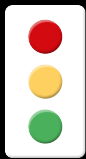


VERSORGUNGSREPORT MGUS UND MULTIPLES MYELOM



Status quo und
Perspektiven



Vorwort

Das Multiple Myelom stellt aufgrund seines chronischen Verlaufs, der hohen therapeutischen Komplexität und des Bedarfs an interdisziplinärer Betreuung besondere Anforderungen an das österreichische Versorgungssystem. Der medizinische Fortschritt hat in diesem Bereich in den vergangenen Jahren wesentliche Verbesserungen ermöglicht. Zugleich zeigt sich, dass die strukturelle Umsetzung moderner Versorgungsstandards nicht in allen Bereichen gleichermaßen gewährleistet ist.

Im Rahmen des Österreichischen Onkologie Forums wurde die Versorgungssituation beim Multiplem Myelom und seinen gutartigen Vorstufen (MGUS – Monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz) umfassend analysiert. Dabei wurde deutlich, dass insbesondere Tumorboards, intramurale Therapieoptionen und fachliche Fortbildungsangebote gut etabliert sind. Gleichzeitig bestehen relevante Defizite in der Dokumentation, in der psychoonkologischen und palliativen Versorgung sowie bei sozioökonomischen Unterstützungsstrukturen.

Die vorliegende Publikation fasst die wesentlichen Ergebnisse zusammen und soll dazu beitragen, bestehende strukturelle Handlungsfelder sichtbar zu machen sowie Impulse für eine qualitätsgesicherte und zukunftsorientierte Weiterentwicklung der Versorgung in Österreich zu geben.



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

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 MGUS und Multiples Myelom

Am 11. März 2026 fand in Wien der bereits 7. Workshop des Österreichischen Onkologie Forums (ÖOF), einer Initiative der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO) statt. Nachdem es zuletzt um das Querschnittsthema klinische Studien gegangen war, stand diesmal wieder eine onkologische Entität im Mittelpunkt, und mit dem Multiplen Myelom wurde erstmals die Versorgungssituation bei einem hämatologischen Krankheitsbild behandelt. Den Vorsitz übernahm die ausgewiesene Myelom-Expertin Assoc. Prof.ⁱⁿ Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Maria Krauth, moderiert wurde der Workshop wie immer von der Medizinischen Leiterin der OeGHO, Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Strasser-Weippl. Insgesamt zeigt sich ein heterogenes Bild: Sehr gut bewertet werden die Tumorboards, die intramurale Versorgungssituation hinsichtlich einer State-of-the-Art-Therapie sowie die Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von aktueller Fortbildung. Demgegenüber bestehen deutliche Defizite vor allem im Bereich der Dokumentation, bei der Erfassung von PROs (Patient-reported Outcomes), bei psychoonkologischer und palliativer Versorgung sowie bei sozioökonomischen Unterstützungsstrukturen.

Ebenen 1 und 2: Vorsorge und Screening

Im Bereich der Vorsorge zeigt die Matrix erwartungsgemäß kein etabliertes, evidenzbasiert empfohlenes Vorsorgeprogramm. Inhaltlich verschiebt sich der Fokus daher auf das Screening bzw. auf die strukturierte Verlaufskontrolle von MGUS (Monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz), die eine Vorstufe des Multiplen Myeloms ist. Positiv bewertet wird, dass eine Verlaufskontrolle von

MGUS im niedergelassenen Bereich in den meisten Regionen grundsätzlich möglich ist. Zum Teil müssten Kosten der Testung allerdings von den Patient:innen übernommen werden. Gleichzeitig machen die Kommentare deutlich, dass die praktische Umsetzung stark von regionalen Gegebenheiten, vom Engagement des niedergelassenen Bereichs und vor allem von den eingesetzten Labormethoden abhängt. Insbesondere der Wechsel zwischen unterschiedlichen Testsystemen erschwert die Vergleichbarkeit im Verlauf. Mehrere Teilnehmer:innen berichten zudem, dass Patient:innen trotz prinzipieller Delegierbarkeit häufig über viele Jahre an den Zentren kontrolliert werden, weil niedergelassene Ärzt:innen die Betreuung nicht übernehmen wollen oder sich dabei fachlich nicht ausreichend abgesichert fühlen. Aufgrund der hohen Prävalenz von MGUS im höheren Alter stellt dies die Zentren vor ein zunehmendes Problem.

Kritisch wird die Frage nach einem leitlinienkonformen und österreichweit konsistent verfügbaren Testverfahren bewertet. Während einzelne Standorte mit dem bevorzugten Binding-Site-Verfahren arbeiten, bestehen andernorts Einschränkungen durch Geräteausstattung, Finanzierung oder lokale Laborstandards. Insgesamt entsteht damit kein einheitliches Bild einer standardisierten Verlaufskontrolle. Der extramurale Bereich könnte die Ambulanzen zwar in relevantem Ausmaß entlasten, Voraussetzung dafür wären jedoch einheitliche diagnostische Standards, klare Zuständigkeiten und eine fachlich breit akzeptierte Empfehlung.

Fazit:

- Die Verlaufskontrolle von MGUS ist extramural in Teilen Österreichs grundsätzlich möglich, für Patient:innen aber nicht immer kostenfrei.

- Es fehlt ein österreichweit standardisiertes diagnostisches Vorgehen – Unterschiede bei Labormethoden und begrenzte Übernahmebereitschaft im niedergelassenen Bereich erschweren eine konsistente, leitliniennahe Versorgung.

