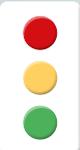


VERSORGUNGSREPORT BRONCHIALKARZINOM

 Status quo und
Perspektiven



Vorwort

Onkologie im 21. Jahrhundert bedeutet, immer mehr Patient:innen mit immer besseren Methoden immer individueller zu behandeln. Damit dies gelingen kann und die Versorgung in hoher Qualität gesichert ist, braucht es kluge Prozesse und klug eingesetzte Ressourcen.

Mit dem Österreichischen Onkologie Forum hat die OeGHO ein Denkformat ins Leben gerufen, das die österreichische Versorgungslandschaft kritisch unter die Lupe nimmt und einen offenen Diskursraum schafft, in dem Onkolog:innen gemeinsam mit wichtigen Akteur:innen des Gesundheitswesens nach Möglichkeiten der Verbesserung suchen können.

Bereits im September letzten Jahres konnte der Proof of Concept mit dem ersten Workshop zum Thema Brustkrebs und dem daraus abgeleiteten Report erbracht werden. Die zweite Veranstaltung zum Thema Lungenkrebs wurde nun in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP) durchgeführt. Die besonderen Herausforderungen in dieser Indikation liegen unter anderem in der Verfügbarkeit und optimalen Nutzung der für die Behandlung notwendigen Bildgebung, in den soziodemografischen Besonderheiten mit oftmals niedrigem Bildungsniveau, in häufig bestehenden Sprachbarrieren und im nach wie vor vorhandenen Stigma der Erkrankung als „Raucherkrebs“.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre!



Univ.-Prof. Dr. Ewald Wöll
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für
Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO)



Prim. Priv.-Doz. Dr. Arschang Valipour, FERS
Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP)



Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Strasser-Weippl, MBA
Medizinische Leitung OeGHO



Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe
Past-Präsident OeGHO

Wir danken den folgenden Sponsoren für die Unterstützung

Platin



Gold



Silber



Bronze



Das Österreichische Onkologie Forum ist unabhängig von wirtschaftlichen Interessen Dritter und ohne inhaltliche Einflussnahme durch die unterstützenden Sponsoren. Die inhaltliche Verantwortung trägt ausschließlich das Organisationsteam des Österreichischen Onkologie Forums.

Versorgungsreport Bronchialkarzinom



Am 26. November 2024 fand der zweite Workshop des Österreichischen Onkologie Forums (ÖOF), einer Initiative der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO), statt. Nachdem es zuletzt um das Thema Brustkrebs gegangen war, stand diesmal die Versorgungssituation beim Lungenkrebs im Zentrum des neuen Think-Tank-Formates. Unter dem Vorsitz von Prim. Priv.-Doz. Dr. Arschang Valipour, FERS, und Prim. Priv.-Doz. Dr. Stefan Watzka führte auch diesmal wieder Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Strasser-Weippl als Moderatorin durch das Programm. Expert:innen aus den neun Bundesländern diskutierten und bewerteten den Status quo der Versorgung beim Bronchialkarzinom anhand der vom ÖOF entwickelten Matrix, bestehend aus 15 Hauptebenen mit insgesamt 62 Qualitätsindikatoren. Im Folgenden finden Sie eine Zusammenfassung der wichtigsten Bewertungen und Kommentare in den 15 vordefinierten Ebenen.

Ebenen 1 und 2: Vorsorge und Screening

Anti-Rauch-Kampagnen stellen ein wesentliches Instrument zur Vorsorge beim Bronchialkarzinom dar. In Österreich sind sie zurzeit nicht etabliert.

Auch ein organisiertes Lungenkrebs-Screening ist, obwohl evidenzbasiert empfohlen, in Österreich nicht verfügbar, während zahlreiche europäische Länder ein solches Früherkennungsprogramm bereits etabliert haben. Die Expert:innen-Gruppe betont, dass ein Screening-Programm die Mortalität senken und erhebliche Kosteneinsparungen bringen würde. Ein opportunistisches Screening mit CT wird zwar bereits im Rahmen von Studien oder bei Verdacht auf etwai-

ge Lungenpathologien (z. B. Lungenemphysem) durchgeführt. Allerdings erfüllt das opportunistische Screening nicht die erforderlichen Qualitäts- und Einschlusskriterien eines formalen Screenings. Ein Pilotprojekt zum organisierten Screening in Österreich ist in Vorbereitung. Dabei sollen Machbarkeit, Anforderungen und Systemeffekte evaluiert werden.

Fazit:

Vorsorge- und Screening-Programme beim Bronchialkarzinom fehlen trotz Evidenz für Mortalitätssenkung und Kosteneinsparung. Ein Pilotprojekt ist in Vorbereitung.

Ebene 3: Diagnostik

Ob Informationsmaterial zur Früherkennung bzw. zur Bewusstseinsbildung, etwa zum Thema Rauchen, niederschwellig verfügbar ist, hängt derzeit aufgrund des Fehlens eines einheitlichen, organisierten Screenings weitgehend von Einzelaktionen von Krebshilfe, Arbeitsmedizin bzw. Bund und Bundesländern ab.

Erstvorstellungen bei Verdachtsfällen können in der Regel in ganz Österreich innerhalb einer Woche an einer pneumologisch bzw. onkologisch tätigen Abteilung erfolgen. Auch hinsichtlich der raschen bzw. zügigen Verfügbarkeit einer gegebenenfalls invasiven Diagnostik sehen die Expert:innen den Status quo weitgehend positiv, allerdings mit regionalen Unterschieden. Ähnliches gilt auch für das Kriterium einer mit kurzer Rücklaufzeit verfügbaren spezialisierten pathologischen Diagnostik, wie Molekularpathologie, Liquid Biopsy, Next-Generation Sequencing (NGS) und genomischer Tests. Kritisch angeführt wurde der Trend zur Verschiebung der pathologischen Diagnostik in den privaten Bereich, nicht nur was die geringeren Kapazitäten für die Ausbildung von Fachärzt:innen angeht. Was die zeitnahe Verfügbarkeit aller notwendigen bildgebenden Verfahren zwecks Staging betrifft, so ist diese grundsätzlich weitgehend gegeben, allerdings mit zwei Einschränkungen: Beim MRT und noch stärker beim PET-CT gibt es z. T. erhebliche regionale Unterschiede. Vor allem beim PET-CT fehlen in manchen Regionen entweder die Geräte, oder es mangelt an Personal. Auch einheitliche Kriterien für die Zuweisung sind in der Praxis oftmals nicht etabliert, so dass PET-CTs in Indikationen durchgeführt werden,

für die es diese Untersuchung nicht braucht, gleichzeitig aber die Ressourcen für Patient:innen mit Lungenkarzinom fehlen.

Das letzte Kriterium dieser Ebene der Versorgungsmatrix für das Bronchialkarzinom ist schließlich die Frage, ob für den Abschluss der Diagnostik, von der Erstvorstellung bis zum Tumorboard, alles Benötigte innerhalb von vier Wochen vorhanden ist. Diese Frage wurde von den Expert:innen positiv mit Potenzial für Verbesserungen bewertet.

