

VERSORGUNGSREPORT PROSTATAKARZINOM



Status quo und
Perspektiven

Vorwort

Das Prostatakarzinom ist die häufigste Krebserkrankung bei Männern in Österreich und weist daher eine hohe systemische Relevanz für das Gesundheitssystem auf. Steigende Inzidenz, demografischer Wandel, wirksame Behandlungsoptionen und rasche medizinische Innovation treffen hier auf Versorgungsstrukturen, die nur teilweise an diese Dynamik angepasst sind. Die zentrale Herausforderung liegt daher in der strukturierten, raschen und breitflächigen Umsetzung der medizinischen Versorgung.

Im Rahmen des Österreichischen Onkologie Forums wurde die Versorgungssituation beim Prostatakarzinom umfassend diskutiert. Deutlich wurde, dass wesentliche Defizite nicht auf mangelnde Evidenz oder technische Ressourcen zurückzuführen sind, sondern auf fehlende abgestimmte Versorgungspfade. Besonders sichtbar wird dies bei der PSA-basierten Prostatakarzinom-Früherkennung: Während große Ressourcen bei Bevölkerungsgruppen ohne relevanten Nutzen eingesetzt werden, werden jene Männer nur unzureichend erreicht, die tatsächlich profitieren würden. Ein organisiertes, risikoadaptiertes Screening – dies inkludiert ein biparametrisches MRT (bpMRT) und bildgesteuerte Biopsiemethoden – könnte die Mortalität senken und zugleich Überdiagnostik reduzieren.

Da die Abklärung erhöhter PSA-Werte an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich stattfindet, manifestieren sich hier die typisch österreichischen strukturellen Brüche: Der medizinisch etablierte mpMRT-basierte Abklärungspfad inklusive bildgesteuerter Biopsie ist im niedergelassenen Bereich unzureichend abgebildet, was zu einer Verlagerung in den stationären Sektor, Kapazitätsengpässen und verlängerten Wartezeiten führt. Vergleichbare Spannungsfelder zeigen sich bei der Nutzung moderner nuklearmedizinischer Verfahren, bei Tumorboards sowie bei administrativen Bewilligungsprozessen für Dauertherapien.

Als übergeordnetes Querschnittsthema wurde erneut die unzureichende Datenlage identifiziert. Fehlende ambulante Kodierung und unzureichende Datenverknüpfung erschweren eine qualitätsgesicherte und gerechte Versorgungsplanung erheblich.

Die Diskussion machte deutlich, dass die Weiterentwicklung der Prostatakarzinom-Versorgung weniger neue Evidenz als vielmehr klare strukturelle Entscheidungen erfordert. Die vorliegende Publikation fasst diese Erkenntnisse zusammen und soll Impulse für eine systematischere, effizientere und patientenzentrierte Versorgung geben.



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



Univ.-Prof. Dr. Shahrokh F. Shariat
Past-Präsident der Österreichischen
Gesellschaft für Urologie & Andrologie



**Priv.-Doz. Dr. 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

Johnson & Johnson

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 Prostatakarzinom

Am 6. November 2025 fand der mittlerweile bereits fünfte Workshop des Österreichischen Onkologie Forums (ÖOF), einer Initiative der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO), statt. Nach den Themen Brustkrebs, Bronchialkarzinom und gastrointestinale sowie urologische Tumoren ging es diesmal um die Versorgungssituation beim Prostatakarzinom. Die Medizinische Leiterin der OeGHO, Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Strasser-Weippl, übernahm im Co-Vorsitz mit Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Isabel Heidegger-Pircher wieder die Moderation des Workshops. Grundlage der Reflexion des Status quo war erneut die vom ÖOF entwickelte Matrix, bestehend aus 15 Hauptebenen mit insgesamt 62 Qualitätsindikatoren. Im Folgenden finden Sie eine Zusammenfassung der wichtigsten Bewertungen und Kommentare in den 15 vordefinierten Ebenen.



Ebenen 1 und 2: Vorsorge und Screening

Aktuell findet in Österreich lediglich ein opportunistisches PSA-basiertes Prostatakarzinom-Screening statt, an dem etwa 30–40 Prozent der Männer teilnehmen. Klare, der Evidenz folgende Pfade, die ein MRT vor Biopsie und moderne Biopsietechniken (Fusionsbiopsie) inkludieren, fehlen. Hinsichtlich der Altersgrenzen und Intervalle sowie des genauen Abklärungspfades in Abhängigkeit vom PSA-Wert gibt es seitens der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie (ÖGU) bereits Vorstellungen, diese sind jedoch aktuell noch nicht ausformuliert. Die Fachgesellschaft und der Berufsverband der Österreichischen Urologie (BvU) fordern zudem ein Programmscreening mit Einladung, sobald der Pfad definiert ist. Sowohl die klare Definition eines Abklärungspfades als auch die Etablierung eines darauf basierenden Programmscreenings entsprechen einer Forderung der Europäischen Union (EU), basierend auf Studien, die zeigen, dass ein organisiertes Screening kosteneffizienter ist und auch sozial schlechter gestellte Zielgruppen erreicht. Zu klären sind die Rollenverteilung zwischen den Hausärzt:innen und den niedergelassenen Urolog:innen sowie die im Zuge des Programmscreenings notwendigen MRT-Kapazitäten.

