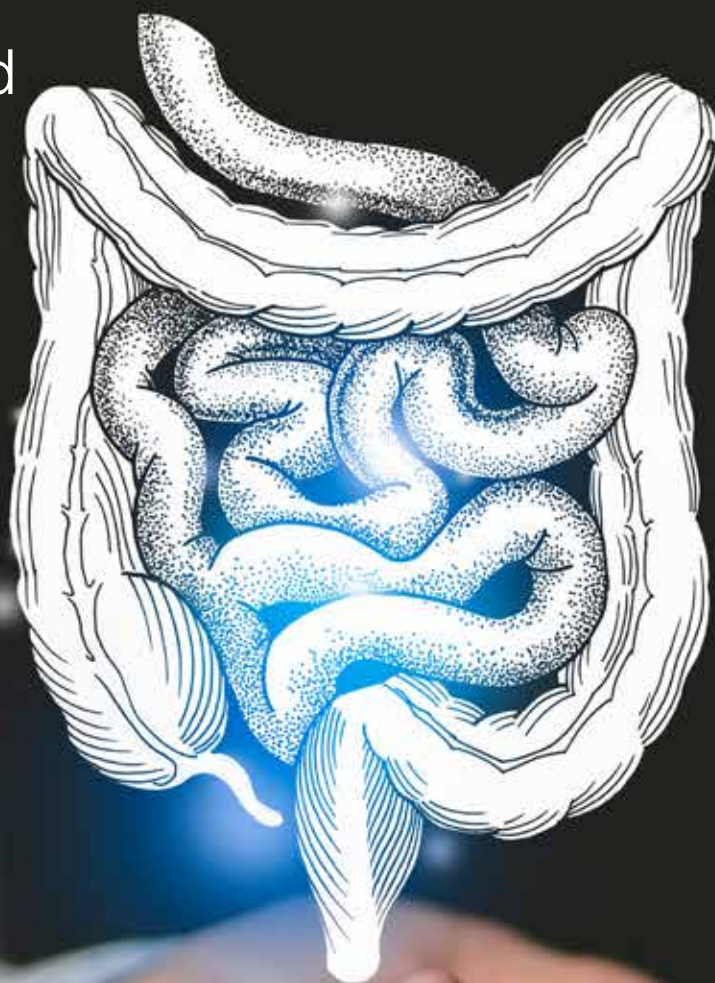


VERSORGUNGSREPORT GASTROINTESTINALE TUMOREN



Status quo und
Perspektiven



Vorwort

Die Behandlung von onkologischen Patient:innen stellt das österreichische Gesundheitssystem vor strukturelle, organisatorische und finanzielle Herausforderungen. Mit dem dritten Workshop des Österreichischen Onkologie Forums wurden die gastrointestinalen Tumorentitäten in den Fokus gerückt und deren Versorgungsrealität kritisch beleuchtet. In den Bewertungen des Status quo durch Kliniker:innen aus ganz Österreich anhand von mehr als 50 vordefinierten Kriterien sowie in der anschließenden Podiumsdiskussion mit Vertreter:innen aus Medizin, Politik, Sozialversicherung und Wissenschaft wurde deutlich: Die Fortschritte der letzten Jahre – etwa die Etablierung spezialisierter Berufsgruppen wie der „Cancer Nurses“ und der Ausbau ambulanter Strukturen – reichen nicht aus, um die Versorgung nachhaltig zu sichern.

Besondere Aufmerksamkeit erhielten das Fehlen eines flächendeckenden Darmkrebscreenings trotz nachgewiesener Wirksamkeit und die langen Wartezeiten bei bildgebenden Verfahren, denen die Patient:innen vielfach nur durch private Kostenübernahme entgehen können. Auch das Thema der Tumorboards wurde kontrovers diskutiert: Zwar sind sie österreichweit gut etabliert, doch fehlt es an einer adäquaten Abbildung dieser ressourcenintensiven Leistung im aktuellen Finanzierungssystem.

Die Diskussionen machten deutlich, dass die onkologische Versorgung mehr denn je einen ganzheitlichen, abgestuften und sektorenübergreifenden Ansatz braucht – von der Vorsorge bis zur Rehabilitation. Besonders vulnerable Patient:innen-Gruppen drohen sonst auf der Strecke zu bleiben. Das Österreichische Onkologie Forum versteht sich daher nicht nur als Plattform des Dialogs, sondern auch als Motor für konkrete Verbesserungen. Die hier vorliegenden Ergebnisse spiegeln das gemeinsame Bemühen wider, diese strukturellen Hausaufgaben anzupacken und eine hochwertige Versorgung für alle Betroffenen sicherzustellen.



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



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 Gastrointestinale Tumoren

Am 11. März 2025 fand der bereits dritte Workshop des Österreichischen Onkologie Forums (ÖOF) statt. Dieses von der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie ins Leben gerufene innovative Denkformat beschäftigt sich mit versorgungsrelevanten Fragestellungen zu den wichtigsten onkologischen Krankheitsbildern. Nach dem Mamma- und Bronchialkarzinom in den Workshops 1 und 2 wurde diesmal der Status quo bei gastrointestinalen Tumoren von Expert:innen aus den 9 Bundesländern anhand von mehr als 50 vordefinierten Kriterien reflektiert. Den Vorsitz des eintägigen Programms hatten Prim. Priv.-Doz. Dr. Holger Rumpold und Prim. Univ.-Prof. Dr. Ewald Wöll. Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Strasser-Weippl führte wieder als Moderatorin durch das Programm. Lesen Sie im Folgenden eine Zusammenfassung der wichtigsten Bewertungen und Kommentare. Die Kriterien, nach denen die Versorgungssituation beurteilt wurde, sind wieder in 15 thematischen Ebenen gebündelt.

Ebenen 1 und 2: Vorsorge und Screening

Mit der Vorsorgekoloskopie steht grundsätzlich eine Maßnahme in der Prävention des Kolonkarzinoms mit positiver Evidenz zur Verfügung. Internationalen Studien zufolge kann damit eine Reduktion der Mortalität um etwa

40 %, von 2 auf 1,2 % erzielt werden. Zwar wird in Österreich ein Darmkrebsscreening, wahlweise mit dem FIT-Stuhltest oder mit der Koloskopie, ab dem 45. Lebensjahr empfohlen, aber ein bundesweit organisiertes Programmscreening (inkl. Versenden von Einladungen) gibt es bis dato nicht. Dabei ist unter anderem die Frage der Finanzierung noch ungeklärt. Derzeit läuft ein Pilotprojekt in einigen Bundesländern. Trotz niederschwelliger Verfügbarkeit des FIT-Tests wurden bisher eher geringe Rücklaufquoten verzeichnet. Teilweise fehlen auch ausreichende Koloskopie-Kapazitäten, was zu entsprechend langen, z. T. mehrmonatigen Wartezeiten führt. Auch bei der Qualität der Untersuchung selbst gibt es ein heterogenes Bild. Die durchgehende Einhaltung von entsprechenden Qualitätsstandards („Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“) wird als notwendig erachtet. Die Expert:innen sehen hinsichtlich des Screenings die dringende Notwendigkeit eines Schulterschlusses der betroffenen medizinischen Disziplinen mit den relevanten Stakeholdern. Die durchschnittliche Bewertung des Status quo in diesem Bereich liegt im oberen gelben Bereich der Ampel.