Fazit:

Informationsmaterial gibt es nur im Rahmen von Einzelinitiativen (z. B. Krebshilfe). Erstvorstellung, invasive Diagnostik und spezialisierte pathologische Diagnostik sind meist zeitnah möglich bzw. verfügbar, allerdings mit regionalen Unterschieden. Bildgebende Verfahren sind grundsätzlich zeitnah verfügbar, in einigen Regionen gilt dies jedoch nicht für MRT und PET-CT. Ein Abschluss der Diagnostik für das Tumorboard ist meist in vier Wochen möglich.

Ebene 4: Tumorboards

Das erste Kriterium dieser Bewertungsebene ist die Frage, ob tatsächlich jede:r onkologische Patient:in bei Erstdiagnose einem interdisziplinären Tumorboard vorgestellt wird, so wie es in der „Rahmengesäftsordnung für Tumorboards“ des nationalen Krebsrahmenprogramms definiert ist. Für viele Regionen konnte das Expert:innen-Board mit einer Bewertung von 10 eine vollständige Umsetzung dieser Vorgabe festhalten, der gesamtösterreichische Schnitt von 8,7 zeigt jedoch an, dass dies in einigen Regionen nicht der Fall ist. Die Muster-Geschäftsordnung für Tumorboards wird jedenfalls in aller Regel beachtet.

Kritisch angemerkt wurde, dass das verpflichtende Abhalten von Tumorboards oftmals zwar in die SOPs des jeweiligen Spitalsbetreibers Eingang fand, die für die Umsetzung notwendigen personellen Ressourcen jedoch nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Vor allem bei nichtärztlichem Personal für die Dokumentation (Dokumentationsassistent:innen) liegen die vorhandenen Ressourcen meist deutlich unter dem, was sich im Rahmen von Zertifizierungen als Mindestanforderung erwies.

Die Frage, ob bei einer rein medikamentösen Therapieänderung zum Zweck der chefärztlichen Bewilligung jedes Mal ein Tumorboard entscheiden muss, wird regional bei einer Therapieänderung von Chefärzt:innen unterschiedlich gehandhabt. Speziell bei In-Label-Indikation wird die Notwendigkeit, ein interdisziplinäres Tumorboard einzuberufen, aufgrund des hohen administrativen Aufwandes kritisch gesehen.

Überwiegend positive Bewertungen gab es vom Expert:innen-Board zur Etablierung krankenanstaltenübergreifender sowie entitätsspezifischer Tumorboards,

zur Anwesenheit von Vertreter:innen der Schlüsselfächer sowie zur klaren Rollenverteilung für Organisation, Moderation und Protokollführung. Dabei gebe es in vielen Fällen einen Mangel an nichtärztlichem Unterstützungspersonal.

Was die Durchführung von krankenanstaltenübergreifenden Tumorboards betrifft, so liegen die dafür notwendige technische Infrastruktur, wie ein System für Videokonferenzen, sowie die Möglichkeit der elektronischen Bildübertragung in den meisten, aber nicht allen Regionen vor.

Große regionale Unterschiede gibt es schließlich, was die Etablierung eines Qualitätsmanagement-(QM-)Prozesses betrifft. Auch hier spielt das oftmals fehlende Personal im Bereich der Dokumentation eine Rolle.

Fazit:

Tumorboards sind weitgehend der Rahmengesäftsordnung entsprechend etabliert. Die Durchführung findet krankenanstaltenübergreifend und entitätsspezifisch statt. Administrativer Mehraufwand muss meist von den Ärzt:innen getragen werden. Deutlich mehr Dokumentationsassistent:innen werden benötigt. Auch ein QM-Prozess scheitert in einigen Regionen an mangelnden Ressourcen.

Ebene 5: State-of-the-Art-Therapie

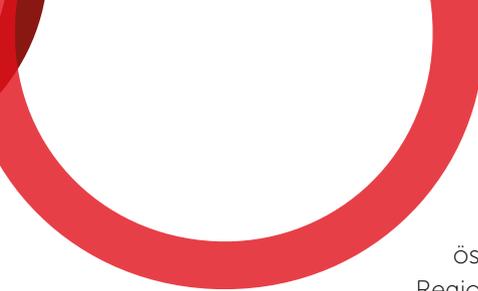
Ein zeitnaher Zugang zu spezialisierter chirurgischer Therapie ist in fast allen Bundesländern gegeben. Auch evidenzbasierte medikamentöse Innovationen sind im intramuralen Bereich meist ohne bürokratische Hürden verfügbar. Anders sieht es mit dem Zugang zu innovativeren Medikamenten im extramuralen Bereich aus. Diesbezüglich gibt es in einigen Regionen eine Unzufriedenheit mit dem Umstand, dass hier der Chefärztliche Dienst für evidenzbasierte Therapieentscheidungen einen Tumorboard-Beschluss fordert. Das Österreichische Onkologie Forum ist daher diesbezüglich aktuell in Diskussion mit Vertreter:innen der Sozialversicherung.

Hinsichtlich des Zuganges zur Strahlentherapie, inklusive innovativer Methoden wie der Stereotaxie, stellt sich für die meisten Regionen ein gutes, für einige Regionen jedoch ein eher schlechtes Bild mit langen Wartezeiten für die Patient:innen dar.

Aus dem Krebsrahmenprogramm wurde zusätzlich ein breiter gefasstes Kriterium in den Katalog aufgenommen, das den generellen Zugang zu einer State-of-the-Art-Therapie in den unterschiedlichen Disziplinen abbildet, und hier fallen die Bewertungen der Expert:innen im österreichweiten Durchschnitt sehr gut aus.

Fazit:

Es zeigt sich ein guter Zugang zu evidenzbasierten medikamentösen Innovationen im intramuralen Bereich, aber teilweise gibt es belastende bürokratische Hürden



im extramuralen Bereich. Spezialisierte Chirurgie ist österreichweit in fast allen Regionen zeitnah verfügbar. Eine (innovative) Strahlentherapie ist in einigen Regionen nicht gut verfügbar.

Ebene 6: Klinische Studien

Das Kriterium „klinische Studien sind verfügbar“ wird österreichweit mit einem hohen Punkteschnitt bewertet. Allerdings zeigt sich, dass es im außeruniversitären Bereich diesbezüglich große Unterschiede gibt und dass aufgrund oftmals mangelhafter Unterstützung durch die öffentliche Hand teilweise auf Drittmittel bzw. Kooperationen mit Universitäten ausgewichen werden muss. Kritisch angemerkt wurde in diesem Zusammenhang, dass im österreichischen Gesundheitssystem nicht klar definiert ist, welche Einrichtungen außerhalb des universitären Bereichs klinische Studien durchführen sollen. Das Zertifizierungskriterium, dass mindestens fünf Prozent der Primärfälle in klinische Studien eingeschlossen werden, wird in manchen Regionen voll, in anderen Regionen nur ungenügend erfüllt. Einen lediglich moderaten Punkteschnitt in der Bewertung gab es schließlich auch bei der Frage, ob die Rekrutierung über krankenanstaltenübergreifende Tumorboards erfolgt. Auch hinsichtlich der Bereitstellung von personeller und räumlicher Infrastruktur durch die jeweilige Krankenanstalt bestehen große regionale Unterschiede. Vor allem die Verfügbarkeit von Study Nurses und Dokumentationsassistent:innen ist in der Mehrzahl der Regionen nicht gegeben. Weitgehend erfüllt wird schließlich das Kriterium aus dem Krebsrahmenprogramm, dass Patient:innen über 70 Jahre grundsätzlich Zugang zu klinischen Studien haben.