Ebene 3: Diagnostik

In der diagnostischen Ebene zeigen sich sowohl sehr gut funktionierende als auch klar defizitäre Bereiche. Besonders negativ fällt die praktisch nicht vorhandene niederschwellige Verfügbarkeit von kompaktem Informationsmaterial für den niedergelassenen Bereich auf. Nach Einschätzung der Teilnehmer:innen fehlen kurze, praxisorientierte Unterlagen dazu, welche Diagnostik bei Verdacht auf MGUS bzw. Myelom erforderlich ist und wie die Verlaufskontrolle konkret gestaltet werden soll. Der Bedarf betrifft dabei nicht nur Allgemeinmediziner:innen, sondern auch weitere Fachgruppen wie Orthopädie oder Kardiologie.

Demgegenüber wird die Situation in Bezug auf Erstvorstellungstermine für Myelompatient:innen sowie die notwendige, gegebenenfalls invasive diagnostische Abklärung inklusive Staging überwiegend positiv bewertet. Heterogener ist die Situation bei spezialisierter pathologischer Diagnostik und moderner Bildgebung. Für Methoden wie FISH (Fluoreszenz-In-situ-Hybridisierung), NGS (Next Generation Sequencing) und Ganzkörper-MRT berichten einzelne Zentren über deutliche Engpässe, längere Wartezeiten oder eingeschränkte Verfügbarkeit. Besonders beim Ganzkörper-MRT scheint die Versorgung regional stark zu variieren, während Alternativen wie PET-CT oder Low-Dose-CT teilweise besser verfügbar sind. Insgesamt ist die diagnostische Basisversorgung gut, bei spezialisierten Verfahren besteht jedoch ein klarer Bedarf an Harmonisierung und Kapazitätsausbau.

Fazit:

- Deutlicher Nachholbedarf besteht bei kompaktem Informationsmaterial für den niedergelassenen Bereich, wenn es um die Kontrolle von MGUS geht.
- Rasche Erstabklärung und Staging sind für

Myelompatient:innen meist gewährleistet; regional sehr unterschiedliche Verfügbarkeit spezialisierter Diagnostik wie FISH, NGS und Ganzkörper-MRT.

Ebene 4: Tumorboards

Was die Tumorboards betrifft, so wird die Rahmengeschäftsordnung weitgehend eingehalten, Schlüsselfächer sind in der Regel eingebunden und auch krankenanstaltenübergreifende Strukturen sind vielerorts etabliert. Die technische Ausstattung für standortübergreifende Boards wird ebenfalls sehr positiv beurteilt. Damit bestehen grundsätzlich sehr gute organisatorische Voraussetzungen für die interdisziplinäre Entscheidungsfindung. Gleichzeitig zeigen die Kommentare, dass die hohe formale Qualität nicht in allen Bereichen mit einer inhaltlich gleich starken Differenzierung einhergeht. Teilweise werden Standardfälle („Nennfälle“) routinemäßig ins Tumorboard eingebracht, ohne tatsächlich interdisziplinär diskutiert zu werden. Ein Qualitätsmanagementprozess ist in manchen Regionen etabliert, einige Regionen haben diesbezüglich aber noch Nachholbedarf.

Für die CAR-T-Zell-Therapie werden in der Regel keine eigenen Boards eingerichtet. Die Patient:innen, die für diese Therapie in Frage kommen, werden in hämatologische Tumorboards und in der Folge gegebenenfalls in ein internes zelluläres Tumorboard eingebracht.

Fazit:

- Tumorboards sind österreichweit sehr gut verankert und organisatorisch stark aufgestellt.
- Optimierungspotenzial besteht teilweise bei der inhaltlichen Schärfung, beim Qualitätsmanagement sowie bei spezifischen Strukturen für hochkomplexe Fragestellungen wie CAR-T-Zell-Therapie.

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

Der Zugang zu State-of-the-Art-Therapien wird insgesamt gut bewertet. Im intramuralen Bereich sind evidenzbasierte medikamentöse Innovationen zumeist verfügbar, auch wenn an mehreren Standorten weiterhin





formale Genehmigungswege über ärztliche Direktionen oder Boards bestehen. Diese Prozesse werden jedoch überwiegend nicht als unüberwindbare Hürde beschrieben, sondern eher als administrativer Mehraufwand mit regional unterschiedlichen Reibungsverlusten. Positiv bewertet wird zudem der Zugang zu autologer Stammzelltransplantation und CAR-T-Zell-Therapie, wenngleich Letzteres häufig über Kooperationen oder Zuweisung an spezialisierte Zentren erfolgt.

Etwas differenzierter zeigt sich die Situation im extramuralen Bereich. Hier werden Chefarztbewilligungen und insbesondere Probleme mit kleineren Kassen als relevante Hürde beschrieben. Auch beim Zugang zu tumororthopädischer Expertise werden punktuelle Engpässe sichtbar; in einzelnen Regionen fehlt es an ausreichend spezialisierten Operateur:innen oder an klaren Zuweisungspfaden. Die Strahlentherapie inklusive innovativer Verfahren wird dagegen insgesamt sehr gut bewertet. Insgesamt bestätigt die Votingliste damit einen guten Zugang zu moderner Therapie, allerdings mit administrativen und strukturellen Reibungsverlusten an Schnittstellen.

Fazit:

- Moderne Myelomtherapien sind intramural großteils gut zugänglich.
- Hürden bestehen vor allem extramural bei Bewilligungsprozessen und punktuell bei spezialisierten chirurgischen Strukturen.