Fazit:

- derzeit kein Programmscreening in Österreich
- Finanzierung ungeklärt
- Pilotprojekte mit FIT-Test zeigen geringe Rücklaufquoten
- in manchen Regionen mehrmonatige Wartezeit auf Vorsorgekoloskopie

- große qualitative Unterschiede bei den Untersuchungen
- Qualitätsstandards nicht überall gesichert

Ebene 3: Diagnostik

Was die Diagnostik betrifft, so ist niederschwelliges Informationsmaterial für die Patient:innen weitgehend verfügbar. Hinsichtlich der Frage, ob Erstvorstellungstermine für Tumorpatient:innen innerhalb einer Woche verfügbar sind, bestehen große regionale Unterschiede mit Wartezeiten über 3–4 Wochen in einigen Bundesländern. Auf den zeitnahen Rücklauf einer spezialisierten pathologischen Diagnostik, inklusive – falls notwendig – Molekularpathologie, Liquid Biopsy, NGS (Next Generation Sequencing), genomische Tests etc., müssen die Behandler:innen in immerhin 3 Bundesländern im Schnitt so lange warten, dass sich daraus Therapieänderungen bzw. Therapieverzögerungen ergeben.

In Österreich gibt es teilweise große Engpässe bei bildgebender Diagnostik. Koloskopien im niedergelassenen Bereich und Leber-MRTs sind mit langen Wartezeiten verbunden. Letzte sind aufgrund der leberspezifischen Sequenzen in Verbindung mit dem ebenfalls leberspezifischen Kontrastmittel Primovist® teuer und deshalb häufig nur bei privater Kostenübernahme oder im intramuralen Bereich verfügbar. Eine Refundierung des leberspezifischen Kontrastmittels durch die Krankenkassen wäre daher aus Sicht der Expert:innen wünschenswert, wenngleich eigentlich die Verfügbarkeit spezialisierter Diagnostik im intramuralen Bereich optimal wäre. Im Kontrast dazu wird sogar eine normale CT- oder MRT-Diagnostik im Spital in einigen Regionen aufgrund von personellen Engpässen nur noch für Notfälle angeboten, sodass sämtliche Bildgebung in den extramuralen Bereich verlegt werden muss. Der Personalmangel stellt generell ein großes Problem dar: Viele Radiolog:innen wechseln in den niedergelassenen Bereich, sodass Spitäler zunehmend Diagnostik auslagern, was das Problem einer zusätzlichen Schnittstelle mit entsprechenden Mängeln in der Kommunikation und der häufigen Notwendigkeit der Nachbesprechung im Tumorboard mit sich bringt. Dies bringt erhebliche Schnittstellenaufwände mit sich. Auch PET-CTs sind schwer zugänglich. Die Unterschiede in der Verfügbarkeit bildgebender Verfahren zwischen Kassen- und Privatversorgung sind zum Teil gravierend: Wer zahlt, bekommt rasch einen Termin, während Kassenpatient:innen lange warten müssen.

Fazit:

- regionale Unterschiede bei der zeitnahen Erstvorstellung
- spezialisierte pathologische Diagnostik in einigen Bundesländern mit zum Teil langen Rücklaufzeiten und Auswirkung auf die Behandlung

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. Univ.-Prof. Dr. Ewald Wöll
Innere Medizin, Krankenhaus St. Vinzenz Zams

Prim. Priv.-Doz. Dr. Holger Rumpold
Abteilung Interne I für Hämatologie mit Stammzelltransplantation, Hämostaseologie und Medizinische Onkologie, Ordensklinikum Linz

Referent:innen

OÄ Dr.ⁱⁿ Angela Djanani
Gastrointestinale Onkologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Innsbruck

Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Eisterer
Onkologisches Zentrum, Innere Medizin und Onkologie, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee

Prim. Univ.-Prof. Dr. Mag. Martin Pichler, MBA
Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin, Klinik Oberwart

OÄ Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Gudrun Piringer, MSc
Abteilung für Hämatologie und Onkologie, Kepler Universitätsklinikum Med Campus III, Linz

Assoc. Prof. Dr. Lukas Weiss, PhD
Onkologische Ambulanz, Universitätsklinik für Innere Medizin III, LKH Salzburg/Universitätsklinikum der PMU

Diskussionsteilnehmer:innen

Prim. Univ.-Prof. Dr. Matthias Biebl
Department Operative Medizin, Universitätsklinik für Viszeral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie, Ordensklinikum Linz

Univ.-Prof. Dr. Thomas Brunner
Universitätsklinik für Strahlentherapie- Radioonkologie, Medizinische Universität Graz

Prim.^a Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Birgit Grünberger
Klinische Abteilung für Innere Medizin III, Hämatologie und internistische Onkologie, Landeskrankenhaus Wr. Neustadt

Prim. Univ.-Prof. Dr. Armin Gerger, MBA
Innere Medizin 2, Landeskrankenhaus Amstetten

Ap. Prof.ⁱⁿ Priv.-Doz.ⁱⁿ DDr.ⁱⁿ Aysegül Ilhan-Mutlu, PhD
Klinische Abteilung für Onkologie, Universitätsklinik für Innere Medizin I, Medizinische Universität Wien

Ass.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Renate Schaberl-Moser
Klinische Abteilung für Onkologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz



- Leber-MRTs mit spezifischer Sequenzierung und teurem Kontrastmittel häufig nur bei privater Kostenübernahme (zeitnah) verfügbar
- Auslagerung der radiologischen Diagnostik in den niedergelassenen Bereich bzw. ins Ausland oft mit Qualitätsmängeln verbunden
- PET-CTs mit zum Teil mit langen Wartezeiten

Ebene 4: Tumorboards

Bei den für den Themenbereich Tumorboard vordefinierten Kriterien sehen die Teilnehmer:innen der Diskussion die Ampel zum Status quo in Österreich größtenteils auf Grün. Tumorboards sind in allen Bundesländern – zumeist auch krankenanstaltenübergreifend – etabliert, und in den meisten, aber nicht allen Regionen werden alle Patient:innen in einem Tumorboard vorgestellt. Dabei wird die Mustergeschäftsordnung in Hinblick auf Besetzung, Moderation, Protokollführung und Dokumentation in der Regel berücksichtigt.

Die Radioonkologie ist meist zumindest virtuell vertreten, was bei der Pathologie aufgrund mangelnder Ressourcen nicht immer zutrifft. Auf Gelb steht die Ampel beim Kriterium von explizit festgelegten fallführenden Case-Manager:innen, welche die Patient:innen persönlich kennen und diese entweder selbst im Tumorboard vorstellen oder vorab die Übergabe an andere Teilnehmer:innen durchführen. Auch das Kriterium eines fest etablierten Qualitätsmanagement-Prozesses für die Tumorboards mit 2-mal jährlichen interdisziplinären M&M-Konferenzen (Morbidity & Mortality) ist in einigen Regionen nicht zur Gänze erfüllt. Die technischen Voraussetzungen für die Abhaltung von Tumorboards sind hingegen meist vorhanden, eine spezifische IT-Unterstützung nicht immer.

