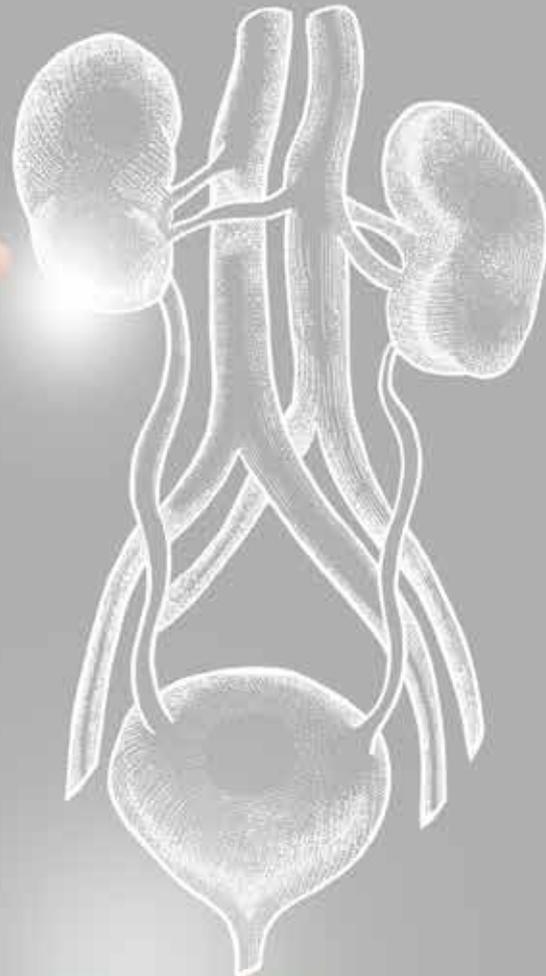


VERSORGUNGSREPORT UROLOGISCHE TUMOREN

 Status quo und
Perspektiven




Österreichisches
Onkologie
Forum
Gesundheits-
versorgung
neu denken

OeGHO
Österreichische Gesellschaft für
Hämatologie & Medizinische Onkologie

www.oesterreichisches-onkologie-forum.at

Vorwort

Die Versorgung von Patient:innen mit urologisch-onkologischen Erkrankungen steht exemplarisch für die strukturellen Herausforderungen, mit denen das österreichische Gesundheitssystem aktuell konfrontiert ist. Im vierten Workshop des Österreichischen Onkologie Forums wurden mit Fokus auf Tumorentitäten wie Blasen- und Nierenkarzinom erneut zentrale Aspekte entlang der gesamten Versorgungskette beleuchtet – von der Früherkennung über die Therapie bis hin zur Nachsorge. (Das Prostatakarzinom wurde in diesem Workshop nicht inkludiert, da es Fokus einer eigenen Veranstaltung sein wird.) Über 50 definierte Kriterien dienten dabei als Grundlage für die systematische Bewertung durch Expert:innen aus allen Bundesländern, ergänzt durch eine interdisziplinäre Podiumsdiskussion mit Vertreter:innen aus Medizin, Verwaltung, Sozialversicherung und Politik.

Ein Defizit liegt in der Früherkennung uroonkologischer Erkrankungen: In Abwesenheit eines sinnvollen Screenings wäre es umso wichtiger, Auffälligkeiten wie Mikrohämaturie konsequent abzuklären. Hier fehlt allerdings das Bewusstsein für die Wichtigkeit einer frühen Abklärung. Gleichzeitig erschweren lange Wartezeiten, bürokratische Hürden, vor allem extramural, und eine fragmentierte Versorgungslandschaft den Zugang zu modernen Diagnose- und Therapieverfahren, wie z. B. MRT und PET-CT. Klinische Studien bleiben vielen Patient:innen verschlossen und digitale Innovationen finden kaum Anwendung. Gleichzeitig gibt es funktionierende Elemente, auf denen aufgebaut werden kann: Tumorboards sind vielerorts etabliert, der Zugang zu moderner Therapie im intramuralen Bereich ist grundsätzlich gut, und die Zusammenarbeit mit engagierten niedergelassenen Urolog:innen zeigt, wie sektorenübergreifende Versorgung gelingen kann. Auch die strukturierte Nachsorge wird in vielen Regionen verlässlich umgesetzt.

Was die Diskussionen deutlich machten: Vieles funktioniert – aber oft nur durch persönlichen Einsatz und Improvisation. Nachhaltige Versorgung braucht jedoch mehr als Einzelinitiative. Sie braucht klare Strukturen, abgestimmte Prozesse und ausreichend Ressourcen. Insellösungen reichen nicht. Das Österreichische Onkologie Forum versteht sich als Plattform, um diese Missstände sichtbar zu machen – und Veränderung anzustoßen. Die hier präsentierten Ergebnisse liefern fundierte Ansatzpunkte, um die Versorgung onkologischer Patient:innen in Österreich zukunftsfähig zu gestalten: flächendeckend, effizient und gerecht.



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 urologische Tumoren

Am 6. Mai 2025 fand der vierte Workshop des Österreichischen Onkologie Forums (ÖÖF) zum Thema urologische Tumoren statt. Das ÖÖF wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (OeGHO) als Think-Tank zur Diskussion von versorgungsrelevanten Fragestellungen zu den wichtigsten onkologischen Krankheitsbildern ins Leben gerufen. Nachdem in den ersten 3 Workshops die Versorgung beim Mamma- und Bronchialkarzinom sowie bei gastrointestinalen Tumoren behandelt wurde, bewerteten diesmal Expert:innen aus den 9 Bundesländern den Status quo bei urologischen Entitäten wie Blasen- und Nierenkarzinom. Das Prostatakarzinom war ausgenommen, da dazu ein eigener Workshop stattfinden wird. Den Vorsitz des eintägigen Programms führte diesmal OÄ Dr.ⁱⁿ Niedersüß-Beke, Leiterin der Hämatologisch-Onkologischen Ambulanz der 1. Medizinischen Abteilung der Klinik Ottakring. 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 über 50 Kriterien, nach denen die Versorgungssituation beurteilt wurde, sind wieder in 15 thematischen Ebenen gebündelt.