Ebene 6: Klinische Studien

Die Verfügbarkeit klinischer Studien wird größtenteils positiv eingeschätzt. Auch für ältere Patient:innen über 70 Jahre stehen an den meisten Standorten Studienoptionen zur Verfügung. In einzelnen Regionen erfolgt die Rekrutierung erfolgreich über Tumorboards und über enge Abstimmung innerhalb der Myelom-Community.

Wesentlich kritischer wird hingegen die personelle Infrastruktur beurteilt. Dort, wo Studien gut laufen, ist dies oft an eigens finanzierte Study Nurses und administratives Personal gekoppelt. Fehlen diese Strukturen, wird der Studienbetrieb als schwierig oder nur im Aufbau beschrieben. Auch das Ziel, mehr als 5 Prozent der Primärfälle in Studien einzubringen, wird bei Weitem nicht überall erreicht. Zusätzlich zeigen sich Grenzen bei standortübergreifender Rekrutierung, insbesondere wenn Wege für

Patient:innen zu weit werden oder regulatorische Hürden Satellitenmodelle erschweren.

Fazit:

- Klinische Studien sind für Myelompatient:innen in Österreich grundsätzlich verfügbar und teils gut etabliert.
- Der limitierende Faktor ist jedoch häufig nicht das Studienangebot selbst, sondern die unzureichende personelle und organisatorische Infrastruktur an den Standorten.

Ebene 7: Dokumentation, Register und Benchmarking

In dieser Ebene wird ein klarer Aufholbedarf sichtbar. Zwar werden an einzelnen Standorten Qualitätsparameter erhoben und es bestehen in einigen Zentren Zertifizierungen oder konkrete Zertifizierungsabsichten, insgesamt ist die Struktur jedoch noch nicht flächendeckend konsolidiert. Benchmarks werden ausdrücklich als ausbaufähig beschrieben. Positiv ist, dass ein grundsätzliches Interesse an strukturierter Datenerhebung vorhanden ist. Dezierte personelle Ressourcen für die Datenübermittlung an das Nationale Krebsregister stehen lediglich in wenigen Regionen zur Verfügung. An mehreren Standorten wird ein teilautomatisierter Ansatz umgesetzt.

Fazit:

- Dokumentation, Registerwesen und Benchmarking sind in der Myelomversorgung noch unzureichend strukturiert.
- Trotz hoher grundsätzlicher Bereitschaft fehlen flächendeckende Zertifizierung, personelle Ressourcen und automatisierte Prozesse.

Ebene 8: Behandlung und Pflege

Die Behandlungsebene zeigt ein gemischtes Bild. Positiv ist, dass Aufklärung und Behandlungsstart nach Diagnosestellung in der Regel zeitgerecht erfolgen. Auch die Verfügbarkeit tagesklinischer Plätze wird noch eher im mittleren bis guten Bereich bewertet. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Versorgung durch den Einsatz komplexerer Therapien zunehmend unter Druck gerät. Dies zeigt sich exemplarisch am Umgang mit Immunglobulinen, de-



ren Organisation und Applikation in mehreren Zentren als Grenzbereich des Machbaren beschrieben wird. Eher schlecht bewertet werden die vorhandenen pflegerischen und digitalen Unterstützungsstrukturen von der Mehrzahl der Expert:innen. Spezialisierte Cancer Nurses sind keineswegs flächendeckend vorhanden; in mehreren der vertretenen Zentren fehlen sie ganz. Besonders kritisch ist die Situation bei modernen digitalen Instrumenten zur Erfassung von Toxizität und Lebensqualität: ePRO-Lösungen existieren, wenn überhaupt, nur punktuell. Auch telemedizinische Anwendungen sind bislang nicht Teil einer breit etablierten Routineversorgung. Die Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich wird zwar teilweise gelebt, erscheint aber noch nicht systematisch genug, um die Zentren nachhaltig zu entlasten.

Fazit:

- Behandlung und Therapiestart funktionieren überwiegend gut, doch Pflege, Digitalisierung und Telemedizin halten mit der zunehmenden Komplexität der Myelomversorgung nicht Schritt.
- Insbesondere Cancer Nurses und ePRO-Strukturen fehlen in vielen Regionen.

Ebenen 9 und 10: Palliativmedizin und Psychoonkologie

Sowohl in der Palliativmedizin als auch in der Psychoonkologie zeigt die Votingliste relevante Versorgungslücken. Bei der stationären Palliativversorgung werden wiederholt zu lange Wartezeiten auf Betten beschrieben. Teilweise verbleiben Patient:innen deshalb länger als medizinisch sinnvoll auf den betreuenden Stationen. Mobile Palliativteams sind grundsätzlich vorhanden, ihre Verfügbarkeit wird jedoch ebenfalls nicht durchgehend als ausreichend erlebt und scheint regional stark zu schwanken. Ein zusätzlicher Belastungsfaktor ist, dass überregionale Lösungen oder heimatnahe Betten nicht immer reibungslos zugänglich sind.

Auch psychoonkologische Angebote sind vielfach knapp bemessen. Mehrere Zentren berichten über sehr geringe personelle Ressourcen; spezialisierte psychoonkologische Betreuung steht nicht überall in ausreichendem Ausmaß zur Verfügung. Ein systematisches Screening des psychoonkologischen Bedarfs mittels validierter Tools findet lediglich in den drei von OnkoZert zertifizierten Zentren statt.