Fazit:

- Tumorboards größtenteils etabliert, krankenanstaltenübergreifend und der Mustergeschäftsordnung entsprechend

- Pathologie aus Mangel an Ressourcen nicht immer dabei
- Case-Management nur teilweise im Tumorboard vertreten (persönlich oder übergeben)
- eigene M&M-Konferenzen für Tumorboards nicht überall etabliert

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

Zwar wird das Kriterium der zeitnahen Verfügbarkeit einer spezialisierten chirurgischen Behandlung als weitgehend erfüllt angesehen, aber in manchen Regionen ist dazu das Auslagern an einen anderen Standort notwendig, und der Ausblick in der chirurgisch-onkologischen Versorgung wird größtenteils negativ gesehen. Noch ist die Versorgungssituation in der Onkologie gut, dies aber vor allem deshalb, weil onkologische Operationen mittels Triage gegenüber anderen Eingriffen vorgereiht werden. Daraus resultieren lange Wartezeiten – auch für onkologische Patient:innen – bei nichtonkologischen Eingriffen, wie beispielsweise das Setzen von Port-a-Caths, das allerdings für die Einleitung einer Chemotherapie oft notwendig ist. Als problematisch wird der Umstand gesehen, dass es in Österreich nur für wenige onkologische Entitäten ausreichend Fallzahlen pro Zentrum in der chirurgischen Behandlung gibt, um von einer spezialisierten Versorgung nach internationalen Standards sprechen zu können.

Was den intramuralen Zugang zu evidenzbasierten, innovativen Medikamenten betrifft, so ist dieser in den allermeisten Regionen ohne administrativen Aufwand gegeben. Anders sieht es beim extramuralen Zugang zu evidenzbasierten Innovationen aus: Hier bestehen – wie in den 2 anderen bereits vom ÖOF behandelten Indikationen Mammakarzinom und Bronchialkarzinom auch – administrative Hürden. So benötigt man im Status quo bei der Verordnung mancher Medikamente auch innerhalb der Zulassung einen Tumorboard-Beschluss. Diesbezüglich sind Vertreter der ÖOF bereits mit der Sozialversicherung im Gespräch.

Beim Zugang zur Strahlentherapie, inklusive Innovationen wie Stereotaxie, zeigt sich gesamtösterreichisch ein heterogenes Bild: von Regionen mit zu wenigen Geräten und wochenlangen Wartezeiten bis zu einer zeitnahen Versorgung in anderen Regionen.

Fazit:

- spezialisierte chirurgische Versorgung in den meisten Regionen gewährleistet, allerdings mit oftmals zu geringer Fallzahl
- Trend in der Versorgung eher negativ
- Zugang zu evidenzbasierten neuen Systemtherapien intramural ohne, extramural häufig mit administrativen Hürden



- Tumorboard-Beschluss auch bei Einsatz gemäß Zulassung oftmals erforderlich
- strahlentherapeutische Versorgung in manchen Regionen gut, in manchen nur mäßig gewährleistet

Ebene 6: Klinische Studien

Die Bewertungsampel zur Verfügbarkeit klinischer Studien steht im österreichweiten Durchschnitt auf Grün, auch wenn zum Teil bürokratische Hürden und Personal-mangel bestehen. Anders als in den zuvor behandelten Indikationen Mammakarzinom und Bronchialkarzinom ist in einigen Bundesländern das Kriterium erfüllt, wonach mindestens 5 % der Primärfälle einer Tumorentität in klinische Studien exklusive Register eingebracht werden können. Da dies in den meisten Regionen jedoch nicht der Fall ist, liegt der Bewertungsschnitt mit 6,9 im gelben Bereich der Ampel.

Eine Möglichkeit, die Patient:innen jeweils aus der ganzen Region für Studien zu berücksichtigen, ist die Rekrutierung über krankenanstaltenübergreifende Tumorboards. Allerdings ist diese in ganz Österreich kaum etabliert – ein Kriterium, das mit 4,9 noch knapp im roten Bereich der Bewertungsampel liegt. Die Verfügbarkeit von klinischen Studien für Patient:innen über 70 Jahre – ein Kriterium aus dem Krebsrahmenprogramm – ist hingegen in den meisten Regionen gewährleistet. Das Personal für die Studien, wie z. B. Study Nurses, wird schließlich nur sehr eingeschränkt von den Kranken-anstalten zur Verfügung gestellt. Dies auch in den nicht-universitären onkologischen Zentren verstärkt zu realisieren ist eine dringende Forderung der Expert:innen.

Fazit:

- Verfügbarkeit klinischer Studien größtenteils gegeben
- Anteil der eingeschlossenen Patient:innen liegt nur in manchen Regionen über 5 %
- Rekrutierung über krankenanstaltenübergreifende Tumorboards findet aktuell kaum statt
- personelle und räumliche Infrastruktur wird in der Mehrzahl der Regionen nicht oder nur in geringem Ausmaß vom Spital bereitgestellt

Ebene 7: Dokumentation, Register, Benchmarking

Derzeit sind in Österreich 3 Zentren im Bereich der gastrointestinalen Tumoren zertifiziert, eines befindet sich gerade im Zertifizierungsprozess. Die Erhebung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Diagnostik und Therapie anhand definierter Parameter erfolgt teilweise im Rahmen der Zertifizierung, teilweise auch außerhalb. Der österreichweite Durchschnitt liegt hier knapp im grünen Bereich. In den meisten Zentren stehen für die korrekte Übermittlung der Daten an das Nationale Krebsregister dedizierte personelle Ressourcen zur Verfügung. Ebenso erfolgt in der Regel eine automatisierte Datenübermittlung über ein Tumordokumentationssystem (in der Regel c37) beziehungsweise über die Pathologie. Letzteres stellt jedoch keinen Ersatz für die Dateneinmeldung durch Kliniker:innen dar, so der breite Konsens. Generell bestehen in Österreich große Unterschiede in der Einmeldequalität an das Nationale Krebsregister.