Ebenen 1 und 2: Vorsorge und Screening

Beim Blasen- oder Nierenkarzinom gibt es derzeit keine evidenzbasierte spezifische Vorsorge oder Früherkennung, daher ist auch kein Programmscreening implementiert. Die Früherkennung erfolgt meist zufällig oder

im Rahmen der Prostatavorsorge, weshalb die Diagnosestellung bei Frauen oftmals später erfolgt. Eine Mikrohämaturie wird häufig nicht ernst genommen und nicht weiter abgeklärt. Wartezeiten auf Facharzttermine sind in einigen Regionen lang, was die frühzeitige Diagnostik zusätzlich verzögert. Ein umfassendes Screening für alle wird mangels Daten kritisch gesehen – empfohlen wird ein gezielterer Einsatz der vorhandenen Ressourcen: gezielte Abklärung bei Mikrohämaturie, Steigerung der Awareness bei speziellen Risikogruppen (z. B. Raucher:innen) sowie eine Verbesserung der Zuweisungspraxis an die niedergelassenen Fachärzt:innen. Die geplante Einschränkung der PSA-Wert-Bestimmung, die oft Anlass für den Besuch bei Urolog:innen ist, könnte dazu führen, dass es auch bei Männern zu einer späteren Diagnosestellung bei urologischen Tumoren kommt. Die Diskussion zeigt die Problematik überfüllter Kapazitäten durch unspezifische Vorsorgeuntersuchungen, während andere Patient:innengruppen zu spät versorgt werden. Eine mögliche Lösung wären ein stärker risikobasiertes Vorgehen sowie Awareness-Maßnahmen, um die richtige Zuweisung sicherzustellen.

Fazit:

- keine spezifische Vorsorge und kein Screening etabliert
- Blasen- bzw. Nierenkarzinom oft Zufallsbefunde bei der Prostatavorsorge
- Frauen oft spät diagnostiziert
- Mikrohämaturie häufig nicht korrekt abgeklärt
- Screening für alle macht keinen Sinn
- Awareness bei Risikogruppen schaffen
- gezielte Abklärung bei Mikrohämaturie

Ebene 3: Diagnostik

Die Verfügbarkeit von Erstvorstellungsterminen für Tumorpatient:innen variiert stark je nach Region: Teilweise kommt es zu Wartezeiten von mehreren Wochen, teilweise sind Termine auch deutlich schneller verfügbar. Auch der Einstiegspunkt in das Versorgungssystem (Urologie vs. Onkologie) hat Einfluss auf die Wartezeit.

Die notwendige (auch invasive) Diagnostik inklusive Staging erfolgt vergleichsweise rasch. Auch die spezialisierte pathologische Diagnostik wird als gut verfügbar eingeschätzt, trotz personeller Engpässe. Bei bildgebenden Verfahren zeigen sich hingegen erhebliche strukturelle Defizite, was sich in einer eher niedrigen durchschnittlichen Bewertung durch die Expert:innengruppe von 5,5 niederschlägt. Innerhalb eines Bundeslandes funktioniert die elektronische Bildübermittlung in der Regel gut, jedoch bestehen große Schwierigkeiten bei der Übermittlung zwischen den Ländern. Dies erschwert die Vergleichbarkeit von Bildern (Qualität, Anzahl, Sequenzen). Datenschutzaufgaben behindern zusätzliche Übermittlungswege wie Fax oder E-Mail. Außerdem wird die geplante automatische Zuteilung zu CT-/MRT-Instituten kritisch gesehen, da der Wechsel zwischen Instituten zusätzliche Schnittstellen schafft, Qualitätsstandards fehlen und es existieren keine einheitlichen Untersuchungsprotokolle. Die extramurale Durchführung von Untersuchungen bringt zudem Nachteile mit sich: Bildqualität, Vergleichbarkeit, fehlende Voraufnahmen und vor allem das Fehlen spezialisierter radiologischer Expertise sind zentrale Probleme. Invasive radiologische Verfahren sind aktuell nur intramural flächendeckend verfügbar (Bewertung: 6,5). Hier gibt es teilweise Wartezeiten von 3–4 Wochen. Oft müssen persönliche Kontakte genutzt werden, um eine zeitnahe Diagnostik zu sichern, was mit hohem organisatorischem Aufwand verbunden ist. Was das Kriterium der Verfügbarkeit von Informationen für Patient:innen zur Diagnostik betrifft, so existiert für häufige Tumoren wie das Prostatakarzinom bereits gut zugängliches Informationsmaterial (z. B. Krebshilfe). Die Krebshilfe wird allerdings vorrangig von Betroffenen nach Diagnose kontaktiert, weniger im Vorsorgekontext. Mehr Aufklärungsmaterial zur Mikrohämaturie wäre jedenfalls wünschenswert, vor allem für Risikogruppen.

Fazit:

- regionale Unterschiede bei Wartezeit auf Erstvorstellungstermin
- strukturelle Defizite bei Bildgebung
- Bildübermittlung innerhalb der Bundesländer gut, zwischen den Bundesländern oftmals problematisch
- Auslagerung von Bildgebung reduziert die radiologische Expertise in den Häusern bzw. in den Tumorboards
- Mängel bei Verfügbarkeit invasiver radiologischer Verfahren

Ebene 4: Tumorboards

Die Auswertung zeigt, dass Tumorboards in Österreich insgesamt gut etabliert sind, jedoch mit deutlichen regionalen Unterschieden. Die Vorstellung aller Patient:innen bei Erstdiagnose im Tumorboard wird nicht in allen Zentren konsequent umgesetzt (Bewertung 7,2). Die Muster-Geschäftsordnung wird hingegen weitgehend beachtet. Ebenso ist die Beteiligung aller relevanten Fachrichtungen in vielen Tumorboards gut organisiert, auch wenn einzelne Fächer mancherorts nur bei Bedarf eingebunden sind. Krankenanstaltenübergreifende Tumorboards sind in den meisten, aber nicht allen Zentren verfügbar. Die organisatorische Struktur – mit fixen Terminen, Rollenverteilung und Protokollführung – ist in den meisten Einrichtungen sehr gut umgesetzt, auch wenn technische Unterstützung und einheitliche Dokumentation teilweise noch fehlen. Entitätsspezifische Tumorboards sind mehrheitlich vorhanden, es gibt jedoch auch hier punktuelle Lücken. Deutlich schwächer fällt die Bewertung beim Qualitätsmanagement (QM) mit M&M-Konferenzen (Morbidity & Mortality) aus, da deren Umsetzung nicht flächendeckend erfolgt oder nur in Ansätzen vorhanden ist – hier steht die Ampel auf Gelb.

Der Zeitaufwand für Ärzt:innen in Zusammenhang mit den Tumorboards ist beträchtlich: Viele Häuser führen wöchentlich zwischen 6 und 10 Boards durch, teilweise sogar mehr. Im Schnitt sind 5 bis 10 Ärzt:innen pro Board beteiligt. Insgesamt zeigt sich ein funktionierendes, aber heterogenes System, das durch mehr Standardisierung und technische Unterstützung weiter verbessert werden könnte.