Vorsorgemaßnahmen, konkret ein gesunder Lebensstil mit mehr Bewegung, sind in Österreich aktuell kaum etabliert, ebenso wenig eine strukturierte, österreichweite Datenauswertung, was den Outcome des opportunistischen Screenings betrifft.

Fazit:

- aktuell nur opportunistisches Screening ohne einheitliche Auswertung
- ÖGU und BvU fordern Programmscreening mit Einladung und bereiten detaillierte Ausformulierung vor
- Vorsorgemaßnahmen in Hinblick auf das Prostatakarzinom werden kaum propagiert

Ebene 3: Diagnostik

Die Verfügbarkeit von Informationsmaterial zur Früherkennung ist regional unterschiedlich gut und niederschwellig verfügbar. Aktuell fehlen Maßnahmen zur aktiven Kommunikation mit den betroffenen Männern.

Positiv bewertet wurde, dass eine pathologische Diagnostik nach Fusionsbiopsie in den meisten Regionen mit kurzer Rücklaufzeit verfügbar ist. Die Ampel steht hier auf Grün.

Eher negativ bewertet wird der Status quo hinsichtlich der zeitnahen Verfügbarkeit von Terminen bei niedergelassenen Urolog:innen zur Abklärung bei Karzinomverdacht. Die Wartezeiten auf einen Facharzttermin sind regional unterschiedlich und reichen von einer bis sechs Wochen. Teilweise besteht sogar ein Aufnahmestopp bei Kassen-Urolog:innen, wodurch die Patienten zu Wahlärzt:innen wechseln müssen.

In der weiteren Abklärung sind die Wartezeiten auf einen MRT-Termin mit durchschnittlich zwei Wochen akzeptabel, in einer Region beträgt die Wartezeit im niedergelassenen Bereich jedoch ca. acht Wochen.

Sehr heterogen und entsprechend mit „Ampel auf Gelb“ bewertet ist die zeitnahe Verfügbarkeit des PSMA-PET-CT, wie es etwa bei Hochrisikopatienten durchgeführt werden soll. Was die moderne diagnostische Methode der Fusionsbiopsie betrifft, so ist die Frage nach der Vergütung im niedergelassenen Bereich, die aktuell den höheren Aufwand der Methode nicht reflektiert, bis dato ungeklärt. Für die Zukunft besteht Einigkeit, dass es grundsätzlich detaillierter diagnostischer Pfade bedarf.

Fazit:

- Erstvorstellung bei Karzinomverdacht im niedergelassenen Bereich mit zum Teil erheblichen Wartezeiten
- heterogenes Bild bei der zeitnahen Verfügbarkeit von mpMRT-Terminen
- Verfügbarkeit der pathologischen Diagnostik weitgehend positiv bewertet
- Fusionsbiopsie benötigt vordefinierte Pfade und aufwandgerechte Erstattung
- PSMA-PET-CT löst immer mehr die konventionelle Bildgebung ab



Ebene 4: Tumorboards

Bei den stattfindenden Tumorboards wird meist, aber nicht immer die schriftliche Geschäftsordnung beachtet und die Expert:innen berichten teilweise von mangelhafter Dokumentation. Im österreichweiten Schnitt steht die Ampel hier mit 8,4 gerade noch auf Grün. Tumorboards sind in den meisten Regionen zudem entitätsspezifisch und krankenanstaltenübergreifend verfügbar. Auch die Infrastruktur für häuserübergreifende Tumorboards wird größtenteils positiv bewertet. Allerdings: Im Vergleich zu den bisher behandelten Entitäten wird ein dramatisch niedriger Anteil an Fällen vor Therapiebeginn in einem Tumorboard vorgestellt. Österreichweit sind es nur schätzungsweise ein Drittel – Ampel auf Rot. Zudem gibt es bei der Etablierung eines Qualitätsmanagement-Prozesses ein starkes Ost-West-Gefälle.

Fazit:

- die Tumorboards entsprechen größtenteils der Geschäftsordnung, sind auch krankenanstaltenübergreifend und entitätsspezifisch
- nur eine Minderheit der Fälle wird aktuell einem interdisziplinären Tumorboard vorgestellt, was deutlich unter der Versorgungsqualität anderer Tumorentitäten liegt
- Nachholbedarf beim Qualitätsmanagement in den westlichen Regionen

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

Ein zeitnaher Zugang zu spezialisierter chirurgischer Therapie ist meist gegeben. Ein Mangel an OP-Kapazitäten, Anästhesiepersonal und roboterassistierten Prostatekto-



mien setzt dem aber in manchen Regionen Grenzen. Auch evidenzbasierte medikamentöse Innovationen sind im intramuralen Bereich meist ohne bürokratische Hürden verfügbar. Anders sieht es auch beim Prostatakarzinom mit dem Zugang zu innovativeren Medikamenten im extramuralen Bereich aus. Diesbezüglich gibt es in einigen Regionen Unzufriedenheit mit der Notwendigkeit eines Tumorboard-Beschlusses, damit die niedergelassenen Urolog:innen ein klar indiziertes Medikament verschreiben können. Auch die Chefarztpflicht pro Packung bei Dauermedikamenten, die über Jahre genommen werden müssen, wird kritisiert. Ziel aus Sicht der Workshop-Teilnehmer:innen wäre eine Genehmigung für Langzeitverschreibungen, die niedergelassene Urolog:innen abrufen können.

Der Zugang zur Strahlentherapie inklusive innovativer Methoden wie der Stereotaxie ist in Österreich regional sehr unterschiedlich. Die Statistik zeigt eine im EU-Vergleich relative Unterversorgung an Geräten und Personal, wobei hier ein West-Ost-Gefälle besteht.