Fazit:

- Erhebung der Parameter zur Qualität meist im Rahmen der Zertifizierung
- dedizierte personelle Ressourcen zur Dateneingabe dort vorhanden, wo Register etabliert sind
- automatisierte Datenübertragung an Statistik Austria ebenfalls meist gewährleistet, teilweise jedoch ausschließlich über Pathologie, was die Vollständigkeit der Daten teils stark beeinträchtigt

Ebene 8: Behandlung und Pflege

In etwa der Hälfte der Regionen besteht ein Mangel an tagesklinischen Behandlungsplätzen, verursacht durch räumliche und/oder pflegerische Unterkapazitäten. Der österreichweite Bewertungsdurchschnitt liegt mit 7,3 im gelben Bereich der Ampel, wobei der Ausblick in den meisten Regionen negativ eingeschätzt wird. Aufgrund der mangelnden Kapazitäten wird in vielen Zentren teil-

weise oder dauerhaft mit 2 bis 3 Schichten in der Tagesklinik gearbeitet, wobei diese Verdichtung als unangenehm erlebt wird. Durch den Abbau von Betten gibt es auch in vielen Zentren Probleme, wenn aufgrund von Komplikationen eine stationäre Aufnahme der tagesklinisch betreuten onkologischen Patient:innen erforderlich ist. Die Besetzung von onkologischen Betten durch allgemeininternistische Notfallkontingent-Patient:innen verschärft die Situation zusätzlich. Insgesamt wird die Verfügbarkeit von stationären Betten für das Komplikationsmanagement in den meisten Regionen als mangelhaft betrachtet (Ampel auf Gelb). Beim Kriterium „Therapiestart ab Aufklärung innerhalb von 8 Tagen; Behandlungsstart innerhalb von 4 Wochen“ liegt die durchschnittliche Bewertung dennoch knapp im grünen Bereich.

Positiv wird die Situation bei den vertretenen Zentren in Hinblick auf die Verfügbarkeit von mindestens einer speziell ausgebildeten Cancer Nurse bewertet, mit einem weiterhin positiven Trend. Auf Rot steht die Ampel hingegen beim Kriterium der Verfügbarkeit moderner Methoden zur Dokumentation von Toxizität und Lebensqualität, also der elektronischen Erfassung von Patient-reported Outcomes (ePRO) über Tablets, Smartphone-Apps oder Webportale. Diese werden in den meisten Regionen nicht bereitgestellt.

Beim Kriterium einer etablierten, engen Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich (Allgemeinmediziner:innen) steht die Ampel schließlich auf Gelb, ebenso wie bei der routinemäßigen telemedizinischen Versorgung der Patient:innen. Bei letzterer gibt es österreichweit ein sehr heterogenes Bild.

Fazit:

- tagesklinische Behandlungsplätze in vielen Regionen nicht ausreichend
- Mangel an stationären Kapazitäten für das Komplikationsmanagement bei tagesklinisch versorgten Patient:innen
- Cancer Nurse in fast allen Zentren etabliert
- Tools für die elektronische Erfassung von Toxizität und QoL (ePRO) nur sehr eingeschränkt verfügbar
- Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen nur sporadisch organisiert
- Telemedizin lediglich in einem Teil der Regionen etabliert

Ebenen 9 und 10: Palliativmedizin und Psychoonkologie

In Österreich besteht ein hoher Bedarf an palliativmedizinischer und psychoonkologischer Versorgung, insbesondere im extramuralen Bereich. Obwohl der palliativmedizinische Be-

darf weitgehend erhoben wurde – eine Forderung aus dem Krebsrahmenprogramm –, mangelt es vielerorts an ausreichend verfügbaren stationären Betten und Pflegeeinrichtungen. Lange Wartezeiten auf Pflegeheime sowie auf mobile Pflegedienste führen dazu, dass Krankenhausbetten blockiert werden, obwohl der Bedarf nicht immer medizinisch, sondern oft pflegerisch ist. Mobile Palliativteams sind regional unterschiedlich verfügbar – während sie in manchen Regionen gut ausgebaut sind, gibt es in anderen Regionen eine massive Unterversorgung.

Die psychoonkologische Betreuung ist intramural, besonders in Zentren, gut etabliert, aber extramural problematisch, vor allem wegen fehlender Finanzierung und unzureichender Leistbarkeit für die Patient:innen. Auch das psychoonkologische Screening mittels validierter Tools wird nicht flächendeckend durchgeführt. Oft hängt es vom Engagement einzelner Onkolog:innen ab.

Fazit:

- palliativmedizinischer Bedarf bekannt
- vielerorts Mangel an stationären Betten und Pflegeeinrichtungen
- mobile Palliativteams je nach Region gut oder schlecht verfügbar
- psychoonkologische Betreuung intramural gut, extramural schlecht verfügbar

Ebene 11: Sozioökonomische Faktoren

Unter den sozioökonomischen Determinanten werden vor allem ein Migrationshintergrund und damit verbundene mangelnde Deutschkenntnisse im Behandlungsprozess als Nachteil für die Betroffenen gesehen. Dolmetsch-Angebote sind meist niederschwellig verfügbar, in der Peripherie ist dies jedoch in einigen Regionen nicht der Fall. Geräte für das Videodolmetschen sind ebenfalls nicht überall verfügbar.

Im Krebsrahmenprogramm wird gefordert, dass eine Krebserkrankung keinen Einfluss auf die sozioökonomische Situation der Betroffenen hat. Die Realität sieht jedoch anders aus: Eine Krebserkrankung führt bei Berufstätigen häufig zu einer Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen und sozialen Situation. Jobverlust und Vereinsamung vor allem bei älteren Menschen drohen – die Bewertungsampel steht hier klar auf Rot. Die Etablierung von Care-Managern mit Koordinierungsfunktion für ältere Menschen – eine weitere Forderung aus dem Krebsrahmenprogramm – wird von den Expert:innen aus ganz Österreich als so gut wie nicht existent eingestuft. Teil-

weise übernehmen die Cancer Nurses diese Funktion, was keinen vernünftigen Einsatz dieser teuren und für diese Aufgabe überqualifizierten Ressource darstellt.



Fazit:

- mangelnde Deutschkenntnisse als Nachteil für die Patient:innen können nicht immer ausgeglichen werden
- Krebs führt oft zu einer beruflichen Verschlechterung und hat häufig negative sozioökonomische Folgen
- nichtmedizinische Care-Manager für ältere Betroffene fehlen fast gänzlich

Ebenen 12 und 13: Rehabilitation und Nachsorge

Grundsätzlich besteht in den meisten Regionen ein ausreichendes Angebot für eine stationäre Rehabilitation bei Krebserkrankung. Allerdings beträgt die Wartezeit auf einen Rehaplatz meist 2 bis 3 Monate. In der ambulanten Rehabilitation gibt es hingegen teilweise mehr Angebot als Nachfrage. Vor einer adjuvanten Therapie und insbesondere vor großen operativen Eingriffen wäre eine Prähabilitation zur physischen und psychischen Stabilisierung wichtig für das therapeutische Outcome. Dass die Sozialversicherung für diese Maßnahme derzeit jedoch keine Refundierung vorsieht, betrachtet das Expert:innen-Gremium entsprechend kritisch.

Ein Nachsorgepass ist in den meisten Regionen verfügbar und für eine Nachsorge nach einem krankheitsspezifischen Schema einsetzbar. Allerdings kommt es dabei zu Doppelgleisigkeiten, die durch einen einheitlichen interdisziplinären Nachsorgepass vermieden werden könnten. Dies würde auch die Verlagerung der Nachsorge nach extramural erleichtern.