Fazit:

- Palliativmedizinische und psychoonkologische Angebote sind vorhanden, aber vielfach nicht ausreichend dimensioniert.
- Besonders problematisch sind Wartezeiten auf Palliativbetten, knappe personelle Ressourcen und das weitgehende Fehlen standardisierter psychoonkologischer Screenings.

Ebene 11: Sozioökonomische Faktoren

Die Diskussion sozioökonomischer Faktoren ergibt ein ambivalentes Bild. Gerade bei langdauernden und komplexen Erkrankungen wie dem Multiplen Myelom können soziale Faktoren wie Bildung und Berufsstand einen relevanten Einfluss auf den Behandlungsverlauf haben, so eine geäußerte Einschätzung.

Als deutlich unterentwickelt werden unterstützende Strukturen bewertet. Care Manager mit koordinierender Lotsenfunktion für ältere Krebspatient:innen fehlen in fast allen österreichischen Regionen. Auch bei Dolmetschangeboten zeigt sich ein sehr uneinheitliches Bild: Während manche Standorte funktionierende Video- oder Fremddolmetsch-Systeme einsetzen, berichten andere über weggefallene Angebote oder improvisierte, nicht ideale Lösungen. Insgesamt wird damit sichtbar, dass soziale und sprachliche Unterstützung bislang zu wenig systematisch abgesichert ist.

Fazit:

- Sozioökonomische Belastungen beeinflussen die Myelomversorgung stärker, als sie im Versorgungssystem derzeit abgefedert werden.
- Besonders Care Management und verlässliche Dolmetschstrukturen sind unzureichend entwickelt.

Ebenen 12 und 13: Rehabilitation und Nachsorge

Bei der ausreichenden Verfügbarkeit einer stationären Rehabilitation steht die Bewertungsampel mit durchschnittlich 7,1 auf Gelb. Sie ist grundsätzlich verfügbar, jedoch häufig mit längeren Wartezeiten verbunden. Für ambulante Rehabilitation werden etwas größere Lücken beschrieben. Gleichzeitig macht die Diskussion deutlich, dass der Rehabilitationsbedarf bei chronischen hämatologischen und onkologischen Erkrankungen mit sehr langen Überlebenszeiten zunimmt und bestehende Systeme darauf noch nicht ausreichend eingestellt sind. Auch Fragen nach Nutzen, Zielgruppen und geeigneten Formaten – etwa ambulant versus stationär – werden nicht einheitlich beurteilt.

Besonders kritisch fällt die Nachsorge nach CAR-T-Zell-Therapie auf. Hier berichten die Teilnehmer:innen von fehlenden krankheits-spezifisch standardisierten Konzepten, die sich auch in einem Nachsorge-Pass abbilden sollten, und unsicherer Expertise außerhalb spezialisierter Zentren, etwa im Umgang mit neurologischen Komplikationen wie ICANS (Immuneffektorzell-assoziiertes Neurotoxizitätssyndrom). Derzeit scheint die Nachsorge stark von der Erfahrung einzelner Zentren abzuhängen und bleibt vielfach an diese gebunden.

Fazit:

- Rehabilitation ist verfügbar, aber regional und strukturell nicht optimal ausgebaut.
- Eine Lücke besteht bei der standardisierten Nachsorge nach CAR-T-Zell-Therapie, die bislang stark von den Zentren abhängt.

Ebenen 14 und 15: Fortbildung und Entwicklung

Die Fortbildung stellt gemeinsam mit den Tumorboards einen der stärkeren Bereiche dar. Fachspezifische Fortbildungsangebote zum Thema Myelom sind vorhanden und werden insgesamt auch gut genutzt. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass interdisziplinäre und niederschwellig erreichbare Angebote für den niedergelassenen Bereich verbessert werden sollten. Gerade bei neueren Therapien und ihren Nebenwirkungsprofilen wäre eine breitere Wissensvermittlung außerhalb der Zentren wünschenswert. Zusätzlich wird eine gewisse Fortbildungsmüdigkeit angesprochen, die möglicherweise auch generationelle Aspekte widerspiegelt. Ebenfalls positiv ist die Einschätzung, dass sich die Qualität der Versorgung in den letzten fünf Jahren insgesamt verbessert hat und dass in allen Regionen ausreichend Nachwuchs zum Erhalt der fachlichen Expertise am jeweiligen Standort vorhanden ist.

Fazit:

- Die fachliche Fortbildung zum Multiplen Myelom ist insgesamt gut etabliert, und die Qualität der Versorgung wird über die letzten fünf Jahre hinweg als eher verbessert wahrgenommen.
- Zugleich bleiben interdisziplinäre Angebote und Fortbildung für den niedergelassenen Bereich ausbaufähig.

DIE TEILNEHMER:INNEN DES WORKSHOPS

Vorsitzende

Assoc. Prof.ⁱⁿ Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Maria Krauth
Universitätsklinik für Innere Medizin I,
AKH/Medizinische Universität Wien

Moderation

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Strasser-Weippl, MBA
Medizinische Leiterin der OeGHO,
Leiterin Tumorzentrum Oberösterreich

Referent:innen

OÄ Dr.ⁱⁿ Eva-Maria Autzinger
Interne 1/Onkologie und Hämatologie,
Barmherzige Schwestern Krankenhaus Wien

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Alexandra Donschachner
3. Medizinische Abteilung – Zentrum für
Hämatologie, Mein Hanusch-Krankenhaus, Wien

OÄ Dr.ⁱⁿ Sandra Eder
Abteilung für Innere Medizin und Hämatologie und
Internistische Onkologie, Klinikum Klagenfurt