Beim Zugang zur Radionuklidtherapie steht die Ampel derzeit noch auf Gelb, die Expert:innen gehen jedoch von einem massiv steigenden Bedarf aus, der von den bestehenden Kapazitäten keinesfalls abgebildet werden kann.

Fazit:

- guter Zugang zu spezialisierter chirurgischer Therapie sowie zu evidenzbasierten medikamentösen Innovationen im intramuralen Bereich
- extramural wird die Chefarztpflicht pro Packung auch bei oraler Dauertherapie kritisiert
- West-Ost-Gefälle bei der Strahlentherapie
- zunehmende Kapazitätsengpässe bei der Radionuklidtherapie

Ebene 6: Klinische Studien

Das Kriterium „klinische Studien sind verfügbar“ wird österreichweit mit einem hohen Punkteschnitt bewertet. Zum Teil wird das über Kooperationen erreicht. Auch für Patienten über 70 gibt es oft Möglichkeiten, in eine Studie aufgenommen zu werden. Das Ziel, mehr als fünf Prozent der Patienten in eine klinische Studie einzuschließen, wird allerdings oft nicht erreicht – Ampel auf Gelb. Die Rekrutierung über krankenanstaltenübergreifende Tumorboards gibt es ebenfalls nicht in allen Regionen. Die Unterstützung durch die Krankenanstalt, was die räumlichen und personellen Kapazitäten für die Durchführung von klinischen Studien betrifft, wird im Schnitt sehr niedrig bewertet. Österreich ist hier im Vergleich zu europäischen Spitzenforschungszentren sehr schlecht aufgestellt, die Ampel steht auf Rot.



Fazit:

- Studien für Patienten mit Prostatakarzinom in Österreich grundsätzlich verfügbar
- Unterstützung durch die Krankenanstalt oftmals kaum gegeben

Ebene 7: Dokumentation, Register, Benchmarking

In Österreich sind aktuell lediglich vier Zentren für das Prostatakarzinom zertifiziert. Dies ist einer der Gründe, warum die Bewertungsampel beim Kriterium „Spezifische Parameter für Prozess- und Ergebnisqualität für onkologische Diagnostik und Therapie werden erhoben“ lediglich auf Gelb steht. Allerdings fassen viele der noch nicht zertifizierten Zentren in der Zukunft eine Zertifizierung ins Auge.

Die korrekte Übermittlung der Daten an das Nationale Krebsregister erfolgt in den meisten Bundesländern durch die behandelnden Ärzt:innen, dezidierte personelle Ressourcen (Dokumentationsassistent:innen) stehen nur in zwei Regionen zur Verfügung (Ampel auf Rot). Auch digitale Lösungen zur automatisierten Übermittlung der Daten gibt es nur in einem Teil der Zentren.

Fazit:

- Aufholbedarf bei Zertifizierung und bei Qualitätssicherung
- Datenübertragung liegt meist noch in den Händen der Ärzteschaft
- automatisierte Übermittlung in den meisten Regionen noch nicht etabliert

Ebene 8: Behandlung und Pflege

Das Kriterium einer engen Zusammenarbeit zwischen der Klinik und dem niedergelassenen Bereich ist durch die spezielle Situation in der Urologie weitgehend erfüllt. Dies wird auch durch gemeinsame Veranstaltungen unterstützt – Ampel auf Grün.

Die Zunahme der Patientenzahl in Verbindung mit gleichbleibenden Ressourcen schafft eine angespannte Situation bei den tagesklinischen Behandlungsplätzen. Die Etablierung einer spezialisierten Cancer Nurse zur pflegerischen Betreuung der Patienten ist bisher lediglich in einem kleineren Teil der Regionen erfolgt. Im österreichweiten Durchschnitt steht die Bewertungsampel daher auf Rot. Sehr deutlich im roten Bereich mit einer durchschnittlichen Bewertung von lediglich 2,6 ist der Status quo in Hinblick auf die Erfassung von Toxizität und Lebensqualität durch moderne digitale Tools für die direkte Eingabe durch die Patienten (z. B. ePRO). Hier gibt es in manchen Zentren Einzellösungen, aber in breiter Verwendung sind diese Tools nicht.

So gut wie gar nicht etabliert ist der Einsatz telemedizinischer Lösungen in der Routinebehandlung. Hier gibt es starken Entwicklungsbedarf und mit einer durchschnittlichen Bewertung von 1,5 eine rote Ampelbewertung.

Fazit:

- Zusammenarbeit zwischen Klinik und niedergelassenem Bereich bestens
- tagesklinische Behandlungsplätze werden zusehends knapp
- Cancer Nurses fehlen in den meisten Regionen
- großer Nachholbedarf bei der Erfassung von Toxizität und QoL sowie beim Einsatz von Telemedizin

Ebenen 9 und 10: Palliativmedizin und Psychoonkologie

Bei der ausreichenden Verfügbarkeit einer stationären palliativen Versorgung fällt die durchschnittliche Bewertung mit 4,9 noch in den roten Bereich. Die Teilnehmer:innen berichten davon, dass die Patienten z. T. wochenlang auf urologischen Akutstationen liegen, bevor sie ein Palliativbett bekommen. Teilweise werden die Patienten auch aus dem stationären Setting an mobile Palliativteams übergeben. Dies funktioniert offenbar besser als die direkte Ver-



mittlung im niedergelassenen Bereich. In diesen Fällen gibt es oft lange Wartezeiten auf eine mobile palliative Versorgung und eine hohe Abhängigkeit von der Initiative der Angehörigen.