Fazit:

- Angebot für stationäre Rehabilitation in den meisten Regionen ausreichend vorhanden, aber mit Wartezeit
- ambulante Rehabilitation mit mehr Angebot als Nachfrage
- Prähabilitation wichtig, aber derzeit nicht refundiert
- Nachsorgepass für viele Patient:innen verfügbar, aber nicht interdisziplinär abgestimmt

Ebenen 14 und 15: Fortbildung und Entwicklung

Aktuell werden vor allem Online-Fortbildungen und interprofessionelle Fortbildungen verstärkt wahrgenommen. Die Teilnahme an Präsenz-Fortbildungen ist hingegen abnehmend. Grundsätzlich wird das Angebot an fachspezifischen Fortbildungen sowohl qualitativ (nationale und internationale Richtlinien!) als auch quantitativ als ausreichend betrachtet. Fortbildungen jenseits der fachspezifischen Themen, die sich mit Evidenzbasierung, Risikokommunikation, Shared Decision Making und geschlechterspezifischer Gesundheit beschäftigen, werden hingegen nicht in allen Regionen ausreichend angeboten und genutzt.

Was die Entwicklung der Personalsituation in der Ärzteschaft betrifft, so ist das Interesse am Fach Onkologie grundsätzlich gegeben, allerdings besteht in der Peripherie ein Nachwuchsproblem. Abteilungen mit einem breiteren internistischen Angebot sind mit einer höheren Personalfluktuation als rein onkologische Abteilungen konfrontiert. In den meisten Regionen hat sich die Qualität der Versorgung nach der Einschätzung der Expert:innen in den letzten 5 Jahren insgesamt verbessert, zum Beispiel durch die Etablierung von Cancer Nurses. Allerdings sei der Druck auf das System deutlich höher geworden, was sich zum Beispiel in der schwierigeren Verfügbarkeit von bestimmten Behandlungsmöglichkeiten ausdrückt. Dass die Versorgungsqualität noch aufrechterhalten werden kann, ist dem persönlichen Einsatz des Personals und einer gewissen Triage zu verdanken.

Fazit:

- mehr Teilnahme an Online-Fortbildungen als an Präsenzveranstaltungen
- fachspezifisches Angebot ausreichend, fächerübergreifende Themen weniger gut abgedeckt
- Nachwuchssituation allgemein positiv, mit Problem in der Peripherie
- Abteilungen mit reiner Onkologie-Spezialisierung mit geringerer Fluktuation als Abteilungen mit breiterem internistischem Spektrum
- Qualität der Versorgung hat sich in den meisten Regionen bzw. Bereichen verbessert



Versorgungsmatrix bei gastrointestinalen Tumoren – 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	Infomaterial zu Früherkennung ist niederschwellig verfügbar	8,5
	Eine spezialisierte pathologische Diagnostik ist mit kurzer Rücklaufzeit verfügbar (incl., falls notwendig, Molekularpathologie, Liquid Biopsy, NGS, genomischen Tests etc.)	8,2
Tumorboards	Alle Patient:innen werden bei Erstdiagnose in einem Tumorboard vorgestellt	9,1
	Die Muster-Geschäftsordnung für Tumorboards wird beachtet	9,5
	Krankenanstaltenübergreifende Tumorboards sind eingerichtet	8,8
	Alle Schlüsselfächer (internistische Onkologie, entitätsspezifisches Sonderfach, Radioonkologie, Radiologie) sind im Tumorboard anwesend; Pathologie ist anwesend oder erreichbar	9,8
	Es ist jeweils ein/-e Moderator:in und ein/-e Organisator:in für das Tumorboard incl. Rollenbeschreibung festgelegt; Termine sind fixiert; Protokollführung ist implementiert	9,5
	Entitätsspezifische Tumorboards sind (ggf. krankenanstaltenübergreifend) verfügbar	8,2
	Eine Infrastruktur zur Abhaltung häuserübergreifender Tumorboards ist vorhanden	9,5
State-of-the-Art-Therapie	Spezialisierte chirurgische Therapie mit entsprechender Expertise ist, falls notwendig, zeitnah verfügbar (ggf. per Kooperation)	8,9
	Zugang zu evidenzbasierter medikamentöser Innovation ist im intramuralen Bereich ohne administrative Hürden verfügbar	9,4
	Zugang zu evidenzbasierter Innovation (State-of-the-Art-Therapie) auch anderer therapeutischer Disziplinen (OP, RT etc.) ist jeweils zeitnah verfügbar	8,8
	Zugang zu Strahlentherapie incl. innovativer Methoden (z. B. Stereotaxie) ist zeitnah verfügbar und regional gut erreichbar	8,3
Klinische Studien	Klinische Studien sind verfügbar	8,4
	Studien sind für Patient:innen > 70 Jahre verfügbar	8,8



Ampel auf Grün (Bewertung 8–10)		
Ebene	Kriterium	Bewertung (0 = nicht vorhanden, 10 = exzellent)
Dokumentation, Register, Benchmarking	Spezifische Parameter für Prozess- und Ergebnisqualität für onkologische Diagnostik und Therapie werden erhoben (z. B. über Zertifizierungsprogramme)	8,3
	Es stehen dedizierte personelle Ressourcen für die korrekte Übermittlung von Daten an das Nationale Krebsregister zur Verfügung	8,3
	Die Übermittlung von Daten an das Nationale Krebsregister erfolgt automatisiert aus Dokumenten (z. B. Befunden) der elektronischen Krankengeschichte	9,3
	Eine (ggf. entitätsspezifische) Zertifizierung ist erfolgt oder geplant	8,2
Behandlung und Pflege	Therapiestart ab Aufklärung innerhalb von 8 Tagen; Behandlungsstart innerhalb von 4 Wochen	8,3
	Die pflegerische Betreuung erfolgt durch mindestens eine spezialisierte Cancer Nurse	9,8
	Palliativmedizinischer Bedarf (Bedarfsrichtwerte) wurde erhoben	9,9
Palliativmedizin	Mobile Palliativteams sind zeitnah und in ausreichendem Maß verfügbar	8,5
	Stationäre Rehabilitation ist in ausreichendem Maß und zeitnah verfügbar	8,5
Rehabilitation	Patient:innen erhalten einen Nachsorge-Pass und werden nach einem krankheitsspezifisch standardisierten Schema nachgesorgt	9,3
Nachsorge	Ausreichende fachspezifische Fortbildungsangebote sind verfügbar und berücksichtigen nationale und internationale Richtlinien	9,6
Fortbildung	Fachspezifische Fortbildungsangebote werden von einer ausreichenden Anzahl an Ärzt:innen und Fachpflegepersonal besucht	8,9
Entwicklung	Die Qualität der Versorgung hat sich insgesamt in den letzten 5 Jahren verbessert	8,1

Ampel auf Gelb (Bewertung 5–7,9)