Fazit:

Es zeigt sich ein österreichweit sehr heterogenes Bild bei der außeruniversitären klinischen Forschung. Drittmittel, Kooperationen und private Vereine ersetzen oftmals den fehlenden öffentlichen Auftrag. Ob die Krankenanstalten personelle und/oder räumliche Ressourcen zur Verfügung stellen, variiert ebenfalls stark von Bundesland zu Bundesland. Der Studienzugang für ältere Patient:innen ist meist gegeben.

Ebene 7: Dokumentation – Register – Benchmarking

Spezifische Parameter für Prozess- und Ergebnisqualität für onkologische Diagnostik und Therapie werden in einigen Regionen durchgängig, in anderen Regionen nur teilweise erhoben. Die systematische Datenerfassung er-

folgt zum Teil über Zertifizierungsprogramme, an denen derzeit vier Zentren bzw. Regionen teilnehmen. Von den übrigen Regionen ist bei lediglich einem Teil eine Zertifizierung konkret geplant.

Insgesamt besteht beim Thema Datenerfassung und -übermittlung, wie bereits an anderer Stelle erwähnt, in den meisten Regionen ein starker Verbesserungsbedarf. Dies liegt einerseits an einem Mangel bzw. Fehlen von Dokumentationsassistent:innen und andererseits an einer fehlenden Infrastruktur zur strukturierten onkologischen Dokumentation, die eine automatisierte Erfassung der vollständigen Tumorinformation und Übermittlung der Daten, etwa an das Nationale Krebsregister, ermöglichen würde.

Fazit:

Die Erfassung von Parametern für Prozess- und Ergebnisqualität findet hauptsächlich im Rahmen von Zertifizierungsprogrammen statt. Derzeit sind österreichweit vier Zentren für Lungenkrebs zertifiziert. Für die Datenübertragung an das Nationale Krebsregister mangelt es vielfach an nichtärztlichen Ressourcen sowie an den entsprechenden Softwarelösungen.

Ebene 8: Behandlung und Pflege

Die beiden Kriterien „es stehen ausreichend tagesklinische Behandlungsplätze zur Verfügung“ und „der Therapiestart erfolgt innerhalb von acht Tagen nach Abklärung“ werden vom Expert:innen-Board überwiegend positiv bewertet. Allerdings wird der Trend bei den tagesklinischen Kapazitäten aufgrund steigender Fallzahlen mehrheitlich negativ gesehen. Entlastung erhofft man sich seitens der Expert:innen von der Etablierung der Cancer Nurses, die in Österreich erst vor kurzem begann.

Noch kaum verfügbar sind moderne elektronische Methoden zur Erfassung von Patient-reported Outcomes wie Toxizität und Lebensqualität mit der Möglichkeit für die Patient:innen, z. B. auf einem Tablet selbstständig Eingaben zu machen. Auch die telemedizinische Betreuung von Patient:innen ist nur in wenigen Regionen Teil der klinischen Routine. Es gibt aber bereits etablierte Ansätze für digitale Visiten, die sich z. B. bei Wohnheimen bewährten.

Ein weiteres Kriterium dieser Bewertungsebene betrifft die Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich, etwa über gemeinsame Veranstaltungen, aber auch in der Betreuung der onkologischen Patient:innen. Diese funktioniert im österreichweiten Schnitt eher schlecht, wobei es große regionale Unterschiede gibt.

Fazit:

Tagesklinische Behandlungsplätze sind derzeit noch ausreichend verfügbar, aber mit Tendenz zur Verschlechterung. Cancer Nurses könnten Entlastung bringen. Digita-

le Tools sind noch kaum Teil des Behandlungsprozesses. Der niedergelassene Bereich ist wenig in die Betreuung von Krebspatient:innen eingebunden.

Ebenen 9 und 10: Palliativmedizin und Psychoonkologie

Ein differenziertes Bild zeigt sich auch bei den Kriterien zur palliativmedizinischen Versorgung. Zum Teil fehlen Betten und Personal für intramurale Versorgung, zum Teil die Organisationsstruktur für eine zeitnahe mobile palliative Betreuung der onkologischen Patient:innen. Der österreichweite Bewertungsschnitt von 6,6 zeigt aber, dass es neben Regionen mit hohem Verbesserungsbedarf durchaus auch Regionen mit guter Versorgung gibt. Dort, wo die Situation eher schlecht ist, wird von den Expert:innen allerdings keine Tendenz zur Besserung gesehen. Richtwerte zum palliativmedizinischen Bedarf wurden in den meisten Zentren nicht erhoben, womit die Ampel bei einem weiteren Kriterium aus dem Krebsrahmenprogramm auf Orange steht.

Etwas besser sieht es mit der Verfügbarkeit einer zeitnahen psychoonkologischen Betreuung aus, die in der Mehrzahl der Regionen für alle Patient:innen und deren Angehörige gegeben ist. Die Durchführung eines Screenings des diesbezüglichen Bedarfes mittels validierten Fragebogens erfolgt meist nur im Rahmen einer Zertifizierung. Fehlt diese, so wird auch kein Screening durchgeführt. Ein:e physisch oder virtuell anwesende:r Dolmetscher:in für die psychoonkologische Versorgung von Patient:innen mit Sprachbarriere ist nur in einem Teil der Regionen etabliert.

Fazit:

Es gibt große regionale Unterschiede bei der palliativmedizinischen Versorgung von Krebspatient:innen. Es besteht Aufholbedarf in einigen Regionen, auch was die Erfassung von Richtwerten betrifft. Psychoonkologische Betreuung ist meist zeitnah verfügbar. Allerdings wird der diesbezügliche Bedarf nur in zertifizierten Zentren gescreent.

Ebene 11: Sozioökonomische Faktoren

Daten zeigen, dass sozioökonomische Faktoren wie Migrationshintergrund, Sprachbarriere, Bildung und Einkommen eine Rolle für das Outcome von Krebspatient:innen spielen. Dies liege nicht am unterschiedlichen Zugang zu State-of-the-Art-Therapien, sondern an Faktoren wie Therapieverständnis und Compliance, so die Expert:innen. Insgesamt steht die Ampel bei der Frage, ob die Behandlungsqualität frei vom Einfluss sozioökonomischer Determinanten ist, auf schwach Gelb.

Auch bei den Herausforderungen, die sich außerhalb der stationären Betreuung ergeben können, sind die Be-



troffenen oftmals auf sich allein gestellt oder von privat finanzierter Unterstützung abhängig. So fehlt die Verfügbarkeit von Care-Manager:innen, die aus öffentlicher Hand finanziert werden und eine Lotsenfunktion, z. B. für alleinstehende ältere Patient:innen, übernehmen, in den meisten Regionen zur Gänze. Auch sozioökonomische Folgen einer Krebserkrankung für die Betroffenen, etwa der Verlust des Arbeitsplatzes, können durchgängig nicht ausgeschlossen werden.

Dolmetschangebote für Patient:innen stehen schließlich in den meisten Regionen zur Verfügung, wobei teilweise auf professionelle Dolmetscher:innen und teilweise auf mehrsprachige Mitarbeiter:innen zurückgegriffen wird. Der damit verbundene Zeitaufwand fließt aktuell nicht in die Personalplanung ein.