Univ.-Doz. Dr. Wolfgang Willenbacher
Universitätsklinik für Innere Medizin V,
Medizinische Universität Innsbruck

Diskussionsteilnehmer:innen

FA Dr. Lorenz Mair
1. Interne Abteilung für Hämatologie und Onkologie,
Ordensklinikum Linz Elisabethinen

Assoc. Prof. Dr. Thomas Melchardt
Universitätsklinik für Innere Medizin III – Hämatologie,
internistische Onkologie, Hämostaseologie,
Infektiologie, Rheumatologie und Onkologisches
Zentrum, Paracelsus Medizinische Privatuniversität,
Salzburg

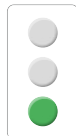
Univ.-Prof. Dr. Peter Neumeister
Klinische Abteilung für Hämatologie, Leiter
Forschungseinheit, Medizinische Universität Graz

OA Univ.-Prof. Mag. DDr. Klaus Podar
Klinische Abteilung für Innere Medizin 2,
Universitätsklinikum Krems

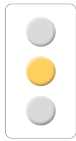
OA Dr. Martin Schreder
1. Medizinische Abteilung, Zentrum für Onkologie
und Hämatologie mit Palliativstation, Klinik Ottakring,
Wien

Versorgungsmatrix beim Multiplem Myelom – die Ergebnisse in Zahlen

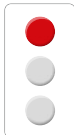
Optimal, akzeptabel oder kritisch? Alle Bewertungen der Expert:innen-Gruppe des Österreichischen Onkologie Forums, geordnet nach den Ampelfarben.



Ampel auf Grün (Bewertung 8–10)		
Ebene	Kriterium	Bewertung (0 = nicht vorhanden, 10 = exzellent)
Screening	MGUS & Verlaufskontrolle der Vorstufe: Ist eine für Patient:innen kostenfreie Verlaufskontrolle im niedergelassenen Bereich problemlos möglich (hinsichtlich Finanzierung)?	9,4
Diagnostik	Erstvorstellungstermine für Myelompatient:innen sind innerhalb einer Woche verfügbar.	9,0
	Die notwendige, ggf. invasive Diagnostik incl. Staging ist rasch verfügbar und erfolgt zügig.	8,8
Tumorboards	Die Muster-Geschäftsordnung für Tumorboards wird beachtet.	9,8
	Krankenanstellenübergreifende Tumorboards sind eingerichtet.	10,0
	Alle Schlüsselfächer (internistische Onkologie, entitätsspezifisches Sonderfach, Nuklearmedizin, Radioonkologie, Radiologie) sind im Tumorboard anwesend; Pathologie ist anwesend oder erreichbar.	9,9
	Es ist jeweils ein Moderator und ein Organisator für das Tumorboard incl. Rollenbeschreibung festgelegt; Termine sind fixiert; Protokollführung ist implementiert.	10,0
	Werden alle Patient:innen im Rahmen der Erstdiagnose in einem hämatologischen Tumorboard vorgestellt?	8,5
	Die Ausstattung zur Abhaltung häuserübergreifender Tumorboards ist vorhanden.	10,0
State-of-the-Art-Therapie	Zugang zu evidenzbasierter medikamentöser Innovation ist im intramuralen Bereich ohne administrative Hürden verfügbar.	8,8
	Zugang zu Strahlentherapie incl. innovativer Methoden (z. B. Stereotaxie) ist zeitnah verfügbar und regional gut erreichbar.	9,4
	Zugang zu autologer SZT und zu CAR-T-Zell-Therapie (falls notwendig) ist gegeben, ggf. über Kooperationsvertrag.	8,9
Klinische Studien	Klinische Studien sind verfügbar.	8,0
	Studien sind für Patient:innen > 70 Jahre verfügbar.	8,6
	Die räumliche Infrastruktur zur Durchführung klinischer Studien wird von der Krankenhaus bereitgestellt.	9,4
Behandlung und Pflege	Aufklärung über Erkrankung innerhalb von 8 Tagen ab Diagnose; Behandlungsstart innerhalb von 4 Wochen.	9,8
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.	9,2
Entwicklung	Die Personalsituation ist stabil, es ist ausreichend Nachwuchs vorhanden, um die fachliche Expertise am Standort zu erhalten.	8,6
	Die Qualität der Versorgung hat sich insgesamt in den letzten 5 Jahren verbessert.	8,5