Ebene	Kriterium	Bewertung (0 = nicht vorhanden, 10 = exzellent)
Vorsorge	Vorsorge ist etabliert, falls evidenzbasiert empfohlen	7,2
Screening	Qualitätsstandards für das Screening werden eingehalten	7,7
Diagnostik	Erstvorstellungstermine für Tumorpatient:innen sind innerhalb einer Woche verfügbar	7,6
	Die notwendige, ggf. invasive Diagnostik incl. Staging ist rasch verfügbar und erfolgt zügig	6,8
	Alle notwendigen bildgebenden Verfahren sind zeitnah verfügbar (incl. nuklearmedizinische Untersuchungen)	5,9
	Invasive radiologische Verfahren zur Diagnose und Therapie sind zeitnah verfügbar	6,9
Tumorboards	Für alle Patient:innen sind Case-Manager:innen definiert (kennen die Patient:innen oder haben sie übergeben bekommen)	7,8
	QM-Prozess (incl. 2-mal jährlich M&M-Konferenzen) für alle Tumorboards etabliert	7,5
State-of-the-Art-Therapie	Zugang zu evidenzbasierter medikamentöser Innovation ist im extramuralen Bereich ohne administrative Hürden verfügbar	6,5
Klinische Studien	> 5 % der Primärfälle der Tumorentität werden in Studien eingebracht	6,9
	Die (personelle und räumliche) Infrastruktur zur Durchführung klinischer Studien wird von der Krankenanstalt bereitgestellt	5,2
Behandlung und Pflege	Ausreichend stationäre Betten für Komplikationsmanagement	5,3
	Eine enge Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich ist etabliert und wird durch gemeinsame Veranstaltungen unterstützt	6,4
	Telemedizinische Interaktion mit den Patient:innen (inkl. telefonische Konsultation) ist Teil der Routinebehandlung	5,8
	Es stehen ausreichend tagesklinische Behandlungsplätze zur Verfügung	7,3
Palliativmedizin	Stationäre palliativmedizinische Versorgung ist in ausreichendem Maß verfügbar	5,6
	Wenn Pflegeheime & mobile Pflege ausreichend verfügbar wären, wäre dann die Verfügbarkeit der stationären Versorgung besser?	7,8

Ampel auf Gelb (Bewertung 5–7,9)

Ebene	Kriterium	Bewertung (0 = nicht vorhanden, 10 = exzellent)
Sozioökonomische Faktoren	Die Behandlungsqualität wird nicht durch sozioökonomische Determinanten beeinflusst	6,7
	Für Patient:innen mit nichtdeutscher Muttersprache stehen niederschwellige Dolmetsch-Angebote zur Verfügung	7,5
Psychoonkologie	Psychoonkologische Betreuung ist niederschwellig möglich und ausreichend verfügbar	7,2
	Extramurale Verfügbarkeit psychoonkologischer Versorgung	5,0
	Screening für psychoonkologischen Bedarf erfolgt mittels validierter Screeningtools	7,9
Rehabilitation	Ambulante Rehabilitation in ausreichendem Maß und zeitnah verfügbar	7,6
Fortbildung	Fortbildungen in den Bereichen Evidenzbasierung, Risikokommunikation, Shared Decision Making und geschlechterspezifische Gesundheit werden ausreichend angeboten und genutzt	6,3
Entwicklung	Die Personalsituation ist stabil, es ist ausreichend Nachwuchs vorhanden, um die fachliche Expertise am Standort zu erhalten	7,5

Ampel auf Rot (Bewertung 0–4,9)

Ebene	Kriterium	Bewertung (0 = nicht vorhanden, 10 = exzellent)
Screening	Ein Screening-Programm (mit Einladung) ist implementiert, falls evidenzbasiert empfohlen	2,0
	Monitoring der Mortalität für das Programmscreening ist etabliert	1,8
Diagnostik	Port-a-Cath ausreichend zeitnah verfügbar	4,9
Klinische Studien	Die Rekrutierung in klinische Studien erfolgt über krankenanstaltenübergreifende Tumorboards	4,9
Behandlung und Pflege	Es stehen moderne Methoden zur Dokumentation von Toxizität und QoL zur Verfügung (ePRO)	3,7
Sozioökonomische Faktoren	Eine Krebserkrankung hat keine Verschlechterung der sozioökonomischen Situation der Patient:innen zur Folge	3,4
Rehabilitation	Care-Manager:innen für die Betreuung älterer Menschen mit einer Krebserkrankung (Koordinierungsfunktion) sind eingerichtet	1,2



Podiumsdiskussion Fortschritte, Engpässe und strukturelle Hausaufgaben

Am Podium diskutierten (v. l. n. r.): Dr. Arno Melitopoulos (ÖGK), Prim. Priv.-Doz. Dr. Holger Rumpold (Ordensklinikum Linz), Mag. Stefan Eichwalder (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz), Dr.ⁱⁿ Theresa Geley (Landesgesundheitsdirektion Tirol), Dr. Thomas Cypionka (Institut für Höhere Studien), Prim. Univ.-Prof. Dr. Ewald Wöll (OeGHO-Präsident) und Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Strasser-Weippl (Medizinische Leitung OeGHO).

Im dritten und letzten Workshop-Teil des Österreichischen Onkologie Forums, „Meet-the-Experts“, wurde der zuvor mithilfe der Kriterienmatrix reflektierte Status quo beim Mammakarzinom mit Stakeholder:innen aus der österreichischen Versorgungslandschaft diskutiert.

Zu der im Anschluss an die Workshops des Österreichischen Onkologie Forums stattfindenden Podiumsdiskussion waren Vertreter:innen aus Politik, Sozialversicherung, Medizin und Wissenschaft eingeladen. Die Moderatorin Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Strasser-Weippl betonte einleitend die hohe Relevanz einer guten Versorgung von Patient:innen mit gastrointestinalen Tumoren: „Wir haben es beim Kolonkarzinom mit der dritthäufigsten Tumorerkrankung in Österreich mit 4.500 Erkrankungsfällen im Jahr zu tun, die für 10 % der Krebstodesfälle verantwortlich ist.“ Positiv sei in diesem Zusammenhang die kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität in den letzten 5 Jahren – etwa durch die Etablierung des Berufsbildes der Cancer Nurse sowie durch eine vermehrte ambulante Betreuung. Dennoch zeigten sich spezifische Schwachstellen, die insbesondere vulnerable Patient:innengruppen betreffen, so Strasser-Weippl.

Kein österreichweites Darmkrebs-Screening

Ein wichtiges Thema des Expert:innen-Workshops war das Fehlen eines organisierten, flächendeckenden Darmkrebs-Screenings trotz gesicherter Evidenz zur Reduktion der Mortalität. Dr. Thomas Cypionka, der sich als Leiter der

Forschungsgruppe Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik am Institut für Höhere Studien wissenschaftlich mit dem Versorgungsthema beschäftigt, betonte, dass vor allem die zertifizierten Kapazitäten zur Darmspiegelung in Österreich nicht ausreichend sind. „Dabei verursacht eine späte Diagnose des Kolonkarzinoms nicht nur hohes individuelles Leid, sondern auch erhebliche Kosten“, so Cypionka. Auch für die Allgemeinmedizinerin und Gesundheitsdirektorin für Tirol Dr.ⁱⁿ Theresa Geley stellt die Bereitstellung ausreichender ärztlicher Ressourcen eine wesentliche Herausforderung bei der Umsetzung eines Darmkrebsscreenings dar. Geley konnte unter anderem auf die Erfahrungen eines derzeit in Tirol laufenden Pilotprojektes Bezug nehmen, bei dem sich eine eher geringe Bereitschaft seitens der Bevölkerung zur Teilnahme zeige. „Auch hinsichtlich der Aufteilung der Kosten zwischen den unterschiedlichen Stakeholdern sind noch einige Fragen offen“, so Geley.