Fazit:

- im stationären Setting selbst fehlen Palliativbetten, aber die Vermittlung an eine mobile Palliativbetreuung gelingt einfacher als im niedergelassenen Bereich

Ebene 11: Sozioökonomische Faktoren

Hinsichtlich des Einflusses sozioökonomischer Determinanten auf die Behandlungsqualität besteht unter den Expert:innen Uneinigkeit. So stehen konkrete positive Erfahrungen in Kontrast zu Ergebnissen aus Studien, die sehr wohl einen negativen Effekt eines niedrigen sozioökonomischen Status quo auf das medizinische Outcome belegen. Die Ampel steht hier ebenso auf Gelb wie bei der Frage des negativen Einflusses einer Krebserkrankung auf die sozioökonomische Situation. Schlecht, nämlich mit 2,0 und damit Ampel auf Rot, wird der Status quo in Hinblick auf die Einrichtung von Care Manager:innen für ältere Patienten mit Lotsen- bzw. Koordinierungsfunktion bewertet. Diese fehlen in den meisten Regionen völlig. Etwas besser, aber im Schnitt immer noch im roten Bereich, sehen die Expert:innen die Situation bei den Dolmetschangeboten für nicht deutschsprachige Patienten.

Fazit:

- Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf die Behandlungsqualität regional unterschiedlich bewertet
- Care Management für ältere Patienten fehlt so gut wie vollständig
- auch bei Dolmetschangeboten für nicht deutschsprachige Patienten große regionale Unterschiede, mit insgesamt schlechter Bewertung durch die Expert:innen

Ebenen 12 und 13: Rehabilitation und Nachsorge

Sowohl bei der stationären als auch bei der ambulanten Rehabilitation gibt es in einzelnen Regionen erhebliche Versorgungsprobleme, im österreichischen Schnitt steht die Ampel bei beiden Kriterien auf Gelb. Eine krankheitsspezifische Nachsorge steht in den meisten Regionen zur Verfügung, ob diese jedoch nach standardisierten Guidelines erfolgt, kann nicht gesichert nachvollzogen werden.

Fazit:

- regionale Versorgungsprobleme bei der stationären und ambulanten Rehabilitation
- Nachsorge findet statt, aber fraglich, ob immer guidelinekonform

Ebenen 14 und 15: Fortbildung und Entwicklung

Sehr positiv mit fast maximalem österreichweiten Punkteschnitt wird die Verfügbarkeit von fachspezifischen Fortbildungsangeboten zum Prostatakarzinom bewertet. Auch die Nutzung dieses Angebots durch ärztliches und fachpflegerisches Personal liegt mit einem Punkteschnitt von 8,3 im grünen Bereich. Anders sieht es beim Kriterium der Verfügbarkeit und Nutzung von Fortbildungen in den Bereichen Evidenzbasierung, Risikokommunikation und Shared Decision Making aus. Zwar gibt es in einzelnen Regionen diesbezüglich gute Bewertungen, im österreichweiten

Schnitt steht die Ampel mit 4,2 jedoch auf Rot.

Was die aktuelle Personalsituation in der Versorgung von Patienten mit Prostatakarzinom betrifft, so ist diese vergleichbar angespannt wie bei den anderen bereits behandelten Tumorentitäten. Dies betrifft nicht nur das ärztliche Personal, sondern auch das OP-Personal und ganz generell die pflegerischen Ressourcen. Bei der Frage, ob sich die Versorgungssituation in den letzten fünf Jahren verbessert hat, gibt es bei den meisten Expert:innen vorsichtige Zustimmung mit einer Bewertung von 7,7 im Österreichschnitt. Sorgen bereitet auch hier der Pflegemangel, der sich negativ auf die Zeit, die mit den Patienten verbracht werden kann, auswirkt.

Fazit:

- fachspezifische Fortbildung ausreichend vorhanden und gut besucht
- wenig Angebot hingegen bei Themen wie Evidenzbasierung und Kommunikation
- Personalsituation angespannt
- Versorgungssituation insgesamt eher besser geworden, aber vor allem durch Mangel an nichtärztlichem Personal unter Druck



DIE TEILNEHMER:INNEN DES WORKSHOPS

Moderation

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Strasser-Weippl, MBA
Medizinische Leiterin der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO), Tumorzentrum Oberösterreich

Vorsitzende

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Isabel Heidegger-Pircher
Universitätsklinik für Urologie,
Medizinische Universität Innsbruck

Referent:innen

Univ.-Prof. Dr. Thomas Bauernhofer
Klinische Abteilung für Onkologie,
LKH Universitätsklinikum Graz

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Isabel Heidegger-Pircher
Universitätsklinik für Urologie,
Medizinische Universität Innsbruck

OA Dr. Josef Mühlmann
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg

Prim. Priv.-Doz. Dr. Anton Ponholzer
Leiter Abteilung für Urologie und Andrologie,
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien

Diskussionsteilnehmer:innen

Prim. Univ.-Prof. Dr. Dr. Stefan Aufderklamm
Leiter Abteilung für Urologie,
Landeskrankenhaus Bregenz