Fazit:

Sozioökonomische Faktoren beeinflussen die Behandlungsqualität aufgrund von strukturellen Mängeln. Ein Care-Management aus öffentlicher Hand fehlt nahezu vollständig. Krebserkrankungen haben oftmals sozioökonomische Folgen für die Betroffenen. Immerhin ist meistens für einen Übersetzungsdienst für fremdsprachige Patient:innen gesorgt.

Ebenen 12 und 13: Rehabilitation und Nachsorge

Während eine stationäre onkologische Rehabilitation in nahezu allen Regionen ausreichend und zeitnah verfügbar ist, sieht die Situation bei der ambulanten Rehabilitation deutlich schlechter aus. So ist eine dezidierte onkologische ambulante Rehabilitation derzeit lediglich in zwei Regionen etabliert.

Bei der ausreichenden Verfügbarkeit von personellen Ressourcen für die onkologische Nachsorge steht die Ampel im österreichweiten Schnitt auf Gelb. Die Nach-

sorge erfolgt in einem Teil der Regionen intramural, in einem Teil extramural. Ein Nachsorge-Pass für die standardisierte Nachsorge der Patient:innen mit Bronchialkarzinom steht in den meisten, aber nicht in allen Regionen zur Verfügung.

Fazit:

Bei der stationären onkologischen Rehabilitation steht die Ampel auf Gelb, bei der ambulanten onkologischen Rehabilitation auf Rot. Die Kapazitäten für die intramurale Nachsorge sind häufig mangelhaft. Der Nachsorge-Pass ist oft verfügbar.

Ebenen 14 und 15: Fortbildung und Entwicklung

Sehr positiv mit fast maximalem österreichweitem Punkteschnitt wird die Verfügbarkeit von fachspezifischen Fortbildungsangeboten zum Bronchialkarzinom bewertet, die in einem regional unterschiedlichen Grad von der Ärzteschaft genutzt werden. Die Fortbildungen werden sowohl regional als auch national angeboten, meist erfolgt die Realisierung über ein Sponsoring der Pharmaindustrie. Eine verstärkte Einbindung der Pflege wäre nach Ansicht des Expert:innen-Gremiums wünschenswert, aktuell findet diese nur sehr reduziert statt. Auch beim Kriterium eines ausreichenden Fortbildungsangebotes in den Bereichen Evidenzbasierung, Risikokommunikation und Shared Decision-Making fällt die Beurteilung durch das Expert:innen-Gremium eher nüchtern aus. Vereinzelt gebe es aber gute Angebote, wie jenes der Gesundheit Österreich GmbH zur ärztlichen Gesprächsführung in der Onkologie im Rahmen eines geförderten Programms. Im Bereich „Entwicklung“ des Kriterienkataloges zum Bronchialkarzinom wird das ausreichende Vorhandensein von ärztlichem Nachwuchs und eine damit verbundene stabile Personalsituation regional unterschiedlich und im Schnitt „auf Gelb“ gesehen. Tendenziell ebenfalls kritisch wird die Frage nach der Verbesserung der Versorgung von Lungenkrebspatient:innen in den letzten fünf Jahren – also die Entwicklung der Struktur- und Prozessqualität – beurteilt, jenseits der Verbesserung der Prognose durch die Verfügbarkeit besserer Therapiemöglichkeiten.

Fazit:

Fortbildungsangebote sind ausreichend verfügbar und werden von ärztlicher Seite gut genutzt. Die Teilnahme der Pflege ist noch sehr eingeschränkt. Angebote abseits der medizinisch-klinischen Themen sind nur sporadisch verfügbar und werden wenig genutzt. Die Nachwuchssituation zeigt sich in einigen Regionen kritisch. Eine Besserung der Versorgungssituation im Österreichschnitt trifft nur eingeschränkt zu. ○

DIE TEILNEHMER:INNEN DES WORKSHOPS

Moderation

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Strasser-Weippl, MBA
Zentrum für Onkologie und Hämatologie mit Ambulanz und Palliativstation, Klinik Ottakring, Wien

Vorsitzende

Prim. Priv.-Doz. Dr. Arschang Valipour, FERS
Vorstand der Abteilung für Innere Medizin und Pneumologie; Leiter des Karl Landsteiner Instituts für Lungenforschung und pneumologische Onkologie, Klinik Floridsdorf, Wien

Prim. Priv.-Doz. Dr. Stefan Watzka
Vorstand der Abteilung für Thoraxchirurgie, Klinik Floridsdorf, Wien

Referent:innen

Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe
Zentrum für Onkologie und Hämatologie mit Ambulanz und Palliativstation, Klinik Ottakring, Wien

OA Dr. Maximilian Hochmair
Innere Medizin und Pneumologie, Leiter der onkologischen Tagesambulanz/Tagesklinik, Klinik Floridsdorf, Wien

Prim. Dr. Georg Pall
Vorstand der Inneren Medizin II, Kardinal Schwarzenberg Klinikum, Schwarzach/Pongau

Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Helmut Prosch
Klinische Abteilung für Allgemeine Radiologie und Kinderradiologie, Universitätsklinik für Radiologie und Nuklearmedizin, Wien

OA Dr. Michael Schumacher
Thorax-Zentrum, Pneumologie-Thoraxchirurgie, Ordensklinikum Linz Elisabethinen

Prim. Priv.-Doz. Dr. August Zabernigg
Abteilung für Innere Medizin, BKH Kufstein, Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität Innsbruck

Diskussionsteilnehmer:innen

Prim.^a Assoz. Prof.ⁱⁿ PDⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Petra Georg, MBA
Leitung Abteilung für Strahlentherapie – Radioonkologie, Universitätsklinikum Krems

Dr.ⁱⁿ Dagmar Krenbek
Institut für Pathologie und Bakteriologie, Klinik Floridsdorf, Wien

Prim. Dr. Markus Rauter
Leiter Abteilung für Lungenkrankheiten, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee

Versorgungsmatrix beim Bronchialkarzinom – die Ergebnisse in Zahlen

Optimal, akzeptabel oder kritisch? Alle Bewertungen der Expert:innen-Gruppe des Österreichischen Onkologie Forums, geordnet nach den Ampelfarben.



