

Krebs ist in den OECD-Ländern die zweithäufigste Todesursache und war 2006 für 27% aller Sterbefälle verantwortlich. Unter Frauen ist Brustkrebs die am häufigsten vorkommende Krebsart, auf die jedes Jahr 30% oder mehr der neuen Krebserkrankungen entfallen und der 2006 16% der Krebstodesfälle zuzuschreiben waren. Bei weiteren 5% der neuen Krebserkrankungsfälle handelt es sich um Gebärmutterhalskrebs, die Ursache von 3% der Krebstodesfälle bei Frauen (vgl. Indikator 1.5 „Mortalität durch Krebs“).

Die frühzeitige Diagnose von Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs durch Früherkennungsprogramme hat in erheblichem Maße zu höheren Überlebensquoten und einem Rückgang der durch diese Krankheiten bedingten Todesfälle beigetragen, und viele Länder haben sich für die Schaffung eines breiten Zugangs zur Krebsvorsorge entschieden. In den meisten Ländern ließ über die Hälfte der Frauen in den Zielaltersgruppen für die Früherkennung in jüngster Zeit eine Mammografie sowie eine Unterleibsuntersuchung oder einen Pap-Abstrich durchführen (vgl. Indikator 5.7 „Screening, Überlebensrate und Mortalität bei Gebärmutterhalskrebs“ und Indikator 5.8 „Screening, Überlebensrate und Mortalität bei Brustkrebs“).

Die Screeningraten variieren bei den Frauen im OECD-Raum ganz erheblich zwischen den sozioökonomischen Gruppen (Abbildung 6.7.1 und 6.7.2). In den Vereinigten Staaten werden Mammografien und Pap-Abstriche von Frauen mit geringem Einkommen, Frauen ohne Krankenversicherung, über Medicaid versicherten Frauen (Krankenversicherungsschutz für sozial Schwache, Behinderte oder in Armut lebende ältere Menschen) oder Frauen mit geringem Bildungsniveau laut eigenen Angaben in viel geringerem Maße in Anspruch genommen (NCHS, 2009). Selbst in Ländern, wo diese Untersuchungen allgemein üblich sind, nehmen Frauen im untersten Wohlstandsquintil in der Regel mit geringerer Wahrscheinlichkeit an Früherkennungsuntersuchungen teil (Gakidou et al., 2008; WHO, 2008b). Ausnahmen sind Länder wie Luxemburg und die Niederlande, wo die Frauen im untersten Wohlstandsquintil mit derselben Wahrscheinlichkeit Mammografien durchführen lassen wie Frauen in höheren Quintilen. Das Gleiche gilt in der Tschechischen Republik, Italien und im Vereinigten Königreich für Gebärmutterhalskrebs-Vorsorgeuntersuchungen.

Die Teilnahmeraten variieren auch nach geografischen Regionen (Abbildung 6.7.3). In einigen Regionen, wie z.B. im Northern Territory in Australien und in London im Vereinigten Königreich sind die Raten bedeutend niedriger als in anderen Landesteilen (AIHW, 2008a; NHSBSP, 2008). Die Gründe hierfür sind unterschiedlich. In entlegenen Regionen spielen die Entfernungen und die Zahl der zur Verfügung stehenden Screening-Einrichtungen eine Rolle. In sozial schwachen innerstädtischen Gebieten besteht das Problem darin, dass in Armut lebende oder ethnischen Minderheiten angehörende Frauen sich der Existenz von Früherkennungsprogrammen sowie der Krebs Symptome und -risiken nicht hinreichend bewusst sind.

Eine Reihe sozioökonomischer Merkmale sind wichtige Prädiktoren für die Teilnahme an Früherkennungsprogrammen, z.B. Einkommen, ethnische Zugehörigkeit, Alter, Bildungsniveau, berufliche Situation, Wohngegend, Familienstand, Krankenversicherungsschutz, Gesundheitszustand, Vorhandensein eines medizinischen Ansprechpartners und Inanspruchnahme anderer Vorsorgeleistungen.