Dr. Florian Berndl
Facharzt für Urologie und Andrologie, Wien

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Ute Ganswindt
Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Radioonkologie, Radiobiologie und Med. Radiophysik (ÖGRO), Direktorin Univ.-Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie, Medizinische Universität Innsbruck

Prim. Priv.-Doz. Dr. Thomas Höfner
Abteilungsleitung Urologie,
Ordensklinikum Elisabethinen Linz

Ao. Univ.-Prof. Dr. Gero Kramer
Universitätsklinik für Urologie,
Medizinische Universität Wien

Dr.ⁱⁿ Nike Morakis
Fachärztin für Urologie und Andrologie, Wien,
stv. BVU-Vorsitzende

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

OÄ Dr.ⁱⁿ Sabine Weibrecht
Onkologische Tagesklinik,
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien

Versorgungsmatrix beim Prostatakarzinom – 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	Eine spezialisierte pathologische Diagnostik ist mit kurzer Rücklaufzeit verfügbar (incl., falls notwendig, Molekularpathologie, Liquid Biopsy, NGS, genomischen Tests etc.)	8,1
Tumorboards	Die Muster-Geschäftsordnung für Tumorboards wird beachtet	8,4
	krankenanstaltenübergreifende Tumorboards sind eingerichtet	8,7
	Alle Schlüsselfächer (internistische Onkologie, entitätsspezifisches Sonderfach, Nuklearmedizin, Radioonkologie, Radiologie) sind im Tumorboard anwesend; Pathologie ist anwesend oder erreichbar	8,0
	Es ist jeweils ein/-e Moderator:in und ein/-e Organisator:in für das Tumorboard incl. Rollenbeschreibung festgelegt; Termine sind fixiert; Protokollführung ist implementiert	8,9
	Entitätsspezifische Tumorboards sind (ggf. krankenanstaltenübergreifend) verfügbar	8,7
	Eine Infrastruktur zur Abhaltung häuserübergreifender Tumorboards ist vorhanden	9,1
State-of-the-Art Therapie	Spezialisierte chirurgische Therapie mit entsprechender Expertise ist, falls notwendig, zeitnah verfügbar (ggf. per Kooperation)	8,0
	Zugang zu evidenzbasierter medikamentöser Innovation ist im intramuralen Bereich ohne administrative Hürden verfügbar	8,1
Klinische Studien	Klinische Studien sind verfügbar	9,0
	Studien sind für Patienten > 70 Jahre verfügbar	9,1
Behandlung und Pflege	Eine enge Zusammenarbeit zwischen niedergelassenem Bereich und Klinik ist etabliert und wird durch gemeinsame Veranstaltungen unterstützt	9,1
Fortbildung	Ausreichende fachspezifische Fortbildungsangebote sind verfügbar und berücksichtigen nationale und internationale Richtlinien	9,8
	Fachspezifische Fortbildungsangebote werden von einer ausreichenden Anzahl an Ärzt:innen und Fachpflegepersonal besucht	8,3

Ampel auf Gelb (Bewertung 5–7,9)

Ebene	Kriterium	Bewertung (0 = nicht vorhanden, 10 = exzellent)
Diagnostik	Infomaterial zu Früherkennung ist niederschwellig verfügbar	5,7
	Die notwendige, ggf. invasive Diagnostik incl. Staging ist rasch verfügbar und erfolgt zügig	5,4
	PSMA-PET-CT ist zeitnah verfügbar (wird nur bei Hochrisikopatienten benötigt)	5,3
	Eine MRT-Fusionsbiopsie zur Initialdiagnostik erfolgt bei Indikation zeitnah	5,8
	Invasive radiologische Verfahren zur Diagnose und Therapie sind zeitnah verfügbar (Metastasenbiopsie)	6,1
Tumorboards	QM-Prozess (incl. 2 x jährlich M&M-Konferenzen) für alle Tumorboards etabliert	6,5
State-of-the-Art-Therapie	Zugang zu evidenzbasierter medikamentöser Innovation ist im extramuralen Bereich ohne administrative Hürden verfügbar	5,5
	Zugang zu evidenzbasierter Innovation (State-of-the-Art-Therapie) auch anderer therapeutischer Disziplinen (OP, RT etc.) ist jeweils zeitnah verfügbar	6,6
	Zugang zu Strahlentherapie incl. innovativer Methoden (z. B. Stereotaxie) ist zeitnah verfügbar und regional gut erreichbar	7,1
	Zugang zu Radionuklid-Therapie ist gegeben (ggf. über Kooperationen)	7,7
Klinische Studien	> 5 % der Primärfälle der Tumorentität werden in Studien eingebracht	6,7
	Die Rekrutierung in klinische Studien erfolgt auch über krankenanstaltenübergreifende Tumorboards	6,2
Dokumentation, Register, Benchmarking	Spezifische Parameter für Prozess- und Ergebnisqualität für onkologische Diagnostik und Therapie werden erhoben (z. B. über Zertifizierungsprogramme)	5,2
	Eine (ggf. entitätsspezifische) Zertifizierung ist erfolgt oder geplant	7,5
Behandlung und Pflege	Es stehen ausreichend tagesklinische Behandlungsplätze zur Verfügung	6,4
	Patienten werden nach Aufklärung ausreichend rasch einer Behandlung zugeführt	7,9
Palliativmedizin	Mobile Palliativteams sind zeitnah und in ausreichendem Maß verfügbar	7,3
Sozioökonomische Faktoren	Die Behandlungsqualität wird nicht durch sozioökonomische Determinanten beeinflusst	5,7
	Eine Krebserkrankung hat keine Verschlechterung der sozioökonomischen Situation der Patienten zur Folge	6,2