Ampel auf Grün (Bewertung 8–10)		
Ebene	Kriterium	Bewertung (0 = nicht vorhanden, 10 = exzellent)
Diagnostik	Alle notwendigen bildgebenden Verfahren sind zeitnah verfügbar (inkl. nuklearmedizinischer Untersuchungen) außer MR und PET.	8,3
	Jede:r Patient:in wird bei Erstdiagnose in einem Tumorboard vorgestellt.	8,5
Tumorboards	Die Muster-Geschäftsordnung für Tumorboards wird beachtet.	9,4
	Entitätsspezifische Tumorboards sind (ggf. krankenanstaltenübergreifend) verfügbar.	9,8
	Krankenanstaltenübergreifende Tumorboards sind eingerichtet.	9,8
	Es ist jeweils ein:e Moderator:in und ein:e Organisator:in für das Tumorboard inkl. Rollenbeschreibung festgelegt; Termine sind fixiert; Protokollführung ist implementiert.	9,7
	Alle Schlüsselfächer (internistische Onkologie, entitätsspezifisches Sonderfach, Radioonkologie, Radiologie) sind im Tumorboard anwesend; Pathologie ist anwesend oder erreichbar. Wenn jemand ausfällt, ist ein Ersatz anwesend.	9,4
	Eine Infrastruktur zur Abhaltung häuserübergreifender Tumorboards ist vorhanden.	8,7
	Spezialisierte chirurgische Therapie mit entsprechender Expertise ist, falls notwendig, zeitnah verfügbar (ggf. per Kooperation).	8,6
State-of-the-Art-Therapie	Zugang zu evidenzbasierter Innovation (State-of-the-Art-Therapie) auch anderer therapeutischer Disziplinen (OP, RT etc.) ist jeweils zeitnah verfügbar.	9,0
	Zugang zu evidenzbasierter medikamentöser Innovation ist im intramuralen Bereich ohne administrative Hürden verfügbar.	8,9
	Zugang zu Strahlentherapie inkl. innovativer Methoden (z. B. Stereotaxie) ist zeitnah verfügbar und regional gut erreichbar.	8,4
	Klinische Studien sind verfügbar.	8,7
Klinische Studien	Studien sind für Patient:innen > 70 Jahre verfügbar.	8,7

Ampel auf Grün (Bewertung 8–10)		
Ebene	Kriterium	Bewertung (0 = nicht vorhanden, 10 = exzellent)
Behandlung und Pflege	Es stehen ausreichend tagesklinische Behandlungsplätze zur Verfügung.	8,2
	Start der Therapie ab Aufklärungsgespräch innerhalb von 8 Tagen.	9,3
Fortbildung	Ausreichende fachspezifische Fortbildungsangebote sind verfügbar und berücksichtigen nationale und internationale Richtlinien.	9,7
Ampel auf Gelb (Bewertung 5–7,9)		
Ebene	Kriterium	Bewertung (0 = nicht vorhanden, 10 = exzellent)
Diagnostik	Erstvorstellungstermine für Tumorpatient:innen sind innerhalb 1 Woche verfügbar.	7,8
	Die notwendige, ggf. invasive Diagnostik ist rasch verfügbar und erfolgt zügig.	6,9
	Eine spezialisierte pathologische Diagnostik ist mit kurzer Rücklaufzeit verfügbar (falls notwendig, inkl. Molekularpathologie, Liquid Biopsy, NGS, genomischer Tests etc.).	6,8
	MRT ist zeitnah verfügbar.	5,8
	PET-CT ist zeitnah verfügbar.	5,2
	Invasive Diagnostik und Therapie sind zeitnah verfügbar.	7,4
	Abschluss Diagnostik (alles, was für Tumorboard benötigt wird) innerhalb von 4 Wochen	7,4
Tumorboards	Nichtärztl. Personal für Organisation und Protokollführung wird vom Träger bereitgestellt.	7,7
	QM-Prozess (inkl. 2-mal jährlich M&M-Konferenzen) für alle Tumorboards ist etabliert.	5,6
	Problemlose elektronische Bildübertragung innerhalb des Bundeslandes ist etabliert.	7,5
State-of-the-Art-Therapie	Zugang zu evidenzbasierter medikamentöser Innovation ist im extramuralen Bereich ohne administrative Hürden verfügbar.	7,3
Klinische Studien	> 5 % der Primärfälle der Tumorentität werden in Studien eingebracht.	7,6
	Die Rekrutierung in klinische Studien erfolgt über krankenanstaltenübergreifende Tumorboards.	5,4
	Die (personelle und räumliche) Infrastruktur zur Durchführung klinischer Studien wird von der Krankenanstalt bereitgestellt.	6,6
	Nur personelle Infrastruktur für Studien wird von Krankenanstalt beigestellt.	5,1

Ampel auf Gelb (Bewertung 5–7,9)		
Ebene	Kriterium	Bewertung (0 = nicht vorhanden, 10 = exzellent)
Dokumentation, Register	Spezifische Parameter für Prozess- und Ergebnisqualität für onkologische Diagnostik und Therapie werden erhoben (z. B. über Zertifizierungsprogramme).	7,2
	Eine (ggf. entitätsspezifische) Zertifizierung ist erfolgt oder geplant.	5,5
Behandlung und Pflege	Die pflegerische Betreuung erfolgt durch mindestens 1 spezialisierte Cancer Nurse.	7,6
	Eine enge Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich ist etabliert und wird durch gemeinsame Veranstaltungen unterstützt.	5,5
Palliativmedizin	Palliativmedizinischer Bedarf (Bedarfsrichtwerte) wurde erhoben.	5,0
	Mobile Palliativteams sind zeitnah und in ausreichendem Maß verfügbar.	6,9
	Stationäre palliativmedizinische Versorgung ist in ausreichendem Maß verfügbar.	6,6
Sozioökonomische Faktoren	Die Behandlungsqualität wird nicht durch sozioökonomische Determinanten beeinflusst.	5,8
	Für Patient:innen mit nichtdeutscher Muttersprache stehen niederschwellige Dolmetschangebote zur Verfügung.	6,6
Psychoonkologie	Psychoonkologische Betreuung ist niederschwellig möglich und ausreichend verfügbar.	7,0
	Screening für psychoonkologischen Bedarf erfolgt mittels validierter Screeningtools.	5,1
Rehabilitation	Stationäre Rehabilitation ist in ausreichendem Maß und zeitnah verfügbar.	6,8
Nachsorge	Ausreichende Kapazitäten für die intramurale Nachsorge von Bronchial-Ca-Patient:innen sind vorhanden.	5,8
	Patient:innen erhalten einen Nachsorge-Pass und werden nach einem krankheitsspezifisch standardisierten Schema nachbetreut.	7,5
Fortbildung	Fachspezifische Fortbildungsangebote werden von einer ausreichenden Anzahl an Ärzt:innen besucht.	7,4
Entwicklung	Die Personalsituation ist stabil, es ist ausreichend Nachwuchs vorhanden, um die fachliche Expertise am Standort zu erhalten.	6,5
	Die Qualität der Versorgung hat sich in den letzten 5 Jahren insgesamt verbessert.	5,8