In Mexiko existieren schon seit einiger Zeit Programme zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs, doch bestehen dort nach wie vor Probleme, vor allem was die Zugangsmöglichkeiten benachteiligter Gruppen betrifft, so dass fast die Hälfte der Frauen ab 50 Jahre in den letzten zwei Jahren keinen Pap-Abstrich durchführen ließ (Couture et al., 2008). In den meisten OECD-Ländern dürfte das Einkommen jedoch kein Hindernis für den Zugang zu Früherkennungsmammografien oder Pap-Abstrichuntersuchungen sein, weil diese Leistungen kostenlos oder zum Preis eines Arztbesuchs angeboten werden.

Da es in den OECD-Ländern ein breites Spektrum von Vorgehensweisen in der Krebsvorsorge sowie von Zugangshindernissen gibt, wird sich keine universelle Strategie finden lassen, die es ermöglicht, allen Anforderungen im Hinblick auf die Förderung eines breiten und sozial gerechten Zugangs zu entsprechen (Gakidou et al., 2008). In Ländern, in denen das Gesundheitssystem über ausreichende Kapazitäten verfügt, kann eine stärkere Inanspruchnahme von Früherkennungsprogrammen gefördert werden, indem sichergestellt wird, dass die Vorsorgeuntersuchungen kostenlos sind und überall dort angeboten werden, wo Bedarf besteht. Die Maßnahmen und Interventionen müssen u.U. zielgenauer ausgerichtet werden, um soziale Unausgewogenheiten zu beseitigen. Auch der Perspektive neuer krebsverhütender Impfstoffe kommt als ergänzendem Instrument in Kontextsituationen, in denen es an finanziellen Mitteln mangelt und die Aufrechterhaltung von Früherkennungsprogrammen daher eine Herausforderung darstellt, eine wichtige Rolle zu.

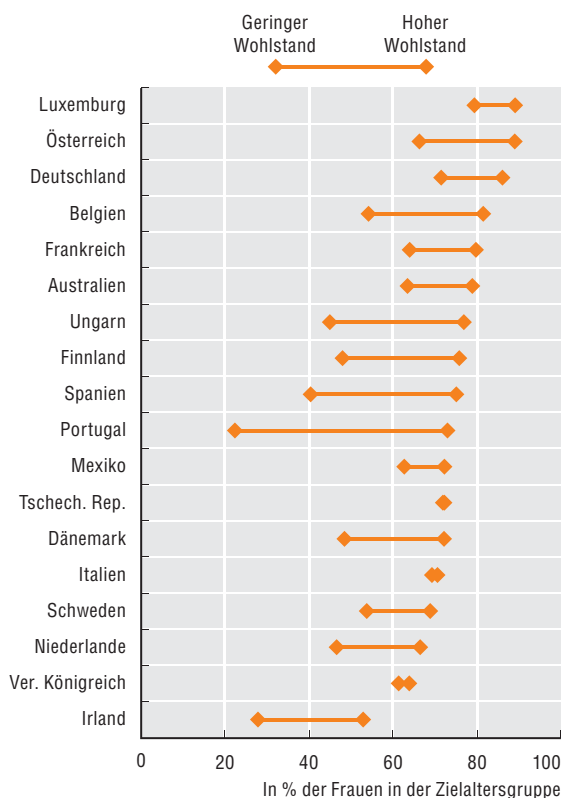
#### Definition und Abweichungen

Mit den Teilnahmeraten an Brust- und Gebärmutterhalskrebs-Vorsorgeuntersuchungen wird der Anteil der Frauen einer bestimmten Altersgruppe gemessen, die in jüngster Zeit jeweils eine Mammografie, Brustuntersuchung, einen Pap-Abstrich oder eine Unterleibsuntersuchung durchführen ließen. Die Informationen stammen in der Regel aus Gesundheitsumfragen oder administrativen Daten über Früherkennungsprogramme.