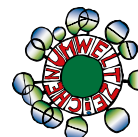
Ampel auf Gelb (Bewertung 5–7,9)		
Ebene	Kriterium	Bewertung (0 = nicht vorhanden, 10 = exzellent)
Screening	MGUS-Verlaufskontrolle: Ist ein leitlinienkonformes, fachlich empfohlenes Testverfahren im Labor mit kompletter Angabe aller relevanten Parameter verfügbar?	5,4
	Ist eine Verlaufskontrolle von Patient:innen mit MGUS, bei denen es medizinisch vertretbar ist, problemlos in den niedergelassenen Bereich zu delegieren?	5,0
Diagnostik	Eine spezialisierte pathologische Diagnostik ist mit ausreichend kurzer Rücklaufzeit verfügbar (incl., falls notwendig, Molekularpathologie, FISH, Liquid Biopsy, NGS, genomischer Tests etc.).	6,6
	Alle notwendigen bildgebenden Verfahren sind zeitnah verfügbar (inkl. Ganzkörper-MRT oder PET-CT, falls nötig).	6,6
	Patient:innen müssten für intramurale diagnostische Maßnahmen stationär aufgenommen werden? (10 = muss nicht aufgenommen werden).	6,3
	Invasive radiologische Verfahren zur Diagnose und Therapie sind zeitnah verfügbar.	7,4
Tumorboards	Alle Patient:innen werden bei Erstdiagnose in einem Tumorboard vorgestellt.	7,4
	QM-Prozess (incl. 2 x jährlich M&M-Konferenzen) ist für alle Tumorboards etabliert.	7,9
State-of-the-Art-Therapie	Tumororthopädie mit entsprechender Expertise ist, falls notwendig, zeitnah verfügbar (ggf. per Kooperation).	7,6
	Zugang zu evidenzbasierter medikamentöser Innovation ist im extramuralen Bereich ohne administrative Hürden verfügbar.	5,9
Klinische Studien	> 5 % der Primärfälle der Tumorentität werden in Studien eingebracht.	5,6
	Die Rekrutierung in klinische Studien erfolgt auch über krankenanstaltenübergreifende Tumorboards.	6,4
Dokumentation, Register, Benchmarking	Spezifische Parameter für Prozess- und Ergebnisqualität für onkologische Diagnostik und Therapie werden erhoben (z. B. über Zertifizierungsprogramme).	5,2
Behandlung und Pflege	Es stehen ausreichend tagesklinische Behandlungsplätze zur Verfügung.	7,4
	Die pflegerische Betreuung erfolgt durch mindestens eine spezialisierte Cancer Nurse.	5,3
Palliativmedizin	Stationäre palliativmedizinische Versorgung ist in ausreichendem Maß verfügbar.	6,0
	Mobile Palliativteams sind zeitnah und in ausreichendem Maß verfügbar.	5,8
Sozio-ökonomische Faktoren	Die Behandlungsqualität wird nicht durch sozioökonomische Determinanten beeinflusst.	6,3
	Für Patient:innen mit nichtdeutscher Muttersprache stehen niederschwellige Dolmetschangebote zur Verfügung.	6,3
Psycho-onkologie	Psychoonkologische Betreuung ist niederschwellig möglich und ausreichend verfügbar.	6,3
Rehabilitation	Stationäre Rehabilitation ist in ausreichendem Maß und zeitnah verfügbar.	7,1
	Ambulante Rehabilitation ist in ausreichendem Maß und zeitnah verfügbar.	5,2
Fortbildung	Fortbildungen in den Bereichen Evidenzbasierung, Risikokommunikation, Shared Decision Making und geschlechterspezifische Gesundheit werden ausreichend angeboten und genutzt.	6,1



Ampel auf Rot (Bewertung 0–4,9)		
Ebene	Kriterium	Bewertung (0 = nicht vorhanden, 10 = exzellent)
Vorsorge	Vorsorge ist etabliert, falls evidenzbasiert empfohlen.	0
Diagnostik	Ist Infomaterial zur Früherkennung von MGUS bei Osteoporose-Patient:innen und Verlaufsbeurteilung für niedergelassene Ärzt:innen niederschwellig verfügbar? (Infomaterial zur Risikostratifizierung von MGUS für den niedergelassenen Bereich ist nicht verfügbar).	1,0
Klinische Studien	Die personelle Infrastruktur zur Durchführung klinischer Studien wird von der Krankenanstalt bereitgestellt.	3,9
Dokumentation, Register, Benchmarking	Es stehen dedizierte personelle Ressourcen für die korrekte Übermittlung von Daten an das Nationale Krebsregister zur Verfügung (z. B. Dokumentationsassistent:innen).	4,3
	Eine medizinisch-fachliche Zertifizierung ist erfolgt oder geplant.	3,7
Behandlung und Pflege	Es stehen moderne Methoden zur Dokumentation von Toxizität und QoL zur Verfügung (ePRO).	2,5
	Eine enge Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich ist etabliert und wird durch gemeinsame Veranstaltungen unterstützt.	4,7
	Ist Telemedizin Teil der Routinebehandlung?	3,4
Sozioökonomische Faktoren	Eine Krebserkrankung hat keine Verschlechterung der sozioökonomischen Situation der Patient:innen zur Folge.	4,6
	Care Manager für die Betreuung älterer Menschen mit einer Krebserkrankung (Koordinierungsfunktion) sind eingerichtet.	1,9
Psychoonkologie	Screening für psychoonkologischen Bedarf erfolgt mittels validierter Screeningtools.	3,9
Nachsorge nach CAR-T-Zell-Therapie	Nachsorge nach CAR-T-Zell-Therapie: Patient:innen erhalten einen Nachsorge-Pass und werden nach einem krankheitsspezifisch standardisierten Schema nachgesorgt.	4,3

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:** Gerhard Kahlhammer, Dr. Christian Maté. **Lektorat:** Peter Lex. **Grafik & Layout:** Oliver Miller-Aichholz. **Coverbild:** Syda Productions - stock.adobe.com (Montage). **Fotos im Inneren:** Oliver Miller-Aichholz. **Druck:** Medienfabrik Wien GmbH, 1220 Wien. Produziert gemäß Richtlinie UZ24 des Österreichischen Umweltzeichens, Medienfabrik Graz, UW-Nr. 812. **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.