Vorsorge-Koloskopie kaum genutzt

Was die Akzeptanz bei der möglichen Zielgruppe eines Darmkrebs-Screenings betrifft, so sieht auch Prim. Univ.-Prof. Dr. Ewald Wöll, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Onkologie und Hämatologie (OeGHO) einen möglichen Knackpunkt. So habe es bei einem Projekt in Niederösterreich, bei dem das Personal einer großen Krankenanstalt eingeladen wurde, gratis an einem Stuhltest und gegebenenfalls Koloskopie teilzunehmen, eine erstaunlich geringe Rücklaufquote gegeben. Seitens der Sozial-

versicherung wies Dr. Arno Melitopulos, Leiter des Fachbereichs Versorgungsmanagement der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) darauf hin, dass es aktuell zwar kein Programmscreening, aber sehr wohl die Möglichkeit der Koloskopie im Sinne einer Vorsorgeuntersuchung gibt. Allerdings werde das Angebot kaum genutzt. Die Teilnahmequote liegt bei etwa 2 bis 3 % pro Jahr. „Stellt dir vor, es gibt ein Vorsorgeangebot, aber keiner geht hin“, fasst Melitopulos die Situation zusammen. Mag. Stefan Eichwalder vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz ergänzte schließlich, dass bei der Diskussion um ein Darmkrebs-Screening nicht darauf vergessen werden dürfe, auch die Risikofaktoren für das Kolonkarzinom bei der Bevölkerung zu adressieren.

Lange Wartezeiten bei der Bildgebung

Beim Thema Diagnostik hat sich im Rahmen des Versorgungsworkshops zu den gastrointestinalen Tumoren die MRT-Untersuchung der Leber mit organspezifischen Sequenzen und einem leberspezifischen Kontrastmittel als Problemfeld herauskristallisiert. Letzteres werde derzeit im extramuralen Bereich nicht ausreichend remuneriert, weshalb die Patient:innen intramural oftmals noch einmal eine bildgebende Untersuchung benötigten, so Strasser-Weippl. Dies verursache Doppelgleisigkeiten und führe zu Verzögerungen in der Diagnostik. In einigen Bundesländern gebe es Wartezeiten auf ein MRT der Leber von 4 Wochen, zum Teil auch bis zu 3 Monaten. Auch bei der Bildgebung mit Computertomografie gebe es in vielen Bundesländern Wartezeiten von mittlerweile über 4 Wochen. „Entweder die Patient:innen zahlen die Untersuchung privat oder sie werden für 2 bis 3 Tage stationär aufgenommen“, so die Onkologin über eine häufig praktizierte Umgehungslösung.

ÖGK-Vertreter Melitopulos kritisierte in diesem Zusammenhang, dass es derzeit generell eine massive Auslagerungswelle seitens der Spitäler gibt. „Die Zahlen des Rechnungshofs zeigen von 2019 bis 2023 ein Plus von 78 % im niedergelassenen Bereich, dem ein Minus von 60 % vom Ausgangswert in den Spitalsambulanzen gegenübersteht“, so Melitopulos. „Die Menschen werden für die prä- und postoperative Versorgung aus den Spitälern heraus in den niedergelassenen Bereich zugewiesen – das ist nicht akzeptabel.“ Derzeit gebe es extramural 15.000 bis 18.000 MRT-Untersuchungen auf einem Gerät, während die Geräte in den Spitälern aus diversen Gründen deutlich weniger intensiv eingesetzt werden. Melitopulos kündigte trotz dieser Schieflage eine Kapazitätserweiterung bis 2030 um 26 neue MRT-Geräte sowie ein gemeinsam mit der radiologischen Fachgesellschaft erarbeitetes Boxensystem analog jenem bei den Medikamenten an. Letzteres soll über einen elektronischen Bewilligungsworkflow die Zuweisungsqualität steigern und damit die Verfügbarkeit der Kapazitäten für

indizierte und dringliche Untersuchungen verbessern. Auch Eichwalder sieht bei den MRT-Zuweisungen Handlungsbedarf. Diese hätten sich von 2018 bis 2023 verdoppelt, beim CT habe es sogar eine Steigerung auf das 2,3-Fache gegeben.

Tumorboards: hochqualitativ, aber ressourcenintensiv

Ein weitgehend sehr positives Zeugnis haben die onkologischen Expert:innen dem Status quo beim Thema Tumorboard ausgestellt. So hat etwa die Möglichkeit der virtuellen Einbindung von Teilnehmer:innen über Telekonferenzen die Situation vor allem bei Mangelfächern wie der Pathologie verbessert. Allerdings binden Tumorboards mittlerweile eine hohe Personalkapazität, ohne im Leistungskatalog der Spitäler entsprechend abgebildet zu sein. Eichwalder erklärt, warum das so ist: „Es gibt laufend Diskussionen darüber, ob das System zielführend ist, vor allem angesichts des großen Anteils der ambulanten onkologischen Leistungen. Die Abbildung von Vorhaltekosten, also Grundkosten für das Vorhalten von Strukturen, unabhängig von konkreten Leistungen, gewinnt international an Bedeutung – Österreich folgt hier einem internationalen Trend. Dies erschwert es allerdings, spezifische Leistungen wie Tumorboards adäquat im System abzubilden.“ Für Prim. Priv.-Doz. Dr. Holger Rumpold, Leiter der Abteilungen Interne I für Hämatologie mit Stammzelltransplantation, Hämostaseologie und Medizinische Onkologie am Ordensklinikum Linz, liegt das Problem auch darin, dass viele Leistungen in der Onkologie mit dem klassischen Medizincontrolling schwer erfassbar sind. „Dazu gehört auch das Tumorboard, das unheimlich ressourcenintensiv ist“, so Rumpold. „All diese nicht klassischen klinischen, aber die klinische Versorgung wesentlich verbessernden Tätigkeiten, die in der Onkologie eine besonders große Rolle spielen, sind im Moment einfach nicht abgebildet.“

Klinische Studien: Kooperation und neue Töpfe

Im Bereich der klinischen Studien gibt es den Trend, dass es immer schwieriger wird, diese außerhalb der Universitätskliniken durchzuführen“, fasste Strasser-Weippl den Status quo bei diesem Versorgungskriterium zusammen. Derzeit werde die Finanzierung von Ressourcen, wie Study Nurses oder entsprechende IT-Infrastruktur, vor allem von den Abteilungen selbst über Forschungsvereine und Drittmittel dargestellt, aber dieses System komme angesichts immer kleinerer, speziellerer Studien und weiterhin hohen administrativen Hürden an seine Grenze. Dabei, so Strasser-Weippl, brächten klinische Studien nicht nur Vorteile für die am Standort betreuten Patient:innen, sondern auch finanzielle Vorteile für die Spitalsbetreiber. „Generell wird es

zunehmend schwieriger, attraktive, große Forschungsvorhaben nach Österreich zu bekommen“, betonte OeGHO-Präsident Wöll. Er sieht vor allem im Zusammenschluss mehrerer Häuser zu einer kooperativen Studiengruppe die Möglichkeit bei seltenen Indikationen, in noch selteneren Subgruppen ausreichend Patient:innen rekrutieren zu können. „Dies brächte auch Vorteile bei der Bewerbung um die Durchführung solcher Studien.“ Um diese Zusammenschlüsse zu ermöglichen, müssten jedoch administrative und vertragliche Hürden abgebaut werden. Für den ÖGK-Experten Melitopulos ist es notwendig, für die Finanzierung klinischer Studien aus den Töpfen für Gesundheitsversorgung und Forschung der jeweiligen Ministerien ein Budget zu mobilisieren und dieses in einen gemeinsamen Topf zu geben. „Aus meiner Sicht sollte es jedenfalls einen Rechtstitel für Finanzierungen dieser Art geben, um eine entsprechende Struktur zu etablieren“, betonte Melitopulos.