Fazit:

- Tumorboards in Österreich überwiegend etabliert und entsprechend der Geschäftsordnung aufgesetzt –
- Vorstellung bei Erstdiagnose nicht flächendeckend standardisiert
- krankenanstaltenübergreifende Boards regional begrenzt verfügbar
- Fachdisziplinen zumeist vertreten, Pathologie und Radiologie teils nur bei Bedarf eingebunden
- QM-Prozesse wie M&M-Konferenzen nicht einheitlich umgesetzt
- technische Unterstützung und ELGA-Dokumentation ausbaufähig
- personeller und zeitlicher Aufwand für Ärzt:innen hoch

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

Die Versorgung mit State-of-the-Art-Therapien in der onkologisch-urologischen Behandlung zeigt insgesamt ein gutes Niveau, weist jedoch auch hier deutliche regionale Unterschiede und administrative Hürden auf. Die spezialisierte chirurgische Therapie ist mit einem Durchschnittswert von 7,5 prinzipiell verfügbar, leidet jedoch mancherorts unter monatelangen Wartezeiten aufgrund fehlender OP-Slots, Anästhesie-Kapazitäten oder Personalmangel. Infolge einer notwendigen Priorisierung werden onkologische Fälle meist vorgereiht, wodurch nichtonkologische Patient:innen lange warten müssen.

Der Zugang zu innovativen medikamentösen Therapien im intramuralen Bereich wird mit 7,8 bewertet und ist grundsätzlich gegeben, allerdings sind administrative Hürden deutlich spürbar. In vielen Einrichtungen sind Genehmigungen über die ärztliche Direktion oder Molekulare Tumorboards (MTBs) notwendig, selbst bei bereits zugelassenen Medikamenten. Dies führt zu Verzögerungen, insbesondere wenn komplexe Anträge vorbereitet und umfangreiche Daten bereitgestellt werden müssen. Innovationsboards tagen teilweise nur 1-mal im Monat, was den Prozess weiter verlangsamt.

Deutlich schlechter ist die Situation im extramuralen Bereich, der mit nur 3,5 bewertet wird (Ampel auf Rot). Der Genehmigungsprozess ist dort oft komplexer und stark abhängig von elektronischen Tools, deren Nutzung als aufwändig beschrieben wird. Ansprechpartner:innen wechseln häufig oder sind unklar, was die Bearbeitung zusätzlich erschwert. In manchen Fällen werden Medikamente nur für eine Packung bewilligt, was eine monatliche Neubeantragung nötig macht. Die Kommunikation über Online-Portale wird vielerorts als unzuverlässig und wenig transparent wahrgenommen, was bei bestimmten Medikamenten zu erheblichen Verzögerungen führt.

Auch in anderen therapeutischen Disziplinen wie Chirurgie und Strahlentherapie ist der Zugang zu modernen Verfahren grundsätzlich gegeben, jedoch treten vereinzelt Engpässe auf, insbesondere bei der Strahlentherapie.

Mit 6,9 bewertet, zeigen sich hier regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit – in einzelnen Gegenden sind die Wartezeiten lang oder die geografische Anbindung stellt eine Belastung für Patient:innen dar. Positiv hervorzuheben ist der Zugang zur autologen Stammzelltransplantation, der mit 9,5 bewertet wurde. Diese Therapieform ist meist verfügbar, auch wenn teils ein gewisser administrativer Aufwand besteht.

Fazit:

- State-of-the-Art-Therapien in Österreich grundsätzlich verfügbar
- chirurgische Behandlung gut zugänglich, ebenso medikamentöse Innovationen intramural, extramural jedoch mit deutlichen Hürden
- Strahlentherapie regional begrenzt zugänglich
- administrativer Aufwand bei neuen Therapien oft hoch
- digitale Genehmigungsprozesse erschweren den Zugang zusätzlich

Ebene 6: Klinische Studien

Die Verfügbarkeit und Umsetzung klinischer Studien in Österreich zeigen ein durchwachsenes Bild. Insgesamt sind Studien mit einer Bewertung von 6,9 weitgehend zugänglich, auch für Patient:innen über 70 Jahre (6,6), allerdings nicht flächendeckend. In manchen Zentren werden sie aufgrund fehlender Kapazitäten und eines expliziten Fokus auf der Versorgung grundsätzlich nicht durchgeführt. Das als Kriterium definierte Ziel, mindestens 5 Prozent der Primärfälle in Studien einzuschließen, wird in den meisten Regionen nicht erreicht (durchschnittliche Bewertung 2,6). Die Beteiligung ist stark abhängig von der Tumorentität und dem Stadium – bei metastasierten Erkrankungen ist die Studieneinbindung häufiger als bei lokalisierten Fällen. Zudem bestehen große Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Als zentrale Hürden werden ein hoher administrativer Aufwand bei der Vertragsgestaltung mit Pharmaunternehmen, lange Vorlaufzeiten (bis zu 9–12 Monate), uneinheitliche Ethikkommissionen sowie knappe personelle Ressourcen genannt. Die Durchführung klinischer Studien wird zudem durch eine unzureichende Infrastruktur seitens der Träger erschwert.

Die Rekrutierung über krankenanstaltenübergreifende Tumorboards ist kaum etabliert (2,9). Studien werden vielfach auf Einzelhausebene umgesetzt, ohne strukturierte Anbindung an Tumorboards. Die Studieneinbindung über ein zentrales Tumorzentrum kommt nur als Ausnahmefall vor. Die personelle und räumliche Infrastruktur zur Durchführung klinischer Studien wird nur selten von den Krankenanstalten gestellt (2,7). Während das Studienpersonal in universitären Zentren teilweise von der Trägereinrichtung



finanziert wird, fehlt dies in den meisten anderen Bundesländern vollständig oder wird nur punktuell bereitgestellt.

Fazit:

- klinische Studien in der Mehrzahl der Regionen verfügbar und auch weitgehend für Patient:innen über 70 zugänglich
- Anteil der Patient:innen in Studien insgesamt gering
- hohe administrative Hürden, lange Vorlaufzeiten und uneinheitliche Ethikstrukturen erschweren die Umsetzung
- Studienrekrutierung erfolgt kaum über häuserübergreifende Tumorboards
- Infrastruktur und Finanzierung durch Krankenanstalten meist unzureichend

Ebene 7: Dokumentation, Register, Benchmarking

Die Dokumentation und das Benchmarking im Bereich onkologischer Versorgung sind in Österreich nur teilweise etabliert und weisen relevante Lücken auf. Die Erhebung spezifischer Parameter zur Prozess- und Ergebnisqualität erfolgt lediglich im Rahmen von Zertifizierungen und hängt zudem weitgehend von der Verfügbarkeit einer strukturierten onkologischen Dokumentation (Software) ab, die nicht in allen Einrichtungen gegeben ist. Einrichtungen ohne Zertifizierung erheben in der Regel keine Outcomeparameter, was die Vergleichbarkeit und Qualitätskontrolle deutlich einschränkt. Dieser Bereich wird daher lediglich mit einem Mittelwert von 5,1 bewertet. Nur geringfügig besser hat die personelle Ausstattung zur korrekten Übermittlung von Daten an das Nationale Krebsregister abgeschnitten (5,6). Nur wenige Regionen verfügen über dediziertes Personal. Die Datenübermittlung an das Nationale Krebsregister erfolgt vielerorts automatisiert aus elektronischen Dokumenten, etwa aus Pathologie-Befunden. Dieser Prozess wird mit 6,9 bewertet und funktioniert formal in weiten Teilen, jedoch wird die Datenqualität außerhalb zertifizierter Systeme als mangelhaft beschrieben. Zertifizierungen, gegebenenfalls entitätsspezifisch, sind selten vorhanden. Wo sie bestehen, erfolgen sie meist über das OnkoZert-System. Insgesamt ergibt sich hier eine Bewertung von 5,7. Viele Einrichtungen befinden sich entweder noch nicht im Zertifizierungsprozess oder verfolgen diesen nicht aktiv.