Ampel auf Rot (Bewertung 0–4,9)		
Ebene	Kriterium	Bewertung (0 = nicht vorhanden, 10 = exzellent)
Vorsorge	Vorsorge ist etabliert, falls evidenzbasiert empfohlen.	1,8
Screening	Ein Screening-Programm ist implementiert, falls evidenzbasiert empfohlen.	1,0
	Qualitätsstandards werden im Rahmen eines opportunistischen Screenings eingehalten.	1,3
	Monitoring der Mortalität für das Programm-Screening ist etabliert.	0,0
Diagnostik	Infomaterial zu bewusstseinsbildenden Maßnahmen für Lungenkrebs ist niederschwellig verfügbar.	3,2
	Theoretisch ausreichend Geräte und Personal für PET-CT, wenn richtig zugewiesen (Strukturqualität vorhanden, aber falsch zugewiesen)	4,7
Dokumentation, Register, Benchmarking	Es stehen dedizierte personelle Ressourcen für die korrekte Übermittlung von Daten an das Nationale Krebsregister zur Verfügung.	3,6
	Die Übermittlung von Daten an das Nationale Krebsregister erfolgt automatisiert aus Dokumenten (z. B. Befunden) der elektronischen Krankengeschichte.	2,4
Behandlung und Pflege	Es stehen moderne Methoden zur Dokumentation von Toxizität und QoL zur Verfügung (ePRO).	2,5
	Telemedizin ist als Teil der Routinebehandlung verfügbar.	2,6
Sozioökonomische Faktoren	Care-Manager:innen für die Betreuung älterer Menschen mit einer Krebserkrankung (Kordinierungsfunktion) sind eingerichtet.	1,4
	Eine Krebserkrankung hat keine Verschlechterung der sozioökonomischen Situation der Patient:innen zur Folge.	4,1
Psychoonkologie	Patient:innen mit Sprachbarrieren können psychoonkologisch versorgt werden.	4,8
Fortbildung	Fortbildungen in den Bereichen Evidenzbasierung, Risikokommunikation, Shared Decision-Making und geschlechterspezifische Gesundheit werden ausreichend angeboten und genutzt.	4,3
	Fachspezifische Fortbildungsangebote werden von einer ausreichenden Anzahl an Pflegekräften besucht.	3,3
Rehabilitation	Ambulante onkologische Rehabilitation ist in ausreichendem Maß und zeitnah verfügbar.	3,9



Podiumsdiskussion zur Versorgung bei Lungenkrebs Aufbruchsstimmung und harte Nüsse

Am Podium diskutierten (v. l. n. r.): Dr. Robert Sauer mann (Dachverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger), Mag. Volker Knestel (NÖGUS), Dr.ⁱⁿ Karin Eglau (GÖG), Dipl.-Kfr. Julia Guizani (FOPI), Mag.^a Martina Löwe (Österreichische Krebshilfe), Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe (OeGHO), Prim. Priv.-Doz. Dr. Stefan Watzka (Klinik Floridsdorf), Prim. Priv.-Doz. Dr. Arschang Valipour, FERS (Klinik Floridsdorf), Dr. Michael Binder (WIGEV), Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Strasser-Weippl, MBA (OeGHO).

Die wesentlichsten Ergebnisse des Expert:innen-Workshops wurden anschließend mit einer prominent besetzten Runde von Stakeholder:innen diskutiert. Die Moderation übernahm wieder Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Strasser-Weippl von der Klinik Ottakring in Wien.

„Wir wissen aus internationalen Daten, dass Defizite auf der Versorgungsebene mit einem schlechteren Outcome assoziiert sind“, so Strasser-Weippl in ihrem einleitenden Statement. Dies gelte insbesondere für das Bronchialkarzinom, für das es bereits einen prognostischen Score gebe, der neben dem Tumorstadium auch sozioökonomische Faktoren berücksichtigt und das Outcome besser vorhersagen kann, als es mit der alleinigen Berücksichtigung des Tumorstadiums möglich ist. Auch für Faktoren wie Zeit bis zum Therapiebeginn, Sprachbarriere, Health Literacy oder Transportprobleme zeigten Studien einen Einfluss auf das Outcome.

Bildgebung als Nadelöhr

Versorgungsrelevante Kriterien beim Bronchialkarzinom auf der Ebene der Diagnostik wurden im Expert:innen-Workshop mehrheitlich positiv bewertet. So ist es zum Beispiel größtenteils möglich, dass ein:e Patient:in innerhalb von vier Wochen ab Erstvorstellung bis zum Tumorboard kommt. „Allerdings gibt es Kriterien, die sich oftmals als Nadelöhr im Versorgungspfad darstellen, wie

zum Beispiel die Verfügbarkeit von PET-CT- und MRT-Untersuchungen“, so Strasser-Weippl. Dies sei zwar zum Teil auch durch eine zu großzügige Zuweisungspraxis seitens der Behandler:innen bedingt, beruhe letztlich aber vor allem auf einem Mangel an Geräten und Personal. Diese Schwachstelle in der Versorgung beim Lungenkrebs wird auch von den betroffenen Patient:innen immer wieder thematisiert, wie Martina Löwe, Geschäftsführerin der Österreichischen Krebshilfe, betont. „Viele berichten uns am Telefon, dass sie einfach nicht so lange warten möchten und in eine private Einrichtung gehen, um schneller dranzukommen“, so Löwe. Es sei verständlich, wenn die Betroffenen verunsichert sind und sich fragen, welchen Einfluss eine verzögerte Untersuchung auf ihre Prognose hat. Auch Univ.-Prof. Dr. Michael Binder, Ärztlicher Leiter des Wiener Gesundheitsverbundes, sieht deutlichen Verbesserungsbedarf, wobei er dafür plädiert, das strukturelle Thema, also die Verfügbarkeit von Geräten im intra- und extramuralen Bereich, von jenem einer gut abgestimmten Nutzung dieser Ressourcen thematisch zu trennen.

Diagnostikwelle bei MRT und PET-CT

„Ein systematisches Bottleneck ergibt sich etwa aus dem Umstand, dass es eine nuklearmedizinische Untersuchung wie PET-CT im Gegensatz zur MR und CT nicht im

niedergelassenen Bereich, sondern nur im Krankenhaus gibt“, so Binder, und weiter: „Andererseits brauchen wir aber auch keine Wiederbestätigungs-PET-CTs, wie sie oft durchgeführt werden.“ Es gebe schließlich eine Vielzahl von malignen Erkrankungen, bei denen diese Untersuchungen in der Frühphase für eine leitliniengerechte Behandlung gebraucht werden. „Zudem kommt im nächsten Jahr auch noch eine Diagnostikwelle mit MR und PET-CT in Zusammenhang mit der neu zugelassenen Alzheimer-Therapie auf uns zu“, warnte Binder. Was die „Hardware“ – also die erforderlichen Geräte – betrifft, so habe die Sozialversicherung bereits beschlossen, dass es mehr CT- und MR-Geräte im niedergelassenen Bereich geben werde. Binder: „Hinsichtlich der PET-CT-Kapazitäten sind in erster Linie die Zuweiser:innen gefragt.“ Auch Mag. Volker Knestel, Geschäftsführer des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS), sieht den beschlossenen raschen Ausbau der CT- und MR-Kapazitäten als wichtigen Schritt: „Wir haben gemeinsam mit der Sozialversicherung ein Zielbild für 2030 entwickelt und sind damit auf einem guten Weg“, so Knestel. „Beim PET-CT sieht die Sache allerdings anders aus. Angesichts der zu erwartenden steigenden Nachfrage im Zusammenhang mit dem neuen Alzheimer-Medikament benötigen wir eine gründliche Dokumentation des Patientenpfades, damit es nicht zu Drei- oder Vierfach-Befundungen kommt.“ Generell gebe es in Niederösterreich vor allem Probleme mit den personellen Kapazitäten.

Zu wenig Ressourcen für Dokumentation

Letzteres führt auch dazu, dass die Tumorboards beim Bronchialkarzinom zwar gut und interdisziplinär besucht sind, aber nicht 100 Prozent der Fälle tatsächlich durch ein Tumorboard gehen. Besonders kritisch wurde von den onkologischen Expert:innen der Umstand gesehen, dass für die Dokumentation der Beschlüsse des Tumorboards so gut wie nie nichtärztliches Personal zur Verfügung steht. Strasser-Weippl: „Nachdem mit der Dokumentation die Zertifizierungen sowie die Meldungen an das Nationale Krebsregister verbunden sind, sollte es dafür ein großes öffentliches Interesse geben.“ Aktuell funktioniere es nur durch die Eigeninitiative der Ärzt:innen bzw. mit privater Finanzierung.