Am Podium von links nach rechts: Assoc. Prof.ⁱⁿ Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Maria Krauth (MedUni Wien), Priv.-Doz. Dr. Walter Albrecht (Gesundheit Burgenland), Dr.ⁱⁿ Karin Eglau (GÖG), Benjamin Riedl, MSc (Wiener Gesundheitsverbund), Dr.ⁱⁿ Birgit Ploier-Brandauer (PHARMIG), Dr. Stefan Meusburger (Ordensklinikum Linz – BHS Elisabethinen), Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Strasser-Weippl (OeGHO), Univ.-Prof. Dr. Ewald Wöll (OeGHO)

Fortschritt mit neuen Herausforderungen

Podiumsdiskussion zum Multiplen Myelom zwischen Innovation, Versorgungslücken und Systemfragen

Im Anschluss an den Expert:innen-Workshop zum Multiplen Myelom diskutierten Vertreter:innen aus Medizin, Spitalswesen, Gesundheitspolitik und Industrie unter dem Vorsitz von Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Strasser-Weippl und Univ.-Prof. Dr. Ewald Wöll zentrale Ergebnisse und offene Fragen der Versorgung. Die Diskussion machte deutlich: Der medizinische Fortschritt hat das Krankheitsbild grundlegend verändert – und stellt das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen.

Das Multiple Myelom gilt heute als Paradebeispiel für den Wandel in der Onkologie. „Das ist eigentlich eine neue Art von Erkrankung – eine unheilbare Krebserkrankung, bei der die Lebenserwartung mittlerweile 14, 15 Jahre beträgt“, betonte Strasser-Weippl eingangs. „Vor 20 Jahren hatten wir eine Lebenserwartung von zwei bis vier Jahren – heute leben die Patient:innen jahrzehntelang.“ Gleichzeitig zeige sich aber auch am Beispiel der CAR-T-Zell-Therapie, dass das System auf diese Entwicklung nur unzureichend vorbereitet ist. Diese hochinnovative Behandlung stellt neue Anforderungen an Organisation und Finanzierung. „Wir sind es nicht gewohnt, dass eine Therapie auf einmal so hohe Kosten hat und sich der Nutzen über viele Jahre verteilt“, so Strasser-Weippl. „Diese Therapien sprengen jede Bundesländergrenze – es macht überhaupt keinen Sinn mehr, in ‚Bundesländern‘ zu denken.“ Gleichzeitig funktioniere die Zusammenarbeit aktuell noch gut: „Bislang gab es keine Diskussionen, wenn Patient:innen in einem anderen Bundesland behandelt wurden.“ Während die Zuweisung über die Grenzen hinweg bislang oft pragmatisch gelöst wurde, fehlt es an strukturierten Nachsorgeschemata. Strasser-Weippl: „Die

Verantwortung endet nicht mit der Therapie – es braucht eine klare Struktur für die Nachsorge und erreichbare Ansprechpartner.“ Dr. Stefan Meusburger, Geschäftsführer der Ordensklinikum Linz GmbH, plädierte in diesem Zusammenhang aber dafür, bei den Vorgaben nicht zu sehr ins Detail zu gehen, damit in der konkreten Umsetzung, etwa in der Nachsorge, auch die regionalen Gegebenheiten berücksichtigt werden können. Was die konkrete Verortung von hochkomplexen Behandlungen wie der CAR-T-Zell-Therapie betrifft, so wies Dr.ⁱⁿ Karin Eglau von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) darauf hin, dass im Österreichischen Strukturplan Gesundheit bereits eine Koppelung an spezialisierte Zentren vorgesehen ist, die Kapazitäten jedoch aufgrund der dynamischen Entwicklung – allein 2024 gab es durch die Zulassung beim Mul-





tiplen Myelom einen Sprung von 50 zusätzlichen Leistungsfällen – massiv ausgebaut werden müssen.

Diagnostik als Schlüssel – und als Schwachstelle

Ein roter Bereich in der Versorgungsmatrix ist die Verfügbarkeit moderner Diagnostik zur MRD-Kontrolle (Minimal Residual Disease), wie Durchflusszytometrie (NGF – Next Generation Flow) und Next Generation Sequencing (NGS). Diese Methoden sind essenziell, um den Therapieerfolg objektiv zu messen und teure Erhaltungstherapien vielleicht absetzen zu können. „Wir könnten dem System viel Geld ersparen, wenn wir durch MRD-Diagnostik Patient:innen von unnötigen Therapien befreien könnten“,

so Strasser-Weippl. Assoc. Prof.ⁱⁿ Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Maria Krauth, Programm-Direktorin für Multiples Myelom und Paraprotein-assoziierte Erkrankungen an der Klinischen Abteilung für Hämatologie und Hämostaseologie der Medizinischen Universität Wien, betonte, dass in der Diagnostik der relativ häufigen, harmlosen Vorstufen, der sogenannten MGUS (Monoklonale Gammopathien unklarer Signifikanz), die gleichen Verfahren zum Einsatz kommen müssen wie beim behandlungsbedürftigen Myelom. „Hinzu kommt, dass aktuelle Therapien so effektiv sind, dass man teils 17 Jahre warten müsste, um den Therapieerfolg in Studien zu belegen, hätte man nicht einen verlässlichen Surrogatparameter wie die Bestimmung der (anhaltenden) MRD-Negativität, den man schon viel früher messen kann“, so Krauth. „Wir wissen also, dass diese Messmethoden wichtig sind – aber es gibt noch keinen Konsens, wie oft und wann sie optimal eingesetzt werden sollen.“ Wödl kam in diesem Zusammenhang noch einmal auf die Kontrolluntersuchung bei den Myelom-Vorstufen zu sprechen: „Bei der Bestimmung der freien Leichtketten, einem eigentlich einfachen Verfahren, ist aktuell aufgrund der unterschiedlichen Produkte keine Vergleichbarkeit gegeben. Dadurch werden die Betroffenen oftmals mit einem vermeintlichen Anstieg unnötigerweise an ein Zentrum überwiesen“, so Wödl. Dies generiere unter Anderem erhebliche, vermeidbare Kosten.