Fazit:

- Dokumentation und Benchmarking erfolgen nur in zertifizierten Zentren systematisch
- bei nicht zertifizierten Einrichtungen fehlt meist das Monitoring relevanter Qualitätsparameter
- personelle Ressourcen und automatisierte Datenübermittlung punktuell vorhanden, aber oft mit Qualitätsdefiziten behaftet



- Zertifizierungen selten und meist über OnkoZert
- umfassende, strukturierte Datenbasis für nationale Vergleichbarkeit bislang nicht gegeben

Ebene 8: Behandlung und Pflege

Bei der Verfügbarkeit tagesklinischer Behandlungsplätze steht die Bewertungs-Ampel mit 6,3 auf Gelb. Oft werden urologische Tageskliniken für die onkologischen Therapien genutzt, obwohl sie primär für operative Eingriffe gedacht sind. Das Kriterium „Therapiebeginn ab Aufklärung innerhalb von 8 Tagen, Behandlungsstart innerhalb von 4 Wochen“ wird nicht überall eingehalten. Probleme treten dadurch insbesondere bei den Folgezyklen und der Einhaltung der Therapieintervalle auf. Die Einhaltung standardisierter Intervalle gelingt laut Rückmeldung nur in weniger als der Hälfte der Einrichtungen. Die Bewertung liegt mit 6,8 entsprechend im mittleren Bereich, der Trend wird überwiegend negativ gesehen.

Die pflegerische Betreuung durch mindestens eine spezialisierte Cancer Nurse ist mit 4,5 mehrheitlich nicht etabliert. Noch schlechter fällt die Bewertung beim Einsatz moderner digitaler Dokumentationsmethoden wie ePRO zur Erfassung von Lebensqualität und Toxizität aus (1,5). Lediglich eine Region setzt digitale Patient:inneninformationssysteme gezielt ein.

Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Urolog:innen wird im Schnitt mit 6,9 bewertet. Wo diese Kooperation gelingt, ist sie häufig durch persönliche Bekanntschaft und strukturierte Einbindung (z. B. über Tumorboards) geprägt. Die Therapieführung – etwa bei oralen Medikamenten – bleibt aber meist im intramuralen Bereich. Die Kooperation mit den Hausärzt:innen hingegen ist insgesamt schlecht etabliert (2,6). Nur einzelne Regionen zeigen funktionierende Strukturen, in denen Hausärzt:innen eingebunden sind und entlastend wirken. Telemedizin spielt in der onkologischen Regelversorgung derzeit kaum eine Rolle. Mit einer Bewertung von nur 1,4 ist sie weder strukturell integriert noch flächendeckend genutzt.

Fazit:

- tagesklinische Versorgung oft über urologische Tageskliniken
- Therapiebeginn/Behandlungsstart innerhalb der in der Versorgungsmatrix definierten Fristen erfolgt nicht in allen Regionen
- Funktion der Cancer Nurse in der Mehrzahl der Regionen nicht etabliert
- digitale Methoden zur Erfassung von PRO-Daten kaum im Einsatz
- enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Urolog:innen punktuell gut, mit Hausärzt:innen hingegen kaum
- Telemedizin in der Routineversorgung bisher weitgehend ungenutzt

Ebenen 9 und 10: Palliativmedizin und Psychoonkologie

Die stationäre Palliativversorgung wurde mit 5,6 nur durchschnittlich bewertet. So ist das Angebot an Palliativbetten sehr limitiert, mit teils langen Wartezeiten. In manchen Regionen müssen die Patient:innen auf urologischen Stationen palliativ betreut werden. Im Gegensatz dazu sind mobile Palliativteams in den meisten Bundesländern mit einer Ausnahme ausreichend und zeitnah verfügbar. Dieser Punkt wird insgesamt mit 7,8 vergleichsweise gut bewertet. Die psychoonkologische Betreuung ist grundsätzlich gut etabliert (7,6) mit zumeist niedrigrschwelligem Zugängen, allerdings ist die Weiterbetreuung im extramuralen Bereich nicht immer gewährleistet. Für Patient:innen mit nichtdeutscher Muttersprache bestehen nur vereinzelt Angebote. Das Screening für psychoonkologischen Bedarf mittels validierter Tools ist zwar teilweise vorhanden, aber mit 5,2 ausbaufähig.

Fazit:

- Palliativmedizin strukturell lückenhaft
- stationäre Versorgung regional unzureichend
- mobile Teams meist gut verfügbar
- psychoonkologische Betreuung grundsätzlich etabliert, aber sprachliche Barrieren und fehlendes systematisches Screening bremsen Qualität

Ebene 11: Sozioökonomische Faktoren

Im Bereich der sozioökonomischen Faktoren zeigt sich, dass die Qualität der onkologischen Behandlung zwar grundsätzlich als weitgehend unabhängig von sozialen oder wirtschaftlichen Rahmenbedingungen bewertet wird (6,9), jedoch in der Praxis je nach Region bestimmte Gruppen benachteiligt sein können. Sprachbarrieren wirken sich trotz vorhandener, aber nicht immer niederschwelliger

(Video-)Dolmetschangebote negativ auf das Behandlungsergebnis aus. Auch die Ressourcen für die oftmals zeitaufwändigeren Dolmetschgespräche fehlen häufig. Eine Krebserkrankung bringt oft finanzielle Belastungen mit sich, was sich in der Bewertung von nur 4,2 widerspiegelt. Hauptprobleme sind Einkommensverluste durch Frühpensionierungen, den erschwerten Wiedereinstieg ins Berufsleben oder die Notwendigkeit von Teilzeitmodellen. Dadurch entstehen für viele Betroffene spürbare wirtschaftliche Einschnitte. Damit wird ein dezidiertes Ziel des Nationalen Krebsrahmenprogramms nicht erreicht. Besonders schlecht aufgestellt ist das System bei der Betreuung älterer Krebspatient:innen. Strukturen wie Care-Manager:innen, die als Koordinationsstelle zwischen medizinischer Versorgung, Terminkoordination und sozialer Unterstützung dienen könnten, sind kaum vorhanden – dieser Punkt wurde nur mit 1,4 bewertet. In der Praxis wird vielfach hinterfragt, wer im niedergelassenen Bereich überhaupt die Verantwortung für organisatorische Aufgaben wie Terminvereinbarungen übernimmt.

