention als auch aus Arbeitgeberkreisen, Betriebsratskollegien, Arbeitsinspektionen und Sozialpartnergremien
- Informationsoffensive: Zwei neue allgemeine Merkblätter mit Informationen zum Erkennen und zur sicheren Handhabung von krebserzeugenden Arbeitsstoffen. Sechs neue branchenbezogene Merkblätter mit speziellen Informationen und praktischen Handlungshilfen für Gesundheitseinrichtungen, Schweißarbeiten, Kunststoffspritzguss, Rauchfangkehren, Bauarbeiten und den Umgang mit handgeführten benzinbetriebenen Zwei-Takt-Motorgeräten. Fünf weitere Merkblätter für die Bereiche Metallverarbeitung, Quarzstaub, Pflanzenschutzmittel, chirurgische Rauchgase und CMR-Stoffe in Apotheken sind aktuell in Ausarbeitung.
- Postersets zur Arbeitsplatzhygiene wurden erarbeitet: saubere Kleidung, saubere Hände, saubere Arbeitskleidung, saubere Schutzausrüstung. Das Posterset zu Asbest thematisiert die Gefahr durch das Einatmen sowie das Verschleppen von Asbestfasern über verunreinigte Arbeits- und Privatkleidung.
- Drei neue kurze Erklärfilme zu den Themen „Krebserzeugende Arbeitsstoffe“ (Deutsch/Englisch), „Hygienemaßnahmen für gefährliche Arbeitsstoffe“ (Deutsch/Englisch) und „Pflanzenschutzmittel sicher anwenden“ (Deutsch) (www.auva.at/youtube)
- Die Kampagnenwebseite www.auva.at/krebsgefahr mit den gesammelten Informationen zum Präventionsschwerpunkt in folgender Gliederung: Basiswissen, Branchenübersicht, Stoffübersicht, Krebserkrankung und Beruf, Angebote, Publikationen, Häufig gestellte Fragen - FAQ, Linksammlung, Kontakt
- Drei neue bzw. neu übersetzte Werkzeuge/Tools, allen voran das von AUVA-PräventionsexpertInnen und Softwarespezialisten entwickelte Onlinetool „AUVA-Arbeitsstoffverzeichnis“, das Unternehmen das Führen und Aktuell-Halten des gesetzlich verpflichtenden „Verzeichnisses gefährlicher Arbeitsstoffe“ erleichtert sowie die Durchführung von inhalativen Risikobewertungen von Arbeitsstoffen und Arbeitsplätzen ermöglicht (<https://arbeitsstoffverzeichnis.auva.at>). Dass dieses Tool in den Betrieben sehr gut ankommt, zeigt die Nutzungsstatistik (ca. 10.435 Firmen nutzen das Tool).

Abgesehen davon hat die AUVA das speziell für KMUs entwickelte Evaluierungstool KEMIGUIDEN in Kooperation mit EU-OSHA ins Deutsche übersetzt (https://eguides.osha.europa.eu/dangerous-substances/AT_de) und sich an der Übersetzung des Selbstchecks für Arbeitnehmer zur Lungengesundheit am Arbeitsplatz (<https://yourlungsatwork.europeanlung.org>, European Lung Foundation) beteiligt.

- Informationsmaßnahmen für Ärztinnen und Ärzte beinhalten eine Kooperation mit der Österreichischen Ärztezeitung, Artikel zu Krebserkrankungen als Berufskrankheit sowie Advertorials in fach einschlägigen Zeitschriften. Die von der AUVA entwickelte „Übersicht: Krebs als Berufskrankheit“ bietet Ärztinnen und Ärzten Informationen zu Krebserkrankungen, die einen Bezug zu Berufskrankheiten (lt. Anlage 1 des ASVG) haben können. Sie steht unter www.auva.at/bk-meldung zum Herunterladen zur Verfügung.
- Begleitende Öffentlichkeitsarbeit mit Presseaussendungen, themenspezifischen Beiträgen in allen Ausgaben der AUVA-Zeitschriften „Sichere Arbeit“ und „Alle Achtung“ seit Beginn des Präventionsschwerpunktes, bezahlten Einschaltungen (Advertorials) in 20 verschiedenen einschlägigen Fachmedien sowie Postings auf <https://www.facebook.com/meineauva> und <https://sichereswissen.info>

Frage 25: *Der Spiegel berichtete im Jänner 2020 über Lieferengpässe bei einem Zytostatikum, das zu den Standards in der Brustkrebstherapie zählt. In welchen Staaten werden die Wirkstoffe für Arzneimittel und Medikamente, die zur Behandlung von Krebserkrankungen eingesetzt werden, produziert (bitte nach Häufigkeit in % anführen)? Gibt es in Österreich überhaupt noch Produktionsstandorte für Krebsmedikamente und wenn ja, wo? Ist angedacht, im Sinne einer "Medikamentenautarkie" die Produktion dieser Wirkstoffe für derartige Medikamente wieder überwiegend nach Österreich zurückzuholen?*

Eine Auswertung zu allen in Österreich zur Krebstherapie zugelassenen Arzneispezialitäten hinsichtlich der Länder, in denen der Wirkstoff der jeweiligen Arzneispezialität hergestellt wird, kann aufgrund der großen Anzahl von 1.253 derartigen Arzneispezialitäten (Stand 24.4.2020) im zur Beantwortung der parlamentarischen Anfrage zur Verfügung stehenden Zeitraum leider nicht erfolgen.