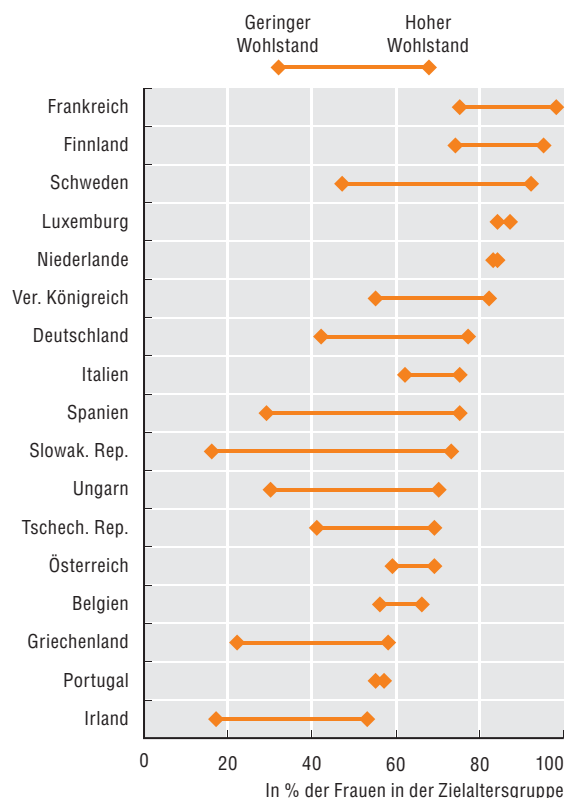
Die nach Wohlstandsquintilen aufgeschlüsselten Raten stützen sich bei diesem Indikator auf die Ergebnisse von Gesundheitsumfragen, wobei der Anteil der Frauen im Alter von 25-64 Jahren (Gebärmutterhalskrebs) und von 50-69 Jahren (Brustkrebs) zu Grunde gelegt wird, die laut eigenen Angaben in den drei Jahren vor der Befragung eine Früherkennungsuntersuchung durchführen ließen. Bei der Verwendung von Screening-Schätzungen, die auf Eigenangaben im Rahmen von Gesundheitsumfragen basieren, ist indessen Vorsicht geboten, da die Befragten zu überhöhten Angaben bei wünschenswerten Verhaltensweisen tendieren.

Die Daten für die geografischen Regionen beziehen sich auf die Frauen in den Zielaltersgruppen, die an nationalen Früherkennungsprogrammen teilgenommen hatten. Die Zielaltersgruppen und zeitlichen Abstände zwischen den Früherkennungsuntersuchungen können von Land zu Land unterschiedlich sein.

6.7.1 Gebärmutterhalskrebs-Screening, ausgewählte OECD-Länder, nach Wohlstandsquintil, 2002-04



6.7.2 Brustkrebs-Screening, ausgewählte OECD-Länder, nach Wohlstandsquintil, 2002-04



Anmerkung: Die Datenquelle kann bei einigen Ländern von derjenigen abweichen, die in Kapitel 5 für die Daten zum Brust- und Gebärmutterhalskrebs-Screening verwendet wurde. Seit der Durchführung dieser Studien haben einige Länder, darunter Irland, landesweite Früherkennungsprogramme eingeführt.

Quelle: Gakidou et al. (2008).

Quelle: WHO (2008b).

6.7.3 Teilnahme an Brustkrebsfrüherkennungsprogrammen, Regionen in ausgewählten OECD-Ländern



Quelle: AIHW (2008a); IMA-AIM (2009); PHAC (2008); ONS (2008); Taylor et al. (2008); NHSBSP (2008).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/804543785343>





## **7. GESUNDHEITSAUSGABEN UND -FINANZIERUNG**

Einleitung

7.1. Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben

7.2. Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP

7.3. Gesundheitsausgaben nach Leistungsart

7.4. Arzneimittelausgaben

7.5. Ausgaben nach Erkrankung und Alter

7.6. Finanzierung der Gesundheitsversorgung

7.7. Handel mit Gesundheitsleistungen (Medizintourismus)



**From:**  
**Health at a Glance 2009**  
OECD Indicators

**Access the complete publication at:**  
[https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2009-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en)

**Please cite this chapter as:**

OECD (2010), "Ungleichheiten bei der Krebsvorsorge", in *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

DOI: [https://doi.org/10.1787/soc\\_glance-2009-66-de](https://doi.org/10.1787/soc_glance-2009-66-de)

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der OECD-Mitgliedstaaten wider.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org). Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at [info@copyright.com](mailto:info@copyright.com) or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).