Fazit:

- soziale und sprachliche Ungleichheiten wirken sich trotz formaler Gleichbehandlung auf die onkologische Versorgung aus
- finanzielle Folgen der Erkrankung häufig spürbar
- koordinierende Unterstützung für ältere Patient:innen fehlt nahezu vollständig
- Dolmetschdienste meist vorhanden, aber nicht niedrigrschwellig integriert

Ebenen 12 und 13: Rehabilitation und Nachsorge

Im Bereich der onkologischen Rehabilitation ergibt sich ein gemischtes Bild. Die stationäre Rehabilitation wurde aufgrund ihrer schlechten Verfügbarkeit in einigen Regionen im Österreichschnitt mit 5,9 bewertet. Neben den regionalen Unterschieden zeigt sich auch, dass das im Vergleich zu anderen Tumorentitäten im Schnitt ältere Patient:innenkollektiv bei der Bewilligung von Reha-Maßnahmen teilweise benachteiligt ist. Die Verfügbarkeit einer ambulanten onkologischen Rehabilitation wurde mit 5,3 noch etwas schlechter bewertet. So mangelt es an ausreichend spezialisierten Physiotherapeut:innen, vor allem im ländlichen Raum. Es fehlt vielerorts an spezifischer Expertise, etwa für onkologische Nachbehandlungen. Gleichzeitig besteht laut Expert:innenmeinungen ein Mangel an Bewusstsein für den langfristigen Nutzen ambulanter Reha-Angebote. Positiv wurde dazu das Beispiel eines Reha-Coachs angeführt, der die Patient:innen bei der Antragstellung unterstützt. Die Nachsorge hingegen ist weitgehend gut organisiert. Mit einer Bewertung von

9,5 wird bestätigt, dass Patient:innen in nahezu allen Einrichtungen nach einem krankheitsspezifisch standardisierten Schema betreut werden. Ein Nachsorgepass, wie im Krebsrahmenprogramm angeführt, ist dabei hingegen kaum im Einsatz (2,3).

Fazit:

- Rehabilitationsangebote mit großen regionalen Unterschieden
- ambulante Reha mit spezialisierten Physiotherapeut:innen vor allem am Land mangelhaft
- Nachsorge gut etabliert, erfolgt systematisch nach standardisierten Vorgaben
- Nachsorgepass fehlt jedoch meist

Ebenen 14 und 15: Fortbildung und Entwicklung

Fachspezifische Fortbildungsangebote sind grundsätzlich ausreichend vorhanden und orientieren sich an nationalen sowie internationalen Standards – dieser Bereich erhält mit 10,0 die Höchstbewertung. Luft nach oben gibt es hingegen, was die tatsächliche Teilnahme von Ärzt:innen und Pflegepersonal betrifft (6,7). Spezifische Fortbildungsthemen wie Evidenzbasierung, Risikokommunikation, Shared Decision Making oder geschlechterspezifische Aspekte werden hingegen nur unzureichend angeboten und genutzt (2,5). Lediglich ein Bundesland stellt über den Träger und externe Anbieter ein diesbezügliches Angebot bereit; andernorts fehlt es nahezu vollständig.

Die Personalsituation im ärztlichen Bereich ist mit 5,4 mittelmäßig stabil. Nachwuchsmangel wird punktuell sichtbar – so verlassen junge Mediziner:innen kleinere Standorte in Richtung größerer Zentren. Noch deutlich kritischer ist die Situation in der Pflege: Mit 3,4 bewertet, spiegelt sie gravierende Probleme beim Nachwuchs und bei der Personalbindung wider. Dies hat unmittelbare Auswirkungen auf die Versorgungsqualität.

Die Einschätzung zur Entwicklung der Versorgungsqualität in den letzten 5 Jahren fällt uneinheitlich, in Summe aber eher mäßig aus (5,2). Teilweise können aufgrund von Personalmangel Nachtdienste auf urologischen Abteilungen nicht mehr aufrechterhalten werden. Es fehlt an Pflege- und OP-Personal. Positiv hervorzuheben sind hingegen neue interdisziplinäre Angebote, die Etablierung von Cancer Nurses, Qualitätssteigerung im Rahmen von Zertifizierungen und der zunehmende Einsatz von Robotik.

Fazit:

- fachspezifische Fortbildungsangebote auf hohem Niveau ausreichend vorhanden
- Teilnahme verbesserungswürdig

- Mangel an nichtmedizinischen Fortbildungsangeboten
- ärztlicher Nachwuchs in manchen Regionen mangelhaft
- Pflegepersonal stark unterbesetzt mit Trend zu weiterer Verschlechterung
- Entwicklung der Versorgungsqualität regional sehr unterschiedlich

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

OÄ Dr.ⁱⁿ Dora Niedersüß-Beke, MBA
Leitung Hämatologisch-Onkologische Ambulanz, 1. Medizinische Abteilung, Klinik Ottakring, Wien

Referent:innen

Dr. Kilian Gust
Leiter der Uro-Onkologie-Ambulanz;
Leiter der „Clinical Trials“-Unit, MedUni Wien

OÄ Dr.ⁱⁿ Jasmin Spiegelberg
Universitätsklinik für Innere Medizin, MedUni Graz

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Angelika Terbuch
Klinische Abteilung für Onkologie, MedUni Graz

OA Dr. Dominic Vais
Abteilung für Innere Medizin und Hämatologie und internistische Onkologie, LKH Klagenfurt

Prim. Dr. Clemens Georg Wiesinger, MSc, FEBU
Leitung Urologie, KH Wels

Diskussionsteilnehmer:innen

OA Dr. David Kiesel
Innere Medizin – Hämatologie und Internistische Onkologie, Ordensklinikum Linz (Innere)

OA Dr. Gerald Klinglmair
Universitätsklinik für Urologie, MedUni Innsbruck

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

OA Dr. Franz Stoiber
Abteilung für Urologie und Andrologie, KH Vöcklabruck

OÄ Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Sonia Vallet
Klinische Abteilung für Innere Medizin 2, Universitätsklinikum Krems

Versorgungsmatrix bei urologischen 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) |
| Tumorboards | Die Muster-Geschäftsordnung für Tumorboards wird beachtet | 8,9 |
| | Alle Schlüsselfächer (internistische Onkologie, entitätsspezifisches Sonderfach, Radioonkologie, Radiologie) sind im Tumorboard anwesend; Pathologie ist anwesend oder erreichbar | 9,0 |
| | Es ist jeweils ein Moderator und ein Organisator für das Tumorboard inkl. Rollenbeschreibung festgelegt; Termine sind fixiert; Protokollführung ist implementiert | 9,8 |
| | Entitätsspezifische Tumorboards sind (ggf. krankenanstaltenübergreifend) verfügbar | 9,2 |
| | Eine Infrastruktur zur Abhaltung häuserübergreifender Tumorboards ist vorhanden | 9,8 |
| Nachsorge | Patient:innen werden nach einem krankheitsspezifisch standardisierten Schema nachgesorgt | 9,5 |
| Fortbildung | Ausreichende fachspezifische Fortbildungsangebote sind verfügbar und berücksichtigen nationale und internationale Richtlinien | 10,0 |

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:** Peter Lex. **Grafik & Layout:** Oliver Miller-Aichholz. **Coverbild:** mi_viri - stock.adobe.com. **Fotos im Inneren:** Oliver Miller-Aichholz. **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.