Betreffend den angeführten Artikel in „DER SPIEGEL (online)“ scheint es sich nach Recherchen des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) um den Artikel zu „Lieferengpass bei wichtigem Krebsmedikament“ auffindbar unter

<https://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/brustkrebs-lieferengpass-bei-wichtigem-krebsmedikament-a-00000000-0002-0001-0000-000169122950> zu handeln.

Mit dem in dem Artikel angesprochenen Wirkstoff Epirubicin sind in Österreich sieben Arzneispezialitäten (Stand 24.4.2020) zugelassen. Die Auswertung der Länder, in denen der Wirkstoff für diese Arzneispezialitäten hergestellt wird, sind untenstehender Tabelle zu entnehmen:

Anzahl von Grundzahl ASp2	Production Site Land						
Zeilenbeschriftungen	China	Deutschland	Indien	Italien	Japan	Ukraine	Gesamtergebnis
⊗ Epirubicin Accord 2 mg/ml Lösung zur Injektion oder Infusion	0,00%	33,33%	0,00%	33,33%	0,00%	33,33%	100,00%
⊗ Epirubicin Ebewe 2mg/ml - Konzentrat zur Infusionsbereitung	20,00%	0,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	100,00%
⊗ Epirubicin Hikma 2 mg/ml Injektionslösung	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
⊗ Epirubicinhydrochlorid Hikma 2 mg/ml Injektionslösung	0,00%	0,00%	0,00%	50,00%	0,00%	50,00%	100,00%
⊗ Farmorubicin 10 mg Stechampulle	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
⊗ Farmorubicin 200 mg Stechampulle	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
⊗ Farmorubicin 50 mg Stechampulle	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Gesamtergebnis	7,14%	14,29%	7,14%	42,86%	7,14%	21,43%	100,00%

In Bezug auf die Möglichkeit der Ansiedlung wirkstoffproduzierender Unternehmen in Österreich erlaubt sich das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen seine Unterstützung dahingehend zuzusichern und auf die entsprechenden Initiativen der Bundesministerin für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (<https://kurier.at/wirtschaft/schramboeck-will-renaissance-des-produktionsstandorts-europa/400825133>) hinzuweisen.

Frage 26: *Gibt es einen Maßnahmenkatalog für Prävention der Krebsleiden in Österreich? Wenn ja, wie sieht er aus? Wann wurde dieser letztmalig evaluiert? An welche weiteren Präventionsmaßnahmen ist gedacht?*

Krebserkrankungen entstehen in der Regel multifaktoriell. Nur in wenigen Fällen ist daher ein monokausaler Präventionszugang sinnvoll und effektiv. Die beiden Zugänge, der individuelle und der strukturelle, können Krebserkrankungen nicht ganz verhindern.

Im nationalen Krebsrahmenprogramm ist für die Prävention onkologischer Erkrankungen der Arbeitsbereich 5.1. der Prävention gewidmet. Dabei wurden folgende relevante Themenfelder adressiert: Gesundheitsförderung, Rauchen, Ernährung, Bewegung, Alkohol, ultraviolette Strahlung, Straßenverkehr/Mobilität, infektiöse Agentien, medizinbezogenes Verhalten und Gesundheitskompetenz sowie Früherkennung von Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs.

Einige Faktoren, die bei der Krebsentstehung eine wichtige Rolle spielen, wie z.B. Ernährung und Bewegung, werden in nationalen Aktionsplänen und über die Gesundheitsziele Österreich ausführlich behandelt.

Die Gesundheitskompetenz ist eines der Schwerpunktthemen 2020, zu den Programm-Screenings wird ein nationales Screening-Komitee eingesetzt, zum Thema Rauchen wurde das entsprechende Gesetz bereits verabschiedet, die Impfung gegen HPV wurde bereits umgesetzt.

Abgesehen von den operativen Zielen und Maßnahmen im Krebsrahmenprogramm gibt es im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung der Krankenkassen die Vorsorgekoloskopie ab dem 50. Lebensjahr. Ein graues Screening gibt es für das Cervix-Karzinom durch den PAP-Abstrich bzw. einen HPV-Test in der Frauenheilkunde. Das nationale Screening-Komitee wird sich mit der Einführung neuer Screening-Maßnahmen auf Basis bestehender Evidenz beschäftigen und entsprechende Empfehlungen formulieren.

Mit freundlichen Grüßen

Rudolf Anschober