Ampel auf Gelb (Bewertung 5–7,9)

Ebene	Kriterium	Bewertung (0 = nicht vorhanden, 10 = exzellent)
Psychoonkologie	Psychoonkologische Betreuung ist niederschwellig möglich und ausreichend verfügbar	7,0
Rehabilitation	Stationäre Rehabilitation ist in ausreichendem Maß und zeitnah verfügbar	6,1
	Ambulante Rehabilitation in ausreichendem Maß und zeitnah verfügbar	6,4
Nachsorge	Patienten werden nach einem krankheitsspezifisch standardisierten Schema nachgesorgt, z. B. mit einem Nachsorge-Pass	7,7
Entwicklung	Die Personalsituation ist stabil, es ist ausreichend Nachwuchs vorhanden, um die fachliche Expertise am Standort zu erhalten	5,2
	Die Qualität der Versorgung hat sich insgesamt in den letzten 5 Jahren verbessert	7,7

Ampel auf Rot (Bewertung 0–4,9)

Ebene	Kriterium	Bewertung (0 = nicht vorhanden, 10 = exzellent)
Vorsorge	Vorsorge ist etabliert, falls evidenzbasiert empfohlen	1,5
Screening	Ein Screening-Programm ist implementiert, falls evidenzbasiert empfohlen	1,4
	Qualitätsstandards für das opportunistische Screening werden eingehalten	4,8
	Monitoring der Outcomes des opportunistischen Screenings ist etabliert (Überdiagnosen etc.)	3,4
Diagnostik	Erstvorstellungstermine sind bei Verdacht auf Prostata-Ca bei niedergelassenen Urolog:innen innerhalb einer Woche verfügbar	2,1
Tumorboards	Jeder Patient wird bei Erstdiagnose in einem Tumorboard vorgestellt	4,1
Klinische Studien	Die (personelle und räumliche) Infrastruktur zur Durchführung klinischer Studien wird von der Krankenanstalt bereitgestellt	4,5
Dokumentation, Register, Benchmarking	Es stehen dedizierte personelle Ressourcen für die korrekte Übermittlung von Daten an das Nationale Krebsregister zur Verfügung (z. B. Dokumentationsassistent:innen)	2,9
	Die Übermittlung von Daten an das Nationale Krebsregister erfolgt automatisiert aus Dokumenten (z. B. Befunden) der elektronischen Krankengeschichte	4,5
Behandlung und Pflege	Die pflegerische Betreuung erfolgt durch mindestens eine spezialisierte Cancer Nurse	4,8
	Es stehen moderne Methoden zur Dokumentation von Toxizität und QoL zur Verfügung (ePRO)	2,6
	Telemedizin Teil der Routinebehandlung	1,5
Palliativmedizin	Stationäre palliativmedizinische Versorgung ist in ausreichendem Maß verfügbar	4,9
Sozioökonomische Faktoren	Care Manager:innen für die Betreuung älterer Menschen mit einer Krebserkrankung (Koordinierungsfunktion) sind eingerichtet	2,0
	Für Patienten mit nichtdeutscher Muttersprache stehen niederschwellige Dolmetschangebote zur Verfügung	4,7
Psychoonkologie	Screening für psychoonkologischen Bedarf erfolgt mittels validierter Screeningtools	4,4
Fortbildung	Fortbildungen in den Bereichen Evidenzbasierung, Risikokommunikation, Shared Decision Making und geschlechterspezifische Gesundheit werden ausreichend angeboten und genutzt	4,2



Podiumsdiskussion Ausgangslage und Systemrelevanz des Prostatakarzinoms

Am Podium von links nach rechts: Univ.-Prof. Dr. Shahrokh Shariat, Dr.ⁱⁿ Nike Morakis, Dr.ⁱⁿ Karin Eglau, Prim. Priv.-Doz. Dr. Anton Ponholzer, Peter Lehner, Mag.^a Martina Löwe, Dr. Arno Melitopoulos, Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Strasser-Weippl, Prim. Univ.-Prof. Dr. Ewald Wöll

Dozentin Kathrin Strasser-Weippl eröffnete die Diskussion mit einer Einordnung der Tumorentität im Gesamtkontext der bisherigen Veranstaltungen des Österreichischen Onkologie Forums. Das Prostatakarzinom ist mit rund 7.500 Neuerkrankungen pro Jahr die häufigste Krebserkrankung bei Männern in Österreich, gleichzeitig jedoch nur die siebthäufigste Krebstodesursache. Rund zwei Drittel der Todesfälle treten jenseits des 80. Lebensjahres auf, das mediane Erkrankungsalter liegt bei etwa 72 Jahren. Diese Zahlen machen deutlich, dass es sich primär um eine Erkrankung des älteren Mannes handelt – mit hoher Prävalenz, aber vergleichsweise moderater Mortalität.

Kathrin Strasser-Weippl betonte, dass der Anstieg der Fallzahlen nicht allein durch die demografische Alterung erklärbar ist, sondern auch die altersstandardisierte Inzidenz zunimmt. Damit betrifft jede Veränderung in Screening, Diagnostik oder Therapie eine große Zahl von Menschen und hat unmittelbare systemische und ökonomische Auswirkungen. Gleichzeitig sei klar: Nicht jeder diagnostizierte Tumor benötigt eine Therapie, und ebenso wenig sei es sinnvoll, jeden vorhandenen Tumor zu entdecken. In

dieser Spannung bewegte sich die Diskussion und machte deutlich, dass beim Prostatakarzinom aktuell „so ziemlich alles im Umbruch“ ist: Screening, Diagnostik und Therapie gleichermaßen.

