Zwischen Innovation und Kostendruck

Österreichisches Onkologie Forum – Gesundheitsversorgung neu denken

Eine Initiative der OeGHO – Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie

Podiumsdiskussion zur Zukunft der onkologischen Versorgung in Österreich

Redaktion: Dr. Christian Maté

Steigende Krebsinzidenzen und -prävalenzen, mehr Behandlungsfälle und kostenintensive Therapien stellen die onkologische Versorgung vor neue Herausforderungen. Bei der Jahrestagung 2026 des Österreichischen Onkologie Forums diskutierten Vertreter:innen aus Medizin, Gesundheitspolitik, Sozialversicherung, Verwaltung und Industrie über die langfristige Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Moderiert wurde die Diskussion von **Priv.-Doz.in Dr.in Kathrin Strasser-Weippl,** Medizinische Leiterin der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO). Sie fragte eingangs, wie das System mit steigenden Leistungszahlen, längeren Therapiedauern und höheren Medikamentenkosten umgehen könne.

Mehr Leistung bei begrenzten Ressourcen

Dass sich der Druck nicht auf die Onkologie beschränkt, machte **Dr. Thomas Czypionka,** Leiter der Forschungsgruppe Gesundheitsökonomie und -politik am Institut für Höhere Studien, klar. Die Gesundheitsausgaben seien stark gestiegen, während Wirtschaftswachstum und Personalressourcen nicht entsprechend zugenommen hätten. Um Veränderungen umsetzen zu können, müssten daher Effizienzgewinne erzielt und Ressourcen freigespielt werden. „Wir können im Vollbetrieb keine Veränderungen im System machen", brachte Czypionka das Dilemma auf den Punkt. Mit weiter steigenden Patientenzahlen werde es noch schwieriger, Strukturen grundlegend zu verändern.
Handlungsbedarf angesichts der demografischen Entwicklung sah auch **Peter Lehner,** Obmann der Sozialversicherung der Selbständigen (SVS). Neben Erkrankungen, die sich nicht verhindern lassen, müsse stärker bei vermeidbaren gesundheitlichen Problemen angesetzt werden. Prävention, Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung seien damit auch systemische Themen. „Wir brauchen die Versicherten selbst", betonte Lehner. Zugleich brauche es transparente Spielregeln dafür, was medizinisch sinnvoll und finanzierbar sei.

Mag. Jakob Hochgerner, Leiter der Direktion Soziales und Gesundheit sowie der Abteilung Gesundheit beim Amt der OÖ Landesregierung, verwies darauf, dass die Kombination aus demografischer Entwicklung und medizinischem Fortschritt den Ressourcenbedarf erhöhen werde und sich nicht allein durch Prävention oder bessere Organisation kompensieren lasse. Eine realistische und nachhaltige Finanzierung des Versorgungssystems, die diese Entwicklungen berücksichtigt, sei dringend erforderlich. Es müsse aber auch das Leistungsversprechen des solidarischen Systems konsequent mit den tatsächlich verfügbaren Mitteln in Beziehung gesetzt werden. Medizinische Innovation werde auch danach beurteilt werden müssen, welchen Nutzen sie bringt und wie sie für die Patient:innen, die davon besonders profitieren, finanzierbar bleibt.

Gesellschaftliche Entscheidungen statt Rationierung am Krankenbett

Dr. Andreas Krauter, MBA, Leiter des Fachbereiches Medizinischer Dienst und Versorgungsinnovation der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), betonte angesichts stark steigender Medikamentenausgaben die Notwendigkeit einer gesellschaftlichen Verständigung darüber, wie viele Ressourcen in welchen Bereichen eingesetzt werden können. Potenzial sah er in einer besseren Zusammenarbeit zwischen Sozialversicherung, Ländern, Spitälern und Fachgesellschaften. Neue Entwicklungen sollten früher gemeinsam geplant werden – von innovativen Therapien über Diagnostik bis zur Dateninfrastruktur. Gerade in einer zunehmend molekulargenetisch ausgerichteten Onkologie sei es ineffizient, Befunde mehrfach zu erheben oder sie nicht sektorenübergreifend verfügbar zu machen.
Viele Effizienzgewinne setzen allerdings zunächst Investitionen voraus – etwa in Prävention, Infrastruktur oder neue Versorgungsmodelle. Auf dieses grundlegende Dilemma verwies **MMag. Dr. Alexander Degelsegger,** Leiter der Sektion X – Gesundheitssystem und Digitalisierung des Gesundheitswesens im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Gleichzeitig werde