Hinsichtlich der Rehabilitation formulierte Strasser-Weippl auf Basis der Diskussion im Workshop zwei Anliegen an die Kostenträger. Zum einen passiere es oftmals, dass bei Patient:innen, die eine stationäre Rehabilitation benötigen würden, weil sie nach der Behandlung in einem schlechten Allgemeinzustand und nicht arbeitsfähig sind, stattdessen eine ambulante Rehabilitation bewilligt wird. „Da wir als behandelnde Ärzt:innen die Patient:innen und ihre jeweiligen Bedürfnisse am besten kennen, wäre es sinnvoll, wenn wir dezidiert eine ambulante oder eine stationäre Rehabilitation in der Einreichung vermerken könnten“, so Strasser-Weippl. Das zweite Anliegen betreffe die präoperative Optimierung im Sinne einer Prähabilitation, die zur Vorbereitung auf einen Eingriff von großem Vorteil wäre. „Gerade bei gastrointestinalen Tumoren, wie dem Pankreaskarzinom oder dem Ösophaguskarzinom mit sehr intensiven operativen Eingriffen und vorgeschalteter Chemotherapie, wäre eine strukturierte Prähabilitation zur Vorbereitung eine wichtige Maßnahme im Sinne des Outcomes“, ergänzte Wöll. ÖGK-Experte Melitopulos betonte zwar, dass ein Großteil der Rehabilitation in die Zuständigkeit der Pensionsversicherungsanstalt falle, er bot jedoch an, einen gemeinsamen Termin mit den beiden relevanten Chefärzt:innen der Pensionsversicherungsanstalt und der ÖGK in die Wege zu leiten.

Tageskliniken im Schichtbetrieb

Ein weiteres Kriterium für eine gute Versorgung ist die Verfügbarkeit von tagesklinischen Plätzen für die Behandlung. Um dies für alle Patient:innen zu gewährleisten, muss die Betreuung vielerorts in 3, zum Teil sogar 4 Schichten erfolgen. „Dies zeigt, dass die Abteilungen hier bereits absolut an ihre Grenzen gelangt sind“, so Strasser-Weippl. „Oftmals werden onkologische Betten mit nichtonkologischen Patient:innen belegt, weil die allgemeine internistische Versorgung über die Notaufnahmen dies erfordert. So komme es zu Engpäs-

sen, obwohl grundsätzlich genug Kapazitäten vorhanden wären. Ähnlich ist es bei Palliativbetten: Der Mangel entsteht, weil Patient:innen nicht bedarfsgerecht zugewiesen werden können, wodurch spezialisierte Betten nicht für die vorgesehenen Patient:innen verfügbar sind“, fasst die Onkologin den Status quo zusammen. Für den Gesundheitsökonom Cypionka steht fest, dass die Onkologie durch die Vielzahl neuer Therapiemöglichkeiten und steigende Patient:innenzahlen eine besondere Herausforderung für das Gesundheitssystem darstellt, da sie stark auf zentrale und stationäre Strukturen angewiesen ist. „Es fehlt jedoch ein abgestuftes Versorgungskonzept, das klar regelt, in welcher Krankheitsphase Patient:innen wo behandelt werden sollten – je nach Krebsart unterschiedlich. Besonders die Kombination aus hochspezialisierter Versorgung und mangelnder Struktur im niedergelassenen Bereich erschwert eine effiziente Bewältigung der steigenden Nachfrage“, betont Cypionka. Onkologe Rumpold ergänzt, dass das Konzept der abgestuften Versorgung theoretisch vielversprechend sei, dass es in der Praxis jedoch oft daran scheitere, dass kleinere Häuser aufgrund von Personalmangel die Patient:innen nicht mehr übernehmen könnten. „Dadurch sind Zentren gezwungen, auch ungeplante stationäre Aufnahmen zu machen, was die Umsetzung erschwert und langfristig höhere Kosten verursacht“, so Rumpold. Dr.ⁱⁿ Theresa Geley von der Landesgesundheitsdirektion Tirol betont dazu, dass die demografische Entwicklung zu einem Mangel an Personalressourcen führe, weshalb innovative und strukturell übergreifende Versorgungskonzepte nötig seien, die über das klassische Eins-zu-eins-Betreuungsmodell hinausgehen.

Frequenzen als Qualitätsindikator

„Was die State-of-the-Art-Therapie betrifft, so funktioniert der Zugang zur evidenzbasierten Medizin insgesamt gut, sowohl im intra- als auch im extramuralen Bereich, und Herausforderungen wie die Genehmigung von Medikamenten durch Tumorboards werden bereits konstruktiv mit dem Hauptverband angegangen“, berichtete Strasser-Weippl. „Dort, wo es weiterhin Anträge für teure Medikamente braucht, werden diese allerdings in der Regel bewilligt.“ Problematisch bleibe jedoch, dass es für chirurgische Eingriffe kaum verpflichtende Mindestfallzahlen gibt, obwohl dies international als Standard gilt – und es fehle ein Monitoring, was Fragen nach Zuständigkeiten und der Einbindung in ein abgestuftes onkologisches Versorgungskonzept aufwerfe. Cypionka betonte in diesem Zusammenhang, dass die Evidenz, dass diese Frequenzen einen massiven Qualitätsindikator darstellen, mittlerweile so stark ist, dass man gar nicht darauf verzichten könne. Die Frage sei allerdings, wie sich eine entsprechende Anpassung des Systems auf die Versorgungsqualität auswirke. ○



IMPRESSUM

Verlag: MedMedia Verlags Ges.m.b.H., Seidengasse 9/Top 11, 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 Mate. **Lektorat:** Peter Lex. **Grafik & Layout:** Oliver Miller-Aichholz. **Coverbild:** mi_viri - stock.adobe.com. **Fotos im Inneren:** Michael Weber. **Druck:** Donau Forum Druck Ges.m.b.H., 1230 Wien. **Hinweis:** Angaben über Dosierungen, Applikationsformen und Indikationen von pharmazeutischen Spezialitäten müssen vom jeweiligen Anwender 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.