Screening: Evidenz vorhanden – systemische Verankerung gefragt

Im derzeit praktizierten opportunistischen PSA-Screening nehmen viele Männer Früherkennungsangebote wahr, die davon medizinisch nicht profitieren – etwa sehr alte (80-jährige) Männer –, während jene Zielgruppe, die tatsächlich erreicht werden sollte (50-Jährige, 45-Jährige bei Risikofaktoren), nur zu etwa einem Drittel teilnimmt. Mit dieser „Unterversorgung der Richtigen“ und „Übersorgung der Falschen“ werde ein erheblicher Teil der Ressourcen ineffizient eingesetzt. Professor Shahrokh Shariat verweist darauf, dass korrekt implementiertes PSA-basiertes Screening in großen Studien mit 50 % weniger Metastasenbildung und einer signifikanten Überlebensverbesserung assoziiert ist. Kritisiert wurde, dass in Österreich selbst 40 % der 80-jährigen Männer PSA-Tests im Screening-Kontext erhalten. Demgegenüber zeigen internationale Beispiele, dass ein organisiertes Screening weniger PSA-Tests, weniger MRT-Unter-

suchungen und insgesamt geringere Kosten verursacht. In Irland bspw. sank nach dessen Einführung die Zahl der PSA-Tests von rund 500.000 auf etwa 200.000 pro Jahr. Parallel dazu gingen auch die MRT-Untersuchungen um mindestens ein Drittel zurück. Mehrfach wurde in der Diskussion betont, dass das eigentliche Defizit nicht in der Evidenz liegt, sondern im Fehlen eines klar strukturierten Pfades.

Fazit: Die Diskussion mündete in einer klaren Botschaft: Ein funktionierendes Prostatakarzinom-Screening braucht nicht weitere Evidenz, mehr Urolog:innen oder technische Geräte, sondern ein klares politisches Commitment, zentrale Steuerung und strukturierte Kommunikation.

Wie soll organisiertes Screening ablaufen?

Aus der Diskussion kristallisiert sich ein risikoadaptierter, zentral gesteuerter Pfad:

- Zentrale Einladung (nicht „Screening bei Urolog:innen oder Hausärzt:innen“ als Einstieg), um die richtige Zielgruppe zu erreichen.
- PSA als erster Schritt (Labortest) – mit klaren Intervallen je nach Ausgangswert.
- Bei auffälligem PSA: MRT-gestützte Abklärung (zur Reduktion unnötiger Biopsien/bessere Trefferquote).
- Biopsie gezielt (Fusionsbiopsie) – und idealerweise wieder stärker extramural, wenn Qualität & Refundierung passen.
- Therapiekonsequenz fest verankern: Niedrigrisiko (Gleason 6) überwachen (Active Surveillance), um den historischen Hauptkritikpunkt „Übertherapie“ strukturell zu verhindern.

Diagnostische Abklärung erhöhter PSA-Werte: Standardwechsel ohne Systemanpassung

Im Bereich der Diagnostik beschrieb Dr.ⁱⁿ Nike Morakis einen tiefgreifenden Standardwechsel. Während früher bei erhöhtem PSA-Wert direkt ultraschallgezielte Biopsien durchgeführt wurden, ist heute ein MRT-gestützter Zwischenschritt der neue Standard. Dieser medizinische Fortschritt bringt jedoch neue Anforderungen an Organisation, Kapazitäten und Finanzierung mit sich. Die Einführung der MRT-basierten Abklärung hat die Diagnostik präziser gemacht, zugleich aber komplexer, zeitintensiver und teurer. Nike Morakis und Kolleg:innen berichten, dass diese Leistungen im niedergelassenen Bereich trotz fachlicher Expertise faktisch kaum mehr erbracht werden können, da sie im aktuellen Vergütungssystem





nicht adäquat abgebildet sind. Die unmittelbare Folge ist eine massive Verlagerung der diagnostischen Abklärung in den stationären Bereich. Dort entstehen jedoch neue Engpässe: Biopsiekapazitäten sind limitiert. Wartezeiten von vier bis acht Wochen, in manchen Regionen sogar bis zu drei Monaten, sind keine Ausnahme. Nike Morakis wies darauf hin, dass dieser Strukturbruch reale Konsequenzen für Patienten hat. Der Schritt ins Krankenhaus stellt für viele Betroffene eine Hürde dar, sowohl organisatorisch als auch emotional. Manche Patienten gehen in diesem Übergang verloren und erscheinen erst deutlich später wieder im System, teilweise bereits mit fortgeschrittenerem Tumorstadium. Shahrokh Shariat betonte, dass das Prostatakarzinom zwar häufig langsam wachse und eine gewisse zeitliche Priorisierung medizinisch vertretbar sei, diese aber strukturiert und risikoadaptiert erfolgen müsse, nicht zufällig aufgrund von Kapazitätsengpässen.

Fazit: Konsens besteht darin, dass eine gezielte Rückverlagerung definierter diagnostischer Schritte in den niedergelassenen Bereich sinnvoll wäre – vorausgesetzt, es werden klare Qualitätskriterien und eine angemessene Vergütung etabliert.