Am Podium von links nach rechts: Kathrin Strasser-Weippl (OeGHO), Karin Eglau (Gesundheit Österreich GmbH), Andreas Krauter (ÖGK), Astrid Jankowitsch (FOPI), Peter Lehner (SVS), Alexander Degelsegger (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz), Jakob Hochgerner(Abteilung Gesundheit, Amt der OÖ Landesregierung), Thomas Czypionka (Institut für Höhere Studien), Ewald Wöll (OeGHO)

es schwieriger, das Ideal einer bestmöglichen Versorgung „für alle und immer und überall" uneingeschränkt aufrechtzuerhalten. Das System müsse daher besser planen, stärker vernetzen und Ressourcen gezielter einsetzen.
Aus Sicht der behandelnden Onkologie zog **Prim. Univ.-Prof. Dr. Ewald Wöll,** Präsident der OeGHO, eine klare Grenze. Effizienterer Ressourceneinsatz sei notwendig, Innovation solle aber weiterhin nach Österreich kommen – nicht zuletzt über eine Stärkung der klinischen Forschung. Etwas anderes sei jedoch die Entscheidung, eine medizinisch mögliche Therapie allein aus finanziellen Gründen nicht anzubieten. „Das ist eine Entscheidung, die nicht vom Onkologen und von der Onkologin getroffen werden darf", betonte Wöll. Wenn Grenzen der Finanzierbarkeit definiert werden müssten, brauche es dafür einen transparenten gesellschaftlichen Prozess.

Weglassen als Teil der Versorgungsplanung

Dr.in Karin Eglau, MPH, Geschäftsbereichsleiterin des Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen bei der Gesundheit Österreich GmbH, lenkte den Blick auf sogenannte Low-Value-Leistungen. CT- und MRT-Kapazitäten, die für die onkologische Diagnostik dringend gebraucht werden, würden teilweise durch Untersuchungen gebunden, aus deren Ergebnis keine therapeutische Konsequenz folge. „Wir machen unnötige Diagnostik und orientieren uns dabei nicht an Leitlinien", so Eglau. Das Vermeiden solcher Leistungen könne Kapazitäten für notwendige Diagnostik freimachen.
Daran anschließend griff Hochgerner die grundsätzliche Frage des Weglassens auf: Ein System, in dem laufend neue Leistungen hinzukommen, ohne zugleich darüber zu sprechen, auf welche wenig wirksamen Maßnahmen verzichtet werden könne, werde auf Dauer nicht funktionieren. Leistungen mit geringem Zusatznutzen müssten gegenüber Maßnahmen mit höherem Nutzen nachgereiht werden.
Dass Innovation dabei nicht ausschließlich als Kostenfaktor verstanden werden dürfe, betonte **MMag.a Astrid Jankowitsch,** Generalsekretärin des Forums der forschenden pharmazeutischen Industrie in Österreich (FOPI). Neue Therapien könnten zusätzliche Lebensjahre in guter oder verbesserter Lebensqualität ermöglichen. Entscheidend sei daher, ihren Wert anhand geeigneter Parameter und vorhandener Gesundheitsdaten gemeinsam zu beurteilen. Ziel müsse bleiben, medizinischen Fortschritt zu ermöglichen und tragfähige Wege zu finden, Innovation zu den Patient:innen zu bringen.
Innovation bestehe zudem nicht nur aus neuen Arzneimitteln, ergänzte Degelsegger, sondern ebenso aus neuen Formen der Versorgung. Österreich verfüge über starke Life-Science-Forschung, zugleich bestehe aber noch zu wenig Verbindung zwischen Forschung und Innovation auf der einen und der Versorgungscommunity und Gesundheitspolitik auf der anderen Seite. Strukturierte Daten könnten helfen, Versorgungsmodelle zu evaluieren, Über- und Unterversorgung sichtbar zu machen und klinische Forschung zu erleichtern.