Für Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe, Leiter des Zentrums für Onkologie und Hämatologie mit Ambulanz und Palliativstation der Klinik Ottakring, Wien, sind die in vielen Regionen Österreichs fehlenden Dokumentationsassistent:innen umso problematischer, als in Summe enorm viele fachärztliche Stunden in die Tumorboards und damit in die Qualität einfließen würden. „In jedem der insgesamt 250 Tumorboards, die wir in den letzten



Jahren in unserem Zentrum durchgeführt haben, saßen bis zu zehn Fachärzt:innen gleichzeitig eine bis eineinhalb Stunden lang und haben in dieser Zeit bis zu 20 Patient:innen besprochen. Ohne dass man das entsprechend dokumentiert, ist es verlorene Zeit, was die Honorierung betrifft“, so Hilbe.

Aktualisierung des Krebsrahmenprogramms

Allerdings ist das Tumorboard derzeit überhaupt nicht im Leistungskatalog des Ministeriums abgebildet, wie Dr.ⁱⁿ Karin Eglau, Geschäftsbereichsleitung im Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), betont. „Dabei ist die erbrachte Leistung bei entsprechender Dokumentation ja einem bestimmten Patientenfall zuordenbar“, so Eglau, die der Ansicht ist, dass man das Tumorboard durchaus in den Leistungskatalog der Krankenanstalten aufnehmen könnte.

Ihre Abteilung arbeitet derzeit im Auftrag des Ministeriums an einer Aktualisierung des Krebsrahmenprogramms. Auch in den dazu mit breiter Beteiligung aufgesetzten Workshops habe sich die Notwendigkeit der Verfügbarkeit speziell ausgebildeter Dokumentationsassistent:innen zur Sicherung der Datenqualität und zur Entlastung der Ärzt:innen ganz deutlich gezeigt. „Gerade für die onkologische Dokumentation ist das besonders wichtig, weil gute Daten auch für die Krebsstatistik benötigt werden“, so Eglau. „Das Thema ist schon ungefähr 20 Jahre alt, aber ich glaube, jetzt ist es so weit, dass man das ange-

hen muss – ohne Daten keine Planung.“ WIGEV-Direktor Binder plädiert ergänzend dafür, die Tumordokumentation als gesonderte Leistung zu betrachten, die für eine Krebsbehandlung notwendig ist: „Das gehört genauso dazu wie die Verabreichung einer Infusion oder das Staging.“

Finetuning bei innovativen Medikamenten

Was den grundsätzlichen Zugang zur therapeutischen Versorgung und das Funktionieren von interdisziplinären Schnittstellen betrifft, so wurde die Situation im Expert:innen-Board größtenteils positiv bewertet. „Allerdings wurde auch hier, so wie bereits beim Mammakarzinom, das Tumorboard als Hürde für den Zugang zu indizierten innovativen Therapien im extramuralen Bereich kritisiert“, betonte Strasser-Weippl.

Priv.-Doz. Dr. Robert Sauermaier, Stv. Abteilungsleiter Vertragspartner Medikamente im Dachverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, erläuterte, wie sich die Situation aus Sicht der Sozialversicherung darstellt: „Wir haben häufig die Herausforderung, dass neue vielversprechende Medikamente verfügbar sind, bei denen es in Bezug auf den Nutzen noch Lücken in der Evidenz gibt“, so Sauermaier. „Um möglichst weitgehend sicherzustellen, dass der Einsatz dieser Medikamente zielgerichtet und eingebettet in ein onkologisches Gesamtkonzept erfolgt, hat die Forderung nach einem Tumorboardbeschluss als Qualitätskriterium Eingang in die Regeltexte gefunden.“ Mittlerweile sei aufgrund der Rückmeldungen aus der Praxis klar geworden, dass es eines Finetunings dieser Regelung bedürfe, um nicht wiederholte Tumorboards notwendig zu machen. „Das wäre überschießend“, so Sauermaier, der den Vorschlag machte, diesbezüglich gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Inzwischen finden zu diesem Thema bereits Abstimmungsgespräche zwischen dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und Vertreter:innen der OeGHO statt.

Thoraxchirurgie in Aufbruchsstimmung

Was die thoraxchirurgische Versorgung von Patient:innen mit Bronchialkarzinom betrifft, so sieht Prim. Priv.-Doz. Dr. Stefan Watzka, Vorstand der Abteilung für Thoraxchirurgie der Klinik Floridsdorf, Wien, einen gesteigerten personellen Bedarf auf das Gesundheitssystem zukommen. „Unser Fach ist derzeit in einer absoluten Aufbruchsstimmung“, so Watzka. „Wir können durch den technologischen Fortschritt mittlerweile Patient:innen,

die früher als inoperabel angesehen werden mussten, so operieren, dass sie nach wenigen Tagen nahezu beschwerdefrei nach Hause gehen können.“ Aufgrund der künftigen Screening-Programme sei eine neue Welle von Früherkrankungen zu erwarten. Bei diesen Patient:innen könne vielfach ein kurativer operativer Ansatz verfolgt werden, der gegenüber den multimodal zu versorgenden späteren Stadien auch kostengünstiger sei.

Dem von Watzka angeführten technologischen Fortschritt bei der operativen Behandlung des Bronchialkarzinoms entspricht im Bereich der medikamentösen Onkologie die rasante Entwicklung immer neuer Wirkstoffe. „Allein im Jahr 2021 sind in der Onkologie 30 neue Substanzen zugelassen worden. Durch die weitere Etablierung von künstlicher Intelligenz in der Pharmaforschung erwarten wir in Zukunft kürzere Entwicklungszyklen und gestraffte Studienprogramme“, sagte Dipl.-Kfr. Julia Guizani, bis Februar 2025 Präsidentin des Forums der forschenden pharmazeutischen Industrie (FOPI). Dabei sei es wichtig, die allein aufgrund der Überalterung der Gesellschaft immer größere Zahl an betroffenen Patient:innen nicht nach dem Gießkannenprinzip mit hochpreisigen Medikamenten zu behandeln, sondern im Sinne einer personalisierten Medizin. Guizani: „Dazu muss es uns gelingen, den Datenschatz in der Medizin zu heben, um individuelle Patientenpfade zu identifizieren und zu erkennen, welche Patient:innen von welcher Therapie bestmöglich profitieren können.“