Nuklearmedizin und Theranostik: präzisionsmedizinische Schlüsseltechnologie

Mit der PSMA-PET-Diagnostik und der daran gekoppelten Radionuklidtherapie beschrieb Kathrin Strasser-Weippl ein Beispiel für einen modernen Therapieansatz beim metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinom (mCRPC). Es handelt sich beim Prostatakarzinom um eine der ersten Tumorentitäten, bei der Theranostik – also die enge Verzahnung von Diagnostik und Therapie über dasselbe Zielmolekül – klinische Routine wird. Die-

se Entwicklung eröffnet neue Möglichkeiten, legt jedoch zugleich strukturelle Defizite offen. Bereits heute bestehen in mehreren Bundesländern lange Wartezeiten auf PSMA-PET-Untersuchungen, teils über mehrere Monate hinweg – selbst bei Hochrisikopatienten im mCRPC-Stadium, für die diese Bildgebung zeitkritisch ist.

Fazit: Einigkeit bestand darüber, dass die Nuklearmedizin künftig eine tragende Säule der Onkologie sein wird – diagnostisch wie therapeutisch. Gleichzeitig fehlt es an ausreichend Fachpersonal, klaren Ausbildungsstrukturen und der notwendigen räumlichen Infrastruktur.

Tumorboards: Qualitätsinstrument mit Lücken

Ein besonders kritischer Punkt der Diskussion war die Rolle der Tumorboards beim Prostatakarzinom. Kathrin Strasser-Weippl stellte fest, dass ausgerechnet bei einer der häufigsten Tumorentitäten in Österreich ein erheblicher Teil der Patienten nicht im Tumorboard vorgestellt wird. Zudem entsprechen bestehende Boards oft nicht der interdisziplinären Breite, wie sie im Krebsrahmenprogramm vorgesehen ist. Entscheidungen über Operation, Strahlentherapie, Systemtherapie, moderne Bildgebung und genetische Testung sind per se interdisziplinär. Gerade diese initiale Therapieentscheidung ist prognose-relevant und sollte strukturiert im Tumorboard getroffen werden. In diesem Kontext wurde ein weiterer Mangel an strukturellen Voraussetzungen diskutiert. Während für andere Tumorentitäten, etwa das Mammakarzinom, flächendeckend zertifizierte Zentren existieren, gibt es in Österreich nur vier zertifizierte Prostatazentren.

Fazit: Tumorboards sollten dort eingesetzt werden, wo echte interdisziplinäre Entscheidungen notwendig sind,



insbesondere nach Erstdiagnose, nicht als Ersatz für Routineentscheidungen oder informelle Rückfragen.

Bewilligungssystem: Dauertherapie als Herausforderung

Ein weiterer Diskussionsblock widmete sich der chefarztlichen Bewilligung medikamentöser Therapien. Kathrin Strasser-Weippl beschrieb die paradoxe Situation, dass klar indizierte langfristige Hormontherapien trotz Tumorboard-Beschluss für jede einzelne Packung neu beantragt werden müssen – obwohl der Therapieverlauf absehbar ist. Nike Morakis schilderte eindrücklich die Versorgungspraxis: Mehrfachanträge, Rückfragen trotz vorliegender Tumorboard-Protokolle, wechselnde Ansprechpartner im ABS-System und fehlende Rückkopplung führen zu erheblichem administrativem Aufwand. Dieser betrifft sowohl den niedergelassenen Bereich als auch die Kliniken und bindet Ressourcen, die der Patientenversorgung fehlen.

Dr. Peter Lehner verteidigte die Chefarztpflicht grundsätzlich, sah das Kernproblem jedoch weniger im Instrument

selbst als in der fehlenden Abbildung klinischer Standardverläufe. Seine Position: Anhand konkreter Fallbeispiele könnten definierte Therapieschemata künftig längerfristig bewilligt werden.

Dokumentation und Register: Ohne Daten keine Steuerung

Zum Abschluss richtete sich der Blick auf die Datenbasis – und damit auf eine zentrale Voraussetzung jeder gesundheitspolitischen Steuerung. Kathrin Strasser-Weippl konstatierte, dass beim Prostatakarzinom trotz hoher Prävalenz eine besonders schlechte Datenlage besteht. Viele Patienten werden im niedergelassenen Bereich diagnostiziert und betreut, ohne dass systematisch erfasst wird, wie viele Patienten tatsächlich behandelt werden, welche Therapien zum Einsatz kommen oder wie die Verläufe aussehen. Dr.ⁱⁿ Karin Eglau benennt als strukturellen Kern des Problems die bislang fehlende verpflichtende ambulante Diagnosekodierung, die ab 2026 verpflichtend eingeführt werden soll. Ob und wie konsequent sie umgesetzt wird, bleibt jedoch offen. ○

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:** Gerhard Kahlhammer, Dr. Christian Maté. **Lektorat:** Peter Lex. **Grafik & Layout:** Oliver Miller-Aichholz. **Coverbild:** Sebastian Kaulitzki – stock.adobe.com. **Fotos im Inneren:** Oliver Miller-Aichholz. **Druck:** SANDLER Gesellschaft m.b.H. & Co. KG, 3671 Marbach an der Donau. Gedruckt nach der Richtlinie „Druckerzeugnisse“ des Österreichischen Umweltzeichens, SANDLER Gesellschaft m.b.H. & Co. KG., UW-Nr. 750. **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.