Ampel auf Gelb (Bewertung 5–7,9)

| Ebene | Kriterium | Bewertung (0 = nicht vorhanden, 10 = exzellent) |
|---------------------------------------|---|--|
| Diagnostik | Erstvorstellungstermine für Tumorpatient:innen sind innerhalb einer Woche verfügbar | 6,3 |
| | Die notwendige, ggf. invasive Diagnostik inkl. Staging ist rasch verfügbar und erfolgt zügig | 7,1 |
| | Eine spezialisierte pathologische Diagnostik ist mit kurzer Rücklaufzeit verfügbar (inkl., falls notwendig, Molekularpathologie, Liquid Biopsy, NGS, genomische Tests etc.) | 7,8 |
| | Alle notwendigen bildgebenden Verfahren sind zeitnah verfügbar (inkl. nuklearmedizinische Untersuchungen) | 5,5 |
| | Invasive radiologische Verfahren zur Diagnose und Therapie sind zeitnah verfügbar | 6,5 |
| Tumorboards | Alle Patient:innen werden bei Erstdiagnose in einem Tumorboard vorgestellt | 7,2 |
| | Krankenanstaltenübergreifende Tumorboards sind eingerichtet | 7,0 |
| | QM-Prozess (inkl. 2-mal jährlich M&M-Konferenzen) für alle Tumorboards etabliert | 6,9 |
| State-of-the-Art-Therapie | Spezialisierte chirurgische Therapie mit entsprechender Expertise ist, falls notwendig, zeitnah verfügbar (ggf. per Kooperation) | 7,5 |
| | Zugang zu evidenzbasierter medikamentöser Innovation ist im intramuralen Bereich ohne administrative Hürden verfügbar | 7,8 |
| | Zugang zu evidenzbasierter Innovation (State-of-the-Art-Therapie) auch anderer therapeutischer Disziplinen (OP, RT etc.) ist jeweils zeitnah verfügbar | 7,4 |
| | Zugang zu Strahlentherapie inkl. innovativer Methoden (z. B. Stereotaxie) ist zeitnah verfügbar und regional gut erreichbar | 6,9 |
| Klinische Studien | Klinische Studien sind verfügbar | 6,9 |
| | Studien sind für Patient:innen > 70 Jahre verfügbar | 6,6 |
| Dokumentation, Register, Benchmarking | Spezifische Parameter für Prozess- und Ergebnisqualität für onkologische Diagnostik und Therapie werden erhoben (z. B. über Zertifizierungsprogramme) | 5,1 |
| | Es stehen dedizierte personelle Ressourcen für die korrekte Übermittlung von Daten an das Nationale Krebsregister zur Verfügung. | 5,6 |
| | Die Übermittlung von Daten an das Nationale Krebsregister erfolgt automatisiert aus Dokumenten (z. B. Befunden) der elektronischen Krankengeschichte | 6,9 |
| | Eine (ggf. entitätsspezifische) Zertifizierung ist erfolgt oder geplant | 5,7 |

Ampel auf Gelb (Bewertung 5–7,9)

| Ebene | Kriterium | Bewertung (0 = nicht vorhanden, 10 = exzellent) |
|---------------------------|---|--|
| Behandlung und Pflege | Es stehen ausreichend tagesklinische Behandlungsplätze zur Verfügung | 6,3 |
| | Therapiestart ab Aufklärung innerhalb von 8 Tagen; Behandlungsstart innerhalb von 4 Wochen | 6,8 |
| | Eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Urolog:innen ist etabliert und wird durch gemeinsame Veranstaltungen unterstützt | 6,9 |
| Palliativmedizin | Stationäre palliativmedizinische Versorgung ist in ausreichendem Maß verfügbar | 5,6 |
| | Mobile Palliativteams sind zeitnah (Ersteinsatz innerhalb einer Woche) und in ausreichendem Maß verfügbar | 7,8 |
| Sozioökonomische Faktoren | Die Behandlungsqualität wird nicht durch sozioökonomische Determinanten beeinflusst | 6,9 |
| | Für Patient:innen mit nichtdeutscher Muttersprache stehen niederschwellige Dolmetschangebote zur Verfügung | 6,4 |
| Psychoonkologie | Psychoonkologische Betreuung ist niederschwellig möglich und ausreichend verfügbar | 7,6 |
| | Screening für psychoonkologischen Bedarf erfolgt mittels validierter Screeningtools | 5,2 |
| Rehabilitation | Stationäre Rehabilitation ist in ausreichendem Maß und zeitnah verfügbar | 5,9 |
| | Ambulante Rehabilitation in ausreichendem Maß und zeitnah verfügbar | 5,3 |
| Fortbildung | Fachspezifische Fortbildungsangebote werden von einer ausreichenden Anzahl an Ärzt:innen und Fachpflegepersonal besucht | 6,7 |
| Entwicklung | Die Personalsituation bei den Ärzt:innen ist stabil, es ist ausreichend Nachwuchs vorhanden, um die fachliche Expertise am Standort zu erhalten | 5,4 |
| | Die Qualität der Versorgung hat sich insgesamt in den letzten 5 Jahren verbessert | 5,2 |