Forschung hebt die Qualität

Die Bewertungen im Expert:innen-Board und die Diskussion zeigten, dass die von Guizani angesprochene Forschung in Österreich bis auf Ausnahmen fast ausschließlich an den Universitätskliniken stattfindet. Dabei erfordere gerade die fortschreitende Individualisierung der Pa-



tient:innen-Profile möglichst breite häuserübergreifende Kooperationen, um ausreichend viele Teilnehmer:innen in eine Studie einbringen zu können, wie Strasser-Weippl anmerkte. Ein Beispiel dafür, unter welchen Voraussetzungen eine rege Forschungstätigkeit im außeruniversitären Bereich stattfinden kann, ist die Abteilung für Innere Medizin und Pneumologie der Klinik Floridsdorf, Wien. Ihr Abteilungsvorstand, Prim. Priv.-Doz. Dr. Arshang Valipour, FERS, berichtete, dass es gelungen sei, über Gründung eines aus Drittmitteln finanzierten Karl Landsteiner Instituts und über Unterstützung durch den Spitalsträger Wiener Gesundheitsverbund, der die Räumlichkeiten zur Verfügung stellt, mittlerweile 25 Mitarbeiter:innen zu beschäftigen und pro Jahr 50 bis 80 onkologische Patient:innen in Studien einzuschließen. „Dies hebt die Qualität und spart dem Träger jährlich etwa 2 Millionen Euro“, so Valipour, der sich bezüglich der Studien eine stärkere Vernetzung mit Patient:innen-Organisationen wünschen würde. Wie Krebshilfe-Geschäftsführerin Löwe ergänzt, sei Letzteres auch ganz im Sinne der Patient:innen, die bezüglich der Verfügbarkeit von Studien grundsätzlich von mehr Transparenz profitieren würden.

Dass klinische Studien an den durchführenden Abteilungen die Qualität steigern, sieht auch Prof. Hilbe als gegeben an. Er betonte zudem, dass sich durch die Forschungstätigkeit die Expertise der beteiligten Ärzt:innen erhöhe und die Abteilung für junge, ambitionierte Mitarbeiter:innen an Attraktivität gewinne. „Wir würden gut daran tun, in Partnerschaft mit der forschenden Industrie hochqualitative Studiennetzwerke aufzubauen. Das wäre ein wichtiger Schritt in die Zukunft“, so Hilbe.

Für eine Förderung der klinischen Forschung anhand des Österreichischen Nationalen Krebsregisters plädiert BIQG-Geschäftsbereichsleiterin Eglau. „Wenn wir hier auch Behandlungsdaten von entsprechender Qualität einfließen lassen, können wir Anwendungsstudien ableiten, um zu erfassen, wie es den Patient:innen tatsächlich mit ihren Medikamenten geht“, so Eglau. Ihre Conclusio: „Wir sollten eine Entwicklung des Krebsregisters hin zu einem klinischen Register fördern.“

Lösungen für die Sprachbarriere

Beim Thema der Patient:innen-Kommunikation waren sich die Teilnehmer:innen der Podiumsdiskussion einig, dass diese beim Lungenkrebs aufgrund sozioökonomischer Faktoren eine besondere Herausforderung darstellt. Neben einem niedrigen Bildungsniveau, das die aktive Einbindung der Patient:innen in den Behandlungsprozess erschwert, ist es vor allem die Sprachbarriere, die oftmals Probleme macht. „Es bräuhete eine Institutionalisierung von Dolmetscherdiensten in den Spitalseinrichtungen, aber mir ist klar, dass das eine komplexe Aufgabe ist“, betont Eglau. NÖGUS-Geschäftsführer Knestel wiederum

sieht im extramuralen Bereich in der Hotline 1450 mit integrierten Übersetzungsfunktionen einen möglichen Ansatz zur Lösung der Sprachbarriere. „Ich würde mir für die Spitäler wünschen, dass sich die soziokulturelle Heterogenität der Patient:innen auch im ärztlichen und pflegerischen Personal widerspiegelt“, betonte wiederum Hilbe, der als Abteilungsvorstand der Onkologie in der Klinik Ottakring besonders stark mit diesem Thema konfrontiert ist. Dazu brauche es jedoch entsprechende Ansätze, die eine gesellschaftliche Durchlässigkeit in der Bildungsentwicklung ermöglichen. Strasser-Weippl ergänzte, dass Gespräche mit Dolmetscher:innen mindestens doppelt so lange dauern wie Gespräche ohne Sprachbarriere. Digitale Lösungen, bei denen in einer Sprache in ein Gerät gesprochen wird und der Inhalt in einer anderen Sprache wiedergegeben wird, steckten nach Ansicht von Binder noch in den Kinderschuhen. In den Häusern des WIGEV sei es möglich, zertifizierte Videodolmetscher:innen anzufordern. Entscheidend für die Zukunft sei in diesem Bereich jedoch, dass die Sprachmittlung bzw. das Dolmetschen vom Ministerium wegen des erhöhten Zeitaufwandes und der notwendigen Ressourcen als wesentliche medizinische Leistung betrachtet werde.

Screening und Raucherentwöhnung

Eine abschließende Runde wurde dem Thema des hierzulande fehlenden Programmscreenings im Bereich Lungenkrebs gewidmet. „Früherkennung sollte sich auf definierte Risikogruppen beziehen, und das sind beim Bronchialkarzinom die Raucher:innen und Menschen über 50“, sagte Valipour. Der Experte betonte, dass sich das Screening-Programm an den bestehenden Guidelines orientieren müsse, was die Abstände der CT-Untersuchungen, das Follow-up und die Nachsorge betrifft. „Für die Radiolog:innen bräuhete es eine Zertifizierung, wie es sie beim Brustkrebs bereits gibt.“ Zudem wäre es ein äußerst effektives Mittel, die Raucherentwöhnung voranzutreiben. Wenn es nach Knestel geht, sollten Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsvorsorge in diesem Bereich in den Leistungskatalog aufgenommen werden. Allerdings gab er zu bedenken, dass dafür derzeit einfach die Mittel fehlen. Hier sei der Bund gefragt, da die Länder bereits in der intramuralen Gesundheitsversorgung unterfinanziert seien. „Wir wissen jedenfalls aus Studien, dass sich durch die Verschiebung der Therapie von den Spät- in die Frühstadien Kosten einsparen lassen“, ergänzte Valipour. Für Krebshilfe-Geschäftsführerin Löwe ist klar, dass wesentlich mehr in die Bewusstseinsbildung der Bevölkerung, vor allem der jüngeren Menschen, investiert werden müsse, was die Gefährlichkeit des Rauchens betrifft. „Wir alle sind gefordert, auch in unserem engeren Umfeld bei Kindern und Jugendlichen Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenz zu fördern.“ ○

IMPRESSUM

Verlag: MedMedia Verlags Ges.m.b.H., Seidengasse 9/Top 1.1, 1070 Wien. **Herausgeber:** Österreichische Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (OeGHO). **Organisationsteam:** Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe; Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Strasser-Weippl, MBA; Univ.-Prof. Dr. Ewald Wöll. **Redaktion:** Dr. Christian Maté. **Lektorat:** online-lektorat.at – Sprachdienstleistungen. **Grafik & Layout:** Victoria Poscher. **Coverbild & Illustrationen:** Maria Sbytova – stock.adobe.com. **Druck:** Gutenberg-Werbering Gesellschaft m.b.H., 4020 Linz. **Hinweis:** Angaben über Dosierungen, Applikationsformen und Indikationen von pharmazeutischen Spezialitäten müssen vom/von der jeweiligen Anwender:in auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Trotz sorgfältiger Prüfung übernehmen Medieninhaber und Herausgeber keinerlei Haftung für drucktechnische und inhaltliche Fehler. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten.
Kein Teil des Werks darf in irgendeiner Form (Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlags reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt, verwertet oder verbreitet werden.