Netzwerke statt Spitzenmedizin an jedem Standort

Als Beispiel für Versorgungsinnovation wurde das Tumorzentrum Oberösterreich diskutiert. Eglau beschrieb das Netzwerkmodell, bei dem ein onkologisches Zentrum mit den Krankenanstalten des Bundeslandes verbunden ist und Patient:innen jeweils dort behandelt werden, wo es medizinisch am sinnvollsten ist. Grundlage ist eine gemeinsame Dokumentation für die beteiligten Berufsgruppen.
Das Modell werde inzwischen auch auf europäischer Ebene als Best-Practice-Ansatz diskutiert.
In solchen Netzwerken liegt nach Ansicht Wölls zugleich ökonomisches Potenzial. Komplexe Therapien könnten zunächst zentral erfolgen, während Teile der weiteren Betreuung anschließend wohnortnäher in qualitätsgesicherten Strukturen stattfinden. Angesichts begrenzter ärztlicher Ressourcen brauche es zudem Cancer Nurses und digitale Unterstützung. Digitalisierung dürfe allerdings nicht dazu führen, dass Ärzt:innen in derselben Zeit lediglich mehr Patient:innen behandeln müssten. Die gewonnene Zeit müsse als „Qualitätszeit" für die Betreuung erhalten bleiben.
Auch Lehner sah in abgestuften Strukturen einen wesentlichen Ansatz. Hochspezialisierte Medizin könne nicht in jedem Bezirksspital angeboten werden, unterstützende Behandlungen sollten aber möglichst wohnortnah erfolgen. Problematisch seien Kooperationen, die an Bundesländergrenzen scheitern. Hochgerner ergänzte, dass bei sehr teuren Therapien Finanzierungsprobleme entstehen können, wenn Kosten am Behandlungsort anfallen, ohne dort entsprechend abgegolten zu werden. Ein Spital dürfe nicht deshalb in Budgetschwierigkeiten geraten, weil es medizinisch der richtige Ort für eine hochspezialisierte Behandlung sei.

Prävention, Daten und Umsetzung

Breite Übereinstimmung bestand darin, Prävention stärker zu gewichten. Krauter kritisierte die geringe Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und forderte, evidenzbasierte Screeningprogramme rascher umzusetzen. Österreich könne es sich nicht leisten, bekannte Maßnahmen über Jahre immer wieder neu zu diskutieren. Auch Wöll verwies auf das Potenzial von Prävention und Gesundheitskompetenz, wenngleich viele heute gesetzte Maßnahmen ihre volle Wirkung erst langfristig entfalten würden.
Krauter appellierte außerdem, bereits erhobene Daten unter geeigneten rechtlichen Rahmenbedingungen nicht nur zu sammeln, sondern auch für Versorgungssteuerung und Wissenschaft nutzbar zu machen. Dieser „Datenschatz" müsse letztlich den Patient:innen zugutekommen. Auch Degelsegger sah darin eine Voraussetzung dafür, Versorgungsinnovationen nicht nur zu entwickeln, sondern ihren tatsächlichen Nutzen überprüfen zu können.
Am Ende führte Strasser-Weippl die Diskussionsstränge zusammen. Für zahlreiche Probleme lägen bereits Evidenz und erprobte Modelle vor. „Da fangen wir nicht bei null an", betonte sie. Entscheidend sei nun, vorhandenes Wissen konsequenter umzusetzen. Positiv sei, dass Vertreter:innen sehr unterschiedlicher Institutionen in vielen Grundfragen zu ähnlichen Schlussfolgerungen gekommen seien. Die OeGHO wolle sich weiterhin fachlich in den Dialog darüber einbringen, wie medizinischer Nutzen, Innovation und Finanzierbarkeit künftig in Einklang gebracht werden können. ❍