Ampel auf Rot (Bewertung 0–4,9)

| Ebene | Kriterium | Bewertung (0 = nicht vorhanden, 10 = exzellent) |
|---------------------------|--|--|
| Vorsorge | Vorsorge ist etabliert, falls evidenzbasiert empfohlen | 0,0 |
| Screening | Ein Screening-Programm (mit Einladung) ist implementiert, falls evidenzbasiert empfohlen | 1,0 |
| | Qualitätsstandards für das Screening werden eingehalten | 0,0 |
| | Monitoring der Mortalität für das Programm-Screening ist etabliert | 0,0 |
| Diagnostik | Infomaterial zu Früherkennung ist niederschwellig verfügbar | 4,1 |
| State-of-the-Art-Therapie | Zugang zu evidenzbasierter medikamentöser Innovation ist im extramuralen Bereich ohne administrative Hürden verfügbar | 3,5 |
| Klinische Studien | > 5 % der Primärfälle der Tumorentität werden in Studien eingebracht | 2,6 |
| | Die Rekrutierung in klinische Studien erfolgt über krankenanstaltenübergreifende Tumorboards | 2,9 |
| | Die (personelle und räumliche) Infrastruktur zur Durchführung klinischer Studien wird von der Krankenanstalt bereitgestellt | 2,7 |
| Behandlung und Pflege | Die pflegerische Betreuung erfolgt durch mindestens eine spezialisierte Cancer Nurse | 4,5 |
| | Es stehen moderne Methoden zur Dokumentation von Toxizität und QoL zur Verfügung (ePRO) | 1,5 |
| | Eine enge Zusammenarbeit mit den Hausärzt:innen ist etabliert und wird durch gemeinsame Veranstaltungen unterstützt | 2,6 |
| | Telemedizinische Interaktion mit den Patient:innen (inkl. telefonische Konsultation) ist Teil der Routinebehandlung | 1,4 |
| Palliativmedizin | Palliativmedizinischer Bedarf (Bedarfsrichtwerte) wurde erhoben | 0,0 |
| Sozioökonomische Faktoren | Eine Krebserkrankung hat keine Verschlechterung der sozioökonomischen Situation der Patient:innen zur Folge | 4,2 |
| | Care-Manager:innen für die Betreuung älterer Menschen mit einer Krebserkrankung (Koordinierungsfunktion) sind eingerichtet | 1,4 |
| Nachsorge | Die Patient:innen erhalten einen Nachsorgepass | 2,3 |
| Fortbildung | Fortbildungen in den Bereichen Evidenzbasierung, Risikokommunikation, Shared Decision Making und geschlechterspezifische Gesundheit werden ausreichend angeboten und genutzt | 2,5 |
| Entwicklung | Die Personalsituation der Pflege ist stabil, es ist ausreichend Nachwuchs vorhanden, um die fachliche Expertise am Standort zu erhalten | 3,4 |



Am Podium von links nach rechts: Dr. Ronald Pichler (PHARMIG), Dr.ⁱⁿ Silvia Bodi (Landesgesundheitsagentur Niederösterreich), Mag. Stefan Eichwalder (Gesundheitsministerium), Prim. Univ.-Prof. Dr. Felix Keil (ÖGK), Univ.-Prof. Dr. Stephan Kriwanek (Gesundheit Burgenland), Dr. Thomas Czypionka (IHS), Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Strasser-Weippl (OeGHO), Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe (OeGHO)

Podiumsdiskussion Zwischen Niederschwelligkeit und Unterversorgung

Beim vierten Workshop des Österreichischen Onkologie Forums wurden zentrale Aspekte der Versorgung bei Tumorentitäten, wie dem Blasen- und Nierenkarzinom in einem offenen Podium diskutiert. Die von Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Strasser-Weippl moderierte Veranstaltung brachte wieder Vertreter:innen aus Medizin, Verwaltung, Sozialversicherung und Politik zusammen, um den Status quo kritisch zu beleuchten und zukünftige Verbesserungen anzustoßen.

Gleich zu Beginn betonte Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe, Past-Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (OeGHO), dass sich das österreichische Gesundheitssystem in vielen Bereichen auf hohem Niveau mit niederschwelligem Zugang zu innovativen Therapien bewege, gleichzeitig jedoch mit erheblichen strukturellen Herausforderungen konfrontiert sei. „Die Probleme in der Versorgung können je nach Tumorentität und Region ganz unterschiedlich gelagert sein“, so Hilbe.

System an der Kapazitätsgrenze

Strasser-Weippl thematisierte eingangs die zum Teil sehr langen Wartezeiten auf urologische Termine im niedergelassenen Bereich: „Patient:innen, die keine dringlichen Probleme haben, warten zum Teil 6 bis 9 Monate“. Auch aus dem stationären Bereich werde berichtet, dass sehr viel Zeit auf das Triagieren der Patient:innen verwendet werden muss, da das System häufig mit 100 Prozent Auslastung läuft. „Wenn die Kapazitätsgrenzen erreicht werden, sind die zu erbringenden Leistungen unverhältnismäßig teuer“, bestätigte Dr. Thomas Czypionka, Leiter der Forschungsgruppe Gesundheitsökonomie und -politik am Institut für Höhere Studien. Untersuchungen, die er im onkologischen Bereich durchgeführt habe, hätten gezeigt, dass das System dann auch zunehmend nicht mehr in der Lage ist, Fluktuationen im Patient:innenaufkommen abzufangen. Letzteres steige aufgrund der Überalterung der Gesellschaft, aber auch durch bessere Therapiemöglichkeiten, die insgesamt mehr Patient:innenkontakte brächten. „Wenn ein Versorgungssystem an seiner Kapazitätsgrenze arbeitet, leidet langfristig auch die Ausbildung, was sich wiederum

negativ auf die Personalsituation auswirkt“, so Czypionka. Wie Dr.ⁱⁿ Silvia Bodi, Landesgesundheitsagentur Niederösterreich, berichtete, versuche man in ihrem Bundesland dem Problem des wachsenden Versorgungsbedarfs in der Onkologie vor allem durch Bündelung der Ressourcen und Zentralisierung der Patient:innensteuerung zu begegnen. „In meiner Region, der Thermenregion gibt es zum Beispiel nur mehr ein Tumorboard, das die Patient:innen verteilt“, so Bodi. Andererseits brauche es aber natürlich auch den Aufbau zusätzlicher operativer Ressourcen, die aufgrund der älter werdenden Bevölkerung notwendig sind. Vor 2 Jahren habe man zum Beispiel mit der Ausbildung von operationstechnischem Personal begonnen, deren erste Absolvent:innen im Herbst dieses Jahres fertig werden würden. Univ.-Prof. Dr. Stephan Kriwanek, Geschäftsführer der Gesundheit Burgenland – Burgenländische Krankenanstalten GmbH, wies darauf hin, dass es in seinem Bundesland eine absolute urologische Unterversorgung im niedergelassenen Bereich gibt, die von den Spitalsambulanzen aufgefangen werden muss. „Auch bei den operativen Ressourcen gibt es einen Mangel, was aufgrund der Vorreihung der onkologischen Eingriffe zu einem beträchtlichen Patient:innenrückstau bei den Eingriffen bei Prostatahypertrophie führt“, beschreibt Kriwanek einen Zustand, der nach den Ergebnissen des Workshops in ähnlicher Form auf ganz Österreich zutrifft.

Geringe Kontinuität der Versorgung

Ein konkretes Anliegen der fallführenden Expert:innen bezog sich auf die derzeit herrschende Notwendigkeit, als Arzt bzw. Ärztin die telefonische Organisation von Untersuchungsterminen im extramuralen Bereich zu übernehmen.