Tumorboards zwischen Qualitätssicherung und Überlastung

Die ursprünglich zur interdisziplinären Qualitätssicherung gedachten Tumorboards drohen zu reinen Registrierungsstellen von „Nennfällen“ zu verkommen, die in Sekunden abgehandelt werden. Dafür sei die Ressource Arzt zu teuer, hieß es in der Diskussion. Gefordert wurde eine Rückbesinnung auf die ursprüngliche Intention: komplexe Fälle interdisziplinär zu diskutieren. „Das war eine große Erfolgsgeschichte“, so Eglau. Krauth betonte in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit von entitätsspezifischen Tumorboards gerade für Indikationen wie das Multiple Myelom, bei dem auch mehrere Expert:innen, wie Radiolog:innen, Patholog:innen, Tumororthopäd:innen oder Strahlentherapeut:innen einbezogen werden müssten.

Auch für Spitalsmanager Meusburger steht die Bedeutung von Tumorboards, speziell bei komplexen Fällen, außer Zweifel, aber: „Die Leitung eines Tumorboards ist extrem wichtig – jemand muss entscheiden, was wirklich diskutiert werden muss und was Routine ist.“ Benjamin Riedl, Klinische Betriebssteuerung Gesundheitsökonomie, Wiener Gesundheitsverbund, Generaldirektion Wien, betonte, dass Tumorboards aufgrund des demografischen Wandels und der zunehmenden Verfügbarkeit immer komplexerer Therapien in Zukunft weiter



an Bedeutung gewinnen würden. „Es ist aber entscheidend, dass die Tumorboards als Dreh- und Angelpunkt der onkologischen Versorgung sukzessive weiterentwickelt werden“, so Riedl. Was seltenere Entitäten betrifft, so sieht Priv.-Doz. Dr. Walter Albrecht, Gesundheit Burgenland – Burgenländische Krankenanstalten GmbH, die Notwendigkeit, überregionale Tumorboards einzurichten. „Mit modernen technischen Mitteln ist dies einfach zu realisieren“, so Albrecht.

Klinische Studien: Transparenz als Engpass

Ein wiederkehrendes Thema war der Zugang zu klinischen Studien. „Dass es nach wie vor keine Plattform gibt, auf der man österreichweit sehen kann, wo welche Studien laufen, wurde von den Workshop-Teilnehmer:innen unisono als Problem betrachtet“, berichtete Strasser-Weippl. Seitens der Gesundheit Österreich GmbH signalisierte Eglau diesbezüglich Bereitschaft, gemeinsam mit den Studienzentren einen neuen Anlauf zur Prüfung der Machbarkeit einer solchen Plattform zu nehmen.

Als Vertreterin der Pharmaindustrie zeigte Dr.ⁱⁿ Birgit Ploier-Brandauer, Medizinische Direktorin bei Johnson & Johnson Innovative Medicine und Mitglied im Scientific Board der PHARMIG, des Verbands der pharmazeutischen Industrie Österreichs, Verständnis dafür, dass es nicht einfach sei, in einem derart dynamischen Feld wie der Onkologie „die Prozesse immer entsprechend mitwachsen zu lassen“. Gerade bei einer Indikation wie dem Multiplen Myelom mache es daher besonders Sinn, die Industrie mit ihrem speziellen Know-how als Partnerin einzubinden. Auch aus Sicht der Industrie bestehe jeden-

falls Handlungsbedarf, um den derzeit rückläufigen Studienplatz Österreich attraktiv zu halten: „80 % der Studien werden von der Industrie finanziert – aber das funktioniert nur, wenn klar ist, wo Patient:innen eingeschlossen werden können.“ Eine gemeinsame Studienplattform sei daher auch für die Pharmaindustrie von hohem Interesse.

Palliativversorgung: Systemgrenzen werden sichtbar

Ein besonders sensibles Thema war die palliativmedizinische Versorgung. „Wenn Patient:innen in einem Zentrum bundesländerübergreifend behandelt wurden, bekommen sie oft kein wohnortnahes Palliativbett mehr“, berichtete Strasser-Weippl aus dem Workshop. Auch bezüglich der Verfügbarkeit von mobilen Teams gebe es diesbezüglich oftmals Probleme. „Das ist kein Einzelfall – das ist ein Muster.“

Der Fortschritt verändert auch die Lebensrealität der Patient:innen. „Die Betroffenen leben jahrelang unter Therapie – und wollen wieder arbeiten“, betonte Strasser-Weippl. Doch das System ist darauf nicht vorbereitet: „Die Antwort ist oft Frühpension – aber das ist eigentlich nicht adäquat.“ Eglau gab diesbezüglich zu bedenken, dass die Weiterbeschäftigung nach bzw. mit einer Krebserkrankung auch von der Art der Arbeit abhängt. „Körperlich sehr fordernde Tätigkeiten, werden da möglicherweise zum Problem – hier müsste es die Möglichkeit einer Umschulung geben“, so Eglau.

Die Diskussion zeigte klar: Die medizinischen Fortschritte beim Multiplen Myelom sind enorm – doch sie bringen strukturelle Herausforderungen mit sich. ○