„Hier bedarf es dringend einer Entlastung durch nichtärztliche Ressourcen, die im Sinne eines Care-Managements die Rolle von engagierten Angehörigen übernehmen“, betonte Strasser-Weippl. Beim Thema Patient:innensteuerung sieht Mag. Stefan Eichwalder vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz das Gesundheitstelefon 1450 künftig in einer zentralen Rolle. „In manchen Bundesländern ist es bereits möglich, für die Patient:innen direkt einen Termin in einer nahen gelegenen Ordination oder einer PVE einzubuchen“, so Eichwalder. Österreich habe derzeit einer niederländischen Studie zufolge im europäischen Vergleich eine geringe Kontinuität der Versorgung. Als zentrale Terminservicestelle könne 1450 diesbezüglich eine Verbesserung bringen. Univ.-Prof. Dr. Felix Keil, Vorstand der 3. Medizinischen Abteilung für Hämatologie und Onkologie am Hanusch-Krankenhaus, Wien, erläuterte zum Thema Patient:innenströme, dass die von der ÖGK in Wien betriebenen Polikliniken eine sinnvolle Brücke zwischen dem niedergelassenen und dem intramuralen Bereich darstellten. Dabei könnten urologische und hämatoonkologische Fachärzt:innen aus den jeweiligen Spitalsabteilungen in die Polikliniken rotieren und so eine dem intramuralen Bereich vorgelagerte Versorgung leisten.

Kompetenzverlust in der Radiologie

Beim Thema Diagnostik berichtete Strasser-Weippl aus dem Workshop, dass vieles bisher noch sehr gut funktioniere, dass es jedoch aufgrund der oftmals nötigen Auslagerung von CT- und MRT-Untersuchungen zu Problemen käme. Strasser-Weippl: „Die Bildbefunde sind zwar oftmals über einen QR-Code einsehbar. Sie können jedoch nicht in das KIS importiert werden und liegen damit nicht in einer Qualität vor, die für das Tumorboard notwendig wäre.“ Zudem komme es im Zuge der Auslagerung zu einem Kompetenzverlust in den Häusern selbst, was sich wiederum bei der invasiven radiologischen Diagnostik und der Besetzung der Tumorboards mit spezialisierten Radiolog:innen negativ auswirke.

Ein weiteres Thema, das im Workshop diskutiert worden war und das von Strasser-Weippl in das Podium eingebracht wurde, sind die Bewertungsboards für innovative Arzneimittel, wie es sie auf der Ebene der Spitalsträger zum Beispiel in Niederösterreich und im Burgenland gibt. „Wir Onkolog:innen verstehen natürlich die Notwendigkeit, den Nutzen neuer Arzneimittel zu bewerten, wir sehen nur den administrativen Aufwand kritisch, der damit einhergeht“, betont die Expertin. Dr. Ronald Pichler, Head of Public Affairs & Market Access der Pharmig, äußerte die Hoffnung, dass keine Ressourcen verschwendet werden, um Assessments, die bereits auf europäischer Ebene gemacht wurden, zu wiederholen. Zudem sei neben der Qualität vor allem die Geschwindigkeit des Zugangs ein wesentliches Kriterium für Entscheidungen, die auf Konzernebene getroffen werden, wenn es um Investitionen in einen bestimmten Standort geht. „Das betrifft zum Beispiel Investitionen in klinische Studien oder in die Produktion“, so Pichler.

Ein Thema, das auch bei den ersten drei ÖOF-Workshops diskutiert wurde, ist der Umstand, dass der Einsatz von innovativen, evidenzbasierten Medikamenten im extramuralen Bereich zurzeit von der Vorlage eines Tumorboard-Beschlusses beim chefärztlichen Dienst der ÖGK abhängig ist. Dies sei, wie Strasser-Weippl betonte, bei den urologischen Tumoren von besonderer Brisanz, da die behandelnden Ärzt:innen oftmals niedergelassene Fachärzt:innen sind, die ihre Patient:innen für die Bewilligung des Therapiewechsels noch einmal in ein Tumorboard eines Spitals einbringen müssen. Auch die dabei mancherorts eingesetzten digitalen Kommunikationslösungen funktionierten oftmals nur sehr eingeschränkt. Ausgehend von den ersten Workshops laufen dazu derzeit Gespräche zwischen der OeGHO und der ÖGK.

Kleinteiligkeit als Standortnachteil

Eine weitere Ebene der Versorgungsmatrix des ÖOF betrifft die Durchführung klinischer Studien. Ein Mangel an nichtärztlichem Personal im Sinne von Study Nurses sowie komplexe vertragliche Prozesse führen dazu, dass die Situation im Expert:innengremium insgesamt eher negativ bewertet wurde. Dr.ⁱⁿ Silvia Bodi von der niederösterreichischen Landesgesundheitsagentur verweist in diesem Zusammenhang auf das seit etwas mehr als einem Jahr bestehende Forschungskompetenzzentrum in Wiener Neustadt, das im Raum Thermenregion/Weinviertel sowohl vertragliche als auch koordinierende Aufgaben für die forschenden Abteilungen übernehmen könne. Pharmig-Vertreter Pichler sieht bei aller unzweifelhaften Qualität in der hierzulande bestehenden Kleinteiligkeit einen Wettbewerbsnachteil innerhalb Europas, aber auch im Vergleich zu außereuropäischen Ländern, was die Akquisition von klinischen Studien betrifft. „Es sollte daher zumindest eine österreichweite Harmonisierung der Vertragstemplates erfolgen“, so Pichler.

Einigkeit herrschte auch in der Forderung nach standardisierter onkologischer Dokumentation. Nur einige Bundesländer wie Niederösterreich oder Oberösterreich verfügen derzeit über einschlägige Systeme. Eine bundesweite Lösung sei dringend erforderlich – nicht nur zur Qualitätssicherung, sondern auch für Forschung, rechtliche Absicherung und strategische Planung. Dabei müsse jedoch auch klar sein: Dokumentation darf nicht ärztliche Aufgabe sein, sondern bedarf ausgebildeter Fachkräfte.

Das Fazit des Podiums fiel einhellig aus: Eine gute Versorgung erfordert Struktur. Es brauche abgestufte Betreuungsmodelle mit klaren Rollenverteilungen zwischen Zentrum und Peripherie, zentrale digitale Plattformen für Kommunikation, nichtärztliche Ressourcen für Dokumentation und Patient:innensteuerung sowie Niederschwelligkeit in der klinischen Forschung. Derzeit funktioniere vieles nur aufgrund von persönlichem Einsatz – das aber sei keine nachhaltige Lösung. Das Österreichische Onkologie Forum wolle hier einen Beitrag leisten, diesen Wandel strukturell voranzutreiben. ○